

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Jeudi

18 février 2010

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 12

SESSION ORDINAIRE 2009-2010

- Auditions, ouvertes à la presse et au public, sur le fonctionnement de l'hôpital
- M. Frédéric van Rookeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à l'organisation des soins à la CNAMTS2
- M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des sports 12
- M. Benjamin Maurice, directeur de la Mission sur la tarification à l'activité et chef du bureau du financement de l'hospitalisation privée à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports 19

**Présidence de
M. Jean Mallot et
M. Pierre Morange,
coprésidents**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jeudi 18 février 2010

La séance est ouverte à neuf heures trente.

(Présidence de M. Jean Mallot et M. Pierre Morange, coprésidents de la mission)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède d'abord à l'audition de M. Frédéric van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et de M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à l'organisation des soins à la CNAMTS.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous avons le plaisir d'accueillir M. Frédéric van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, accompagné de M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à l'organisation des soins à la CNAMTS.

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale conduit ses auditions sur le fonctionnement de l'hôpital suivant une nouvelle approche, consistant à partir d'expériences de terrain pour tirer des préconisations générales, dans l'objectif d'améliorer l'efficacité de notre système hospitalier.

Nous avons souhaité, à ce stade de notre travail, recueillir la vision de l'assurance maladie, dont le rôle transversal au sein de notre système de santé a été accru par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Le secteur hospitalier consommant une part importante des dépenses d'assurance maladie dans notre pays, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ne peut être indifférente à son fonctionnement. Quelles sont vos propositions afin de l'améliorer ?

M. Frédéric van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le secteur hospitalier – c'est-à-dire les établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite ou de réadaptation – constitue en effet le premier poste de dépenses de l'assurance maladie, non seulement en volume, mais également en taux de prise en charge, dans la mesure où l'assurance maladie prend en charge plus de 85 % des dépenses hospitalières. Pourtant, c'est sur cette offre de soins que l'assurance maladie a le moins de prise, ce qui, du point de vue économique, peut paraître étonnant.

Historiquement, l'État a pris une place croissante dans le pilotage et la régulation des établissements de santé, d'abord avec la création des agences régionales de l'hospitalisation, puis le transfert en 1999 de certaines responsabilités de fixation des tarifs des établissements aux agences régionales de l'hospitalisation. L'assurance maladie s'est ainsi vu retirer le rôle historique qu'elle jouait dans le secteur privé.

Aujourd'hui, l'État est le régulateur du système tant au niveau régional qu'au niveau national : il fixe les tarifs, il encadre l'évolution des tarifs de chaque établissement de soins indépendamment des tarifs nationaux, il contractualise avec chaque offreur public de soins et, bien qu'ils soient historiquement des établissements publics locaux dotés d'un conseil d'administration, il les contrôle *de facto* puisqu'il nomme les directeurs des établissements et les médecins. La séparation des rôles de régulation, de pilotage et de gestion a pourtant fait l'objet de très nombreuses réflexions dans d'autres secteurs économiques, comme les télécommunications.

Les équipes hospitalières de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, dissoutes en 1999, ont été en partie reconstituées à la suite de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui imposait à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de participer à la mise en œuvre de la politique hospitalière. Toutefois, nous ne nous sommes pas saisis de tous les domaines de l'activité hospitalière.

Ainsi, nous avons considéré que l'organisation sanitaire hospitalière ressortissait à l'État et aux agences régionales de l'hospitalisation, *via* les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

De même, le fonctionnement interne des établissements est de la responsabilité du gestionnaire de l'établissement ou d'instances comme la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) ou, désormais, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – dont nous sommes toutefois membres du conseil d'administration.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, l'un des principaux facteurs d'amélioration du fonctionnement interne des hôpitaux, a été créée assez tardivement, en 2003, à l'extérieur de l'administration centrale et sous l'impulsion de M. Jean-François Mattei, lorsqu'il était ministre en charge de la santé, – de même que la tarification à l'activité (T2A). Ses activités n'ont pas permis, pour l'heure, d'aboutir à un classement des établissements de soins en fonction de leurs performances ; nous ne disposons d'aucun *benchmark*, ce qui ne favorise ni la transparence ni les comparaisons entre les établissements de santé, et empêche toute émulation au sein du secteur hospitalier, public comme privé. Il n'y a pas de publication d'objectifs nationaux de qualité de service, ni de politique de contractualisation en la matière, comme cela peut exister pour d'autres grands réseaux ou dans d'autres pays, et l'on ne possède aucune information sur les dépenses ou la productivité hospitalières, non plus que sur leur évolution – hormis les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sur les recettes des hôpitaux. Or, selon la Cour des comptes, les effectifs hospitaliers ont crû de 140 000 personnes entre 2000 et 2006 !

Enfin, nous n'avons pas jugé légitime d'intervenir sur la qualité des soins hospitaliers, qui relèvent à la fois des professionnels, *via* l'évaluation des pratiques médicales, et de la Haute Autorité de santé, *via* la certification des établissements de santé et la définition des référentiels de qualité.

En revanche, nous apportons notre contribution à l'amélioration de l'efficacité du système hospitalier ; nous menons ainsi des réflexions sur l'accompagnement des établissements en difficulté, sur le développement des alternatives à l'hospitalisation et sur l'évolution tarifaire, notamment sur le processus de convergence des tarifs des secteurs public et privé, qui a donné lieu à un débat à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Nous nous efforçons également de contrôler le bien-fondé des prescriptions hospitalières, grâce au suivi des effets de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et au développement de contrôles annuels sur une cible d'établissements définie à partir des informations dont nous disposons, par l'intermédiaire notamment du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Nous intervenons sur l'amélioration de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital, notamment par le retour à domicile des patients. Nous avons lancé une expérimentation sur les sorties de maternité, afin d'éviter que, pour les grossesses physiologiques, l'hospitalisation aiguë et l'hospitalisation à domicile ne s'enchaînent. Nous travaillons également, en liaison avec les agences régionales de santé (ARS) qui doivent être mises en place prochainement, sur l'organisation du secteur libéral, la régulation de l'installation des infirmières, et la bonne articulation des soins de kinésithérapie avec les soins de suite et de réadaptation et les soins à domicile.

Enfin, nous souhaitons améliorer l'information des assurés sociaux sur la qualité et les coûts des soins, afin de combler le retard de la France en la matière. Nous avons déjà imposé la transparence sur les dépassements d'honoraires et les tarifs des médecins de ville, mais il nous semble nécessaire de compléter ce dispositif par la mise à la disposition des assurés des indicateurs de qualité produits par les institutions compétentes, notamment la Haute Autorité de santé et le ministère, de manière que les assurés puissent faire leurs choix en connaissance de cause.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Décidément, la gestion du système hospitalier français est fort complexe !

S'agissant des alternatives à l'hospitalisation, c'est-à-dire de la modification du périmètre de l'hôpital, disposez-vous de pistes de travail ?

Quant à la tarification – qui, certes, n'est pas de votre ressort –, que pensez-vous de son évolution, de ses éventuels effets pervers et de la manière dont les établissements hospitaliers gèrent les systèmes d'information et le codage des actes ?

M. le coprésident Pierre Morange. Comment assurez-vous concrètement l'accompagnement des établissements en situation financière délicate – qui représenteraient, selon Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, près du quart du total des établissements hospitaliers ? Comment s'articulent le rôle de l'assureur et celui de la direction centrale, chargée de la mise en œuvre des consignes devant assurer le retour à l'orthodoxie budgétaire ?

Comment remplissez-vous, concrètement, vos missions de contrôle et d'évaluation – cet aspect étant particulièrement cher à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale ?

L'expérimentation menée avec succès à l'hôpital Beaujon afin de réduire les temps d'attente aux urgences a-t-elle été généralisée ?

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, quelles seront les compétences précises de l'assurance maladie en matière de contrôle ?

M. Frédéric van Rookeghem. La T2A a été mise en place en 2005 ; le Parlement avait souhaité que l'on converge vers un tarif unique quelle que soit l'offre de soins qui délivre la prestation. Les établissements de santé reçoivent en outre, au titre des missions d'intérêt général, des financements complémentaires relativement importants, ainsi que des aides à la contractualisation.

À l'Assurance maladie, nous pensons que le financement des établissements de santé devra à terme comporter trois composantes – comme celui des médecins de ville.

Le premier niveau est le financement de fonctions, par exemple les missions d'intérêt général ; les objectifs, à terme, sont de disposer en ce domaine d'un cahier des charges précis et d'une comptabilité analytique, et de veiller à l'adéquation entre la dotation versée et la réalité du service rendu.

Le deuxième niveau correspond à la tarification : du point de vue de l'assureur, les tarifs doivent être comparables d'un secteur à l'autre – sachant que, dans le secteur privé, les médecins peuvent facturer des compléments d'honoraires qui limitent quelque peu cette possibilité.

Enfin, le troisième niveau serait une rémunération en fonction des résultats, par exemple au titre de la qualité de la sortie d'hôpital, évalués conformément aux référentiels médicaux.

La T2A a été instaurée afin de renforcer le dynamisme des établissements de santé publics et de remédier aux effets pervers de la dotation globale, qui ne tenait pas compte de l'activité réelle des établissements. Nous y sommes favorables. Toutefois, nous ne nions pas qu'elle présente certains inconvénients. Par ailleurs, pour qu'elle soit utile, les tarifs doivent être pilotés de manière rationnelle et transparente, avec une visibilité à moyen terme, tenant compte de la contrainte annuelle de l'exercice budgétaire et de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés souhaite par conséquent que les règles du jeu cessent de changer continuellement. Les gestionnaires des hôpitaux doivent pouvoir développer des politiques médicales cohérentes dans le temps. Or, chaque année, des modifications importantes sont apportées non seulement à la valeur des actes, mais aussi à la structure de la T2A.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Cette instabilité relative ne résulte-t-elle pas d'une certaine ambiguïté de la T2A, qui est présentée tantôt comme une méthode permettant de fixer le tarif des prestations à leur juste prix, tantôt comme un outil d'orientation de l'activité hospitalière ?

M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué à l'organisation des soins. Pour la fixation des tarifs, on s'appuie sur l'étude nationale des coûts – ce que d'aucuns considèrent comme une supériorité française. Pourtant, cela ne me semble pas le plus important. Les échelles de coûts sont des instruments comptables qui ne correspondent qu'imparfaitement à la réalité et qui peuvent varier d'un établissement à l'autre. Il importe de compléter cette vision par une localisation des gisements d'économies en termes de coûts de production. Ainsi, une étude comparative parue dans un journal international montre que le tarif d'un acte de chirurgie ambulatoire varie, en Europe, de 900 à 1 550 euros ; la France est, avec les

Pays-Bas, le pays où le tarif est le plus élevé. Il faudrait compléter l'étude nationale des coûts par des évaluations de ce type.

Par ailleurs, vouloir connaître avec exactitude les coûts est irréaliste. Il faut faire évoluer les tarifs en fonction non des coûts, mais des capacités de redéploiement des établissements. Dans le cas de la biologie, par exemple, avec l'organisation actuelle, la marge d'économies n'est que de 3 à 4 % ; mais la différence de productivité avec l'Allemagne, la Grande-Bretagne ou la Belgique est de 40 à 50 %. Prenons garde à ne pas utiliser les tarifs pour reproduire le système.

M. Frédéric van Roekeghem. Disposer d'une visibilité à moyen terme ne signifie pas que l'on ne gère pas activement les tarifs. L'enjeu, aujourd'hui, est de savoir comment améliorer l'organisation actuelle de façon à dégager de nouvelles marges. C'est un travail complexe, qui doit nécessairement s'appuyer sur une vision analytique des coûts des établissements par rapport aux activités qu'ils génèrent.

La question est de savoir si la stratégie actuelle de convergence vers la moyenne est compatible avec un durcissement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, et si l'on part de l'hypothèse qu'il sera nécessaire dans les prochaines années de rechercher une plus grande efficacité du système de soins eu égard à la situation des finances publiques. Les deux vont en effet de pair. Par exemple, la restructuration des laboratoires de biologie engagée il y a quelques années par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a permis de diminuer les coûts et d'accroître l'efficacité de la biologie hospitalière ; si les tarifs avaient été fixés en fonction des coûts initiaux, ils auraient été beaucoup plus élevés.

Il convient donc de disposer, indépendamment des tarifs, d'informations sur les performances des fonctions concernées, de porter à la connaissance des gestionnaires les objectifs recherchés et de soutenir l'effort de réorganisation, parallèlement à la fixation des tarifs : c'est ainsi que l'on pourra déployer des programmes pluriannuels.

M. Jean-Luc Prével. Si les établissements de santé constituent pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés le premier poste de dépenses, vous avez peu de leviers pour agir. En particulier, vous ne disposez d'aucun pouvoir de décision sur la T2A, ni sur les dotations pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

En revanche, vous intervenez sur le contrôle médical. Y a-t-il un réel contrôle de la codification ? Quelles sont les conséquences des contrôles ? Peut-on mieux faire ? Comment vous partagez-vous la tâche avec les observatoires régionaux de santé ?

La comptabilité et le budget, c'est bien, mais c'est la qualité des soins qui importe ! Comment pensez-vous pouvoir l'évaluer au sein des établissements et des services, et en informer le patient ?

Que pensez-vous des différences de coûts pour un même acte entre les différentes catégories d'établissement ? Sont-elles appelées à durer ?

Enfin, les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation correspondent-elles réellement à des missions d'intérêt général et de contractualisation ou servent-elles à combler les déficits des établissements ?

M. Frédéric van Rookeghem. Nous vous transmettrons les documents concernant les contrôles.

Pour chaque campagne, nous ciblons les établissements à contrôler en fonction de l'exploitation des bases de données. Nous réalisons les contrôles, nous exploitons les résultats et nous suivons l'application des sanctions, agence régionale de l'hospitalisation par agence régionale de l'hospitalisation. Les campagnes s'étalent sur un an et demi.

Pour la campagne 2008, par exemple, nous avons ciblé les séjours d'hospitalisation complète, la chirurgie esthétique, les soins palliatifs, les séjours de zéro jours et certaines autorisations données. Les enjeux financiers avaient été évalués à 47 millions d'euros. Nous avons notifié 24 millions d'indus aux établissements contrôlés à la fin de l'année 2009, dont quelque 16 millions d'euros aux établissements publics et environ 7 millions aux cliniques privées ; nous avons récupéré 16 millions d'euros, soit 67 % des montants notifiés. Des sanctions financières ont été proposées à l'unité de coordination régionale contre 127 établissements – 78 publics et 49 privés – pour un montant total de 20 millions d'euros ; 41 établissements ont été effectivement sanctionnés par les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation ; nous sommes en mesure de vous donner pour chaque agence régionale de l'hospitalisation, le pourcentage de sanctions financières prononcées ainsi que les références des établissements concernés.

Pour la campagne 2009, nous avons également notifié un certain nombre d'indus.

M. le coprésident Pierre Morange. Quels thèmes avez-vous retenus pour la campagne 2010 ?

M. Frédéric van Rookeghem. M. Jean-Marc Aubert vous les précisera.

Le contrôle est un sujet d'inquiétude pour nous. Les conseils de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ont émis une recommandation au Gouvernement, pour qu'il veille à la transparence et à une claire répartition des rôles, dans la mesure la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renvoie pour partie ces questions à des ordonnances.

Nous souhaitons d'abord que l'on maintienne le principe d'une commission paritaire entre l'Assurance maladie et les agences régionales de santé afin de s'assurer de la bonne coordination en matière de contrôle.

Par ailleurs, la commission exécutive des agences régionales de l'hospitalisation disparaissant, le pouvoir de décision en matière de contrôle va échoir au directeur de l'agence régionale de santé. Le projet de texte qui nous a été présenté par le Gouvernement prévoit que, lorsque le directeur de l'agence régionale de santé ne suit pas les recommandations de la commission, il motive sa décision. Le conseil de l'Assurance maladie a demandé que cette décision motivée soit rendue à la connaissance, non seulement des membres de la commission, mais aussi au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé, afin que la fonction de régulation et d'allocation des ressources des agences régionales de santé n'ait pas de conséquences inappropriées sur le respect des textes de droit public. Le commissaire du Gouvernement a précisé, en séance, que le Gouvernement prévoyait d'introduire dans un décret d'application un minimum de transparence pour les décisions publiques. Quoi qu'il en

soit, nous continuerons, comme cela est prévu par les textes, à publier chaque année le bilan des opérations de contrôle.

S'agissant de l'information du patient, M. Jean-Marc Aubert va vous répondre, mais il est évident qu'il faut rattraper le retard de la France en la matière. Nous proposons, dans le cadre du contrat qui doit être conclu entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de mettre à la disposition des assurés, outre les tarifs, un certain nombre d'indicateurs de qualité, par exemple par l'intermédiaire de notre site internet « ameli-direct ».

M. Jean-Marc Aubert. Les systèmes d'information de l'État et de l'Assurance maladie permettent d'ores et déjà de construire quelques indicateurs. À la fin de ce semestre, nous en diffuserons un certain nombre sur « ameli-direct », ainsi que les tarifs de l'ensemble du secteur de l'hospitalisation – comme nous avons déjà commencé à le faire pour la médecine de ville. À terme, nous pourrions même publier des taux de survie ou des suivis de cohortes de patients.

Le système est appelé à s'améliorer dans les deux ou trois prochaines années. Ce qui importe, c'est de trouver des indicateurs suffisamment synthétiques pour être compréhensibles. On pourrait également demander au patient lui-même de se prononcer sur la qualité de l'établissement, à l'instar de ce qui se fait en Angleterre. Son point de vue est en effet particulièrement important pour tout ce qui concerne le confort, l'accueil et, surtout, la compréhension de son traitement et sa capacité ou non à faire des choix – c'est d'ailleurs le premier item retenu par le *National Health Service* (NHS). Alors qu'il existe aujourd'hui plusieurs choix possibles pour la plupart des traitements, la décision revient plus souvent au médecin qu'au patient.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. La plupart des personnes que nous avons auditionnées nous ont dit que les systèmes d'information des établissements hospitaliers ne permettaient pas de tenir une comptabilité analytique digne de ce nom ni de comparer les activités et les tarifs, et ont contesté la fiabilité de ces outils. Pourtant vous affirmez pouvoir publier des données qui permettront à l'usager de faire des choix éclairés. N'est-ce pas contradictoire ?

M. Frédéric van Rookeghem. Il convient de distinguer les recettes – c'est-à-dire nos dépenses, celles des ménages et celles des assureurs complémentaires – et les coûts. Nous savons quelles sommes nous versons aux établissements de soins.

M. le coprésident Pierre Morange. De nombreuses personnes auditionnées ont déploré que le financement des établissements hospitaliers soit arrêté sur la base d'états statistiques globaux élaborés par les agences régionales de l'hospitalisation. Il serait préférable que la liquidation des prestations correspondant à chacun des séjours se fasse directement entre l'établissement hospitalier et l'Assurance maladie afin d'améliorer la traçabilité et la pérennité des financements.

Où en est l'urbanisation des systèmes d'information ? Le pouvoir exécutif devrait exiger que les systèmes mis en place soient interconnectables.

M. Frédéric van Rookeghem. De notre point de vue, la grande différence entre le secteur public et le secteur privé, c'est que, grâce à la facturation individuelle, nous sommes en mesure de contrôler les assurés qui fréquentent les établissements privés, alors que, pour les établissements publics, nous avons affaire à un paiement global, sur la base des arrêtés des

agences régionales de l'hospitalisation – et, désormais, des agences régionales de santé – et que nous ne pouvons contrôler la totalité de la chaîne pas plus que la traçabilité des soins et prestations. C'est d'ailleurs pourquoi le Parlement avait souhaité, dès 2003, mettre en place la facturation individuelle hospitalière. Ce chantier a plusieurs fois été reporté.

Toutefois, depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, nous constatons une réelle volonté du secrétariat général du ministère d'avancer dans cette direction, avec notamment la nomination d'un chef de projet.

M. le coprésident Pierre Morange. Quand la facturation individuelle sera-t-elle opérationnelle ?

M. Jean-Marc Aubert. Une expérimentation doit être lancée dans un an ; la généralisation du dispositif est prévue pour l'automne 2011.

M. Frédéric van Rookeghem. On ne commence véritablement que maintenant.

M. le coprésident Pierre Morange. La disposition date pourtant de 2003 !

M. Frédéric van Rookeghem. La facturation individuelle introduira davantage de transparence dans les activités des établissements ; elle permettra de vérifier que les paiements se font à bon droit et favorisera la mise en place de programmes d'accompagnement des patients ainsi que le déclenchement d'actions de prévention secondaire ou tertiaire.

S'agissant de l'urbanisation des systèmes d'information, il convient de rester modestes.

M. le coprésident Pierre Morange. Le premier thème de réflexion de la mission portait en effet sur les coûts de gestion de l'assurance maladie et sur les retards de son plan informatique.

M. Frédéric van Rookeghem. Entre-temps, nous avons progressé. Nous connaissons maintenant les causes du goulet d'étranglement sur les développements. La difficulté, avec les systèmes lourds, est de répondre à la fois aux commandes courantes et aux transformations structurelles induites par les modifications des règles de droit. Actuellement, notre capacité de développement, exprimée en jours/hommes, est inférieure à ce qui serait nécessaire pour mener les deux de front. Nous avons toutefois la chance d'avoir un système national.

Pour ce qui concerne l'interconnexion, vous avez malheureusement raison. Faire converger les systèmes d'informatisation des hôpitaux est un projet en soi. La question est de savoir qui le conduit.

M. le coprésident Pierre Morange. Il n'y en a donc pas ?

M. Frédéric van Rookeghem. Je l'ignore : il faut que vous posiez la question à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. En revanche, je sais que le ministère de la santé et des sports mène en interne une réflexion sur l'organisation stratégique des systèmes d'information. Le secrétaire général ou le représentant de la ministre seront plus à même de vous en parler.

M. le coprésident Pierre Morange. Pour l'Assurance maladie, quand aurez-vous abouti ?

M. Frédéric van Roekeghem. Le basculement sous UNIX a été plus tardif que prévu. Par ailleurs, on n'avait pas prévu les modifications postérieures à la réforme de 2004, comme la mise en place des parcours coordonnés, les évolutions de la franchise médicale et les fusions des organismes, qui occupent actuellement l'essentiel de nos capacités de développement.

Pour notre plan stratégique 2010-2013, nous avons progressé dans la connaissance de la répartition des charges et nous sommes en mesure de procéder aux arbitrages nécessaires. Pendant plusieurs années, on s'est engagé sur des objectifs sans vérifier que l'on possédait les moyens humains et organisationnels nécessaires.

M. le coprésident Pierre Morange. En pratique, quand serez-vous opérationnels ?

M. Frédéric van Roekeghem. Le champ de l'urbanisation n'a été initié que partiellement, sur trois programmes cœurs de notre moteur de tarification Iris. Le désenclavement des programmes cœurs d'Iris est en cours. Priorité est donnée au remboursement des produits de santé, avec la mise en place d'automates permettant d'activer des programmes.

L'objectif de l'urbanisation est de découper les programmes cœurs des gros moteurs de production pour pouvoir les faire évoluer plus rapidement. Nous souhaitons aboutir à l'issue du prochain programme de quatre ans, c'est-à-dire en 2013. Il convient de gérer le projet par les délais, et non par les ambitions, ce qui suppose de modifier l'organisation interne de notre fonction informatique et la contractualisation avec les sous-traitants, afin de redéployer progressivement nos personnels de l'exploitation informatique vers le développement, la qualification et le cycle de vie des logiciels. Il s'agit d'un projet global.

M. Jean-Marc Aubert. En termes de fonctionnalité, nous sommes au rendez-vous : nous pouvons quasiment facturer les établissements de santé. Ce qui nous manque, ce sont les dernières règles qui doivent être définies cette année dans le cadre de l'expérimentation. Nous pourrions donc, dès l'année prochaine, facturer l'ensemble des établissements de santé au niveau national et suivre les prescriptions des établissements patient par patient.

M. Frédéric van Roekeghem. Nous avons en effet adapté nos systèmes d'information pour mettre en œuvre la facturation individuelle, mais je rappelle que le dispositif est déjà opérationnel pour les établissements privés.

La facturation individuelle n'est pas qu'un projet informatique ; elle vise également à améliorer l'organisation des établissements de santé et à mieux anticiper la sortie des patients, afin d'améliorer la fluidité des parcours.

S'agissant des différences de coûts entre les établissements, si nous recherchons une plus grande transparence en matière de qualité, il faut que la concurrence entre les établissements *via* le choix du patient puisse s'exercer dans des conditions relativement équilibrées.

Avant la mise en place de la T2A, les tarifs reflétaient le budget des établissements. Ils sont en train d'évoluer à travers le mécanisme de la T2A, mais en convergeant vers les moyennes. De fait, il subsiste des différences de tarifs, à soins et comorbidité identiques.

Si nous souhaitons construire un système qui encourage la compétition entre les établissements dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, il faut pouvoir comparer les sommes allouées à chaque établissement. Mais il faut aussi reconnaître que les établissements de santé publics ont des contraintes spécifiques : des contraintes liées au non-programmé – bien que celui-ci puisse être organisé, comme l'a montré l'expérimentation menée à l'hôpital Beaujon ; des contraintes de respect très strict de la réglementation sanitaire, et des contraintes statutaires, puisque c'est l'État qui négocie les modifications statutaires.

Il semble toutefois normal de veiller à ce que l'évolution des tarifs soit liée à la qualité des soins et aux services délivrés plutôt qu'à des situations historiques. Cela suppose de réévaluer les missions d'intérêt général à leur juste tarif, c'est-à-dire de disposer dans tous les établissements de santé d'une comptabilité analytique faisant appel à une nomenclature comparable.

M. Jean-Marc Aubert. S'agissant du programme de contrôle pour 2010, les trois principaux thèmes d'étude sont le saucissonnage des séjours, le rapport entre la pertinence des actes et le codage, et la comorbidité. La France est le pays qui possède le plus grand nombre de groupes homogènes de séjours (GHS) dans ce domaine – 2 000 à ce jour, mais 8 000 potentiellement. Ailleurs, on considère qu'à partir de 1 000 ou 1 500 tarifs, on perd toute capacité de gérer et de contrôler, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

L'alternative à l'hospitalisation est un enjeu fondamental. On a pris du retard sur la chirurgie ambulatoire, et on est en train d'en prendre sur le développement des centres de santé libéraux. On finance aujourd'hui des médicaments anticancéreux dont l'intérêt est de pouvoir être dispensés chez le patient ; or on continue à les donner à l'hôpital. Cela nécessite probablement des investissements dans les soins de ville, nettement insuffisants en France, mais, eu égard aux contraintes budgétaires actuelles, une garantie collective semble nécessaire. Il convient donc que ces financements supplémentaires s'accompagnent d'économies sur les modes actuels de délivrance.

M. Frédéric van Rookeghem. Nous considérons que nous n'avons pas tiré toutes les conséquences de la mise en place de la T2A. Il convient d'en tirer tous les avantages – que les établissements soit rémunérés en fonction de leur activité et que ceux qui ne sont pas suffisamment dynamiques soient obligés de se restructurer – et d'en maîtriser les inconvénients, notamment le risque d'augmentation artificielle du nombre des séjours. Il est évident que, plus le nombre de groupes homogènes de séjours est grand, plus il y a de risque de dérive. Il faudrait pouvoir vérifier les comorbidités de tous les patients ; or cela ne se fera que pour les établissements dont la dérive du *case mix* (classification des séjours des malades en fonction des moyens requis pour leur prise en charge) est aberrante. La stratégie de multiplication du nombre de groupes homogènes de séjours risque de nuire à l'efficacité du contrôle et à la transparence.

Inversement, si l'on réduit le nombre de groupes homogènes de séjours, il faut veiller, comme le font certains pays, à ce qu'il n'y ait pas de sélection des patients. En la matière, la transparence est une stratégie d'équilibre. Ainsi, la mise en place de la T2A dans les maternités aura des conséquences sur la durée des séjours, ce qui est sans doute nécessaire, sous réserve que leur réduction soit raisonnable. Si l'on publie les durées moyennes de séjour, les patientes pourront disposer d'un indicateur sur la qualité du service rendu.

De même, il faudrait que les patients puissent à terme apprécier la qualité de l'hébergement et des services dans les établissements de soins. L'expérience du *National*

Health Service montre que, lorsque les normes déontologiques sont relativement strictes et que le nombre de réponses est suffisant, une telle enquête est fructueuse.

S'agissant des expérimentations locales, comme celle de l'hôpital Beaujon, ces opérations d'accompagnement des professionnels par des cabinets spécialisés ont permis des gains substantiels. Nous sommes d'accord avec le Gouvernement quand il estime que l'on peut obtenir des gains importants en améliorant l'organisation des établissements. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, présidée par M. Philippe Ritter, travaille d'ailleurs sur le sujet.

Pour ce faire, un bon management est cependant indispensable. Il faut d'abord définir les objectifs à atteindre grâce à une comptabilité analytique, puis déployer les processus retenus par des contractualisations entre les agences régionales de santé et les établissements de santé. On ne réussira à faire évoluer ces structures qui peuvent regrouper des milliers de salariés que si l'on délègue les responsabilités et que l'on associe très étroitement les personnels concernés.

Mais ne nous berçons pas d'illusions : ces évolutions prendront des années. Nous devons cependant persévérer dans cette direction et mobiliser tous les outils dont nous disposons.

S'agissant des établissements en situation financière délicate, nous vous transmettrons des documents. Nous avons conclu un accord avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins afin d'utiliser une méthode d'identification commune, reposant sur des indicateurs de premier, deuxième et troisième niveaux, laquelle nous permettra d'identifier ces établissements de façon rationnelle et de comparer leurs situations à celles de la concurrence – le patient étant libre de son choix. Il reste à mettre en œuvre cette méthode et à apporter des solutions.

M. le coprésident Pierre Morange. Messieurs, je vous remercie pour la précision de vos réponses.

*

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale procède ensuite à l'audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des sports.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous accueillons maintenant M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des sports.

Je passe tout de suite la parole à notre rapporteur, M. Jean Mallot, à qui je demande tout d'abord de bien vouloir préciser, à l'intention de la presse, quand il compte remettre son rapport.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Après les auditions de ce matin, nous procéderons encore à celle de la ministre de la santé et des sports.

Compte tenu de l'interruption des travaux de l'Assemblée nationale au mois de mars, je pense que le rapport devrait pouvoir être présenté début avril ou à la charnière de mars et d'avril.

La mission est heureuse de vous retrouver, monsieur Dominique Libault, sur le thème du fonctionnement de l'hôpital.

Comment se situe la direction de la sécurité sociale dans la nébuleuse des organismes de tutelle, d'observation ou de pilotage que sont, par exemple, les agences régionales de l'hospitalisation, qui seront remplacées demain par les agences régionales de santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ancienne mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier ou encore la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, dont nous venons d'entendre le directeur général ?

Par ailleurs, nous sommes frappés par le décalage qui existe entre ce que nous disent ces différents organismes de tutelle d'envergure nationale et les informations qui nous remontent du terrain sur le fonctionnement des établissements hospitaliers. Comment est-il possible, selon vous, de réduire ce décalage ?

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des sports. Je vous remercie de m'entendre aujourd'hui sur ce sujet très important qu'est le fonctionnement de l'hôpital.

Comme vous, je suis frappé par la double image qui nous en est présentée : d'un côté, les experts insistent sur la nécessité pour les établissements hospitaliers de gagner en efficacité et, de l'autre, un certain nombre d'acteurs du secteur hospitalier – personnels soignants ou non soignants – font part de difficultés, de charges de travail importantes, voire de pénibilité. Ces deux réalités doivent être prises en compte. Elles ne sont, d'ailleurs, pas incompatibles : les difficultés exprimées par les agents du secteur n'excluent pas que le système hospitalier ait besoin d'accroître son efficacité.

La direction de la sécurité sociale essaie de piloter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, c'est-à-dire les équilibres financiers de l'Assurance maladie. En votant un objectif national des dépenses d'assurance maladie en augmentation de 3 %, alors que la croissance spontanée des dépenses de santé est de 4,5 % ou 5 %, le Parlement fait le choix de limiter les sommes que la Nation est prête à affecter au financement de la dépense publique de santé par rapport à la croissance naturelle des dépenses de santé. Pour parvenir à cet objectif, il n'y a que deux moyens : soit on modère le coût des prestations de santé payées par l'assurance maladie solidaire, c'est-à-dire le volume global des services de santé et leurs tarifications individuelles, soit on diminue le « panier » acheté par l'assurance maladie solidaire, c'est-à-dire la prise en charge des services de santé, ce qui a un impact sur les droits sociaux de nos concitoyens. Si l'on ne veut pas trop réduire ces droits, on est obligé de s'intéresser au coût des prestations et des services de santé, notamment des établissements de santé qui représentent une part très importante de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : quelque 70 milliards d'euros.

Il importe, par ailleurs, de déterminer, lorsqu'on réfléchit à l'évolution des dépenses de santé sur le long terme, sur quels secteurs on peut espérer diminuer la progression du coût des prestations de santé pour l'assurance maladie solidaire, toujours dans l'optique de maintenir le maximum de prise en charge.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Outre le décalage observé entre le discours national et les avis sur le terrain, il en existe un autre entre les outils de gestion et de management, à ces deux niveaux : au niveau national, ont été mis en place des outils

d'information très performants, dont la T2A, tandis que, dans les établissements, il n'y a pas encore de comptabilité analytique digne de ce nom, si bien que l'on trouve encore souvent des sous-facturations, ce qui empêche de comparer les coûts réels des établissements à la tarification qu'on leur demande d'appliquer. Qu'est-ce qu'un système d'information s'appuyant sur des données partielles ?

M. Dominique Libault. Il ne faut pas oublier qu'on part d'un système d'allocation de ressources – la dotation globale. L'unique préoccupation des établissements était de rester dans l'allocation globale qui leur était versée : ils ne se posaient pas la question du coût des différentes activités proposées.

C'est depuis l'instauration d'un levier tarifaire que se posent les questions de facturation exhaustive, d'analyse de coûts et d'organisation. La T2A exige des changements profonds. Comme l'a dit M. Frédéric van Rookeghem, cela demande du temps, d'autant qu'il existe des écarts de coûts importants entre les établissements de santé. Ceux dont les coûts sont loin de la moyenne sur laquelle repose la nouvelle échelle d'allocations de ressources doivent faire plus d'efforts, ce qui peut être vécu de diverses manières.

Le système d'allocation budgétaire mis en place est vertueux mais il a ses limites : il permet d'impulser des changements mais ne donne pas le chemin pour y parvenir.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. La T2A est-elle conçue comme un moyen pour établir une vérité des coûts ou bien comme un outil de pilotage et d'orientation du système ? L'instauration de la vérité des coûts repose sur la comptabilité analytique dans toute sa froideur et sur la mesure tandis que le pilotage du système repose sur l'augmentation ou la diminution de certains tarifs pour orienter l'activité vers telle ou telle priorité.

M. Dominique Libault. L'orientation prise par les pouvoirs publics a plutôt été en faveur de la vérité des coûts.

La T2A a été mise en place à partir du coût moyen par activité. Un débat a eu lieu au sein de l'administration à ce sujet. Nous voulions fixer la T2A un peu plus haut que la moyenne pour que le système soit plus efficient. La T2A n'a pas été conçue pour « gagner de l'argent » : elle est une réallocation de ressources entre établissements en fonction de l'activité, de façon à donner la même somme pour la même activité.

La T2A étant maintenant mise en place, la seconde finalité que vous avez évoquée peut être envisagée : détacher le coût d'une activité de la moyenne pour inciter les établissements à la réaliser ou, au contraire, à la laisser à la charge d'une alternative à l'hospitalisation.

Cela étant, je pense que les pouvoirs publics ont eu raison de partir de la moyenne pour établir une lisibilité et une transparence des coûts. La T2A n'a pas été établie en fonction de desseins plus ou moins opaques. La démarche de M. Jean-François Mattei, lorsqu'il était ministre en charge de la santé, et de ses équipes, lorsqu'ils l'ont instituée, a été de partir des coûts constatés afin de redistribuer les allocations.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous revenons toujours au même sujet, à savoir la maîtrise de l'information, qu'elle soit d'ordre sanitaire, administrative ou assurancielle. Les plans informatiques en cours de réalisation dans les établissements hospitaliers français sont-ils adossés à un principe général d'urbanisation et d'interconnexion ?

M. Dominique Libault. J'avoue la limite de ma compétence sur le sujet puisque je ne suis pas directement chargé de l'informatisation de l'hospitalisation. Pour autant, je suis frappé par la différence des démarches en la matière.

Dans les décennies 1980 et 1990, l'informatisation des caisses de sécurité sociale a été prise en charge par un plan d'informatisation globale cohérente et pilotée nationalement, ce qui a créé parfois des conflits avec certains établissements de base qui contestaient cette vision d'une informatique nationale. Je considère que cela a été un bon choix.

L'informatique hospitalière n'a pas de pilotage national unique, ce qui entraîne un manque de cohérence entre les établissements et s'oppose à l'objectif d'interconnexion souhaité par les pouvoirs publics. La facturation individuelle a pris un retard considérable bien que nous essayions de la relancer. C'est un sujet auquel la direction de la sécurité sociale tient beaucoup. La mise en place des franchises est également lente et la réaction des établissements très hétérogène.

J'observe cependant un souci de donner plus de cohérence à cette approche. Une délégation au système de santé est sur le point de se mettre en place au sein du ministère de la santé auprès du secrétaire général, et nombre d'établissements sont conscients de l'enjeu. Mais il y a encore beaucoup de chemin à faire.

C'est un élément très important dans l'évolution du système, tant pour le pilotage interne des établissements que pour le *reporting* (suivi d'indicateurs) et le *benchmark* (analyse comparative).

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Les charges de personnel représentant près de 70 % du budget des établissements, certains responsables d'organisations professionnelles voient en celles-ci un gisement important d'économies permettant de retrouver des équilibres financiers. Quelle est votre position à ce sujet ?

M. Dominique Libault. Avant de considérer les personnels, nous devons nous poser une question fondamentale, celle de savoir quelle activité de santé on veut que l'hôpital assure aujourd'hui et demain.

Aucun système n'étant parfait, la T2A a des vertus, mais aussi des limites. Elle a la vertu d'induire l'ensemble des établissements à se rapprocher du coût moyen et donc à faire des efforts d'efficience. Mais, plus d'activités engendrant plus de ressources, elle peut également inciter à « faire de l'activité ». Or, dans un système d'assurance maladie solidaire, se pose la question du meilleur service de santé au moindre coût. La recherche d'activité n'est pas forcément compatible avec cet objectif, le moindre coût pouvant être réalisé par des actes effectués en dehors de l'hôpital. La mise en place des agences régionales de santé est, de ce point de vue, très importante. Il est nécessaire d'avoir un regard sur l'ensemble des services de santé d'une région.

La question concernant les personnels se décline de la manière suivante : combien de personnes, et pour quelle activité, d'abord ? Certains établissements peuvent avoir la tentation, pour répondre au défi de la T2A, d'augmenter leurs parts de marché et de construire plus de blocs opératoires. Si, dans de tels cas, on implique moins de personnels, des problèmes apparaîtront.

Une fois déterminés le type et le volume d'activités, il convient de s'interroger sur les bonnes pratiques qui génèrent les moindres coûts. Ce n'est pas un sujet spécifique à l'hôpital. Nous faisons un même constat d'hétérogénéité pour les caisses de sécurité sociale pour lesquelles nous dressons des tableaux mettant en regard leurs qualités et leurs coûts. Un quart des établissements offrent des services de qualité à un faible coût. Ils doivent servir de modèles pour améliorer la performance de l'ensemble du réseau.

Un levier essentiel, pour lequel la direction de la sécurité sociale a beaucoup milité, est la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, devenue l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. L'amélioration de l'efficacité ne consiste pas uniquement en l'augmentation des effectifs, mais aussi en un meilleur service pour tout le monde. Des expériences ont été menées sur la gestion des blocs opératoires, des urgences, des lits, de la nutrition, des sorties, qui montrent qu'une meilleure gestion fluidifie l'organisation : on améliore la qualité du travail du personnel soignant et le relationnel entre celui-ci et les agents. Un système de non-qualité crée à la fois une surcharge de travail et le sentiment de ne pas accomplir un travail gratifiant. En travaillant sur l'organisation, non seulement on peut offrir un meilleur service, mais encore on peut faire en sorte que le personnel se sente plus à l'aise. C'est ce à quoi il faut tendre.

On parle toujours de ce qui va mal à l'hôpital, mais il y a beaucoup de belles expériences. La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers demandait toujours aux personnes qu'elle rencontrait de raconter leurs belles histoires.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Les échanges d'expériences se font difficilement. Comment l'expliquez-vous ?

M. Dominique Libault. Je fais le même constat que vous. La mise au point de référentiels de bonnes pratiques en matière de gestion des blocs opératoires, des lits et de la nutrition a pris du temps. Elle a été réalisée sur la base du volontariat, c'est-à-dire à partir d'établissements volontaires. Les agences régionales de l'hospitalisation n'étaient pas en position de relayer la démarche comme pourront le faire les agences régionales de santé – c'est d'ailleurs l'enjeu majeur de leur création. Sur le plan national, si la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers a fait son travail, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins n'a pas pris suffisamment en charge la diffusion des bonnes pratiques constatées. La création, au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, d'une sous-direction chargée de l'efficacité devrait pallier ce manque. Tant au niveau national qu'au niveau régional, nous sommes en train de nous doter d'outils plus satisfaisants.

Une réflexion est également en cours sur les métiers au sein de l'hôpital. On a constaté qu'une bonne organisation était due à une bonne association des soignants et des non-soignants. Aucun progrès ne peut se faire sans les personnels soignants, et encore moins contre eux. Les projets doivent être portés par des équipes médicales et bénéficier d'un accompagnement administratif adéquat. Les établissements réfléchissent à la manière de positionner ce que j'appelle des ingénieurs du fonctionnement interne hospitalier pour faire en sorte que les équipes travaillent bien ensemble.

Il n'y a pas de modèle unique. Il faut respecter la diversité, l'histoire et la culture des établissements. Trop souvent, dans les établissements, une belle histoire prend fin du fait du départ de la personne qui s'en occupait. Il faut se donner des moyens de gouvernance interne à l'hôpital pour que ces belles histoires deviennent pérennes.

Là encore, je pense qu'on est dans la bonne direction.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. C'est un aspect qui était au cœur de la discussion de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Pensez-vous que l'on ait atteint un bon équilibre avec ce texte ?

M. Dominique Libault. Il est indispensable d'avoir un peu de stabilité dans les leviers, mais il faut donner du temps au temps. On a fourni des outils de gouvernance internes à l'hôpital. Il importe que les établissements se les approprient et les fassent vivre. Nous devons donner le temps à ces outils de produire leurs effets.

Je considère que la loi offre un certain nombre de leviers. L'un des enjeux fondamentaux est que les acteurs se les approprient. S'ils ont l'impression qu'une contrainte externe s'exerce contre eux, cela ne pourra pas marcher. S'ils ont le sentiment que c'est dans leur intérêt, une dynamique se mettra en place et induira des initiatives positives.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Cette orientation est-elle partagée par tous les acteurs du système hospitalier ? Pensez-vous que les outils de formation des personnels soient en phase avec celle-ci ?

M. Dominique Libault. Quoique le sujet soit un peu éloigné de ceux que je gère en direct, je dirai qu'il y a beaucoup à dire sur les outils de formation.

Même si les sujets touchant à l'organisation sont déjà traités lors de la formation initiale à l'École des hautes études en santé publique, il y a matière à amélioration, y compris pour les directeurs d'hôpitaux eux-mêmes.

Par ailleurs, bien qu'il y ait un peu d'économie de la santé dans le cursus des études médicales, ces sujets ne sont pas beaucoup évoqués. Il y a donc un gros travail à faire dans le cadre de la formation des médecins. Nous saurons que nous aurons réussi quand il n'y aura plus de clivage entre personnels soignants et personnels non soignants. C'est déjà le cas dans certains établissements où responsables médicaux et chefs d'établissement travaillent en lien.

Quoi qu'on en dise, la situation a beaucoup progressé depuis vingt ans, mais il reste encore beaucoup de chemin à faire, notamment dans les très gros établissements, où ces dynamiques sont plus difficiles à mettre en place.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Si je comprends bien, le système de tarification a été posé pour établir une vérité des prix, mais il peut progressivement devenir un outil d'orientation. Cela suppose que les appareils informatiques soient organisés en conséquence. Par ailleurs, des échanges d'expériences vertueuses et de bonnes pratiques sont en cours et l'on étudie des alternatives à l'hospitalisation.

La poursuite de ces démarches permettra-t-elle de retrouver l'équilibre financier des établissements de santé et d'améliorer l'efficacité du système pour une meilleure santé de la population ? On se heurtera certainement à quelques obstacles. Quels en sont, selon vous, les principaux ?

M. Dominique Libault. Vous avez assez bien résumé la situation.

Il faut d'abord assurer un bon équilibre entre les différents outils : budgétaire, informatique, intéressement des acteurs au sein de l'hôpital, définition de l'activité attendue de l'hôpital. Ce qui est un peu compliqué, c'est d'arriver à les faire progresser parallèlement.

La définition de l'activité que l'on veut à l'hôpital n'est pas aussi avancée que nous le souhaiterions. Nous devons travailler en priorité sur ce thème.

Au cours des dernières années, le Parlement a voté un objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier égal à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie soins de ville. Est-on sûr que l'on s'autorise ainsi la meilleure allocation des ressources ? Personnellement, je n'en sais rien, mais il faut que nous fassions des projections pour nous en assurer. C'est une question fondamentale, qui n'est pas assez expertisée.

Il importe ensuite de travailler, de façon cohérente, sur les différents leviers. Une grande transparence est nécessaire, non seulement des établissements vis-à-vis de l'extérieur, mais également des décisions publiques vis-à-vis des établissements. Les hospitaliers vivent mal l'impression d'opacité de certaines règles du jeu et les modifications de celles-ci sans explications.

Enfin, il faut tenir compte de la volonté du Parlement de réallouer les ressources au sein des territoires entre hôpital et ville, et entre les territoires eux-mêmes.

Nous devons être actifs sur tous ces fronts et nous doter des outils les plus objectifs pour qu'ils soient le moins contestés possible.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. L'outil concernant ce dernier point est certainement pour vous l'agence régionale de santé.

M. Dominique Libault. Pas seulement. Pour décider combien il faut allouer à telle ou telle région, il faudra que les agences régionales de santé sachent quelles sont les régions qui sont sous-dotées et celles qui sont surdotées, ce qui suppose des outils d'analyse dont nous ne disposons pas encore. Ceux à notre disposition sont un peu frustes. Nous devons les affiner.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Comment comptez-vous progresser dans ce domaine ?

M. Dominique Libault. Un premier moyen consistera à rapporter à la population le coût des dépenses de santé, en faisant intervenir différents facteurs, dont l'âge. On peut étudier également les possibilités de transfert d'une population donnée dans une autre région pour avoir accès à l'offre de soins. S'il faut, dans certains cas, veiller à maintenir, voire à développer, une offre de soins de proximité, il en est d'autres, comme dans le cadre de la lutte contre le cancer, où des centres de référence peuvent être créés vers lesquels convergerait la population de plusieurs territoires. Cela induirait des parcours de soins qu'il faudrait prendre en compte de manière fine dans l'évaluation des inégalités territoriales d'accès aux soins. Le sujet est complexe.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Nous vous remercions, monsieur le directeur.

*

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale procède enfin à l'audition de M. Benjamin Maurice, directeur de la Mission sur la tarification à l'activité et chef du bureau du financement de l'hospitalisation privée à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous vous souhaitons la bienvenue, messieurs, à l'Assemblée nationale.

La tarification à l'activité (T2A) a souvent été évoquée au cours de nos auditions. Cette grille tarifaire, qui est un outil de référence en matière d'efficience au service des patients et un référentiel toujours plus affiné, peut paraître complexe à celles et ceux qui l'utilisent.

Récemment, un représentant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés nous indiquait que la philosophie de la T2A était d'établir des moyennes sur une pratique dont les modalités sont parfois issues du passé. Cet outil de référence, utilisé dans le secteur public à des fins de convergence et d'harmonisation, prend-il parfaitement en compte les opportunités qui se présentent pour améliorer le fonctionnement des établissements de soins et promouvoir les thérapeutiques ?

Plusieurs personnalités, dont le président de la Haute Autorité de santé et M. Jean-Michel Dubernard, ancien président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, soulignent la pertinence du développement de la chirurgie ambulatoire et de la gestion de l'amont et de l'aval des établissements de santé. Toutefois, ils s'interrogent sur la possibilité d'adapter la grille tarifaire afin de la rendre plus favorable au développement de la chirurgie ambulatoire.

Si la T2A contribue à pérenniser les pratiques de qualité, elle n'améliore pas forcément l'offre de soins pour nos concitoyens et ses conséquences en termes de durée d'hospitalisation, de souffrances et de complications post-opératoires. Quoi qu'il en soit, il importe de développer la chirurgie ambulatoire et de mieux la valoriser dans les tarifs.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. On ne peut parler du fonctionnement de l'hôpital sans évoquer son financement, qui est le nerf de la guerre. La T2A est-elle le reflet de la vérité des coûts ou un outil d'orientation de l'activité ? Comment voyez-vous son avenir, compte tenu de la situation sanitaire, économique et budgétaire de nos établissements ?

M. Benjamin Maurice, directeur de la Mission sur la tarification à l'activité et chef du bureau du financement de l'hospitalisation privée à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports. Nous connaissons vos préoccupations, et nous les prenons en compte lorsque nous construisons les modèles de financement et de tarification. Je vais vous le démontrer au cours de cette audition.

Je commencerai par dresser un bilan de la T2A.

Sur le champ des activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et odontologie, nous avons parcouru un long chemin, depuis 2004. Notre but est de construire un système équilibré, basé sur une ressource tarifaire prédominante – elle représente près des trois quarts des ressources des établissements sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique – et sur des

financements complémentaires – dotations, forfaits, sans oublier la « liste en sus » pour certains dispositifs médicaux et les molécules onéreuses. Si notre système focalise l'attention sur l'aspect tarifaire, il ne faut pas oublier les ressources complémentaires que sont les dotations, qui permettent d'équilibrer le financement et de mener une politique de santé publique.

Souhaitant que la réforme soit mise en place progressivement, nous avons instauré des coefficients de transition. Le processus de convergence intrasectorielle est en cours dans tous les établissements et sa fin est programmée pour 2012.

La réforme prévoyait également la convergence intersectorielle. La méthodologie ayant été clairement expliquée, celle-ci a donné lieu à des résultats très sensibles l'année dernière en termes de rapprochement des masses tarifaires entre le secteur public et le secteur privé.

J'en viens à ce qui sera mis en place dans le cadre de la prochaine campagne tarifaire. Nous avons entendu les remarques dont vous vous faites l'écho. Cette campagne doit s'inscrire dans la continuité : continuité des outils et des politiques, continuité dans la classification des « groupes homogènes de malades » et dans l'utilisation raisonnée des données issues de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune.

Les politiques tarifaires s'inscrivent dans la continuité puisque nous poursuivons l'accompagnement des priorités de santé publique que sont le cancer, les soins palliatifs, ainsi que les politiques incitatives en direction du développement de la chirurgie ambulatoire. Cette préoccupation, clairement affichée, trouve sa traduction dans les tarifs.

Notre souci de continuité se traduit enfin par des ajustements, sur les séjours courts et certains dispositifs comme la surveillance continue.

La T2A est en marche, elle poursuit son chemin avec le souci de répondre aux préoccupations des établissements et aux objectifs de santé publique.

Dans le domaine des soins de suite et de réadaptation, nous avons mis en place l'année dernière un système de modulation des ressources, par le biais d'un indice de valorisation de l'activité. C'est un premier pas, qui montre que des initiatives ont été prises.

S'agissant de la psychiatrie, nous n'en sommes pas là, mais l'année 2010 sera celle de la mise en place de la valorisation de l'activité.

Tous ces éléments étaient précisés dans le rapport sur la tarification à l'activité qui a été transmis au Parlement, à l'automne dernier.

Certains sont opposés au modèle tel qu'il existe. Les critiques les plus courantes concernent son opacité, sa complexité et le fait qu'il ne rémunère pas suffisamment certaines activités. Pourtant, ce système a soutenu le développement des activités de soins et des établissements de santé. Il contribue en outre à réduire les inégalités, car la tarification nationale met tous les établissements sur un pied d'égalité, et permet de financer l'enseignement, la recherche et l'innovation. Il est sans doute perfectible, mais il se révèle complet et solide.

D'autres éléments interviennent dans le financement des établissements. Le premier est macroéconomique : il s'agit des ressources que le Parlement alloue chaque année aux

établissements de santé, et qui correspondent plus ou moins à leurs espérances. Cette composante intervient dans les constructions tarifaires. En réalité, c'est non pas la T2A qui est en cause, mais le niveau de la ressource injectée dans le système.

L'autre élément, qui est au cœur de vos préoccupations et de vos réflexions, est l'appropriation par les établissements de ce modèle de financement.

La T2A est neutre : elle ne vise pas à favoriser tel ou tel établissement. En revanche, elle est un puissant levier d'efficacité, un instrument qui invite les établissements à réfléchir au processus de production des soins et à leur organisation, et éventuellement à opérer certains réajustements.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Comment voyez-vous à l'avenir l'articulation de votre mission parmi les institutions qui participent au pilotage du système hospitalier – la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et les agences régionales de santé ?

Le décalage qui existe entre les schémas, très rationnels, qui nous sont présentés par les institutions comme la vôtre et la réalité du terrain – outils d'information peu efficaces, trous dans la facturation – nous laisse perplexes.

Enfin, de quelle manière entendez-vous simplifier la T2A ?

M. Benjamin Maurice. La Mission T2A, qui est un service de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, cessera son activité le 31 décembre 2010, selon les termes du décret du 22 mai 2008 relatif à l'agence. Pour autant, la fin de la Mission ne signifie pas la fin de la T2A, de même que la disparition de la mission programme de médicalisation du système d'information n'a pas signifié la fin du projet. Il est important que les missions soient poursuivies et elles le seront, dans le cadre de la réorganisation et de la mise en place de la nouvelle direction générale de l'offre de soins. Il y aura donc continuité, à la fois des méthodes, du programme et des agents. Le chemin a été tracé : il n'y aura donc aucune rupture, car la T2A transcende les organisations. M. Dominique Libault, que vous venez d'auditionner, a indiqué que toutes les directions administratives s'étaient approprié la T2A.

Vous soulignez le décalage entre le modèle que nous vous présentons et la réalité. Bien entendu, ce modèle n'est pas parfait. C'est la raison pour laquelle nous procédons à des ajustements, qui découlent des observations et des critiques qui nous sont faites, et surtout des contributions des établissements. Ce système tend à être le plus équilibré possible, mais il peut souffrir de déséquilibres, que nous essayons de corriger.

On lui reproche d'être complexe, mais c'est le lot de tout système. Certes, notre grille tarifaire est foisonnante, mais en Allemagne la grille équivalente, destinée à classer les groupes homogènes de malades, est beaucoup plus importante. Quoi qu'il en soit, nous travaillons à sa simplification.

M. le coprésident Pierre Morange. Je voudrais, à propos de cette simplification, vous faire part de deux critiques importantes : d'une part, nous avons dépassé les 1 500 groupes – c'est un chiffre symbolique, au-delà duquel la maîtrise de la grille tarifaire n'est plus envisageable – ; d'autre part, vous dites que la grille doit être appropriée par les personnes qui ont vocation à réaliser le codage, mais ce sont les professionnels de santé, au chevet des patients, qui sont les mieux placés pour établir cette codification et procéder à sa

modification, et non les informaticiens médicaux, totalement déconnectés de la réalité médicale. Pour s'approprier cette culture peut-être encore plus complexe que la matière médicale, ils ont ardemment réclamé une pause.

M. Benjamin Maurice. La complexité de cette grille résulte de la demande, tout à fait légitime, exprimée par les représentants des établissements, les sociétés savantes et les experts, de décrire parfaitement l'activité. C'est pour répondre à leur demande, donc pour des raisons médicales, que nous avons procédé à un découpage aussi fin de l'activité. Cela dit, les 1 300 groupes homogènes de malades sont regroupés en un peu plus de 600 groupes. Cette grille est le fruit d'une stratification, réalisée année après année, et le résultat de travaux longs et complexes, menés en parfaite concertation avec les professionnels. Mais j'ai bien entendu votre argument. Notre objectif doit être de travailler à la simplification. C'est ce que nous faisons, et nous continuerons.

L'appropriation de l'instrument tarifaire doit naturellement revenir aux professionnels. Ceux-ci sont très aguerris, bien plus que je ne le suis. Nous avons constaté cette année – l'audition de Mme Maryse Chodorge, directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'a démontré – que les établissements s'étaient appropriés ces nouvelles classifications. Il existe sans nul doute une complexité, mais elle est intégrée par l'ensemble du personnel hospitalier.

M. le coprésident Pierre Morange. Concrètement, la tarification à l'activité vous paraît-elle appropriée, à hauteur de 60, de 80 ou de 90 % ? Pouvez-vous estimer le degré d'appropriation et de mise en œuvre de cette grille tarifaire ?

M. Benjamin Maurice. Il faut voir les choses différemment. L'exhaustivité du codage est un révélateur du degré d'appropriation de la grille de tarification puisqu'elle montre que les professionnels – en particulier les départements d'information médicale – sont aguerris sur ces techniques.

Vous me demandez mon sentiment sur les simplifications nécessaires. Je ne vous répondrai pas : d'une part, je ne suis pas médecin ; d'autre part, je pense que cette classification permet une description fine de l'activité ainsi qu'un suivi du codage et du comportement des établissements.

En matière d'appropriation de la T2A, je ne peux vous donner de chiffres précis. Je vous renvoie à la lecture de la classification commune des actes médicaux.

En tout état de cause, la simplification est un chantier qu'il nous faut intégrer, mais elle doit être acceptée et partagée, et les demandes qui pourraient surgir ça et là s'inscrivent dans ce schéma. Notre véritable souci est d'adapter la grille à la réalité médicale et aux attentes légitimes des professionnels.

M. le coprésident Pierre Morange. Selon vous, la tarification à l'activité serait incitative en matière de stratégie thérapeutique, notamment pour développer la chirurgie ambulatoire. Tel n'est pas le sentiment du président de la Haute Autorité de santé. Comment expliquez-vous cette divergence ?

M. Benjamin Maurice. Je ne me permettrai pas de critiquer le président de la Haute Autorité de santé. Le développement de la chirurgie ambulatoire et les politiques tarifaires incitatives qui visent à la promouvoir sont une constante de la politique du ministère de la

santé, et ce depuis plusieurs années, en relation étroite avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette politique s'est traduite, l'année dernière et cette année, par des rapprochements entre les tarifs de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation sur une série de groupes homogènes de malades correspondant à des interventions courantes – point sur lequel la communauté médicale espère des progrès notables.

Le recours à la chirurgie ambulatoire se situe entre 20 et 25 % dans le secteur public et aux alentours de 40 % dans le secteur privé. Ces chiffres, s'ils sont significatifs, pourraient être encore améliorés. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place cette politique tarifaire, que nous allons poursuivre cette année.

M. le coprésident Pierre Morange. Allez-vous la renforcer ou l'étendre à d'autres champs opératoires ?

M. Benjamin Maurice. Il s'agit pour l'instant de poursuivre l'effort concentré sur ces groupes homogènes de malades correspondant aux opérations du canal carpien, du cristallin ou des oreilles décollées et à la pose de drains. Sur les interventions classiques, bien connues des établissements de santé, il reste des progrès à faire. Actuellement, 85 % à 90 % des interventions du canal carpien sont effectués en ambulatoire ; celles réalisées sur le cristallin atteignent 75 ou 80 %. Mais nous venons de loin : auparavant, dans le secteur public, l'ambulatoire ne représentait que 45 % pour cette intervention. Entre 2006 et 2009, nous sommes passés de 45 % à 75 %. J'ai la faiblesse de penser que ce progrès significatif est en grande partie la conséquence de la politique tarifaire qui a été mise en œuvre.

Le développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas facile car celle-ci remet en cause certains gestes traditionnels. Elle suppose une organisation adaptée et exige que des explications détaillées soient fournies aux patients, qui ne sont pas habitués à quitter aussi rapidement l'établissement de santé. Néanmoins, tout le monde s'accorde à considérer la chirurgie ambulatoire comme un facteur de qualité et d'efficacité. Et, si la politique tarifaire a un sens, c'est bien celui de développer certaines pratiques.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. On comprend que la T2A puisse devenir un outil d'orientation des activités hospitalières, mais qui définit ces orientations prioritaires, dans la nébuleuse des tutelles qui se penchent sur l'hôpital ? L'autorité de tutelle pourra-t-elle modifier son orientation de façon arbitraire pour que la chirurgie en hospitalisation complète rapporte moins à l'établissement hospitalier ? J'avoue que cela me pose un problème.

M. Benjamin Maurice. Les orientations tarifaires sont définies et assumées par les pouvoirs publics, l'Assurance maladie, les autorités compétentes telles que la Haute Autorité de santé et les médecins.

Une tarification incitative est mise en place sur une liste limitée de groupes homogènes de malades afin d'inciter au développement de certaines activités.

M. le coprésident Pierre Morange. Qui dresse cette liste ?

M. Benjamin Maurice. Le ministère de la santé.

M. le coprésident Pierre Morange. Dans la mesure où l'analyse médico-économique a été confiée à la Haute Autorité de santé, existe-t-il un lien structurel fort entre ses préconisations et la Mission T2A ?

M. Benjamin Maurice. Concrètement, si l'impulsion tarifaire est donnée par le ministère de la santé, la politique est construite en relation étroite avec les outils et les référentiels de la Haute Autorité de santé et de l'Assurance maladie. Il s'agit donc bien d'une politique concertée et partagée. Par ailleurs, un ensemble d'éléments entrent en ligne de compte pour fixer le niveau d'incitation, comme la ressource allouée par le Parlement, chaque année. Il est clair que, dans un système d'enveloppes fermées, donner une impulsion en faveur de la chirurgie ambulatoire alourdit l'effort qui pèse sur les tarifs des autres activités.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. La T2A est un peu comme la première partie de la loi de finances, qui met en place des dispositifs fiscaux, comme les niches fiscales visant à encourager la rénovation des logements, ou la taxe carbone destinée à modifier les comportements en matière de consommation d'énergie. Dans le domaine médical, si l'on découvre un médicament qui évite d'amputer telle ou telle partie du corps humain, quelqu'un orientera les tarifs en offrant un avantage tarifaire aux établissements qui iront dans ce sens. Ce procédé est un peu décalé par rapport à ce que devrait être la T2A par rapport au budget global, c'est-à-dire son coût effectif pour les établissements.

M. Benjamin Maurice. La réalité des coûts est prise en compte dans les résultats de l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune, construite à partir de la comptabilité analytique d'un certain nombre d'établissements. Il n'y a donc pas de déconnexion entre tarification et structure de coûts. Néanmoins, le tarif n'est pas égal au coût. Nous savons tous que le coût est une convention, qui peut varier d'un établissement à l'autre. Le coût permet d'éclairer et de hiérarchiser les tarifs les uns par rapport aux autres. Il existe donc un lien très fort entre ces tarifs et la réalité économique des établissements.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Cela suppose que les établissements disposent des outils d'information leur permettant d'apprécier avec précision l'activité économique. Or, nous avons appris que ces outils étaient insuffisants.

M. Benjamin Maurice. Les établissements qui participent à l'étude nationale de coûts à méthodologie commune ont été sélectionnés. Ils disposent tous d'une comptabilité analytique et sont en mesure de retranscrire leur comptabilité. Il est important que toutes les catégories d'établissements, tous secteurs confondus, participent à cette étude nationale.

Quant à la diversité des pratiques en matière de comptabilité analytique, ce qui est vrai des établissements de santé l'est de n'importe quelle autre catégorie d'organismes de production. Des progrès considérables ont été réalisés, comme l'ont attesté les personnes que vous avez auditionnées. Le représentant d'un centre hospitalier de Loire-Atlantique que vous avez entendu a ainsi souligné l'importance de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion pour son établissement. Néanmoins, il reste des gains d'efficience à réaliser.

La tarification à l'activité est un élément de pilotage très important pour les établissements. Certains d'entre eux ont encore du chemin à parcourir, parce que cela suppose d'acquérir des compétences, de s'adapter à de nouveaux systèmes d'information et de diffuser cette culture, car les informations, pour être mieux acceptées, doivent être partagées.

Il existe effectivement une hétérogénéité en termes d'outils de comptabilité analytique, mais les études réalisées révèlent que les établissements de santé et les établissements publics font des efforts considérables pour se doter d'outils de comptabilité analytique et de contrôle de gestion performants pour mesurer leurs performances et se comparer aux autres.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. La T2A est un sujet passionnant qui peut donner l'impression, au premier abord, d'être une science exacte. Ensuite, on se rend compte que le système a besoin d'être corrigé, et c'est ce qui explique la création des missions d'intérêt général.

M. Benjamin Maurice. Le système a besoin d'être complété.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Il doit en tout cas permettre des orientations politiques. Nous avons l'impression que tout cela est complexe, que nous hésitons entre la vérité des prix et l'orientation.

Vous avez dit tout à l'heure que les personnes chargées dans les établissements du codage ou de l'application des grilles tarifaires étaient aguerries et s'étaient approprié le système. Cela signifie-t-il qu'elles aient appris à lire la grille et à l'appliquer, ou à l'utiliser en servant au mieux les intérêts de l'établissement ? En clair, le système peut-il générer des comportements aboutissant à des effets pervers, sachant que, plus la grille est complexe, plus on peut s'en servir d'une façon qui n'est pas forcément conforme aux intentions de ses concepteurs ?

M. Benjamin Maurice. Je reviens à l'appropriation. Il est très important d'insister sur le rôle du département d'information médicale, qui est le vecteur de propagation de la culture médico-économique de la T2A.

Vous avez sans doute fait allusion aux comportements de surcodage ou d'optimisation du codage. Nul doute qu'ils existent, mais des contrôles très pointus sont réalisés. La version 11 de la classification des groupes homogènes de séjour (V11), avec le degré de finesse de description de l'activité qu'elle autorise, permet de débusquer de tels comportements. Il en est de même des contrôles réalisés par l'Assurance maladie. Les stratégies de contournement sont malheureusement inévitables, mais je pense que, dans la plupart des cas, la description de l'activité est juste et complète.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Il existe deux comportements décalés, mais tout aussi inquiétants : celui qui consiste à coder un acte de façon optimale, et celui qui consiste à orienter l'activité vers des actes éventuellement non pertinents mais qui serviraient les intérêts de l'établissement.

M. Benjamin Maurice. Les comportements non pertinents ne sont pas souhaitables car ils engendrent de grands risques médicaux.

La T2A fait partie d'un tout, et le comportement des acteurs ne doit pas être guidé par des considérations uniquement économiques. L'intérêt du malade doit passer avant tout. Ce principe doit être sans cesse réaffirmé.

Nous sommes très attachés au fait que les comportements de contournement ne se généralisent pas. Nous y veillons, à travers les contrôles et les régulations régionales. Le risque existe, comme il existe dans tout système structuré qui peut donner lieu à interprétation.

La grille tarifaire et la classification des groupes homogènes de malades sont diffusées aux établissements, accompagnées de circulaires et de notices d'explication. Le site internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation rassemble des éléments techniques très précis à l'attention des utilisateurs, ainsi que des foires aux questions. Des

échanges permanents ont lieu sur le codage et les contrôles. Tout est prévu pour donner l'information la plus pertinente et la plus opérationnelle possible.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. On voit bien que vous cherchez à perfectionner le système, votre objectif ultime étant la qualité des soins et la garantie d'une sécurité optimale. Cette qualité peut-elle être assurée par l'évolution du système de tarification ou par une dotation spécifique complémentaire ?

M. Benjamin Maurice. Le système de tarification en place intègre des éléments de qualité et d'incitation au développement de la qualité, notamment grâce au « contrat de bon usage » pour les dispositifs médicaux et les molécules onéreuses, lequel vise justement à intéresser les établissements à l'observation de bonnes pratiques. Ce système a prouvé sa pertinence.

Il est nécessaire d'élargir le champ de l'incitation. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires oblige désormais les établissements à diffuser des indicateurs sur les prises en charge, les infections nosocomiales ou la sécurité des interventions. C'est une bonne chose. Le ministère de la santé établit également des indicateurs de référence par rapport auxquels les établissements peuvent se positionner.

Le système intègre donc déjà la qualité. Est-il besoin d'aller plus loin ? Certainement, mais dans un premier temps, je pense qu'il faut laisser les établissements appliquer les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La qualité est un élément d'efficience, un outil de pilotage interne et de comparaison entre établissements, et un élément d'appréciation pour les patients. Il faut qu'ils puissent identifier les établissements proposant les interventions les plus sûres et le risque le moins élevé d'infections nosocomiales. Outre l'incitation tarifaire, qui existe déjà, il faudrait prévoir des dispositifs plus ancrés. Le ministère de la santé et la Haute Autorité de santé sont en train de développer de tels dispositifs, qui seront bientôt imposés aux établissements.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Vous considérez donc que la qualité est un objectif partagé, qui n'a pas besoin d'être rémunéré de façon spécifique.

M. Benjamin Maurice. C'est un présupposé. Il existe à ce titre deux écoles : l'incitation positive et le mécanisme de sanctions, qui est inclus dans le contrat de bon usage. Il est indéniable qu'il faut encourager les établissements à offrir la plus grande qualité possible, parce que tout le monde y gagne.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Nous vous remercions.

La séance est levée à douze heures trente.