

SOMMAIRE

Sommaire	1
Introduction	4
PARTIE I- Fondements et spécificités du nouveau système de financement français	7
CHAPITRE I- Les origines de la T2A	7
I- Modèle et expériences étrangères	7
A- L'outil : PMSI et classification	8
B- Le paiement prospectif (prospective payment system) et la concurrence par comparaison (yardstick competition)	10
C- L'apport étranger ou l'absence de modèle unique et parfait	12
II- La gestation de la T2A en France	16
A- Les principales étapes	16
B- Les enseignements	16
CHAPITRE II- Les objectifs et l'économie générale de la réforme française dite de la T2A	16
I- Les trois objectifs affichés du nouveau système d'allocations de ressources ..	16
A- La médicalisation du système de financement	16
B- L'équité de traitement entre les établissements	16
C- La mise en concurrence des deux secteurs	16
II- L'économie générale du système : une redistribution des financements à la moyenne	16
A- Principe et évaluation financière	16
B- Les contraintes	16
III- Eléments de continuité et de rupture introduits par la T2A	16
IV- Problèmes de cohérence	16
PARTIE II- Les composantes du système de financement	16
CHAPITRE I- La prise en compte des missions d'intérêt général : la dotation des MIGAC	16
I- La configuration des MIGAC	16
II- Les principes financiers des MIGAC	16
III- Définition	16
CHAPITRE II- La prise en compte de l'activité de soins : la « tarification »	16
I- Présentation du dispositif tarifaire	16
II- Enjeux et difficultés du dispositif tarifaire	16
III- Trois exemples de lacunes de la tarification actuelle	16
A- Le financement des urgences	16
B- Les activités de très courte durée	16
C- L'externalisation hors GHS de certaines consommations (les DMI-MO)	16

CHAPITRE III-.....La prise en compte des disparités de coûts géographiques : les coefficients correcteurs	16
I- Le principe.....	16
II- La méthode de calcul.....	16
III- L'application	16
IV- Le financement.....	16
PARTIE III- La valorisation des nouveaux vecteurs de financement.....	16
CHAPITRE I- Présentation générale des problèmes	16
I- Deux procédures théoriquement distinctes : la valorisation initiale du nouveau dispositif et l'évolution annuelle des tarifs	16
II- Un problème supplémentaire : le partage des financements entre assurance maladie et assuré(ménages et complémentaires)	16
CHAPITRE II- La valorisation dans le secteur ex OQN.....	16
I- Un principe simple, mais d'application très difficile	16
II- Une exception critiquable au principe de redéploiement des anciennes recettes : le coefficient de haute technicité.....	16
CHAPITRE III-La valorisation dans le secteur ex DG	16
I- Une démarche compliquée et peu comprise.....	16
II- Le calcul des préтарifs dans l'ENC présente de graves lacunes	16
III- Le « passage » des préтарifs aux tarifs nationaux.....	16
A- L'absence d'homogénéité entre les deux ensembles (coûts de l'ENC / masses budgétaires des établissements)	16
B- Le modèle déconnecte les tarifs des coûts calculés.....	16
CHAPITRE IV-.. Le partage des financements entre l'assurance maladie et l'assuré (ménage + complémentaire)	16
I- Dans les établissements privés	16
II- Dans les établissements publics	16
A- Les termes du problème	16
B- La mise en œuvre du taux de conversion	16
PARTIE IV- La mise en oeuvre de la réforme.....	16
CHAPITRE I- L'organisation des ressources humaines.....	16
I- Une organisation initiale, adaptée à un processus de décision politique, concentrée sur quelques personnes	16
II- La situation à la fin de 2005	16
A- Les trois pôles principaux	16
B- Les instances	16
III- La participation modeste des autres directions du ministère (DSS, DGS, DREES).....	16

CHAPITRE II- Les outils de suivi financier, de contrôle, d'évaluation..... 16

I-	Le constat de l'évolution des dépenses au cours de 2005 est gravement perturbé.....	16
A-	Les circuits de financement et les versements en 2005.....	16
B-	Conséquences sur le suivi des dépenses de 2005 et la clôture des comptes	16
C-	L'information statistique délivrée mensuellement par la CNAMTS en 2005 .	16
D-	Les perspectives d'amélioration dans le secteur ex DG.....	16
II-	Les contrôles externes ne sont pas encore mis en œuvre à la fin de 2005	16
A-	Les modalités du dispositif.....	16
B-	Le retard de mise en œuvre	16
III-	La mise en œuvre du dispositif d'évaluation de la réforme n'a pas commencé ..	16
A-	La réforme de la T2A pose des problèmes théoriques d'évaluation	16
B-	Les moyens mis en œuvre ont ralenti une démarche pourtant indispensable ..	16

PARTIE V- La nécessaire clarification des principes et du scénario cible 16

CHAPITRE I- Convergence intrasectorielle des tarifs et mécanismes de progressivité 16

I-	Dans le secteur privé	16
II-	Dans le secteur public	16

CHAPITRE II- Harmonisation et convergence intersectorielles..... 16

I-	Un scénario imprécis dans un calendrier contraint	16
II-	La situation à la fin de 2005	16
A-	Les termes de la réflexion théorique n'ont pas progressé depuis les premières expérimentations (Languedoc-Roussillon, Marrot-Giraldi)	16
B-	L'application en 2005 des principes d'harmonisation et de convergence ...	16
C-	Les travaux en cours.....	16

Glossaire	16
Annexes	16

INTRODUCTION

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale a demandé à la Cour de procéder à une enquête consacrée à la réforme du financement des établissements de santé, dont les constats sont destinés à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Commission des affaires sociales du Sénat a également demandé à la Cour de procéder à cette enquête.

L'enquête de la Cour, réalisée de septembre 2005 à février 2006, a donné lieu à un relevé de constatations provisoires adressé le 7 avril 2006, pour contradiction, aux administrations ou organismes suivants: direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, direction du budget, mission T2A, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, agence technique de l'information hospitalière. Deux extraits ont été adressés à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et à la haute autorité de santé.

La présente communication tient compte des réponses adressées à la Cour, à savoir celles de la direction générale de la santé, de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins élaborée conjointement avec la mission T2A, de la direction de la sécurité sociale, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de la haute autorité de santé.

La réforme de la T2A, qui s'inscrit dans un ensemble de réformes structurantes présentées fin 2002 par Monsieur Mattei, ministre chargé de la santé, sous l'intitulé général de « plan hôpital 2007 », a pour objet de mettre en place un nouveau système d'allocations de ressources commun à l'ensemble des établissements de santé.

Celui-ci met un terme à la situation antérieure, caractérisée par l'existence de deux modes de financement relevant de logiques opposées : alors que les établissements publics étaient financés depuis 1983 par une dotation globale annuelle versée par l'assurance maladie, le financement des établissements privés à but lucratif reposait sur la facturation de prestations hospitalières (prix de journée et forfaits techniques) à l'assurance maladie.

Le nouveau système d'allocations de ressources est fondé principalement sur la tarification forfaitaire des séjours hospitaliers produits par les établissements, classés en « groupes homogènes de malades » (GHM). Ces groupes sont définis par une classification médico-économique de l'activité hospitalière qui exploite les données recueillies dans un système d'information, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Ce mode de financement ne constitue pas une particularité française, puisqu'il s'inspire du système introduit aux Etats-Unis en 1983 et mis en œuvre depuis dans une vingtaine de pays.

Le PMSI a été importé dans notre pays depuis plus de vingt ans : il a donné lieu à plusieurs expérimentations de financement dit « à la pathologie » et a été utilisé dans une procédure de

modulation budgétaire de 1997 à 2003, appelée péréquation, destinée à réduire les fortes disparités de moyens alloués entre régions et établissements.

Cette longue période de gestation a permis de mettre en évidence au moins deux obstacles majeurs qui ont freiné le déploiement du système et n'étaient pas levés quand la réforme a été votée : il s'agit d'une part de la définition du champ et du mode de financement des missions d'intérêt général hors production de soins, d'autre part l'hétérogénéité des modes de tarification entre les deux secteurs public et privé¹ ; alors que la rémunération des praticiens hospitaliers est incluse dans le coût des prestations des hôpitaux publics et couverte par la dotation globale, le coût des praticiens libéraux pratiquant dans les cliniques est exclu des prestations hospitalières, leurs honoraires étant remboursés séparément au titre des soins de ville selon les modalités fixées dans le cadre des conventions passées entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins.

Le vote de la réforme, dont les principales modalités ont été définies en moins d'un an, a donc constitué une décision volontariste reposant sur l'assurance que les problèmes structurels non résolus, mentionnés ci-dessus, s'aplaniraient en cours d'application. De même, pour éviter son enlisement ou sa remise en cause, la loi a fixé un délai strict (fin en 2012) à la mise en œuvre de cette réforme.

Le nouveau dispositif financier s'applique aux seules disciplines de court séjour, c'est-à-dire à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique (MCO)². De ce fait, en raison de la spécialisation des secteurs public et privé, il a une incidence plus forte sur le secteur privé qui regroupe 59 % des structures contre 38 % dans le public, 64 % des lits en hospitalisation complète contre 46 %, 85 % des places d'hospitalisation partielle contre 24 %, 88 % de l'activité contre 42 % (hospitalisations complète et partielle confondues). Ce changement des modes de financement s'appliquait en 2005 à un montant de 44 Md€ de dépenses d'assurance maladie (objectif fixé dans le cadre de l'ONDAM 2005) soit à 73,4 % des dépenses d'assurance maladie consacrées à l'ensemble des établissements (60 Md€) ; ce taux correspond à 71,2 % des dépenses du secteur anciennement sous dotation globale et 83,8 % du secteur privé lucratif anciennement sous OQN.

Cette limitation aux disciplines de court séjour entraîne la coexistence de trois modes de financement des établissements de santé : le nouveau dispositif de la T2A en MCO, le maintien de l'ancienne tarification dans les établissements privés anciennement sous OQN pratiquant les activités de SSR et de psychiatrie, enfin un système de dotation annuelle de financement (DAF) similaire à l'ancienne dotation globale pour les activités et les établissements anciennement sous dotation globale non concernés par la T2A. Ce découpage a donné lieu à une redéfinition juridique des établissements de santé (article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale).

La réforme de la T2A, en instaurant des tarifs nationaux, met en place un système financier fortement redistributif entre les établissements qui sont placés, toutes choses égales par

¹ Par souci de simplification, les établissements publics et privés PSPH anciennement sous dotation globale sont désignés dans la présente communication sous le terme générique de « secteur public » et les établissements privés à but lucratif anciennement sous objectif quantifié national sous celui de « secteur privé ».

² Le projet d'extension de la T2A aux disciplines de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie est en gestation depuis les années 90, mais son application a été retardée, car la définition d'une classification sui generis pour ces disciplines apparaît très difficile. Concernant les SSR, l'application de la T2A était prévue pour 2006.

ailleurs, en situation de gagnants ou de perdants. La redistribution, qui doit s'opérer dans un laps de temps réduit (d'ici 2012) apparaît plus importante dans le secteur public que privé en raison d'écart initial de ressources financières plus conséquents : or, la croissance prévisible de l'ONDAM pour les prochaines années est de l'ordre de 2,5 % en valeur, absorbée en totalité par la croissance en volume, également estimée à 2,5 % environ. Les efforts demandés aux établissements dont l'allocation de ressources doit diminuer du fait de la T2A vont donc se cumuler avec les efforts qui découlent d'une croissance zéro à activité constante. Dans ce contexte, l'objectif, encore non précisé dans ses modalités, de convergence tarifaire entre les deux secteurs constitue une contrainte supplémentaire forte.

* *
*

PARTIE I- FONDEMENTS ET SPÉCIFICITÉS DU NOUVEAU SYSTÈME DE FINANCEMENT FRANÇAIS

CHAPITRE I- LES ORIGINES DE LA T2A

La modélisation du nouveau système de financement ainsi que la mise en place des moyens nécessaires à son entrée en vigueur ont été réalisées avec rapidité au cours de la seule année 2003, pour aboutir au vote de la LFFSS 2004 (n° 2003-1199) qui fonde l'ensemble du dispositif.

Toutefois, la T2A s'est nourrie de théories économiques, d'expériences étrangères et françaises, fondées sur le même outil, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sédimentées pendant 20 ans.

I- Modèle et expériences étrangères³

Le modèle historique de référence est le modèle américain. Il comporte en réalité deux volets qu'il convient de distinguer :

- l'élaboration d'un outil de base opérationnel qu'est la classification médico-économique des séjours hospitaliers en DRGs (diagnosis related groups)
- les théories économiques qui sous-tendent le modèle du « paiement prospectif », notamment la théorie de la concurrence par comparaison (yardstick competition)

Ce modèle a en outre été complété par deux strates postérieures :

- les règles évolutives de ce mode de financement édictées par la Health Care Financing Administration (HCFA)⁴ qui gère au niveau fédéral les programmes Medicare et Medicaid (programmes fédéraux de prise en charge des personnes âgées et handicapées) pour lesquels la première tarification à l'activité a été élaborée.
- les évaluations réalisées ex post sur les effets constatés de la tarification à l'activité,

³ La tarification à l'activité est un système de financement des établissements de santé dont les objectifs, les modalités, les conditions de réussite et les effets potentiels ont fait l'objet d'une théorisation abondante en raison de son origine universitaire et de sa propagation dans de nombreux pays. Le présent développement s'appuie sur un nombre limité de documents synthétiques : en particulier les dossiers Santé et Solidarité publiés par la DREES : n°1 de 2001 « la régulation des dépenses de santé », hors série de juillet 2002 « tarification à la pathologie : les leçons de l'expérience étrangère » (actes du colloque, Paris 7 et 8 juin 2001), n°1 de 2004 « quels problèmes et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité », ainsi que les actes de la conférence organisée par la MT2A en février 2005 sur certaines expériences européennes, les diaporamas réalisés par la MT2A et par le professeur Guy Durand (administrateur général des cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles). Il s'agit ici d'utiliser le savoir minimum communément partagé par l'ensemble des acteurs de la T2A.

⁴ remplacée par le CMS (Center of Medicare and Medicaid services) en 2001

Enfin, le modèle américain s'est également propagé dans une vingtaine de pays (dont la majorité en Europe de l'Ouest, mais aussi au Canada, en Australie, Nouvelle-Zélande et Japon), pour certains depuis une dizaine d'années, pour d'autres très récemment comme la France, l'Allemagne et l'Angleterre.

A- L'outil : PMSI et classification

L'outil qui permet d'isoler, dans l'activité hospitalière, les forfaits de prise en charge par séjour repose sur deux constituants : un recueil d'informations médico-administratives de séjour peu nombreuses et un algorithme de classement des séjours en groupes isotopiques de ressources.

Les informations qui alimentent ce système sont recueillies à la fin des séjours sur des résumés de sortie standardisés (RSS) et, en ce qui concerne la partie médicale, elles comportent essentiellement le diagnostic principal et l'acte classant : elles sont décrites en annexe.

Quant au classement, sur la base d'informations considérées comme prédictives des coûts, il regroupe statistiquement les séjours de manière à les rendre homogènes et à réduire leurs facteurs de variabilité. Ce sont les DRGs (diagnosis related groups) traduits en français par « groupes homogènes de malades » (GHM), eux-mêmes regroupés en catégories majeures de diagnostic (il y a actuellement 27 CMD).

La classification américaine primitive qui comportait moins de 500 DRGs, élaborée par le Professeur FETTER de l'université de Yale, constitue la base du système de paiement prospectif et a été copiée dans nombre de pays comme la France. Aux Etats-Unis comme dans le reste des pays, cette classification a cependant évolué et d'autres classifications ont été créées, la logique statistique médico-économique qui sous-tend cette démarche se heurtant à la complexité de l'activité hospitalière produite.

L'évolution de la classification française et des classifications étrangères : les limites de l'outil

Historique de la classification française

La classification française introduite en 1986 est l'adaptation de la classification américaine mentionnée ci-dessus.

Elle a connu 8 versions avant l'introduction de la T2A, mais les modifications introduites entre 2004 et 2006 (versions 9 et 10) sont plus importantes que les précédentes qui s'apparentaient davantage à une maintenance technique.

L'évolution de la classification française s'inscrit dans un processus général de transformation que subissent également les classifications étrangères.

Les problèmes qui sous-tendent les évolutions

Pour simplifier, le groupage des séjours s'effectue sur la base d'informations médicales peu nombreuses - diagnostic principal et acte classant : il peut s'avérer trop grossier et engendrer un taux de variance important dans certains GHM, incompatible avec une juste tarification en termes de répartition des risques. Toutes les classifications se trouvent confrontées à ce problème de fond.

Ainsi, certains GHM présentent une distribution bimodale qui indique que deux prises en charge différentes et identifiables y cohabitent, requérant des niveaux de ressources très différents (l'intervention pour hernie discale et celle pour scoliose, regroupées dans le même GHM « intervention sur le rachis », sont toujours citées en exemple).

D'une manière plus générale, la classification fonctionne mieux en chirurgie qu'en médecine, car le diagnostic principal et l'acte classant constituent effectivement pour cette discipline des critères prédictifs déterminants dans bon nombre de cas (crise d'appendicite, appendicectomie). La logique de groupage des séjours répond en revanche assez mal au cas des personnes âgées hospitalisées : elles sont en effet souvent atteintes de polyopathologies, traitées par les établissements au cours du séjour déclenché par l'épisode de soins particulier qui détermine le rattachement à un GHM.

Face à ce problème de fond, la première réponse consiste à introduire des critères supplémentaires (complication et morbidité associée -CMA-, niveaux de sévérité etc.) qui conduisent naturellement à une segmentation des GHM, assez contenue et efficace dans un premier temps, car elle réduit significativement le taux de variance observé. Ainsi, de la version 7 à la version 9, la classification française est passée de 600 à 800 GHM environ : on a généralisé dans la version 9 la distinction « avec et sans CMA » et, par exemple, dans la version 7, découpé les GHM de néonatalogie selon les classes de poids des nouveaux-nés, et, pour chacune d'elle, introduit 3 niveaux de sévérité.

Le taux de variance expliqué est actuellement de l'ordre de 50 à 60% : la version 9 qui a introduit systématiquement la distinction avec et sans comorbidité associée a réduit de 10% le taux de variance, alors que la V10, en augmentant le nombre de GHM d'environ 10%, ne l'a réduit que de 2 à 3%.

Cependant, cette démarche de segmentation fondée sur le contenu médical des séjours atteint rapidement ses limites. L'amélioration des classifications bute en fait sur la mauvaise appréhension par le modèle initial du niveau de sévérité et des traitements réalisés au cours du séjour, ce qui renvoie à deux difficultés : les indicateurs de mesure idoines et leur mode d'intégration dans le groupage.

Toutes les classifications évoluent donc dans le sens d'une sophistication qui peut se traduire, pour simplifier, par plusieurs types de construction :

- par segmentation continue des GHM dont le nombre s'accroît (la classification "*All-Patient-Refined DRGs*" de 1991 est composée par exemple de 1350 groupes en prenant en compte les différents degrés de sévérité)

- par arborescence en déclinant chaque GHM par niveaux de sévérité, mais si cette solution permet de ne pas multiplier le nombre de GHM à l'infini, elle multiplie le nombre de combinaisons tarifaires possibles. Ainsi, si le modèle américain de Fetter est réputé avoir stabilisé son nombre de DRGs (de 470 DRGs en 1983 à 508 DRGs en 2002), les classifications américaines qui se sont ensuite développées (notamment le modèle 3M) ont en réalité atteint 1500 tarifs avec des niveaux de sévérité allant de 3 à 4 selon les versions.

- par sommation de procédures de soins

Dans cette voie, une première solution avait été proposée par le PERNNS, intitulée « effeuillage progressif » (Efp) : cette solution présentait l'originalité de procéder par balayage itératif du RSS dès lors qu'il contenait plusieurs diagnostics associés et/ou plusieurs actes, pour déterminer successivement le GHM de base selon le modèle initial, puis d'éventuels GHM complémentaires en exploitant les informations associées.

De même, la version 11 ne devrait plus segmenter les GHM, mais s'acheminer vers une logique combinatoire par multiplication des « modulus », puisque 4 niveaux de comorbidité vont être introduits.

Pour illustrer ces pistes, un exemple : hospitalisation motivée par une fracture du col du fémur chez une personne de 80 ans hypertendue qui fait une décompensation respiratoire en post-opératoire (ce qui suppose un passage en réanimation) :

- la classification initiale classe le séjour en « chirurgie des membres et articulations », les coûts de la réanimation et du traitement de l'hypertension ne sont pas pris en compte

- dans la V 10, le GHM est « chirurgie des membres et articulations avec CMA » et la réanimation est rémunérée par un supplément (voir plus loin).

- dans l'esprit de certaines classifications anglo-saxonnes, deux procédures sont sommées « chirurgie des membres et articulations » et « suppléance d'une défaillance vitale par une équipe de réanimation »

- dans le modèle de l'Efp, le GHM de base est « chirurgie des membres et articulations », auxquels s'ajoutent des GHM secondaires (qui sont assortis de coefficients de pondération en fonction de leur impact en termes de consommation de ressources) « défaillance respiratoire » et « hypertension ».

Le modèle de classification initial, fruit de travaux universitaires, avait produit une réduction de la réalité et de ses possibles, de manière séduisante mais, semble-t-il, excessive pour rendre compte de l'activité hospitalière : aussi, toutes les évolutions postérieures ont-elles pour objet d'opérer le mouvement inverse et d'enrichir à nouveau la description du réel. Dans cette optique, l'attrait de la logique combinatoire par rapport à la logique de segmentation est un peu celui que présente l'alphabet de 26 lettres par rapport à celui des 50 000 idéogrammes chinois : toutefois, le nombre de mots nécessaires à la restitution de la réalité est approximativement le même.

C'est donc la pertinence de l'outil lui-même qui semble poser question, puisqu'il engendre soit une tarification réellement forfaitaire et utilisable, mais dont la rusticité est porteuse de risques pour les patients et les établissements, soit une tarification sophistiquée, peu opérationnelle et financièrement peu vertueuse, puisqu'elle recrée progressivement une rémunération au cas par cas.

Le rattachement des séjours hospitaliers à l'un des GHM est réalisé informatiquement par un algorithme de groupage ; l'ensemble du système de production et de traitement de ces informations est en France le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et fait l'objet de textes réglementaires et de guides méthodologiques.

B- Le paiement prospectif (prospective payment system) et la concurrence par comparaison (yardstick competition)

La théorisation du paiement prospectif s'inscrit dans une analyse générale des caractéristiques économiques du système de santé⁵ que l'on peut résumer ainsi : le patient paie sa consommation de soins de manière indirecte et différée, la dépense est largement socialisée et justifie que le régulateur empêche la formation de rentes chez les opérateurs, enfin les coûts de production sont mal connus du régulateur qui prend ses décisions en incertitude (ce qui est également vrai pour la majorité des opérateurs).

En raison de ces caractéristiques, le régulateur agit sur deux leviers : maîtrise de la dépense globale par un mécanisme de régulation et recherche d'un mode de financement économiquement efficace. Le paiement prospectif et la tarification à l'activité tentent d'apporter une réponse à ce deuxième objectif pour l'activité hospitalière.

Dans sa recherche du juste prix applicable à l'ensemble des établissements, le régulateur connaît en réalité une double incertitude portant sur :

- les facteurs de variabilité des coûts entre établissements
- le niveau optimal de prix évitant la création de rentes et permettant la production d'une activité de qualité, à établissements et prestations supposés identiques.

▪ Les facteurs de variabilité des coûts

La théorie économique : les situations de risque moral ou de sélection adverse

Le partage du risque entre régulateur et opérateur conduit à qualifier les facteurs de variabilité et à tendre vers un système de financement mixte, comportant les tarifs aux séjours et des mécanismes d'ajustement financier :

⁵ Synthèse de D. Henriet dans Dossiers Santé et Solidarité n°1 de 2004

- il y a « risque moral » sur le coût quand celui-ci répond à des facteurs endogènes que le prestataire peut modifier soit en agissant sur sa gestion (effet recherché de la T2A), soit en définissant une stratégie de contournement (surclassement des patients dans les GHS, segmentation des séjours, sélection des patients, externalisation des soins, qualité insuffisante des soins...)

- il y a « sélection adverse » quand la variabilité du coût est imputable à des facteurs exogènes, indépendants de l'action du prestataire. Ceux-ci peuvent être identiques pour tous les établissements (évolution technologique par exemple) ou idiosyncratiques (localisation géographique, position monopolistique, caractéristiques de la population accueillie...).

La réponse à la situation de risque moral (facteurs endogènes) se trouve dans la fixation du juste prix qui doit inciter les établissements à une meilleure productivité tout en évitant les effets pervers d'une stratégie de contournement, ce qui suppose une surveillance des pratiques selon des critères préétablis.

La réponse à la situation de sélection adverse (facteurs exogènes) réside dans l'adaptation des niveaux de prix lorsqu'il s'agit de facteurs identiques à tous les établissements (changement de pratiques entraînant des modifications de coûts de production avérés, à la hausse ou la baisse) et, lorsqu'il s'agit d'incertitude idiosyncratique, c'est-à-dire de facteurs exogènes aux établissements et différents de l'un à l'autre, les correctifs passent par une segmentation de la classification ou par des mécanismes d'ajustement financier.

En termes de modèle économique, le paiement rétrospectif pur (du type budget sur coûts constatés) privilégie la situation de sélection adverse, concentre les risques sur le financeur et ne produit aucune incitation sur l'opérateur, alors que le paiement prospectif pur privilégie la situation de risque moral, concentre les risques sur l'opérateur et produit une incitation maximale.

Il faut donc se garder de toute vision simpliste de la tarification à l'activité : ce développement théorique met en exergue son inévitable complexité et le fait qu'elle doit être considérée comme un système global comportant de multiples composantes - dont les tarifs - et non comme une simple nomenclature de prix par séjour.

Dans la pratique, le modèle américain a introduit un système mixte reposant sur la tarification des DRGs et sur des ajustements financiers dont les principaux critères sont :

- la localisation de l'établissement dont dépendent la valeur du séjour et son évolution est prise en compte par un indice salarial régional
- la catégorie de l'établissement qui renvoie principalement à trois sujets différents, celui des missions d'enseignement et de recherche hors salaires des enseignants (payées par « cost plus » c'est-à-dire sur justificatifs pour les charges directes au prorata du nombre d'internes, par subvention au cas par cas pour les charges indirectes), celui de la fréquence des cas graves en milieu hospitalo-universitaire (prise en charge par le biais d'un surtarif, « indirect medical adjustment », établi à 5,5% depuis 2003), celui de la continuité de l'offre : les hôpitaux locaux en situation de monopole et les établissements de plus de 100 lits et dont les patients Medicare occasionnent au moins 60% des dépenses perçoivent des suppléments
- les caractéristiques de la clientèle : les prises en charge atypiques (« outliers » dénommés en France « extrêmes ») sont définies non seulement par les durées de séjour (en France, les extrêmes sont définis comme étant en deçà et au-delà de bornes basses et hautes, fixées en nombre de jours par rapport à la DMS de chaque GHM, certains GHM n'ayant pas de bornes) mais aussi par le coût effectif du traitement ; elles donnent lieu à paiements supplémentaires, de même pour les patients atteints de maladies chroniques (dont le coût

de traitement est supérieur de 10% au coût moyen) ; enfin depuis 1999, des subventions sont accordées lorsque la proportion de patients à bas revenus est importante.

La question de la prise en compte de ces disparités s'est trouvée fortement exacerbée en France par l'objectif de convergence des tarifs entre les secteurs privé et public, dont les missions, la spécialisation d'activité, les modes de prise en charge et les populations accueillies sont réputées être différentes.

- **Le niveau optimal du tarif :**

La théorie de la « yardstick competition » de SCHLEIFER formalisée en 1985 : concurrence par comparaison ou comparaison fictive

Pour pallier sa méconnaissance des coûts de production, le régulateur instaure une pseudo-concurrence entre les établissements. Cette théorie est toujours citée en référence dans la littérature dédiée à la T2A, alors qu'elle n'a jamais été appliquée ni même expérimentée : dans une situation théorique de risque moral pur, le régulateur met en œuvre la concurrence par les prix selon une démarche d'enchères en plusieurs temps qui oblige les opérateurs à dévoiler la « vérité » de leurs coûts et permet au régulateur de fixer in fine un niveau de tarifs correspondant au niveau de coûts représentant l'effort optimal de la part de l'opérateur.

Faute de mise en œuvre possible, il est montré que si le régulateur rémunère ex-ante le prestataire indépendamment de son coût, à un niveau égal à la moyenne des coûts des autres offreurs, cette règle conduit à un optimum de second rang par rapport au modèle de Schleifer.

Ce modèle de « concurrence par comparaison » met en place, en réalité, un système de prix administrés sur un marché non concurrentiel qui suppose, d'une part, que le traitement des facteurs exogènes de disparité soit réalisé en amont, d'autre part, que le juste prix résulte de la moyenne des coûts constatés. Or cette redistribution financière à la moyenne entre les établissements, en augmentant le moins disant au lieu de prendre comme référence les établissements les plus performants, semble finalement dénuée de pertinence économique ; la gestion rigoureuse des deniers publics peut en effet difficilement se satisfaire d'un système qui atténue le degré d'exigence vis-à-vis des moins performants et crée un effet d'aubaine injustifié pour les plus performants.

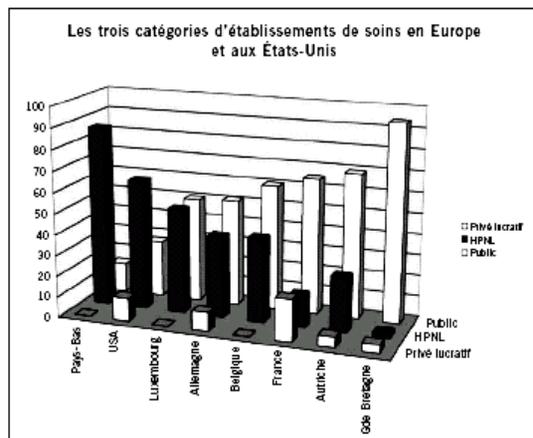
Dans la pratique, le mode de fixation et d'évolution annuelle des tarifs pour les programmes américains Medicare et Medicaid s'est modifié entre le début de la réforme en 1983 et aujourd'hui : pour la fixation des tarifs, il convient de retenir qu'elle repose sur le calcul, à partir des coûts, d'une échelle des poids respectifs des DRGs commune aux établissements fournisseurs des programmes fédéraux, laquelle échelle est ensuite appliquée aux coûts moyens des séjours produits par les établissements classés en catégories : selon son rattachement à telle ou telle catégorie, chaque établissement se voit fixer une liste de tarifs des DRGs. **Il n'y a donc pas de liste unique des tarifs applicables à tous les établissements, mais une recherche de tarifs par type d'établissement.**

C- L'apport étranger ou l'absence de modèle unique et parfait

- **La mise en perspective**

Il convient de relativiser les enseignements tirés des comparaisons internationales en matière de tarification à l'activité, en raison des spécificités de chaque pays en matière d'offre hospitalière (statut et capacités), d'organisation du système de soins (statut libéral ou non des

praticiens, frontière entre l'activité considérée comme hospitalière ou ambulatoire) et de système assurantiel. Ainsi, par rapport aux autres pays, la France se caractérise notamment par l'importance toute particulière des établissements privés à but lucratif.



De même, la comparaison du nombre d'établissements et de capacités en court séjour pour 100 000 habitants en Europe met en évidence le fait que chaque pays se trouve confronté à des problèmes structurels différents auxquels est sensée répondre une réforme du financement utilisant le même outil (capacités très réduites en Grande Bretagne avec files d'attente –moins de 300 lits pour 100 000 habitants en 1998, et trop importantes et sous-occupées en Allemagne –plus de 750 lits, la France se situant autour de 500 lits à cette époque).

Par ailleurs, la réforme introduite en 1983 aux Etats-Unis s'inscrit dans un contexte qui n'est pas celui des autres pays. En premier lieu, elle ne s'applique qu'à une partie des hôpitaux (eux-mêmes constitués majoritairement d'établissements privés à but non lucratif gérés par des fondations ou des associations) et de la population puisqu'elle a été mise en place pour une catégorie de personnes : les personnes âgées et handicapées couvertes par les programmes fédéraux Medicare⁶ (adopté en 1965 par le Congrès) et Medicaid qui prennent en charge leur assurance maladie financée par impôt sur les employeurs et les salariés et dont la gestion est confiée à des assureurs des programmes ou des assureurs privés. Cela relativise d'emblée son impact.

En outre, l'élaboration universitaire du modèle avait pour but essentiel de mettre fin à un financement par prix de journée calculé ex post sur les coûts constatés, cause d'allongement des DMS et d'augmentation très forte des dépenses, en lui substituant une logique de tarification forfaitaire au séjour, que l'on appelle le « prospective payment system » (PPS, traduit par paiement prospectif) : son principe repose sur la fixation de tarifs indépendants des ressources effectivement engagées et constatées pour chaque prise en charge.

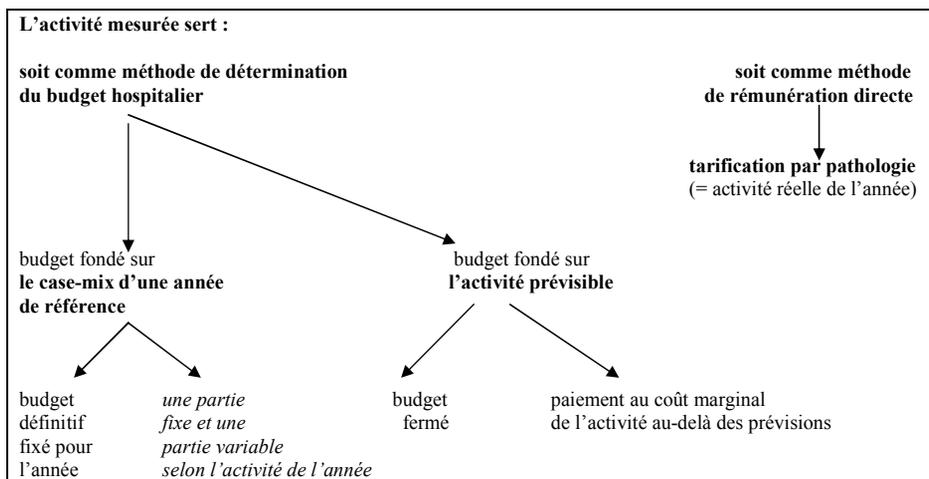
Enfin, cette forfaitisation dite au séjour n'inclut pas le paiement des actes par honoraires ni les prises en charge d'hospitalisations alternatives (notamment la chirurgie ambulatoire pratiquée

⁶ Les programmes de Medicare ne couvrent que 40% des dépenses hospitalières américaines

dans des structures externes : « ambulatory surgery centers »). En effet, la frontière entre les « inpatients » et les « outpatients » est différente aux Etats-Unis de celle définie en France qui inclut dans la sphère hospitalière les hospitalisations alternatives y compris l'HAD. De même, les soins de suite sont traités aux Etats-Unis dans des structures non rattachées à la sphère hospitalière (« skilled nursing facilities »).

Le modèle américain est donc souvent évoqué de façon abusive, puisqu'il a émergé dans un contexte bien différent de celui de la France qui se caractérise, à l'inverse, par l'existence d'un assureur-financeur obligatoire quasi oligopolistique qui couvre 92,5% des recettes de tous les établissements⁷, d'hôpitaux encadrés par un budget global instauré en 1983 (loi du 19 janvier et décret du 11 août), précisément au moment où Medicare faisait le choix du paiement prospectif, enfin d'établissements privés à but lucratif rémunérés en partie par prix de journée, mais que l'encadrement du nombre de lits par autorisation a incités à réduire la DMS et à favoriser la chirurgie ambulatoire : de 1998 à 2003, la diminution de la DMS a été nettement plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public⁸.

Dans l'ensemble des pays, la mesure de l'activité par DRGs ou assimilés est à peu près le seul point commun aux systèmes de financement développés, lesquels résultent de la combinaison d'une multitude de critères et représentent une palette dont les chercheurs dressent régulièrement le tableau.



▪ Les enseignements

Au lieu de chercher un modèle standard ou le modèle parfait, il convient donc plutôt de retenir des expériences étrangères quelques éclairages utiles à la compréhension du système français :

⁷ Dans les comptes nationaux de la santé de 2004, le financement de la consommation de soins et de biens médicaux totale par la sécurité sociale est de 76,7% et de 92,5% dans le seul secteur des établissements de santé (1,2% par l'Etat et les collectivités locales, 2,4% par les ménages et 13,9% par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance).

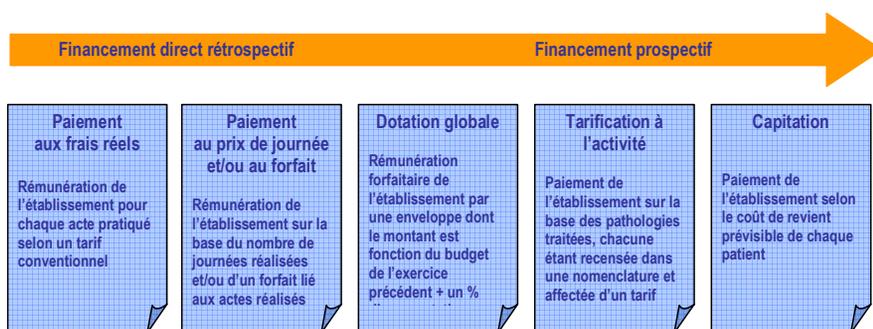
⁸ En chirurgie, la DMS a baissé de 8,1 jours à 7,6 jours de 1998 à 2003 dans les établissements sous dotation globale et de 6,7 jours à 5,1 jours dans les établissements privés lucratifs.

- nombre de pays utilisent la classification des séjours dans une procédure budgétaire
- aucun pays n'utilise une tarification pure : ainsi, selon les informations développées par Jean-Marie Rodrigues (colloque MT2A), les pays européens ne financent pas pour l'instant plus de 50% du budget des établissements par DRGs ;
- dans de très nombreux pays, s'il y a une échelle unique de tarifs initiale, les tarifs sont ensuite différenciés par groupe d'établissements et/ou par région ;
- leur élaboration a parfois été rudimentaire (application sans modification de l'échelle des tarifs de l'Etat du Maryland) ;
- l'application de la réforme se fait toujours de manière progressive, mais la durée et les mécanismes en sont variables ;
- dans quasiment tous les cas, il y a transparence des coûts et des tarifs pour permettre aux opérateurs de développer le benchmarking et une attention particulière est portée au recueil d'informations ainsi qu'à son contrôle ;
- enfin, en termes de pilotage, certains pays comme les Etats-Unis et l'Allemagne dans une moindre mesure ont mis en place un organisme indépendant chargé non seulement des aspects purement techniques de maintenance de la classification, mais aussi de certains aspects économiques du système (évolution des grilles tarifaires et des autres éléments facturables) avec une transparence sur les modalités et les paramètres de calcul.

On peut ajouter qu'au moment où la France opte pour le paiement prospectif des établissements de santé, ainsi que d'autres pays comme l'Allemagne ou la Grande-Bretagne, les Etats-Unis s'orientent vers une forfaitisation plus large, couvrant la prise en charge globale du patient (paiement par capitation), hospitalière et ambulatoire, compte tenu des effets de déport liés inéluctablement à une forfaitisation du séjour intra hospitalier.

Comme le montre le récapitulatif réalisé par la MT2A (ci-dessous), il y a une évolution de fond dans les modes de financement qui se diffuse à des vitesses variables dans le monde.

L'évolution historique des systèmes de financement hospitalier dans le monde suit une trajectoire connue découlant des circonstances historiques



II- La gestation de la T2A en France

La France a commencé à introduire l'outil PMSI dans les établissements dès 1983, c'est-à-dire à peu près en même temps que les Etats-Unis, mais pendant 15 ans, elle s'est davantage focalisée sur l'outil que sur ses utilisations et, jusqu'en 2004, a reculé devant le modèle de paiement prospectif.

A- Les principales étapes

La liste des textes de référence portant sur la période 1983-2003 a été reconstituée en annexe.

Pour simplifier cette présentation, les textes législatifs sont utilisés comme bornes des **4 principales étapes** :

- de 1983 (loi sur le budget global) à 1991 (loi portant réforme hospitalière) : l'outil PMSI a été introduit, mais sans finalité économique puisqu'il a été présenté comme un outil de description de l'activité médicale (ce que le PMSI n'est précisément pas), ce qui a eu pour conséquence de créer un blocage dans le corps médical et d'empêcher la mobilisation des gestionnaires
- de 1991 à 1996 (ordonnance Juppé portant réforme de l'hospitalisation) : la finalité affichée du PMSI est devenue celle d'un outil de négociation interne aux hôpitaux et de « discussion » avec la tutelle ; cependant, dans le même temps, une expérimentation des modes de financement fondés sur le PMSI a été réalisée dans tous les établissements publics et privés de la région Languedoc-Roussillon (cf. infra) dont a découlé une généralisation du PMSI dans tous les établissements
- de 1996 à 1999 (loi CMU) : s'intégrant dans une régionalisation du processus d'allocation des moyens via les ARH créées par l'ordonnance Juppé, le PMSI est devenu opérationnel, utilisé pour mesurer la productivité des établissements publics et générer des indicateurs entrant dans le calcul de péréquation des dotations inter et intra régionales (les points ISA : cf. infra)
- de 1999 à 2004 (LFSS 2004) : pendant que s'appliquait la procédure de modulation budgétaire, laquelle a été étendue au secteur privé à partir de 2000, la loi CMU a posé le principe d'une expérimentation limitée à 5 ans destinée à définir les modalités d'une tarification à la pathologie.

B- Les enseignements

1) Sur la période 1983 - 1997 : des travaux sans objectif clair

Les constats dressés par la Cour sur les deux premières étapes définies ci-dessus soulignent bien entendu **l'intérêt du PMSI** comme nouvel outil de description médico-économique de l'activité des établissements, mais mettent en exergue **ses limites. Il est important de résumer ces critiques, puisque malheureusement, la plupart d'entre elles s'appliquent également à la réforme de la T2A à la fin de 2005** :

- L'absence d'objectifs clairs et constants : ce défaut majeur de lisibilité du scénario cible est également l'une des caractéristiques de la réforme de la T2A
- la fragilité des structures de pilotage (la création d'un GIP était préconisée par la Cour) : de la même manière, le mode de pilotage de la réforme de la T2A et l'organisation des moyens humains mobilisés pour sa mise en œuvre, décrits dans la partie IV du présent relevé, font courir des risques majeurs
- les faiblesses de l'outil : elles tiennent essentiellement aux risques de mauvaise qualité de l'information codée (involontaire ou recherchée : surcodage ou fractionnement des séjours) que seul un contrôle de qualité interne et externe peut réduire : or, ce problème commence à être constaté de manière partielle et non systématique dans le cadre de la T2A, **mais aucun contrôle externe ni aucune forme même embryonnaire d'évaluation n'ont démarré fin 2005.**

2) Sur la période 1997-2003 : la procédure de péréquation

Il est important de procéder à un bref rappel de la procédure de modulation budgétaire mise en oeuvre à partir de 1997 sur la base de l'ordonnance 96-346, puisque **c'est pour rompre avec ce système d'allocations de ressources que la T2A a été introduite.**

- L'objectif du système dit de « péréquation » était de moduler les évolutions budgétaires des établissements sous DG par rapport au taux directeur national, afin de sortir d'une stricte logique de reconduction des moyens⁹ et de réduire les très fortes disparités historiques entre régions et établissements.
- Les modalités, qui se sont progressivement sophistiquées de 1997 à 1999, tendaient ainsi à faire converger les budgets des établissements publics vers une dotation cible nationale (en dépenses encadrées –recettes de type I et II - et non en dépenses d'assurance maladie), selon deux niveaux de redistribution et plusieurs critères :
 - deux niveaux de redistribution : la redistribution ou réduction des disparités entre régions était d'abord calculée par la DHOS selon une formule de péréquation qui déterminait les dotations limitatives notifiées aux ARH, désormais responsables de fixer le montant des dépenses autorisées par établissement à l'intérieur de celles-ci, puis l'ARH modulait les budgets des établissements de sa région
 - deux critères de péréquation interrégionale ont d'abord été utilisés : le premier, ancien, était le ratio de population hospitalisable (nombre d'entrées dans les deux secteurs / population pondérée par les tranches d'âge) et le second était un indicateur de coût de production issu du PMSI, la valeur du point ISA, limité aux disciplines de court séjour MCO.

Points ISA issus du PMSI

Les données du PMSI de chaque établissement, traduites en GHM, permettaient de comptabiliser en nombre de points la production de ce dernier, à partir d'une échelle relative de GHM dont le pivot était le GHM « accouchement par voie basse sans complication » valorisé à 1000 points. Cette échelle relative

⁹ En 1991, une timide différenciation a été introduite par le truchement de la marge de manœuvre régionale selon le seul indicateur alors disponible : la consommation de soins hospitaliers / population.

attribuant un nombre de points à chaque GHM était calculée sur un échantillon d'établissements dont il sera reparlé plus loin (ENC : échelle nationale de coûts). Les recettes de l'établissement divisées par son nombre de points produits donnaient sa valeur monétaire du point. Le cumul des établissements d'une région permettait, de la même façon, de calculer la valeur régionale du point ISA. Cet indicateur très utile à la comparaison de la productivité a disparu avec la mise en place de la tarification, ce que déplore l'ensemble des acteurs.

- deux autres critères ont ensuite été ajoutés : l'un était destiné à enrichir la prise en compte de la population théoriquement hospitalisable (premier indicateur vu ci-dessus), par la population réellement hospitalisée en vertu des flux d'importation et d'exportation des patients de la région (calculés grâce au logiciel PAMPERS mis au point par la CNAMTS) ; l'autre critère - qui montre la pauvreté des indicateurs disponibles- était destiné à introduire une dimension qualitative des besoins de santé spécifiques de la région : ces besoins auraient dû se déduire d'indicateurs de morbidité, mais faute d'en disposer, c'est un indicateur comparatif de mortalité (ICM) qui a été retenu (nombre de décès constatés / nombre de décès théoriques, le théorique étant la moyenne nationale par tranche d'âge et par sexe)
- la période de convergence : d'abord établie sur 17 ans (1997-2014), elle a ensuite été allongée à 30 ans (de 1999 à 2029), avec un processus accéléré pour les trois régions les plus sous-dotées qui devaient rejoindre en 5 ans la région placée juste devant elles avant de suivre le rythme commun. La mission IGAS s'est interrogée sur la pertinence de cette différenciation puisque les écarts entre régions n'isolaient pas clairement un « sous-peloton ».

▪ Les résultats

La mission IGAS de 2001 a reproduit les tableaux théoriques du système de péréquation entre régions réalisés par la DHOS, en décomposant en outre le poids de chacun des quatre critères dans les redistributions projetées.

Les deux premières années, il y eut réduction effective des disparités interrégionales (en 1998, 50% des effectifs se situaient à + ou - 10% par rapport à la moyenne, en 2002 à + ou - 8%). Par ailleurs, l'écart maximal entre dotations régionales est passé de 31,5% à 24,3%.

Une procédure similaire a été introduite dans le secteur privé sous OQN, étudiée dans le RCP 43026 déjà mentionné (dont un extrait figure en annexe), qui a présenté les mêmes caractéristiques.

Deux procédures se sont superposées qui répondaient à deux logiques différentes :

- la modulation des taux de hausses tarifaires par région pour réduire les écarts des tarifs interrégionaux, ce qui revenait à fixer des enveloppes de hausses tarifaires différenciées par région pour faire converger les valeurs régionales des points ISA vers une valeur moyenne nationale

- la modulation des tarifs entre établissements de la région, négociée entre les ARH et les syndicats régionaux, qui pouvait varier entre 0% et 150% du taux de hausse régional : il s'agissait de mener une politique contractuelle individualisée, multicritères (données du PMSI, mais aussi orientations du SROS et de la conférence régionale de santé) sans qu'aucune règle ne fixe l'importance relative des différents critères.

Les trois raisons généralement invoquées pour expliquer l'abandon de la procédure de modulation budgétaire par péréquation au bénéfice de la T2A sont les suivantes :

- au plan interrégional, alors que les écarts de dotations entre régions ont été effectivement réduits au début, le processus ensuite étalé sur 30 ans a perdu de sa crédibilité ;
- la marge de manœuvre laissée aux ARH dans la mise en œuvre des redéploiements intrarégionaux s'est traduite par des résultats très diversifiés d'une région à l'autre et généralement insuffisants pour opérer une réelle redistribution entre établissements de chaque secteur ; en particulier, une pratique assez courante des ARH a consisté à fausser le jeu en prélevant la marge à redistribuer sur le plus gros établissement surdoté (souvent le CHU) au regard de la valeur de son point ISA, sachant que les doléances au niveau national de l'établissement « prélevé » seraient le plus souvent suivies d'une autorisation de dotation complémentaire ;
- enfin, les modalités de calcul du point ISA ont été jugées trop frustrées pour cerner de près les disparités « illégitimes » à réduire : en d'autres termes, la masse de recettes sur laquelle s'appliquait le calcul de la valeur monétaire du point ISA englobait des activités trop larges et des facteurs de disparité justifiés qu'il convenait de soustraire de la comparaison, sous peine d'opérer une redistribution à l'aveugle.

La mission IGAS de 2001 met aussi en évidence les avantages et inconvénients d'une procédure de redistribution reposant sur plusieurs critères de péréquation : la coexistence de ces critères permet d'une part de relativiser le caractère imparfait de chacun d'eux ; d'autre part, de créer une liaison entre les critères financiers de productivité et ceux ayant trait à l'organisation de l'offre de soins (réponses à des besoins). Toutefois, ce mixage (les critères ont souvent tendance à se compenser dans une région) fait perdre de la lisibilité et de l'efficacité à la redistribution opérée.

La mission s'interroge également sur la pertinence d'une référence, dans tous les calculs opérés, à une valeur moyenne constatée nationale, tant en termes de besoins de santé que de performance financière.

Au total, la procédure de péréquation a présenté les caractéristiques suivantes, très éclairantes pour cerner la spécificité de la réforme de la T2A :

- **elle constitue un système de réduction des écarts à la moyenne, spécifique à chaque secteur d'établissements ;**
- **il s'agit d'une approche mixte, intégrant non seulement le critère de productivité économique, mais aussi des critères quantitatifs et qualitatifs de réponses aux besoins de santé ;**
- **elle met en place une convergence intrasectorielle sur 30 ans ;**
- **elle fixe un cadre national, mais donne une grande latitude de négociation au niveau régional ;**
- **elle produit peu d'effets.**

3) Les expérimentations de 1992 à 2003

En marge des fonctions officielles successivement attribuées à l'outil PMSI et de son utilisation effective pendant 6 ans dans la procédure de péréquation, il y a eu 4 expérimentations, dont deux essentielles : la première, initiée par la CNAMTS en 1989 sur 84 cliniques privées, se limitait à tester l'installation du PMSI dans les établissements privés ; les

deux suivantes avaient pour but de cerner les conditions dans lesquelles un financement à l'activité pouvait être défini et appliqué dans les établissements des deux secteurs public et privé. Enfin, la dernière expérimentation a surtout consisté à tester certaines hypothèses du scénario T2A en cours d'élaboration auprès de quelques établissements volontaires (en particulier certains éléments du financement d'activités hors GHS, tels que les urgences, la réanimation ...): il ne s'agit donc pas d'une simulation des effets du nouveau dispositif, laquelle n'a pas eu lieu, mais plutôt d'un laboratoire.

- Expérimentation PMSI en **Languedoc-Roussillon**, commandée en 1993, pilotée par M. Duicque (IGAS), rapport de synthèse rendu en février **1995**
- Expérimentation d'une tarification à la pathologie, définie par la loi CMU de 1999, pilotée par la mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie (METAP) animée par Messieurs **Marrot et Giraldi**, rapport d'étape rendu en avril **2002**
- Expérimentation prévue dans le plan Hôpital 2007 devant se dérouler en 2003 sur une quarantaine d'établissements, avant application en vraie grandeur de la réforme en 2004 : résultats mentionnés dans le « Rapport sur la mise en place de la tarification à l'activité » rendu par la MT2A en octobre **2003**.

La Cour a constaté¹⁰ que l'expérimentation Languedoc-Roussillon avait permis de dégager quelques lignes de force essentielles et quelques points bloquants : le choix du PMSI comme outil de financement produit une redistribution financière importante, moindre dans le secteur privé que public (plutôt de l'ordre de 5% dans le privé et de 10% dans le public) ; la définition et la valorisation des missions de recherche et d'enseignement constituent un sujet central et difficile dans le public ; l'exclusion des honoraires et l'absence de connaissance des coûts dans le secteur privé représentent un obstacle qui doit être levé dans l'optique d'une échelle commune de tarifs, voire de tarifs identiques.

Dans son rapport de 1997, la Cour faisait état notamment de :

- la faible représentativité des établissements publics servant à calculer les coûts des GHM hospitaliers et donc l'échelle nationale de coûts dans le public
- le caractère rudimentaire et insatisfaisant de la méthode permettant de tenir compte forfaitairement, par un surcoût uniforme estimé à 13%, de la spécificité des CHU : missions d'enseignement et de recherche, lourdeur médicale et parfois sociale des cas traités
- la nécessité d'élaborer une échelle de coûts commune entre les secteurs publics et privés dont la Cour indiquait à l'époque qu'elle était en cours de construction sur la base d'estimations d'experts.

Au moment où la décision a été prise d'appliquer une tarification à l'activité, c'est à dire fin 2003, aucun des problèmes répertoriés en 1995 n'avait trouvé de début de solution : fin 2005, alors que la nouvelle tarification s'applique depuis un an, ils persistent et constituent, avec quelques autres, l'essentiel des critiques émises à l'encontre de la T2A en son état actuel. On verra notamment que sont au cœur du débat qui oppose les secteurs public et privé le sujet des MIGAC (missions d'intérêt général et d'accompagnement des contrats financées par dotation particulière), celui de l'échelle commune de coûts (qui n'est pas en cours de réalisation, mais dont la méthodologie est seulement en train d'être définie), ainsi que celui du surcoût supposé lié au type de population accueillie et traitée (retenu au cours de 2005 comme un thème d'étude complémentaire à engager).

* *
*

¹⁰ Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale de 1997

CHAPITRE II- LES OBJECTIFS ET L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE DE LA RÉFORME FRANÇAISE DITE DE LA T2A

La réforme de la T2A s'inscrit dans un ensemble de réformes structurantes, le plan Hôpital 2007.

Le 20 novembre 2002, M. Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, présentait un plan quinquennal « Hôpital 2007 – un pacte de modernité avec l'hospitalisation »¹¹. Ce plan comporte deux volets principaux, l'allègement des contraintes extérieures aux établissements et la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Chacun d'eux est décliné de la manière suivante :

l'allègement des contraintes extérieures aux établissements :

- relancer l'investissement : permettre le financement par les établissements d'une première tranche de 6 Md€ portant sur les investissements immobiliers, les équipements et les systèmes d'information ; création de la MAINH (mission d'appui à l'investissement hospitalier)
- instaurer des mécanismes de financement incitatifs –la tarification à l'activité- avec généralisation dès 2004
- rénover les modes d'achat des hôpitaux
- simplifier, déconcentrer et rénover l'organisation sanitaire
- assouplir et réaménager les groupements de coopération sanitaire (GCS), favoriser la recomposition du paysage hospitalier, principalement par la collaboration entre CHU et CH

la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics :

- revoir le régime budgétaire et comptable des établissements publics et mettre fin aux mécanismes de reports de charges
- réaménager l'organisation interne et la gestion des hommes (gouvernance : création des pôles, intéressement, déconcentration de la gestion des PH et des directeurs ...)
- créer un groupe de travail sur les CHU

Même si ce plan ambitieux est mentionné comme constituant un « plan pour tous », l'essentiel de son contenu s'adresse en réalité aux hôpitaux publics auxquels le ministre veut « redonner ambition et espoir »

I- Les trois objectifs affichés du nouveau système d'allocations de ressources

A- La médicalisation du système de financement

Le nouveau dispositif répond à l'objectif affiché de « médicalisation du système de financement » puisqu'une grande partie de l'allocation de ressources se fonde désormais sur l'activité produite, décrite de manière fine et médicalisée grâce au PMSI.

Pour ce faire, la T2A reprend les principaux ingrédients des systèmes étrangers examinés :

- un système mixte fondé sur une tarification forfaitaire des séjours et sur deux ajustements financiers principaux : la dotation destinée à prendre en charge les missions d'intérêt général et l'accompagnement des contrats (MIGAC) et les coefficients géographiques rémunérant les surcoûts de production non imputables aux établissements ;

¹¹ Ce plan est résumé dans le rapport sur les orientations de la politique de santé annexé au LFSS pour 2003 au point 1-4-1 « L'excellence de l'hôpital public et privé : le plan Hôpital 2007 ».

- une tarification comportant d'une part la rémunération des séjours (les Groupes Homogènes de Séjours, calculés sur la base d'une classification issue des DRGs américains et aménagée en plusieurs temps), d'autre part la rémunération d'éléments complémentaires (extrêmes - « outliers » -, suppléments, séances, produits facturables en sus).

B- L'équité de traitement entre les établissements

Le second objectif affiché de la réforme est celui d'équité de traitement entre les établissements : celui-ci se traduit par un mécanisme de convergence des établissements vers des tarifs nationaux calculés sur la moyenne constatée.

Cependant, deux scénarios concomitants répondent à cet objectif : le scénario de convergence intra sectorielle (propre à chaque secteur) déjà entré en vigueur, et celui de convergence intersectorielle tendant à appliquer à terme une seule grille tarifaire à l'ensemble des établissements de santé, mais pour l'instant non défini dans ses modalités.

Concernant le premier, il s'applique effectivement, selon les modalités suivantes :

- deux grilles tarifaires différentes pour chacun des secteurs ex DG et ex OQN, calculées sur des moyennes historiques constatées, de coûts dans le public, de facturations émises sur la base de l'ancienne tarification dans le privé ;
- deux mécanismes de progressivité permettant aux établissements de chaque secteur de passer de leur situation ante à une application totale de la réforme en 2012.

Le système français, dont les deux secteurs devraient à terme converger selon des modalités non encore précisées, n'intègre pas la différenciation par groupes d'établissements le plus souvent rencontrée à l'étranger et vise au contraire une tarification nationale unique.

C- La mise en concurrence des deux secteurs

Dans le plan « Hôpital 2007 », la nouvelle tarification est présentée dans la perspective suivante : libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation, ce que ne permet pas le système figé du budget global. La T2A est ainsi réputée constituer un outil de mise en concurrence : « Au-delà de l'hôpital public, notre système de santé s'appuie beaucoup sur les établissements privés et le secteur libéral : la concurrence entre le secteur privé et le secteur public peut exister : il serait hypocrite de l'occulter (...) Notre objectif est de redonner à l'hôpital toute la souplesse dont il a besoin pour donner la pleine mesure de son potentiel et de son efficacité, y compris lorsqu'il se trouve en situation concurrentielle ».

Ainsi, le nouveau système de financement doit inciter les établissements publics à se comporter de la même manière que les opérateurs privés : développer leurs outils internes de pilotage (comptabilité analytique par séjour, contrôle de gestion) afin, d'une part de générer des gains de productivité, d'autre part de repérer les segments rémunérateurs et d'adapter leur activité de soins en conséquence. Le message adressé au secteur public comprend ainsi deux axes : améliorer la productivité en réduisant les coûts, adapter le volume (quantité et structure) de l'activité de soins produite.

II- L'économie générale du système : une redistribution des financements à la moyenne

L'objectif central d' « équité » vise la réduction des fortes disparités de ressources dont bénéficient les établissements de santé pour produire la même activité de soins par convergence à la moyenne historique du coût pour l'assureur.

Ces disparités¹² résultent principalement des dispositifs antérieurs de financement : bien qu'opposés dans leur logique - une dotation globale de moyens d'un côté, un paiement à la prestation de l'autre (non seulement prix de journée, mais également forfaits techniques et de pharmacie)-, les modes de financement 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 supposé¹³ très significatif entre les deux secteurs. Les critères objectifs (statut, taille, localisation etc.) n'expliquent en effet que très partiellement les écarts de moyens alloués.

A- Principe et évaluation financière

Dès lors, l'économie générale de la T2A est celle d'une redistribution à la moyenne qui repose sur le principe suivant : la majeure partie des disparités n'est ni justifiée, ni admissible, dès lors qu'il y a un acheteur unique, l'assurance maladie obligatoire. Aussi le principe central de la réforme consiste-t-il à isoler, dans l'activité des établissements de santé, la production de soins, à la classer en GHM et à la traduire en tarifs nationaux de GHS calculés sur la moyenne historique des dépenses nationales d'assurance maladie qui leur ont été consacrées.

On s'intéressera ici uniquement à la redistribution intrasectorielle, entrée en vigueur depuis le démarrage de la réforme : en effet, la redistribution intersectorielle, examinée en détail dans la dernière partie du présent relevé en tant que scénario à clarifier, ne constitue pour l'instant qu'un objectif reposant globalement sur la même logique que la convergence intrasectorielle, mais elle n'a été définie jusqu'à présent dans aucune de ses composantes essentielles (vecteurs de la convergence, amplitude des écarts à réduire, point de convergence vers le haut, la moyenne ou le bas).

Les effets de la convergence intrasectorielle ont été évalués globalement par la DHOS au démarrage de la réforme et repris récemment par le HCAAM dans ses travaux de fin 2005 ; ils font par ailleurs l'objet de nouveaux indicateurs financiers produits par l'ATIH (« indicateurs de productivité » prévus pour être annexés au PLFSS 2006, mais non encore parus). Il s'agit simplement de calculer par établissement l'écart entre ses recettes avant et après réforme sur la partie de recettes tarifée (dans la simulation, la tarification T2A est appliquée à 100%) : montants redistribués, établissements gagnants et perdants, dispersion des établissements par rapport à la moyenne.

¹² Voir notamment l'avis du HCAAM du 21 juillet 2004 : l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers

¹³ Le chiffrage de cet écart est devenu une préoccupation dès l'expérimentation Languedoc-Roussillon de 1995, mais faute d'étude sérieuse, celui-ci est régulièrement revu à la hausse ou la baisse. Quand le Parlement a voté une convergence intersectorielle à 100% en 2012 (LFSS 2005), le chiffrage « officiel » mentionnait un surcoût de 40% des établissements publics (tarifs du public 1,66 fois supérieurs). Cette question est analysée en détail dans la partie V du présent relevé.

Les montants en jeu (source HCAAM)

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

- dans le secteur des établissements ex DG, la redistribution à la moyenne porte sur **1,19Md€ prélevés** aux surdotés (43 % des établissements, - 7,2% de leur budget initial) et **réaffectés** aux établissements sous dotés (57% des établissements, + 7,8% de leur budget initial). Le HCAAM mentionne une redistribution de 2,4 Md€ en additionnant les prélèvements et les réaffectations.

- dans le secteur des établissements ex OQN (il manque la Réunion et la Lorraine), la redistribution à la moyenne porte sur **137 M€ prélevés** aux 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)

On constate que les évaluations faites en 1995 dans l'expérimentation Languedoc-Roussillon n'étaient pas très éloignées : en moyenne, des variations entre + et - 10% pour le public, + et -5% pour le privé.

▪ **Restrictions sur la méthode de calcul**

Des restrictions importantes doivent être apportées à cette évaluation sur laquelle se fonde généralement l'appréciation portée sur la faisabilité de la convergence intrasectorielle.

En effet, certains mécanismes complémentaires, étudiés dans la suite du relevé, ont pour vocation de financer les disparités de coûts justifiées et de procéder à une redistribution de montants plus importants que ceux résultant de l'application mécanique des tarifs nationaux, mais ciblés sur des régions ou des établissements : il s'agit des coefficients géographiques appliqués aux tarifs pour corriger les surcoûts « légitimes » de certaines régions (502 M€ en 2005) et des dotations MIGAC qui bénéficient en grande partie aux CHR (objectifs de 4,6 Md€ en 2005 et de 5,6 Md€ en 2006). De même, le mécanisme des coefficients « de haute technicité » appliqué dans le secteur privé et destiné à disparaître en 2012, constitue un complément de recettes pour 387 établissements seulement (200 M€ en 2005) qui ne sont pas redistribués. Ces correctifs peuvent se cumuler pour certains établissements, qui, réputés perdants dans la simulation générale, deviennent en réalité gagnants et vice versa.

Par ailleurs, les calculs macroéconomiques de redistribution ont été réalisés à partir de la structure d'activité des établissements constatée en 2002 à laquelle ont été appliqués les tarifs fixés en 2004, mais les exercices 2005 et 2006 introduisent d'importantes transformations dans la définition même des éléments tarifaires : si celles-ci sont réputées neutres au plan macroéconomique (calcul à enveloppe et structure d'activité constantes à un instant « t »), les redéploiements qu'elles induisent pour chaque établissement peuvent être très importants en fonction de leur propre structure d'activité¹⁴.

Ainsi, l'évaluation macroéconomique des effets redistributifs de la T2A à l'intérieur de chaque secteur qui nourrit la réflexion sur la faisabilité de la réforme est à la fois partielle et déjà obsolète.

¹⁴ D'une manière générale, les montants globaux redéployés à l'occasion des modifications du système ont été estimés au plan national, mais aucune évaluation d'impact sur les établissements pris individuellement n'a été réalisée, à l'exception de celle réalisée pour le passage de la classification des GHM en version 10 (applicable le 1^{er} janvier 2006).

▪ **Chiffrage du scénario**

Celui-ci prend en compte les écarts constatés par secteur et repose sur l'hypothèse d'une réduction linéaire de ces écarts sur 8 ans.

Dans le secteur public, pour les 580 établissements étudiés (sur 660 concernés), **57% se situent à moins de 10% de la référence (en plus ou en moins) et 70% en rapportant la redistribution tarifaire à l'ensemble des recettes (telles qu'elles apparaissent au moment de la simulation, c'est-à-dire avant la définition des MIGAC de 2005)**. Les redéploiements sont les suivants :

Recettes T2A/recettes initiales	Modification annuelle moyenne calculée sur 8 ans	Fréquence des établissements en prenant l'impact sur les recettes MCO	Fréquence des établissements en prenant l'impact sur le total du budget
>1,3	Gain > 3,33% par an	4,1 %	1,2 %
1,2 à 1,3	de 2,3 à 3,33%	4,7 %	3,6 %
1,1 à 1,2	de 1,2 à 2,3%	15,7 %	13,3 %
1 à 1,1	de 0 à 1,2%	33,8 %	40,0 %
0,9 à 1	Perte de 1,2 à 0%	23,6 %	29,7 %
0,8 à 0,9	de 1,2 à 2,3%	10,9 %	8,6 %
0,7 à 0,8	de 2,3% à 3,33%	2,8 %	2,8 %
< 0,7	> 3,33%	4,5 %	0,9 %

Chiffrage HCAAM

Dans le secteur privé, pour les 1 196 établissements étudiés (sur 1210 concernés), **88% se situent à moins de 10% de la référence (en plus ou en moins)**. Les redéploiements sont les suivants :

Recettes T2A/recettes initiales	Modification annuelle moyenne calculée sur 8 ans	Fréquence des établissements en prenant l'impact sur les recettes MCO
>1,3	Gain > 3,33% par an	1,0%
1,2 à 1,3	de 2,3 à 3,33%	0,8%
1,1 à 1,2	de 1,2 à 2,3%	4,8%
1 à 1,1	de 0 à 1,2%	48,8%
0,9 à 1	Perte de 1,2 à 0%	39,1%
0,8 à 0,9	de 1,2 à 2,3%	3,9%
0,7 à 0,8	de 2,3% à 3,33%	0,9%
>1,3	> 3,33%	0,6%

Chiffrage HCAAM

Ainsi, dans le secteur public où les disparités sont plus importantes, la convergence représente **une baisse annuelle moyenne de 0 à 1,2%** pour 69 % des surdotés, supérieure pour les 31 % restant. Dans le secteur privé, la convergence représente une baisse annuelle moyenne de 0 à 1,2% pour 87 % des surdotés, supérieure pour les 13 % restant.

B- Les contraintes

Cette simulation des effets redistributifs permet, malgré ses limites méthodologiques, de prendre grossièrement la mesure des efforts demandés aux établissements initialement surdotés, dans le calendrier défini par la loi. Cette mesure arithmétique de l'effort doit être mise en regard avec les contraintes qui pèsent par ailleurs sur les établissements de santé.

▪ Le contexte financier national : l'ONDAM

- D'une part, les perspectives d'évolution de l'ONDAM sont peu favorables à la mise en oeuvre d'un système redistributif davantage acceptable dans un contexte financier en croissance globale : en simplifiant, on peut en effet supposer que la croissance en valeur, fixée par l'ONDAM, va tendre vers un taux annuel de l'ordre de 2,5 %, croissance totalement absorbée par un effet volume du même ordre dans le secteur hospitalier, secteur public et privé confondus. Ainsi, dans cette hypothèse, la hausse des coûts de production devra être financée en totalité par les gains de productivité dégagés par les établissements. Pour les établissements surdotés, il y a cumul des deux facteurs de baisse des ressources à activité constante.

- D'autre part, le nécessaire respect de l'ONDAM semble peu compatible avec le nouveau système de tarification qui présente des risques inflationnistes certains, du moins dans ses premières années d'application.

Certes, le scénario de convergence à la moyenne est financièrement neutre par construction ; de même, toutes les modifications tarifaires introduites en 2005 et 2006 se font en théorie par redéploiement à enveloppe constante. La T2A se présente comme une optimisation de la dépense et non comme un facteur d'économie ou de dépense supplémentaire. Elle induit cependant chez les opérateurs publics un comportement commercial jusqu'alors cantonné au secteur privé lucratif qui, outre la recherche de gains de productivité, peut consister à augmenter les recettes en définissant une stratégie de croissance et/ou de contournement (surclassement des séjours dans les GHS, fractionnement des séjours, externalisation des soins, sélection des patients...).

▪ L'hétérogénéité des établissements de santé

L'appréhension macro-économique et arithmétique des effets redistributifs de la T2A ne doit pas dissimuler la variabilité de son impact réel sur les établissements selon, notamment, le secteur auquel ils appartiennent. Leurs marges de manœuvre ne sont pas les mêmes a priori pour faire face à la redistribution imposée par la réforme.

Les cliniques à but lucratif, pour lesquelles la nouvelle tarification ne change pas le mode de fonctionnement déjà largement fondé sur une adaptation de l'activité aux recettes prévisionnelles, sont en mesure de prendre position assez rapidement sur les segments d'activité devenus pour eux les plus rémunérateurs : la fixation de tarifs forfaitaires par GHS, calculés sur la base des anciens tarifs facturés, a seulement pour effet d'introduire une certaine rigidité, puisque tous les séjours rattachés à un GHS sont facturables de manière identique, alors que, antérieurement, la facturation de chaque séjour donnait lieu à la combinaison de multiples prestations (dont certaines étaient elles-mêmes fonction de la cotation des actes techniques à la NGAP, à savoir les FSO). Les véritables préoccupations du secteur sont ailleurs : la réforme de la T2A comporte des risques potentiels de remise en cause de l'actuelle répartition des recettes et du pouvoir de décision entre les établissements et les praticiens : l'intégration de certains dispositifs médicaux dans les tarifs par exemple, jusqu'alors totalement facturés en sus dans le secteur privé, a pour conséquence de renforcer le pouvoir du gestionnaire au détriment de celui des praticiens. De même, toute évolution forte de la classification des GHM consistant à prendre davantage en compte la lourdeur des actes réalisés et moins les durées moyennes de séjour aurait mécaniquement des conséquences sur le partage des recettes entre les structures et les praticiens, les secondes étant revalorisés

au détriment des premières. Enfin, l'objectif de convergence intersectorielle repose sur l'hypothèse, pour l'instant non explicitée par les Pouvoirs publics, de l'inclusion des honoraires dans les tarifs, sous peine de le dénaturer totalement.

En revanche, pour les établissements publics surdotés, la faisabilité de la convergence à la moyenne paraît moins évidente : outre que la marge de productivité à réaliser est globalement plus importante que dans le secteur privé, comme vu plus haut, elle suppose l'effectivité de marges de manœuvre. Or, elles sont a priori plus restreintes, tant en raison de la vocation de recours et de la moindre spécialisation des hôpitaux que de leurs actuelles contraintes de fonctionnement, en particulier liées aux personnels qui représentent 70% de leurs charges.

III- Eléments de continuité et de rupture introduits par la T2A

▪ Continuité

La réforme de la T2A comporte des éléments de continuité importants : d'une part, l'utilisation du PMSI pour mesurer la production et la productivité des établissements, déjà mise en œuvre dans le dispositif de péréquation, d'autre part l'objectif général de réduction des disparités de coûts pour l'assureur et de convergence des moyens alloués vers une moyenne nationale.

Sur ce dernier point, 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 la moyenne constatée ne semble pas avoir fait l'objet d'un véritable débat. Cette orientation paraît paradoxale dans l'environnement financier contraint de l'ONDAM. Il n'y a pas davantage de scénario d'accompagnement, visant à orienter la dépense rendue possible par le surplus de moyens dont vont bénéficier les établissements sous-dotés. Cette question se pose d'autant plus que les écarts entre établissements sont importants.

▪ Rupture

La réforme de la T2A présente en revanche des éléments de rupture importants, vécus par les établissements publics comme une véritable mutation.

- La durée : comme on l'a souligné dans le chapitre précédent, la procédure de péréquation devait s'étaler sur 30 ans, alors que l'effort de redéploiement engendré par la T2A doit aboutir en 2012, soit en 8ans. **Cette accélération constitue un message politique fort**, mais dont la faisabilité économique paraît problématique dans le secteur public, pour les établissements surdotés les plus éloignés de la moyenne.

- Le mode de pilotage :

En instaurant une grille nationale de tarifs opposables, le nouveau dispositif cherche à **optimiser de manière mécanique l'offre de soins hospitaliers par les prix** et à instaurer une alternative à la démarche d'encadrement budgétaire, complétée depuis 1997 par une modulation négociée entre les ARH et les établissements.

Cependant, la logique d'optimisation de l'offre de soins par les prix, en incitant aux efforts de productivité, porte uniquement sur l'efficience de la dépense publique à activité constante, mais elle ignore ou contrarie deux autres dimensions du pilotage

hospitalier : la régulation macroéconomique de la dépense (le volume d'activité) et l'organisation physique de l'offre de soins (localisation, niveaux de lourdeur des prises en charge) en réponse aux besoins de la population.

IV Problèmes de cohérence

▪ La régulation financière

La T2A introduit un mode de régulation nationale des dépenses afférentes à l'activité hospitalière de court séjour fondé sur la définition d'une enveloppe théoriquement limitative et sur la fixation des tarifs par l'administration. Or, les établissements réagissent à la fixation de ces tarifs pour maintenir ou accroître leur revenu 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 tend à augmenter le volume des dépenses. De fait, 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 ce dépassement ait été pris en compte pour définir l'enveloppe de l'année suivante. Au total, le dépassement s'est élevé à 1 Md€ de 2000 à 2004. Cet effet inflationniste prévisible est évidemment incompatible avec l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et avec la contrainte financière forte résultant de l'ONDAM (évolution tarifaire 0 à activité constante dans les prochaines années).

▪ Les nouvelles procédures ayant trait à l'organisation de l'offre

Une seconde contradiction apparaît entre les procédures de d'organisation de l'offre hospitalière, placée sous la responsabilité des ARH¹⁵, et la logique d'optimisation par les tarifs qu'introduit la T2A.

- Au niveau théorique, 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).

¹⁵ La refonte de ces procédures est une des pièces maîtresses du plan « Hôpital 2007 » : cette réforme qui a pour objet d'optimiser l'organisation des soins introduit une planification des activités de soins et non plus des capacités ou équipements, abandonne la carte sanitaire et assouplit les procédures d'autorisation, enfin améliore les techniques de quantification mises en œuvre pour les SROS de troisième génération (qui doivent paraître au plus tard le 31 mars 2006) : calibrage des territoires de santé (à la place des secteurs sanitaires), définition affinée des « matières » à prendre en compte dans les schémas, enrichissement des unités de compte permettant de quantifier l'offre, grâce notamment à l'utilisation simplifiée du PMSI. La quantification doit être réalisée « en trois dimensions complémentaires » : maillage et gradation (niveaux), accessibilité, enfin volumes d'activité.

Les textes définissant ces nouvelles procédures sont les suivants :

- Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003,
- Arrêté du 27 avril 2004 (fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS),
- Décret 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins,
- Décret 2005-434 du 8 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire,
- Circulaire DHOS 2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins,
- Arrêté du 8 juin 2005 relatifs aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.

- Au niveau de l'articulation financière, les SROS (qui sont rarement valorisés en termes de dépenses) définissent une « couverture cible » du territoire sans lien a priori avec les contraintes qui pèsent sur les établissements (laquelle passe désormais par les tarifs nationaux) : contraintes générales de l'ONDAM, contraintes de la convergence intrasectorielle, voire de la convergence intersectorielle. C'est ce qui justifie la création, à l'intérieur des MIGAC, d'une dotation dite d'aide à la contractualisation (« AC ») dont l'un des objectifs est d'accompagner les restructurations souhaitées. Toutefois, cette solution comporte deux inconvénients majeurs : d'une part, elle développe hors tarification un financement complémentaire à géométrie variable (comme le montre la très forte augmentation de cette dotation introduite en 2006), d'autre part elle induit une vision inflationniste de la planification puisque, si les aides complémentaires sont prévues, l'actualisation des tarifs à la baisse résultant d'une rationalisation de l'offre ne l'est pas.
- Au niveau de la mise en œuvre, les objectifs quantifiés par activité définis dans le SROS se déclinent au niveau de chaque établissement dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dont la signature été retardée au 31 mars 2007 : cette disposition impose très clairement aux établissements une structure et un volume d'activité. La circulaire DHOS indique que les contrats incluront « les mesures incitatives ou rectificatives à leur respect (...) En cas de dépassement des objectifs par un établissement, il vous appartiendra de conduire les négociations pour maintenir les volumes dans les fourchettes de valeur que vous aurez fixées, ou le cas échéant, de revoir l'annexe du SROS. ». Le nouvel outil d'optimisation de l'offre comprend donc, en fait, un dispositif de régulation des volumes par établissement.

Il apparaît qu'une meilleure combinaison de la planification et de la T2 devrait être recherchée. Dans une telle perspective, les SROS déclinés en CPOM devraient être utilisés (et il n'est pas trop tard pour ce faire) comme des instruments d'accompagnement de la T2A ou à l'inverse de correction des effets pervers ou trop brutaux qu'elle pourrait engendrer.

Par exemple, pour des raisons de sécurité sanitaire, les SROS pourraient favoriser la fermeture de services ou de plateaux à faible activité ce qui faciliterait la restructuration que la T2A doit enclencher par le biais de la sanction financière des prix (rentabilité insuffisante par rapport aux tarifs nationaux, arrêt de l'activité décidée par l'établissement). A l'inverse, si une spécialisation excessive de l'activité découlait à terme de la T2A, les soins qui seraient alors insuffisamment assurés pourraient être rendus plus incitatifs par modification des tarifs, voire imposés a minima par le biais des CPOM. De même, ces derniers pourraient déterminer clairement les activités à conserver pour assurer la continuité des soins dans certaines zones très particulières, indépendamment de leur rentabilité financière. Il conviendrait alors de leur appliquer un traitement financier spécifique (surtarifs ou dotations).

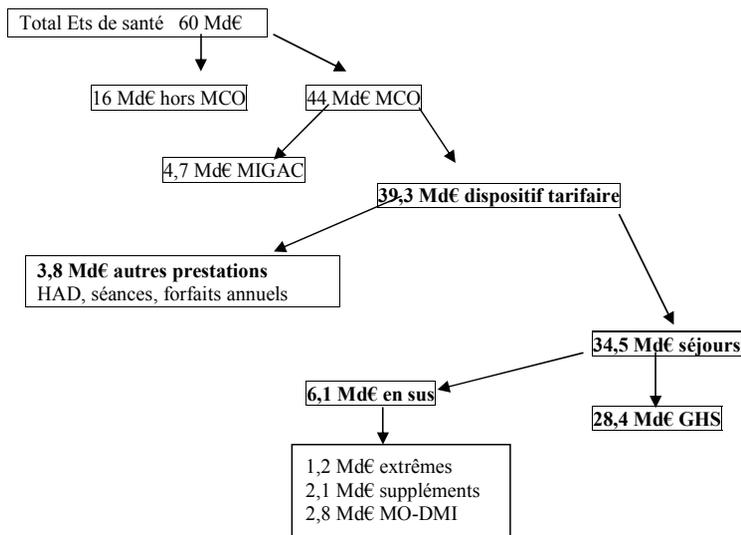
* *
*

PARTIE II- LES COMPOSANTES DU SYSTÈME DE FINANCEMENT

La présente partie se propose d'examiner les différentes composantes du dispositif français, leur pertinence et leur articulation : pour en faciliter la compréhension, cette description fait abstraction des mécanismes de progressivité et analyse le dispositif tel qu'il doit s'appliquer à 100% en 2012¹⁶.

▪ Un ensemble complexe

Le dispositif de financement est un ensemble complexe qui ne se réduit pas aux tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) : dans le champ concerné par la réforme, c'est-à-dire celui des disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) ¹⁷ les tarifs des GHS ne représentent in fine que 63% des financements T2A du secteur public et 69% du secteur privé.



¹⁶ Les mécanismes de progressivité, différents dans chaque secteur d'établissements, sont étudiés dans la partie V.

¹⁷ Une application de la T2A est également prévue depuis pour les deux disciplines de SSR (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie), mais les travaux sur une classification ad hoc sont en cours : celle des SSR devait initialement s'appliquer en 2006 et celle de psychiatrie semble poser de véritables problèmes de méthodologie. Ces deux activités continuent d'être financées selon la logique ancienne, par des dotations annuelles de financement (DAF) pour les établissements ex DG et par les anciens tarifs pour les établissements ex OQN.

Le schéma ci-dessus reconstitue les composantes du dispositif et donne des ordres de grandeur de leur poids respectif (estimés et arrondis à partir des objectifs fixés pour 2005¹⁸).

Cette complexité est inhérente à la logique de la tarification à l'activité, puisque celle-ci suppose :

- de distinguer les activités de soins des missions d'intérêt général mal définies, telles que l'enseignement ou les fonctions de référence et de recours
- de tendre vers une tarification nationale de prestations qui s'applique à tous les établissements et englobe la part la plus large possible de leurs activités de soins, dont certaines se plient difficilement à cette approche (exemple des urgences) ou ne relèvent pas de GHM (exemple de l'hospitalisation à domicile - HAD)
- d'éliminer des tarifs nationaux les facteurs d'hétérogénéité justifiés et de les financer de manière complémentaire : en premier lieu les surcoûts géographiques légitimes (coût de l'immobilier et de la main d'œuvre différents) valorisés par des coefficients géographiques, en second lieu les épisodes de soins nécessaires à certains patients, mais non systématiquement liés au groupe homogène de séjour auquel ils ressortissent (rémunérés hors GHS, sous forme de suppléments, d'extrêmes, de produits facturés en sus ou de forfaits).

Pour autant, comparé au système américain par exemple, le dispositif français ne prend pas en compte pour l'instant certains facteurs importants d'hétérogénéité, tenant aux caractéristiques des populations accueillies (âgées, précaires), à la taille des établissements ou leur plus ou moins grande spécialisation, ce qui, dans l'objectif de convergence des deux secteurs public et privé, risque soit de faire peser de très fortes tensions sur la classification des GHM et les éléments tarifaires annexes, soit de conduire à créer un financement d'ajustement (incorporé dans les dotations destinées aux missions d'intérêt général, dès lors détournées de leur objectif initial).

Une étude systématique des modalités de financement des facteurs d'hétérogénéité dans les autres pays utilisant le paiement prospectif devrait être réalisée et exploitée de façon plus pragmatique qu'elle ne l'est actuellement. **Comme on va le voir en effet, ce sujet central est assez mal appréhendé dans le système français qui, pour l'instant, gère des « amortisseurs » destinés à entériner des situations acquises et à rendre politiquement acceptable le schéma initial de redistribution de la T2A, plutôt qu'il ne définit des mécanismes correcteurs efficaces et pérennes.**

▪ Un ensemble évolutif

Un facteur supplémentaire de complexité du nouveau dispositif tient à la nécessité de le faire évoluer régulièrement : ceci découle non seulement des ajustements importants qu'engendre la mise en oeuvre accélérée de la réforme (exemple des MIGAC définies seulement en mai 2005 et modifiées en 2006), mais aussi d'une adaptation indispensable de la tarification liée à l'évolution de l'activité de soins :

¹⁸ 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-ensembles que la DHOS a communiquée en pourcentages. Les montants exacts découlant des réalisations constatées en 2005 n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête.

- la tarification est en effet destinée à rémunérer des activités de soins et des prises en charge soumises à des mutations (changement de pratiques, évolution technologique qui peuvent entraîner des surcoûts mais aussi des économies), constatées dans la pratique ou imposées par un nouvel environnement normatif : les activités de réanimation et d'urgences par exemple sont en cours de redéfinition, ce qui devrait conduire à la réorganisation de l'offre de soins à travers les SROS III (schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^{ème} génération) et les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) d'ici 2007, mais aussi, fort logiquement, à l'adaptation de leurs modalités de financement ;
- la tarification repose sur une classification des séjours de conception ancienne, adaptée et améliorée au fil des versions successives, dont on sait d'ailleurs qu'il conviendrait de repenser la logique dans des délais assez rapprochés. Toute modification de la classification entraîne un redécoupage et une nouvelle valorisation des tarifs qui en sont issus ;
- la tarification (c'est le propre de tout système de financement) influe sur les pratiques médicales des opérateurs qui se l'approprient : cela nécessite des correctifs réguliers destinés à neutraliser leurs stratégies de contournement. Celles-ci se développent notamment en raison de définitions de frontière insuffisantes (par exemple la frontière entre actes externes, urgences et hospitalisations de courte durée) ou de définitions de seuils (par exemple le niveau de rémunération des séjours extrêmes en deçà ou au-delà des bornes basses et hautes fixées par rapport à la DMS de chaque GHM).

Compte tenu de ces éléments, la préconisation de stabilisation du système émise par la mission IGAS-IGF en juillet 2005 mérite d'être précisée : il convient d'éviter de rigidifier la nomenclature tarifaire sous peine d'accorder progressivement des avantages supplémentaires sans jamais se laisser l'occasion de récupérer les rentes (comme cela a été le cas pour la NGAP ou les tarifs de prestation des cliniques) ; en revanche, il faut édicter et rendre publiques les règles selon les lesquelles se réalise sa nécessaire actualisation, ce qui n'est pas le cas pour l'instant.

Les composantes examinées ci-dessous sont : les MIGAC, les tarifs (GHS et autres éléments tarifaires), enfin les coefficients géographiques. Cet ordre est dicté par la manière dont ces composantes sont successivement calculées et appliquées. En effet, la dotation MIGAC est d'abord calculée puis prélevée du champ des dépenses MCO, les éléments tarifaires sont ensuite calculés sur la partie « résiduelle » de l'enveloppe MCO, enfin les coefficients géographiques s'appliquent à certains de ces éléments tarifaires, mais pas à tous.

CHAPITRE I- LA PRISE EN COMPTE DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL : LA DOTATION DES MIGAC

Les MIGAC - missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - donnent lieu à dotation : elles concernent en principe tous les établissements publics et privés, mais ont en pratique un impact financier important sur deux catégories d'établissements que sont les CHR-U et les CLCC (centres de lutte contre le cancer).

Longtemps assimilées aux activités universitaires de recherche et d'enseignement, ces missions ont été considérées avant la T2A comme un facteur de surcoût qu'il convenait de soustraire des charges entrant dans le calcul des points ISA, pour éviter de pénaliser les CHR

et les CLCC : évalué en moyenne à 15% puis à 13% dans le cadre de l'expérimentation Languedoc-Roussillon, ce surcoût a été compensé par un abattement forfaitaire de 13 % dans le calcul des points ISA de ces établissements¹⁹.

Or, le passage à la T2A a totalement modifié l'enjeu qui s'attache à ces missions : d'une part, la dotation qui les finance représente désormais, pour les établissements qui en bénéficient, un complément significatif de recettes qui s'ajoute à celles issues de l'activité de soins facturable, d'autre part, elle constitue un élément de différenciation important entre les deux secteurs et, à l'intérieur du secteur public, entre les CHU-CLCC et les autres établissements, qui modifie en profondeur le scénario de redistribution à la moyenne examiné dans la partie I. La définition et la valorisation des MIGAC revêtent ainsi une importance cruciale dans l'économie du dispositif.

I- La configuration des MIGAC

Les MIGAC se composent désormais de trois blocs :

- les **MERRI**, missions d'enseignement, recherche, référence, innovation, correspondent approximativement au socle ancien évalué à 13 % de surcoût auxquelles on a ajouté postérieurement celle de « recours » ;
- les **MIG**, missions d'intérêt général ;
- les **AC**, enveloppe destinée à l'aide à la contractualisation (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens - CPOM).

II- Les principes financiers des MIGAC

- Les dotations destinées à financer ces missions sont principalement valorisées sur la base des coûts historiques de chaque établissement, retracés dans leurs retraitements comptables (RTC), mais une partie des MERRI demeure forfaitisée : il n'y a pour l'instant, à l'exception des activités des SMUR et des équipes mobiles de soins palliatifs, aucune valorisation sur la base de coûts standard. Le principe d'équité de la T2A, i.e. une rémunération identique pour une activité identique, ne s'applique pas aux activités relevant de missions d'intérêt général. Figure en annexe la description détaillée du mode de valorisation des MIGAC au cours des exercices 2004, 2005 et 2006, ainsi que la modification introduite dans le calcul de la partie forfaitaire des MERRI.
- Une fois calculé, leur financement donne lieu à une dotation nationale, préemptée sur le montant des dépenses nationales MCO. Selon le principe des vases communicants, leur augmentation enclenche une diminution mécanique des tarifs de prestations de soins du secteur public et conduit à un transfert de financement des CH vers les CHU et les CLCC. **Deux conséquences secondaires à cette démarche : la valeur faciale des tarifs est progressivement déconnectée des coûts de production constatés dans l'ENC et l'écart de tarifs se réduit optiquement entre les secteurs public et privé.**

¹⁹ Toutefois, dès 1995, le rapport d'expérimentation mettait en évidence la nécessité d'entreprendre notamment des études économétriques permettant d'établir des coûts standard et de mieux évaluer ces missions : force est de constater que la situation était inchangée quand la T2A a démarré.

Pour fixer un ordre de grandeur, sans aller plus loin dans le détail de la valorisation à ce stade du rapport, la dotation MIGAC nationale traduite en dépenses d'assurance maladie et fixée dans le cadre de l'ONDAM représente en 2005 10,6 % des dépenses du l'enveloppe MCO soumise au nouveau système de financement (4671 M€), et 12,3 % en 2006 (5634 M€).

Cette préemption peut être réalisée sur l'enveloppe MCO du seul secteur public (ce fut le cas en 2005), mais peut aussi être prélevée sur l'enveloppe MCO des deux secteurs, puisque la régulation est désormais réputée commune : dans ce cas, la baisse tarifaire se répercute sur les deux secteurs et le transfert financier s'opère non seulement à l'intérieur du secteur public, mais aussi du secteur privé vers les CHRU et les CCLC. Le cadrage de 2006 présenté dans les recommandations du conseil de l'hospitalisation du 13 décembre 2005 ne permet pas de clarifier ce point très important.

- La dotation nationale, vue ci-dessus, est répartie en dotations régionales limitatives, puis réparties par les ARH entre les établissements qui sont payés par douzième par leur « caisse pivot ». En 2005, comme il s'agissait de la première valorisation, les propositions de dotations remontées des ARH ont été analysées et corrigées par la DHOS. Cette centralisation devrait disparaître au cours des exercices suivants. Les ARH ont pu cependant modifier les montants corrigés par la DHOS puisque la loi leur donne la possibilité de moduler les dotations entre les établissements à condition de respecter leur enveloppe régionale limitative. Seule l'exploitation des réalisations 2005 permettra de connaître in fine les financements perçus par chaque établissement.

Alors que la loi ne mentionne pas la possibilité pour les ARH de transférer des crédits entre la dotation MIGAC et les autres dotations (dotations annuelles de financement - DAF- versées au titre des activités de SSR et de psychiatrie et dotations annuelles complémentaires -DAC- versées au titre du mécanisme de progressivité qui est examiné plus loin dans la partie V), les ARH semblent l'avoir néanmoins pratiquée au cours de 2005²⁰. De même, un surplus de dotation MIGAC non chiffré a été attribué au secteur privé au-delà des 14 M€ autorisée (sur 4671 M€) par prélèvement sur la dotation MIGAC dédiée au public.

- La dotation nationale ainsi que les dotations déclinées par région et par établissement sont exprimées depuis 2005 en dépenses d'assurance maladie, alors que leur valorisation résultant des RTC est calculée en dépenses encadrées : le taux de conversion retenu a été de 92,05 %. Le montant total de dépenses des MIGAC est donc de 5049 M€ en 2005 et de 6121 M€ en 2006. La décision de principe de faire supporter par l'assuré une partie du financement des MIGAC est examinée dans la partie III (la question générale du taux de conversion et du mode de participation de l'assuré y est examinée en tant que telle).
- La liste des MIGAC est le cadre de référence obligatoire, mais n'ouvre pas un droit mécanique à financement : les missions retenues pour un établissement et sa dotation sont fixées dans un volet du CPOM signé entre l'établissement et l'ARH ou, à défaut, dans un engagement spécifique (un bilan doit en être adressé à la DHOS le 15 octobre de chaque année par les ARH).

²⁰ Ce sont les premiers constats que la DHOS est en train de dresser en décembre 2005, grâce à l'applicatif ARBUST qui retrace les notifications des ARH : ces éventuels dérapages seront examinés par la Cour dans le rapport d'exécution de la LFSS de septembre 2006.

III- Définition

Les textes :

LFSS pour 2004 (L 162-22-13)

Aspects financiers : décret du 14 janvier 2005 et arrêté du 30 mai 2005

Définition : avis du Conseil de l'hospitalisation 2004-4, décret 2005-336 et arrêté du 12 avril 2005

L'article L 162-22-13 donne la définition suivante de la dotation des MIGAC : il dispose qu'outre des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, la dotation nationale MIGAC « participe au financement :

- des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire ;
- des engagements visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire ;
- des engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. ».

▪ Une liste limitée (cf. annexe n°4)

La liste des MIGAC fixée par décret et arrêté ne représente que 45 % de la dotation nationale (1919 M€ sur 4320 M€²¹) : en particulier, une partie majoritaire des MERRI demeure financée forfaitairement (pour 1639 M€, soit 72 % des MERRI et 38 % des MIGAC totales en 2005) ; il en va de même pour le financement affecté à l'aide à la contractualisation (325 M€) et celui affecté au surcoût des charges de structure supérieures au coût forfaitaire de 5 % inclus dans le calcul des GHS (310 M€).

▪ Une liste tardive, amenée à évoluer

Il convient de souligner d'emblée que la définition juridique des MIGAC est intervenue après la fixation de la dotation nationale pour 2005.

Toutefois, le conseil de l'hospitalisation a émis un avis sur le sujet dès le 21 décembre 2004, dans lequel il insiste particulièrement sur le caractère inachevé et temporaire de la liste, qui doit donner lieu à des révisions périodiques et à de nombreux travaux d'expertise.

De même, devant le flou de certaines missions, le conseil a souhaité les concrétiser pour 2005 en définissant, par arrêté, une liste des « structures, programmes, actions, ainsi que les actes et produits » correspondant aux items généraux du décret. La liste en a été quelque peu modifiée en 2006.

▪ Une liste hétérogène

La liste qui figure en annexe 4 se structure autour de quatre items dont les trois derniers concernent les MIG :

²¹ Montants calculés à partir des retraitements comptables des établissements publics ayant servi de base à la fixation de l'objectif 2005.

- les missions d'enseignement, d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours (MERRI), donnant lieu à un financement spécifique (i.e hors la partie forfaitaire déjà mentionnée)
- la participation aux actions de santé publique
- les activités de soins dispensés à des populations spécifiques
- la participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique hospitalière

Cette rationalisation est pour l'instant imparfaite : **la liste détaillée est hétérogène et la ligne de partage entre les prestations de soins et les missions est insuffisante.**

Une part très importante des mesures fléchées, destinées à **financer les plans de santé publique** (urgences ou cancer par exemple), est dotée dans les MIGAC ²²: or, ces plans introduisent progressivement des préconisations ou des normes destinées à améliorer la bonne réalisation de prestations par ailleurs tarifées ; leur coût devrait dès lors être répercuté dans les tarifs des prestations concernées. Ce changement d'optique est souhaitable non seulement pour conserver aux MIGAC leur vocation primitive, mais en raison de l'inefficacité avérée du financement par mesures fléchées qui repose sur l'autorisation a priori de moyens financiers dédiés, mais dont la DHOS n'est pas en situation de vérifier la matérialité quelques années plus tard.

Une **confusion existe également au niveau des fonctions de recours** : ainsi, la limitation à quelques établissements seulement de la production de consultations spécialisées (consultations mémoire, tabacologie, douleur chronique etc.) n'implique pas pour autant que celles-ci ne puissent être tarifées.

On peut également citer l'existence **des équipes pluridisciplinaires mobiles** qui constituent un mode d'organisation particulier et novateur, jugé utile à la production de certaines prestations : les coûts correspondants devraient dès lors être répercutés sur les tarifs de GHS qui en font systématiquement usage ou faire l'objet de suppléments (comme c'est le cas pour le recours à la réanimation).

Enfin, concernant les **SMUR**, un financement avec part fixe et variable (comme c'est le cas des services d'urgence, cf. infra) devrait être mis en place. Selon la DHOS, ce changement devrait s'opérer en 2007.

Un effort doit donc être fait pour extraire des MIGAC et introduire dans les tarifs ou suppléments tous les financements ayant trait à la production de soins et de services identifiables. Cela permettrait en outre de mieux apprécier le surcoût réel de certaines novations (organisation, normes) assez dilué jusqu'à présent dans le mécanisme d'enveloppes fléchées autorisées. Dans le cas des MIGAC, il est évident que la logique de la T2A n'est pas appliquée dans toute sa rigueur et qu'on se prive ainsi d'une partie de ses effets vertueux.

- **Un dispositif porteur de risques**

Cet ensemble hétérogène comporte en outre des causes possibles de dérapages : c'est le cas des postes « actes hors nomenclatures » et « médicaments et DM sous ATU » (autorisation temporaire d'utilisation) imputés dans les MERRI pour 300 M€ (bases RTC pour 2005) ; s'ils

²² La DHOS a fait remarquer que ces plans, entrés en application la même année que la T2A, avaient fait l'objet d'annonces publiques avant la réforme et que des « enveloppes » de financement leur avaient été associées. Cette explication de nature conjoncturelle ne justifie pas le choix qui a été fait.

ne sont pas contrôlés de près, ils offrent une échappatoire évidente aux établissements et aux industriels. Ce dispositif dont la finalité est de permettre l'accès à des produits innovants, non encore autorisés pour des patients en situation d'échec thérapeutique a été créé en 1994. D'abord cédés gratuitement par les fournisseurs, ils ont ensuite été vendus à prix libres et pris en charge en totalité par l'assurance maladie. Un groupe de travail sur ce thème a été constitué en 2005 (DHOS-DGS-AFSSAPS).

Par ailleurs, la finalité de l'enveloppe AC, qui devrait être détachée de l'ensemble MERRI et MIG, suppose une clarification. Pour l'instant, elle n'a pas été définie au niveau réglementaire en raison d'une définition législative des MIGAC jugée suffisamment explicite (L 162-22-13 du code de la sécurité sociale cité supra). La circulaire budgétaire de février 2006 introduit au contraire une confusion, pour l'instant marginale, en indiquant que cette enveloppe peut être utilisée par les ARH à titre exceptionnel pour compenser les effets revenu de 2006.

L'imputation dans les MIG, financées par l'assurance maladie et l'assuré, des personnels mis à disposition des services de l'Etat ou de la FHF (rubrique participation à la définition de la politique hospitalière, non chiffrée par la DHOS) met en exergue une pratique de transfert de charges pour le moins discutable.

Les modalités qui ont présidé à la définition des MIGAC en font une enveloppe résiduelle « sanctuarisée », fondée sur la liste de tous les éléments réputés non tarifables. En l'état, elle constitue une tentation forte pour l'ensemble des acteurs : pour le ministère qui les utilise comme canal de financement des plans de santé publique (résurgence du scénario ancien : une mesure, une décision modificative), pour les établissements qui y trouvent une échappatoire à la contrainte tarifaire et une garantie de recettes, enfin pour les ARH qui disposent là d'une marge de manœuvre.

Enjeu financier en forte expansion (2006/2004 : + 67 %), la dotation MIGAC est l'objet permanent de négociation tant au niveau national (extension de la liste, règles de valorisation, dérogations de transfert en provenance de la partie facturable) que régional entre les ARH et les établissements.

Les MIGAC ne constituent donc pas en l'état le mécanisme pérenne de financement complémentaire et standardisé que nécessite la mise en place d'une tarification unique : elle a davantage pour objet de pérenniser, hors tarifs, des pratiques ou des structures que de définir, de manière positive et volontariste, ce qui doit constituer aux yeux des pouvoirs publics les spécificités légitimes de groupes d'établissements.

Des travaux sur une définition plus resserrée des MIG et de leur mode de valorisation (recommandés dès 1995 dans le cadre de la première expérimentation Languedoc-Roussillon) devraient être réalisés dans les meilleurs délais et une réflexion parallèle serait à mener sur la fonction et l'ampleur qu'il convient de donner à l'enveloppe d'aide à la contractualisation, laquelle devrait constituer une enveloppe distincte. La DHOS indique que cela constitue l'une des priorités des travaux programmés en 2006 et devrait aboutir à la diffusion d'un guide de contractualisation à destination des ARH.

CHAPITRE II- LA PRISE EN COMPTE DE L'ACTIVITÉ DE SOINS : LA « TARIFICATION »

La tarification des prestations constitue le noyau dur du paiement prospectif et sa performance dépend de son caractère lisible, incitatif, contraignant et vertueux.

I- Présentation du dispositif tarifaire

▪ Les composantes de la tarification

Plutôt que d'une tarification, c'est d'un « dispositif tarifaire » dont il s'agit : cf. le schéma figurant supra page 30.

- Les tarifs de prestations ne s'appliquent pas, on l'a déjà mentionné, aux disciplines de SSR et de psychiatrie. Pour un établissement pluridisciplinaire cohabitant donc le nouveau dispositif MCO et les anciens modes de financement (dotations pour le public, tarifs pour le privé).

- Dans le champ MCO coexistent les dotations MIGAC vues précédemment et le dispositif tarifaire.

- Celui-ci peut à son tour se décomposer en deux sous-ensembles : les « séjours », qui incluent les hospitalisations partielles ou de courte durée, et les « autres prestations ».

L'option retenue dans le système de la T2A a consisté à traduire en tarifs la plus grande partie possible de l'activité de soins produite par les établissements. Cependant, pour cette part d'activité considérée comme facturable, les groupes homogènes de malades - GHM - ne peuvent constituer la seule unité de compte.

D'autres prestations que les séjours forfaitisés ont donc été créées pour rémunérer d'autres types de prises en charge : dans le seul secteur public, les consultations et actes externes (CAE) facturés comme en ville selon la NGAP devenue CCAM, et dans les deux secteurs, les groupes homogènes de tarifs journaliers (GHT) pour l'hospitalisation à domicile, les séances pour la dialyse ou les IVG. Pour d'autres activités, que sont les passages aux services d'urgence, les prélèvements et les transplantations d'organes, un mode de rémunération mixte a été créé qui associe des forfaits annuels (FAU, CPO, FAG) destinés à couvrir les charges fixes de ces services et des tarifs à l'unité (ATU pour les passages en urgences).

Certaines de ces prestations puisent leur information dans le PMSI (IVG, dialyse), les autres non.

- Enfin, le sous-ensemble « séjours » est lui-même composé de plusieurs éléments : aux tarifs forfaitaires des « GHS », qui correspondent à la classification des séjours en « GHM », s'ajoute la facturation possible des « extrêmes », des « suppléments » et des « produits facturables en sus » (molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables : MO-DMI)

Cet emboîtement répond à un objectif général : éliminer des tarifs les facteurs d'hétérogénéité, sous peine de faire peser un risque financier trop important sur certains établissements ou de les inciter à une sélection de leurs patients.

Plusieurs mécanismes répondent à cet objectif. Certains consistent à segmenter les GHM initiaux qui s'avèrent recouvrir des prises en charge en réalité différenciées, d'autres corrigent les tarifs des GHS eux-mêmes en fonction des prises en charge constatées (tarification des séjours extrêmes en termes de durée, c'est-à-dire des journées non comprises entre les bornes hautes et basses fixées par GHS, tarification des suppléments rémunérant des prestations qui ne sont pas intrinsèquement liées au GHS, mais sont le fait de certains patients seulement, comme le passage en réanimation, d'autres enfin externalisent des produits

consommables hors GHS dès lors que leur coût et/ou leur utilisation introduisent des distorsions à l'intérieur des GHM (une liste fixe les médicaments et les dispositifs médicaux implantables -DMI - facturables en sus).

▪ **GHM, GHS et tarifs complémentaires**

La classification regroupe « mécaniquement » les séjours en GHM – groupes homogènes de malades- qui sont valorisés par l'ATIH sur la base des coûts complets de l'ENC. En revanche, ce sont la DHOS et la MT2A qui fixent, pour chaque campagne budgétaire, les règles tarifaires dont découlent in fine les tarifs des GHS - groupes homogènes de séjours – et les autres éléments de rémunération, ainsi que leur articulation²³.

Pour l'instant, un seul tarif GHS est attaché à un GHM, avec quelques exceptions, comme celle des soins palliatifs qui, pour un GHM, comprend trois GHS : le tarif de base, le tarif majoré de 30% si le patient se trouve dans un lit identifié de soins palliatifs (LSP), ou le tarif majoré de 40% s'il séjourne dans une unité de soins palliatifs (USP). Dans ce cas, les critères qui permettent de distinguer les différents GHS sont introduits comme informations supplémentaires à recueillir dans le PMSI.

Cette précision technique est importante, car elle met en évidence la tentation forte qui peut exister de déconnecter progressivement les GHS des GHM, afin de régler les problèmes particuliers de tel ou tel groupe d'établissements au risque de priver la classification et la tarification nationale de leur caractère unique, objectif et contraignant. S'il convient, comme le font de nombreux pays, de différencier les financements par groupes d'établissements (tenant à des caractéristiques telles que leur taille, leur place particulière dans l'offre de soins, leur caractère rural ou urbain, enfin le type de population accueillie), il vaut mieux moduler les tarifs nationaux, comme la T2A le fait déjà avec les coefficients géographiques, que de multiplier les tarifs en les déconnectant des GHM.

La définition évolutive des règles tarifaires s'est traduite jusqu'à présent par des transferts financiers de grande ampleur entre les tarifs des GHS revus à la baisse et l'augmentation des masses consacrées aux autres éléments tarifaires, beaucoup plus importants que ceux entraînés par le changement de classification (le passage de la V9 à la V10 en 2006 a été évalué par la DHOS à un redéploiement de 21 M€ pour le secteur privé et de 36 M€ seulement pour le secteur public).

II- Enjeux et difficultés du dispositif tarifaire

▪ **Les enjeux**

Le principe de base 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 ; en effet, le tarif ne rémunère pas les coûts réellement engagés pour chaque séjour, mais est fixé ex ante pour des groupes de séjours à partir de caractéristiques prédictives et classantes.

²³ Les étapes de calcul –coûts des GHM, pré-tarifs des GHS et accessoires, tarifs nationaux- sont décrites dans la partie suivante consacrée à la valorisation initiale des tarifs dans les deux secteurs public et privé.

Ce principe est destiné à pallier les défauts des deux modes de financement antérieurs, opposés dans leur logique : allocation de moyens a priori et excès de globalisation dans le cas des établissements publics, paiement ex post avec excès de morcellement dans le cas du privé : le financement des établissements anciennement sous OQN était d'ailleurs beaucoup plus complexe que ne le suggère la formulation traditionnellement utilisée de « tarification au prix de journée » (PJ)

Les anciennes factures émises par les cliniques (bordereau 615), qui ne comportaient aucun élément permettant de qualifier médicalement la prise en charge, se composaient en réalité de la combinaison d'au moins 37 codes de prestations auxquels s'ajoutaient la facturation de forfaits annuels d'urgence (créés en 2001 et repris dans le T2A), celle de tous les DMI et de certains médicaments facturés en sus, enfin celle des honoraires des praticiens intervenant au cours de l'hospitalisation.

En outre, le calcul de certains forfaits techniques, tel le forfait de salle d'opération (FSO) qui représentait une part très importante des recettes des établissements de chirurgie, était sans rapport avec une juste rémunération des coûts du bloc opératoire : la valeur unitaire du code FSO propre à chaque établissement était multipliée par le coefficient de la lettre clef de l'acte réalisé par le praticien, selon la NGAP ; par exemple KC 50 pour une appendicectomie ouvrait droit pour l'établissement au paiement d'un forfait égal à : valeur unitaire du FSO de « x » euro multipliée par 50. Toute modification de la NGAP engendrait une modification mécanique de la valeur des forfaits versés.

Pour remplir son office, la tarification doit présenter les caractéristiques suivantes pour les opérateurs :

- être lisible,
- être incitative en suscitant, par l'affichage du juste prix, une recherche d'optimisation des coûts avec l'espoir de conserver les gains,
- être contraignante en réduisant les possibilités d'interprétation ou de contournement des règles,
- être vertueuse en évitant de générer une détérioration des pratiques médicales par insuffisance ou excès de soins.

▪ Les difficultés

Les prises en charge réalisées dans un établissement de santé étant complexes, multiples et disparates, en dresser une typologie médico-économique qui remplisse ces conditions est un exercice difficile consistant à trouver un point d'équilibre entre deux écueils majeurs : l'excès de simplification qui mettrait en danger opérateurs et patients, l'excès d'affinage qui, à force d'éliminer les facteurs de variabilité des GHM, enlèverait à la tarification tout caractère incitatif à améliorer la productivité et finirait par fixer un tarif par patient. S'applique assez bien à cette situation délicate la formule de Paul Valéry : « *tout ce qui est simple est faux et tout ce qui est compliqué est inutilisable* ».

Cette problématique générale liée à la conception même de la classification a été largement évoquée en partie I (pages 8 et 9).

La tarification française présente une difficulté supplémentaire : elle est destinée à s'appliquer identiquement à tous les établissements, quels que soient leur taille et leur statut, alors que leur activité se différencie en termes de missions et de spécialisation (disciplines, programmation, population accueillie...). Cette difficulté est exacerbée par la perspective affichée de « mise en concurrence » des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif : faute d'être gérée par le biais d'une modulation de la valeur des

tarifs par groupes d'établissements, elle risque de faire peser sur la classification elle-même un risque de sophistication extrême, voire de détournement et de dégradation de sa logique initiale.

Les premiers signes de cette détérioration sont déjà visibles :

- Les procédures de maintenance et d'évolution de la classification ne font l'objet d'aucune règle écrite et publiée : périodicité, moyens mis en œuvre dont comités d'experts, critères qui déclenchent l'examen d'un sujet, mode de publication des sujets traités et des solutions adoptées²⁴.

On constate ainsi que la version 9 a été élaborée sur la demande de la MT2A qui a réuni un groupe de travail, alors que le travail sur la version 10 a été d'emblée ébauché à partir des demandes ciblées des organisations professionnelles.

- La classification est devenue un objet de négociation : en effet, pour l'élaboration de la version 10 des GHM, la DHOS a imposé la création d'un comité de coordination technique MCO au sein de l'ATIH réuni pour la première fois le 24 avril 2004, comprenant les représentants des organisations professionnelles et destiné à instaurer une « concertation » sur l'élaboration de la classification elle-même. La version 10 répond en partie à des demandes ponctuelles du secteur privé qui n'en a pas pour autant accepté le préprojet.

III- Trois exemples de lacunes de la tarification actuelle

Ce développement a uniquement pour objet d'illustrer les imperfections, parfois importantes, du dispositif tarifaire en son état actuel. Celles-ci peuvent entraîner des conséquences différentes selon les cas : créer des risques de surtarification (exemple des activités de très courte durée), rendre le financement illisible (exemple des urgences), inciter à des externalisations excessives de produits consommables (liste des produits facturables en sus).

A- Le financement des urgences

L'absence de lisibilité de la tarification peut résulter de l'éclatement excessif des éléments qui concourent à financer une même activité : l'exemple des urgences²⁵ est à cet égard révélateur.

▪ Description

Une description détaillée du système de financement des urgences figure en annexe 5. Celui-ci se compose de multiples éléments énumérés ci-dessous.

²⁴ A titre d'information, on peut citer l'existence du « Federal register » pour les évolutions de la classification utilisée par Medicare dont des extraits ont été communiqués par l'ATIH sur demande de la Cour et qui sont un exemple de publication des sujets traités, des arguments exposés et des règles finalement retenues

²⁵ La Cour et les CRC procèdent actuellement à une enquête sur les urgences.

- le financement en MIGAC des SMUR et des SAMU

- la rémunération des charges fixes des services d'urgence autorisés par forfaits annuels versés sous forme de dotation par douzième (avec un socle fixe et une partie variable calculée par paliers de passages)
- la facturation d'un tarif (ATU : 25 €) par passage non suivi d'hospitalisation dans les services autorisés, complété par la facturation des actes selon la CCAM
- la facturation des actes réalisés sans ATU lors des passages suivis d'une hospitalisation
- la facturation de GHS de la CM 24 (c'est-à-dire, en 2005, un séjour incluant moins de deux nuits) pour les passages dans les lits porte (ZSTCD : zone de séjour de très courte durée)
- le paiement d'un forfait de petit matériel (FFM : 19,05 €) destiné à couvrir l'achat de fournitures pour les prises en charge dans des services d'urgence non autorisés, assimilables des consultations externes, complété par la la facturation des actes selon la CCAM.

Ce système de tarification appelle plusieurs observations :

- **le financement des SAMU et des SMUR** pourrait être traité à part et organisé sur un mode mixte (partie fixe, partie variable), similaire à celui appliqué aux services d'urgence autorisés, au lieu d'être imputé sur les MIGAC ; cette question a déjà été évoquée dans le développement consacré aux MIGAC ;
- **le financement des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation** n'emporte pas paiement d'un ATU car un montant équivalent est supposé être compris dans le coût des GHM, de manière variable selon le GHM. Cette partie « invisible » du financement des passages aux urgences n'est justifiée dans aucun document et pose un problème de lisibilité évident²⁶.

Extrait d'une lettre adressée au DHOS par le Président de la conférence des directeurs généraux des CHRU en juillet 2004 :

« Nous souhaiterions connaître le détail des bases de calcul des forfaits Urgences et la valorisation financière des Urgences pour chacun des GHS. Ceci nous permettrait de savoir s'il est, ou non, possible, au-delà d'une simple affirmation, de renforcer les moyens des services d'urgence. »

Le HCAAM a tenté de chiffrer le coût total de la fonction urgences dans ses travaux de novembre 2005, sur la base des informations disponibles dans la base ATIH-DHOS qui ne comporte que 577 établissements publics.

²⁶ Extrait de l'ENC montrant pour un GHM le mode de calcul de cette partie « invisible »

GHM-V9		dms nationale	nb sej et séances ENC	dms ENC	urgences	SMUR	coût complet échelle 2004	1/2 heure de SMUR	taux de passage en SMUR	taux de passage aux urgences	% coût urg+SMUR dans le coût complet
01M03 W	Convulsions, épilepsie, âge 18 à 69 + CMA, ou âge > 69	8,08	3 762	8,88	61	60	2 869	0	10	63	4,2%

FAU	800 M€
ATU²⁷	220 M€
<i>TM sur ATU</i>	55 M€
<i>TM sur soins externes</i>	55 M€
Sous total TM assuré ou OC	110 M€
<i>SAMU (y compris CESU)</i>	155 M€
<i>SMUR terrestre</i>	488 M€
<i>SMUR hélicoptère</i>	31 M€
<i>Plan Urgence</i>	150 M€
Sous total MIGAC	824 M€
TOTAL DE LA FONCTION URGENCES	1 954 M€

Dans ce chiffrage, il manque les établissements privés ainsi que la partie financée par les tarifs des GHS pour les charges variables des passages suivis d'hospitalisation. En revanche, le chiffrage d'un ticket modérateur sur les ATU est erroné, puisque la réglementation actuelle en matière de participation des assurés dans les établissements publics n'en prévoit pas (la question du calcul de la participation de l'assuré est examinée dans la partie III : elle est pour l'instant différente dans les deux secteurs public et privé).

- **le paiement du FFM dans les deux secteurs** : celui-ci résulte de l'application d'une disposition apparue dans le secteur privé, quand les services d'urgence n'étaient ni définis, ni autorisés. Ce tarif n'a plus aucune raison d'être.

Il convient d'ajouter un dernier élément de complexité qui a aggravé le défaut de lisibilité du dispositif : les règles de calcul des forfaits annuels rémunérant les charges fixes (FAU) des services d'urgence autorisés ont été modifiées, de surcroît à des rythmes différents dans chaque secteur.

En 2005, on a défini deux types de financement des FAU selon les secteurs public et privé : les tranches de passages prises en compte pour la modulation du forfait ont été modifiées pour le public (tranches de 2500 passages au lieu de 5000 passages avec un socle de 5000 au lieu de 7500), alors qu'on a appliqué au privé le système du public de 2004 (tranches de 5000 passages avec un socle de 7500) : la modification introduite dans le public en 2005 a coûté 188 M€ (hors plan urgences). Aucune information n'a pu être obtenue sur le coût des modifications introduites dans le secteur privé en 2005 (seuils revus et forfaits) ni sur celles projetées en 2006 dans le privé (alignement sur le secteur public).

Le dispositif tarifaire qui distingue les passages aux urgences suivis ou non d'hospitalisation ne peut qu'inciter les établissements à fractionner leurs prises en charge, en déclarant d'abord un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en ouvrant ensuite un nouveau RSS lors du transfert dans les services d'hospitalisation partielle ou complète, comme s'il s'agissait d'une hospitalisation « froide » : cela leur permet de percevoir un ATU et fait monter le nombre d'ATU retenu pour le calcul de la partie variable des FAU. **Ce risque est accru par l'absence de facturation individuelle dans le secteur public, puisqu'aucun contrôle ne peut s'exercer par rapprochement des factures d'un assuré (problème examiné dans le chapitre IV de la partie III et dans le chapitre II de la partie IV).**

²⁷ On dénombrait 14 millions de passages aux urgences en 2003. 4 passages sur 5 se font sans hospitalisation. Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation s'établit donc à 11 millions. Le passage ATU est valorisé à raison de 25€ par passage.

B- Les activités de très courte durée

La tarification peut être insuffisamment contraignante et peu vertueuse dès lors que les frontières entre plusieurs types d'activité sont mal dessinées et peuvent inciter à la surfacturation : c'est le cas pour l'instant d'une sphère assez floue incluant les consultations et soins externes programmés, les activités réalisées dans les services d'urgence, enfin les hospitalisations classées en CM 24 (séjours inférieurs à 48H, c'est-à-dire de moins de deux nuits)²⁸.

▪ Présentation

Les activités hors hospitalisation :

Elles devraient se composer, dans le secteur public :

- des CAE rémunérés selon la CCAM (article L-162-26-6) et incluant par exemple les suites de soins, retraits de points de suture, enlèvement de plâtres etc.,
- et des passages aux urgences rémunérés par une ATU et, pour les actes, selon la CCAM.

Dans le secteur privé, seuls les actes réalisés lors des passages dans les services d'urgences autorisés sont rémunérés à l'exclusion des CAE (ceux-ci étant réalisés par des praticiens libéraux, ils font partie de leur activité de ville, quand bien même ils la pratiquent éventuellement sur le lieu de l'établissement).

Les activités avec hospitalisation :

La catégorie majeure CM 24 est pour l'instant assez floue, car elle regroupe toutes les hospitalisations inférieures à 48h insuffisamment définies.

Plusieurs éléments peuvent modifier ce schéma théorique :

- en maintenant le paiement du forfait de petit matériel - FFM -, on reconnaît l'existence d'une activité intermédiaire floue, non réglementaire, située entre les consultations externes et les urgences en structures autorisées ;
- en favorisant les maisons médicales dont une catégorie se définit comme : « consultations sans RV situées à l'intérieur même des établissements à proximité des services d'urgence », on brouille la frontière entre CAE et passages aux urgences ;
- en rémunérant les séjours dans les « lits porte » au tarif d'un GHS de la CM 24, on fait sauter le verrou entre activités hors hospitalisation et activités avec hospitalisation ;
- en ne définissant pas les règles qui distinguent clairement les prises en charge nécessitant le recours à un environnement d'hospitalisation des autres, on crée la

²⁸Il convient de souligner que cette définition introduite en 2005 ne correspond plus à la définition réglementaire des hospitalisations partielles alternatives issues de la loi de 1991 et utilisées dans la statistique SAE par exemple : moins d'une nuit et < 24 heures.

possibilité de rattacher à la CM 24 ce qui devrait relever des CAE ou des activités traitées dans les services d'urgence : un projet « d'arrêté frontière » en gestation depuis plus de deux ans au moment de l'enquête est finalement paru dans le cadre de l'arrêté tarifaire du 5 mars 2006 et devrait régler ce dernier point.

▪ Risques

Cette porosité constitue un risque important de surfacturation dès lors que le choix entre CAE, urgences (CAE + ATU), lits porte (GHS) et CM 24 (GHS) engendre des différences de recettes très importantes. La tentation des établissements est forte de passer sur le segment le plus rémunérateur, voire de multiplier les rémunérations en fractionnant les prises en charge.

C'est d'ailleurs l'importance de l'enjeu financier lié à cette question qui freine l'élaboration et la parution de l'arrêté frontière : en l'état actuel du projet, la piste consistant à dresser une liste de prises en charges ne pouvant pas donner lieu à CM 24 et facturation d'un GHS a été récusée. Le projet de texte vise, d'une part, à définir dans quelles circonstances un patient nécessite le recours aux lits porte (ouvrant droit à GHS) et, d'autre part, à préciser les critères selon lesquels la prise en charge d'un patient restant moins d'une journée peut donner lieu à CM 24 et GHS.

L'activité CAE et urgences est pour l'instant mal connue : l'absence de facturation individuelle dans le secteur public et la procédure transitoire de versements cumulés par trimestre sur la base d'informations agrégées transmises aux ARH (cf. partie IV) ne permettent pas de connaître le nombre de patients ayant recours aux CAE ou aux urgences : seuls sont disponibles le nombre cumulé de coefficients ou de codes déclarés pour les actes et le nombre d'ATU ainsi que les montants globaux des dépenses correspondantes.

A cela s'ajoute un élément nouveau qui risque d'aggraver le glissement vers le haut des facturations : la MT2A souhaite inciter à l'hospitalisation de courte durée (elle ne peut plus être qualifiée d'hospitalisation de jour ni de chirurgie ambulatoire, puisque la durée en a été allongée à 48 heures en 2005) en alignant les tarifs des GHS de la CM 24 sur les GHS correspondants, réalisés avec une durée supérieure à 48 heures et figurant dans les autres CMD. Cette démarche aurait pour conséquence de diminuer les tarifs des GHS avec durée supérieure à 48H et, au contraire, d'augmenter les tarifs de la CM 24 (puisque toutes les modifications tarifaires sont calculées par redéploiement à enveloppe constante).

Le cumul de ces éléments rend probables les évolutions suivantes : diminution des CAE simples, augmentation des passages aux urgences rémunérés par ATU en sus des actes, explosion de la CM 24. Ces tendances se dessinent déjà : d'une part, le fractionnement (un passage aux urgences déclaré comme non suivi d'hospitalisation + une hospitalisation donnant lieu à ouverture d'un RSS et paiement d'un GHS) a déjà été repéré dans les bases de l'ATIH, bien que l'outil actuel permettant de chaîner les prises en charges successives d'un même patient limite théoriquement ce type d'investigations; d'autre part, les données en provenance de l'ATIH ou de la DHOS, confirment cette situation, bien qu'elles soient parcellaires et produites en volume ou en valeur selon les cas. Le nombre de facturations réalisées en CM 24 a augmenté de 3 % en 2004 et de 7 % en 2005 (alors que les facturations hors CM 24 n'ont augmenté que de 1 % en 2004 et de 2 % en 2005).

C- L'externalisation hors GHS de certaines consommations (les DMI-MO)

La complexité du dispositif tarifaire et son actuelle dangerosité se lisent également dans la création de listes de dispositifs médicaux implantables (DMI) et de molécules onéreuses (MO) facturables en sus au prix d'achat, hors GHS.

Inscrite dans l'article L 162-22-7 du CSS (issu de la LFSS 2004), elle va dans le sens d'une réduction des forfaits et répond, en théorie, au souci légitime d'extraire des tarifs des GHS les éléments qui y introduisent de fortes disparités (coût très élevé, fréquence faible), mais la mise en œuvre s'avère pour l'instant moins rigoureuse que le principe.

Ces consommables représentaient 2,8 Md€, soit 15,7 % de l'ODMCO fixé en 2005, et ils constituent sans doute le risque majeur d'explosion des dépenses, les objectifs ayant été volontairement sous-évalués lors du cadrage des objectifs 2005 pour augmenter la marge de manœuvre financière restant à distribuer en hausses tarifaires.

▪ Historique

Rappel de la situation antérieure

Dans le secteur sous OQN, la totalité des DMI était facturée en sus des tarifs de prestations hospitalières, ainsi que les médicaments nécessaires aux traitements anticancéreux délivrés au cours d'une séance de chimiothérapie ambulatoire (et, ne concernant pas le champ MCO de la T2A, les médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation et survenue au cours de celle-ci, soit au traitement d'une pathologie préexistante faisant déjà l'objet d'une prise en charge médicale soit, en SSR et psychiatrie).

Le reste des médicaments étant en revanche inclus dans le tarif du forfait pharmacie. Le système de ristourne laissée aux établissements en cas de prix d'achat inférieur au tarif opposable (cf. infra) a également été instauré dans le privé à la demande des organisations professionnelles : l'article L 165-7, précisé par un arrêté du 6 juillet 2000, limitait à 80% la rétrocession de l'écart éventuellement constaté entre le tarif de responsabilité du produit ou dispositif et son prix d'achat TTC par l'établissement. Dans le système T2A, cette ristourne est de 50%.

Quant aux établissements sous DG, ces produits étaient globalement comptabilisés dans les dépenses encadrées, une cinquantaine de molécules onéreuses étant cependant déduites du calcul du point ISA au titre d'un surcoût justifié afin de ne pas détériorer la mesure de leur productivité. En outre, les CPOM comportaient parfois le financement de certaines molécules très onéreuses.

Durant la période transitoire de 2004, seuls les établissements publics étaient soumis à la T2A : une liste de 90 médicaments a été publiée le 2 août 2004 qui représentait 43% en valeur du marché des médicaments à l'hôpital et les DMI facturables en sus se limitaient aux prothèses cardiaques. Quant aux établissements privés, leur ancienne tarification continuait de s'appliquer.

En 2005, une liste unique de MO et deux listes de DMI différenciées par secteur ont été définies en avril (puis toilettées en cours d'année). Cette liste a été revue pour la campagne 2006.

▪ Enjeux

Le choix d'exclure ou non ces produits des GHS a de fortes répercussions en termes de dépenses, de pouvoir de prescription et de pratiques médicales.

- Au plan financier, les dépenses totales de médicaments en 2003 dans les établissements publics représentaient 3,8 Md€ (soit 7,8 % de leur budget) et, avec les DMI, près de 6 Md€ soit 12 % de leur budget²⁹. Dans le secteur privé, la partie facturable en sus (c'est-à-dire hors médicaments inclus dans le forfait pharmacie) a été évaluée à 1458 M€ dont 1025 M€ de DMI et 433 M€ de MO anticancéreuses à la fin de 2004.

- A l'exception de la tutelle financière (DSS, DHOS), les acteurs trouvent chacun un intérêt à voir exclure les produits des GHS :

Les enjeux sont importants pour les établissements qui voient dans cette disposition le moyen d'échapper à la contrainte des forfaits : ils n'ont pas d'emblée compris que cette échappatoire était virtuelle, car l'enveloppe financière des DMI-MO est soustraite de l'enveloppe affectée à l'activité tarifée sous T2A, selon la même logique de vases communicants que celle qui préside aux MIGAC (cf. supra) : son augmentation excessive doit se traduire par une diminution de l'enveloppe consacrée aux tarifs et par la baisse mécanique de ces derniers.

On peut également indiquer que le dispositif de la ristourne, destiné à intéresser les établissements aux retombées d'une bonne négociation des prix d'achat auprès des fournisseurs, renforce de manière perverse leur souhait de voir figurer les produits sur les listes : un directeur d'établissement mentionnait par exemple que sa ristourne sur les 9 premiers de l'année 2005 finançait l'équivalent d'un poste d'IDE.

Quant aux fournisseurs, ils voient là la possibilité d'ouvrir (dans le public) ou de confirmer (dans le privé) un marché porteur que l'inclusion des produits dans les GHS limiterait de manière significative. Les pressions qu'ils exercent sur la définition des listes est forte : par exemple, pour exclure les implants cristalliniens des tarifs des GHS et les faire inscrire sur la liste en 2006, une campagne d'opinion a été lancée, agitant le spectre de la non qualité (centrée sur le thème de l'achat d'implants au rabais dans les pays asiatiques, non contrôlés et dangereux pour les interventions de la cataracte), ce qui a conduit le ministère à saisir la HAS et l'AFSSAPS pour études et recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, la DGS voit dans l'exclusion le seul moyen de maintenir un suivi et une évaluation des produits que leur inclusion dans les GHS empêcherait : cet argument paraît peu recevable, car les produits inclus doivent pouvoir être suivis, quand bien même ils ne sont pas facturés séparément. Cette position de la DGS, en décalage avec la logique de la T2A, s'explique sans doute par le fait suivant : la DGS avait proposé en 2004 le principe de maintenir une évaluation nationale de tous les DMI par la CEPP, (commission spécialisée de la HAS en charge des dispositifs médicaux) même ceux inclus dans les GHM, mais cette disposition intéressante n'a pas été retenue, au motif que la HAS peut se saisir de toute question intéressant ce domaine si un problème de santé public apparaît. Par ailleurs, la DGS souhaite par ce dispositif éviter des distorsions dans la prise en charge des patients qui pourrait découler de l'inclusion de produits très onéreux dans les forfaits de séjour.

C'est dans ce contexte difficile qu'ont été établies les listes de 2005.

²⁹ Note pour le comité de liaison concernant l'enquête sur l'approvisionnement des établissements de santé en médicaments (5 juillet 2005).

▪ Doctrine

Les constats réalisés à propos des MIGAC peuvent s'appliquer aux listes de DMI-MO : si le principe général est défini par la loi, la doctrine de mise en oeuvre a émergé tardivement et demeure ouverte. C'est également le conseil de l'hospitalisation qui l'a précisée en définissant les premiers critères d'inscription sur les listes, tout en insistant sur les évolutions nécessaires qu'il convenait d'y introduire au cours des exercices suivants.

La lecture des recommandations est très éclairante (2005-3), dans lesquelles transparaissent la difficulté de définir des critères objectifs d'inscription, surtout en matière de DMI, et la pression exercée par les organisations professionnelles sur ce sujet.

Concernant les MO :

2- Considérant que les spécialités pharmaceutiques administrées à un patient hospitalisé ont vocation à être financées par les tarifs (GHS) ou par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, dès lors que sont remplis les critères suivants :

- spécialités sous ATU, de cohorte ou nominative, conformément à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (financées via la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) ;

- les spécialités qui n'introduisent pas du fait de leur coût et de la manière dont elles sont prescrites des perturbations statistiques des groupes homogènes de séjours (GHS) permettant leur intégration dans de bonnes conditions ;

- en l'absence de données médico-économiques disponibles, médicaments avec AMM dont le coût de traitement journalier est inférieur à une valeur indicative de l'ordre de 150 €/jour pour les médicaments anticancéreux et de 300 €/jour pour les autres médicaments ;

Considérant, dès lors que ces critères ne sont pas remplis, que les spécialités pharmaceutiques ont vocation à être inscrites sur la liste prévue à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

Considérant que les représentants de l'hospitalisation privée ont demandé que la liste des médicaments facturés en sus reprenne en 2005 l'ensemble des médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisation existant dans le système en vigueur en 2004 en raison du risque de perte de recettes pour les établissements de cancérologie dont les prestations sont spécialisées dans un petit nombre de GHM

Concernant les DMI :

3- Considérant qu'en ce qui concerne les conditions dans lesquelles certains produits et prestations peuvent être pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, il convient de souligner qu'aucun critère n'apparaît à lui seul déterminant pour justifier cette prise en charge ;

Considérant qu'une approche prenant en compte des considérations de trois ordres apparaît nécessaire ; que ces considérations sont les suivantes :

- considérations statistiques qui permettent d'établir si la dispersion des coûts risque de poser des problèmes d'hétérogénéité de la distribution des coûts par GHS ;

- considérations médicales, prenant en compte l'impact éventuel sur les pratiques médicales de l'intégration d'un dispositif médical dans les GHS ou à l'inverse de sa prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

- considérations tenant à la situation actuelle de financement des dispositifs médicaux et au schéma cible de convergence public/privé, qui implique que la convergence entre la liste applicable aux établissements publics et

celle applicable aux établissements privés est un objectif prioritaire qui devrait intervenir dans un délai le plus court possible ;

4 – Considérant que les contraintes techniques de construction des tarifs du secteur privé antérieurement sous objectif national quantifié (OQN) ne permettent pas d'intégrer dans les tarifs des GHS certains dispositifs médicaux, notamment les prothèses orthopédiques, dont l'intégration peut cependant être envisagée dès la mise en œuvre de la version 10 de la classification ;

Considérant, par ailleurs, que les représentants de l'hospitalisation publique ont marqué le souhait d'un traitement identique et immédiat entre les établissements publics et privés concernant les prothèses orthopédiques au motif que cette égalité de traitement présente aux yeux des établissements publics de santé un caractère emblématique et qu'elle constitue un enjeu prioritaire pour l'avenir de la chirurgie publique ;

Considérant que si l'exclusion des tarifs de GHS des prothèses orthopédiques pour le secteur public est admise, elle ne peut être que temporaire ; que la réintégration dans ces tarifs doit, dès 2006, intervenir simultanément avec le secteur privé ;

Enfin, le conseil de l'hospitalisation (comme il l'a fait pour les MIGAC) évoque l'enjeu financier qui s'attache à ces listes et recommande que celles-ci soient revues, notamment avec l'entrée en vigueur de la 10^{ème} version de la classification le 1^{er} mars 2006 : la nouvelle segmentation des GHM jusqu'alors confondus, devait permettre de réintégrer les prothèses de hanche, de genoux etc. dans les nouveaux GHS différenciés³⁰.

Les recommandations du conseil de l'hospitalisation du 13 décembre 2005 proposent des modifications substantielles de la liste des DMI, toutefois en deçà des perspectives qu'il avait lui-même tracées en 2005, et ce, malgré l'entrée en vigueur de la V 10 : les prothèses de hanche demeurent inscrites sur les listes³¹.

Pour les DMI, l'évolution générale de la liste consiste en effet à faire converger deux situations antérieurement opposées, par exclusion de produits hors des GHS dans le secteur public et, au contraire, par inclusion de produits dans les GHS du secteur privé, le but théorique étant, dans les deux cas, de limiter ces listes au maximum.

L'inscription sur les listes des produits remboursables en sus engendre mécaniquement une baisse des tarifs des GHS dans lesquels ils étaient inclus, phénomène qui concerne donc plutôt le secteur public : en 2005, des diminutions comprises entre -10 % et -39 % pour 10 GHS sont observées au titre de cet effet. On doit en outre souligner la difficulté technique qui préside au calcul des montants financiers à redéployer lors des modifications de listes : aussi

³⁰ Il n'existait en version 9 de la classification que deux GHM pour la pose de prothèses, qu'il s'agisse du genou, de la hanche ou de l'épaule. Or, ces prothèses ne présentent pas le même coût. Les stimulateurs cardiaques constituent un deuxième exemple : il n'y a que deux GHM en version 9, qu'il s'agisse de la pose d'un stimulateur simple chambre, double chambre ou triple chambre, ou de défibrillateurs, or il ne s'agit pas des mêmes produits.

³¹ Plusieurs raisons ont été invoquées pour ne pas réintégrer les prothèses de hanche dans les GHS : le critère d'inscription d'une catégorie de DMI sur la liste « existence d'une variabilité des prix moyens des produits par établissement justifiée par des référentiels qui identifient des indications par sous-populations spécifiques au sein d'un même GHM », s'applique puisque les tarifs varient en fonction du malade. Par ailleurs la CEPP de la HAS a débuté un travail de révision de l'ensemble de la catégorie et outre les questions de susceptibilité, il est préférable d'attendre l'élaboration de la nouvelle nomenclature pour calculer les tarifs sur des bases actualisées et de prévoir une diffusion des référentiels médicaux issus de ce travail auprès des orthopédistes. Enfin, la V10 présente un progrès par rapport à la V9 qui regroupait les arthroplasties de hanche, de genou et d'épaule, mais elle ne prévoit qu'un seul GHM pour les arthroplasties de hanche ce qui est encore insuffisant pour permettre de différencier les prothèses de hanche en fonction du type de malade d'autre part comme indiqué plus haut. On touche ici les limites de l'exercice.

bien pour le public que pour le privé³², les éléments de facturation ou de coûts disponibles rendent l'exercice assez aléatoire.

Comme le montre l'exemple des prothèses de hanche cité supra, il serait souhaitable que la fixation des listes des produits facturables en sus repose non seulement sur des critères économiques (coût très élevé), mais aussi sur une expertise scientifique placée sous la responsabilité de la HAS : cette expertise étayerait le caractère exceptionnel du recours aux produits facturables en sus et préciserait les référentiels de bonnes pratiques relatifs à ces produits (dans quels types de prise en charge leur utilisation est-elle médicalement justifiée).

La DHOS, considérant qu'il s'agit d'une question d'ordre purement économique (financement inclus dans les GHS ou en sus), estime que le ministre, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, est seul compétent pour fixer les listes. Toutefois, il apparaît qu'un comité de pilotage pluri-institutionnel vient d'être constitué pour coordonner le dispositif relatif aux contrats de bon usage des médicaments et des produits qui vont être signés entre les établissements et les ARH et dont il est parlé plus loin : dans ce cadre, la HAS participerait à la définition de référentiels d'utilisation permettant aux ARH de mieux préciser et de mieux contrôler les engagements des dits contrats.

- **Procédures et analyse des listes fixées en 2005 : voir annexe 6**

- **Les premiers constats financiers sur 2005**

Il convient de rappeler que le taux de croissance des produits facturables en sus arbitré par le ministre pour le cadrage de la campagne 2005 était inférieur à celui recommandé par le conseil de l'hospitalisation et nettement insuffisant au regard des tendances prévisibles : en effet, le conseil de l'hospitalisation recommandait de provisionner 306 M€, ce qui représentait un taux de croissance prévisionnel pour les produits coûteux de + 11,9 % (+ 17 % sur le public et + 6,5 % sur le privé, lui-même décomposé en + 5 % sur les CI et + 11 % sur les médicaments). La tendance observée de 2000 à 2004 dans le secteur privé était pourtant supérieure, avec une augmentation annuelle moyenne de respectivement + 6,8 % et + 18,74 %. L'arbitrage du ministre ayant réduit la provision à 250 M€, le taux d'évolution des produits coûteux (sans qu'il soit possible de distinguer le secteur public et privé) est revu à la baisse et passe globalement de 11,9 % à **9,7 %**.

Les premiers constats disponibles pour 2005 (évalués à partir des 9 premiers mois) ne concernent que le champ public et montrent une forte croissance, donnant lieu à un dépassement prévisible de 75 M€ dans le seul secteur public.

³² Dans un document de travail préparatoire aux modifications des listes de DMI pour 2006, les seules références financières concernent les DMI pour l'instant exclus des GHS dans le privé : elles proviennent en outre des factures émises par les cliniques sur un seul mois.

En M€	9 premiers mois 2005	prévisions annuelles 2005 (brutes)	prévisions annuelles 2005 (corrigées)	Objectifs 2005	Ecart prévisions de réalisation / objectifs
Médicaments payés en sus	802	1 080	1 117		
DMI payés en sus	369	498	521		
Total Médicaments et DMI payés en sus	1 171	1 577	1 638	1 562	75

Source DHOS – F1

Toutefois, il serait erroné d'attribuer la croissance forte de ces produits à la seule procédure d'inscription sur les listes : leur caractère novateur qui justifie précisément leur inscription sur les listes en constitue la raison principale.

Cela apparaît bien dans les études réalisées par la MT2A, qui montrent une croissance en quantité plus soutenue de ces produits avant même leur inscription sur la liste :

Marché des médicaments hospitaliers

quantités UCD ANN/2002	quantités UCD ANN/2003	quantités UCD ANN/2004	achats hosp HT 2002 en euros	achats hosp HT 2003 en euros	achats hosp HT 2004 en euros
2 344 179 308	2 288 441 960	2 360 913 743	4 567 892 551	4 930 022 405	5 696 786 730

Sur 2 ans, le marché hospitalier est resté quasi stable en quantité (moins de 1 %), mais a évolué en valeur de près de **25 %** (8 % en 2003 ; 15,5 % en 2004).

Le prix moyen pondéré (achats en quantité valorisés par le prix 2004 / quantités) a évolué de **24 % sur 2 ans** (11 % en 2003 ; 12 % en 2004)

Marché des médicaments figurant sur liste depuis 2004 et 2005

quantités UCD ANN/2002	quantités UCD ANN/2003	quantités UCD ANN/2004	achats hosp HT 2002 en euros	achats hosp HT 2003 en euros	achats hosp HT 2004 en euros
6 605 764	7 964 186	9 365 571	1 200 212 997	1 557 055 320	2 116 108 440

Cette liste représente en 2004 : **37,1 % des achats des établissements hospitaliers.**

Sa croissance est :

en quantité sur 2 ans de près de **42 %** (+20 % en 2003 ; 18 % en 2004),

en valeur sur 2 ans de **76 %** (+30 % en 2003 ; 36 % en 2004)

en prix moyen pondéré sur 2 ans de **24 %** (+7,6 % en 2003 ; 15,6 % en 2004)

▪ **La maîtrise des dépenses des produits facturables en sus**

Les DMI-MO inscrits sur listes présentent les particularités suivantes : ils ne sont pas soumis au dispositif de progressivité qui limite dans le secteur public la prise en compte des augmentations de volume : les deux secteurs facturent 100 % de leurs achats de produits hors listes aux tarifs opposables fixés et si leurs prix d'achat sont inférieurs, 50 % de l'écart leur est rétrocédé.

Par ailleurs, il n'y a aucune participation de l'assuré sur ces dépenses prises en charge à 100% par l'assurance maladie.

Pour éviter que le remboursement ne se traduise par une inflation des dépenses, deux mécanismes ont été mis en place :

a) le dispositif d'intéressement déjà mentionné selon lequel l'établissement garde une partie de la marge (50%) entre son prix d'achat réel et le prix de référence (tarifs de référence des médicaments ou tarifs LPP). Toutefois, comme on l'a souligné, le dispositif de la ristourne est une arme à double tranchant, qui peut inciter les établissements à acheter davantage (le prix d'achat bien négocié résulte souvent de quantités commandées importantes).

b) le dispositif défini par le décret du 24 août 2005 qui soumet l'utilisation des molécules onéreuses à des règles de « bon usage ».

Les contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations :
le dispositif prévoit la signature de contrats entre établissements et ARH³³ et l'application de sanctions financières en cas de non respect des termes du contrat.
Le contrat de bon usage est conclu pour une durée de trois à cinq ans entre le directeur de l'ARH et le représentant légal de l'établissement. Il mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus nécessaire à son évaluation périodique.
En cas de non respect par l'établissement des engagements souscrits au titre d'un exercice, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques pour l'année suivante peut être réduit et fixé entre 70% et 100%.

Cette régulation n'est pour l'instant que théorique : sa mise en œuvre va prendre du temps, non seulement en raison des contrats individuels qu'il convient d'élaborer par établissement, mais du dispositif de suivi et d'analyse que suppose une telle approche. Les observatoires du médicament qui doivent jouer un rôle important dans cette surveillance commencent seulement à se mettre en place.

Enfin, sans doute en raison d'une confiance limitée dans ces dispositifs contractuels futurs, la LFSS pour 2006 a modifié de manière significative la logique de régulation de ces produits en l'alignant en quelque sorte sur celle qui prévaut pour les soins de ville : la responsabilité de la maîtrise est déportée du prescripteur (en l'occurrence les établissements) vers les industriels redevables des dépassements³⁴.

* *
*

³³ La LFSS pour 2006 a rendu l'assurance maladie cosignataire de ces contrats.

³⁴ Article 40 : Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-1. - Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire ».

CHAPITRE III- LA PRISE EN COMPTE DES DISPARITÉS DE COÛTS GÉOGRAPHIQUES : LES COEFFICIENTS CORRECTEURS

I- Le principe

Le principe d'une tarification nationale s'accompagne de multiples mécanismes ou correctifs destinés à en éliminer les disparités de coûts justifiées. La définition des MIGAC financées par dotation en constitue la première manifestation, la seconde réside dans les coefficients géographiques.

L'article 20 de la LFSS pour 2004 pose le principe de 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 » : il ne s'agit donc pas de redistribuer des moyens en fonction des réponses disparates apportées aux besoins de la population, comme le faisait la procédure de péréquation appliquée de 1997 à 2003 dans un objectif d'amélioration de l'offre de soins.

II- La méthode de calcul

- Il n'existe pas de documentation « publique » sur le sujet, les seuls éléments d'information recueillis provenant d'une note de la DHOS au ministre et de notes internes de la DSS.

- Les travaux réalisés antérieurement à la réforme sur les facteurs explicatifs de disparités avaient montré les difficultés méthodologiques réelles pour isoler ces facteurs sans effets croisés (taille, statut, localisation,...) et pour les valoriser. Ils avaient également montré l'importance toute relative des facteurs géographiques dans la variabilité des coûts, comparée aux pratiques historiques de sous ou surdotations accordées aux établissements.

- Pour appliquer le principe retenu par la loi, des travaux ont été réalisés pour la métropole d'une part, les DOM d'autre part.

Concernant les DOM, ils bénéficiaient antérieurement à la T2A d'un traitement spécifique sous la forme de hausses tarifaires supérieures dans le privé, sous forme de péréquation et de mesures nouvelles majorées dans le public. Des études réalisées en 2002, l'une sur le secteur ex OQN, l'autre sur le secteur ex DG, ont été utilisées et actualisées. Elles ont montré que, malgré les mesures spécifiques accordées antérieurement, des écarts importants persistaient et elles ont, in fine, permis de dégager les coefficients géographiques figurant ci-dessous.

Une des difficultés a résidé non pas dans le constat, mais dans la manière de prendre en compte les disparités de coûts des charges de personnel entre les deux catégories d'établissements, les écarts constatés dans les établissements publics (40 % dans les Antilles-Guyane et 53 % à la Réunion) étant beaucoup plus importants que dans les établissements privés : il a finalement été décidé d'étendre la référence publique au secteur privé pour éviter la fuite des personnels vers le seul secteur public.

Les travaux ont conduit finalement au chiffrage suivant :

départements	Public	Privé
DOM d'Amérique	25 %	28 %
DOM réunion	34 %	30 % (chiffre en cours de révision)

Source : note DHOS pour le Ministre de décembre 2003

Concernant les établissements métropolitains, des travaux ont été effectués sur la base d'une hypothèse selon laquelle le coût de l'immobilier était un marqueur direct (ne considérer que les charges immobilières) ou indirect (ayant également un impact sur le niveau des salaires) des surcoûts supportés par les établissements. Aussi une étude a-t-elle été confiée à un consultant, fondée sur l'exploitation des transactions immobilières notariales de 2002, incluant l'immobilier d'habitation : elle a mis en évidence des indices de coûts par commune.

Comme on aurait sans doute pu le prévoir, les résultats « bruts » d'une étude aussi détaillée en termes de maillage du territoire et focalisée sur l'immobilier ne répondait pas à la question initiale : les notes réalisées alors pour le Ministre rendent compte des multiples hypothèses qui ont alors prévalu pour aboutir aux coefficients géographiques actuels et mettent surtout en exergue le fait que les critères retenus - coût de l'immobilier ainsi que la corrélation entre le coût de l'immobilier et les coûts salariaux-, s'ils expliquent assez bien les surcoûts régionaux dans les établissements privés, sont particulièrement inadéquats pour caractériser les surcoûts des hôpitaux publics : ceux-ci sont généralement propriétaires de leur patrimoine depuis très longtemps (qui recèle probablement des plus-values latentes réalisables lors d'opérations de restructuration) et sont tenus par les règles de la FPH qui ne prévoient pas de modulation de la rémunération à l'exception des DOM (moins de 3 % en IDF dus à l'indemnité de résidence et de la prise en charge partielle des transports), même si certains avantages existent (logement gratuit ou subventionné, embauche à un échelon majoré, mais lui-même contrebalancé par des déroulements de carrière plus lents qu'en province...).

En réalité, l'enjeu majeur de cette démarche était d'objectiver a posteriori, non seulement pour les établissements privés, mais aussi pour les établissements publics dont l'APHP, les surcoûts de la région Ile de France concrétisés par la valeur des points ISA avant réforme : + 16 % par rapport à la moyenne pour les hôpitaux et +11 % pour les cliniques.

Dès lors, la logique des travaux s'est en quelque sorte inversée : il convenait de rechercher les facteurs explicatifs du surcoût des charges de personnel dans les hôpitaux d'Ile de France. Le surcoût, qui ne transparaît pas dans un pourcentage supérieur de charges de personnel, provient principalement de la densité de personnel médical et non médical rapportée à l'activité produite : cette différence explique à elle seule 98 % de l'écart constaté du point ISA en Ile de France. En outre, une étude sur le nombre de journées travaillées théoriques et le taux d'absentéisme montre que l'Ile de France ne présente pas de caractéristiques spécifiques, au contraire de l'APHP dont le personnel médical a un nombre de journées travaillées inférieur de 31 jours par rapport à la moyenne des CHR. Dans ces conditions, le coefficient géographique retenu pour l'Ile de France a pour but de neutraliser des densités plus fortes de personnel à activité comparable, dont la légitimité n'est pas apparue au moment où la décision a été prise d'entériner les surcoûts.

III- L'application

Le choix a été fait de définir des coefficients identiques pour les deux secteurs, malgré les différences importantes constatées dans les travaux préparatoires : **ils sont respectivement de 7 % en Ile de France³⁵, de 5 % en Corse, de 25 % aux Antilles Guyane et de 30 % à la Réunion (arrêté du 30 juin 2005).**

En revanche, l'identité de coefficients ne recouvre pas la même réalité financière pour les recettes des établissements de chacun des deux secteurs : d'une part, en raison de la partie honoraires qui n'y est pas soumise dans le secteur privé, d'autre part en raison des mécanismes de progressivité différents mis en place pour le public et le privé au cours de la période transitoire (jusqu'en 2012), lesquels interfèrent avec l'application des coefficients géographiques.

Ces coefficients ne reflètent pas la réalité des disparités des coûts constatés dans les études : d'une part, ils sont exclusivement supérieurs à 1, d'autre part ils ne bénéficient qu'à la seule Ile de France, en dehors de la Corse et des DOM, alors que certaines régions comme PACA montraient des surcoûts réels importants dans le secteur privé.³⁶

Enfin, les coefficients ne s'appliquent pas à l'ensemble des éléments de financement du dispositif : sont hors champ les MIGAC valorisées à partir des coûts historiques constatés, donc incluant les éventuels surcoûts géographiques, les produits facturés en sus (DMI et MO) puisque dépendant des prix de vente des fabricants, enfin l'ensemble des consultations et actes externes du secteur public facturés selon la NGAP, puis la CCAM comme les soins de ville des praticiens libéraux : une application des coefficients géographiques aurait immanquablement suscité une demande de la part de ces derniers.

IV- Le financement

La majoration résultant de l'application des coefficients géographiques représente des montants importants : selon la DHOS, 402 M€ pour le public et 100 M€ pour le privé en valeur 2004, hors suppléments (qui sont pourtant dans le champ d'application des coefficients), soit au total 502 M€ dont l'Ile de France représente 70,8 % dans le privé et 66,6 % dans le public. Selon les travaux du HCAAM, les montants sont de 463 M€ dans le public et de 93 M€ dans le privé, soit au total 556 M€.

Le mode de financement de ces montants consiste à les préempter sur la totalité des établissements (y compris ceux qui en bénéficient par la suite), au moment du calcul des tarifs nationaux définitifs, lesquels sont donc diminués à due concurrence (cf. partie III, valorisation). Cela signifie que, pour les régions qui en bénéficient, le taux de majoration réel est légèrement inférieur au taux affiché.

Ce mécanisme enclenche une redistribution de l'ordre de 500 M€ entre établissements, mise en place sur des bases très critiquables (au moins pour les 267 M€ du secteur public d'Ile de France), à comparer au montant de 1,3 Md€ redistribué par la convergence intrasectorielle.

³⁵ En 2004, seule petite couronne d'Ile de France bénéficiait d'un coefficient de 10% ; en 2006, les coefficients géographiques ne devraient pas être modifiés, alors que la loi précise qu'ils sont fixés annuellement

³⁶ Les surcoûts de la Corse n'ont pas été étudiés et ce sont précisément ceux de PACA qui lui ont été appliqués !

La fixation annuelle des coefficients géographiques, prévue par la loi, se fonde sur des travaux sérieux, périodiques et documentés. La DHOS a indiqué qu'une expertise va être demandée à l'INSEE sur ce sujet, laquelle devrait être formalisée dans une convention.

* *
*

PARTIE III- LA VALORISATION DES NOUVEAUX VECTEURS DE FINANCEMENT

CHAPITRE I- PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES PROBLÈMES

Pour financer l'activité MCO des établissements de santé, la T2A a introduit de nouveaux vecteurs qui se composent, pour résumer, de la dotation MIGAC et d'un dispositif tarifaire complexe examiné dans la précédente partie. **Leur valorisation initiale a été réalisée pour maintenir un montant identique des dépenses d'assurance maladie avant et après basculement dans la T2A. Cela s'est traduit de deux façons** : d'une part calcul des tarifs et des MIGAC par redéploiement à enveloppe d'assurance maladie constante, d'autre part maintien des parts de financement à la charge de l'assurance maladie et de l'assuré³⁷.

Cet exercice a en outre nécessité deux démarches méthodologiques distinctes dans les secteurs public et privé, en raison de la différence des systèmes de financement antérieurement appliqués : un calcul à partir des coûts dans le secteur public et à partir des recettes facturées dans le secteur privé.

I- Deux procédures théoriquement distinctes : la valorisation initiale du nouveau dispositif et l'évolution annuelle des tarifs

▪ En théorie

- La valorisation initiale consiste à fixer le montant des dotations et les tarifs au moment où se déploie le nouveau dispositif ; entrent dans cette rubrique la fixation de tarifs découlant de la modification des règles (création de nouvelles prestations ou redéfinition de leur périmètre comme les suppléments de réanimation ou les extrêmes en 2005).

- L'évolution annuelle consiste à répartir les mesures nouvelles déterminées par le taux d'évolution de l'ONDAM et de son sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité »³⁸ composé de l'ODMCO et de la ligne MIGAC. La répartition s'opère, dans le système actuel de régulation, entre un taux de croissance en volume (quantité et effet de structure) et des financements nouveaux, affectés aux évolutions tarifaires proprement dites (augmentations en pourcentage) et à des financements de moyens (mesures fléchées des plans de santé publique qui abondent désormais la dotation MIGAC).

Les critères pris en compte pour cet exercice annuel sont multiples (L 22-II de la LFSS pour 2004) :

³⁷ La « part de l'assuré » s'entend au sens global du terme : dans les comptes nationaux de la santé 2004, la consommation de biens et services hospitaliers est financée pour 2,4 % par les ménages et 3,9 % par les mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance.

³⁸ Ce sous-objectif fait partie des 4 sous-objectifs fixés par la LFSS de 2006 suite à la loi organique du 2 août 2005 ; les lignes ODMCO et MIGAC ont en revanche été introduites dans la nomenclature de l'ONDAM dès 2005.

« **Art. L. 162-22-9. - I.** - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au (...).

« Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (...).

« II. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés. Pour les éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10, il est également tenu compte de l'état provisoire des charges au titre des soins dispensés l'année précédente communiqué dans les conditions prévues au II dudit article. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements.

« **Art. L. 162-22-10. - I.** - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

« 2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

« Ces éléments prennent effet, à l'exception de ceux pris en application du II, à compter du 1er mars de l'année en cours.

▪ En pratique

Pour les trois exercices 2004, 2005 et 2006, il est impossible de distinguer clairement les deux démarches –valorisation initiale et évolution annuelle des tarifs– : en effet, la valorisation initiale dans le secteur public a eu lieu deux fois, en 2004 et en 2005.

- **Pour 2004**, les établissements privés n'étaient pas touchés par la réforme qui ne leur a été appliquée avec retard que le 1^{er} mars 2005 ; quant aux établissements publics, une première valorisation des tarifs a été réalisée sur la base des retraitements comptables 2002 (RTC), mais sans que soient notamment définies les MIGAC.
- **Pour 2005**, les vecteurs financiers des établissements publics ont fait l'objet d'une deuxième valorisation « initiale » sur la base des RTC 2003 : la définition des MIGAC, qui s'est substituée à la dotation forfaitaire de 13% du budget MCO issue de la procédure des points ISA, ainsi que la redéfinition des principales règles tarifaires (extrêmes, suppléments, liste des produits facturables en sus et introduction de la HAD notamment) ont rendu nécessaire ce second exercice.

La note de la MT2A d'avril 2005 consacrée au calcul des tarifs 2005 évalue, pour 577 établissements publics, l'ampleur des redéploiements financiers issus du recalcul des vecteurs financiers entre 2004 et 2005 et montre que l'augmentation globale de 3,7 % due aux mesures nouvelles de 2005 se décompose en réalité en taux très différenciés selon les

postes : + 19 % en MIGAC, + 81 % en molécules onéreuses, + 31 % en DMI, + 48 % en FAU (forfaits urgences) contrebalancés par une baisse de 2,8 % pour les GHS (avec extrêmes et suppléments), résultant elle-même d'une baisse de 8,5 % des tarifs des GHS et d'une hausse de 100 % des extrêmes et suppléments.

Quant aux établissements privés, la nouvelle tarification qui leur a été appliquée au 1^{er} mars 2005, a été valorisée sur l'activité constatée en 2002, actualisée des seules hausses tarifaires intervenues en 2003 et 2004 : les changements intervenus dans la structure d'activité pendant les deux exercices 2003 et 2004 n'ont pas été pris en compte

- **Pour 2006**, la question d'un troisième exercice de valorisation « initiale » s'est posée (recalcul de la dotation MIGAC et des tarifs à partir des RTC 2004) et le sujet était encore à l'étude en novembre 2005 : d'une part l'importante extension apportée à la part AC des MIGAC, d'autre part l'introduction de la version 10 de la classification (redécoupage des GHM dont le nombre augmente en gros de 10 %) et certaines redéfinitions tarifaires importantes justifiaient cette question. Finalement, cette hypothèse a été abandonnée : cela signifie concrètement que les modifications significatives des règles de financement introduites en 2006 vont se traduire uniquement par des transferts entre sous-enveloppes, évalués par la DHOS et non recalculés à partir des RTC 2004, lesquels transferts vont en outre être mélangés avec les mesures nouvelles (hausses ou baisses tarifaires), ce qui les rend difficilement lisibles³⁹.

Pour les établissements privés, la question d'un recalcul ne se pose plus : en effet, une fois les tarifs T2A appliqués en 2005, les factures ne contiennent plus les composants antérieurs qui ont permis la valorisation initiale (comme on le verra plus loin, les tarifs T2A du secteur privé sont issus des anciennes factures et non des coûts de production). Tout redéploiement allant dans le sens d'une externalisation des charges hors des GHS est désormais impossible⁴⁰.

Concernant l'évolution annuelle découlant des mesures nouvelles de l'ONDAM 2006, elle est noyée dans la masse des transferts mentionnés ci-dessus : avec un taux de croissance autorisé de 3,35 %⁴¹ (objectif 2006 / base 2006) du sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » (MIGAC + ODMCO), le cadrage se traduit in fine par une augmentation de 12,59 % des MIGAC (objectif 2006 / base 2006) et par une baisse tarifaire globale de 1 % (le conseil de l'hospitalisation recommandait 3 %) à l'intérieur de l'ODMCO en augmentation globale de 2,04 % (objectif 2006 / base 2006).

Ces démarches (méthodes de valorisation initiale et d'évolution annuelle) sont peu documentées, faute de doctrine. Les seules explications disponibles sont les notes d'avril 2005 de la MT2A sur la valorisation des tarifs 2005 dans le secteur public et la note interne des bureaux F1 et F3 sur le calcul initial des tarifs dans le secteur privé, laquelle est en réalité

³⁹ La DHOS précise que l'impact du passage à la version 10 de la classification a été isolée en tant que tel dans la campagne tarifaire 2006 et explicité aux organisations professionnelles.

⁴⁰ Cette situation justifie la mise en place, à l'instar du secteur public, d'une comptabilité analytique sur un échantillon représentatif d'établissements privés qui permettrait de disposer d'une décomposition des charges imputées par GHM.

⁴¹ Ce taux ne reflète pas l'évolution réelle des dépenses par rapport à l'objectif de 2005, puisqu'une partie du dépassement prévisionnel de 2005 a été intégré dans la base de calcul : le taux de croissance objectif sur objectif (une fois déduites certaines dépenses qui changent de financeur comme les écoles d'infirmières) est de 4,26 %.

un mode opératoire du traitement de la base de données constituée à cet effet par la DHOS⁴².
Les méthodes touchant aux calculs de valorisation devraient faire l'objet d'une documentation publiée et régulièrement mise à jour, et être accompagnées d'une explicitation des motifs qui conduisent à modifier les règles tarifaires.

II- Un problème supplémentaire : le partage des financements entre assurance maladie et assuré(ménages et complémentaires).

L'option initiale de la réforme est de ne pas modifier l'équilibre entre les deux financeurs. Sur ce sujet, on doit là encore, distinguer la théorie et la pratique.

▪ En théorie

La participation de l'assuré repose, pour les prestations hospitalières, sur le paiement d'un ticket modérateur (TM) de 20% et d'un forfait journalier (FJH) instauré par l'article 4 de la loi du 19 janvier 1983.

Les règles d'application en sont assez complexes en raison de deux caractéristiques :

- d'une part, les très nombreuses exonérations, différentes selon qu'il s'agit du TM ou du FJH, attachées à la situation de l'assuré et aux prestations elles-mêmes (seraient exonérés 85% des patients de TM et 15% des journées donnant lieu à paiement du FJH selon le rapport de la Cour sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2002)

- d'autre part la règle d'imputation du FJH sur le ticket modérateur : pour un TM supérieur au FJH (ex TM = 800€ et FJH = 4 jours, soit 60€), l'assuré paie 800€ dont (800-60 = 740€ au titre du TM). Cela conduit à minorer la part payée par l'assuré et, en outre, à fausser la répartition des recettes entre les FJH comptabilisés en totalité alors que les montants versés au titre des TM sont minorés.

La Cour a évalué, dans le rapport précité, le montant total des FJH à 1 Md€ en 2000 et celui des TM à 760 M€ en 1998.

Avec la T2A, ces dispositions générales doivent être adaptées pour tenir compte du nouveau découpage des vecteurs de financement : MIGAC, produits refacturés à l'euro l'euro, forfaits annuels et tarifs dont les GHS (calculés sur une durée moyenne de séjour indépendante du nombre de journées réellement passées par l'assuré dans l'établissement).

Cette adaptation devrait sans doute s'accompagner d'une refonte plus substantielle du dispositif devenu complexe, très inégalitaire vis-à-vis des assurés et récemment modifié par l'introduction du ticket modérateur d'ordre public plafond de 18€ (article R 322-8 du code de la sécurité sociale) en ville et en établissements pour les actes qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50 (NGAP), soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros (CCAM).

⁴² Le rapport IGAS 2005-137 / IGF 2005-M-021-02 de juillet 2005, compte tenu de la mission confiée à ces deux corps d'inspection, étudie très finement les méthodes de valorisation dans les établissements ex-DG, particulièrement pour l'exercice 2005. Ce rapport est utilisé dans les développements qui suivent consacrés à la valorisation des tarifs publics.

Une fois redéfinis les modes de calcul du TM et du FJH sur la base des nouveaux éléments de la T2A, le modèle repose dans les deux secteurs d'établissements sur le paiement de la part de l'assuré au moment de la facturation individuelle à laquelle donnent lieu les séjours.

- **En pratique**

La refonte souhaitable du dispositif de participation de l'assuré dans les établissements de santé n'a pas été réalisée. Concernant sa simple adaptation, elle n'a pas été mise en place dans le secteur public, ni totalement finalisée dans le secteur privé.

Cette situation a conduit à élaborer en 2005, pour le secteur public, un régime transitoire : celui-ci introduit une déconnexion totale entre les recettes réellement perçues par les établissements en provenance des assurés (encaissées selon les anciennes modalités) et les recettes théoriques qu'ils devraient percevoir, calculées par la DHOS. Faute de facturation individuelle (pourtant prévue pour 2006), cette disposition aberrante va cependant perdurer. Elle est examinée au chapitre IV de la présente partie.

CHAPITRE II- LA VALORISATION DANS LE SECTEUR EX OQN

I- Un principe simple, mais d'application très difficile

- **Un principe simple**

La valorisation initiale des tarifs du secteur privé est fondée sur un appariement entre les anciennes factures émises par les cliniques avant T2A (ancien format du bordereau 615) et les nouveaux GHS : **il s'agit donc d'un redéploiement des recettes et non d'une valorisation à partir des coûts de production constatés**⁴³.

Depuis 1996 en effet, tous les établissements sous OQN avaient l'obligation de communiquer les données issues du PMSI sous forme de RSA (résumés de sortie anonymisés) auxquels la valorisation issue de la facture effectivement émise selon l'ancienne tarification était associée dans les RSFA (résumés de sortie financiers anonymisés). Ainsi, une base de données exhaustive des séjours classés en GHS avec leur ancienne valeur de facturation à l'assurance maladie et à l'assuré était disponible.

Comme mentionné précédemment, c'est l'activité de 2002 actualisée des seules hausses tarifaires intervenues en 2003 et 2004 qui a été retraitée.

Conformément au choix du ministre dans son cadrage initial de la réforme, **demeurent exclus des nouveaux tarifs les honoraires** des praticiens et auxiliaires libéraux (à l'exception des IDE) qui figuraient de manière isolée sur l'ancienne facture B 615, mais étaient exclus des dépenses régulées des cliniques pour être comptabilisés dans l'objectif des soins de ville. **Ce**

⁴³ Depuis l'expérimentation Languedoc-Roussillon déjà mentionnée, une échelle de coûts des GHM est considérée comme un outil indispensable à la mise en oeuvre d'une tarification à l'activité dans le secteur privé : celle-ci a été sous-traitée à un cabinet privé en 2005 seulement et, au début de 2006, est en cours d'élaboration sur une base historique limitée à quelques établissements volontaires, dont la fiabilité méthodologique a été déjà remise en question par l'ATIH et la FHF.

principe contrevient à l'objectif d'harmonisation et de convergence tarifaire intersectorielle.

- **Une application très difficile**

Cette difficulté apparaît dans la note DHOS précitée d'avril 2005.

Les éléments tarifaires de la T2A sont multiples et ne se limitent pas aux seuls tarifs des GHS tout compris : le travail n'a donc pas pu se limiter au simple appariement entre anciennes factures et GHS. Des méthodes assez sophistiquées de nettoyage de la base, de tri et de calcul, ayant parfois recours à des enquêtes particulières, ont donc dû être élaborées pour réaliser, in fine, une redistribution des anciens éléments de financement conduisant à la valorisation des nouveaux éléments tarifaires de la T2A.

L'exemple des DMI et MO facturés en sus par les établissements ex OQN

Dans l'ancienne tarification, traduite dans les factures de format bordereau 615, l'ensemble des dispositifs médicaux était facturé en sus, dans une zone intermédiaire : la majeure partie d'entre eux demeure facturée en sus dans la nouvelle tarification et, pour la part des DMI incorporée dans les tarifs de GHS (prothèses d'ophtalmologie), la valorisation n'a pas posé de problème puisque le montant en était connu.

En revanche, pour les médicaments, la situation est différente : ils étaient incorporés dans un forfait pharmacie à la journée **-PHJ-** (la facture ne comportait donc aucun détail ni prix d'achat pour ces médicaments), à l'exception de certains⁴⁴, principalement les molécules anticancéreuses, refacturés en sus sous le code **PH1**. Comme la frontière entre les médicaments incorporés dans les GHS et ceux facturables en sus dans la T2A a changé, puisqu'environ 20% de médicaments facturables en sus dans la T2A étaient payés avant par le forfait pharmacie, il a fallu procéder par enquête auprès des établissements pour connaître le montant de ces médicaments désormais facturables en sus et l'enlever de la base servant au calcul des tarifs des GHS. Par ailleurs, des erreurs de codage entre la prestation PHJ et PH1 ont été repérées, au vu de tarifs manifestement trop élevés des PHJ facturés : il a donc fallu, pour ne pas calculer des tarifs de GHS trop élevés, incorporant à tort des molécules facturées en sus, corriger les anomalies en fixant un plafond aux PJH facturés, au-delà duquel les PJH ont été basculés en PJ1.

Cet exemple, parmi d'autres, illustre l'étendue et la complexité de la tâche consistant à établir une liste de tarifs T2A dans un secteur bénéficiant pourtant a priori de toutes les informations requises.

Des travaux indiscutables au plan méthodologique devraient être réalisés dans les meilleurs délais afin de doter les pouvoirs publics d'un outil fiable de calcul des tarifs à partir des coûts dans le secteur privé. Cette question est reprise dans la partie V dans le développement consacré à la convergence intersectorielle.

II- Une exception critiquable au principe de redéploiement des anciennes recettes : le coefficient de haute technicité

Lors de la procédure de péréquation par points ISA, antérieure à la T2A, un problème spécifique au secteur privé avait été identifié : d'importants écarts tarifaires entre établissements, faussant la comparabilité des points ISA, s'expliquaient par l'existence de « suppléments » de recettes accordés à environ un tiers des cliniques.

⁴⁴ Ancien article R- 162-31-6°-f

Ces suppléments résultaient de l'application d'une réglementation ancienne, le « classement » de lits en soins particulièrement coûteux de chirurgie, défini en 1978 (arrêté du 19 juin 1978-annexe A dont l'analyse figure en annexe 13), et avaient pour particularité de ne pas s'appliquer aux seuls prix de journée, mais à la majeure partie des éléments tarifaires de l'établissement (FSO, forfait pharmacie, forfait anesthésie etc.). Aussi avait-on coutume de raisonner en recette globale journalière de SPC chirurgie qui rémunérait de manière non clairement identifiée les charges supplémentaires dues aux moyens techniques et humains spécifiques, et ce, pour un nombre de lits reconnus. Par ailleurs, l'octroi des ces suppléments a été très variable d'une région à l'autre (certaines n'en ont pas comme la Picardie, d'autres en ont octroyé à la quasi-totalité des cliniques comme la Bourgogne) et d'un établissement à l'autre (entre 1% et 25% de supplément de recettes).

Cette particularité avait conduit à produire des points ISA « redressés », c'est-à-dire excluant du calcul les suppléments de recettes en question.

Dans la mesure où la réglementation sur l'activité de réanimation a évolué (définition réglementaire en 2002, traduction prévue dans les SROS III en 2006 et dans les CPOM en 2007) et où la tarification T2A a défini en 2005 les divers suppléments de réanimation correspondant aux nouvelles définitions réglementaires, les suppléments de recettes SPC auraient dû disparaître au bénéfice des suppléments T2A. C'était la voie logique tracée par la circulaire DHOS d'août 2003 (circulaire d'application des décrets réanimation).

Or, à la demande de la FHP, **l'option retenue a consisté à conserver cet avantage financier historique aux établissements classés et à exclure les recettes supplémentaires du redéploiement entre tarifs**. Pour ce faire, un « coefficient de haute technicité » (terme pour le moins excessif au vu des normes de classement) a été calculé pour chaque établissement et s'applique à l'ensemble de ses tarifs de GHS et de suppléments.

La LFSS de 2004 (article 33, IV, 2^{ème} alinéa) prévoyait que ces coefficients disparaîtraient avec la mise en œuvre des SROS de réanimation, soins intensifs et surveillance continue. La LFSS de 2005 a annulé cette disposition. Des travaux sur cette question ont été entamés et le ministère prévoit d'introduire dans le PLFSS pour 2007 une disposition destinée à mettre fin explicitement aux coefficients de haute technicité en 2012.

Le financement des coefficients HT, préempté sur les montants redéployés au titre de la convergence tarifaire, représente un montant total de 200 M€ (soit 2% de l'ODMCO privé) à comparer aux 93M€ préemptés pour financer les coefficients géographiques et aux 137M€ redéployés par l'application des tarifs nationaux. Plus de la moitié des établissements qui bénéficient d'un supplément de recettes grâce au coefficient HT apparaissent pourtant comme sousdotés dans le schéma de convergence intrasectorielle et reçoivent à ce titre un supplément de recettes tarifaires étalé d'ici 2012.

Il devrait être mis fin à cette exception, désormais contraire à la réglementation sanitaire et à la T2A, et ce, sans attendre 2012.

CHAPITRE III- LA VALORISATION DANS LE SECTEUR EX DG

I- Une démarche compliquée et peu comprise

▪ Les outils mobilisés

Dans les établissements ex DG, le **modèle de valorisation initiale des tarifs diffère totalement de celui du secteur privé sur deux points essentiels**, puisqu'il se fonde d'une part sur des coûts constatés (et non sur des recettes facturées), d'autre part sur un échantillon d'établissements (et non sur la totalité des établissements) : pour calculer les tarifs sur la moyenne constatée des coûts de la totalité des établissements, il eût fallu que tous les établissements sous DG disposassent préalablement d'une analyse comptable répartissant les charges par GHM. La généralisation du PMSI et l'instauration du calcul des points ISA dès 1997 auraient pu y conduire, sur la base d'un guide de comptabilité analytique contraignant, mais tel n'a pas été le cas.⁴⁵⁴⁶

Pour valoriser les nouveaux vecteurs de financement, ce sont les outils déjà disponibles qui ont été utilisés, à savoir le dispositif appliqué antérieurement pour calculer les points ISA dans la procédure de péréquation (cf. partie I, chapitre II), à cette différence près qu'avant la T2A, il requerrait beaucoup moins de précision, puisqu'il produisait ex post un simple indicateur de productivité servant à moduler les budgets et non une grille tarifaire nationale dont découlent mécaniquement les recettes des établissements.

Résumé de la méthode – calcul des points ISA

Elle consistait :

- d'une part à calculer les coûts des GHM sur la base des coûts complets constatés dans un petit nombre d'établissements volontaires (22 au démarrage en 1992, aujourd'hui 58) : c'est l'échelle nationale de coûts (ENC), élaborée par l'ATIH, puis à les traduire en nombre de points (référence : accouchement par voie basse sans complication pour 1000 points) afin de constituer une échelle relative des GHM.

-d'autre part à isoler dans le budget de chaque établissement les dépenses encadrées relevant du champ MCO grâce au retraitement comptable du compte administratif (RTC).

Le montant des dépenses encadrées MCO de chaque établissement était divisé par son nombre de points ISA pour obtenir sa valeur monétaire du point ISA.

Toutefois, les performances de l'ENC et des retraitements comptables étaient manifestement insuffisantes pour fixer au plus fin les tarifs nationaux exprimés en valeur monétaire (GHS et autres composants tarifaires).

▪ Les étapes de la démarche

- calculer dans l'ENC les **coûts « complets » par GHM**
- calculer par redéploiement dans l'ENC les **« pré-tarifs »** en coûts complets par GHS et autres éléments tarifaires

⁴⁵ Le guide comptable de 2004 définit des principes généraux d'une comptabilité par activité, séjour ou centre de responsabilité et indique que ces référentiels ne sont pas « incontournables ».

⁴⁶ La comptabilité analytique mise en place par les établissements publics était jusqu'à présent orientée vers une répartition des charges en unités de production plutôt qu'en produits ; elle est en outre très variable d'un établissement à l'autre, fortement dépendante de son organisation propre, retracée dans son « fichier structure ».

- parallèlement, **isoler dans les RTC** des établissements non plus une enveloppe globale de dépenses encadrées MCO, mais à l'intérieur de celle-ci, segmenter les **sous-enveloppes qui correspondent aux différents vecteurs de financement de la T2A (MIGAC, DMI-MO et éléments tarifaires)**
- agréger ces sous-enveloppes par segment tarifaire au niveau national.
- **transformer les pré-tarifs calculés à partir de l'ENC en tarifs nationaux** en prenant en compte d'une part le casemix national (nombre total de séjours produits par GHS), d'autre part les bases budgétaires historiques de la totalité des établissements.

	A	B	C = A x B	D	E	F = E/B
GHS	Coût (ENC)	Nombre de séjours total (Case-mix national)	Valorisation du case mix à partir des coûts	Contribution du GHS à la masse globale	Masse budgétaire devant être redistribuée par le GHS	tarifs
1	100	15	1 500	60%	1 800	120
2	200	5	1 000	40%	1 200	240
total			2 500	100%	ex : 3000	

- La multiplication de l'ENC par le case-mix national donne par GHS l'ensemble des coûts pour tous les séjours. Ce calcul permet d'obtenir la contribution de chaque GHS à la masse nationale (colonne D).
- Cette répartition est appliquée à la 'base tarifs' (3000 dans l'exemple). Pour chaque GHS, est alors obtenu l'ensemble de la masse budgétaire devant être distribuée par le tarif.
- Il suffit alors de diviser cette masse par le nombre de séjours total réalisé dans le GHS pour aboutir au tarif 2003 (colonne F). (Tableau et notes extraits de la note MT2A d'avril 2005 sur le calcul des tarifs en 2005 : exemple théorique de calcul des tarifs nationaux sur deux GHM).

C'est au niveau de ce passage entre pré-tarifs et tarifs définitifs, traduit par un « coefficient de passage », que sont préemptés les montants destinés à financer les coefficients géographiques : les GHS des régions concernées sont introduits avec un poids supérieur dans le casemix national.

Cette méthodologie, à laquelle on aurait pu préférer une démarche plus simple consistant à fixer les tarifs nationaux uniquement sur la base des coûts constatés dans un échantillon représentatif d'établissements, s'explique sans doute de deux manières : conserver le montant des dépenses d'assurance maladie et des recettes des établissements au plan macroéconomique au moment du démarrage de la réforme, corriger la représentativité insuffisante des calculs réalisés dans les établissements participant à l'ENC.

II- Le calcul des pré-tarifs dans l'ENC présente de graves lacunes⁴⁷

Les deux étapes successives mentionnées plus haut sont en cause : calcul des coûts par GHM, puis segmentation des GHM en GHS et compléments tarifaires.

⁴⁷ Le présent relevé limite ce développement, dans la mesure où l'analyse détaillée en a été réalisée dans le rapport IGAS/IGF de juillet 2005 déjà mentionné, en particulier dans la pièce jointe n°5 du tome 2 consacré au pilotage national des dépenses hospitalières.

- **La fiabilité des coûts des GHM** calculés dans l'échantillon d'établissements de l'ENC repose sur quelques conditions : la représentativité de l'échantillon, la fiabilité du périmètre de charges incorporées, la pertinence des méthodes de répartition analytique et les contrôles opérés. Or, aucune de ces conditions n'est véritablement remplie.

- L'échantillon des 58 établissements volontaires n'étant pas représentatif au plan statistique, plusieurs opérations sont réalisées pour le redresser et retraiter les résultats qui en sont issus (dont le rejet de 1,7 % de séjours aberrants). La fragilité de l'ensemble peut se lire dans le fait suivant : l'introduction de 9 nouveaux établissements dans l'échantillon en 2004 a eu pour effet d'augmenter les coûts constatés par GHM de 7 %, le même effet a été constaté lors du changement de méthode de redressement destiné à mieux prendre en compte les DMS nationales et les poids des catégories d'établissements.

Le périmètre des charges incorporées : les GHM sont réputés être en coûts complets, mais la philosophie de l'ENC est de neutraliser les disparités de coûts entre établissements, dues à des facteurs considérés comme exogènes et non représentatifs des coûts de production moyens. Aussi plusieurs traitements conduisent-ils à **modifier les coûts constatés** : réfaction de 13 % au titre des MIGAC selon l'ancienne approche forfaitaire utilisée dans le calcul de la valeur des points ISA (cette réfaction s'applique sur toutes les charges, y compris celles du support telles que la blanchisserie ou la restauration), réfaction des coefficients géographiques et des coûts de structure constatés, réintroduits ensuite de manière uniforme pour 5 % (le surplus entre les coûts constatés et le taux forfaitaire étant inclus dans la dotation des MIGAC pour 310 M€). Dès lors que la méthode de calcul de ces réfections est elle-même peu fiable, le résultat final apparaît comme assez aléatoire.

Par ailleurs, les **reports de charge sont exclus** des calculs de coûts (une note de la DHOS d'octobre 2005 évalue les reports de charges à 700 M€ en 2005 et le solde net des reports de charges et de produits à 460M€, soit 0,87 % des charges).

Une précision sur les reports de charge

Les reports de charges sont intégrés dans la comptabilité analytique des établissements qui repose sur une comptabilité d'engagements, alors qu'ils sont exclus des charges retenues dans l'ENC et les RTC, comptabilisées en ordonnancements. Cette situation conduit donc à minorer les montants réels de charges, aussi bien dans l'ENC que dans les RTC, en masquant les déficits d'exploitation : ce sujet alimente régulièrement le débat entre les pouvoirs publics et la FHF dont les communiqués sont le plus souvent alarmistes, et il contribue à obscurcir toute comparaison entre les secteurs public et privé.

La répartition analytique des charges au séjour : d'une manière générale, il faut souligner que les établissements de l'ENC sont assez libres dans leur démarche, tant pour le découpage en sections d'analyse que pour les règles de valorisation et d'imputation des charges. Le cahier des charges (consignes pour l'ENC) est plus un référentiel qu'une norme imposée.

Ainsi, alors que l'objet même de la répartition analytique est de cerner au plus près les coûts relatifs à chaque GHM, **la des charges comptables directement imputées au séjour est faible** (le cahier des charges des établissements de l'échantillon n'impose pas de minimum) **et très variable**, de 5 % à 93 % selon les GHM. Concernant les **charges de personnel soignant**, d'une part elles sont valorisées de manière différente selon les établissements (en coûts standard ou réels, en fonction du planning ou d'un constat a posteriori), d'autre part elles sont **imputées indirectement** au prorata de la durée moyenne de séjour de chaque groupe et non

en fonction de l'importance des soins réellement dispensés.⁴⁸. Cela explique en partie l'inadaptation du dispositif actuel pour valoriser les tarifs d'hospitalisation de très courte durée (classée en CM 24) au cours desquels la densité de soins est généralement plus importante que sur des durées d'hospitalisation plus longues.

L'efficacité des contrôles : les calculs opérés par les établissements font l'objet d'un contrôle a posteriori dont on peut souligner la médiocrité, due principalement à l'insuffisance de moyens (1 seul responsable par établissement, 4 personnes de l'ATIH et 4 superviseurs). Aucun établissement n'est rejeté et 3 % environ des séjours valorisés sont rejetés à l'issue d'une procédure le plus souvent écrite ne donnant lieu à aucune note de synthèse.

- **La fiabilité du passage des coûts des GHM aux pré-tarifs** dépend de la faisabilité des opérations de segmentation. L'exemple du calcul des DMI figurant sur la liste des produits facturés en sus montre les limites de la démarche.

Cette explication figure dans la note MT2A précitée

« Le raisonnement est le suivant :

- les coûts de prothèses sont très imparfaitement connus : les données comptables agrègent les prothèses et les autres consommables, et l'ENC ne recueille que 50-60 % des coûts réels (le reste étant réparti sur l'ensemble des séjours) ; l'utilisation directe de l'ENC pour évaluer les coûts de prothèses orthopédiques conduirait à une dépense de l'ordre de 80 millions d'euros ;

- on a cependant une répartition par structure issue de l'ENC où on constate que les prothèses cardio-vasculaires représentent 43,1 % du total. Or, en 2004, on a constaté une dépense de 275 millions pour ces prothèses (extrapolation). Le coût total des prothèses serait alors de l'ordre de 640 millions en 2004

- là-dessus, les prothèses orthopédiques représentent 28,7 %, soit 184 millions (incluant cependant l'ostéosynthèse, non sortie sur liste, mais qui représentent des coûts faibles), et les autres prothèses sorties sur liste, environ 3 % du total, soit près de 20 millions supplémentaires

- **compte tenu des incertitudes, il a été retenu finalement de débaser de l'enveloppe générale un montant de 150 millions à ce titre.**

- un calcul différent a été effectué pour confronter plusieurs méthodes, en appliquant les tarifs privés aux effectifs des trois principaux GHM d'orthopédie concernés (à peu près deux fois supérieurs aux coûts publics observés dans l'ENC), et on retrouve 150 millions. »

III- **Le « passage » des pré-tarifs aux tarifs nationaux**

Deux défauts majeurs méritent d'être mis en exergue : en premier lieu, l'absence d'homogénéité entre les traitements comptables de l'ENC et ceux appliqués aux comptes administratifs des établissements, en second lieu la déconnexion progressive entre coûts et tarifs, du fait de la méthode de préciputs successifs.

A- L'absence d'homogénéité entre les deux ensembles (coûts de l'ENC / masses budgétaires des établissements)

Ne sont pas identiques :

⁴⁸ Il existe pourtant des méthodes pour imputer directement les charges en soins infirmiers aux séjours (SIIPS en France et PRN au Canada) dont l'ATIH a montré que l'introduction modifierait significativement les coûts par GHM.

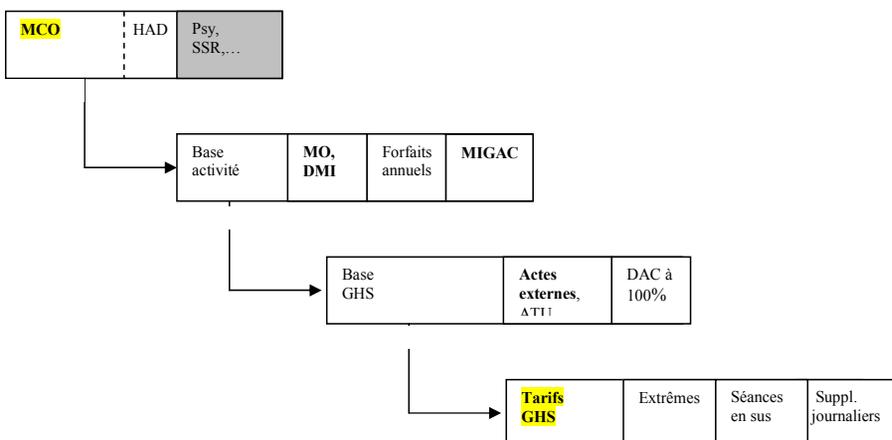
- la nature comptable des charges réparties en préтарifs dans l'ENC et en montants dans les retraitements comptables
- le champ des charges réparties dans l'ENC et dans les retraitements comptables
- les règles d'imputation concourant au calcul des tarifs dans un cas, des enveloppes dans l'autre.

Sur le premier point –nature des charges-, il faut souligner que les calculs de l'ENC sont réalisés par imputation des coûts complets en sections d'analyse alors que les RTC ventilent des « dépenses encadrées », c'est-à-dire des charges nettes (charges totales diminuées des recettes du groupe III) : pour un établissement dont le groupe de recettes III s'avère supérieur aux charges correspondantes, l'excédent d'exploitation ainsi dégagé sert à couvrir une partie des coûts complets. Cet excédent enlevé du calcul des RTC, les montants des sous-enveloppes d'un tel établissement sont minorés et vice et versa pour les établissements dont les recettes de groupe III sont déficitaires. Les établissements excédentaires en recettes de groupe III se trouvent donc pénalisés par cette procédure de calcul, alors que cette approche leur était favorable dans le cadre du calcul des points ISA dont la valeur se trouvait minorée pour les mêmes raisons. La translation des tarifs calculés en coûts complets à un périmètre de dépenses encadrés pose donc un vrai problème, masqué à l'intérieur du coefficient de passage vu plus haut, qui est en réalité la résultante de multiples facteurs.

B- Le modèle déconnecte les tarifs des coûts calculés

En effet, indépendamment du calcul plus ou moins fiable des coûts des préтарifs dans l'ENC, la démarche consiste à déterminer les montants de dépenses encadrées auxquels ils s'appliquent afin d'ajuster les tarifs nationaux aux enveloppes historiques de la totalité des établissements. **Or, le modèle mis en place a consisté à faire des tarifs une valeur d'ajustement résiduelle.**

En effet, la cascade des préciputs, représentée dans le schéma ci-dessous (formalisé dans la note MT2A d'avril 2005), consiste à partir de l'enveloppe MCO des établissements pour aboutir in fine à l'enveloppe appelée « base tarifs » : on comprend que, dans ces conditions, les décisions prises sur les vecteurs d'amont et la plus ou moins grande fiabilité de leur valorisation impactent mécaniquement le niveau final des tarifs.



Ce décalage entre les tarifs fixés au terme de la démarche et les pré-tarifs de l'ENC se lit dans l'évolution du coefficient de passage entre 2004 et 2005 : 1,066 en 2005 contre 1,216 en 2004. Globalement, la base MCO a augmenté de 3,7 %, mais en raison notamment de l'augmentation des MIGAC, forfaits annuels et enveloppe DMI et MO, la base affectée aux GHS et suppléments baisse de 2,8 %, laquelle résulte elle-même d'une diminution de 8,5 % des tarifs des GHS et d'une augmentation de 100 % des suppléments, extrêmes et séances en sus.

La valorisation des actes et consultations externes joue en sens inverse et tend à augmenter, de manière erronée, la base tarifs (GHS + extrêmes+suppléments) de 5,3 %.

Evaluation produite par la MT2A

« Les CAE, facturés sur la base de la NGAP et de la CCAM, représentaient en 2004 environ 2 Md€ (2,5 Md€ si on leur adjoint les CAE réalisés au cours des passages aux urgences), soit 9,2 % de la « base activités » (MIGAC + DMI-MO + forfaits annuels + tarifs).

Or ces tarifs ne couvrent pas les charges, telles qu'imputées dans les RTC (SI 1C). L'ATIH a opéré une estimation de ce différentiel sur l'Etude Nationale de coûts (ENC) pour l'ensemble des CAE et urgences, sur les données disponibles début 2004, en procédant ainsi :

l'ensemble des dépenses liées aux sections d'analyse de consultations et d'urgences (2002) représente un taux de 14,3 % du total de la base MCO des établissements de l'ENC, soit 4,68 milliards si on extrapole à l'ensemble des établissements sous T2A ; or, le financement via les tarifs de consultations et actes externes, ATU et FAU représente 10 % de la base MCO, soit 3,27 milliards ; **le différentiel de 4,3 % représente donc 1,41 Md€ (43 % de surcoût d'après cette approche).**

Ce différentiel charges/tarifs concernant les CAE et urgences est réimputé aux GHS : en effet, le phénomène accroît la « base tarifs » totale de 5,3 %. »

Selon la MT2A, ces estimations devraient être affinées, mais elles donnent les ordres de grandeur.

Après examen, il apparaît que les méthodes de valorisation qui ont permis de fixer le niveau des tarifs nationaux dans les secteurs privé et public présentent un caractère assez aléatoire. Par ailleurs, le niveau des tarifs est indépendant du niveau des coûts dans le secteur privé et s'en trouve très éloigné dans le secteur public en raison notamment du modèle de préciputs.

Un programme de travail devrait être rapidement lancé, consistant à mettre en place dans les deux secteurs un échantillon statistiquement représentatif d'établissements et à définir une méthode contraignante d'analyse comptable permettant le calcul fiable des coûts complets par vecteur tarifaire. Il s'agit de disposer d'une référence indiscutable, sans laquelle la politique tarifaire des pouvoirs publics pourrait perdre toute crédibilité.

* *
*

CHAPITRE IV- LE PARTAGE DES FINANCEMENTS ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET L'ASSURÉ (MÉNAGE + COMPLÉMENTAIRE)

I- Dans les établissements privés

Avant la réforme, la participation de l'assuré était calculée, par facture, selon les règles générales rappelées dans le chapitre I : TM de 20 % sur l'ensemble des prestations, FJH par journée passée (+ journée de sortie), 30 % sur les honoraires. Aucune participation de l'assuré sur les produits facturables en sus (totalité des DMI et certaines molécules onéreuses)⁴⁹. Comme on l'a mentionné, les cas d'exonération sont très nombreux.

La T2A n'introduit donc pas de véritable rupture : les tarifs opposable sont désormais ceux du GHS (ou équivalent) et des suppléments, le reste sans changement.

Pour autant, deux éléments du dispositif méritent d'être soulignés qui tiennent à une particularité du secteur privé : dès sa création, l'assurance maladie a inclus le FJH dans le tarif (prix de journée) dans ses systèmes d'information.

▪ GHS et FJH

Jusqu'alors le FJH était inclus dans l'ancien prix de journée et était comptabilisé en fonction du nombre de journées (+ jour de sortie) réellement passées dans l'établissement par l'assuré (sauf pour les assurés exonérés tels que maternité, AT, veuves de guerre...). Ainsi, pour une facturation de 5 PJ affiché à 100 €, l'assuré payait $5 \times 13 \text{ €}$ à l'établissement (valeur 2005) et l'assurance maladie [$(5 \times 100\text{€}) - (5 \times 13\text{€})$].

Comme la T2A a fait l'objet d'une définition des règles de gestion rapide (d'octobre 2002 à janvier 2004), la CNAMTS a pris l'option de modifier a minima les règles anciennes, et cette particularité n'a pas changé. Les tarifs des GHS étant calculés sur une durée moyenne de séjour (exemple 4 jours en appendicectomie simple), ils incluent un montant de FJH calculé sur cette moyenne.

Cependant, l'assuré paie en réalité à la clinique le FJH correspondant au nombre de jours réellement passés et non correspondant à la DMS théorique du GHS. Quand sa durée réelle de séjour est supérieure à la DMS, l'établissement gagne davantage que sa recette théorique et vice versa quand la durée réelle de séjour est inférieure à la DMS moyenne retenue dans le calcul du GHS. Les gains et les pertes sont réputées se compenser au niveau macro-économique, puisque la DMS retenue dans les GHS est précisément une moyenne observée. Toutefois, pour les établissements qui seraient spécialisés dans un segment d'activité du GHS systématiquement différent de la moyenne en termes de durée de séjour, un écart structurel entre recettes théoriques et effectives en provenance de l'assuré pourrait se créer.

⁴⁹ L'intégration de certains DMI dans les GHS, antérieurement refacturés en totalité aux caisses d'assurance maladie sans participation de l'assuré, a augmenté la participation de l'assuré : cette augmentation de recettes pour le secteur privé n'a pas été chiffrée et il n'en a pas été tenu compte.

▪ Augmentation du FJH

L'inclusion du FJH dans les tarifs pose un autre problème, qui se traduit par une moindre économie de l'assurance maladie en cas d'augmentation du FJH (plus 1 € en 2005 et en 2006). Ce sujet est indépendant de la T2A, mais a été constaté au cours de l'enquête.

Le raisonnement qui a été suivi par la DHOS et la DSS en 2005 et reconduit en 2006 est le suivant (la DSS précise qu'elle n'a pas été associée en 2006 au calcul des taux d'évolution des tarifs) : la hausse tarifaire annuelle porte en théorie sur les tarifs des GHS sans FJH, c'est-à-dire sur la part de l'assurance maladie : toutefois, il a été décidé de garantir une hausse équivalente sur la recette globale de l'établissement (GHS + FJH). L'augmentation du FJH étant inférieure en pourcentage à celle décidée pour les tarifs des GHS, une compensation est donc versée aux établissements : celle-ci a représenté 15 M€ en 2005 venant en diminution de l'économie escomptée grâce à l'augmentation du FJH (20 M€).

Pour concrétiser ce raisonnement, le bureau F3 a donné cet exemple théorique :
Supposons un tarif GHS égal à 110 : il se compose avant la campagne budgétaire de 100 (part assurance maladie) et de 10 (FJH).
Une augmentation du FJH de 10 est annoncée : cela doit se traduire par une nouvelle décomposition : 90+20.
Par ailleurs un taux de hausse tarifaire de 4 % est annoncé : cela doit se traduire par $(90 \times 1,04)$ soit **93,6** + 20 = **113,6**, soit une hausse de la recette globale de + 3,27 %.
Sans augmentation du FJH, l'établissement aurait eu : $104 + 10 = 114$, soit une hausse de recette globale de +3,63 %.
La pratique consiste à assurer ce taux à la recette globale en comblant l'écart entre 114 et 113,6 : $93,6 + 0,4 + 20$
L'économie initiale de l'assurance maladie de 10 en base, aurait dû être de 6,4 avec mesures nouvelles et n'est plus in fine que de 6,0.

II- Dans les établissements publics

A- **Les termes du problème**

- Un changement de régulation des dépenses lié à la T2A :

Une des transformations importantes de la réforme dans la gestion des établissements ex DG consiste à abandonner la régulation par autorisation des dépenses encadrées dont les montants régionaux limitatifs étaient notifiés par la DHOS aux ARH : le budget disparaît en 2006 au profit de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), dont les recettes en provenance de l'assurance maladie sont régulées dans l'ONDAM. Il a été prévu dans l'échéancier de la réforme d'effectuer le passage de la régulation en dépenses encadrées à la régulation en dépenses d'assurance maladie dès 2005.

- Du dispositif antérieur au dispositif cible

Dans le dispositif antérieur, la participation de l'assuré (classée en recettes du groupe II) résultait d'une part du paiement du FJH selon les règles déjà mentionnées, d'autre part de celui du TM de 20 % sur un tarif journalier de prestations – TJP- fixé par discipline médico-tarifaire. La dotation globale de financement (DGF) servait de variable d'ajustement ex post (au cours de l'exercice n+1) pour couvrir l'ensemble des dépenses encadrées autorisées en fonctions des recettes du groupe II effectivement encaissées : aussi les établissements étaient-ils assez peu précis dans leurs prévisions de recettes de groupe II, tant pour la fixation du

niveau du TJP que pour le nombre de journées prévisionnelles. La conséquence de mauvaises prévisions de recettes de groupe II impactait seulement la trésorerie de l'établissement.

Articles R.714-3-19 et R.714-3-20 institués par le décret n°92-776 du 31 juillet 1992

Les tarifs de prestations étaient établis pour :

- l'hospitalisation complète en régime commun, en distinguant au moins les services spécialisés ou non, ceux de spécialités coûteuses, de spécialités très coûteuses, ceux de suite et réadaptation
- les prises en charge en alternatives à l'hospitalisation complète, en distinguant au moins l'hospitalisation à temps partiel, la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile
- les interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence

En dehors des spécialités très coûteuses (ex : transplantation d'organes et allogreffes de la moelle osseuse) dont le prix est fixé au niveau national, les tarifs journaliers de prestations sont obtenus, pour chaque établissement, en divisant le prix de revient prévisionnel⁵⁰ par le nombre de journées prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des TJP (recettes atténuatives). Le montant des TJP est donc propre à chaque établissement.

Le budget ainsi que les propositions de tarifs journaliers de prestations sont votées par le conseil d'administration et transmis à l'ARH au plus tard le 15 mars de l'année à laquelle ils se reportent. Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation arrête les tarifs de prestations⁵¹.

Le dispositif cible, couplé avec le changement de tarification et de mode de régulation, est celui d'une facturation individuelle des séjours, identique à celle appliquée dans le secteur privé. Or, cette facturation individuelle programmée pour 2006 a été repoussée à 2007 et la programmation des travaux bâtie récemment par la DHOS et la CNAMTS sur l'ensemble des systèmes d'information laisse à penser que le sujet n'est plus vraiment d'actualité. La question est examinée plus loin.

- La situation transitoire

En l'absence de facturation individuelle, l'établissement envoie chaque trimestre à l'ARH la somme agrégée des prestations réalisées, classées par ligne de tarifs (nombre des GHS par type de GHS, suppléments, DMI etc.) et, grâce au logiciel MAT2A, l'ARH valorise cette production, calcule la part due par l'assurance maladie et notifie cette somme à la caisse dont dépend l'établissement. Ce dispositif, qui limite l'analyse de la production de soins des établissements et des dépenses, est décrit dans la partie IV (versements transitoires et facturation, pages 94 à 96).

Par ailleurs, toujours en raison de l'absence de facturation individuelle, on se trouve dans une situation caractérisée par la dichotomie entre le calcul de la participation de l'assurance maladie et celle de l'assuré demeurée inchangée :

⁵⁰ Art.R174-3-20 du CSP : « le prix de revient prévisionnel est égal à la totalité des dépenses d'exploitation comprenant :

- a) les charges directes
- b) les charges de consommation d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou, à défaut, de leur prix de revient ;
- c) les autres charges de la section d'exploitation du budget général qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie.

⁵¹ CSP art. R714-3-28

- * le tarif du GHS est opposable à l'assurance maladie, qui doit rembourser en théorie à l'établissement 80 % de cette base (en cas de non exonération de l'assuré bien sûr)
- * le tarif journalier de prestation, opposé à l'assuré, et servant également de tarif de référence à l'assurance maladie lors des recours contre tiers ; ce dispositif a notamment pour effet pervers d'inciter à l'allongement des durées de séjour.

Toutefois, compte tenu du dispositif transitoire de versements trimestriels établis sur des déclarations non individuelles mais agrégées, l'application elle-même de ce schéma théorique est impossible pour ce qui concerne la participation de l'assurance maladie : l'assurance maladie n'est pas en mesure de liquider les séjours individuellement (calculer sa participation au vu notamment des prestations facturées et de la situation de l'assuré, exonéré ou non), puisqu'ils ne lui sont pas facturés, et ne peut donc ni calculer ni rembourser sa participation aux établissements au fil des prestations réalisées.

Pour permettre néanmoins de calculer les remboursements dus par l'assurance maladie à chaque établissement et de passer, au niveau macro-économique, à la régulation en dépenses d'assurance maladie dès 2005, il a été nécessaire de trouver un succédané, à savoir une méthode de conversion. Celle-ci a consisté à calculer un « taux de conversion » qui résulte du constat à un instant « t » du rapport entre [(dépenses encadrées – recettes de groupe II) / dépenses encadrées].

Ce taux de conversion, qui correspond à un taux moyen de remboursement, est calculé par établissement, puis entré dans le logiciel MAT2A qui calcule les sommes dues par l'assurance maladie aux établissements sur la base de l'activité qu'il a déclarée et des tarifs nationaux ; en outre, par sommation de tous les établissements, le taux de conversion national est également défini. Calculé pour la campagne 2005, il était destiné à ne s'appliquer qu'une année, mais il semble devoir perdurer. Les projets de la DHOS sur cette question sont développés dans la suite de la communication (page 102, partie IV, chapitre II, suivi des dépenses).

B- La mise en œuvre du taux de conversion

- Un problème de principe

D'une part, l'hypothèse de travail est de maintenir l'équilibre initial entre les deux financeurs, d'autre part la T2A différencie désormais les vecteurs de financement : MIGAC, forfaits annuels, tarifs, produits facturables en sus.

Cela pose le problème de principe suivant : faut-il faire participer l'assuré à l'ensemble de ces financements de manière équivalente – dans ce cas, le taux de conversion global de l'établissement s'applique identiquement à toutes ces composantes- ou introduire une différenciation par composante – dans ce cas le taux de conversion global, qui doit être conservé, est décliné en taux différenciés.

Le conseil de l'hospitalisation (avis 2004-4 du 21 décembre 2004) avait souhaité que soit engagée une réflexion sur la répartition des financements entre l'Etat et l'assurance maladie. En outre, dans sa recommandation 2005-6, il émet un avis allant dans le sens de la différenciation des taux :

« Ces dépenses comportent toutefois la part restant à la charge de l'assuré (forfait journalier, ticket modérateur, etc.). A partir de 2005, seules les dépenses à la charge de l'assurance maladie seront déléguées aux ARH qui notifient aux établissements les enveloppe forfaitaires (DAF, DAC et MIGAC) en recettes d'assurance maladie.

Le taux de prise en charge de l'activité MCO sera calculée uniquement sur les montants de la DAC et de l'activité, il sera donc majoré pour tenir compte d'éventuelles recettes sur les dépenses de molécules onéreuses et de DMI en sus, de forfaits annuels et des dépenses d'activités retenues dans le cadre des MIGAC. »

La décision de rembourser à 100 % les DMI-MO sur la base des prix d'achat avait déjà été prise dans la LFSS 2004. Restait le problème central des MIGAC et celui des forfaits couvrant les charges fixes de certaines structures (urgences, greffes).

Contrairement à la recommandation du conseil, il a été décidé de faire participer l'assuré à tous les vecteurs de financement, y compris les MIGAC, à l'exception des DMI-MO. Cette décision a été justifiée par le souhait de ne pas anticiper sur la future réforme de la participation de l'assuré. En réalité, on a surtout voulu éviter la différenciation, parce qu'elle aurait entraîné mécaniquement une majoration du taux moyen de participation de l'assuré (environ 7 %) sur les composantes non remboursées à 100 % par l'assurance maladie et aurait conduit à majorer le taux de TM. Pour donner un ordre de grandeur, son ancienne participation globale étant de l'ordre de 7 %, le montant des MIGAC financé par lui est de l'ordre de 330M€. Il eût fallu faire supporter ce montant par un taux de participation supérieur sur la partie tarifs (330 M€ représentent environ 0,9 % de l'ensemble tarifé hors DMI-MO). **Pour autant, la logique qui préside à ce partage du financement entre l'assurance maladie et l'assuré est insatisfaisante, voire paradoxale** : l'assuré ne participe pas à certaines charges directement liées à la production des prestations qu'il consomme (DMI-MO, passage aux urgences), mais finance les MIGAC.

Il convient d'y ajouter un raisonnement en évolution : si le taux de participation de l'assuré est similaire sur les MIGAC et les prestations de soins, sa participation augmente proportionnellement à l'évolution globale de ces deux composantes (ainsi que la participation de l'assurance maladie) : en cas d'évolution différenciée des deux composantes (MIGAC, soins), la part relative des deux financeurs demeure inchangée.

Si l'on avait retenu en revanche un schéma consistant à faire financer les MIGAC à 100 % par l'assurance maladie et à recalculer une participation plus élevée de l'assuré sur les seules prestations de soins, l'évolution différenciée des deux composantes aurait eu un impact sur la part relative des deux financeurs : en 2006, par exemple, les prestations de soins augmentant en gros de 1,5 % (+ 2,5 % de volume et -1 % de tarifs) alors que les MIGAC augmentent de 12 %, la part relative de l'assurance maladie au financement global des établissements s'en serait trouvée fortement augmentée.

- Un mode de calcul du taux de conversion remis en question par les établissements

Le schéma

Pour réaliser ce calcul, le guide des RTC 2003 exigeait une ventilation des recettes de groupe I et II, mais à un niveau assez grossier d'imputation : SSR, HAD, psychiatrie et MCO.

Sur la base de ces retraitements comptables, **c'est la DHOS qui a calculé les taux de conversion de chaque établissement et les a notifiés aux ARH**. L'affinage du calcul qui a conduit à notifier, in fine, des taux de conversion différenciés à l'intérieur de l'enveloppe MCO n'a pas été compris par la Cour.

Ci-dessous l'exemple d'un établissement (source DHOS).

	Dépenses encadrées fin 2004	Dépenses AM arrêtée fin 2004	Taux de conversion en dépense Assurance Maladie
MCO - MIGAC	40 297 466	37 440 486	92,91%
dont 100% DAC	952 612	883 688	92,76%
dont médicaments et DMI	1 013 530	1 013 530	100,00%
dont forfaits	1 200 000	1 100 160	91,68%
dont MIGAC	1 760 828	1 633 427	92,76%
HAD	547 777	538 029	98,22%
Base activité	35 918 273	33 347 709	92,84%

Les difficultés conjoncturelles

Deux difficultés majeures ont faussé le calcul initial de la DHOS : d'une part, la surévaluation du montant national résultant de l'augmentation de 1€ du FJH⁵² (estimée à environ 30 M€) qui vient en diminution de la participation de l'assurance maladie et du taux de conversion, d'autre part le dépassement des dépenses d'assurance en 2004 (environ 330M€), mais constaté seulement en 2005⁵³.

Le taux de conversion global issu des retraitements comptables des établissements et corrigé de l'augmentation du FJH et du TM, était de **93,7 %** (ce taux correspondait à la participation de l'assurance maladie au total des dépenses encadrées de 2004 et incluait de facto le dépassement des dépenses d'assurance maladie de 2004). Refusant d'intégrer le dépassement 2004 dans le taux, le ministère a retenu le taux prévu sur 2004 sans dépassement, c'est-à-dire **92,95 %** et l'a redécliné à l'envers sur chacun des établissements.

Pour corriger ces erreurs il a été décidé de modifier, en cours de campagne, les taux de conversion à la hausse, mais en tenant compte uniquement de l'erreur commise sur l'évaluation du FJH d'une part, en limitant cette correction aux seules dotations et non à la part tarifée et facturable d'autre part.

Extrait d'une note adressée aux ARH en cours de campagne 2005.

Par ailleurs, **des moyens supplémentaires ont été alloués par la circulaire budgétaire du mois d'avril, afin d'ajuster « les dotations des établissements en fonction de différents éléments :**

- l'impact au niveau national de l'augmentation du forfait journalier de 1 euro sur les recettes de groupe 2 a été **surévalué d'environ 30 millions d'euros**

⁵² Cette erreur est due (selon le bureau F2) à une erreur purement matérielle : le montant d'économies prévu pour les deux secteurs d'établissements confondus a ensuite été repris pour le seul secteur public.

⁵³ Les causes de ce dépassement évalué à 341 M€ par la DHOS et à 325 M€ par la CNAMTS ont été analysées par le rapport IGAS/IGF précité (tome 1) : c'est sur ce thème que la mission avait été initialement demandée par le ministre. Une part importante du dépassement résultait d'une sous-évaluation des recettes de groupe II et d'une revalorisation insuffisante du TJP.

- les taux de conversion permettant de déterminer les bases des dotations d'assurance maladie à partir des dépenses hospitalières encadrées ont été calculés sur la base **d'un strict respect de l'objectif des dépenses d'assurance maladie en 2004**, dans l'attente des résultats des enquêtes en cours sur les causes du dépassement constaté fin 2004. Ce recalage sur le taux national a été opéré par réfaction d'un pourcentage identique sur les taux de prise en charge de chaque établissement donc de chaque région. Cette situation risque de générer des difficultés importantes, notamment pour les établissements n'ayant pas ou très peu de recettes de groupe 2. Les montants complémentaires intégrés dans vos dotations régionales **doivent être alloués sans délai aux établissements de manière à limiter leur prévision d'augmentation de recettes de groupe 2**. Vous veillerez à fournir à la mission d'enquête IGAS/IGF engagée à ce titre les éléments d'information qui justifient vos décisions en la matière. Vous trouverez en annexe I à III vos dotations régionales DAF, MIGAC et DAF recalculées en fonction des éléments ci-dessus. »

Cette décision a été prise principalement pour éviter un déport de charges trop massif sur les assurés : en effet, devant ce manque à gagner sur la part assurance maladie, les établissements n'avaient d'autre solution que d'appliquer des hausses très importantes aux TJP. Toutefois, les corrections ayant été partielles, la décision du ministère a donc conduit à transférer sur l'assuré une partie de l'insuffisance de financement de l'assurance maladie, constatée fin 2004 et reconduite en 2005. C'est ce qui avait amené le HCAAM dans son avis du 27 octobre 2005 à prévoir que la contribution des organismes complémentaires augmenterait en 2006 (évaluation de 117 M€). Toutefois la DHOS et la DSS font remarquer que ce déport a constitué une sorte de rattrapage, dans la mesure où les TJP avaient été insuffisamment revalorisés au cours des années précédentes.

La pérennisation du taux de conversion calculé en 2005 a également été décidée par le ministère, alors que les établissements souhaitaient que l'on procédât à un recalcul⁵⁴ : outre les erreurs qui ont entaché la démarche en 2005, cette pérennisation pose un problème de fond. En effet, le taux de conversion calculé en 2005 a photographié à un instant « t » un partage des financements entre assurance maladie et assuré : la participation théorique de l'assuré fixée par le taux de conversion est donc figée et déconnectée de la réalité découlant de la situation des assurés pris en charge (variation des exonérations). En fonction de cette évolution, l'assurance maladie sera conduite à verser aux établissements des montants insuffisants ou excessifs : toutefois une des hypothèses sous-jacentes était jusqu'à présent que le taux moyen d'exonération était en augmentation permanente ce qui conduit à un scénario dans lequel les établissements vont devoir trouver un complément de recettes de groupe II ; les assurés non exorés vont payer davantage pour compenser la croissance des exonérations.

* *
*

⁵⁴ Le projet de la DHOS est de mettre un terme au taux de conversion dès 2006 : cf. page 104.

PARTIE IV- LA MISE EN OEUVRE DE LA RÉFORME

La décision volontariste de définir et d'appliquer la réforme de la T2A dans un délai d'un an impliquait une organisation particulière, susceptible de répondre à une telle exigence. Les chances de réussite de la réforme reposaient notamment sur :

- des moyens humains nombreux, aux fonctions clairement définies
- des outils de suivi des dépenses, de contrôle et d'évaluation, d'autant plus maîtrisés que la mise en œuvre s'est faite directement en grandeur réelle, sans véritable phase d'expérimentation.

CHAPITRE I- L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

I- Une organisation initiale, adaptée à un processus de décision politique, concentrée sur quelques personnes

▪ L'esprit de l'organisation mise en place

La volonté ministérielle de piloter directement et rapidement la réforme s'est traduite par la création d'un pôle spécifique de conception, de décision et de déploiement, la mission T2A (MT2A). Celle-ci devait remplir la fonction de concepteur et de maître d'ouvrage qui rapporte au ministre comme l'indique, sans ambiguïté, la lettre de mission adressée par ce dernier à la directrice opérationnelle de la MT2A le 20 novembre 2002.

Dans cette configuration, la DHOS n'avait donc pas la responsabilité de la réforme, mais se trouvait soit associée à la MT2A dans le pilotage de certains comités ou groupes, soit participait à la mise en œuvre au même titre que les autres directions ou organismes (DSS, agence technique de l'information hospitalière -ATIH-, DREES, DGS, caisses d'assurance maladie). La DHOS, en particulier la sous-direction financière F, occupait ainsi une position intermédiaire entre celle de maître d'ouvrage et celle de maître d'œuvre.

Jusqu'à la mi 2003, le cabinet du ministre a arbitré toutes les décisions initiales : choix du scénario, dispositions d'ordre technique.

Ainsi, il n'existait pas de comité de pilotage officiel de la réforme associant toutes les directions concernées, notamment la DSS, laquelle a fait connaître le plus souvent ses interrogations, ses réticences et ses propositions par note écrite et s'est vu assez généralement placée devant le fait accompli. Ce constat est également vrai pour la DREES et la DGS.

▪ Les bases juridiques de l'organisation

Cette organisation a pour base l'arrêté du 20 novembre 2002 qui créait à la fois la mission MT2A ainsi que le «comité de concertation et de suivi» regroupant les représentants de l'hospitalisation publique et privée, installé en février 2003.

L'organisation initiale a ensuite été adaptée et quelque peu étoffée par l'arrêté du 25 mai 2004, lequel a créé au sein de la MT2A une « mission d'audit et d'accompagnement », a défini la présidence et la composition du comité de concertation et de suivi mentionné ci-dessus en précisant ses compétences, et a formé un second comité, le « comité d'évaluation », réuni une première fois en juillet 2004, mais dont le fonctionnement n'a pu démarrer qu'après la nomination des personnes qualifiées (arrêté du 10 janvier 2005) : la première réunion plénière s'est tenue le 11 avril 2005.

Parallèlement, l'ATIH créée par décret fin 2000, est montée progressivement en puissance jusqu'en 2003 (cf. infra), exercice sur lequel porte son premier rapport d'activité.

Les principaux rouages destinés à concevoir et permettre l'application immédiate de la réforme ont donc été progressivement modelés, officialisés et mobilisés en même temps que la mise en route de la réforme elle-même. L'examen des moyens effectivement mis en œuvre et de leur organisation actuelle aboutit à un constat sévère, en dépit de la compétence et du dévouement des personnes concernées.

II- La situation à la fin de 2005

Elle se caractérise par :

- l'existence de trois pôles de compétences très impliqués, la MT2A, la DHOS et l'ATI
- H, mais dont les rôles sont insuffisamment différenciés,
- la multiplication des instances de concertation et des groupes de travail,
- la participation très partielle des autres directions du ministère
- la volonté récente de la CNAMTS de se voir confier un rôle décisionnel plus important dans les choix qui accompagnent la mise en œuvre de la réforme (re-création d'un département chargé des questions hospitalières lors de la réorganisation opérée fin 2005).

A- Les trois pôles principaux

1) La MT2A

La MT2A n'est pas une entité juridique : financée en totalité par le FMESPP, elle doit être rattachée à un GIP et figure ainsi en budget annexe de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARHIF)⁵⁵. Sa directrice opérationnelle a reçu délégation de signature du DARH, le budget et les comptes de la mission sont tenus par le comptable de l'ARHIF, enfin la composition de la commission d'appel d'offre de la mission a été validée par la COMEX (commission exécutive) de l'agence.

Définir en 3 mois le scénario de la réforme (modestement qualifié « d'options techniques » dans la lettre de mission du 20 novembre 2002), l'expérimenter dans au moins 40 établissements, le simuler, consulter et informer les professionnels via le « comité de concertation et de suivi » à constituer et à gérer, rendre la réforme applicable dès 2004 en

⁵⁵ Une enquête de la Cour est en cours de réalisation sur l'organisation de la DHOS et examine, dans ce cadre, les trois missions créées par le plan Hôpital 2007 : MT2A, MEAH, MAINH.

organisant et en commanditant les travaux nécessaires à son déploiement (juridiques, informatiques ...), prévoir les mécanismes de progressivité : telles ont été les tâches confiées à la MT2A (lettre de mission précitée).

Pour ce faire, celle-ci a été dotée d'un directeur opérationnel et d'un directeur scientifique ainsi que de la possibilité de faire appel à des experts et des personnes qualifiées. L'arrêté du 20 novembre 2002 précise en outre que la mission comporte des personnes désignées par le DHOS, le DSS, la DREES ainsi que des personnels de l'ATIH et des caisses d'assurance maladie.

Cette mission, qui devait rendre compte directement au ministre, avait donc vocation à constituer une équipe projet, c'est-à-dire à concentrer en son sein les travaux permettant de piloter la conception et le déploiement de la T2A et à regrouper un effectif conséquent⁵⁶, dont une partie puisée dans les directions du ministère, lesquelles auraient ainsi été impliquées dans le processus. Aucun terme n'a été fixé à l'existence de la mission : le passage d'une conduite de projet spécifique à une gestion opérationnelle en routine n'est pas défini⁵⁷.

Au même titre que les deux autres missions créées dans le cadre du plan Hôpital 2007 (MAINH et MEAH)⁵⁸, la MT2A avait le loisir de prendre une certaine autonomie (délocalisation) et ampleur : son budget, fixé chaque année par arrêté, est d'ailleurs conséquent, comparé notamment à celui de l'ATIH (cf. infra) : 2M€ pour 2003, 3,87 M€ pour 2004, 5,3 M€ pour 2005.

Dans la pratique, la MT2A est restée embryonnaire : les directions du ministère n'ont pas souhaité détacher temporairement de personnes dédiées à la T2A (aucune personne n'a été prêtée et c'est au contraire la mission qui finance deux statisticiens placés sous la responsabilité du bureau F1), **les budgets ne sont pas consommés** et les effectifs opérationnels à temps plein sont très peu nombreux.

Les budgets consommés ont été de 277 K€ en 2003 (14 % du budget autorisé), 427 K€ en 2004 (11% du budget autorisé) et 1M€ prévu pour 2005 (environ 19 % du budget autorisé).

La croissance des crédits consommés ne résulte pas d'un renforcement de la mission, mais principalement de l'augmentation de deux postes : un financement accordé à l'ATIH à partir de 2004 (présenté fictivement comme le financement de trois ETP pour 200 K€), ainsi qu'un financement accru des études et honoraires avec, en particulier, le contrat passé avec le consultant privé pour la réalisation de l'échelle de coûts dans les établissements privés (pour un total de 495 K€ réparti entre les exercices 2005⁵⁹ et 2006) et avec le financement des actions de formation et de communication définies, hors MT2A, dans le Plan Personnalisé d'Accompagnement décidé au printemps 2005 par le ministre (cf. infra), budgété pour 1 M€ en 2005 mais reporté en 2006.

⁵⁶ La présentation officielle du plan hôpital 2007 fait état d'une quinzaine de personnes.

⁵⁷ Dans sa lettre de réponse à la Cour, la DHOS mentionne son souhait de mieux structurer ses relations avec les missions « qui lui sont fonctionnellement rattachés » : toutefois, à la connaissance de la Cour, l'arrêté et la lettre de mission du 20 novembre 2002 n'ont pas été modifiés.

⁵⁸ MAINH : mission d'appui à l'investissement hospitalier

MEAH : mission d'expertise et d'audit hospitaliers

⁵⁹ 234 K€ en 2005

Une tendance à utiliser le budget de la MT2A pour financer des effectifs ou des actions non placées sous sa responsabilité se dessine donc clairement.

Les effectifs placés effectivement sous la responsabilité de la directrice opérationnelle de la MT2A se composent de quelques personnes seulement.

Dès sa création en 2002 :

- la directrice opérationnelle, médecin conseil, mise à disposition par la CNAMTS à titre gracieux
- le directeur scientifique rémunéré en honoraires pour 90 jours par an
- un chargé de mission à temps plein, contractuel (économiste et gestionnaire de projet)

En 2003, se sont ajoutés :

- une assistante à temps plein
- un chargé de mission supplémentaire

A la fin de 2004 :

- deux chargés de mission pour 6 mois chacun (soit un chargé de mission supplémentaire en ETP)

A la fin de 2005 :

- un chargé de mission supplémentaire (médecin conseil détaché de la CNAMTS)
- un chargé de mission à mi-temps

Ainsi, en 2003, année au cours de laquelle la réforme a été façonnée, étaient mobilisés deux directeurs dont l'un à temps partiel, une assistante et deux chargés de mission.

Au total pour 2006, deux directeurs dont l'un à temps partiel, une assistante, 4,5 chargés de mission en ETP.

Par ailleurs, la MT2A fait appel pour son support logistique à des consultants extérieurs en tant que de besoin (juridique, comptable, communication ...).

Ces effectifs réduits ont empêché la mission de remplir le rôle de pôle de compétences, leader et autonome, qui lui avait été initialement imparti –concepteur et donneur d'ordres- et, en la rendant tributaire des services de la DHOS ou de l'ATIH, l'ont privée d'une réelle spécificité.

Ses responsabilités spécifiques se sont diluées :

- en tant que concepteur, la mission ne dispose pas directement des ressources suffisantes pour définir, étayer et simuler ses propositions, ni du temps nécessaire pour exploiter les travaux qu'elle confie à l'extérieur (ainsi l'étude commandée à l'école polytechnique – centre de recherche et de gestion- octobre 2004 n'a donné lieu à aucune suite). Sur des sujets aussi essentiels que la régulation, l'évaluation de la réforme (contenu et outils) ou que la convergence public-privé qui restent à bâtir⁶⁰, elle n'est pas chef de file. La mission a donc eu tendance à se fondre dans l'opérationnel.
- en tant que maître d'ouvrage et coordinateur des travaux, la mission a recruté un chargé de mission dès 2003 pour remplir cette importante fonction et un comité de liaison a été instauré (sans texte) dès le début, qui réunissait tous les 15 jours en 2003, puis une fois par mois jusqu'à la mi-2005, hors la présence des représentants professionnels, les maîtres d'œuvre (services de la DHOS, DSS, DREES, ATIH, caisses d'assurance maladie). Ce

⁶⁰ Ce thème est piloté par le bureau F3 des établissements privés et si la MT2A a juridiquement passé le marché sur l'étude de coûts dans le privé, elle ne s'est pas occupée du second contrat concernant la méthode d'une échelle commune de coûts public-privé

comité de liaison ne se tient plus et l'on constate que le dernier point de situation écrit sur l'échéancier des travaux, intitulé « conduite des travaux techniques », date de mars 2004 (communiqué par la MT2A).

Il est significatif de constater que la MT2A n'assume jamais seule le pilotage des différentes instances (initiales et rajoutées au fil du temps), voire est exclue du Plan d'accompagnement des réformes susmentionné, créé par le ministre en 2005 et confié à Jean-Jacques Romatet (Directeur général du CHU de Nice, cf. infra).

La MT2A qui n'a pas su et/ou pas pu assumer pleinement son rôle, compte tenu des résistances évidemment très fortes de la DHOS et des autres directions, apparaît davantage aujourd'hui comme une petite cellule intégrée à la DHOS, sans spécificité particulière, réunissant quelques personnes dont les actions peuvent se résumer de la manière suivante⁶¹ :

- participation, avec les services du ministère et de l'ATIH, à la mise en œuvre des différents volets de la réforme,
- participation à une démarche importante d'information, de communication et de formation.

Paradoxalement, bien que les effectifs de la MT2A soient très insuffisants pour lui permettre de jouer pleinement son rôle de concepteur et donneur d'ordres, **la nécessité de certaines de ses actions ou de ses recrutements n'apparaît pas évidente.** Ainsi, le pôle classification de l'ATIH dispose déjà et depuis longtemps d'un réseau international de correspondants lui permettant d'étayer son travail sur les classifications et les tarifications étrangères : la décision d'engager une démarche de communication internationale sur la T2A française en participant aux colloques internationaux et en organisant un colloque à Paris au début de 2005 était certes légitime, mais non prioritaire. De même, si la nécessité d'assurer un suivi particulier des médicaments facturables en sus est évidente, rien ne justifie qu'il s'effectue au sein de la mission, puisqu'il s'agit d'une tâche de gestion et non de conception ou de pilotage.

Enfin, **la création au printemps 2005 du Plan d'accompagnement des réformes hospitalières**, fondé sur des comités techniques, pilotés par JJ.Romatet et par la DHOS qui a nommé un chef de projet, se superpose partiellement avec les actions menées en ce domaine par la MT2A. Cet accompagnement s'organise autour de l'explication, la communication, la formation et les missions d'audit et de suivi personnalisés. Il remet notamment en cause la mission d'audit et d'accompagnement créée par l'arrêté du 24 mai 2004 et placée sous la responsabilité de la MT2A : cette mission d'audit n'a jamais été réellement organisée de manière à répondre professionnellement à la tâche qui lui incombait : une personne (directeur d'établissement) a été recrutée mais est repartie quelques mois plus tard. Ainsi, selon les sites visités (12 établissements : 3 PSPH, 3 hôpitaux et 6 cliniques qui se trouvaient en difficulté), la directrice opérationnelle ou le directeur scientifique réalisait l'audit. La MT2A conserve actuellement l'audit des établissements privés, alors que la nouvelle mission de suivi personnalisé du plan d'accompagnement s'exerce sur le secteur public. L'articulation avec le travail de la MEAH n'apparaît pas clairement.

⁶¹ La MT2A ne produit pas de rapport d'activité

2) La DHOS

Comme mentionné précédemment, la DHOS, pas plus que les autres directions, n'a souhaité intégrer des personnes de ses services dans la MT2A pour être directement partie prenante dans l'équipe de conception et de conduite du projet : elle occupe donc officiellement une position quelque peu ambiguë, puisqu'elle est étroitement associée à la réforme tout en n'étant pas, en théorie, son maître d'ouvrage. Les limites exposées ci-dessus de la MT2A, dont les causes ne sont pas totalement indépendantes de l'attitude de la DHOS, ont eu pour conséquence évidente de renforcer ses pouvoirs au détriment de la mission.

Ce sont principalement les 4 bureaux de la sous-direction financière qui occupent une position centrale dans le déploiement de la réforme : F1 (études et synthèses financières relatives aux activités de soins), F2 dédié aux établissements ex DG et F3 aux établissements ex OQN, enfin F4 centré sur l'expertise juridique et la production des textes (très nombreux) que suppose l'application de la T2A.

Par ailleurs, la sous-direction E (sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé) intervient dans la définition et le déploiement informatique des futurs circuits de facturation individuelle et de versements des prestations par les régimes d'assurance maladie aux établissements publics. Enfin, la sous-direction O (sous-direction de l'organisation du système de soins) est concernée, puisqu'il existe une articulation - en devenir- entre l'outil qu'est la T2A, la régulation financière des dépenses et les nouvelles procédures de planification comme mentionné au début du présent relevé.

Quelques remarques peuvent être formulées à ce stade :

- le renforcement des pouvoirs de la DHOS valorise le plus souvent les travaux opérationnels au détriment des travaux de conception et a tendance à faire ressurgir les modes de raisonnement liés à la culture budgétaire pratiquée pendant plus de 20 ans (dotation de moyens et non tarification) ;
- l'application de la réforme au cours de l'année 2005 a été marquée par une difficile campagne budgétaire dans le secteur public qui a concentré les énergies. Cela est dû à deux facteurs essentiels : d'une part, l'obligation de recalculer toutes les bases budgétaires (par la remontée des retraitements comptables de 2003) pour fixer les dotations et les tarifs, en raison des importantes modifications introduites par rapport à 2004, d'autre part, le délicat passage des dépenses encadrées en dépenses d'assurance maladie par le biais du coefficient de conversion examiné dans la partie précédente : souvent dans l'urgence, le travail a été principalement réalisé par les bureaux F2 et surtout F1 (composé de 8 personnes dont 2 financées par la MT2A) ;
- ce bureau constitue aujourd'hui le coeur de toutes les simulations et décisions financières dont dépend désormais les travaux des autres structures : il utilise directement les bases d'information de l'ATIH en les retraitant en tant que de besoin. Sa production est très peu documentée.

3) L'ATIH

L'ATIH est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres de la santé et de la sécurité sociale, créé fin 2000 par décret (n° 2000-1281) : elle est constituée du regroupement du PERNNS (pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé) et du CTIP (centre de traitement du PMSI) et de personnes de l'ancienne mission PMSI qui faisait partie de la sous-direction E de la DHOS (systèmes d'information).

Elle s'est organisée progressivement et n'a été installée qu'au cours de l'année 2002, son financement pérenne et son conseil d'administration étant précisés dans la loi de modernisation n° 2002-73 et dans le décret n° 2002-1284.

Les moyens dont elle dispose paraissent inadaptés à l'importance quantitative et qualitative des tâches qui lui sont confiées⁶².

Ses effectifs sont bloqués à 46 ETP depuis 2004 (9 personnes en 2002, 43 en 2003 dont 31 CDD) et présentent la particularité d'être localisés en deux endroits (Lyon, lieu primitif du PERNNS et Paris -12^{ème} arrondissement- pour seulement 8 postes) ce qui entraîne évidemment des déplacements incessants notamment de la directrice et des deux chefs de service.

Son budget est en diminution de 7,6 % entre 2005 et 2003. Le budget primitif de 2005 est de 5,1 M€ (à rapprocher du BP de la MT2A de 5,3 M€) et il présente une perte prévisionnelle de 1,2 M€, en raison d'un fonds de roulement important dégagé par l'agence depuis sa création et particulièrement en 2002.

Le financement en 2003 (budget en équilibre) était assuré à 90 % par des subventions d'exploitation (elles-mêmes couvertes à 90 % par le ministère et l'assurance maladie, la part de cette dernière étant le double de celle du ministère). Dans le budget primitif de 2005, la subvention Etat-assurance maladie est en diminution de 27 % et ne couvre que 63 % des dépenses.

Ses missions, définies dans le décret de 2000, s'organisent initialement autour de deux sujets :

- d'une part, les travaux techniques de nature informatique concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information mentionné à l'article L 6113-8 du CSP (le PMSI) ainsi qu'au traitement des données qui en sont issues,

- d'autre part les nomenclatures (classification internationale des maladies CIM et classification commune des actes médicaux CCAM) et les classifications du PMSI (pour le MCO, l'HAD, les SSR et la psychiatrie).

Les travaux sur une classification devenue tarifante ainsi que ceux assurant la production et la transmission pratique et fiable des données du PMSI par les établissements sont devenus plus nombreux et plus cruciaux avec l'application de la T2A⁶³ : mais, comme mentionné plus haut, les moyens n'ont pas suivi. Cette bipolarité des missions se reflète dans l'organigramme

⁶² La DHOS indique que deux postes supplémentaires ont été créés dans le budget 2006.

⁶³ Ceci est d'autant plus vrai que, faute de circuits de facturation individuelle dans le secteur public, ce sont ces données qui sont traitées pour permettre le calcul des versements par les ARH qui les notifient aux caisses d'assurance maladie (Cf. chapitre II-I de la présente partie).

de l'ATIH qui comporte deux services opérationnels d'environ 13 personnes chacun : le service « référentiels et prospectives », comprenant 4 pôles (classifications médico-économiques, nomenclatures, valorisation et référentiels de coûts, études et statistiques) et le service « architecture et production informatique » comprenant 5 pôles (PMSI, intranet-internet, systèmes réseaux, PARHTAGE, e-PMSI).

Les travaux réalisés par l'ATIH qui ont trait au PMSI et à la T2A MCO concernent toute la chaîne de production mais ne mobilisent qu'environ 12 personnes.

En plus de ces travaux qui répondent à ses missions, l'ATIH est chargée de travaux de nature différente : il s'agit de l'ENC qui occupe 4 personnes. Ainsi les critiques émises par le rapport IGAS-IGF sur les défauts méthodologiques du modèle et sur la légèreté des contrôles, pour justifiées qu'elles soient, trouveraient sans doute leur réponse si ce pôle était renforcé. Faute de temps et du personnel nécessaire, les nouvelles études sur les coûts dans le secteur privé (recueil) et sur l'échelle de coûts commune (méthodologie de constitution) ont été sous-traitées à un cabinet privé, l'une par la MT2A et l'autre par la DHOS (il en est reparlé page 142, car ces marchés semblent poser certains problèmes de méthodologie et de déontologie quant au choix du sous-traitant).

Certaines articulations entre l'ATIH et les directions du ministère sont problématiques. La première vise la déconnexion entre la modélisation du dispositif de financement (MT2A et DHOS) et la classification (ATIH) : en effet, on a vu que tous les éléments de financement sont intriqués et souvent poreux (dotations, produits facturables en sus, et, dans les prestations tarifées, les tarifs des GHS et les autres). La seconde vise les études statistiques et les exploitations des bases : la tendance actuelle du ministère -DREES et DHOS- est de réduire le rôle de l'ATIH à celui de pourvoyeuse de données (cf. infra pour la DREES) et de remettre en question l'utilité de ses travaux d'études et la fiabilité de ses méthodologies.

L'Etat semble redouter l'autonomisation qu'il a en partie organisée en créant l'agence : en bloquant ses ressources, en introduisant un début de négociation avec les professionnels sur la définition de la classification (création au sein de l'ATIH du comité de coordination technique MCO sur la demande de la DHOS) et, en réduisant la capacité d'analyse médico-statistique des données recueillies par l'agence, les pouvoirs publics font obstacle au bon déroulement de ses travaux et se privent d'un pôle de référence et d'expertise sur lequel transférer une partie des décisions qui doivent rester de nature technique et minorer par là les pressions exercées par les professionnels. Seule, une ATIH renforcée peut dépolitiser le processus actuel de la réforme. C'est d'ailleurs le choix d'organisation qui a été fait dans des pays comme l'Allemagne et surtout les Etats-Unis, lesquels sont allés jusqu'à confier à un organisme indépendant la gestion entière du système de paiement prospectif, à l'intérieur d'un cadre politique et macro-économique tracé par les pouvoirs publics.

Dans la configuration française actuelle, **cette autonomie devrait s'entendre comme la garantie de la qualité des travaux exécutés en toute indépendance** et non comme la latitude donnée à l'agence de réaliser des tâches ou de créer des produits informatiques selon ses aspirations : le ministère devrait donc occuper une place prépondérante dans la fixation du programme de travail pluriannuel de l'ATIH⁶⁴.

⁶⁴ La DHOS a indiqué à la Cour qu'un contrat d'objectifs et de moyens était en cours d'élaboration entre l'ATIH et ses directions de tutelle, DHOS et direction du budget, mais n'en a pas communiqué les grands axes.

B- Les instances

A partir du comité de suivi et de concertation et du comité d'évaluation, créés par les textes en 2002 et 2004, une arborescence très importante d'instances s'est développée (voir annexe 8) qui présente les caractéristiques suivantes :

- le nombre de ces comités et groupes semble excessif et très consommateur de temps : la totalité n'a d'ailleurs pas pu être recensée, certains groupes ayant été évoqués au cours d'un entretien, tels ceux relatifs aux coûts de la périnatalité ou aux personnes âgées mentionnés par la directrice opérationnelle de la MT2A ;

- à l'exception du comité de liaison mentionné plus haut dans le cadre duquel la MT2A dressait l'échéancier et le programme de travail de ses maîtres d'œuvre, ces comités associent toujours les organisations professionnelles. La concertation est en effet indispensable à la réussite de la réforme : il est nécessaire d'explicitier les choix stratégiques et techniques à l'ensemble des acteurs et de recueillir leurs réactions de gestionnaires. Mais ces instances sont devenues en réalité des lieux de négociation, voire d'expertise et d'orientation des décisions : c'est le cas notamment des groupes de travail consacrés à l'évaluation de la réforme (cf. fin de la partie IV) et à la convergence intersectorielle (partie V), alors que la DSS ne fait pas partie, à l'inverse, de ces derniers.

Compte tenu des enjeux financiers et politiques que recouvre chacune des questions ouvertes de manière précoce à la négociation, ce mode de pilotage nuit gravement au déploiement rapide de la réforme et lui fait surtout courir des risques significatifs en termes de conformité à ses objectifs initiaux.

En revanche, aucune des instances créées ne constitue un comité de pilotage de la réforme par le ministère ; de même, aucune instance spécifique ni permanente n'a semble-t-il été instituée pour réunir les ARH sur la réforme de la T2A, de manière à tester auprès d'elles la compréhension des tâches nouvelles qui leur ont été attribuées ainsi que leur faisabilité.

A la fin de 2005, l'arborescence s'organise autour de quatre axes principaux :

* un axe primitif « application de la T2A » composé d'un « parlement » (le comité de suivi et de concertation créé dès 2002) et de deux comités traitant séparément le secteur public (pilote par la MT2A et la DHOS) et le secteur privé (directement piloté par le cabinet en liaison avec la MT2A et le bureau F3), chacun de ces comités se prolongeant par des sous-comités spécialisés sur la question du déploiement informatique,

* un axe « convergence public privé »,

* un axe « évaluation des effets de la réforme » avec 5 groupes de travail,

* un axe connexe « d'accompagnement des réformes » dans le secteur public, avec un comité de pilotage, deux comités techniques (formation, communication) et une mission d'audit et de suivi personnalisé.

Un nouveau comité portant sur le sujet des contrôles viendrait d'être créé.

Il convient d'ajouter que, parallèlement à ces instances spécifiques créées pour la mise en œuvre de la T2A, le conseil de l'hospitalisation créé par la loi du 13 août 2004 (2004-810) joue un rôle important dans la mise en œuvre de la réforme, voire dans l'élaboration d'une

doctrine au fil de l'eau⁶⁵ : placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (le DHOS en est président, le DSS vice-président et l'assurance maladie y participe) il est compétent pour l'ensemble des établissements (article L 162-21-2). Il émet des avis (son premier avis date de décembre 2004 et porte sur les mesures concernant la réanimation pédiatrique) et des recommandations (une cinquantaine en 2005, dont la majeure partie a concerné la réforme) : si le ministre ne les suit pas, il doit motiver sa décision⁶⁶.

III- La participation modeste des autres directions du ministère (DSS, DGS, DREES)

1) La DSS :

Selon le partage des compétences, elle doit apporter au ministre l'évaluation (opportunité, réalisme et conséquences financières sur les dépenses d'assurance maladie) des options stratégiques, là où la DHOS constitue surtout une force de proposition et de production.

L'organisation spécifique vue plus haut n'a pas permis à la DSS de remplir pleinement ce rôle dans la phase de conception de la réforme ou à l'heure des choix importants lors des cadrages annuels : les analyses réalisées par la DSS⁶⁷ sur les objectifs de la réforme, sa logique économique et financière, les moyens d'aboutir aux gains de productivité dans les établissements publics, les dangers de la convergence public-privé, l'échéancier, ont fait l'objet de notes de fond claires et étayées, mais donnent le sentiment de ne pas avoir donné lieu à débat.

Aujourd'hui, la DSS semble assez peu impliquée dans le processus de décision, même si elle participe généralement aux instances décrites supra : elle ne fait pas partie cependant, malgré ses demandes, des groupes sur la convergence intersectorielle ni de ceux relatifs à l'accompagnement des réformes. Sont concernées la sous-direction 1 (financement du système de soins), en particulier le bureau 1A des établissements de santé et médico-sociaux pour l'ensemble du dispositif et le bureau 1C des produits de santé pour les produits facturables en sus (DMI-MO), la sous-direction 4 (gestion et système d'information) pour la question des circuits de facturation individuelle et de versements aux établissements, enfin la sous-direction 6 (bureau 6B) pour le volet ONDAM.

2) La DREES :

En tant que direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, son rôle aurait pu être déterminant dans l'organisation des moyens concourant à l'élaboration d'une réforme de cette nature et surtout dans la mise en place de son évaluation, en particulier par l'intermédiaire de la sous-direction « observatoire de la santé et de l'assurance maladie » qui comporte un bureau des établissements de santé et un bureau des dépenses de santé. Tel n'est pas le cas.

⁶⁵ Exemples vus précédemment à propos des MIGAC, de la liste DMI-MO, de la participation de l'assuré et de la convergence intersectorielle vue en partie V.

⁶⁶ Cette disposition n'a pas été appliquée pour la fixation des hausses tarifaires en 2005 : l'arrêté mentionne les hypothèses retenues par le ministre, mais rien n'indique qu'elles sont différentes de celles figurant dans la recommandation du conseil de l'hospitalisation ni ne justifie la non conformité.

⁶⁷ Quelques notes très intéressantes, échelonnées sur la période 2002-2005, ont été transmises à la Cour : toutefois, l'absence de continuum et des réponses qu'elles ont suscitées du cabinet ou de la DHOS ne permet pas de mesurer l'exacte teneur des échanges. Compte tenu du scénario finalement mis en œuvre, ces interrogations et ces avis semblent avoir été peu suivis.

En réalité, l'implication directe de la DREES dans les travaux de mise en œuvre de la T2A demeure assez faible, bien qu'elle ait participé au comité de liaison instauré par la MT2A, mentionné plus haut. **La DREES n'a pas consacré de pôle à la réforme ni souhaité détacher de personnel à la MT2A.**

La DREES participe indirectement à la réforme en enrichissant progressivement la connaissance du secteur hospitalier : elle publie en effet régulièrement des études thématiques de référence, le plus souvent à son initiative, qui permettent d'avoir en continu une analyse extrêmement fine des établissements de santé : on peut citer le panorama des établissements de santé (annexe au PLFSS), leurs capacités et leur activité réalisées (exploitation de la SAE) et leur spécialisation (données PMSI), ou l'analyse financière des établissements privés lucratifs (exploitation des comptes et documents obligatoires déposés au greffe du tribunal de commerce). Cet apport constitue un socle de connaissance et d'analyse indispensable, mais n'est pas directement articulé avec les travaux des gestionnaires de la T2A qui l'utilisent peu. Une des raisons de cette césure réside dans la longueur des délais nécessaires à l'obtention et à l'exploitation des informations⁶⁸.

Sans interférer avec la réalisation de travaux de référence indispensables tels que ceux mentionnés ci-dessus, la MT2A et la DHOS devraient sans doute faire appel davantage à la DREES pour des travaux ciblés de moyen terme. De même, il conviendrait sans doute de réfléchir à une meilleure coordination entre la DREES et l'ATIH concernant les études à réaliser sur la base de données PMSI. La DREES est cependant défavorable à l'idée de voir se développer le pôle d'expertise médico-statistique au sein de l'ATIH, qu'elle pense devoir être limitée à sa mission de production de données.

Les travaux réalisés par la DREES spécifiquement consacrés à la T2A sont peu nombreux et le plus souvent effectués de sa propre initiative : en 2001 par exemple (dans l'expérimentation Marrot-Giraldi, c'est-à-dire avant la mise en route de la réforme), la DREES a produit une typologie des établissements en fonction de facteurs tels que leur statut, leur taille ... Elle a également organisé à cette époque un colloque sur les expériences étrangères dont les actes constituent encore aujourd'hui une référence complète et très utilisée, mais il n'y a pas eu par exemple de création d'un observatoire des pratiques étrangères dont l'objet serait de systématiser le suivi et l'éventuelle utilisation de certaines d'entre elles. On peut souligner à ce propos que les pratiques étrangères sont davantage considérées, en France, comme un sujet théorique donnant lieu à monographies et colloques que de manière pragmatique comme une possible boîte à outils.

Ses interventions directes dans la mise en œuvre de la T2A sont de nature différente selon les sujets et souvent peu suivies.

La DREES intervient en participant aux groupes de travail formés autour du thème de la convergence public-privé : dans ce cas, la DREES a défendu, à juste titre, l'absolue nécessité de réaliser l'étude de coûts dans le privé et l'échelle commune de coûts public-privé sur la base d'échantillons représentatifs d'établissements même rustiques (définis par tirage au sort sur la base de quelques strates par taille par exemple) plutôt que par recueil d'informations dans quelques établissements volontaires. Sa position n'a pas été suivie, car la précipitation a prévalu sur le sérieux des études commanditées.

⁶⁸ Le panorama de la fin 2005 porte sur 2003, la spécialisation publiée en février 2005 porte sur 2002, l'activité publiée en décembre 2005 porte sur 2004

La DREES occupe enfin une place théoriquement prépondérante dans le volet « évaluation » des effets la réforme : co-secrétaire avec la MT2A du comité d'évaluation créé par arrêté du 25 mai 2004, elle semble en situation d'influer sur le bon fonctionnement et la production de cette instance ; cependant, d'une part la présidence de ce comité a été confiée au directeur de la Haute autorité de santé (HAS), d'autre part les organisations professionnelles y occupent une place très importante, ce qui conduit à une situation pour le moins confuse et peu favorable à une avancée rapide des travaux. Ce sujet est examiné dans le chapitre consacré à l'évaluation.

3) La DGS : elle ne participe que très peu à la réforme.

Elle est représentée au conseil de l'hospitalisation par l'adjoint au sous-directeur en charge de la sous-direction de la politique des produits de santé et intervient en réalité principalement sur le sujet des produits facturables en sus (bureau SD3A des médicaments et bureau SD3B des dispositifs médicaux et autres produits de santé).

Les moyens consacrés à une réforme d'une telle ampleur sont globalement insuffisants. Par ailleurs l'organisation spécifique mise en place fin 2002 devrait être revue, puisque la T2A entre dans une phase de gestion courante et de maintenance des dispositifs. La réponse apportée par la DHOS à la Cour semble aller dans ce sens, puisqu'il y est fait mention pour 2006 d'un plan stratégique d'action commun à la DHOS et à la MT2A et d'un contrat d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration entre la DHOS et l'ATIH. En revanche, sur la place excessive donnée aux groupes de travail et sur l'inadéquation de leur composition, aucune orientation nouvelle ne paraît être prévue, alors que ce processus de décision ralentit et fragilise manifestement la mise en oeuvre de la T2A.

* *
*

CHAPITRE II- LES OUTILS DE SUIVI FINANCIER, DE CONTRÔLE, D'ÉVALUATION

En 2004, la réforme de la T2A n'a été appliquée que très partiellement aux seuls établissements ex DG : les MIGAC n'étaient pas définies, les établissements étaient encore régulés en « dépenses encadrées » avec le maintien de la dotation globale et la part « facturée » se limitait à 10 % de l'activité tarifable. Cet exercice a cependant fait naître de fortes inquiétudes, car les réalisations du dernier trimestre 2004 ont été particulièrement fortes : ceci a créé une distorsion entre les dépenses constatées et celles retenues dans les bases de calcul de l'ONDAM 2005 et induit, de facto, un risque important de dépassement en 2005.

C'est donc l'année 2005 qui marque le véritable coup d'envoi de la réforme et le calage du modèle : elle s'est appliquée aux établissements ex OQN à partir du 1^{er} mars et, dans le secteur ex-DG, a pris de l'ampleur : MIGAC définies et valorisées à partir des retraitements comptables, listes des produits facturables en sus, part facturable montée à 25 %, passage des

dépenses encadrées en dépenses assurance maladie par calcul du taux de conversion (cf. partie III).

D'une part, les éventuels changements de comportements des établissements dus à la réforme devraient apparaître, non seulement les vertueux (efforts de gestion), mais aussi les redoutés (augmentation de l'activité réelle ou déclarée).

D'autre part, outre l'insuffisance des bases de calcul mentionnée plus haut, un second risque de dépassement de l'ONDAM 2005 provient de l'arbitrage rendu par le ministre sur l'affectation des mesures nouvelles de cet exercice : l'augmentation de volume retenue - 1 % - a été notoirement sous-évaluée par rapport aux constats des années antérieures et aux prévisions, afin de dégager la marge de manœuvre nécessaire à l'octroi de hausses tarifaires jugées opportunes l'année du véritable démarrage de la T2A. Ce choix politiquement compréhensible a renforcé les risques encourus en 2005.

Or, aucun des dispositifs permettant de connaître et de contrôler l'activité des établissements ainsi que sa traduction financière n'était en place.

I- Le constat de l'évolution des dépenses au cours de 2005 est gravement perturbé

Le suivi des dépenses d'assurance maladie, telles que définie dans l'ONDAM (c'est-à-dire en droits constatés), repose sur le système de liquidation et de versement des caisses des régimes obligatoires.

Or, l'exercice 2005 se caractérise par une situation paradoxale.

En raison de la mise en œuvre de la T2A, il est absolument nécessaire de pouvoir analyser au plus près et au plus vite les évolutions de dépenses pour cerner le dépassement inéluctable de 2005 et, plus précisément :

- ce qui est dû aux effets redoutés de la T2A, en particulier un effet volume important engendré par une augmentation réelle de l'activité ou par un codage tendant à l'exhaustivité ou par un codage plus « maîtrisé » aiguillant les séjours sur les GHS les mieux rémunérés, de manière justifiée ou non
- ce qui relève d'autres facteurs, tels le mauvais cadrage de l'objectif 2005, la non réalisation des économies comprises dans le cadrage 2005, la survenue de dépenses imprévues (hausse du point de la FPH)...

Toutefois, également en raison de la mise en œuvre de la T2A, les circuits de versements des sommes dues aux établissements par les régimes obligatoires ont été fortement perturbés et ont conduit, à la fin de 2005, à rendre impossible une estimation fiable des dépenses d'assurance de l'exercice 2005, au moment du vote de l'ONDAM 2006 et du nouveau sous-objectif des « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité »⁶⁹.

⁶⁹ La Cour examinera l'évolution des dépenses d'assurance maladie hospitalières dans le RALFSS de septembre 2006.

Par ailleurs, compte tenu des perturbations intervenues dans les versements (montants et rythme), l'information statistique mensuelle délivrée par la CNAMTS au cours de 2005 est devenue illisible et a contribué, en particulier en septembre 2005 au moment même où la CCSS remettait son rapport et où se finalisait le cadrage de l'ONDAM 2006, à renforcer la crainte d'une explosion de l'ONDAM hospitalier et à étayer la thèse selon laquelle la T2A est un système très inflationniste.

A- Les circuits de financement et les versements en 2005

▪ Les principes

Le dispositif financier de la T2A doit se traduire fort logiquement par deux types de circuits financiers : le premier concerne les dotations et forfaits annuels notifiés aux caisses d'assurance maladie⁷⁰ par les ARH et qui font l'objet de versements réguliers aux établissements (échancier réglementaire) ; le second concerne la facturation individuelle des séjours par patient (GHS et autres éléments facturables) adressée directement par les établissements aux caisses susmentionnées: la facture individuelle doit en outre comporter le décompte entre la part relevant des RO et celle incombant à l'assuré ou aux régimes complémentaires.

Ce principe ne pose a priori pas de problème majeur dans le secteur ex OQN où les deux modes de financements sont déjà organisés : d'une part, la facturation individuelle (ancien bordereau 615) et sa télétransmission aux caisses constitue le dispositif historique des cliniques, réorganisé en 2001 avec la création des centralisatrices des paiements : la T2A a engendré uniquement un changement de format des factures (nouveau bordereau S 3404) ; d'autre part, le décret 2001-656 du 20 juillet 2001 avait déjà défini les modalités de calcul et de paiement, par les CCDP et la CNAMTS, du forfait annuel « urgence » créé par la LFSS 2000-1257 (L 162-22-8).

En revanche, il s'agit d'une transformation complète dans le secteur ex DG, qui concerne aussi bien la base de calcul des factures (notamment la part de l'assuré) que la définition des circuits de facturation - caisses interlocutrices des établissements et échanges électroniques à créer. Dans le cadre du budget global, l'émission de factures individuelles par les établissements ex DG vers les caisses des RO (feuilles de soins) constituait l'exception⁷¹.

Les échanges entre établissements, caisses pivots (chargées de leur verser la dotation globale) et caisses gestionnaires (caisses des assurés) concernaient d'une part la vérification des droits du patient (demande de prise en charge, décision de prise en charge) et les « informations de séjour » destinées à permettre rétroactivement le calcul des clefs de répartition de la dotation globale entre régimes. Quant aux consultations et actes externes (CAE) –environ 38 millions d'actes par an selon la CNAMTS - ils faisaient uniquement l'objet d'un envoi aux caisses de bordereaux trimestriels récapitulatif pour la période du nombre d'actes et de coefficients réalisés.

Aussi la LFSS pour 2004 définit-elle dans son article 26 (L 174-2 du CSS), pour les établissements ex DG, un dispositif général de caisse unique, chargée des versements tous régimes pour les prestations donnant lieu à facturation ainsi que pour les dotations annuelles

⁷⁰ CCDP pour les établissements privés et caisses à créer pour les établissements ex DG (article L 174-2) qui ne seront ni les anciennes caisses pivots, ni la duplication des CCDP

⁷¹ Exceptions : les frais de séjour des non assurés sociaux dont l'assurance maladie fait l'avance (conventions internationales, aide médicale d'état depuis 2000), les factures afférentes aux médicaments rétrocédés, le ticket modérateur et le FJH des bénéficiaires de la CMUc depuis 2000, soit au total quelques millions de factures (chiffre non communiqué par la CNAMTS).

qui les complètent (DAC, MIGAC, forfaits annuels), mais elle prévoit dans son article 33-I un régime transitoire pour l'année 2005, examiné infra : celui-ci vise deux aspects, d'une part le mode transitoire de versement des prestations facturables en l'absence de factures et de caisses interlocutrices, d'autre part le mode de calcul de la participation de l'assuré, non assise sur les prestations facturables, mais sur les tarifs journaliers de prestations (TJP) fixés selon les règles du régime financier antérieur (cf. le dispositif du taux de conversion examiné en détail dans la partie III).

▪ **La concomitance de plusieurs réformes**

Le passage à la T2A a été concomitant avec d'autres réformes impactant aussi les circuits de financement et ce, dans les deux secteurs :

- d'une part, les consultations et actes externes (CAE) réalisés dans les établissements ex DG sont soumis à la loi portant réforme de l'assurance maladie (13 août 2004) et, en particulier, à la récupération de la franchise de 1€ auprès des patients
- d'autre part le passage de la NGAP à la CCAM introduit un nouveau codage des actes facturés, sauf pour les actes cliniques (cotés en C) et les nomenclatures de biologie (B) et des paramédicaux (AMI, AIS, AMK...). Le nouveau codage des actes tarifant s'applique non seulement aux CAE des établissements ex DG, mais aussi dans le secteur ex OQN, à la facturation de tous les honoraires liés à une hospitalisation figurant dans la partie basse des bordereaux de facturation des séjours. En outre, cette réforme de la CCAM ne concerne pas seulement la facturation des CAE et des honoraires privés jusqu'alors fondée sur la NGAP tarifante (passage prévu au 31 mars 2005), mais aussi, en amont, le codage des actes dans les RSS du PMSI jusqu'alors fondé sur le catalogue des actes médicaux - CDAM- (passage initialement prévu en janvier 2004).

L'application des règles de facturation du parcours de soins et de la franchise de 18€ sur les actes supérieurs à 91€ et K50 (LFSS 2006) va venir alourdir la tâche, principalement dans les établissements ex DG.

Or, aucune des échéances prévues en la matière n'a pu être respectée pour des raisons à la fois techniques et politiques, l'exemple de la CCAM sans arrêt repoussée étant le plus représentatif et le plus perturbateur.

1) **La situation dans le secteur ex OQN**

a) Les deux systèmes d'avances

Pour ces établissements, comme rappelé plus haut, la réforme a impliqué une transformation du format de facture adapté aux prestations nouvellement définies. Sa mise en œuvre n'a pas donné lieu à dispositif transitoire, mais a été accompagnée d'un système d'avances de trésorerie.

Bien que l'application de la T2A ait été retardée du 1^{er} octobre 2004 au 1^{er} mars 2005, la LFSS pour 2005 (article 23) a prévu une possibilité pour les caisses de consentir aux établissements des avances de trésorerie pendant une durée de deux mois, déduites ensuite des

sommes dues au titre des factures, ainsi qu'aux praticiens pour les honoraires facturés en bas de bordereau et n'entrant pas dans le champ des dépenses d'assurance maladie des établissements, mais dans celui des soins de ville. **Les perturbations dans le suivi des dépenses de l'ONDAM au cours de l'exercice 2005, dues à la mise en œuvre de la T2A, ont donc aussi un impact sur le suivi de l'enveloppe des soins de ville.**

De même, l'application retardée de la CCAM du 15 mars au 15 septembre 2005 n'a pas suffi à éviter un second dispositif d'avances de trésorerie d'un mois, portant là aussi sur les versements aux établissements et aux praticiens libéraux.

Ces deux systèmes d'avances ont eu un impact important sur les décaissements : selon la DAF de la CNAMTS rencontrée en octobre, ils devraient avoir été régularisés avant la fin de 2005 et ne pas poser de problème spécifique de provisionnement à la clôture des comptes pour la comptabilisation en droits constatés. La Direction des statistiques rencontrée en janvier 2006 avait une opinion moins tranchée sur le sujet. La description des deux systèmes d'avances appliqués dans le secteur privé figure en annexe 15.

Ainsi, dans le secteur où la mise en place du nouveau système de facturation ne posait pas de problème de principe, le non respect des échéances a nécessité un système d'avances aux établissements et aux praticiens libéraux, onéreuses pour l'assurance maladie (en frais financiers et surtout en temps de travail en raison de la complexité des calculs à opérer, en particulier pour la partie honoraires des praticiens).

b) Les soubresauts de la facturation et de la liquidation

Un nombre important d'événements, de nature différente, a perturbé la facturation réalisée par les établissements et leur liquidation par les caisses gestionnaires (enregistrées dans PS5-TANDEM) :

- avant la T2A, les factures d'un séjour pouvaient être segmentées (prix de journée répartis sur deux factures) : avec la nouvelle tarification, cette segmentation des séjours n'est plus possible ; par ailleurs, il a été décidé que l'entrée dans le système T2A le 1^{er} mars s'appliquait aux séjours terminés à compter du 1^{er} mars : ainsi, le montant des factures envoyées en février 2005 a été moins important que les années précédentes (avant, une partie des factures pour des séjours à cheval sur février –mars aurait été envoyée en février, l'autre en mars : en 2005, tous les séjours à cheval se sont concentrés sur des factures envoyées en mars)
- la transmission de factures par les établissements a connu deux creux, en mars et avril au démarrage du nouveau dispositif tarifaire, puis en novembre (les établissements bénéficiant du système d'avances T2A puis du système d'avances CCAM précédemment décrit)
- la modification du format des factures intégrant les nouveaux codes de prestations, elle a engendré deux dysfonctionnements (rejets de factures) successifs dans certains CTI : en juillet, les factures des maternités et en novembre les factures comportant des actes de biologie
- la non segmentation des séjours majore le montant des factures envoyées en décembre 2005 par rapport aux années précédentes (avant, certaines auraient eu un complément envoyé en janvier 2006) : cette majoration est évaluée à + 5 % par la Direction des statistiques de la CNAMTS
- enfin, et il s'agit d'un phénomène de fond, le délai de transmission des factures par rapport à la date des soins s'est allongé de manière significative compte tenu de la collecte d'informations que suppose l'établissement d'une facture à partir des données du PMSI et s'est répercuté sur l'ancien délai de liquidation⁷². Cet allongement du délai de liquidation a surtout été perceptible à partir du mois

⁷² Cette modification du délai de liquidation n'impacte pas la trésorerie des cliniques (en raison de l'acompte), mais augmente les frais financiers des RO.

d'octobre : il minore les montants de liquidation enregistrés et les reporte sur les deux mois suivants, mais ce coup d'accordéon ne se produit qu'une fois.

Les périodes de creux ont été compensées par des périodes de fort rattrapage ce qui a engendré en 2005 un rythme de liquidation en dents de scie, totalement atypique par rapport aux années précédentes (cf. infra –C- l'information statistique délivrée par la CNAMTS).

c) La déficience en 2005 des systèmes d'information

- D'une part, le basculement du SNIR-EP dans SNIR-AM a été réalisé concomitamment à l'application de la T2A et, pour l'instant, semble poser des problèmes : la Direction des statistiques de la CNAMTS a seulement mentionné le non transfert des données par la CANAM, ce qui rend moins fiable le passage des dépenses du régime général en dépenses tous régimes⁷³.

Ce problème, vu par la DHOS, donne lieu à un jugement beaucoup plus sévère : les dépenses des établissements ex OQN ne seraient pas connues, ce qui contraindrait à réaliser des évaluations de dépassements fondées sur la progression constatée dans le secteur ex DG. Des chiffres ont pourtant été fournis à la DHOS, en droits constatés à fin septembre, par la CNAMTS : il est vrai toutefois que certains postes paraissent a priori totalement erronés (MIGAC par exemple).

- D'autre part, une possibilité de suivi parallèle, assise sur les remontées de RSFA dans les bases de données dont disposent les ARH et l'ATIH, aurait pu pallier les insuffisances du circuit de facturation-liquidation. Or, pour des raisons techniques tenant à l'incapacité des SS2I à installer le logiciel e-POP qui valide et envoie les fichiers des établissements vers la base e-PMSI, **la base privée des RSFA n'était toujours pas renseignée à la fin de décembre 2005.**

2) **La situation dans le secteur ex DG**

Comme rappelé supra, l'introduction d'une procédure de facturation individuelle suppose des travaux très importants dans ce secteur et a nécessité la mise en place d'un dispositif transitoire, initialement limité à l'exercice 2005 (LFSS pour 2004), prorogé pour l'exercice 2006 par l'ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 : tout laisse à penser qu'un nouveau report sera nécessaire, voire que la décision de mettre en œuvre la facturation individuelle sera remise en cause.

a) Le dispositif transitoire

Il convient de rappeler que la T2A met les établissements ex DG en situation de percevoir deux types de financement : des dotations versées par douzième (la DAF⁷⁴ pour les activités SSR et psychiatrie et, en MCO, les MIGAC et les forfaits annuels destinés à perdurer ainsi

⁷³ La DHOS mentionne que le ministre de la santé a adressé un courrier à la CNAMTS la rappelant à ses obligations.

⁷⁴ DAF : dotation annuelle de financement

que, temporairement, la DAC⁷⁵ : cette dernière dotation découle du mécanisme de progressivité appliqué à ce secteur (examiné dans la partie V, pages 121 à 123). En effet, l'enveloppe correspondant à l'activité tarifable de l'établissement (calculée à partir des RTC en 2004 et 2005) est en effet scindée en deux parties ; l'une est fixée à son coût historique et traduite en dotation DAC (90 % de l'enveloppe tarifable en 2004, 75 % en 2005 et 65 % en 2006), laquelle est limitative mais pas figée puisqu'elle bénéficie également de mesures nouvelles annuelles, l'autre résulte de la facturation de la totalité de l'activité réalisée mais à laquelle on applique des tarifs minorés (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 100 % en 2012).

C'est à la partie « facturable » que le dispositif transitoire s'applique, en l'absence de facturation individuelle au séjour, prévue pour 2006 et reportée. Elle représentait un montant de 6959 M€ (objectif prévisionnel de 2005), pour 21814 M€ en DAC (cf. tableau page 122).

Le principe du dispositif transitoire est défini dans l'article 33-I de la LFSS pour 2004 et ses modalités précises dans l'arrêté du 30 mai 2005 (explicitées dans la Lettre-réseau LR-DFC 39-/2005 adressée par la CNAMTS aux agents comptables des caisses primaires). Il repose sur l'adaptation du dispositif préexistant applicable à tous les établissements ex DG et ex OON, afférent à la transmission des résumés de sortie anonymisés (RSA) aux ARH, sur support magnétique ou en télétransmission (recueil et traitement des données issues du PMSI⁷⁶).

En pratique, le dispositif transitoire se présente de la manière suivante : afin de déclencher un versement par les caisses de tous les éléments facturables (GHS, séances, DMI-MO, CAE..., hors dotations DAC, MIGAC et forfaits annuels), les établissements ex DG doivent transmettre aux ARH non seulement les RSA (qui génèrent les GHS) mais aussi un format complémentaire appelé FICHSUP, composé d'une quinzaine de volets consacrés aux différents éléments facturables. Cette transmission qui regroupe l'activité d'un trimestre s'effectue depuis 2005 par Internet vers la plate-forme e-PMSI, complétée au niveau des établissements par le logiciel d'envoi e-POP qui opère une validation des fichiers. Les bases régionales ainsi constituées sont par ailleurs agrégées au niveau de l'ATIH qui dispose ainsi d'un outil puissant de connaissance et de simulation.

L'ARH est chargée de contrôler les données trimestrielles transmises et de les valoriser (grâce au logiciel MAT2A fourni par l'ATIH), enfin de notifier les versements correspondants aux caisses pivots, en tenant compte à la fois des règles générales (distinction entre les éléments facturables à 100 % comme les DMI et MO et l'activité facturable à des tarifs minorés en raison du mécanisme de progressivité -25 % en 2005- et des spécificités de chaque établissement (application des tarifs nationaux éventuellement corrigés des coefficients géographiques, passage en dépenses assurance maladie par application du taux de conversion de l'établissement).

Une caractéristique du dispositif mérite d'être souligné : il s'agit d'une transmission cumulative. La transmission des informations, dans le mois qui suit le trimestre d'activité prise en compte, se présente sous la forme d'une agrégation avec les informations du ou des trimestres précédents, lesquelles sont également rappelées⁷⁷ : **cela signifie que l'activité déclarée pour un trimestre donné ainsi que sa valorisation et les versements**

⁷⁵ DAC : dotation annuelle complémentaire

⁷⁶ Arrêté du 31 décembre 2003 pris en application de l'article L 6113-8 du CSP

⁷⁷ Ce dispositif de transmission cumulative des données a été mis en place par l'arrêté du 31 décembre 2003

correspondants notifiés aux caisses ne peuvent être considérés comme définitifs, puisque susceptibles d’ajustements les trimestres suivants. Questionnée sur cet aspect singulier du dispositif, dont la direction financière de la CNAMTS n’avait pas connaissance semble-t-il, l’ATIH a en outre précisé que la fin de l’exercice comptable ne constituait pas une limite à ce procédé de correction rétroactive : « la seule limite est celle qui est fixée par le jugement de l’ARH » ; elle mentionne également que la plate forme e-PMSI **ne comporte pas de tableaux permettant de suivre l’évolution de l’activité d’un trimestre donné au cours des envois successifs** : seule une étude « exploratoire » sur ce sujet a permis de constater effectivement « quelques » pourcents d’augmentation des versements du 1er trimestre, réajustés à l’occasion des remontées d’informations du second trimestre. La cause principale en est la correction rétroactive d’exhaustivité par les établissements qui soit n’ont pas transmis la totalité de leur activité, soit ont transmis **des dossiers « vides » mais valorisables**, recodés par la suite⁷⁸.

D’après l’ATIH, cette pratique s’expliquerait par le fait que les contrôles internes de qualité du codage en temps réel n’ont pas eu le temps de se mettre en place : la Cour s’étonne qu’une telle possibilité soit laissée aux établissements, puisqu’elle a pour conséquence de rendre impossible le suivi des dépenses et que, par ailleurs, elle met en cause la fiabilité des données de la base sur laquelle le logiciel DATIM doit produire ses signalements en vue de cibler les contrôles externes à réaliser (cf. infra : les contrôles).

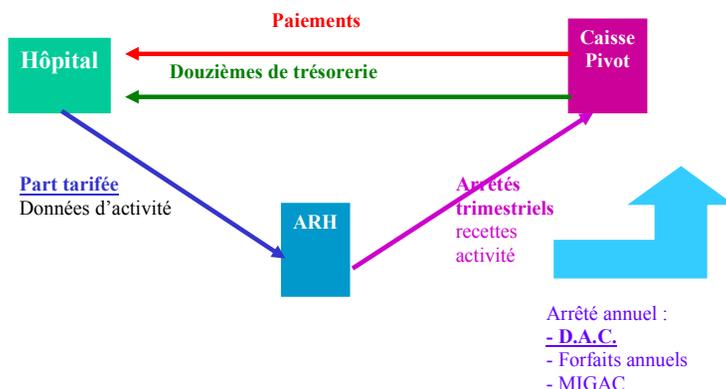
Les versements décrits ci-dessus ne peuvent être déclenchés que dans un délai d’environ 4 mois après la clôture du trimestre (transmission par l’établissement un mois au plus tard après la fin du trimestre déclaré, notification de versement par l’ARH dans les 15 jours suivant réception des données). Par ailleurs, afin de lisser les recettes des établissements, ils s’effectuent en trois tranches égales selon l’échéancier suivant :

Trimestre 2		Trimestre 3		
Somme notifiée sur T1 : 90	Le 5 de M3 30	Le 5 de M1 30	Le 5 de M2 30	
		Somme valorisée sur T1 + T2 = 195 * Somme notifiée : 195- 90= 105		Le 5 de M3 35

* 195 peut recouvrir une activité de 105 sur T2, mais aussi une activité de 100 avec réajustement de T1 à 95 par exemple.

⁷⁸ La DHOS rappelle dans sa réponse que les fichiers envoyés ne peuvent être en théorie que complétés, mais pas modifiés sauf sur autorisation de l’ARH, ce qui ne semble pas être le cas. Par ailleurs, sur cette question de la transmission cumulative, la DHOS rappelle que la fiabilité de la dépense connue dans un délai assez bref n’est pas mieux assurée par le système de facturation des cliniques qui ont un délai réglementaire de 27 mois pour les faire parvenir aux caisses.

Les divers circuits de versements appliqués aux établissements ex DG figurent dans le schéma ci-après.



b) Le dispositif d'acomptes propre à l'exercice 2005

Compte tenu des délais mentionnés ci-dessus, les versements au titre du premier trimestre 2005 ne pouvaient normalement être déclenchés qu'à partir du 5 juin 2005. Par ailleurs, il convenait que soient notifiées les dotations nouvelles issues de la campagne budgétaire très tardive de 2005. Aussi la totalité des nouvelles modalités de financement des établissements ex DG en MCO (MIGAC, DAC et part « facturée » avec versement trimestriel) ne devaient-elles s'appliquer qu'à compter de juin 2005.

En l'attente, portant sur les mois de janvier à mai inclus, un système d'acompte mensuel a été mis en place, calculé sur la base de 1/12 de la DGF de l'exercice 2004 (c'est-à-dire incluant la très forte croissance des versements du 4^{ème} trimestre 2004, due aux très nombreux arrêtés rectificatifs notifiés tardivement par les ARH) : ces acomptes sont versés les 5 et 15 du mois. Le dernier acompte, correspondant au mois de mai, a donc été versé les 5 et 15 juin.

A partir du 25 juin, ont commencé comme prévu les versements par douzième des nouvelles dotations portant sur les mois de juin à décembre. En revanche, du retard a été pris dans le calcul des versements trimestriels correspondant à la partie « facturée » et le premier paiement a été reporté au 5 juillet. En outre, les sommes dues au titre du premier versement de T1, égal au tiers de celui-ci, ont elles-mêmes été étalées la façon suivante :

Les versements dus au titre de la part facturable du 1^{er} trimestre 2005, finalement effectués en totalité fin septembre, ont ainsi été concentrés sur juillet et août.

1 ^{er} trimestre de 2005	Trimestre 2 de 2005		Trimestre 3 de 2005		
<i>Application normale</i>					
Sur part facturable					
Versements		Le 5 juin	Le 5 juillet	Le 5 août	Le 5 septembre
Somme notifiée sur T1: « x »		1/3 de « x »	1/3 de « x »	1/3 de « x »	
<i>Application adaptée</i>					
		0	1/3 de « x » + 1/3 de 1/3 de « x » Soit 44,4% de T1	1/3 de « x » + 1/3 de 1/3 de « x » Soit 44,4% de T1	1/3 de 1/3 de « x » Soit 11,1% de T1
		Somme due « y »			1/3 de « y »

L'arrêté du 31 mai 2005 précise que les acomptes doivent être régularisés comptablement (c'est-à-dire écriture d'une créance sur les hôpitaux en classe 4) dès la notification du quatrième trimestre 2005 (15 février 2006) et au plus tard le 31 mars 2006 : cette créance représentera en fait l'équivalent de 5 mois environ d'activité « facturée », 3,2 Md€ selon la DAF⁷⁹. La récupération de cette créance ne pourra toutefois s'effectuer qu'au moment de la mise en place de la facturation réelle, c'est-à-dire au cours du trimestre où les établissements percevront concomitamment les recettes de leurs factures en temps réel et les versements du trimestre précédent selon les modalités provisoires décrites ci-dessous.

Versements effectués en 2005

De janvier à mai 2005	Juin 2005	juillet à décembre 2005
Acomptes sur janvier à mai payés de janvier 15 juin		
5/12 de la DGF 2004		
	Nouvelles dotations payées par douzième jusqu'au <u>15 janvier 2006</u> L'échéancier des versements par tranche des DAF, MIGAC et DAC n'est pas identique	
		Versements trimestriels payés jusqu'en <u>mai 2006</u>
		Régularisation comptable au plus tard le 31 mars 2006
		Créance récupérable quand la facturation entrera en vigueur

La lettre-réseau de la CNAMTS précitée (LR DFC- 39/2005) annonce aux caisses des instructions avant la fin de l'année portant à la fois « sur les conditions de régularisation des versements des 5 premiers mois de l'année et sur le mode de comptabilisation, au regard du principe des droits constatés, des 5 dernières fractions de versement ».

⁷⁹ On crée ainsi une situation similaire à celle créée au moment du passage en dotation globale, mais en sens inverse : la créance des établissements sur les caisses, dite de l'article 58, est de l'ordre de 2 Md€ et n'a jamais été apurée. Obligation vient d'être faite à la CNAMTS de l'inscrire aux bilans des caisses, alors qu'il s'agissait jusqu'à présent d'un engagement hors bilan. Une articulation entre les deux opérations est sans doute envisageable.

B- Conséquences sur le suivi des dépenses de 2005 et la clôture des comptes

La clôture des comptes de 2005 se heurte à plusieurs difficultés :

- Dans le secteur des établissements ex OQN, on a vu que le rythme des liquidations était difficile à interpréter : ainsi, le retard de liquidation était estimé à la fin octobre à 148 M€ par la Direction des affaires financières et à 315 M€ par la Direction des statistiques de la CNAMTS.

La Direction des statistiques a adressé à la DHOS courant janvier 2006 le cumul des dépenses en droits constatés (tous régimes, France entière) jusqu'à la fin de septembre 2005 : le taux d'évolution indiqué y est de + 5,5% alors que le taux de la statistique mensuelle en mois de soins pour la même période était de + 5,6%.

Il est précisé qu'il a été tenu compte des séjours afférents à cette période qui seront liquidés après novembre et qu'une provision de 169 M€ a été constituée. Rappelons que le taux d'évolution moyen annuel sur les 5 exercices précédents était de + 5,74 %.

La très forte reprise des liquidations constatée en décembre peut correspondre à plusieurs phénomènes cumulatifs difficiles à interpréter, rattrapage de factures ou pointe d'activité.

Le détail des montants montre qu'il existe probablement un problème lié au choix fait en matière d'enregistrement des versements afférents aux dotations (MIGAC) et forfaits annuels dont bénéficient les cliniques : au lieu de procéder, comme pour le secteur ex-DG, à l'enregistrement des versements effectués par les caisses sur notification des ARH, on a créé un code de prestation pour ces dotations et forfaits et demandé aux caisses liquidatrices d'enregistrer les paiements de ces « prestations » dans la chaîne PS5, alors que ce sont les CDDP qui réalisent ce type de paiement s'apparentant à des dotations et non à des remboursements de prestations. Ainsi, il apparaît un montant sur 9 mois de 413 K€ pour les MIGAC alors qu'une enveloppe de 14 M€ a été autorisée dans le cadre de la répartition de l'ONDAM⁸⁰.

Dans le secteur ex DG, outre les difficultés liées à la procédure de déclaration d'activité cumulative examinée précédemment, plusieurs phénomènes rendent difficile la clôture des comptes de l'exercice 2005 : les versements dus au titre de l'activité du dernier trimestre 2005 connus seulement le 15 février 2006, la régularisation comptable des acomptes (le double paiement des 5 premiers mois d'activité tarifée disparaît), enfin les décisions modificatives sur les dotations notifiées par les ARH avant le 10 janvier 2006.

Vers le 15 janvier, la DAF de la CNAMTS, la DHOS et la DSS se réunissent pour procéder à l'estimation de la provision à constituer au titre du 4^{ème} trimestre d'activité tarifée ainsi qu'au titre des décisions modificatives tardives, afin de produire une première hypothèse des dépenses en droits constatés sur les 12 mois de 2005. Ces informations sont transmises à la Direction des statistiques.

Le bouclage entre les estimations réalisées par la Direction des statistiques et la clôture de l'exercice comptable réalisée par la DAF n'est pas apparu clairement (la CNAMTS doit transmettre sa balance à la MCP le 15 mars 2006).

⁸⁰ La Cour a signalé ce problème à la Direction des statistiques qui n'avait, semble-t-il, aucun idée des ordres de grandeur attendus et n'avait pas remarqué cette incongruité : ce montant étonnant est peut-être dû à une autre raison qui serait une notification particulièrement tardive des ARH aux caisses.

C- L'information statistique délivrée mensuellement par la CNAMTS en 2005

La statistique (mensuelle) de la CNAMTS, la fiche synthétique et la note de conjoncture qui l'accompagnent, sont des documents lus avec assiduité par l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Ils sont largement diffusés et alimentent régulièrement articles de journaux et prises de position. L'attente très forte créée par la mise en oeuvre de la T2A réputée inflationniste a incité à considérer les taux d'évolution qui y ont figuré au cours de l'exercice 2005 comme une manifestation des effets de la réforme et à procéder en outre à une comparaison entre les deux secteurs d'établissements.

Ces parutions ont donc un impact important qui aurait justifié que l'on prêtât une attention particulière à la présentation et à l'explication des résultats. Tel n'a pas été le cas.

Sur la fiche synthétique, deux natures d'informations sont exposées : l'évolution des dépenses de l'assurance maladie en « mois de remboursements » qui semblent s'apparenter à la notion de décaissements et l'évolution des dépenses en « en mois de soins » qui semblent s'apparenter à la notion de « droits constatés ». Pour une parution dans le mois « m », les premières marquent l'évolution des dépenses en mois de remboursements de janvier à « m-1 » de l'année en cours par rapport à la même période de l'année précédente, et pour les dépenses en mois de soins, de janvier à « m-3 ». Exemple : la parution de décembre 2005 montre l'évolution de janvier à novembre 2005/ 2004 des dépenses en mois de remboursements et de janvier à septembre 2005/ 2004 des dépenses en mois de soins.

Les sources et les périmètres diffèrent entre le privé et le public

Pour les établissements ex DG, les dépenses comptabilisées sont les versements payés par les caisses pivots sur notifications des ARH, tous régimes et tous risques. Dans ce cas, les dépenses en mois de remboursement s'apparentent aux décaissements.

En revanche, pour le reste des dépenses, dont les établissements ex OQN et les honoraires y afférents (classés en soins de ville, mais non isolés), les dépenses comptabilisées proviennent des liquidations enregistrées dans PS5 par les caisses gestionnaires (caisses des assurés) et sont exprimées en régime Général⁸¹, remboursées (et non présentées au remboursement), risque maladie, métropole. Pour les cliniques, il convient de rappeler que la création des caisses centralisatrices des paiements (CCDP) depuis 2001 a déconnecté les versements faits aux établissements des liquidations enregistrées par les caisses gestionnaires des assurés : les cliniques bénéficient d'un acompte de 85% sur le montant des factures télétransmises dans un délai de quatre jours maximum à réception de la facture électronique par la CCDP. Les chiffres de la statistique résultant des liquidations enregistrées par les caisses gestionnaires ne reflètent donc pas la situation de trésorerie des établissements ni les « décaissements » des régimes.

Les informations présentées ne sont donc pas homogènes entre les deux secteurs.

Pour l'exercice 2005, cette différence de nature d'information a pour conséquence de vider de son sens la comparaison des taux d'évolution des deux secteurs en mois de remboursement : dans les établissements ex-DG, les acomptes couvrant les 5 premiers mois de l'exercice sont comptabilisés comme des versements normaux, alors que dans les établissements ex OQN, seules les liquidations de factures « normales » enregistrées dans PS5 le sont et non les 2 systèmes d'avances. Dans le premier cas, les statistiques sont proches d'une logique de décaissements, mais pas dans le second. Cela explique les évolutions négatives du secteur privé en début d'année, alors que celles du secteur public sont positives, les acomptes ayant été calculés sur l'ensemble de l'année 2004 (avec un dernier trimestre très fort).

⁸¹ Le passage en dépenses tous régimes pour les établissements ex OQN se faisait pas le biais de SNIR-EP (agrégation des données de liquidation en provenance des autres régimes) et depuis le passage en T2A par SNIR-AM, mais pour l'instant la CANAM ne transmet pas.

La démarche et la présentation adoptée par la CNAMTS en 2005

Le problème a été de prendre en compte les effets de la mise en place de la T2A (qui concerne tout l'exercice 2005 pour les établissements ex DG et 10 mois à partir du 1^{er} mars 2005 pour les établissements ex OQN) : comme on l'a vu précédemment, celle-ci a perturbé les montants de versements et le rythme « habituel » de liquidation, et les évolutions mois par mois des « dépenses en mois de remboursement » sont devenues illisibles.

Dans le secteur ex-OQN, des périodes de creux de liquidation de factures ont été compensées par des périodes de fort rattrapage ce qui a engendré un rythme de liquidation en dents de scie sur 2005, totalement atypique par rapport aux années précédentes. Ce phénomène s'est appliqué non seulement aux prestations hospitalières versées aux établissements, mais aussi aux honoraires des praticiens libéraux qui figurent sur les mêmes factures et sont classés en dépenses de soins de ville.

Dans le secteur public, le retard pris dans les versements afférents au premier trimestre d'activité facturable a créé une pointe de versements en juillet et août. Par ailleurs, les versements effectués en 2005 par les caisses pivots sont à la fois majorés jusqu'à régularisation comptable des acomptes et minorés des versements qui s'effectueront en 2006 au titre de 2005 (dernières tranches des dotations et versements du 4^{ème} trimestre d'activité facturée).

a) La présentation de l'évolution des dépenses en « mois de remboursement »

Pour le secteur ex DG, les évolutions constatées ont été reportées sans précision.

Pour le secteur ex OQN, la Direction des statistiques a essayé d'évaluer les à-coups de liquidations enregistrées par rapport à ce que l'on devait raisonnablement attendre, au vu des rythmes de liquidation des années antérieures, afin de cerner les montants à provisionner sur la période analysée. L'utilisation de cette matrice repose sur une estimation préalable de l'activité proprement dite, à laquelle on applique ensuite sa traduction en liquidations compte tenu de l'expérience acquise les années antérieures sur les écarts entre activité et liquidation. Or, toute la question en 2005 étant de savoir si la T2A a un impact fort sur l'activité produite par les établissements, cette approche statistique (et tautologique) ne peut y répondre si un changement très significatif se produit. Dans ce cas, le calcul des écarts de liquidation à provisionner est assez aléatoire.

Pour les cliniques (sans les honoraires), les écarts évalués par la Direction des statistiques entre les liquidations enregistrées et celles qu'on pouvait attendre, sont les suivants.

Écart cliniques par mois en M€	Janvier + 1 mois	+ 2	+ 3	+ 4	+ 5	+ 6	+ 7	+ 8	+ 9	+ 10	+ 11
	- 7,5	-162	- 188	+ 6	+101	- 67	+ 34	+ 14	- 46	-170	+ 267

Etabli d'après les chiffres communiqués par la Direction des statistiques de la CNAMTS

Le signe négatif indique une sous liquidation estimée, donnant lieu à « constitution de provision »

En cumul à la fin de décembre, la provision (sous-liquidation estimée) est de 218 M€ (elle était de 485 M€ à la fin de novembre, cf. infra, second tableau).

Sur la fiche mensuelle de conjoncture, les provisions à constituer sur la période considérée sont indiquées en haut, mais elles cumulent sans les distinguer les écarts provisionnés pour les prestations des cliniques et pour les honoraires en soins de ville.

En revanche, les taux reportés présentent une évolution des dépenses en mois de remboursement non corrigées : il est précisé que « ces données n'intègrent pas la provision à constituer sur la période pour tenir compte du démarrage de la T2A ».

	Janvier +1mois fév/ mêmem période de n-1	+ 2 mars	+ 5 juin	+ 6 juillet	+ 7 août	+ 8 sept	+ 9 oct	+ 10 nov
Ex DG	4,6	4,7	4,1	nd	15,0	11,4	4,6	4,2
Ex OQN	6,2	- 9,9	- 1,4	6,5	16,8	15,8	10,6	0,0
Provision cliniques + honoraires En MC	néant	300	715	750	580	455	486	672
Dont cliniques								485 ⁸²

Les événements de l'année 2005 ont cassé le thermomètre et ont transformé en courbe de température incompréhensible l'évolution des dépenses en mois de remboursement, ce qui, malgré le correctif apporté par les taux d'évolution des dépenses en mois de soins (mais présentés, à un instant « t » de parution, sur une période comprenant 2 mois de moins), a engendré une réaction médiatique forte certains mois, en particulier à l'occasion des résultats de fin août.

b) L'évolution des dépenses en « mois de soins »

Les taux d'évolution en mois de soins indiqués dans la statistique mensuelle sont les suivants :

	Janvier + 2 mars	+ 5 juin	+ 6 juillet	+ 7 août	+ 8 sept
Ex DG	4,6	3,2	3,4	3,4	2,6
Ex OQN	7,7	10,2	9,6	5,4	5,6

Pour les établissements ex DG, la notion de mois de soins n'a pas de signification. En effet, la partie des versements sur dotations (DAF, DAC, MIGAC, forfaits) est indépendante de la date de l'activité de soins produite : ce sont les notifications qui déclenchent le paiement échancé réglementairement par les caisses pivots. Quant à l'activité facturable, comme on l'a vu, elle se traduit par des envois trimestriels de RSA et « Fich sup » agrégés, sans mention individuelle de séjour ni donc de date, et modifiables ex post par les établissements lors des envois du trimestre suivant, qui donnent lieu à calcul et notification de versements aux caisses pivots par les ARH. L'écart entre les évolutions des dépenses en mois de soins et en mois de remboursement met essentiellement en évidence le rattrapage en août du versement afférent au premier trimestre d'activité, alors qu'avait déjà commencé celui afférent au second trimestre.

⁸² La provision cumulée pour les cliniques fin novembre a été indiquée au rapporteur par la direction des statistiques de la CNAMTS.

Pour les établissements ex OQN, les dépenses en mois de soins sont calculées à partir des dates d'entrée figurant sur les factures ayant donné lieu à liquidation enregistrée dans PS5. Elles subissent donc le contrecoup des dents de scie de la liquidation. Ainsi, il est difficile d'interpréter l'affaissement « relatif » intervenu à partir du mois d'août.

c) L'exemple des parutions de septembre et octobre 2005 : une communication insuffisante qui a pu induire en erreur

Le 21 septembre 2005, alors que la commission des comptes de la sécurité sociale rendait son rapport et que le cadrage de l'ONDAM 2006 se finalisait, la CNAMTS a publié une note de conjoncture (l'actualité en quelques chiffres) intitulée : « des décassements de l'assurance maladie marqués par la tarification à l'activité ». Un taux d'évolution des « versements » aux établissements publics et privés **de janvier à fin août de + 6,1% y était indiqué**. On y précisait que cette évolution était notamment liée à l'accélération du calendrier des versements aux hôpitaux. Un tableau indiquait par ailleurs un taux de + **6,1% pour les établissements publics et de + 6,7% pour les établissements privés** et mentionnait sans précision que les montants pris en compte incluaient les « provisions ».

En octobre, la CNAMTS a publié avec sa statistique mensuelle la fiche synthétique dont les taux d'évolution étaient les suivants :

	Dépenses en mois de remboursements Janvier à août	Dépenses en mois de soins Janvier à juin
Ex DG	+ 15	+ 3,2
Ex OQN	+ 16,8	+ 10,2

En décembre, la CNAMTS a publié la fiche synthétique qui aurait dû normalement paraître en novembre : en « mois de soins » l'évolution de janvier à août a été de + **3,4%** dans le secteur ex DG et de + **5,4%** dans le secteur ex-OQN.

En réalité, ce qui a été retenu et largement commenté dans la presse est que les hôpitaux publics, à cause de la T2A, ont connu une progression de 6%, en rupture par rapport aux évolutions des années antérieures.

D- **Les perspectives d'amélioration dans le secteur ex DG**

1) **Les futures caisses uniques**

▪ **Le sujet**

Comme mentionné précédemment, la LFSS pour 2004 définit dans son article 26 (L 174-2 du CSS), pour les établissements ex DG, un dispositif général de caisse unique, chargée des versements tous régimes pour les prestations donnant lieu à facturation, ainsi que pour les dotations annuelles qui les complètent (DAC, MIGAC, forfaits annuels)

En raison de la T2A et de la facturation individuelle de séjours et de prestations, les mécanismes de la caisse pivot ne conviennent plus, puisqu'elles sont organisées pour verser des fractions de dotations notifiées au nom de tous les régimes, la répartition entre régimes se faisant ex post sur la base des informations de séjour (exemple : en décembre 2005 s'est tenue la commission de répartition pour l'exercice 2004).

Le projet initial était d'appliquer au secteur des établissements ex DG le modèle des caisses centralisatrices des paiements (CCDP) mises en place à partir de 2001 dans les cliniques : elles ont pour objectif de permettre aux établissements, qui accueillent des assurés relevant de régimes différents et de multiples caisses gestionnaires, d'avoir un interlocuteur unique qui leur assure tous les versements au nom de tous les régimes. Toutefois, le système des CCDP s'est avéré peu performant et même assez dangereux : outre le fait qu'il s'accompagne du versement immédiat d'un acompte de 85% sur des factures reçues mais non liquidées qu'il s'est avéré assez difficile de récupérer dans les premiers temps, il repose sur un système de remboursement, facture par facture, des caisses gestionnaires aux CCDP, soit directement par virement d'une caisse à l'autre, soit par un dispositif de compensation centralisé au niveau de la CNAMTS. La Cour avait recommandé qu'il soit mis fin au système d'acomptes - cette recommandation n'a pas été suivie- et que l'économie du dispositif soit revue et ne préfigure pas celle appliquée aux établissements ex DG. Cette seconde recommandation a été suivie et le projet de caisses uniques tient compte des dysfonctionnements majeurs des CCDP relevés par la Cour.

▪ Les perspectives

Au moment de l'enquête, elles étaient les suivantes : créer des caisses qui s'apparentent davantage aux caisses pivots qu'aux CCDP : **les caisses tarifantes et payantes**.

Dans ce schéma, les factures seraient envoyées par les établissements à des caisses (moins nombreuses que les CCDP) qui auraient deux fonctions : « tarifier », c'est-à-dire contrôler les factures du point de vue de la régularité des tarifs (et non des ouvertures de droits des assurés) et payer directement la totalité de la facture à l'établissement, quels que soient le régime et la caisse d'affiliation de l'assuré.

Pour simplifier le circuit d'information entre les caisses tarifantes et payantes et les caisses gestionnaires, deux modalités importantes et différentes du schéma des CCDP seraient mises en place : d'une part, la compensation entre régimes se ferait par clefs de répartition et par exercice, et non au réel, facture par facture et au fil de l'eau comme dans les CCDP ; d'autre part, les caisses gestionnaires liquideraient ex post les factures déjà payées en inter régimes par les caisses tarifantes. Dans cette hypothèse, les droits de l'assuré sont supposés être garantis par la présentation de la carte Vitale à l'établissement (en cas de non présentation, la facture n'entrerait pas dans le circuit des caisses tarifantes et serait envoyée par l'établissement à la caisse gestionnaire qui la gèrerait en entier). Par ailleurs, une convention lierait les caisses gestionnaires aux nouvelles caisses en vertu de laquelle les caisses gestionnaires auraient 8 jours pour s'opposer au paiement de la facture par les nouvelles caisses.

Ainsi, dans le scénario qui était alors en gestation, le paiement réalisé par la caisse tarifante n'était ni un acompte dont la régularisation comptable a posé des problèmes, ni un paiement après liquidation, ce qui allonge les délais.

Toutefois, la DHOS a fait connaître dans sa réponse qu'un nouveau schéma organisationnel des circuits de facturation était à l'étude : les futures caisses uniques recevraient les factures, les rerouteraient sur les caisses liquidatrices et payeraient les établissements sur ordre des caisses gestionnaires liquidatrices.

▪ **Le retard et la remise en cause de la facturation individuelle**

La lourdeur des chantiers touchant les systèmes d'information liés aux réformes dont celle de la facturation individuelle par les établissements sous DG a incité à la création d'un comité de suivi, lui-même décliné en plusieurs instances (décisionnelle, groupes projets, comité comprenant les fédérations) : malheureusement, alors que le passage à la facturation individuelle était prévue pour 2006, ce comité n'a été installé qu'en avril 2005, ce qui rendait impossible la tenue de l'échéancier.

Ce retard a pour effet de maintenir, dans le secteur public, un circuit de financement reposant sur les transmissions trimestrielles des RSA et des « fiche sup » par e-PMSI aux ARH, traduites en lignes agrégées de versements à notifier (Cf. supra).

Les principaux inconvénients de ce dispositif résident dans :

- la procédure cumulative qui permet des ajustements rétroactifs nombreux
- la procédure agrégative qui d'une part enlève toute visibilité sur la facturation complète d'un séjour et fait obstacle à ce que soient rattachés aux GHS les éléments de rémunération complémentaires contenus dans les « Fich sup », comme les produits fracturables en sus, d'autre part rend matériellement impossible la liquidation des factures par les caisses et donc la vérification des droits des assurés
- le maintien des établissements ex DG dans un schéma de trésorerie peu incitatif, qui assure les versements réguliers des caisses selon un processus analogue à celui des dotations,
- la disjonction entre les éléments facturés à l'assurance maladie et la participation de l'assuré. Ce dernier point a été examiné en partie III. Tous les éléments afférents au parcours de soins et au paiement de franchises sont a priori ingérables dans un tel dispositif.

Comme on l'a déjà souligné, le retard pris dans les échéanciers a généralement une double conséquence : ils créent des zones de risques supplémentaires et, souvent, induisent une remise en cause du scénario initial. Dans un contexte traditionnel de conflit de compétence entre l'Etat et l'assurance maladie (dont le dispositif de contrôle externe examiné ci-après est une manifestation significative), l'idée chemine à la DHOS et la DSS de conserver le circuit financier transitoire en l'améliorant, l'argument invoqué étant que la procédure de facturation individuelle et télétransmise à des caisses à créer représente un coût disproportionné par rapport aux avantages attendus⁸³.

⁸³ La DHOS a décidé d'améliorer le système transitoire via une expérimentation menée dans quelques établissements. Celle-ci doit apprécier la faisabilité d'une modification consistant à appairer les données médico-économiques du PMSI et les données administratives afin de connaître la part effectivement payée par l'assuré par séjour (même si cette part est calculée sur des bases indépendantes des nouveaux tarifs comme on l'a expliqué dans la partie III). Par ailleurs, la DHOS a indiqué que les travaux concernant les caisses uniques avaient repris après une suspension due aux travaux de la LAM d'août 2004 et que le projet de COG de la CNAMTS prévoyait le 31 décembre 2008 comme date limite pour la facturation des séjours et des actes externes.

La mise en œuvre du dispositif de facturation individuelle et des caisses prévues par l'article L 174-2 du CSS doit demeurer une priorité : le principe de liquidation et de contrôle par les caisses des prestations qu'elles remboursent doit en effet s'appliquer dans tous les secteurs, y compris dans les établissements ex DG.

II- Les contrôles externes ne sont pas encore mis en œuvre à la fin de 2005

La partie des recettes des établissements, issues de la tarification et de la facturation de prestations, repose sur les données issues du PMSI. L'exhaustivité et la fiabilité de ces données, recueillies et traitées, revêtent avec la T2A une importance accrue puisqu'elles fondent les factures.

Pour produire ces données, les établissements peuvent s'appuyer notamment sur un guide de production des RSS et plusieurs logiciels, dont la majorité est produite par l'ATIH, mais, il convient d'y insister, **la seule obligation qui s'impose aux établissements est celle de placer le recueil des informations médicales nominatives sous la responsabilité d'un médecin**. En revanche, ils sont libres de leur organisation (département - DIM- ou service de l'information médicale, recueil centralisé ou décentralisé...).

Pour contrôler ces données en interne, aucun dispositif ne s'impose aux établissements : considérant qu'avec la T2A les établissements avaient désormais un intérêt à agir, puisque le contrôle externe peut conduire à une sanction financière (cf. infra), la tutelle a décidé de mettre un terme aux dispositions antérieures.

Historique du contrôle interne

Le principe d'un contrôle interne de qualité était énoncé dès l'**arrêté initial du 3 octobre 1985** et une modalité proposée dans la circulaire 119 du 4 octobre 1985 : celui d'un tirage au sort aléatoire de 100 résumés standardisés avec recodage à l'aveugle et comparaison des résultats.

La circulaire « DIM » de 1989 rappelait ce rôle et le **décret « PMSI » n°94-666** rappelait la responsabilité des médecins responsables d'unité et des médecins de DIM en matière de qualité des informations médicales relatives à l'activité.

Une circulaire de 1995 rappelait l'obligation faite aux établissements de court séjour sous dotation globale de pratiquer des contrôles internes sur 100 dossiers tirés au sort chaque semestre sur la base de la liste produite par GENRSA au moment de la fabrication du fichier semestriel des RSA à transmettre.

Les résultats du contrôle interne permettaient d'appliquer des rectificatifs à la valorisation en points ISA des établissements, lorsque la valorisation globale des 100 dossiers variait de plus de 5% après contrôle par rapport à leur recodage et regroupage.

Les établissements devaient donc transmettre chaque semestre leurs résultats de contrôle interne (redistribués en général par les régions aux établissements).

Dans les congrès organisés autour du PSMI et dans quelques publications scientifiques (Gestion Hospitalière, Journal d'économie Médicale), on faisait état de résultats sur les contrôles de qualité assez médiocres (entre 12 et 25% de changement de GHM après contrôle).

Ces constats montraient que les **changements de GHM étaient plus fréquents** dans les gros établissements à recueil complètement décentralisé (environ 25% à 30% pour une moyenne de 15%) mais que **l'impact de la correction sur la valorisation était réduit** et concernait rarement plus de 5% des GHM, le plus souvent à cause d'une sous valorisation.

Dans une optique de politique d'assurance qualité, **des « guidelines » pourraient être élaborés** et mis à disposition sur le site de l'ATIH ; par ailleurs, **une obligation de documenter les procédures de recueil, de traitement et de contrôle interne devrait être faite aux établissements.**

Ainsi, seul le contrôle externe des factures fait in fine l'objet de dispositions législatives et réglementaires

La mise en œuvre de la T2A a effectivement réactivé le dispositif de contrôle externe des informations médico-administratives, tombé en désuétude, et l'a remodelé de manière à en faire également un outil de contrôle de facturation.

Historique du contrôle externe avant la T2A

La réalisation des contrôles externes a débuté avec une méthodologie, conduite par l'assurance maladie dans les cliniques privées au cours de l'expérimentation des 84 cliniques lancée avant 1990 : le degré d'exigence était important, puisque le recodage devait être réalisé dès lors que plus de 6% des GHM contrôlés dans le lot étaient entachés d'erreur.

Au moment de la généralisation du PMSI aux cliniques MCO en 1995, cette méthodologie a été étendue à tous les établissements et, dans les établissements sous DG, les contrôles externes ont été réalisés en complément des contrôles internes, sur la base d'un tirage au sort de 20 dossiers parmi les 100 tirés au sort par un logiciel (GENRSA) et contrôlés par l'établissement.

Assez rapidement le manque d'impact des résultats des contrôles et la charge de travail qu'ils représentaient a conduit certaines régions à ne plus respecter le principe d'un contrôle de tous les établissements, puis à ne plus mettre en œuvre de contrôles : en particulier les médecins inspecteurs manquaient de disponibilité et, à partir de 2003, la CNAMTS a donné à ses praticiens des consignes de non participation au contrôle. En pratique, la réalisation des contrôles externes a été très variable dans son étendue et dans sa pérennité selon les régions.

Le nouveau dispositif de contrôle externe répond en réalité à une double finalité :

- Il s'agit du contrôle habituel de facturation qui vise à garantir que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés : il répond ainsi aux missions du contrôle médical de l'assurance maladie (article L315-1 du code la sécurité sociale) qui peut conduire, en cas de facturation inappropriée d'une prestation médicale ou d'un séjour hospitalier, à la mise en recouvrement de l'indu.

- Il répond également aux nouvelles dispositions de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale, créées pour la T2A, qui posent le principe de sanctions financières des établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreurs de codage ou d'absence de réalisation de prestations facturées, ces sanctions ne pouvant être prises qu'à la suite d'un contrôle "sur pièces et sur place" : ces sanctions, dont un décret en CE non encore paru à la fin janvier 2006 doit préciser les modalités d'application, jouent ainsi le rôle « d'amendes » appliquées en cas de surfacturation concernant une activité hospitalière plus globale.

Article L.162-22-18 du CSS modifié par les articles 25 I de la LFSS 2004 et 46-I de la loi portant réforme de l'assurance maladie (n° 2004-810 du 13 août 2004):

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par la commission exécutive mentionnée à l'article L.6115-2 du code de la santé publique, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L.1112-1 du même code en application du programme de contrôle régional établi par ladite commission. Elle est notifiée à l'établissement.

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat »⁸⁴.

A- Les modalités du dispositif

Dans le cadre de la T2A, le contrôle externe des factures est organisé au niveau régional par la commission exécutive (COMEX) de l'ARH qui est assistée dans cette tâche par une unité technique, l'unité de coordination régionale (UCR). Il n'est pas placé sous la responsabilité des caisses d'assurance maladie.

La procédure de contrôle distingue trois étapes :

- La première étape consiste en un ciblage des contrôles à réaliser sur pièces et sur place.

L'exhaustivité étant a priori exclue (chaque établissement devrait être contrôlé une fois tous les trois ans), un programme annuel de contrôle régional est élaboré par l'UCR et fixé par la COMEX : fondé sur la recherche d'atypies pour extraire les établissements à contrôler en priorité, il passe par l'utilisation de deux outils informatiques différents : d'une part, DATIM (Dépistage des atypies de l'information médicale), développé par l'ATIH, traite les RSA transmis aux ARH par les établissements, d'autre part un ensemble de requêtes, développées par l'assurance maladie, traite les factures des établissements privés dans SNIR-AM.

Pour simplifier, ils fonctionnent selon des tests statistiques comparant à la valeur nationale d'un indicateur la valeur de ce même indicateur observée dans chaque établissement de la région.

- La seconde étape concerne le contrôle sur pièces et sur place et, compte tenu du caractère médical de l'information traitée, s'entoure de multiples précautions définies dans les moindres détails par la CNIL dans sa délibération du 14 juin 2005 (Cf. encadré ci-dessous).

Les contrôles "sur pièces et sur place" sont réalisés sous l'autorité conjointe du médecin contrôleur⁸⁵ et du médecin responsable de l'information de l'établissement.

Les modalités imposées par la CNIL

En fonction notamment des atypies observées au cours de l'étape précédente, certaines activités ou GHM sont alors sélectionnés : le contrôle porte donc sur un échantillon. Le médecin contrôleur reçoit du DIM la liste des

⁸⁴ Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006

⁸⁵ Médecins conseils de l'assurance maladie, aidés, le cas échéant, de médecins inspecteurs de santé publique.

numéros de RSS correspondant à l'activité sélectionnée, parmi lesquels une sélection est réalisée par tirage au sort. Enfin, étant le seul à avoir accès aux RSS et aux dossiers médicaux, le DIM prépare les fichiers des RSS tirés au sort et les dossiers médicaux correspondants, pour les placer temporairement sur les micro-ordinateurs des médecins contrôleurs dotés d'un outil de gestion du contrôle (OGC) et sécurisés : à l'issue du contrôle, qui consiste à rapprocher les informations codées dans le RSS, celles des dossiers médicaux et les factures correspondantes, les fichiers sont détruits et le rapport du médecin contrôleur est gravé sur un disque crypté.

- La dernière étape concerne les suites données au contrôle : elles sont différentes selon les deux volets, répétition d'indus ou sanctions financières :

* dans le cas de la répétition d'indu

Après concertation avec les représentants de l'établissement, le médecin contrôleur élabore un rapport sur site. Celui-ci fait le bilan des anomalies observées et prépare le travail destiné au recalcul des factures des séjours erronés^{86 87} lequel est in fine du ressort des caisses gestionnaires (d'assurance maladie) des patients.

* dans le cas de la sanction financière

Sur ce point, la loi précise que :

- leur montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues (pourcentage de surfacturation observé sur l'échantillon de séjours contrôlé)
- le montant des sanctions est calculé sur la base des recettes annuelles assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier, ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours (dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement, hors MIGAC ou de 50% si le contrôle a porté sur un segment limité d'activité).
- la décision d'application des sanctions relève de la responsabilité de la COMEX.

De même qu'elle propose le programme de contrôle, l'UCR élabore un bilan annuel du programme régional de contrôle, et le présente à la COMEX pour transmission aux partenaires institutionnels régionaux et nationaux.

B- **Le retard de mise en œuvre**

Le calendrier prévu devait permettre de réaliser les premiers contrôles sur site au cours du deuxième semestre 2005, uniquement dans les établissements ex DG. Au début de 2006 aucune action n'a démarré et l'on prévoit désormais que le premier programme de contrôle sera établi pour le 31 janvier. Concernant le volet sanctions, il ne pourra produire ses premiers effets qu'au cours du dernier trimestre 2006 en raison de la procédure décrite ci-dessus.

⁸⁶ Indépendamment du contrôle des pratiques médicales qui entre également dans les prérogatives des médecins conseils, mais dans le cadre d'une autre procédure.

⁸⁷ En cas d'erreur sur le diagnostic principal d'un séjour induisant un changement de GHM, par exemple, ce travail consiste à fournir à la caisse gestionnaire l'information selon laquelle le GHM X doit être facturé à la place du GHM Y figurant dans la facture.

Ce retard est dû pour une bonne part aux réticences de la CNAMTS qui, au cours de l'été 2005, a émis des réserves et des contre-propositions sur le dispositif juridique élaboré et a refusé de signer la circulaire commune DHOS, DSS, UNCAM, alors que les travaux menés en commun étaient terminés.

* *
*

En plaçant sous la responsabilité de la COMEX l'organisation de l'ensemble des contrôles de factures - qu'il s'agisse de ceux relevant de la procédure des sanctions financières spécifique à la T2A ou de ceux relevant du contrôle normal de la liquidation et de la répétition d'indus-, **le nouveau dispositif a privé l'assurance maladie de la pleine responsabilité du contrôle de ses factures alors qu'elle est garante de la production de ses comptes, ce qui un problème de principe dans le cadre de leur certification.**

S'ajoute à ce problème de principe la question de la faisabilité d'une telle option : les ARH n'ont été ni définies ni formatées pour assurer des tâches de gestion courantes, encore moins celles qui relèvent a priori de la responsabilité de l'assureur (dont on utilise par ailleurs les moyens humains). Cette interrogation s'impose d'autant plus que d'autres formes de contrôle, liées à des contractualisations ciblées entre les établissements et les ARH, apparaissent dans le dispositif de la T2A (sous la forme de volets aux CPOM ou de contrats particuliers), tel celui déjà évoqué sur le bon usage des médicaments ou les MIGAC.

III- La mise en œuvre du dispositif d'évaluation de la réforme n'a pas commencé

A- La réforme de la T2A pose des problèmes théoriques d'évaluation

La pertinence de l'évaluation suppose plusieurs conditions :

- les objectifs de la réforme doivent être suffisamment explicites et isolés pour permettre d'établir les critères selon lesquels il sera possible de mesurer la conformité des effets observés aux effets souhaités
- un état des lieux avant réforme doit avoir été établi sur la base de ces critères
- l'élaboration d'indicateurs de mesure ex post et la programmation de l'évaluation dans le temps, variable en fonction des effets mesurés, doivent avoir été définis au moment du démarrage de la réforme.

Pour introduire ici une référence comparable, la Cour a pu constater que la réforme du financement des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées) poursuivait de manière univoque un objectif d'amélioration de la qualité lié à la médicalisation de ces structures et à l'octroi de moyens financiers supplémentaires. Cependant, l'insuffisante définition des items compris dans le vaste champ de l'amélioration de la qualité et l'absence d'indicateurs de mesure rendait impossible en 2005 toute évaluation effective d'une réforme initiée en 1997, à l'exception de l'augmentation quantitative des effectifs.

Concernant la T2A, le problème est rendu d'emblée plus difficile, car la première condition susmentionnée n'est pas véritablement remplie. Sur ce point, le constat du rapport IGF-IGAS de juillet 2005 est d'ailleurs sans appel : la multiplicité et l'ambition des objectifs amènent à s'interroger sur les effets positifs attendus et mesurables de la T2A. La réforme résulte principalement d'un double diagnostic : disparités injustifiées de ressources et, dans le secteur public, gisements de productivité. Aussi la T2A met-elle en place, sur la base d'une

tarification de nature médico-économique, nationale mais spécifique à chaque secteur, à la fois un scénario de redistribution intrasectorielle à la moyenne et une contrainte financière obligeant les moins performants à réaliser des gains de productivité et à améliorer leurs outils de gestion. En revanche, la réforme est supposée financièrement neutre au plan macro-économique.

Le paiement prospectif dans les pays étrangers a souvent des objectifs plus ciblés et plus faciles à mesurer : par exemple la diminution des journées d'hospitalisation aux Etats-Unis qui doit se traduire par des économies, ou, à l'inverse, la diminution des files d'attente au Royaume Uni.

L'évaluation de l'efficacité allocative de la T2A doit donc reposer en premier lieu sur l'effectivité de la redistribution attendue et de la réduction des disparités, généralement évoquées sous le terme « d'équité » : or, cette évaluation rencontre de multiples obstacles.

- la redistribution, opérée par le truchement des tarifs nationaux, est difficile à mesurer (comme on l'a souligné à de multiples reprises) en raison des divers mécanismes correcteurs créés pour financer les activités d'intérêt général ou pour prendre en compte des facteurs exogènes de coûts que les établissements ne peuvent maîtriser
- en prenant le soin d'intégrer, dans la mesure de la redistribution, l'ensemble des financements alloués, il est possible de réaliser une comparaison mécaniste ex ante des effets de la réforme (moyens, avant et après, sur la structure d'activité des établissements à un instant « t »), mais il est impossible de suivre une démarche similaire en dynamique (moyens alloués en 2003 et en 2012), puisque la structure et le volume d'activité des établissements se seront déformés.

Il conviendrait donc de définir au plus vite des indicateurs qui puissent, sur longue période, rapporter les moyens alloués à des « unités de compte » : concernant la production de soins, on peut imaginer de boucler la boucle en récréant des points ISA affinés (lesquels points ISA ne sont plus calculés depuis 2003) ; en revanche, il faudrait bien entendu que cette démarche s'applique aussi aux missions d'intérêt général, mais l'état actuel de leur définition semble contrevenir à une telle perspective.

En outre, pour s'assurer d'une redistribution équitable, d'autres aspects plus difficiles à quantifier, devraient être intégrés pour mesurer le rapport allocation de moyens/ production des établissements. Il en va ainsi de certains indicateurs de qualité (ou du moins d'indicateurs des procédures mises en place pour assurer la qualité) : le Directeur de l'hospitalisation cite souvent l'exemple du nouveau classement des établissements en matière de moyens mis en œuvre pour gérer le risque d'infection nosocomiale ("ICALIN" : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), dont il ressort l'absence d'homothétie entre ressources financières et résultats constatés. C'est également le cas d'indicateurs portant sur une typologie de la population accueillie (âge, environnement social..) pour l'instant non prise en compte dans les mécanismes correcteurs de la T2A. **Ce développement de nature théorique conduit à souligner que l'élaboration d'indicateurs de « productivité », sans difficulté théorique lourde, ne peut se concevoir que complétée par des indicateurs de « performance » beaucoup plus composites et difficiles à définir.**

En second lieu, l'évaluation de la T2A devrait mesurer l'amélioration de la productivité attendue. En ce domaine, la démarche ne paraît pas plus aisée : en effet, d'une part elle

impose une appréciation micro-économique des effets de la T2A dans chaque établissement, d'autre part elle est différente selon que les établissements sont considérés au départ comme surdotés ou sous-dotés.

Concernant les établissements sous-dotés dont la réforme doit mécaniquement augmenter les moyens (57% des établissements ex-DG et 45% des établissements ex OQN selon l'évaluation ex ante étayée sur les seuls tarifs), l'évaluation des effets attendus de la réforme est d'emblée impossible, car l'utilisation du financement supplémentaire qui leur échoit au titre de l'équité n'a pas été définie : cela découle fort logiquement du choix du scénario initial de redistribution à la moyenne, économiquement discutable puisqu'il crée un effet d'aubaine au lieu de tirer progressivement les tarifs vers ceux des établissements les plus performants.

Concernant les établissements surdotés dont la réforme doit diminuer les moyens et auxquels elle impose une contrainte incitative, il faudrait être en mesure d'isoler les effets réellement obtenus : gains de productivité ou situations dangereuses (accumulation des pertes) ou situations d'amélioration apparente d'ordre purement comptable (notamment augmentation de la participation de l'assuré, déports de charges sur les budgets des disciplines non concernées par la T2A ou sur les budgets annexes).

En cas de gains de productivité réalisés, le sujet devient plus difficile, puisqu'il convient cette fois de cerner les moyens utilisés pour y parvenir : la baisse des coûts de production peut en effet provenir d'une réorganisation et d'une optimisation des facteurs de production –c'est l'objectif recherché- mais aussi d'une minoration des activités d'intérêt général (la mission de service public se détériore) et/ou d'une augmentation de la rentabilité puisée dans la modification de l'activité de soins produite. Celle-ci se décline également de diverses manières possibles. modification apparente par les techniques de codage (autorisées –« DRG creep »- ou illicites –fraudes-), multiplication illicite du nombre de séjours rémunérés aux GHS (« fractionnement »), modification des protocoles de prise en charge entraînant une perte de qualité, changement de clientèle par sélection et/ou spécialisation, augmentation de l'activité en volume sur les segments rentables, externalisation au sens large (transfert sur d'autres filières non contraintes, y compris en ville).

Externalisation des prises en charge

L'externalisation des prises en charge, par éviction accélérée des patients, constitue une conséquence évidente du paiement forfaitaire au séjour : c'était le but recherché aux Etats Unis. La T2A favorise une telle attitude, en particulier en raison du calcul des tarifs par GHS qui valorise excessivement la DMS par rapport à la réalité des coûts : toute diminution de la DMS permet donc à l'établissement de diminuer des charges pourtant rémunérées. Concomitamment, les soins de suite ne font pas partie de l'enveloppe MCO ; quant à l'HAD, elle est comptabilisée séparément à l'intérieur de l'enveloppe des tarifs MCO, sur la base d'un paiement forfaitaire à la journée, et, **depuis la LFSS de 2006, se trouve exclue du dispositif de progressivité**. Si la T2A a pour effet de modifier les modes de prise en charge, en particulier en raccourcissant les DMS au profit de prises en charge alternatives, il convient de pouvoir les identifier, en évaluer le bien-fondé médical afin de les encourager ou au contraire de les limiter, enfin d'en tirer les conséquences financières en modifiant les tarifs des forfaits.

Un outil nécessaire à ce volet de l'évaluation existe déjà : il s'agit du « chaînage » des prestations successives d'un patient. Toutefois, les conditions d'utilisation de cet outil définies par la CNIL limitent totalement sa performance.

C'est la raison pour laquelle les principaux travaux d'évaluation du paiement prospectif réalisés à l'étranger et à l'état de germination en France portent au moins autant, sinon plus, sur la mesure de ses effets « pervers » que sur celle de ses effets positifs attendus.

Enfin, un volet de l'évaluation de la réforme devrait porter sur sa mise en œuvre : ceci est d'ailleurs prévu dans l'énoncé des compétences du « comité d'évaluation » créé en 2004 (cf. infra) : en effet, si la mesure des effets de la T2A est incontournable, mais ne peut se mesurer qu'après un certain délai d'application (d'ailleurs variable selon les sujets), l'adéquation des moyens mis en œuvre et le respect de l'échéancier général devraient d'ores et déjà être audités pour être corrigés : les constats précédents de la Cour sur l'organisation des ressources humaines ont montré que celle-ci, avant de produire quelque effet désiré ou pervers, risquait d'être altérée à la source et de multiplier les risques potentiels en raison d'une conduite de projet insatisfaisante. Or, cet axe ne fait pas partie des sujets retenus, comme on va le voir.

B- Les moyens mis en œuvre ont ralenti une démarche pourtant indispensable

Depuis la fin de 2002 (et même avant) jusqu'à la fin de l'enquête de la Cour (février 2006), du temps a été consommé sur le sujet de l'évaluation mais les travaux nécessaires à sa concrétisation ont peu avancé, quel que soit l'axe considéré.

Une organisation des moyens inadéquante

Un comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité, placé auprès des ministres, a été créé par arrêté du 25 mai 2004 : *« il est chargé d'évaluer la mise en œuvre de la tarification à l'activité et ses conséquences sur le fonctionnement du système de santé, et notamment : l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins, l'efficacité économique de la réforme, l'évaluation de la qualité et de l'accès aux soins »*.

Il est présidé par le directeur général de l'ANAES ou son représentant (devenue HAS). Le secrétariat est assuré conjointement par la DREES et la DHOS.

Il comprend la DHOS, la DSS, la DREES, la MT2A et la ATIH, les trois caisses d'assurance maladie, les fédérations d'établissements et 6 personnes qualifiées (lesquelles n'ont été nommées que par arrêté du 10 janvier 2005). **L'importance attachée à juste titre aux conséquences de la tarification sur les pratiques médicales rend incompréhensible l'absence de la DGS parmi les directions participantes.**

Une première réunion du comité s'est déroulée le 9 juillet 2004 et a consisté en une présentation d'une note de 12 pages (cf. annexe), intitulée « cahier des charges », rédigée par la DREES. Celle-ci ignore l'aspect évaluatif de la mise en œuvre de la réforme et, sur la base des trois thèmes cités dans l'arrêté, décrit en fait de façon théorique et générale les axes possibles d'évaluation et souligne ses difficultés dues aux caractéristiques de la réforme : la progressivité de cette dernière rend nécessaire une démarche d'évaluation planifiée dans le temps, l'absence de méthodes, de données et d'études contrarie la mesure avant / après, enfin elle s'inscrit dans le plan Hôpital 2007 et se développe dans un contexte financier tendu, ce qui multiplie les interactions possibles entre la T2A et les autres mesures. A l'appui de cette note sont présentées 10 fiches « programme de travail » qui proposent de manière synthétique pour chaque thème retenu son champ et son objet, la nature des travaux, la nature des données à mobiliser ... Il s'agit là d'un travail de débroussaillage intéressant et constructif.

La réunion se clôt sur la perspective d'une prochaine séance dont l'objet est d'exploiter le cahier des charges et d'avancer concrètement en définissant des groupes de travail, leurs responsables et les partenariats à établir.

Au cours de cette seconde réunion, tenue presque un an plus tard le 11 avril 2005 (avec les personnes qualifiées), une discussion générale s'instaure et, sur la base des 10 fiches qui développaient les 3 thèmes de l'arrêté, 5 groupes de travail sont constitués, d'environ une dizaine de personnes chacun, représentant le ministère et les professionnels, les caisses nationales d'assurance maladie étant absentes des deux réunions, bien que sollicitées. Paradoxalement, le groupe qui obtient le moins de participants volontaires est celui qui gère « le suivi de la situation économique et financière des établissements », objet même de la réforme ; à l'inverse, celui qui regroupe 15 personnes est celui qui s'intéresse à « la qualité et accessibilité aux soins : impact de la T2A sur l'évolution des modes de prise en charge des patients ». Un des groupes est organisé sur le thème « T2A et

planification », animée par une représentante de la FHP (cliniques privées), dont la Cour a déjà noté dans le chapitre précédent sur l'organisation des ressources humaines qu'il ne constituait pas un thème d'évaluation ex post mais un des fondements théoriques du scénario cible, au même titre que celui de la régulation du dispositif. Chaque groupe a disposé d'une mini liste des travaux à réaliser en priorité (en 2005) et la réunion suivante avait été fixée au 24 juin 2005. Elle s'est tenue le 27 mars 2006.

La DREES, afin de minorer le retard pris, mentionne que l'évaluation ne peut commencer avant 2008, mais cet argument n'est pas recevable : si certains effets structurels au long court (évolution de certaines pratiques médicales par exemple) n'apparaissent qu'après plusieurs années, leur mesure n'a de sens que si elle est comparée à une situation initiale : cela suppose que le dispositif d'évaluation soit prêt au moment où démarre la réforme. Par ailleurs, certains effets sont quasiment immédiats tels le fractionnement des séjours déjà observé par l'ATIH dans sa base PMSI, le départ des patients sur d'autres filières comme celle des SRR ou le « DRG creep » : en conséquence ils devraient déjà être en cours d'évaluation.

Les travaux réalisés fin 2005 ayant trait spécifiquement à l'évaluation des effets attendus de la T2A⁸⁸ : leur liste résulte d'un point de situation adressé par la DREES à la mission IGAS sur la convergence public-privé (30 novembre 2005), qui rappelle les 5 groupes constitués en avril 2005 ainsi que leur thème d'étude respectif, et énumère ensuite les travaux que la DREES a engagés, de manière interne ou sous-traitée et qui sont destinés à être présentés aux groupes. Concrètement, parmi les travaux mentionnés, la majeure partie relève davantage d'intentions ou de projets que de réalisations ; à l'exception des documents déjà produits régulièrement par la DREES sur la mesure de l'activité des établissements et de leur spécialisation (déjà mentionnés dans le précédent chapitre I de la partie IV consacré à l'organisation des ressources humaines), on doit mentionner au titre des réalisations effectives :

- un appel d'offre sur le repérage et l'analyse du « DRG creep »
- un cahier des charges élaboré sur la définition et la mesure de la productivité
- un travail réalisé sur la définition d'indicateurs « illustrant » la situation économique et financière des établissements
- un travail réalisé sur la proposition d'indicateurs de performance par groupe d'experts organisé par la DHOS et la DREES

Il apparaît que :

- le libellé de l'arrêté constitutif du comité met en lumière la crainte que suscite cette réforme quant à l'ampleur de ses effets pervers : sur les 3 axes retenus, un seul concerne les effets attendus (efficacité économique de la réforme) et se trouve encadré par les deux autres qui renvoient aux conséquences indésirables

- l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme a été laissée de côté

⁸⁸ Dans leurs réponses à la Cour, la DREES et la HAS mentionnent la signature prochaine d'un protocole entre la DHOS, la DREES la HAS et l'INSERM relatif à la réalisation des indicateurs de qualité « Compagh » : il s'agit là d'une démarche attendue depuis longtemps consistant à définir des indicateurs de qualité, à partir de recueils d'informations disponibles comme le dossier patient ; ces futurs indicateurs ne sont pas directement liés à la réforme de la T2A.

- la conception initiale du dispositif d'évaluation se caractérise par la même volonté de faire gérer la réforme par des groupes qui associent systématiquement les professionnels dès le départ : cette confusion entre explicitation des projets du ministère et association sur les processus d'expertise et de décision conduit, dans le cas présent, à une paralysie

- à l'exception d'un groupe d'experts pilotés par la DREES et la DHOS sur les indicateurs de performance, l'organisation mise en place conduit la DREES à développer de manière autonome des études certes légitimes, mais non intégrées dans un dispositif global et programmé d'évaluation ;

- l'échéancier des travaux n'a pas été précisément défini : celui-ci est d'autant plus nécessaire qu'il n'est pas simple à concevoir. En effet, selon les phénomènes que l'on souhaite pouvoir isoler, mesurer et évaluer, le délai varie comme on l'a souligné plus haut. Par ailleurs, certains indicateurs pourraient sans doute être bâtis rapidement et mis en place alors que d'autres -ceux touchant à la mesure de la performance par exemple- requièrent évidemment des travaux plus longs.

Une réorganisation des moyens mis en oeuvre pour évaluer la réforme devrait sans doute être réalisée dans les meilleurs délais.

* *
*

PARTIE V- LA NÉCESSAIRE CLARIFICATION DES PRINCIPES ET DU SCÉNARIO CIBLE

Les débats parlementaires auxquels a donné lieu le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 montrent que l'une des principales préoccupations de l'assemblée nationale réside dans le rythme d'application de la réforme d'ici 2012. Ce souhait légitime d'éviter l'enlisement du processus de transformation, voté en décembre 2003, se concentre surtout sur deux points : le premier vise la progression de la part d'activité effectivement facturée par les établissements publics, c'est-à-dire leur basculement dans le dispositif tarifaire, le second concerne le calendrier de convergence des tarifs entre secteurs public et privé.

Ces deux aspects de la réforme se traduisent par la fixation de taux qui focalisent les débats, alors que la réalité à laquelle ils renvoient demeure pour le moins difficile à appréhender ou incertaine : il s'agit d'une part du taux de montée en charge de la tarification dans le secteur public et, d'autre part, du taux de convergence intersectorielle, lesquels doivent être de 100% en 2012.

Le Parlement a souhaité renforcer, dans la LFSS 2005, la contrainte calendaire en fixant une étape intermédiaire de 50 % en 2008 à la convergence intersectorielle, le taux de la part facturée dans le secteur public étant déjà fixé à 50 % minimum en 2008 dans la LFSS 2004 (article 33, V, A, 2°).

Pour l'un et l'autre de ces deux taux, la connaissance des éléments factuels est insuffisante aujourd'hui pour appréhender leur réalité dans le premier cas, leur faisabilité dans le second cas :

- l'effectivité du basculement du secteur public dans le dispositif tarifaire doit être appréhendée en examinant les mécanismes de progressivité mis en place ; complexes, ceux-ci peuvent conduire à une lecture déformée de la réalité, dans la mesure où la progression du taux de part facturée, tout en étant conforme au calendrier, peut être contrebalancée par une augmentation relative plus importante des modes de financement hors tarifs,
- quant à la convergence intersectorielle, elle est privée de définition dans ses principales composantes : périmètre des tarifs à faire converger, amplitude des écarts entre les deux secteurs, sens et point de convergence.

Plusieurs conséquences à ce flou : une absence de visibilité pour les acteurs, un danger d'oblitération du cadre initial qui peut vider insidieusement la réforme de son contenu et donc de ses effets, une limitation apportée au contrôle externe y compris parlementaire, l'évaluation d'une politique dont les objectifs ne sont pas lisibles étant par construction impossible. Ceci est particulièrement vrai, comme on le verra, pour le dispositif de convergence intersectorielle.

CHAPITRE I- CONVERGENCE INTRASECTORIELLE DES TARIFS ET MÉCANISMES DE PROGRESSIVITÉ

La convergence intrasectorielle

La réforme repose sur un socle dur, à savoir le principe de convergence intrasectorielle qui résulte mécaniquement du dispositif de fixation de tarifs nationaux selon deux échelles propres à chaque secteur, et de mécanismes de progressivité également propres à chaque secteur, permettant de lisser la redistribution financière dans les établissements jusqu'à 2012.

La convergence intrasectorielle actuellement mise en oeuvre a été décrite dans le chapitre II de la partie I. Il convient cependant de rappeler :

- qu'elle met en place une redistribution à la moyenne historique constatée, ce qui repose sur l'hypothèse selon laquelle les disparités initiales d'allocation de moyens ne se justifient dans aucun cas (identité des activités tarifées, pas d'homothétie entre les moyens et la performance)
- qu'elle a été simulée selon un modèle statique et partiel qui ne prend pas en compte les ajustements connexes parfois plus importants en montants (MIGAC coefficients géographiques et coefficients de haute technicité)
- que le scénario ne définit pas l'utilisation qui devrait être faite des moyens supplémentaires consentis aux établissements considérés comme initialement sous-dotés : toutefois, la précision apportée ci-dessous montre que l'effet d'aubaine ne concerne en réalité qu'une part réduite des établissements (de l'ordre de 5%).

Le plus souvent qualifiée d'économiquement « soutenable » en raison des écarts à résorber, la convergence intrasectorielle doit être mise en relation avec le contexte financier général de l'ONDAM : en simplifiant, la tendance de celui-ci devrait se stabiliser autour d'une évolution 0 à activité constante (environ 2,5 % de hausse en valeur pour couvrir une augmentation en volume du même ordre) : il y a donc cumul d'une baisse en termes réels, due à l'ONDAM (les gains de productivité doivent financer l'inflation des coûts de production) et des redéploiements dus à la convergence : pour les anciens sous-dotés, il y a compensation⁸⁹ partielle, pour les surdotés, il y a addition des effets.

Par ailleurs, il convient d'ajouter que la convergence intrasectorielle n'emporte pas les mêmes conséquences sur les deux secteurs, non seulement parce que les écarts à résorber sont moins importants dans le secteur privé, mais parce que les mécanismes de progressivité propres à chaque secteur (cf. infra) ainsi que la différence de périmètres à laquelle s'applique la régulation commune de l'ODMCO (hors honoraires pour les cliniques) sont différents.

⁸⁹ En se référant aux tableaux figurant page 25, on constate qu'avec un taux d'inflation d'environ 2 points, seulement 5% environ des gagnants ont un surplus supérieur à celle-ci.

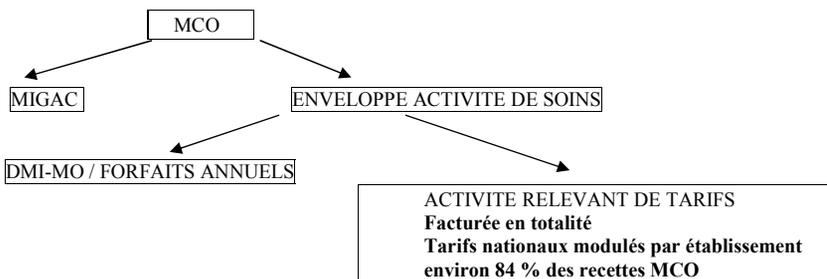
Les dispositifs de progressivité intra sectorielle mis en place dans les deux secteurs

Une réforme financière fondée sur le redéploiement des moyens alloués entre opérateurs introduit généralement une progressivité, afin de lisser les effets de la redistribution dans le temps. Il arrive souvent que le redéploiement conçu à enveloppe constante conduise in fine à un surcoût, les pouvoirs publics étant contraints de minorer les effets sur les perdants sans modifier pour autant les effets sur les gagnants : la réforme de la CCAM en est un exemple. L'Allemagne a d'ailleurs choisi délibérément ce scénario.

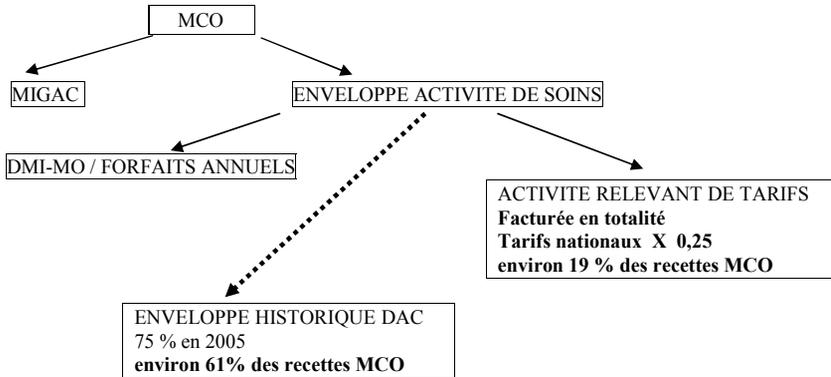
En ce qui concerne la T2A, les mécanismes de progressivité mis en place ne présentent pas en théorie ce risque « d'échelle de perroquet ». Il convient toutefois de moduler le propos puisqu'une exception a été introduite dans le secteur privé en 2005 (consistant à fixer un plancher à la baisse des tarifs ou plus exactement en définissant une hausse de tarifs annuelle minimale) et qu'en 2006 se développe un mécanisme de compensation pour les plus gros perdants à travers une extension, certes discrète, de la définition de la dotation « AC », réservée théoriquement à l'aide à la contractualisation : la circulaire du 24 février 2006 précise en effet que « ces crédits (...) peuvent néanmoins, sous conditions et quel que soit le type d'établissement de santé, servir à atténuer les effets revenu 2006 des mesures exposées dans la présente circulaire ».

Les mécanismes de progressivité mis en place dans les deux secteurs (article 33 de la LFSS 2004) donnent souvent lieu à une formulation simplifiée qui consiste à mentionner que le secteur privé est passé d'emblée à 100% de T2A, alors que le secteur n'y est que partiellement soumis pour 10% en 2004, 25% en 2005 et 35% en 2006. Le schéma ci-dessous compare la logique des deux mécanismes en 2005. Il montre que, dans les deux cas, c'est la totalité de l'activité relevant de tarifs qui est facturée, mais que la recette correspondante est calculée différemment dans chacun des deux secteurs.

Secteur privé



Secteur public



I- Dans le secteur privé

Dans le secteur privé qui percevait déjà des recettes assises sur des factures par séjour, le dispositif de progressivité a consisté à calculer, dès 2004 et par établissement, les écarts théoriques de recettes avant et après T2A (appliquée à 100 % sur la base des tarifs nationaux) et à réduire progressivement ces écarts d'ici 2012. Pour ce faire, a été calculé un coefficient de transition égal à l'écart initial de l'établissement, étalé sur 7ans, c'est-à-dire conduisant en gros à une réduction de l'écart de 14 % par an. Les tarifs qui s'appliquent dans l'établissement sont égaux aux tarifs nationaux corrigés de ce coefficient.

Il s'agit donc d'une progressivité linéaire (choix qui ne figure pas dans le dispositif fixé par la LFSS), connue dès le début de la réforme par les établissements. Ainsi, on peut dire que la T2A s'applique à 100% des factures produites, mais l'impact redistributif de la réforme sur chaque établissement est étalé par tranche d'un 7^{ème} par an.

Cependant, ce schéma de conception assez simple présente quelques caractéristiques qu'il convient de souligner :

- le coefficient de transition a été calculé sur la structure d'activité constatée en 2002 : il suffit donc que celle-ci se modifie significativement, ce qui paraît très vraisemblable sur une période de 7 ans, pour que l'écart à combler en soit grandement modifié. Si des établissements, considérés comme globalement gagnants parce que sous-dotés au moment du calcul, déplacent leur activité vers les GHS pour lesquels ils sont gagnants, ils continueront de bénéficier du coefficient de transition et auront ainsi perçu en 2012 le comblement d'un écart initial, disparu entre temps
- le coefficient de transition a été calculé, comme mentionné à plusieurs reprises, hors écarts de recettes dues au classement SPC chirurgie, lesquelles devraient s'éteindre d'une manière encore non précisée en 2012 seulement (initialement ils devaient disparaître avec la mise en œuvre des SROS de réanimation, c'est à dire en 2007, mais la FHP en a obtenu le report) : un élément important des écarts entre établissements ne fait donc pas l'objet d'une redistribution. Sur les 381 établissements bénéficiant d'un coefficient HT (pour un montant total de 204 M€, le coefficient variant de 0,3% à 23,5% selon les établissements),

165 apparaissent comme « sur-dotés » ou « perdants » au titre de la convergence (leurs tarifs doivent diminuer au titre de la convergence). En fait, pour près d'un tiers d'entre eux, la majoration de leur coefficient HT (pour un montant de 69 M€) neutralise l'effet redistributif de la convergence à la moyenne : ils sont en réalité à l'équilibre ou gagnants.

Etablissements	Nombre		Valeur de la majoration (M€)	
- sous-dotés	207	54,3%	111,9	54,8%
- sur-dotés	165	43,3%	84	41,2%
- à l'équilibre	9	2,4%	8,1	4,0%
bénéficiaire d'un coefficient HT	381		204	

Source DHOS sur demande du HCAAM

- le coefficient de transition devait être modulé par région, c'est à dire que les tarifs moyens de chaque région devaient converger vers les tarifs nationaux par tranche de 1/7^{ème} et les tarifs des établissements de chaque région converger vers ces tarifs régionaux, également par tranche de 1/7^{ème}, avec cependant des écarts maximum à respecter entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements. L'objectif de cette démarche à deux étages était de réduire d'abord les disparités régionales historiques et non légitimes (au contraire des disparités géographiques considérées comme légitimes et corrigées par les coefficients géographiques) : mais cette disposition n'a pas été appliquée et a été modifiée par la LFSS de 2006.

I. - L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) a été modifié par la LFSS 2006 :

1° Les deux premiers alinéas du IV sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

" IV. - Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, **le taux moyen régional de convergence** des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

- une exception au principe de convergence linéaire -accélération du processus- a été autorisée aux ARH en 2005 pour les regroupements d'établissements (circulaire de février 2005) et généralisée par la loi en 2006 (LFSS 2006) à tous les établissements : selon le bureau F3 de la DHOS, cet assouplissement fait suite à une demande de 8 ARH et concernerait les établissements les plus éloignés de la moyenne. Les ARH doivent cependant procéder à une redistribution financièrement neutre dans la région⁹⁰: si le processus de convergence des sous-dotés est accéléré, il doit être compensé par un processus inverse à l'égard des surdotés.

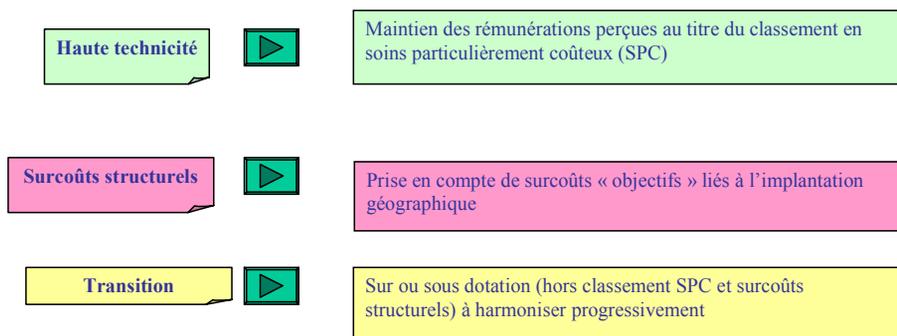
⁹⁰ Un outil de calcul de ces redistributions est à la disposition des ARH : APPLI-T2A

- enfin, en 2005, une dérogation au principe de redistribution financière intégrale entre établissements a été accordée.

La disposition était la suivante : pour les établissements dont la décote de chiffre d'affaires en 2005 était supérieure à ce que représente la hausse moyenne tarifaire de 1,56% accordée au 1^{er} mars 2005, il a été décidé qu'une hausse minimale de 0,93% leur serait néanmoins garantie : cette disposition a entraîné un coût, dû à la limitation du redéploiement, **estimé à 8,2 M€ par la DHOS et financé par le FMESPP (c'est-à-dire hors ONDAM en 2005).**

Par ailleurs, la création de l'enveloppe MIGAC de 14 M€, financée sur les mesures nouvelles de 2005, doit être distribuée sur un nombre limité d'établissements, ce qui modifie l'évaluation de l'effet redistributif habituellement présentée (cf. partie I, chapitre II).

Le schéma ci-dessous résume, pour les établissements privés, l'enchaînement des opérations qui consistent à intégrer dans un seul coefficient dit « MCO » les diverses corrections qui s'appliquent à un établissement et dont découlent ses tarifs propres, fixés par avenant au CPOM.



Ce dispositif de progressivité présente un défaut de conception majeur : le coefficient de transition TAA a été calculé une fois pour toutes sur la l'activité 2002 valorisée par les tarifs 2004 et doit s'appliquer (sauf mesure particulière de l'ARH autorisée par la LFSS 2006) par tranche de 1/7^{ème} jusqu'en 2012. Or la structure d'activité de chaque établissement se déforme et l'on peut penser que les cliniques vont naturellement se porter sur les GHS où ils sont gagnants et non l'inverse. Ainsi, ces « perdants » continueront de percevoir par tranche de 1/7ème le surplus de recettes initialement calculé au titre de la convergence, alors même que cet écart se sera réduit : une comparaison des taux de transition calculés par la DHOS et des indices de productivité calculés par l'ATIH montre que, sur 9 mois d'application de la T2A, cet effet structure représente un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de 0,3% à quantité constante et que la redistribution n'est plus neutre financièrement dans le secteur privé. L'effet quantité ayant un effet multiplicateur par rapport à ces calculs portant uniquement sur la déformation de structure, le surcoût pour l'assurance maladie sur une durée de 7 ans peut s'avérer non négligeable.

II- Dans le secteur public

La progressivité de la convergence à la moyenne (définie pour ce secteur dans l'article 33, V, de la LFSS 2004) repose sur des mécanismes différents, peu lisibles en termes de redistribution réellement opérée entre établissements et d'échéancier annuel.

Dans le cas présent, l'amortisseur ne consiste pas à corriger progressivement les tarifs comme dans le privé, mais à conserver une part « historique » dans les recettes liées à l'activité MCO des établissements, destinée à décroître et à disparaître en 2012 : il s'agit de la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Toutefois, ce schéma simple en apparence est assez complexe et relativise quelque peu la focalisation du débat sur la « fraction » définie par la LFSS 2004.

« 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 souvent mal comprise et interprétée de diverses manières, le plus souvent comme la part d'activité de soins facturée par les établissements. Comme on le voit ci-dessous, les mécanismes mis en œuvre sont plus compliqués.

En 2004 et 2005, l'application de la « fraction » (10 % en 2004 et 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 des 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.

Poids des diverses recettes fixé dans l'objectif 2005 du secteur public

MIGAC	4 657 M€,	13,0 %
DMI-MO	1 562 M€,	4,4 %
Forfaits	790 M€,	2,2 %
DAC	21 815 M€,	61,0 %
Recettes facturées	6 959 M€	19,4 %
Total	35 783 M€	100 %

Source DHOS

Ainsi en 2005, la fraction de 25 % correspond à une part de 19,4 % du financement MCO total.

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).

La différence de mécanismes de progressivité entre les deux secteurs n'est pas neutre : alors que l'évolution du volume d'activité est totalement prise en compte dans les recettes des établissements privés, elle est limitée à la « fraction » réellement facturée dans le secteur public.

Une étape du schéma de progressivité est inscrite dans la loi : la part tarifée doit être d'au moins de 50% à mi-parcours, c'est-à-dire en 2008. En revanche, **le cheminement n'est pas a priori linéaire et la « fraction » est fixée chaque année par le pouvoir réglementaire, après recommandation du Conseil de l'hospitalisation** : au cours des débats parlementaires du PLFSS 2006 par exemple, la « fraction » retenue a fait l'objet de questions, mais la réponse du ministre sur ce point s'est limitée à rappeler que la décision était du domaine réglementaire.

Selon un schéma linéaire, la part tarifée de l'activité MCO soumise à partition devrait augmenter de 12,5% par an (100% étalés sur 8ans) : elle a été fixée à 10% en 2004, à 25% en 2005 et, pour 2006, le pourcentage est de 35% alors qu'il devrait être en toute rigueur de 37,5% (on évoque un possible taux de 50% en 2007).

Cette absence de visibilité alimente un débat dont les termes sont simples : à activité constante ou croissante, les établissements « gagnants » ont intérêt à voir augmenter cette part le plus rapidement possible et inversement pour les perdants. Certains experts de la T2A tiennent un discours assez « cynique » selon lequel un possible scénario consisterait à satisfaire les deux catégories d'établissements en augmentant d'un côté le taux de part tarifée de plus de 12,5% par an pour satisfaire les sous-dotés ou gagnants et de l'autre côté la part de la dotation MIGAC pour satisfaire concomitamment les sur-dotés ou perdants.

Enfin la LFSS de 2004 accorde aux ARH la possibilité d'octroyer un total régional de DAC supérieur à la dotation qui leur a été notifiée, dès lors que le surplus de financement est prélevé sur la DAF (dotation qui finance les activités de SSR et de psychiatrie hors T2A)

régionale et inversement : il s'agit d'un système de vases communicants entre DAF et DAC à la main des ARH dont le résultat est, là encore, de pouvoir modifier la fraction fixée nationalement. Il semble qu'ils aient également appliqué cette porosité avec les MIGAC, alors que cette possibilité ne leur était pas accordée : seules les remontées des notifications faites par les ARH à la DHOS par le biais de l'outil ARBUST peuvent permettre de savoir comment tous les constituants ont évolué en 2005. Tout en réaffirmant le principe de non porosité, la circulaire budgétaire de 2006 prévoit ce transfert à titre exceptionnel (« devra faire l'objet d'un accord des services centraux selon des modalités qui vous seront précisées prochainement »).

On aura compris en lisant ces précisions techniques quelque peu fastidieuses que la lisibilité du mécanisme de progressivité appliquée au secteur public est insuffisante, puisque la « fraction » ne permet pas d'appréhender réellement le basculement des établissements dans le système tarifaire.

CHAPITRE II- HARMONISATION ET CONVERGENCE INTERSECTORIELLES

I- Un scénario imprécis dans un calendrier contraint

Conformément à l'exposé des motifs de la LFSS fondant la T2A, deux objectifs distincts, mais très liés et souvent confondus sont fixés par le cadre législatif en vigueur :

- l'harmonisation des règles de financement met un terme à deux dispositifs antérieurs totalement opposés dans leur logique - une dotation globale de moyens encadrés et un paiement à la prestation, elle-même décomposée en de multiples unités de compte (prix de journée, forfaits, suppléments, produits facturables en sus) - et leur substitue un dispositif unique fondé, en résumé, sur une tarification forfaitaire aux séjours et sur un financement par dotation des missions d'intérêt général ;

- la convergence des tarifs privés et publics doit se concrétiser "dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs" pour s'achever en 2012 et atteindre 50% en 2008.

Historique : l'objectif de convergence tarifaire intersectorielle n'est apparu que progressivement.

Lettre de mission du ministre à la directrice opérationnelle de la MT2A (20 novembre 2002) : dans cette lettre, il n'est pas question d'un objectif de convergence intersectorielle des tarifs. Seul l'objectif d'harmonisation était explicite : « construire un système d'allocations de ressources qui soit à terme identique pour les établissements publics et privés ». Il était précisé que le rythme et les modalités devaient être adaptés aux missions et aux contraintes spécifiques de chaque secteur : mise en oeuvre progressive de nouveaux dispositifs de financement des activités non soignantes et des contraintes spécifiques de fonctionnement de certains établissements (permanence des soins, précarité...). Le mode de financement des honoraires des praticiens dans les cliniques devait être maintenu en l'état.

Exposé des motifs du PLFSS 2004 : « l'objectif est d'aboutir à une **convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteur public et privé à une échéance de dix ans** ».

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 : le 5° de l'article 17 complète l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 par un VII qui prescrit : "Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, 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 achevée, 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".

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : il portait une modification de cet article et supprimait l'objectif intermédiaire de 50% en 2008. Les travaux parlementaires ont réintroduit cet objectif. Dans la « petite loi », un palier de 75% en 2010 figurait également.

Si le premier objectif d'harmonisation est une condition nécessaire pour mettre en oeuvre le second, la réciproque n'est pas vraie : on peut harmoniser les règles de financement sans faire converger les tarifs.

Dans les présentations officielles qui ont été faites de la réforme (site Internet de la MT2A, divers diaporamas à l'adresse des ARH, colloques, etc.), le scénario de convergence intersectorielle est peu précis et laisse la place à de multiples développements possibles :

Principe : un schéma cible de convergence permettant une comparaison des deux secteurs (en hospitalisation de court séjour)

Modalités du schéma cible : 2 échelles tarifaires maintenues pendant la période de transition avec un objectif de convergence

Bénéfice attendu : une équité de traitement entre les établissements.

La justification de la démarche n'est pas de nature économique et la recherche du juste prix pour l'acheteur n'en est pas le but, puisque les deux motifs invoqués renvoient d'une part à l'équité de traitement entre les établissements (l'égalité de traitement entre les assurés n'étant pas mentionnée), d'autre part à la possible comparaison des deux secteurs, sans qu'en soit explicitée l'utilité finale.

Quant aux modalités mentionnées, elles ne constituent pas un scénario : la coexistence, pendant la période transitoire, de deux échelles de tarifs, suggère qu'à contrario la convergence se traduirait par une seule échelle de tarifs au terme de la réforme ; cependant unicité d'« échelle » (même classification et même valeur relative des tarifs des GHS entre eux), ne signifie pas forcément identité des tarifs.

Ainsi, les éléments fondamentaux du scénario de convergence intersectorielle font défaut :

- l'ampleur de l'harmonisation et celle de la convergence puisque les deux objectifs s'accompagnent de réserves non définies : « tout en respectant les spécificités de chaque secteur » pour le premier, « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs » dans le second
- le moyen de la convergence (échelle unique de tarifs ou tarifs identiques)
- le sens de la convergence, c'est-à-dire le point de rencontre des deux secteurs, situé quelque part entre le niveau des tarifs du privé et ceux du public.

Par ailleurs, le choix du tarif opposable aux régimes obligatoires comme vecteur de convergence (les tarifs des GHS et les compléments de rémunération explicitement visés par l'article de loi) suscite actuellement un débat de fond :

- **en prenant le tarif opposable comme vecteur de convergence, l'optique retenue est celle du prix d'achat par l'assureur obligatoire et non l'équité entre établissements : il est légitime que l'assureur paie la même chose pour une prestation identique.** Dans cette perspective, les tarifs actuels de la T2A ne répondent pas à cet objectif, puisque, dans le secteur privé, la dichotomie maintenue entre établissements et praticiens en réduit le périmètre et ne correspond pas au coût total pour l'assurance maladie d'une hospitalisation en clinique. Outre les prestations externalisées (exemple de la biologie ou de la radiologie) qu'il conviendrait d'isoler dans les soins de ville pour les réintégrer, il faudrait agréger les remboursements de prestations versés à l'établissement par les régimes obligatoires, les remboursements de l'ensemble des honoraires sans dépassement et la participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens.

Les cliniques sont considérées comme des plateaux techniques mis à la disposition des professionnels libéraux qui y interviennent. Ces derniers, qui comprennent les médecins le plus souvent spécialistes, les biologistes, mais aussi les auxiliaires médicaux hors infirmières, paient en contrepartie des redevances à l'établissement. Ils sont quant à eux rémunérés par l'assurance maladie en honoraires, selon les règles de la nomenclature des actes professionnels (NBAM et NGAP, et à partir de fin 2005, CCAM), sur des comptes distincts de celui de l'établissement. Ces dépenses sont imputées sur l'enveloppe des soins de ville de l'ONDAM.

Les cliniques, de leur côté, sont rémunérées par l'assurance maladie pour les charges afférentes aux structures ainsi mises à disposition, incluant principalement les personnels salariés (infirmiers, aides-soignants et personnels non soignants) et les plateaux techniques⁹¹.

- **pour certains acteurs du système de santé, l'objectif affiché d'équité entre les établissements devrait conduire en revanche à une convergence des recettes totales perçues par les établissements pour produire leurs soins et non des seules recettes versées par l'assurance maladie obligatoire.** Ainsi, si l'on prend le critère de recettes globales perçues par l'établissement (en excluant le volet MIGAC qui correspond au financement par dotation de missions d'intérêt général), il convient de ne pas s'arrêter aux recettes que l'assurance maladie procure en remboursant les prestations sur la base des tarifs opposables : outre les suppléments pour convenance personnelle payés en sus par l'assuré, les établissements privés perçoivent par exemple des redevances sur les honoraires des praticiens (de l'ordre de 20% ou plus dans les groupes intégrés, mais variables dans les structures indépendantes⁹²) et sur les dépassements d'honoraires (pourcentage de redevance non connu) ; quant aux établissements publics, ils perçoivent des redevances réglementaires sur les tarifs (sans

⁹¹ Principalement les blocs opératoires, car les installations de radiologie sont le plus souvent externalisées par rapport à l'entité juridique de la clinique, sous la forme SCM dont les praticiens sont les actionnaires.

⁹² Lorsque les praticiens sont eux-mêmes actionnaires, ils arbitrent, dans une logique d'optimisation fiscale, entre deux démarches qui dépendent en grande partie de la réglementation fiscale du moment : soit verser peu de redevances pour majorer leur revenu et minorer le résultat de la clinique, soit en verser davantage pour grossir le résultat de la clinique. Actuellement, le revenu est taxé à 46% et les dividendes à 24%. Par ailleurs, ils sont également souvent actionnaires de sociétés civiles immobilières auxquelles la clinique paie des loyers ou de sociétés communes de moyens (plateaux de radiologie par exemple) : il est donc très difficile de cerner dans ces établissements les flux financiers dans leur globalité.

dépassement) de l'activité privée des praticiens salariés ⁹³, mais les ordres de grandeur sont sans commune mesure.

Quelques ordres de grandeur toutes disciplines confondues

En 2004, les redevances versées à l'hôpital public ont représenté **48,5 M€** (compte 75821) reversés **sur 200 M€ d'honoraires sans dépassement**, soit un taux moyen de redevance de 24%, le total des honoraires perçus par les PH étant de 257 M€, soit un taux de dépassement moyen de 28,5% (source CNAMTS- SNIR tous régimes).

En cliniques, le montants d'honoraires médicaux sans dépassement en 2004 afférents aux hospitalisations était de 2,1 Md€ (principalement honoraires de spécialistes) pour le régime général (CNAMTS- source liquidations PS5), soit environ **2,6 Md€ tous régimes** ; ces honoraires représentent 20% du montant total des dépenses remboursées au titre des cliniques. Par ailleurs, sur les 10 premiers mois de l'année 2005, le taux de dépassement constaté (régime général) était de 17,6% (traitement CNAMTS sur demande du rapporteur). Avec un taux de redevance moyen de 20% sur les honoraires avec dépassements, **les recettes seraient de l'ordre de 600 M€ et de 500 M€ hors dépassements.**

Pour prendre la mesure des choses, il convient de rapporter ces montants estimés aux recettes versées par l'assurance maladie aux établissements : ils représentent environ 5% dans les établissements privés et 0,1% sans les établissements publics.

- **enfin, une troisième perspective est parfois évoquée, celle d'équité vis-à-vis des assurés**, dont la participation est aujourd'hui assez disparate d'un secteur à l'autre. A l'hôpital, l'assuré paie les forfaits journaliers hospitaliers et le TM (20%) calculé sur les TPJ sans rapport avec les tarifs de la T2A (ce point a été examiné en détail dans les parties précédents) et, dans de rares occasions (au vu des chiffres mentionnés ci-dessus), le TM de 30% sur les honoraires conventionnels auxquels s'ajoutent les dépassements de l'activité libérale des praticiens. Dans les établissements privés, la participation de l'assuré comprend les forfaits journaliers hospitaliers et le TM (20%) sur le tarif des GHS ainsi que les suppléments pour convenance personnelle, auxquels s'ajoutent le TM de 30% sur les honoraires conventionnels des praticiens ainsi que les dépassements du secteur II dont on a vu qu'ils représentaient 17,6 % du total des honoraires payés.

Sans apporter de réponse claire quant au périmètre du vecteur de convergence, la DHOS a précisé à la Cour qu'il « serait tenu compte », plutôt dans une optique de comparabilité que de fixation des tarifs, de certains des facteurs d'hétérogénéité mentionnés ci-dessus : redevances des praticiens aux établissements, charges sociales des praticiens financées par l'assurance maladie, dépenses de « péri-hospitalisation » (actes pratiqués en amont ou en aval de l'hospitalisation).

L'objectif de convergence intersectorielle qui a progressivement émergé dans le dispositif juridique et dont le terme a été fixé à 2012 ne repose pour l'instant sur aucun fondement solide ni aucun scénario clairement défini : en outre, il se heurte d'emblée à une difficulté structurelle tenant à la séparation entre prestations hospitalières et honoraires des praticiens libéraux, maintenue dans le secteur privé.

⁹³ Les honoraires sont fixés en entente directe avec le patient ; le médecin doit, en revanche, verser une redevance à l'établissement, calculée en pourcentage du tarif des actes et consultations externes. Le pourcentage varie selon le type d'établissement et le type d'actes : dans les CHR et CHU, il est de 25 % pour les consultations, de 40 % pour les actes en K et KC, et de 60 % pour les actes en Z, dans les autres établissements, ils sont respectivement de 15 %, 20 % et 60 % (Décret du 25.11.1987 n°87.945 - J.O. du 26.11.1987).

II- La situation à la fin de 2005

A- Les termes de la réflexion théorique n'ont pas progressé depuis les premières expérimentations (Languedoc-Roussillon, Marrot-Giraldi).

Jusqu'à présent, la réflexion reposait sur une certitude - la valeur faciale des tarifs des GHS du secteur privé est inférieure à celle du secteur public- suivie d'une quantification approximative réalisée par la DHOS : en corrigeant les tarifs purs des GHS par intégration de certains éléments (prise en compte des honoraires, des dispositifs médicaux et des frais de transport) les tarifs du secteur public étaient présentés à la fin de 2004 comme étant supérieurs en moyenne de 41 % à ceux du public (ou égaux à 1,66 fois ceux du privé).

▪ Les éléments portés à la connaissance du ministre à la fin de 2004

Dans une note adressée au ministre le 2 décembre 2004, la DHOS déconseillait l'opération projetée par le cabinet de convergence « à l'aveugle » en 2005 qui a pourtant eu lieu comme on le verra plus loin : transfert d'enveloppe sur le secteur privé par différenciation des hausses tarifaires entre les deux secteurs, recommandé par le conseil de l'hospitalisation en février 2005 et augmenté dans l'arbitrage ultérieur du ministre.

A l'appui de cette préconisation prudente, deux types de considérations étaient développés :

- en premier lieu, étaient explicitées et évaluées les conséquences financières de trois scénarios distincts afférents au sens et/ou au point de la convergence : convergence « asymétrique » des tarifs du privé alignés vers le haut sur ceux du public, convergence « arithmétique » des deux secteurs à la moyenne (telle qu'initiée par le faible transfert de 2005), convergence en « trompe l'œil » (dotation complémentaire aux établissements publics avec baisse équivalente de leurs tarifs (démarche également amorcée en 2005 avec le gonflement des MIGAC à l'intérieur de l'enveloppe ODMCO du public⁹⁴). **La possibilité d'une convergence des tarifs publics vers les tarifs privés n'était pas évoquée.**

- en second lieu, étaient décrites les principales raisons de la méconnaissance de l'écart entre les tarifs des deux secteurs, laquelle fait évidemment obstacle à une fixation légitime de l'amplitude de la convergence.

En revanche cette note, quelque peu vertigineuse compte tenu de l'éventail des scénarios mentionnés (cf. infra) et de leurs conséquences financières totalement différentes, ne développe aucune réflexion sur leur légitimité économique, témoignant une fois encore du manque de réflexion initiale sur les effets réellement attendus de la réforme, laquelle apparaît alors comme une mécanique qu'il faut mettre en œuvre plutôt que comme un outil d'économie des dépenses ou de politique de restructuration de l'offre. D'ailleurs, une première note de la DHOS, adressée au conseiller technique en charge de l'hospitalisation (du 12 octobre 2004) contenait un exposé similaire, mais **rappelait très clairement le contexte politique dans lequel la convergence avait pris corps et s'était imposée : celle-ci, prise au sens littéral et strict du terme (convergence des tarifs « bruts » non corrigés) et comprise dans le sens d'une convergence vers le haut, constituait pour la FHP l'une des deux conditions essentielles de son engagement dans la réforme** ; l'autre condition était

⁹⁴ Lorsque le gonflement des MIGAC est prélevé sur l'enveloppe ODMCO commune comme en 2006, cet effet trompe l'œil ne joue plus.

l'instauration d'une régulation prix-volume au sein d'une enveloppe unique publique-privée (l'ODMCO), car, compte tenu des poids et des taux de croissance en volume respectifs des deux secteurs, cette mise en commun diminuait l'importance relative du dépassement du seul secteur privé, devenu endémique -1 Md€ de 2000 à 2004- et par voie de conséquence minorait les éventuelles sanctions par baisse de prix : on peut d'ores et déjà préciser que ce second volet a été mis en place. Il conduit par exemple en 2006 à une « sanction » identique pour les deux secteurs (baisse tarifaire de 1 % en MCO), alors que le dépassement des cliniques en 2005 représente 61 % du dépassement total toutes disciplines confondues (estimé à 550 M€ sur un dépassement total de 900 M€) pour un objectif égal à 16,3 % de l'objectif total, également toutes disciplines confondues (9791 M€ sur 60163 M€).

▪ Les 3 scénarios de convergence et leur chiffrage

Celui-ci (réalisé sur des données de 2003) relève d'un exercice consistant à se fonder sur un écart (environ 40% mentionné supra) dont il est dit ensuite qu'il n'est pas fiable. Si le dernier scénario (« en trompe l'œil ») n'emporte, par construction, aucun effet financier sur les dépenses d'assurance maladie et consiste à vider le concept de sa matière, il n'en va pas de même des deux autres : convergence asymétrique et convergence à la moyenne, fortement impacté par la différence importante de poids respectifs entre les deux secteurs.

En reprenant cet écart moyen d'environ 40%, la convergence « asymétrique » (alignement des tarifs privés sur ceux du secteur public) représenterait **un coût supplémentaire de 4,7 Md€** pour l'assurance maladie⁹⁵ ; la convergence à la moyenne qui a connu un début d'application en 2005 représenterait **une redistribution de 3,7 Md€ avec une hausse moyenne des tarifs de 69% pour le secteur privé (qualifié modestement d'effet « d'aubaine ») et une baisse corrélative de 15 % de ceux du secteur public**⁹⁶ ; enfin, la convergence en « trompe l'œil » nécessiterait de cerner une enveloppe complémentaire de 9,3 Md€ (incluse dans la dotation des MIGAC ou « sui generis » à créer).

Le montant de 3,7 Md€ à redistribuer en cas de convergence à la moyenne est à rapprocher des montants en cours de redistribution dans le processus de convergence intrasectorielle : 1,19 Md€ dans le secteur public et 137 M€ dans le secteur privé.

Il est évident que l'apport de 3,7 Md€ au secteur privé ferait plus que « neutraliser » (pour reprendre le terme utilisé par le conseil de l'hospitalisation) sa redistribution intrasectorielle évaluée à 137 M€.

Dans sa réponse à la Cour, la DHOS a indiqué qu'« aucun modèle n'est établi, mais le scénario d'une convergence des tarifs du secteur privé vers ceux du secteur public apparaît bien évidemment incompatible avec les contraintes d'évolution de l'ONDAM. »

▪ Les raisons qui expliquent la méconnaissance de l'amplitude de l'écart

La convergence vers des tarifs identiques suppose que soit connue l'amplitude de l'écart et qu'un tri rigoureux soit donc opéré entre les disparités dues à des niveaux de productivité disparates que l'on cherche à éliminer et les disparités justifiées qu'il est nécessaire de prendre en compte d'une manière ou d'une autre.

⁹⁵ Dans la note d'octobre, le surcoût pour l'assurance maladie était indiqué à 6,7 Md€

⁹⁶ Dans la note d'octobre, la hausse tarifaire du privé n'était que de 20% et le transfert de 3 Md€ selon le calcul de la Mission pour l'expérimentation de la tarification à la pathologie (METAP)

Or, ce travail préalable n'a pas été réalisé alors qu'il a été pointé depuis 1995. Il se heurte à des difficultés d'ordre structurel et méthodologique, déjà mentionnées à plusieurs reprises au long de ce relevé, qui gênent le simple processus d'harmonisation des règles de financement entre les deux secteurs, mais entravent totalement la démarche de convergence intersectorielle.

Dans les deux notes de cadrage de la DHOS précitée (octobre et novembre 2004), plusieurs types de difficultés sont ainsi listés, ouvrant la voie à la nécessité d'initier de multiples études, dont les futurs résultats apparaissent davantage comme des éclairages destinés à combler les lacunes de la connaissance que comme les indicateurs incontournables d'un dispositif de convergence explicite et formalisé.

- Un premier axe de difficultés, d'apparence plutôt technique mais de nature structurelle, concerne les disparités de périmètres dues au système cloisonné des cliniques (honoraires et prestations externalisées en ville) ainsi que les disparités d'unités de compte sur lesquelles se fonde le calcul des tarifs : les anciens tarifs dans le privé et les coûts (calculés sur la base des dépenses encadrées) dans le public.

Un second axe de difficultés renvoie au sujet central des disparités de coûts et de leurs causes justifiées ou non :

* Certaines disparités « justifiées » sont d'ores et déjà prises en compte dans le nouveau dispositif de financement par le biais de la dotation MIGAC (qui recouvre grossièrement le clivage public-privé) et des coefficients géographiques (applicables aux deux secteurs) : mais des disparités demeurent sur le seul champ des tarifs de GHS issus des GHM.

* Concernant ces derniers, parmi les causes de surcoût justifiées, sont principalement évoquées les disparités d'activité (spécialisation, cf. infra) dont les GHM, construits sur une logique purement statistique, ne rendent pas compte de manière satisfaisante ainsi que les caractéristiques de la population hospitalisée qui induisent probablement des modes de prise en charge plus coûteux (durée de séjour plus longue⁹⁷, activité non programmée qui représenterait un surcoût de 63% selon la FHF etc.). Enfin, les surcoûts sont dus probablement à la différence des facteurs de production dont les études doivent conduire à déterminer la légitimité ou non.

A noter que les coûts liés aux achats (non évalués dans la comparaison) ont été d'emblée jugés comme des surcoûts illégitimes dans le secteur public et traités depuis 2005 dans un plan d'économie de 800 M€ sur trois ans, une économie de 150 M€ ayant été intégrée dans le cadrage de la campagne 2005 pour les établissements publics (circulaire 2005-514). Nonobstant le fait que ces économies imposées n'ont pas été réalisées (ce qui est l'une des multiples causes du dépassement de 2005), la campagne 2006 intègre une nouvelle tranche d'économies sur les achats de 450 M€.

⁹⁷ Dans le cadre des travaux sur la classification V10 des GHM, l'ATIH a produit une étude très contestée, en particulier par la DREES (sujet évoqué dans le présent rapport) qui étudie non pas les écarts de tarifs, mais de DMS par GHM et montre qu'en réintroduisant des facteurs tels que l'âge du patient, l'écart entre les deux secteurs se réduit considérablement. La DHOS indique de même que ramené à la journée, les tarifs publics ne sont plus supérieurs que de 17% au lieu de 40%.

En revanche, la question centrale des charges de personnel constitue clairement la pierre d'achoppement de la convergence, puisqu'elle met en exergue l'éventuel surcoût lié au statut de la fonction publique hospitalière et de sa gestion : rémunérations brutes supérieures de 10% (de 4% après prise en compte des différences de charges patronales), effectifs des personnels non médicaux largement supérieurs (de l'ordre du double), niveau de qualification supérieur. Concernant les deux derniers items, seuls des indicateurs de qualité ou des référentiels d'encadrement à dire d'experts permettraient de porter un jugement sur leur caractère légitime ou non : les premiers n'existent pas, quant aux seconds, ils ont été récusés en raison de leur caractère généralement inflationniste.

La note de la DHOS d'octobre 2004 soulignait que ces prémisses renvoyaient à une question de fond qui devait être clarifiée préalablement aux questions de méthodes et au lancement de travaux : la convergence devait-elle s'opérer de manière stricte mais aveugle sur les tarifs existants (c'est ce qui a été fait en 2005) ou fallait-il d'abord corriger les tarifs des spécificités du secteur public dans la formation des coûts, en l'occurrence les coûts de personnel, et appliquer la convergence sur « des écarts résiduels de tarifs » ?

La clarification nécessaire n'a pas été apportée à l'occasion du vote des LFSS successives.

Ainsi, depuis que le projet de tarification à l'activité a pris naissance, il a véhiculé le concept de convergence intersectorielle. Les obstacles structurels et méthodologiques à un tel objectif ont été d'emblée cernés pour déboucher, chaque fois, sur des préconisations d'études à entreprendre : mais entre 1995 (rapport sur la première expérimentation Languedoc-Roussillon) et 2005 (année d'application de la première convergence), aucun progrès n'a été réalisé dans le traitement, au fond, des principaux problèmes (coût des personnels dans le public, séparation des honoraires libéraux dans le privé).

B- L'application en 2005 des principes d'harmonisation et de convergence

C'est donc à travers des décisions segmentées, prises au fil de l'eau depuis 2005, que l'on peut essayer de cerner le scénario d'harmonisation et de convergence qui est en train de se mettre en place.

L'harmonisation des modes de financement n'est pas totale : elle s'est heurtée à des spécificités nombreuses et de nature diverse qui, dans certains cas, ont reçu un traitement idoine, du moins dans le principe et, dans d'autres, ont été carrément ignorées. Quant à l'objectif de convergence, il a reçu un début de concrétisation, avant même d'avoir été défini.

1) Le traitement des spécificités structurelles

a) Les difficultés liées à la nature de l'activité produite par les deux secteurs

▪ **La question des missions d'intérêt général**

La première spécificité concerne l'existence de missions d'intérêt général revendiquée par le secteur public : la solution adoptée pour permettre d'harmoniser les règles de tarification de l'activité de soins est passée par la création de la dotation MIGAC ouverte aux deux secteurs. Le principe en est légitime et permet de réduire en théorie l'une des causes principales de

divergence; mais son début de mise en œuvre présente à ce jour de graves lacunes dues à une définition peu rigoureuse et à un mode de valorisation fondé sur les coûts historiques (cf. partie II- définition des MIGAC et partie III -valorisation des MIGAC).

En simplifiant les MIGAC actuelles (définition, mode de valorisation) constitue principalement une dotation complémentaire octroyée au secteur ex DG. Par ailleurs, la logique financière de vases communicants qui consiste à prélever d'abord le financement de cette dotation sur l'enveloppe ODMCO, ce qui a pour effet d'impacter mécaniquement le niveau des tarifs de prestations (à la baisse en 2005 et 2006) a des conséquences directes sur la mise en œuvre d'une convergence tarifaire. En effet, dans cette optique, **la question essentielle est de savoir si l'augmentation de la dotation MIGAC est préemptée sur la seule enveloppe MCO du secteur public ou sur l'enveloppe commune MCO au prorata des deux secteurs : or, ce choix dont dépendent les transferts financiers effectivement appliqués entre secteurs n'est pas explicité dans les cadrages annuels.**

En 2005, premier exercice au cours duquel les deux secteurs d'établissements étaient soumis à la T2A, le cadrage de la campagne budgétaire a été réalisé indépendamment dans chaque secteur. Dans le public, compte tenu du mode de valorisation (fixation d'une dotation MIGAC à partir des retraitements comptables, prélevée sur l'enveloppe MCO de ce secteur), la forte augmentation des MIGAC par rapport à celles de 2004 (en base : de 3,4 Md€ à 4,3 Md€, soit + 26%) a fait baisser artificiellement les tarifs de ce secteur, ce qui, au passage, les a fait converger de facto vers les tarifs plus bas du privé (baisse de l'ordre de 3% : 900 M€ divisés par la base ODMCO – MIGAC retenue en 2005). Cette augmentation a eu également pour effet de redistribuer les financements à l'intérieur du secteur public au bénéfice des gros établissements. Quant au secteur privé, il a bénéficié d'une dotation MIGAC de 14 M€ prélevée sur ses mesures nouvelles (ce qui représente une baisse des tarifs de l'ordre de 0,2% : 14/7939 base ODMCO – MIGAC).

En 2006, le sujet se présente différemment puisque le cadrage de la campagne s'opère en faisant évoluer globalement les sous-objectifs dessinés en 2005. A l'intérieur d'un taux d'évolution de 3,44 % pour le total des dépenses des établissements, le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » progresse de 3,35 %. A l'intérieur de ce dernier, la dotation des MIGAC est en forte augmentation (objectif / objectif : de 4671 M€ à 5634 M€, soit + 20,6%), présentée officiellement en augmentation de 12,59 % parce que rapportée à une base de 5006 M€, c'est-à-dire augmentée de 335 M€ par rapport à l'objectif 2005 de 4671 M€. Par ailleurs, l'ODMCO ne progresse que de 2,04 %.

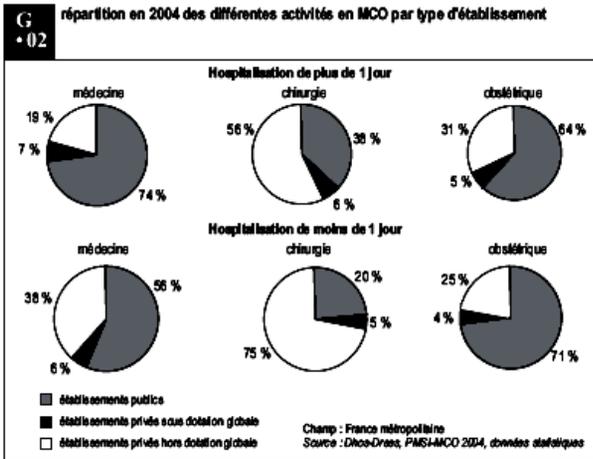
Ainsi le renforcement de l'aide à la contractualisation semble s'être opéré par prélèvement sur les autres enveloppes, principalement celle de l'ODMCO et avoir affecté les deux secteurs, de même que la baisse tarifaire uniforme de 1 %. Toutefois, si le financement des établissements par la dotation AC s'applique à chacun des deux secteurs selon une répartition différente de leur poids respectif dans l'ODMCO et de leur contribution au financement de l'enveloppe AC, il y aura un transfert d'un secteur vers l'autre.

▪ La question de la spécialisation de l'activité de soins

Une seconde spécificité structurelle concerne la spécialisation des activités de soins entre les deux secteurs : elle découle historiquement d'une adaptation volontariste et compréhensible du secteur privé à son ancienne tarification et aux règles de planification, préoccupation que le dispositif de budget global n'a pas suscitée dans les hôpitaux. Cette flexibilité se lit par exemple dans le retrait progressif des cliniques du secteur des maternités, jugé insuffisamment rémunérateur, alors qu'historiquement elles considéraient l'accouchement comme un « produit d'appel » : on aime l'établissement que l'on a fréquenté pour un épisode heureux. A l'inverse, le contingentement des autorisations de lits a conduit les cliniques à

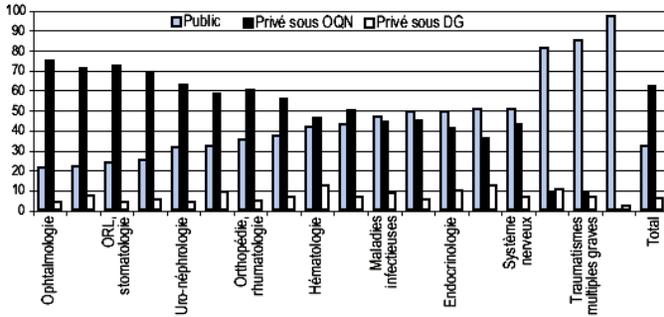
accélérer la rotation de ces derniers, non seulement en diminuant la DMS de leurs séjours, mais en organisant la chirurgie ambulatoire programmée avant la lettre (c'est-à-dire avant la définition et les autorisations de chirurgie ambulatoire découlant de la loi portant réforme hospitalière de 1991).

Ainsi, en termes de disciplines et de prises en charge (hospitalisation complète versus hospitalisation partielle), la spécialisation est évidente. Les diagrammes ci-dessous la présente dans le champ MCO où s'applique la T2A.



La spécialisation des deux secteurs s'exerce également à l'intérieur des grandes disciplines, comme le montre le tableau ci-dessous. De manière encore plus fine, la spécialisation se lit dans le casemix des établissements (éventail et poids respectif des GHS produits) : les deux tiers de l'activité se concentre dans le public sur 8 catégories majeures de diagnostic (CMD) et seulement 5 CMD dans le privé et ce, de manière stable depuis 1998 (le PMSI regroupe les GHM en 27 CMD).

graphique 1 ● part de l'activité chirurgicale par type d'établissements et par groupe de produits en 2002



Lecture : l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge pour 21 % des cas par le secteur public, 75 % par le privé sous OQN et 4 % par le privé sous DG.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

Enfin, la spécialisation s'exerce aussi à l'intérieur même des GHS : il convient de bien préciser les choses sur ce point central qui oppose régulièrement les organisations professionnelles des deux secteurs et renvoie à la question de la classification et de son évolution en termes de segmentation⁹⁸. D'une part, le GHM peut effectivement recouvrir une hétérogénéité des cas traités dont le niveau de lourdeur est très significativement différent (une distribution des DMS en dos de chameau permet de cerner ce phénomène), d'autre part cette hétérogénéité constatée à l'intérieur d'un GHM peut être similaire dans tous les établissements.

Si l'hétérogénéité est la même quel que soit l'établissement, il n'y a pas de conséquences financières à en tirer : comme le tarif du GHM est calculé sur une moyenne, tous les établissements se trouvent dans la même situation, à savoir compenser les prises en charge les plus lourdes par les plus légères. En revanche, si l'hétérogénéité est différente parce que les établissements se sont spécialisés sur les segments légers ou lourds du GHM (exemple de la FHF cité en note de bas de page), l'utilisation de la même classification pour les deux secteurs n'est guère préjudiciable tant qu'on reste dans le domaine de l'harmonisation (puisque les tarifs ont été calculés séparément), mais devient un problème aigu dès qu'on vise une convergence d'échelle (valeur relative) et/ou de tarifs (valeur absolue).

Ainsi, une harmonisation du mode de financement de l'activité de soins a été réalisée sur la base d'une classification tarifante commune, mais l'objectif de convergence se heurte en revanche à une situation de fait, la spécialisation des deux secteurs, ce qui conduit inéluctablement à une segmentation accrue des GHM. Toutefois, comme on l'a souligné à plusieurs reprises, il n'est pas souhaitable de segmenter à l'extrême une classification pour en faire le reflet de la très haute spécialisation de certains établissements. Au cours des travaux sur la V10 qui entre en vigueur le 1^{er} mars 2006, cette tendance a commencé à se concrétiser. En simplifiant, l'approche statistique sur laquelle repose la classification des GHM et donc la

⁹⁸ L'exemple le plus cité par la FHF est celui de l'intervention du rachis sans CMA : « les trois quarts de ces interventions du privé se font sur des problèmes de hernies discales. Ces pathologies ne représentent que 37% du public. Les grosses interventions telles que les tumeurs, les fractures du cou (plus de 13 interventions publiques contre 1 dans le commercial), les interventions après fracture du rachis lombaire, du bassin, des côtes et du rachis dorsal (1 en privé pour 16 à l'hôpital) sont quasiment exclusivement réalisées dans le public. »

T2A est antinomique avec le phénomène de spécialisation : le choix d'établir une échelle commune et des niveaux de tarifs identiques accentue ce problème de nature théorique.

b) Les difficultés liées à la logique des anciens systèmes d'allocation de ressources

▪ **La question du cloisonnement des prestations hospitalières et des honoraires dans le privé**

Le secteur privé présente une spécificité historique par rapport au secteur public : il s'agit du cloisonnement des prestations hospitalières versées aux établissements et des honoraires versés aux praticiens libéraux. Dans la démarche entreprise, ce sujet a été laissé totalement de côté alors qu'il constitue un des obstacles majeurs aux deux objectifs poursuivis, harmonisation et convergence. On peut s'étonner de la simplicité déconcertante avec laquelle le sujet est évacué dans le rapport produit par la MT2A en octobre 2003 pour présenter les grandes options du nouveau dispositif :

« 1-8 : une double échelle de tarifs :

La fixation des tarifs de prestations nécessite de poser la question de l'assiette sur laquelle est basé le calcul. Il importe de rappeler que l'option retenue précédemment dans les expérimentations correspondait à la mise en place d'une échelle commune prenant en compte, en les pondérant : les prix payés par l'assurance maladie pour l'ensemble des séjours dans le secteur privé sous OQN, les coûts observés dans un échantillon d'établissements appartenant à l'ENC dans le secteur sous DG.

Une telle hypothèse nécessitait de faire en sorte que le contenu des charges dans les deux secteurs soit de même nature et donc posait notamment le sujet de l'intégration des honoraires médicaux dans le calcul des groupes tarifaires de séjours. (...).

Compte tenu du calendrier contraint de la réforme, l'option choisie par la Mission a été, dans un premier temps, d'exclure les honoraires des médecins libéraux des cliniques, et donc de démarrer la réforme sur la base de deux échelles de tarifs. »

Les conséquences du statu quo sont les suivantes :

- création de deux séries de tarifs, l'une en « coût complet » (dépenses encadrées), l'autre amputée de plus de 20% d'honoraires,
- maintien d'une marge de manoeuvre aux établissements privés pris dans leur globalité, la facturation des honoraires n'ayant pas de lien mécanique avec le GHS facturé (les actes entrant dans la classification du PMSI ne sont pas exhaustifs (cf. partie I – un outil : le PMSI),
- maintien d'une variable d'ajustement avec la facturation aux assurés des dépassements,
- différence d'impact de la régulation prix-volume de l'ODMCO qui ne s'applique qu'à une partie des recettes en provenance de l'assurance dans les établissements privés,
- taux de participation différent de l'assuré (comme vu précédemment).

▪ **La question du mode de valorisation des tarifs**

Faute de préparation, il n'y a pas eu harmonisation des méthodes de valorisation des tarifs, ce qui a conduit à fixer, sur la base d'une classification identique de GHM, deux échelles de tarifs différentes en valeur relative et absolue. Les différences ne touchent pas que les tarifs de GHS proprement dit, mais aussi le reste des éléments de rémunération complémentaires.

Toutefois, à périmètre et base de valorisation différents, il apparaît de manière assez inattendue qu'il existe une forte corrélation entre les deux échelles de tarifs : 0,94 (source HCAAM – janvier 2006). Par ailleurs, une distorsion entre échelles (valeurs relatives des GHS) peut refléter le phénomène de spécialisation décrit supra, puisque les tarifs des GHS de chaque secteur photographient les coûts pour les uns, les tarifs pour les autres de prises en charge effectivement différentes.

Sans le couperet que constitue l'objectif de convergence intersectorielle, cette situation n'est pas en soi problématique : on peut en effet concevoir dans un avenir proche de partir des tarifs fixés en 2005 qui reflètent l'état des lieux dans chaque secteur au moment de l'introduction de la T2A et, à l'intérieur de chacun d'eux, d'adopter une démarche d'acheteur, consistant à rechercher le juste prix (celui des établissements les plus performants de chaque secteur) en s'appuyant sur certains indicateurs (dont les coûts) pour les faire évoluer de manière distincte en fonction des caractéristiques de chacun.

2) Une gestion parfois peu rigoureuse et coûteuse de l'harmonisation

Différents éléments, déjà mentionnés dans le présent relevé, sont ici regroupés.

▪ **Les produits facturables en sus**

Comme l'a montré la description des éléments de financement (partie II), le cas des produits facturables en sus dont l'enjeu financier est très important (près de 3 Md€) est illustratif d'une absence de rigueur : les listes ne sont pas identiques, plus réduites dans le secteur public, compte tenu de la pression exercée par le secteur privé pour conserver ses acquis (tous les dispositifs médicaux étaient facturables en sus dans l'ancienne tarification et certaines molécules onéreuses) ; en revanche, au nom de l'harmonisation, le secteur public a obtenu en 2005 l'externalisation des prothèses de hanche qui semble perdurer en 2006, malgré la segmentation des GHM dans la version 10. La DHOS précise que les DMI enlevés en 2006 de la liste du secteur privé et réintégré dans les GHS représentent un montant de 160 M€.

▪ **Les SPC**

Le maintien de suppléments tarifaires (soins particulièrement coûteux en chirurgie) sous forme de coefficients de haute technicité n'infère pas directement sur le financement du secteur public, puisqu'ils ont été prélevés sur l'enveloppe privée en 2005, en amont du calcul des tarifs (200 M€), mais il a pour conséquence de biaiser les règles de la tarification et de minorer le niveau des tarifs nationaux du privé de 3,3% (montant SPC divisé par la « base tarifs » retenue pour 2005). La question de leur suppression a déjà été évoquée à plusieurs reprises.

▪ **Le financement des urgences**

Il a été souligné que le financement des urgences (partie II) avait été calqué a priori sur celui qui s'exerçait dans le secteur privé depuis 2000.

Les établissements privés en ont tiré un bénéfice immédiat qui a consisté à aligner les tarifs des passages non suivis d'hospitalisation (ATU) sur ceux du public, en les passant de 16€ à 25€. De leur côté, les établissements publics ont obtenu le tarif du forfait de petit matériel

dans les « services d'urgences non autorisées » (FFM à 19,05 €) dont on a montré le caractère obsolète et contraire à la réglementation.

Enfin, le passage des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie dans le public par le calcul du taux de conversion en 2005 et ses modalités d'application (décrites en partie III, chapitre IV) conduisent à ne pas faire payer de ticket modérateur sur les ATU dans le public.

Il résulte de ces constats que l'harmonisation des règles de financement est inachevée et qu'elle a donné lieu, à travers des mécanismes parfois peu lisibles, à certains transferts financiers entre secteurs qu'il est difficile de chiffrer avec précision.

3) Le début de convergence appliquée à l'aveugle

C'est dans ce contexte flou que le premier acte de convergence a pris place en 2005, c'est-à-dire dès l'exercice de mise en œuvre de la T2A dans le privé (en réalité sur 9 mois seulement à compter du 1^{er} mars avec effet report de 3 mois sur 2006).

Le conseil de l'hospitalisation a recommandé (recommandation 2005-10 de février) une convergence entre les deux secteurs par le biais d'une modulation des évolutions tarifaires (partage des mesures nouvelles) correspondant à un prélèvement de 20M€ au bénéfice du seul secteur privé. Cette recommandation assortie d'une justification pour le moins inattendue de la part d'une telle instance tend à créer une doctrine totalement absente des débats parlementaires, mais qui reflète la perspective économique dans laquelle la FHP a entendu la réforme et l'a acceptée : l'enveloppe de 20 M€ "apparaît suffisante pour permettre d'amorcer le processus de convergence et de neutraliser les effets négatifs de la convergence interne au secteur privé".

Après arbitrage du ministre (arrêté 30 juin 2005, paru au JO du 2 août) l'évolution des volumes a été revue à la baisse (c'est-à-dire de 2% à 1%) et l'évolution moyenne des tarifs est devenue positive (elle est passée d'une préconisation de baisse de 0,96% à une hausse de 0,78 %) ; quant à l'enveloppe de convergence, elle a été augmentée de 20 M€ à 35 M€ : le tableau ci-dessous retrace les étapes qui ont **ainsi conduit à octroyer un taux de hausse supérieur de 1,7% au secteur privé** (dont 3 mois en effet report sur 2006, puisque les hausses ne s'appliquent dans ce secteur qu'à compter du 1^{er} mars).

	Conseil Hospitalisation	Arbitrage ministre
évolution tarifs en masse année pleine hors mesures spécifiques	- 0,96%	0,78%
évolution tarifs secteur public au 1er janvier	-0,96%	0,78%
évolution tarifs secteur privé au 1er mars hors mesures spécifiques	-1,15%	0,93%
évolution tarifs secteur privé au 1er mars avec mesures spécifique	-0,58%	1,34%
Enveloppe convergence	20	35
évolution tarifs secteur public au 1er janvier	- 1,25%	0,27%
évolution tarifs secteur privé au 1er mars avec convergence hors mesures spécifiques	-0,79%	1,56%
évolution tarifs secteur privé 1er mars avec convergence et mesures spécifiques	-0,22%	1,98%

C- Les travaux en cours

Le bilan fin 2005 est assez pauvre et rend manifestement impossible l'application d'une convergence à 50% en 2008.

1) Un contexte bloquant :

- la mise en place d'un processus de travail particulièrement inadapté à un sujet conflictuel par essence : l'expertise et la décision portant sur toutes les questions, de fond et techniques, ont été confiées à des instances associant en permanence les fédérations ; ces instances sont par ailleurs pilotées par le bureau des établissements privés F3 et non par la MT2A, ce qui semble particulièrement inadapté à la question et a été mal perçu par les organisations représentant les établissements publics ou PSPH. Comme on l'a vu précédemment (cf. partie IV, chapitre II), cette volonté d'associer les professionnels s'est manifestée pour l'ensemble des travaux concourant à la mise en œuvre de la T2A. La composition de ces groupes de travail ne paraît pas de nature à répondre aux enjeux.
- l'absence d'un scénario cible de convergence : les premières réunions, telles que retracées dans le procès verbal du premier comité de pilotage du 22 juillet 2004 et dans une note méthodologique de la DHOS du 4 octobre 2004, paraissent surtout guidées par la nécessité de progresser dans la connaissance en se fondant sur l'avis du HCAAM du 7 juillet 2004 qui soulignait le « caractère dramatiquement insuffisant de la connaissance des coûts hospitaliers » et la nécessité « de lancer et d'entretenir un vaste programme finalisé très ouvert, de recherches et d'études sur les données de l'activité hospitalière ».
- le souhait par ailleurs très insistant de la DHOS, qui se manifeste au cours des premières réunions du comité de pilotage, de faire valider immédiatement le lancement d'une étude de coûts dans le secteur privé, confiée à un consultant privé, dont il semble qu'elle n'ait eu d'autre utilité que d'apporter pour 2006 une objectivation et une légitimité à la démarche de convergence vers le haut (hausse tarifaire supérieure dans le privé) déjà acquise pour 2005 sans aucune base. **La question essentielle posée par l'ensemble des fédérations de l'articulation entre les études de coûts constatés et la fixation des tarifs n'a pas reçu de réponse** : les études de coûts peuvent en effet avoir des finalités diverses, allant du recalcul des tarifs à la simple comparaison entre secteurs, en passant par la révision de l'échelle relative du privé ou la définition d'indicateurs permettant de mieux approcher la distribution des mesures nouvelles chaque année⁹⁹. Par ailleurs, les décisions ont été prises en dépit de nombreuses réserves des fédérations, hors la FHP. Celles-ci ont porté principalement sur l'utilité réelle de reconstituer de manière rustique une base de coûts historiques sans lien avec la méthode de constitution de l'échelle de coûts commune ultérieure, sur le choix d'asseoir l'étude sur un petit nombre d'établissements volontaires choisis par la FHP au lieu de prendre le temps nécessaire de créer un échantillon d'établissements tirés de manière aléatoire, enfin sur le choix

⁹⁹ La réponse apportée par la DHOS à la Cour n'éclaire pas vraiment ce sujet : la comparabilité y est présentée comme l'objectif principal des études lesquelles pourraient « le cas échéant » conduire à une révision de l'échelle (et donc des tarifs) du secteur privé.

d'un opérateur privé au lieu d'avoir recours à l'opérateur public responsable de l'échelle de coûts publics (l'ATIH). Dans sa réponse à la Cour, la DHOS a indiqué que la méthodologie de construction des coûts du secteur privé (1^{ère} étude) devait être réutilisée dans le travail sur la construction de l'échelle commune (2^{ème} étude).

2) Contenu des travaux

Cf. trois documents source DHOS en annexe 10 : organigramme des groupes de travail convergence, calendrier des réunions, planning prospectif (2006-2009)

- La réflexion et le lancement des travaux ont suivi une progression contraire à la logique attendue : en effet, les énergies se sont focalisées sur deux chantiers, l'étude de coûts privés et la méthodologie de construction d'une échelle commune de coûts, gérées par un groupe de travail A, lui-même subdivisé en un sous-groupe 1 (méthodologie comptable) et un sous-groupe 2 (représentativité et échantillonnage) Il faut attendre octobre 2005 pour que se réunisse un nouveau groupe de travail B consacré aux études dites « complémentaires » : celles-ci, listées sans réelle liaison ni priorisation, renvoient en fait aux problèmes de fond (nature de l'activité, spécificité des populations hospitalisées, disparités de coûts justifiées ou non) que l'application de la convergence suppose résolu.

- La méthode adoptée pour mener à bien ces études complémentaires mais cruciales augure mal de leur réalisation : un rapporteur choisi parmi les représentants des fédérations est chargé, pour chaque thème, de proposer une revue de l'existant et un projet de méthodologie. Pour prendre un exemple, le thème de la spécialisation donne lieu en tout et pour tout, dans le planning, à la programmation au 1^{er} trimestre 2006 d'une revue de la littérature et prospection sur des études nouvelles. Quant à l'étude portant sur l'incidence des conditions d'emploi sur les coûts, qui constituent très clairement la pierre d'achoppement de la démarche de convergence, elle est conduite selon les mêmes méthodes et doit être réalisée, selon un cahier des charges à définir, au cours du 2^{ème} trimestre 2006. **Devant un tel choix de méthode pour traiter notamment du sujet de la fonction publique hospitalière, on est en droit de s'interroger sur le but réellement poursuivi le ministère en la matière.**

- Les deux études en cours, sous-traitées au consultant privé semblent poser des problèmes et ont pris du retard : la mission d'appui de l'IGAS a émis à leur sujet les plus grandes réserves.

Concernant l'étude de coûts du secteur privé réalisée dans un premier temps sur les données comptables de 2004 de 51 établissements volontaires, la méthodologie mise en place s'éloignerait, selon l'ATIH, du cahier des charges initial et présenterait en particulier le défaut majeur de ne pas répartir les charges par GHM en fonction du parcours réel du patient, mais selon un type d'imputation forfaitisé. Les résultats attendus fin 2005 ne devraient finalement être disponibles qu'au cours du premier trimestre 2006.

Concernant les travaux sur la méthodologie d'élaboration de l'échelle commune de coûts, la DHOS a informé la Cour du fait que les premiers travaux présentés par le consultant privé n'avaient pas été jugés conformes aux spécifications du marché et que l'ATIH allait finalement les reprendre et les achever.

Concernant les études complémentaires enfin, le groupe de travail adhoc s'est à nouveau réuni le 24 février 2006, au cours duquel les rapporteurs des fédérations ont esquissé des problématiques sur chacun des thèmes d'étude.

Il paraît donc désormais probable que le calendrier selon lequel les résultats des travaux devaient être disponibles en 2007 ne pourra pas être tenu.

3) De nouvelles perspectives au début de 2006

- Le Gouvernement a souhaité introduire une pause dans un processus de convergence intersectorielle peu maîtrisé sur le fond : le projet de LFSS abrogeait la disposition votée un an avant qui fixait une échéance à la convergence, sans la définir, de 50% en 2008 ; dans le même temps, la recommandation 2005-49 du 13 décembre 2005 du conseil de l'hospitalisation confortait cette position : « suspendre l'effort de convergence tarifaire intersectorielle pour l'année 2006 dans l'attente des premiers résultats significatifs des études mentionnées plus haut. ».

- Le Parlement n'a pas retenu le principe de cette pause et a réaffirmé l'échéancier, en essayant même d'introduire une contrainte calendaire supplémentaire qui n'a pas été retenue : 75% de la convergence en 2010.

- Le débat, en s'ouvrant, s'enrichit d'analyses et de propositions : d'une part celles du HCAAM qui a tenu trois séances (novembre, janvier, février) et a produit un avis en mars 2006 , d'autre part, la mission confiée à l'IGAS en juillet 2005 qui a abouti au rapport 2006-009 rendu public.

Ces deux démarches concomitantes reprennent les éléments factuels résumés dans le présent relevé : en ce qui concerne les écarts de tarifs constatés, sur lesquels sont émises les hypothèses d'écarts, on constate toutefois une certaine confusion qui rend la définition d'un scénario encore plus difficile.

Les calculs des écarts de tarifs se multiplient

- une première faiblesse, jamais évoquée, vient de la valorisation des tarifs eux-mêmes dont on a vu en partie III le caractère très approximatif dans chacun des secteurs

- une seconde faiblesse vient de la multiplicité des méthodologies utilisées pour corriger les effets de champ, de périmètre et, plus récemment de case-mix qui induit un changement de raisonnement notable : on passe du critère de tarifs à celui de recettes.

- une troisième faiblesse vient d'une formulation mathématique différente des écarts qui peut prêter à confusion.

On retiendra l'expression selon laquelle les tarifs du public sont 1,xx fois supérieurs à ceux du privé [$100 / (\text{privé/public}) = 1,xx$]

- le rapport Marrot-Giraldi s'appuyait sur la comparaison entre l'échelle de coûts de l'ENC et l'échelle des tarifs du privé : **1,66** ($100 / (60/100)$)

- les derniers chiffrages de la DHOS sur les tarifs appliqués, corrigés, mais n'incluant pas les DMI-MO : 1,69 en 2004 et **1,56** en 2005

- le rapport IGAS 2006-009 : **1,81** en 2005 (une pondération par les parts de marché en GHM a été introduite, ce qui revient à raisonner en recettes et non en tarifs purs et montre que le poids moyen du cas traité est supérieur dans le public)

- les travaux du HCAAM proposent une simulation de l'effort demandé au secteur public fondée sur une hypothèse, qualifiée d'arbitraire dans le document, de 20%, soit **1,25**.

Le HCAAM dans son avis du 23 mars 2006 préconise une convergence vers le secteur le plus efficient (le secteur privé). Il précise en outre que « c'est donc à partir de 2007, l'année même de l'achèvement du programme d'études défini par la DHOS, qu'il conviendra au vu des résultats d'engager la démarche de convergence ».

Quant au rapport de la mission de l'IGAS, il souligne explicitement que la gestion rigoureuse des deniers publics ne peut se satisfaire d'un système qui atténue le degré d'exigence vis-à-vis des moins performants, et préconise d'instaurer une convergence vers les tarifs des établissements les plus performants (en l'occurrence, par hypothèse, les plus performants du secteur privé). Il précise par ailleurs que l'amplitude de la convergence ne doit pas être calculée à partir des tarifs existants, tels que pris en compte actuellement dans les comparaisons, mais à partir des écarts résiduels de tarifs, c'est-à-dire une fois rendues homogènes les prestations de soins et enlevés les éléments de disparités irréductibles : dans cette optique, le rapport recommande d'étudier les facteurs de disparité des coûts de main d'œuvre, dont certaines pourraient faire l'objet d'un surtarif dans le secteur public¹⁰⁰.

Indépendamment des difficultés soulevées par le calendrier et compte tenu des éléments d'information déjà disponibles, la Cour estime que la poursuite de l'objectif de convergence intersectorielle n'a de sens que si les conditions suivantes sont remplies : 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 aboutir à des tarifs uniques complets, incluant en particulier l'ensemble des charges de personnel et d'honoraires, à l'exception des produits facturables en sus ; enfin, 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.

Les principes de la convergence intersectorielle ainsi définis devraient en conséquence être explicités et faire l'objet d'une large communication aux organisations professionnelles des différents secteurs.

* *
*

¹⁰⁰ Sans l'avoir rigoureusement chiffrée, une partie des surcoûts du secteur public est attribuée, à prestation équivalente, aux charges de main d'œuvre : supériorité des effectifs, niveau de rémunération et niveau de qualification. Concernant le premier facteur (effectifs), le rapport de l'IGAS montre la nécessité d'une évaluation des réductions d'effectifs à réaliser, à volume constant d'activité, et la nécessité d'un affichage explicite de cette politique. Concernant les deux autres facteurs (rémunération et qualification) l'IGAS indique qu'ils doivent être considérés comme des facteurs exogènes à la gestion des établissements (le statut de la FPH ne dépend pas d'eux) et être de ce fait explicitement reconnus, cernés au plus juste (notamment en distinguant les rémunérations nettes et le coût du travail) et financés par un « sur tarif ». Selon l'IGAS, ce point crucial fait partie des choix politiques que les pouvoirs publics doivent faire de manière claire, nonobstant la difficulté politique et le risque inflationniste (demande d'alignement des cliniques à prévoir) que représente une telle option. Le point d'arrivée des tarifs publics se trouve donc situé au niveau des tarifs du secteur privé, majorés des « sur tarifs ».

GLOSSAIRE

AFSSAPS	agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ATIH	agence technique de l'information hospitalière
ATU	autorisation temporaire d'utilisation
CCAM	classification commune des actes médicaux
CCDP	caisse centralisatrice des paiements
CDAM	catalogue des actes médicaux
CEPS	comité économique des produits de santé
CH	centre hospitalier
CHU	centre hospitalier universitaire
CIM	classification internationale des maladies
CLCC	centre de lutte contre le cancer
CMA	comorbidity associée
CMD	catégorie majeure de diagnostics
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COMEX	commission exécutive (ARH)
COTRIM	comité technique régional de l'information médicale
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTJ	coût de traitement journalier
DAC	dotation annuelle complémentaire
DAF	dotation annuelle de financement
DA	diagnostic associé
DAD	donnée à visée documentaire
DATIM	dépistage des atypies de l'information médicale
DG	dotation globale
DGS	direction générale de la santé
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DMI	dispositif médical implantable
DMT	discipline médico-tarifaire
DP	diagnostic principal
DMS	durée moyenne de séjour
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	direction de la sécurité sociale
EHPAD	établissement médico-social d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	échelle nationale de coûts
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
FAG	forfait annuel de greffe
FAU	forfait annuel d'urgence
FFM	forfait de petit matériel
FHF	fédération hospitalière de France
FHP	fédération de l'hospitalisation privée
FJH	forfait journalier hospitalier
GCS	groupement de coopération de santé
GHM	groupe homogène de malades
GHS	groupe homogène de séjours
GHT	groupe homogène de tarifs (HAD)
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	haute autorité de santé (anciennement ANAES)
HCAAM	haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IPME	indice de productivité médico-tarifaire
ISA	indice synthétique d'activité
LPPR	liste des produits et des prestations remboursées
MAINH	mission d'appui à l'investissement hospitalier
MEAH	mission d'expertise et d'audit hospitalier
METAP	mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie

MCO	médecine, chirurgie, obstétrique, disciplines de court séjour
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	missions d'intérêt général et d'accompagnement des contrats
MT2A	mission T2A
NGAP	nomenclature générale des actes et prestations
ODAM	objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO	objectif des dépenses de MCO
ONDAM	objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN	objectif quantifié national
PERNNS	pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	participant au service public hospitalier
PTT	protocole temporaire de traitement
RSA	résumé de sortie anonyme
RSFA	résumé de sortie financier anonyme
RSS	résumé de sortie standard
RTC	retraitement comptable (du compte administratif des hôpitaux)
RUM	résumé d'unité médicale
SAE	statistique annuelle des établissements
SPC	soins particulièrement coûteux (classements du secteur privé)
SROS	schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TJP	tarif journalier de prestation
TM	ticket modérateur
UCR	unité de coordination régionale (contrôle externe des factures)
USLD	unités de soins de long séjour

ANNEXES

- 1- Liste des personnes rencontrées
- 2- LFSS 2004 (n° 2003-1199), articles 22 à 34
- 3- Les informations recueillies et classées dans le PMSI
- 4- La liste des MIGAC (définition initiale de 2005)
- 5- Schéma du financement des urgences
- 6- Procédures de fixation des listes des produits facturables en sus et listes 2005
- 7- Réglementation relative aux soins particulièrement coûteux en chirurgie
- 8- Les groupes de travail concourant à la mise en œuvre de la T2A
- 9- Les deux systèmes d'avances appliqués dans le secteur privé en 2005
- 10- Travaux sur la convergence intersectorielle (groupes, programme)

ANNEXES

- 1- Liste des personnes rencontrées
- 2- LFSS 2004 (n° 2003-1199), articles 22 à 34
- 3- Les informations recueillies et classées dans le PMSI
- 4- La liste des MIGAC (définition initiale de 2005)
- 5- Schéma du financement des urgences
- 6- Procédures de fixation des listes des produits facturables en sus et listes 2005
- 7- Réglementation relative aux soins particulièrement coûteux en chirurgie
- 8- Les groupes de travail concourant à la mise en œuvre de la T2A
- 9- Les deux systèmes d'avances appliqués dans le secteur privé en 2005
- 10- Travaux sur la convergence intersectorielle (groupes, programme)

Annexe 1

Liste des personnes rencontrées

DHOS : Messieurs Allaire et Olivier

Monsieur Holla et Madame Sauvadet (F1), Monsieur Boulanger et Madame Feniès (F2),
Messieurs Leguen et Deguelle (F3)

MT2A : Mesdames Aoustin, Michelot, Brami, Petit et Monsieur Cash

ATIH : Mesdames Chodorge, Mendelsohn et Monsieur Bensadon

DSS : Messieurs Libault, Seiller, Arenaz et Madame Beurier

DGS : Messieurs Houssin, Bonany, Clerc, Mesdames Le Gall, Prestat

DREES : Monsieur Cuneo et Madame Cases

CNAMTS : Gestion du risque, Direction financière, Direction des statistiques et des études
Messieurs Aubert, Richard, Fender, Dessaint, Merlière, Courtois, Lerouzic
Mesdames Polton, Guille, Pigeon, Duchene, Colinot

HAS : Messieurs Coulomb, Burnel, Bousquet

FHF : Messieurs Vincent, Gaubert

FHP : Monsieur Geoffroy

Annexe 2

LFSS 2004
Articles 22 à 34

Article 22

I - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 1 comprenant les articles L. 162-20 à L. 162-21-1 et intitulée « Dispositions générales »

II - A l'article L. 162-21 du même code, les mots : « établissements de soins » sont remplacés par les mots : « établissements de santé ».

III - L'article L. 162-21-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-1 - L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1. »

Article 23

I - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 et intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés ».

II - L'article L. 162-22-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Pour les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « Pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation respectivement mentionnées aux a et b du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 » ;

2° Le 3° est complété par les mots : « ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement » ;

3° Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. » ;

4° Les 6° et 7° sont abrogés

III - L'article L. 162-22-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. - Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Le contenu de cet objectif est défini par décret

« Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. » ;

2° Au II, après les mots : « au titre des soins dispensés l'année précédente », sont insérés les mots : « , des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours »

IV - L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-3. - I. - Chaque année, l'Etat détermine :

« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

« 2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être

allouées aux établissements par les agences régionales :

« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'Etat peut modifier les tarifs des prestations mentionnées au I° de l'article L. 162-22-1 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

V. - L'article L. 162-22-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-4 - Chaque année, l'Etat détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3, les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique. L'Etat détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3. »

VI - L'article L. 162-22-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-5. - I. - Les tarifs des prestations afférents aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours

« II. - L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 »

VII. - A la fin du premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, les mots : « du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

Article 24

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'utilisation de produits ou prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations aux modalités de délivrance des soins ou à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations. La liste précise, le cas échéant, les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation établit la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ces produits ou prestations, au vu notamment des capacités hospitalières nécessaires pour répondre aux besoins de la population, ainsi que de l'implantation et de l'expérience pour les soins concernés des établissements de santé. »

Article 25

I. - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 3 intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé » et comprenant les articles L. 162-22-6 à L. 162-22-18 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-22-6 - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de

l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :

« a) Les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;

« b) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

« c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

« d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

« Ce décret précise :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Art. L. 162-22-7. - L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

« Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions définies par décret.

« Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

« Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« Art. L. 162-22-8. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines 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, c et d de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

« Art. L. 162-22-9 - I. - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

« Cet objectif prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité

« II - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés. Pour les éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10, il est également tenu compte de l'état provisoire des charges au titre des soins dispensés l'année précédente communiqué dans les conditions prévues au II dudit article. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements

« Art. L. 162-22-10. - I - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au I° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

« 2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

« Ces éléments prennent effet, à l'exception de ceux pris en application du II, à compter du 1er mars de l'année en cours

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, et après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population, l'Etat modifie, après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

« Art. L. 162-22-11. - Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Art. L. 162-22-12. - L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

« Art. L. 162-22-13. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la

contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7. à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique

« L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

« Art. L. 162-22-14. - Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.

« Art. L. 162-22-15. - Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés par douzième par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 162-22-16. - La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

« Art. L. 162-22-17. - Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

« Art. L. 162-22-18. - Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée

« Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement »

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat »

ii. - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du même code, il est inséré, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L. 162-30-1 et intitulée « Dispositions diverses »

Article 26

I - La section 1 du chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est intitulée « Dotation annuelle de financement et forfait journalier »

II - L'article L. 174-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1. - Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, respectivement mentionnées aux a et b du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement »

« Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat. »

III - L'article L. 174-1-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-1. - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

« 1° Les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;

« 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

« 3° Les activités des unités de soins de longue durée ;

« 4° Les activités de soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides ;

« 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte. »

« Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6414-7 du code de la santé publique. »

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

« Le montant de cet objectif est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire. »

IV - L'article L. 174-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-2. - Les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article et les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre »

régime

« Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes l'Etat fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations. »

V - A l'article L. 174-3 du même code, les mots : « Dans les établissements mentionnés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 »

VI - Après le mot : « oeuvre », la fin de la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 6411-16 du code de la santé publique est supprimée.

VII - Le premier alinéa de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, le mot : « globale » est supprimé ;

2° Dans la troisième phrase, le mot : « globales » est supprimé.

3° Dans l'avant-dernière phrase, le mot : « globales » est supprimé.

VIII - Le premier alinéa du I de l'article L. 381-30-5 du même code est ainsi rédigé :

« La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux détenus soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre. »

IX - L'article L. 6415-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6415-3. - Dans l'établissement public de santé de Mayotte, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Mayotte et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

X - Le troisième alinéa de l'article L. 6147-5 du même code est ainsi rédigé :

« Dans l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

Article 27

I. - La section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après l'article L. 162-16-5, il est inséré un article L. 162-16-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-6 - I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par un arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à

l'article L. 162-22-7 La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique

« En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

« Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure et les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

« II - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au I° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, les mots : « au premier alinéa de l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17 »

II - L'article L. 165-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 165-7. - Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au I° de l'article L. 162-22-1 et au I° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Article 28

L'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné. »

Article 29

I - Le chapitre III du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

A. - Le 3° de l'article L. 6143-1 est ainsi rédigé :

« 3° Le budget prévu à l'article L. 6145-1 et ses modifications ainsi que les propositions de dotation annuelle de financement et les tarifs de prestations mentionnées respectivement aux articles L. 162-22-16, L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; »

B. - L'article L. 6143-3 est abrogé.

C. - L'article L. 6143-4 est ainsi modifié :

1° Au 2°, les mots : « 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 6143-3, » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa du 2° est ainsi rédigé :

« Les délibérations mentionnées au 3° de l'article L. 6143-1 sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sauf opposition, pour le budget, dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 et au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ou dans les trente jours suivant la réception dudit état si cette date est postérieure à la date de publication desdits arrêtés. Les modifications du budget sont approuvées dans un délai de trente jours à compter de leur réception sauf opposition. Les motifs de l'opposition du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont déterminés par décret en Conseil d'Etat »

II. - Le chapitre IV du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

A. - L'article L. 6144-1 est ainsi modifié :

1° Au 5°, les mots : « sur le rapport prévu à l'article L. 6143-3, » sont supprimés ;

2° Au quatorzième alinéa, les mots : « de la dotation budgétaire allouée » sont remplacés par les mots : « dans le respect des recettes votées par le conseil d'administration ».

B. - Au 2° de l'article L. 6144-3, les mots : « , le rapport prévu à l'article L. 6143-3 » sont supprimés.

III. - Le chapitre V du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 6145-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-1. - Le budget est préparé par le directeur. Il est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14, et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. Il est adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 15 mars.

« Dans le cas où le budget n'est pas approuvé, le directeur de l'établissement présente dans le délai de quinze jours au conseil d'administration un nouveau budget intégrant les observations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ayant motivé le refus d'approbation. Dans l'attente de l'approbation, le directeur de l'établissement est autorisé à engager, liquider et ordonnancer, dans la limite des crédits approuvés au titre de l'exercice précédent, les dépenses indispensables à l'exercice de ses missions.

« Les modifications du budget sont établies dans les mêmes conditions.

« Le budget et ses modifications sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4. » ;

2° L'article L. 6145-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-4. - I. - Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ou des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10 susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur budget prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

« 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une modification des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même

code :

« 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;

« 4° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code

« II - Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement est manifestement incompatible avec le respect de son budget, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de son budget tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle prise en compte lors du vote du budget »

Article 30

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils précisent la ou les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code » ;

3° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6114-4 est ainsi rédigée :

« Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. »

II. - 1. L'article L. 6115-3 du même code est ainsi modifié :

a) Après le douzième alinéa, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° Fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

b) A la fin de la première phrase du treizième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots « aux 1° à 11° »

2. Le 3° de l'article L. 6115-4 du même code est ainsi rédigé :

« 3° Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 ainsi que les engagements contractuels spécifiques prévus à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale »

Article 31

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun mentionné à l'article L. 162-22-9, sur l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code. »

II. - A l'article L. 174-12 du même code, le mot : « globale » est supprimé par trois fois.

III. - L'article L. 174-14 du même code est abrogé.

IV. - A l'article L. 174-15 du même code, les mots : « de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini à l'article L. 174-1-1 ».

V. - L'article L. 174-16 du même code est ainsi rédigé :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I - Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14 »

VI - L'article L. 174-17 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « régis par l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 » et les mots : « dans la dotation globale annuelle des établissements concernés dans les conditions prévues par l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 » ;

2° Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés

VII - Le III de l'article L. 315-1 du même code est complété par les mots : « notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7 »

Article 32

I - L'article L. 6133-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Aux deuxième et troisième alinéas, les mots : « par les établissements de santé mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6 » sont remplacés par les mots : « par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les mots : « les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code »

II - Le chapitre Ier du titre VI du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

A - Le premier alinéa de l'article L. 6161-4 est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, mentionnés au c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4. »

B - L'article L. 6161-7 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'article L. 6145-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4 » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé

C - A l'article L. 6161-8, les mots : « , L. 6143-2-1 et L. 6143-1 » sont remplacés par les mots : « et L. 6143-2-1 ».

Article 33

Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er octobre 2004 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :

I - En 2005, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la fraction des tarifs mentionnés au A du V du présent article et les frais afférents à la fourniture de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ne sont pas facturés aux caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du même code par les établissements. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de l'hospitalisation, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant du ou des trimestres suivants.

II. - En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

III. - Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris celles relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. - Pour les années 2005 à 2012, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code de la région après application de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux atteignent la valeur 1 au plus tard en 2012.

L'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code.

Les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au d du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. Le coefficient de haute technicité est égal à celui calculé pour l'année 2004. Ce coefficient s'applique jusqu'à la mise en oeuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

V. - Pour les années 2005 à 2012, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

A. - 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 par les régimes obligatoires d'assurance maladie 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.

B. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 du même code fixe en outre les modalités selon lesquelles est déterminé chaque année le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au A

compatible avec le respect de l'objectif

C - Dans les conditions prévues au i de l'article L. 162-22-10 du même code, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° dudit I, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires

D - Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du même code, l'Etat fixe, outre le montant des forfaits annuels de chaque établissement, le montant de la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, dans la limite du montant régional fixé dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le montant total des dotations annuelles complémentaires allouées aux établissements de la région peut être supérieur au montant régional à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1 du même code et le montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de la dotation de chaque établissement est fixé en tenant compte notamment de la dotation de l'année précédente, de la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie fixée dans les conditions prévues au A et le cas échéant de l'activité de l'établissement. Son montant tient également compte des changements de toute nature à l'issue desquels la proportion de patients non assurés sociaux accueillis est notablement modifiée.

E - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-1 du même code, le montant total des dotations annuelles de financement allouées aux établissements de la région en application du même article peut être supérieur au montant de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 du même code à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du présent V et le montant régional prévu au C.

F - Le budget mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient également compte de la dotation annuelle complémentaire prévue au 2° du A du présent V.

G - La modification du budget sur laquelle le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer en application des dispositions de l'article L. 6145-4 du même code tient compte de la modification de la dotation annuelle complémentaire.

H - Pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les recettes d'assurance maladie prises en compte pour l'application des sanctions financières prises en application de l'article L. 162-22-18 du même code sont celles versées en application des dispositions du 1° du A du présent V.

Article 34

I - En 2004, les dispositions relatives au financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi sous réserve des dispositions suivantes :

A - Par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le montant des dotations régionales est fixé en tenant compte :

a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité constatée sur la base des informations produites en application de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et en tenant compte de l'évolution prévisionnelle de l'activité ;

b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés aux articles L. 174-5 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale et celles fixées en application des articles L. 6141-2, L. 6141-5 et L. 6141-7 du code de la santé publique, des informations produites en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du même code et des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

B - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, dans le respect du montant de la dotation régionale limitative définie au A, pour chaque établissement de santé, le montant des dépenses autorisées pour l'exercice 2004 en tenant compte :

a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et de l'évolution prévisionnelle de l'activité et, le cas échéant, des orientations des schémas d'organisation sanitaire, des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale et celles fixées en application de

l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, de l'évolution prévisionnelle de l'activité, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, au plus tard le 15 février, les autorisations de dépenses de l'établissement et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs des prestations mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale

Ces dispositions sont applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Les compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation sont, en ce qui concerne l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, exercées dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique.

C - Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activités, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils transmettent également, selon la même périodicité, la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur une liste arrêtée par l'Etat.

Au vu de l'évolution de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité, l'Etat révisé, le cas échéant, le montant des dépenses autorisées et fixe le montant de la dotation globale et des tarifs de prestations dans le respect de la dotation régionale limitative prévue au A.

II - En 2004, les dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

1. Les prestations d'hospitalisation des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont établies selon les modalités suivantes :

a) En application des dispositions du 1° de l'article L. 162-22-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'au 30 septembre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application des dispositions de l'accord national, des accords régionaux et de l'arrêté mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-4 et L. 162-22-7 du même code et s'appliquent du 1er mai au 30 septembre ;

b) En application du 1° de l'article L. 162-22-6 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter du 1er octobre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application du 2 et s'appliquent à compter du 1er octobre.

2. A - L'Etat fixe, au plus tard le 1er septembre, dans le respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation, y compris celles afférentes aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile ;

2° Les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code ;

3° Les coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition.

Il fixe également, avant le 15 septembre, les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 3°.

B. - Les tarifs des prestations de chaque établissement sont fixés dans le cadre d'un avenant à son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils sont calculés en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de calcul des éléments prévus aux 1° à 3° du A ainsi que les modalités de calcul du coefficient de transition et du coefficient de haute technicité applicables à chaque établissement

III - Pour l'année 2004, l'Etat fixe les conditions dans lesquelles certains médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code

Annexe 3

Les informations recueillies dans le PMSI

INFORMATIONS MEDICO ADMINISTRATIVES DU RESUME DE SORTIE

Le RUM

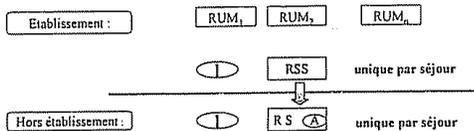
Informations « administratives » :	Informations médicales :
numéro FINESS de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de séances (à 7) y a lieu) - diagnostic principal - diagnostic réel - diagnostics associés significatifs - données associées à visée documentaire - actes (et nombre de réalisations) - poids à l'entrée dans l'unité médicale (pour les nouveaux-nés) - indice de gravité simplifié (IGS 2)
numéro d'unité médicale	
numéro d'identification (RSS)	
sexe	
date de naissance	
date d'entrée dans l'unité médicale	
mode d'entrée dans l'unité médicale	
date de sortie de l'unité médicale	
mode de sortie de l'unité médicale	
provenance (en cas de mutation ou de transfert)	
destination	
code postal du lieu de résidence	

Présentation générale - Mission Tarification à l'activité - contact : tarification-m2@paris-prov.fr

9

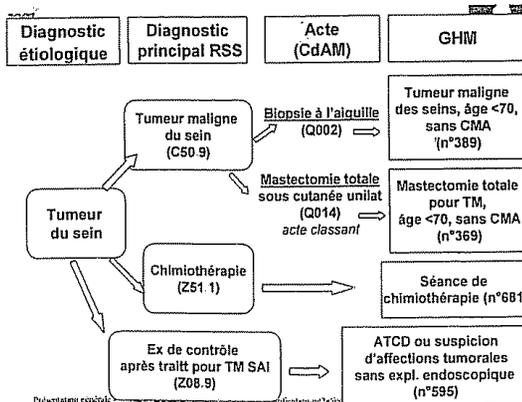
LES RESUMES DE SORTIE DU PMSI

- **RUM** : Résumé d'unité médicale
- **RSS** : Résumé standardisé de sortie
- **RSA** : Résumé de sortie anonyme



Présentation générale - Mission Tarification à l'activité - contact : tarification-m2@paris-prov.fr

12



Présentation générale

diagnostic-m2@paris-prov.fr

Annexe 4 – Liste des MIGAC

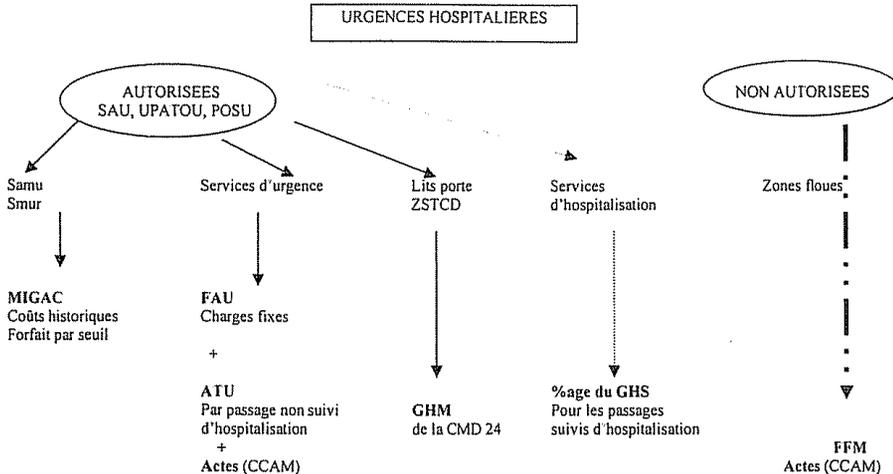
ANNEXE à l'avis n° 2004-4
Liste des missions d'intérêt général
et des activités de soins dispensés à des populations spécifiques

n°	Intitulé de la mission	Liste des activités ou structures financées
Les missions d'enseignement, d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)		
1	Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) hors financement spécifique	
2	La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Centres d'investigation clinique 2 - Centre d'épidémiologie clinique 3 - Centre de ressource biologique 4 - Centres d'investigation technologique 5 - PHRC 6 - Contrats EPST- établissements de santé 7 - Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses 8 - Tumorothèques 9 - Personnel de recherche clinique en cancérologie 10 - Banque ADN
3	L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux à l'exception de la part relevant de l'Université	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Téléenseignement / téléformation 2 - Stages de résident de radiophysiciens
4	La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination, l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées et les activités hautement spécialisés des structures assurant un rôle de recours	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Centres mémoires 2 - CISIH 3 - Centre de référence du langage (troubles du langage) 4 - Centres de référence maladies rares 5 - Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose 6 - Centre de référence SLA 7 - Centre de référence sur la mort subite du nourrisson 8 - Centre de ressource de l'autisme 9 - Centre de ressource sur les maladies professionnelles
5	Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs	<ul style="list-style-type: none"> 1- Laboratoires d'oncogénétique 2- Laboratoires de génétique et moléculaire 3- Laboratoires de cytogénétique 4- LDL apherèse 5- Médicaments sous ATU et DM 6- Actes hors nomenclatures (dont soins dentaires B, et P) 7- Stimulation cérébrale profonde (neurostimulateurs) 8- Implants cochléaires 9- organes artificiels
la participation aux actions de santé publique		
6	La vigilance, la veille épidémiologique et l'évaluation des pratiques réalisées par des centres de référence à l'attention des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public	<ul style="list-style-type: none"> 1- Observatoire du médicament et des innovations technologiques (OMIT) 2- CCLIN 3- Centres nationaux de référence (DGS) 4- Centres régionaux de pharmacovigilance et centres d'étude et d'information sur la pharmacodépendance 5- correspondants d'hémovigilance et comités de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance 6- Centres antipoison 7- Registres à caractère épidémiologique 8- Coordination des soins en cancérologie
7	La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation globale des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes	<ul style="list-style-type: none"> 1- Equipes hospitalières de liaison en addictologie 2- Equipes mobiles de gériatrie 3- Equipes mobiles de soins palliatifs 4- Renforcement des équipes de cancérologie pédiatrique 5- Equipes mobiles douleur
8	La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Lactarium 2 - Recueil, traitement et conservation des gamètes ; conservation d'embryons 3 - Banques de tissus 4 - Consultation du fichier greffe de moelle et typage des donneurs potentiels
9	L'accès aux soins de proximité et la permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> 1 - les PASS 2 - les maisons médicales 3 - l'accompagnement social 4 - les réseaux de télésanté

10	L'activité de dépistage anonyme et gratuit effectuée dans les conditions prévues à l'article L.3121-2 du code de la santé publique	1 - CDAG
11	La prévention et l'éducation thérapeutique	1 - Nutrition 2 - Asthme 3 - Diabète
12	Le conseil des équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	1 - Centres d'éthique
13	La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles	1 - gestion des crises et des situations exceptionnelles, risques NRBC
14	L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation	1 - Consultations mémoire 2 - Courts séjours gériatriques 3 - Consultations de tabacologie 4 - L'emploi de psycho oncologues 5 - L'emploi de psychologues dans les services d'urgence 6 - Unités d'hospitalisation spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique 7 - Consultation génétique 8 - Nutrition parentérale 9 - Maisons des adolescents 10 - suivi post-greffes
15	L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L 6112-5 et R 712-71-1 du code de la santé publique, y compris les interventions réalisées à destination de populations spécifiques	1 - SAMU (y compris CESU) 2 - SMUR terrestre 3 - SMUR hélicoptère 4 - CCMM
Les activités de soins dispensés à des populations spécifiques		
16	La prise en charge des femmes enceintes	1 - Centres périnataux de proximité
17	La prise en charge des détenus	1 - Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) 2 - Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) 3 - Chambres sécurisées
18	La prise en charge des populations en difficulté	1 - PASS mobile
La participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique hospitalière		
19	La participation mutualisée des établissements à la définition et à la mise en œuvre de la politique hospitalière	1 - Etude nationale de coûts (financement des établissements participant à cette étude) 2 - la coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissement 3 - la mise à disposition de personnels auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise œuvre de la politique hospitalière
20	La participation mutualisée des établissements au développement du dialogue social	1 - la mise à disposition de personnels auprès des organisations syndicales représentatives en application des statuts de la FPH et des conventions collectives
21	La participation des établissements à la politique de coopération internationale en matière hospitalière	1 - les actions de coopération internationale

Annexe 5 – Les urgences

Le schéma ci-dessous montre que l'activité des urgences relève de plusieurs modes de financement, dont une partie est invisible, inconnue des établissements et non chiffrée.



Explications :

1 - les **SMUR et les SAMU** sont dotés dans les **MIGAC** sur la base des coûts historiques issus des retraitements comptables, avec un plancher de 900 000€ par SMUR, quelque soit le nombre de sorties : c'est par ce canal qu'a transité une partie du financement du plan urgences pour 19 M€ en 2005

2 - les **services d'urgences autorisés** (UPATOU, POSU, SAU définis par le décret 97-615 en cours de redéfinition) bénéficient :

* d'un **forfait annuel** (FAU) couvrant les charges fixes, composé d'un bloc minimal auquel s'ajoute une partie modulée par tranche de passages réalisés

* d'un financement des charges variables par le forfait accueil et traitement des urgences (ATU : 25 €) par **passage non suivi d'une hospitalisation**

* d'un financement des charges variables **pour les passages suivis d'une hospitalisation** d'une fraction des tarifs des GHS utilisateurs (fraction calculée par GHS, cf infra)

* des recettes provenant de la **facturation des actes** selon la NGAP ou la CCAM

* des recettes provenant de la facturation de GHS de la CM 24 (c'est-à-dire, en 2005, un séjour incluant moins de deux nuits) pour les passages dans **les lits porte** (ZSTCD : zone de séjour de très courte durée)

C'est par le canal des FAU qu'a transité l'autre partie du financement du plan urgences pour 68 M€ en 2005

3- les **urgences non autorisées** bénéficient, en plus de la facturation des actes à la nomenclature, du paiement d'un forfait de petit matériel (**le FFM** à 19,05€) : sa création dans le secteur privé correspondait à un contexte réglementaire devenu obsolète depuis 1997. En l'absence de services d'urgences définis et autorisés, les établissements privés se réclamaient d'une activité importante d'urgence donnant souvent lieu à facturation d'un forfait de bloc opératoire : il s'agissait en réalité le plus souvent d'une activité non programmée légère, de type soins externes, à laquelle les établissements privés ne sont pas autorisés, au contraire du secteur public. Dans l'attente d'une définition réglementaire des urgences et de leur

autorisation, il était impossible d'interdire cette activité aux établissements, mais, afin d'éviter des dérapages financiers considérables, une liste négative d'actes (n'ouvrant pas droit à FSO) avait été fixée, compensée par le paiement du forfait de petit matériel. Il s'agissait donc d'un pis-aller qui aurait dû disparaître des tarifs du secteur privé dès lors que la tarification des urgences a été définie (loi du 23 décembre 2000).

Annexe 6 – DMI-MO

- La fixation des listes : deux aspects méritent d'être évoqués :

- les procédures de fixation des listes d'une part,
- l'articulation juridique entre les listes T2A des produits en sus et la fixation des tarifs d'autre part.

- Fixation des listes : il convient de distinguer l'établissement des listes initiales et leur toilettage, en fonction des produits nouveaux qui arrivent sur le marché. Dans les deux cas, le conseil de l'hospitalisation est saisi. Il ressort des entretiens avec les différentes directions et la CNAMTS qu'il n'y a pas à proprement parler de procédures et que le travail a été majoritairement réalisé de manière informelle par la DSS et la DHOS, ce qui est à déplorer, compte tenu des enjeux financiers et de santé qui s'attachent à ce sujet.

Pour l'établissement des listes initiales, le travail a été réalisé en groupe très restreint, essentiellement par la DHOS et la DSS, la DGS n'ayant été que tardivement saisie, ce qu'elle déplore évidemment. Quant à la CNAMTS, elle a suivi la parution des listes dans le JO !

Ainsi, pour les MO, la première liste a été établie par la DHOS et la DSS : une première liste de 300 spécialités avait été retenue, toutefois, la décision a été prise de s'en tenir à 80 lignes de spécialités. Ces spécialités ont fait l'objet d'un regroupement par catégories (cancérologie, immunoglobulines...). Compte tenu de la réduction du nombre de produits de 300 à 80, certaines catégories n'apparaissent pas (cardiologie par exemple). La DGS déplore cette situation.

Par ailleurs, le ministre n'a pas toujours suivi les recommandations du conseil de l'hospitalisation, l'arrêté du 2 mars 2005 ayant maintenu sur la liste des DMI en sus les principales catégories suivantes :

- pour le public : les stimulateurs cardiaques
- pour le privé : les chambres à cathéter, les implants de réfection de paroi et de colpo-suspension, des sutures mécaniques et les stimulateurs cardiaques.

Pour le toilettage des listes, les modalités opérationnelles permettant aux directions concernées de se concerter sont en cours d'élaboration. La DGS souhaite veiller à ce que les différents acteurs (DHOS, DSS et ministres signataires des arrêtés d'inscription) fassent diligence pour que l'inscription sur la liste soit effective et que la procédure d'inscription se fasse dans des délais qui aujourd'hui ne sont pas affichés. A ce stade est prévue une procédure allégée de consultation du conseil de l'hospitalisation et des fédérations hospitalières (8 jours).

- Articulation juridique entre l'inscription sur les listes des produits en sus et la fixation de leurs tarifs : les deux catégories de produits ne relèvent pas du même régime.

La liste T2A des DMI facturables en sus est un sous-ensemble de la LPPR. Il ne peut pas y avoir de produits figurant sur cette liste en sus non inscrits à la LPP (l'article L.165-1 subordonne le remboursement des produits et prestations à leur inscription sur la LPPR).

La procédure de mise à jour de la liste "en sus" prévoit une simultanéité de la parution des arrêtés (inscription sur la liste LPP et inscription sur la liste T2A), sachant que la liste T2A ne peut s'appliquer que si le produit est inscrit sur la LPP, soit 13 jours après la publication de l'arrêté LPP.

Pour le titre III, les tarifs de remboursement indiqués dans la LPP sont également des prix maximum de vente (tarifs plafonds), identiques et opposables aux distributeurs finals que sont les établissements de santé (article L.165-7). Cette règle s'applique que les produits soient inscrits sous nom de marque ou répondent à la description de la ligne générique. Pour les lignes génériques, ce tarif plafond est identique pour tous les produits de la ligne concernée au niveau maximum tarifaire de la LPP et dans les conditions de la LPP, notamment en termes d'indications thérapeutiques.

La liste des produits et prestations (LPP, ex-TIPS) est une codification des dispositifs médicaux qui comprend 4 titres, dont le titre III intéresse les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et les greffons tissulaires d'origine humaine.

Le titre III se décompose en quatre chapitres :

Chapitre I : Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés

Chapitre II : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant
Chapitre III : Greffons tissulaires d'origine humaine
Chapitre IV : Dispositifs médicaux implantables actifs.

En revanche, pour les MO, le dispositif paraît très discutable : la décision d'inscription sur la liste des produits en sus est préalable à l'engagement de la procédure de fixation de tarifs par le Comité économique des produits de santé (CEPS)¹ ; comme les critères d'inscription sur la liste comportent des tarifs (en CTJ), la décision d'inscription anticipe donc sur la négociation des tarifs et apporte une assurance aux laboratoires. Par ailleurs, les prix fixés par le CEPS peuvent être dépassés par les laboratoires ; ce sont uniquement des tarifs plafonds opposables à l'assurance maladie qui ne rembourse pas plus, quelque soit le tarif négocié par l'établissement. Cette situation est dangereuse pour les MO très innovantes en situation de quasi monopole, dont les tarifs ont été imposés par le CEPS et non acceptés par la firme.

▪ Les listes de 2005

Les DMI :

Par rapport à la totalité des produits susceptibles d'entrer dans la liste T2A (cf. supra, titre III de la LPPR) il existe donc deux listes différenciées par secteur, qui ne sont pas superposables pour l'instant : celle du secteur privé lucratif comporte la totalité des DMI actifs (ex : stimulateurs cardiaques) et inactifs (ex : prothèse de hanche), sauf le cristallin alors que celle du secteur public, après avoir été limitée en 2004 aux seules prothèses cardiaques, comporte en 2005 tous les DMI actifs, mais ne comporte ni le matériel de chirurgie orthopédique (vis, plaques, matériel ancillaire), ni divers DMI (trachéaux, pleuro pulmonaires, uro-génitaux, stents, matériels de suture) qui restent inclus dans les GHS dans les établissements ex DG.

Il convient de rappeler que certains dispositifs médicaux implantables sont également intégrés dans les MIGAC. C'est le cas par exemple des implants cochléaires et des neurostimulateurs cérébraux, non encore inscrits à la LPPR en 2005.

L'harmonisation des listes entre les deux secteurs n'est pas le seul objectif à devoir être poursuivi : pour éviter toute incitation à des pratiques médicales suboptimales, il est aussi nécessaire de garantir une homogénéité des financements quel que soit le matériel utilisé ; par exemple, les sutures mécaniques sont dans la liste, mais pas les colles qui restent incluses dans les GHS, d'où une incidence évidente sur les choix des chirurgiens.

Mais, ces listes de 2005 vont fortement évoluer en 2006 : quand elles seront arbitrées par le ministre, il conviendra de dresser un nouveau bilan.

Afin de mieux toucher du doigt la complexité qui s'attache aux DMI, quelques indications concernant le sujet pour le moins conflictuel des prothèses de hanche sont présentées ci-dessous.

L'inscription sur la liste en sus des GHM concerne aussi bien les lignes génériques que les produits en nom de marque inscrits à la LPPR.

Cette distinction peut se lire dans deux exemples, dont celui des prothèses de hanche.

Exemple 1 : Stent coronarien

- Implant endovasculaire coronarien dit stent, nu : inscription générique sur la LPPR
- Implant endovasculaire coronarien dit stent à libération de produits actifs : inscription par nom de marque comme par exemple « Implant coronarien, stent à libération de sirolimus, CORDIS, CYPHER, »

Exemple 2 : Prothèse de hanche

- Tête et insert en céramique : inscription générique sur la LPPR
- Tête et insert en alliage métallique : inscription par nom de marque comme par exemple « tête alliage métallique, CENTERPULSE, METASUL »

Le prix d'une prothèse de hanche, en fonction du matériau dont elle est composée, peut varier environ de 1000€ (standard = inscription générique) à 2500€ (céramique = inscription générique ou alliage métallique = inscription par nom de marque).

¹ Un accord cadre hospitalier a été établi entre le CEPS et le LEEM qui définit la procédure de fixation des tarifs hospitaliers pour les produits inscrits sur la liste en sus et/ou sur la liste dite de rétrocession

Les MO

Types de médicaments	Achats hospitaliers HT 2004
Anticancéreux	762 266 908 €
Cancérologie : médicaments associés	191 216 421 €
Antifongiques "coûteux"	74 675 894 €
EPO	443 366 947 €
Maladies orphelines	86 837 037 €
Autres médicaments pour "maladies orphelines"	89 910 263 €
Facteurs de la coagulation	296 713 394 €
Autres médicaments dérivés du sang	25 839 451 €
Polyarthrite	139 256 412 €
Autres médicaments	6 025 712 €
total	2 116 108 440 €

Source MT2A

Quelques précisions :

* les anticancéreux (à l'exclusion des plus anciens, peu coûteux) : un risque existe de déport de prescription vers les seuls produits sur liste.

* certains antibiotiques : il s'agit d'antibiotiques antibactériens (notamment le seul efficace contre certains streptocoques multi résistants) et de certains antifongiques qui répondent à un ensemble de critères (CTJ, inscription en réserve hospitalière, nécessité de les protéger d'un usage abusif favorisant l'apparition de résistances)

* les médicaments des maladies orphelines (tous)

* les immunosuppresseurs et immunomodulateurs modernes utilisés dans les maladies de système particulièrement graves. Toutes les molécules récentes, d'efficacité démontrée et très coûteuses sont inscrites.

Annexe 7 - Le classement SPC en chirurgie.

1- Les critères qui définissent, dans l'annexe A de l'arrêté de 1978, le classement en chirurgie à soins particulièrement coûteux renvoient à trois items : les disciplines éligibles, les établissements éligibles, enfin, les moyens spécifiques mis en œuvre :

- concernant les disciplines, elles couvrent à peu près l'ensemble des interventions chirurgicales
- concernant les établissements, les différents cas de figure mentionnés aboutissent à autoriser ce classement pour un minimum de cinq lits et un maximum du tiers de la capacité totale du service de chirurgie.
- concernant les moyens mis en œuvre, ils visent à la fois un équipement en matériel basique (surveillance monitorée, respirateurs lourds et légers, défibrillateur pour la réanimation, électrocardiographe, encéphalographe si une activité de neurochirurgie est réalisée) et l'organisation des moyens humains et des compétences, comme par exemple la présence permanente d'un anesthésiste réanimateur pour 30 lits ou la possibilité de faire appel à tout moment à un radiologue ou de disposer de produits sanguins

Le texte prévoit également que les établissements fournissent annuellement un état annuel au contrôle médical des caisses (il s'agit en effet d'un dispositif né dans le contexte conventionnel) « faisant ressortir » le nombre et la nature des interventions à SPC, le nombre de malades concernés et le nombre de journées facturées en SPC. Or, la lecture de certaines circulaires de la CNAMTS datant de 1997 et 1998, destinées à expliquer aux caisses la mise en œuvre d'une harmonisation entre établissements des tarifs SPC de chirurgie, montre que la principale difficulté rencontrée alors était la méconnaissance du nombre de lits classés dans les établissements.

Il avait été fortement question, dès lors que la loi portant réforme hospitalière de 1991 devait se traduire par la normalisation réglementaire de l'activité de réanimation dans les établissements de santé publics et privés, d'abandonner ce classement de nature conventionnelle, devenu obsolète. Non seulement cela n'a pas été le cas, mais la réforme du financement par la T2A l'a entériné.

L'annexe B de l'arrêté de classement de 1978 définissait les critères pour les activités de soins intensifs et de surveillance continue ouvrant également droit à suppléments.

2- L'articulation avec la réglementation de la réanimation (2002) et la planification (SROS III en 2006 et CPOM en 2007)

Avec la parution en 2002 des décrets concernant les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, une articulation a du être trouvée entre l'ancien classement et le nouveau dispositif : comme vu dans la partie II à propos des suppléments tarifaires de réanimation inscrits dans la T2A en 2005, les soins intensifs et la surveillance continue feront l'objet non pas d'autorisations mais de reconnaissances dans les CPOM. En l'attente, cette activité est déclarée par les établissements aux ARH et ouvre droit au paiement des suppléments de réanimation instaurés en 2005.

En revanche, les SPC de chirurgie s'insèrent mal dans ce dispositif puisqu'il ne correspondait pas à une activité définie dans les décrets réanimation.

La solution ébauchée par la circulaire d'application d'août 2003 n'a pas été retenue (cf. infra) : « Dans les établissements de santé privés visés à l'article L.6114-3 du code de la santé publique, le classement en soins particulièrement coûteux, en particulier de chirurgie, reconnaît, au sein de ces établissements, une mobilisation de ressources complémentaires, nécessaires à la prise en charge d'une activité chirurgicale plus lourde et susceptible d'entraîner des complications post opératoires. Ces établissements devraient donc a priori, et sous réserve bien entendu de l'examen de leur activité, bénéficier de la reconnaissance d'une unité de surveillance continue, afin de permettre la poursuite de l'activité chirurgicale développée dans des conditions de sécurité »

Annexe 8 – Les groupes concourant à la mise en œuvre de la T2A

Annexe 9 – Les deux systèmes d'avance appliqués dans le secteur privé en 2005

Le premier système d'avances sur T2A

Il y a eu en réalité un premier « train » d'avances sur mars et avril, calculées sur un montant de référence égal à la moyenne mensuelle du montant remboursé au 1^{er} semestre 2004 pour les établissements et les honoraires des praticiens libéraux. Les demandes des établissements éligibles (ceux qui avaient réalisé des tests de facturation) étaient examinées par des comités régionaux. Dans quelques régions comme l'Alsace ou l'Île de France, tous les établissements « éligibles » ont reçu une avance, mais moins de demandes ont, semble-t-il, été acceptées lors de leur examen pour avril.

Un second « train » d'avances sur T2A s'est mis en place à partir de mai, non systématique, concernant des cas particuliers identifiés par différence entre les recettes 2005 et celles de 2004 : l'examen des demandes a abouti soit à suspendre la récupération des avances pendant trois, alors que normalement elles sont récupérées dès le lendemain sur les flux (acomptes et soldes des factures propres au circuit de versement des caisses centralisatrices des paiements), soit à accorder de nouvelles avances. Il convient de préciser que la récupération sur flux a permis d'éviter le cumul de versements d'avances et d'acomptes de 85% sur factures, ce qui aurait abouti à verser davantage que le dû.

Le second système d'avances sur CCAM

Un second système d'avances a été mis en place, qui porte normalement sur un mois seulement s'adresse également aux cliniques et aux praticiens.

Deux tranches de versements d'avances sur CCAM ont été programmées (25/10 et 10/11), sans reconduction du dispositif prévu fin novembre 2005 : le premier concerne les établissements qui pratiquaient la VI, le second ceux qui pratiquaient la CCAM. Dans les deux cas, on calcule le différentiel de versements entre le montant de référence utilisé dans le système d'avances sur T2A, et le montant remboursé entre le 15 septembre et le 15 octobre pour les premiers, entre le 1^{er} octobre et le 31 pour les seconds. Si ce différentiel est égal ou supérieur à 1000 €, l'avance est égale au différentiel. Pour calculer les avances aux praticiens, on calcule un coefficient égal à : avance / montant de référence de l'établissement et on l'applique au montant de référence des praticiens selon les tranches suivantes : coefficient > ou égal à 20=20% d'avances sur le montant de référence, entre 20 et 50, > 50 = 80%.

Les récupérations d'avances doivent s'achever au plus tard les 15 novembre et 1^{er} décembre pour chacune des tranches.

Les montants des avances accordées dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A et de la CCAM, aux établissements privés et aux professionnels de santé, sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Avances -Métropole	En K€		De juin à septembre 2005	octobre 2005	TOTAL
	mars 2005	avril 2005			
<u>Etablissements</u>					
avances sur T2A	520 441	413 930	76 389		1 010 761
récupération T2A					952 325
Reste à recouvrer					58 436
avances CCAM 1 ^o tranche				3 047	3 047
<u>Praticiens</u>					
avances	184 781	168 921	13 272		366 974
récupération					350 829
Reste à recouvrer					16 144
avances CCAM 1 ^o tranche				828	828

Source CNAMTS

Les frais financiers du dispositif des avances de trésorerie « T2A » ont été évalués à 3M€ pour les avances accordées aux cliniques et 1M€ pour les avances accordées aux professionnels de santé. Ce chiffre correspond au coût « brut » des avances tous régimes (rémunération à 2,343% des avances)

Cependant, sur l'ensemble de la période de mars à octobre, si les avances ont permis d'assurer pour les cliniques de façon satisfaisante leur trésorerie, elles ne semblent pas compenser intégralement le retard de facturation. Ainsi, à fin octobre, ce retard est évalué par la DAF à 148M€ pour les établissements (dans l'hypothèse d'une évolution de 5,8% des remboursements entre 2004 et 2005 qui est l'évolution constatée des soins dispensés au 1^{er} semestre) contre un montant d'avances non récupérées de 61M€. La DAF estime que le coût « brut » des avances est compensé et au-delà par le gain en trésorerie que représente le retard de facturation. A noter que selon la Direction des statistiques, le retard cumulé de facturation a été évalué à 315 M€ à fin octobre (cf. infra, l'information statistique de la CNAMTS).

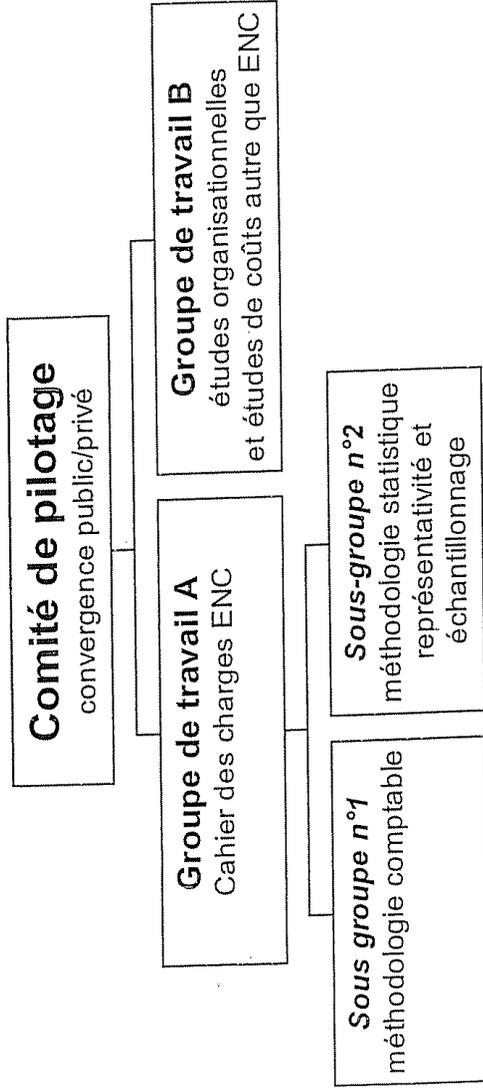
Les avances accordées dans le cadre de la mise en œuvre de la CCAM s'élèvent à ce jour à 3,046M€ pour les établissements et à 0,827M€ pour les praticiens. Ces montants correspondent aux avances du 25 octobre accordées aux établissements appliquant déjà la CCAM V1 et basculant en V2 le 1^{er} septembre. C'est le cas minoritaire. La récupération de ces avances est autorisée à partir du 15 novembre (centralisée par la CNAMTS ultérieurement).

L'échéance suivante, du 10 novembre, concerne le cas majoritaire des avances accordées aux établissements appliquant la NGAP et basculant directement en CCAM V2 avant le 15 septembre. La centralisation des montants n'était pas encore disponible au moment où ce sujet a été étudié. Ces avances seront récupérées à partir du 1^{er} décembre.

Afin de déterminer le montant des prestations en droits constatés de l'exercice 2005, la DFC calculera mi février 2006 le montant des provisions à l'aide des taux d'évolution prévisionnels des prestations, fournis par la Direction des Statistiques, tenant compte des remboursements de janvier 2006 (relatifs à des prestations de 2005).

**Annexe 10 – Travaux sur la convergence intersectorielle
(groupes – programme)**

ORGANIGRAMME DES TRAVAUX SUR LA CONVERGENCE PUBLIC/PRIVE



CALENDRIER DES RÉUNIONS ENC

CONVERGENCE PUBLIC / PRIVÉ Comité de pilotage		Etudes complémentaires – méthodologie et mise en oeuvre Octobre 2005 - fin 2007 Groupe de travail B :
Réunions en 2004 : 22/07, 21/10, 25/11 Réunions en 2005 : 20/01, 04/02, 25/05, 07/11 Réunions programmées en 2006 : 10/02	ENC privé – Méthodologie et mise en oeuvre Fin 2004 – mi 2006 Groupe de travail A : rédaction cahier des charges réunions DHOS/MT2A/ATIH/fédérations : 04/11/04, 23/11/04, 21/12/04 06/01/05, 12/01/05, 23/03/05 surv travaux du prestataire réunions DHOS/MT2A/ATIH/INEUM/fédés 17/05/05, 20/07/05, 29/07/05, 14/11/05 réunion prévue le 03/02/06 Sous-groupe N°1 : méthodologie comptable ENC privé 2004-2005 Réunions DHOS/MT2A/ATIH/fédérations : 10 et 17/12/04 13, 21 et 26/01/05 01/02/05	Etudes organisationnelles et études de coûts autre que ENC Réunions DHOS/DREES/MT2A/ATIH/ fédérations : . 03/10/05, 14/12/05 Réunions programmées en 2006 : 24/02
	ENC commune – méthodologie Juillet 2005 - mi 2007 Réunions préparatoires : . 07/09/05 : DHOS/ATIH/INEUM préparation réunion du 12/09/05 . 18/10/05 : DHOS/ATIH/INEUM . 25/08/05 : DHOS/ATIH . 12/12/05 : DHOS/ATIH Réunions DHOS/ATIH/INEUM/fédérations : Fin juil. 05 : contacts bilatéraux Ineum/fédérations . 12/09/05 : journée réunion . 26/09/05 : rédaction cahier des charges . 03/11/05 : examen technique de la V2 pour préparation COPIL du 07/11/05. . 21/11/05 : examen technique nouvelle version document . 30/11/05 : suite réunion du 21/11/05 sur la méthodologie.	
	Sous-groupe N° 2 : méthodologie statistique représentativité et échantillonnage Réunions DHOS/DREES/MT2A/ATIH/ fédérations : . 22/12/04, 17/02/05, 20/09/05, 20/10/05	Réunions DHOS/ATIH/DREES/fédérations : Groupe de travail sur échantillonnage et redressement . 06/10/05

Types d'étude		1er semestre 2005	2ème semestre 2005	1er semestre 2007	2ème semestre 2007	1er semestre 2009	2ème semestre 2009	1er semestre 2009
ENC Privés		Atena Idreastis 2005 ENC commun présentable sur les données comptables 2004	1er semestre 2005 Résultats de l'ENC privés 2004 Travaux par le prestataire sur les données comptables 2005	2ème semestre 2005 Résultats de l'ENC privés 2005				
	ENC commune	Appel à candidature et sélection des établissements	Collecte des données dans les établissements	Amélioration, le cas échéant, du guide de sélection des établissements	Résultats de l'ENC commune 2006 Collecte des données dans les établissements	Résultats de l'ENC commune 2007 Amélioration, le cas échéant, du guide de sélection des établissements	Résultats de l'ENC commune 2008 Collecte des données dans les établissements	Résultats de l'ENC commune 2009
Etudes économétriques		Détermination des variables à recueillir parallèlement à l'ENC : groupe de travail interne du prestataire extérieur	collecte des données dans les établissements		Travaux économétriques	Résultats de l'ENC commune 2007 Collecte des données dans les établissements		Résultats de l'ENC commune 2009 Analyse économétriques
Etudes thématiques	<i>Incidence des conditions d'emploi sur les coûts</i>	Groupes de travail commun avec SDM, SDO, SDP, DREES	Cahier des charges de l'étude	Réalisation de l'étude	Résultats de l'étude			
	<i>Programmable / non programmable</i>		Revue de la littérature et cahier des charges d'Audit	CLCC, PSPH, Clinique Audif dans 4 privés	Enquête complémentaire aux audits	Résultats des audits et de l'enquête		
	<i>Soins pré-hospitaliers</i>		Analyse du périmètre des soins des séjours hospitaliers	Résultats de l'analyse de l'écologie PATH				Améliorations sur les collectifs (ENC commune)
	<i>Gravité des cas Intra- CHU</i>		Groupes de travail : définition de la précarité et modalités d'enquête parallèle à l'ENC (ATH)	Enquête précarité dans les établissements de l'ENC pendant X mois				
	<i>Précarité</i>		Revue de la littérature et prospection sur des études nouvelles					
	<i>Spécialisation</i>		Revue de la littérature et prospection sur des études nouvelles					
	<i>Externalisation</i>		Revue de la littérature et prospection sur des études nouvelles					
<i>Amélioration de l'activité de l'ENC commune : la mesure du temps</i>		Analyses des documents produits par l'ATH et décision sur suite à donner						

