

## **Chapitre VII**

### **Tarification à l'activité et convergence tarifaire**

---

**PRESENTATION**

---

*L'objectif de la tarification à l'activité est de dynamiser la gestion des établissements de santé en les faisant financer par l'assurance maladie sur la base de leur activité et en mettant sous tension ces financements. En 2011, l'enveloppe financière à laquelle elle s'applique est de 54 Md€. La Cour des comptes a déjà consacré des travaux importants à cette réforme, introduite à partir de 2004 dans les établissements prodiguant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle a notamment présenté dans le RALFSS 2009 un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de cette réforme majeure<sup>227</sup>. Elle concluait que les grands espoirs placés dans la tarification à l'activité (T2A) n'avaient pas encore été tous concrétisés et invitait à poursuivre les travaux de fond.*

*Deux ans plus tard, dans ce même esprit, la Cour examine plus particulièrement le lien entre la tarification à l'activité et la convergence entre secteurs public et privé<sup>228</sup>, ainsi que la contribution apportée à cet égard par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), opérateur spécifiquement créé en 2000 par le ministère de la santé dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A.*

*Rendue possible par l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers (I), la T2A telle qu'elle a été mise en œuvre déconnecte néanmoins les tarifs des coûts de production, sans faciliter la maîtrise de la dépense hospitalière (II). La poursuite de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé accentue cette tendance, ce qui impose d'en définir rapidement et clairement l'objectif et les modalités pour respecter les échéances fixées à cet égard par le Parlement (III).*

---

## **I - Des progrès dans la collecte des données médico-économiques**

Le pilotage par l'Etat du financement par la T2A nécessite la mobilisation d'un système d'information performant sur l'hospitalisation, dont l'ATIH est le maître d'œuvre. Les progrès accomplis en ce sens depuis dix ans sont cependant encore fragiles.

---

227. RALFSS 2009, p. 171 et suivantes.

228. Dans ce rapport, seront qualifiés d'établissements du secteur public les établissements MCO auparavant sous dotation globale (y compris les établissements de santé privés d'intérêt collectif ou ESPIC) et d'établissements du secteur privé les établissements MCO auparavant sous objectif quantifié national (établissements privés à but lucratif, également dénommés « cliniques privées »).

## A – Des données d’une qualité perfectible

La mise en œuvre de tarification à l’activité en MCO suppose que soit collecté dans chaque établissement l’ensemble des données d’activité. En effet, chaque séjour en établissement se voit appliquer un tarif correspondant au groupe homogène de malades (GHM)<sup>229</sup> dont le séjour relève. Les trois quarts des ressources hospitalières dépendent de ces tarifs en 2011.

L’élaboration de la politique tarifaire exige ainsi de recueillir parallèlement aux données d’activité, dont l’exhaustivité et l’exactitude doivent être assurées, celles concernant les coûts de production, qui ont gagné en finesse.

### 1 – Les données d’activité

Le socle du dispositif de recueil de l’information hospitalière est constitué par le programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI).

#### **Le programme de médicalisation des systèmes d’information**

Le PMSI permet aux établissements de soins et à leur tutelle de disposer d’informations quantifiées et standardisées sur leur activité, de manière à mesurer la production médicale.

Les informations rassemblées diffèrent selon le type d’activité : pour les séjours hospitaliers en MCO, le PMSI se fonde sur le recueil systématique et le traitement automatisé d’une information médico-administrative, contenue dans le résumé de sortie standardisé (RSS), ce qui nécessite un codage fin des actes et des diagnostics en GHM. Contrairement au modèle américain qui l’a inspiré, axé d’emblée sur le calcul des coûts d’hospitalisation, le PMSI avait à l’origine un objectif de santé publique et épidémiologique, plus qu’un objectif financier. Il lui a néanmoins été assigné dès 1996 un objectif de réduction des inégalités de ressources entre les établissements, dont les financements pouvaient en principe être modulés en fonction de l’évolution de leurs points ISA (pour iso-activité). La réforme hospitalière de 2003 a parachevé cette évolution en faisant du PMSI le support de la T2A dans le secteur MCO, aussi bien public que privé.

Le renseignement de la base de données PMSI étant une obligation légale pour tous les établissements de court séjour, son examen permet de

---

229. Les GHM regroupent les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie en un nombre volontairement limité de groupes de séjours cohérents d’un point de vue médical et d’un coût voisin.

connaître la structure et l'évolution des séjours effectués dans le secteur public comme dans les cliniques privées, au niveau local (établissement, territoire de santé, région) ou national. Cette information, dont il est essentiel de garantir la qualité, est utilisée tant par les autorités de tutelle (agences régionales de santé, ministère) chargées du pilotage du système hospitalier et de la planification sanitaire, que par les gestionnaires des établissements de santé. Elle contribue aussi à l'élaboration des référentiels de coûts.

## 2 – Les référentiels de coûts

Les travaux sur les référentiels de coûts des séjours ont été entamés dès les années 1990, l'objectif étant de disposer de paramètres permettant de comparer l'activité des différents hôpitaux. La mise en place de la T2A dans le secteur MCO a conduit à les affiner et à en étendre le champ, initialement circonscrit aux établissements publics de santé, aux établissements du secteur privé.

L'ATIH est aujourd'hui le producteur de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), qui permet d'analyser les coûts des différents séjours dans les établissements MCO.

### ENC, ENCC et V11

La réalisation des études de coûts par l'ATIH repose sur l'exploitation des données de comptabilité analytique transmises par une sélection d'établissements. Jusqu'en 2008, les grilles tarifaires applicables au secteur public ont été construites à partir des échelles nationales de coûts (ENC) issues des données des années N-4 et N-3 de cet échantillon d'établissements. Les grilles tarifaires applicables au secteur privé étaient construites sur la base de données historiques. A partir de la campagne 2009, les grilles tarifaires ont été élaborées pour les deux secteurs en utilisant les résultats de l'ENCC, les grilles 2009 étant construites à partir des données de l'année 2006. Ce nouveau référentiel de coût se distingue de l'ENC par une nouvelle méthode d'affectation des charges, plus fine, entraînant une augmentation des charges directes (+17% lors du passage à l'ENCC).

L'utilisation de l'ENCC pour la campagne tarifaire 2009 a été concomitante avec l'introduction par l'ATIH d'une nouvelle nomenclature de classement des séjours en groupes homogènes de malades (passage de la version 10 à la version 11 dite V11). Cette nouvelle version a pour principale caractéristique d'introduire quatre niveaux de sévérité dans les GHM, permettant ainsi de mieux refléter la lourdeur des cas traités.

Le degré de finesse du référentiel de coûts actuellement utilisé par l'ATIH est ainsi près de trois fois supérieur au dispositif préexistant. L'ENCC dénombre en effet près de 2300 GHM contre 800 précédemment.

Ce travail important a permis d'asseoir la tarification à l'activité sur une enquête de terrain, dont les résultats sont plus proches de la réalité des coûts de production que ne pourraient l'être des estimations à dire d'expert, surtout si elles étaient réalisées sur un champ aussi vaste. Il présente néanmoins les limites des enquêtes par sondage. Il vise en effet un niveau de détail élevé alors que les effectifs sondés sont peu nombreux et que le référentiel utilisé (en l'occurrence la comptabilité analytique hospitalière) n'est pas appliqué de manière totalement homogène par l'ensemble de l'échantillon. La priorité a été donnée jusqu'à présent à l'amélioration de la qualité des transmissions des établissements sur l'élargissement de l'échantillon<sup>230</sup>, qui semble moins crucial, dès lors que sa structure (par taille d'établissements, par catégorie majeure de diagnostic) se rapproche de la structure nationale.

Certains facteurs de fragilité peuvent toutefois être relevés. La comparaison entre les coûts issus de l'ENC 2007 et ceux résultant de celle de 2008 fait ainsi ressortir que, derrière les évolutions assez mesurées constatées par grands groupes de diagnostic, certains GHM connaissent des évolutions au contraire plus heurtées. Lorsqu'elles ne s'expliquent pas par une évolution notable des pratiques thérapeutiques, les variations les plus importantes reflètent la fragilité de certaines mesures de coût, qui peut tenir à l'étroitesse de la base statistique, ou à l'homogénéité insuffisante des séjours concernés<sup>231</sup>.

L'enquête nécessaire à l'élaboration de l'ENC demeure par ailleurs plus délicate à mener dans le secteur privé que dans le secteur public : le taux de sondage (nombre de séjours ENCC par rapport au nombre de séjours nationaux) n'atteint pas 10 % pour le privé en 2007<sup>232</sup>, alors qu'il s'établissait à 17,5 % dans le public en 2008 (et 27,3 % pour les seuls CHU-CHR). Un mot d'ordre de grève du codage lancé par les établissements du secteur privé n'a au demeurant pas permis de disposer de leurs coûts 2008 pour la construction tarifaire 2011.

---

230. Le nombre d'établissements retenus pour le secteur public était de 42 en 2006, 55 en et 53 en 2008. Pour le secteur privé lucratif, le nombre d'établissements validés par l'ATIH était de 32 pour l'enquête 2006 et de 44 pour l'enquête 2007.

231. C'est le cas en particulier du GHM 01K05J, correspondant aux séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire, dont le coût dans le secteur public diminue de -16 % de 2007 à 2008.

232. Le taux de sondage pour les établissements du secteur privé était de 9 % en 2007.

## **B – L'ATIH : un opérateur fragile**

L'agence sur laquelle s'appuie le ministère de la santé pour mener à bien la réforme de la T2A est exposée à un risque de dispersion de ses forces, alors qu'elle dispose de moyens limités et que les progrès accomplis dans la collecte de l'information hospitalière doivent encore être consolidés.

### **1 – L'opérateur technique du PMSI et de la politique tarifaire**

L'ATIH a été créée par le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000 afin de répondre aux besoins liés à la remontée des données du PMSI et à leur exploitation. Cet établissement public administratif, qui disposait en 2010 d'un effectif de 110 ETP et d'un budget annuel de 11 M€, opère sous la tutelle étroite de la direction générale de l'organisation des soins.

Producteur du PMSI, l'ATIH joue aujourd'hui un rôle de premier plan dans le suivi de la dépense hospitalière. L'exploitation des données d'activité lui permet de suivre et d'anticiper l'évolution de l'ONDAM, à partir des données les plus récentes et d'une extrapolation des données des exercices précédents. Bien qu'elles soient supposées porter plus spécifiquement sur les dépenses du secteur public, les dépenses des cliniques privées étant de manière traditionnelle davantage suivies par la CNAMTS, ses analyses couvrent l'ensemble du champ hospitalier.

De fait, les prévisions de l'assurance maladie, dérivées du SNIIRAM<sup>233</sup>, gagnent à être confrontées à celles réalisées à partir des données du PMSI : au cours de l'année 2006, alors que l'ATIH n'anticipait pas de dérive des séjours effectués dans les cliniques, la surévaluation par la CNAMTS des dépenses prévisionnelles de ces dernières a débouché sur un contentieux avec le secteur privé, en raison de la régulation tarifaire pratiquée sur cette base par le ministère<sup>234</sup>.

L'ATIH est également l'opérateur technique des campagnes tarifaires. Elle produit les études de coûts, fait évoluer la nomenclature médico-économique (réalisation de la V11) et réalise les simulations qui permettent à la DGOS d'arrêter la grille tarifaire annuelle. Elle intervient

---

233. SNIIR-AM : système national d'information inter-régimes - assurance maladie.

234. L'annulation de l'arrêté de régulation par une décision du Conseil d'Etat n° 298463 du 21 décembre 2007, pour un motif de forme (l'insuffisante consultation des représentants de l'hospitalisation privée), a autorisé les cliniques à réclamer à l'assurance maladie la différence, évaluée à 60 M€, entre les sommes qu'elles auraient pu facturer en l'absence de régulation et leurs recettes effectives.

par ailleurs dans la facturation à l'assurance maladie des séjours effectués dans les établissements du secteur public (cf. infra) et apporte, en liaison avec la CNAMTS, un appui technique au contrôle de la tarification hospitalière. Le déploiement de la T2A dans les domaines de la médecine, chirurgie et obstétrique et de l'hospitalisation à domicile ayant été mené à terme, l'ATIH travaille désormais sur une extension de ce mode de financement aux soins de suite et de réadaptation et à la psychiatrie. Ses compétences comprennent enfin le recueil et l'analyse des données financières des établissements de santé du secteur public pour le compte de sa tutelle.

L'expérience acquise par l'ATIH dans la constitution et l'exploitation de bases de données recueillies sur internet a conduit le ministère de la santé à lui confier par ailleurs l'hébergement de plateformes concernant de nouveaux domaines, au premier rang desquels la qualité des soins. L'ATIH héberge la plateforme QUALHAS, utilisée par la Haute Autorité de santé dans le cadre de sa mission de certification des établissements, ainsi que le site PLATINES, conçu par la DREES en 2007 dans une optique de diffusion auprès du public des informations sur la qualité des soins hospitaliers<sup>235</sup>.

## **2 – Une documentation à compléter**

Le service informatique de l'ATIH a su accompagner le passage du secteur MCO à la T2A, tout en développant la collecte en ligne des informations hospitalières. Cette évolution a été menée à bien sans incident notable et avec une économie de moyens indéniable.

Cependant, compte tenu de la criticité des processus informatiques gérés, indispensables à la production du PMSI et à la tarification des prestations effectuées par les établissements publics de santé, l'absence de schéma directeur et d'audits informatiques réalisés par l'agence (hors un audit de sécurité déjà ancien) apparaissent à la fois anormaux et préoccupants. A cela s'ajoute l'absence de documentation systématique et organisée des bases de données et processus gérés par l'agence, à laquelle il est indispensable de remédier.

Le rôle joué par l'ATIH dans la construction tarifaire et plus particulièrement dans l'analyse des coûts hospitaliers, serait par ailleurs conforté par la création d'un comité scientifique composé de

---

235. Dans le nouveau contrat d'objectif de l'ATIH, conclu début 2011, il est envisagé de mettre en œuvre une communication grand public sur la qualité grâce à la construction d'un site internet plus attractif que ne l'est PLATINES.

personnalités indépendantes, qui renforcerait la neutralité de l'agence aux yeux des professionnels de santé.

### **3 – Un risque de dispersion dans de nouvelles missions**

Dix ans après sa création, l'ATIH fait l'objet d'attentes importantes de la part des acteurs de la politique hospitalière. Les moyens qui lui sont accordés imposent de définir des priorités parmi les demandes qui lui sont adressées, que celles-ci concernent l'approfondissement de ses missions actuelles ou l'élargissement de son champ d'intervention à de nouveaux volets de l'information sur les établissements de santé.

Le nouveau contrat d'objectifs et de performances de l'ATIH, signé en 2011, prévoit l'approfondissement du champ de la qualité des soins, qui présente une certaine proximité avec les données d'activité et qui pourrait à terme permettre d'enrichir le PMSI. L'ATIH est également supposée explorer de nouveaux domaines, tels les ressources humaines, de façon à pallier le déficit d'informations homogènes, centralisées et fréquemment actualisées sur les personnels des établissements hospitaliers (le premier point d'application étant constitué par la production d'un indicateur sur l'absentéisme). L'investissement hospitalier et plus particulièrement le suivi du plan Hôpital 2012, figure également parmi les sujets nouveaux sur lesquels il lui est demandé de s'impliquer.

L'agence doit enfin apporter son assistance technique à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la conduite d'une étude de coûts sur le médico-social et outiller les ARS pour l'examen de quelques parcours de soins entre la ville et l'hôpital (ce qui nécessite de « chaîner » les informations du PMSI avec celles émanant du système d'information SNIIRAM de la CNAMTS).

Quel que soit l'intérêt de ces thématiques pour la conduite de la politique hospitalière, dans la perspective élargie ouverte par la loi HPST de juillet 2009, le cadrage budgétaire effectué avant la renégociation du contrat d'objectifs <sup>236</sup> ne permet pourtant pas d'envisager un élargissement véritable du champ d'intervention de l'agence. Compte tenu des chantiers déjà engagés par l'ATIH et de la stabilité de ses effectifs au cours des trois prochaines années, de nouvelles missions

---

236. D'après les informations figurant dans le PAP « opérateurs de l'Etat » annexé au PLF 2011, l'ATIH est autorisée à accroître ses effectifs de 5 ETP au cours de la première année du contrat (effectifs qui seront en totalité affectés au projet de facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie), puis de 3 ETP l'année suivante.



pourraient déstabiliser un cœur de métier qui demande encore à être consolidé.

En revanche, l'ATIH et sa tutelle ont peu investi le domaine de la restitution des informations collectées en direction des agences régionales de santé (ARS), qui ont de ce fait sous-traité auprès d'un prestataire externe la réalisation d'un infocentre intitulé « DIAMANT ». Alors que se pose la question du devenir de cet infocentre, les ARS souhaiteraient légitimement disposer d'un système d'accès à l'information suffisamment détaillé et dynamique pour leur permettre d'apprécier l'évolution locale de l'offre de soins. Il est essentiel de fait que les agences régionales soient correctement outillées par l'administration centrale et par son opérateur technique que constitue l'ATIH, pour accomplir leurs missions. Cette priorité qui doit lui être clairement fixée suppose que l'agence ne disperse pas ses forces dans d'autres champs d'action.

#### **4 – Les conséquences pour l'information médicale du projet de facturation directe à l'assurance-maladie**

Le passage à la facturation individuelle pour les établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale recouvre l'envoi direct à l'assurance-maladie d'un relevé détaillé des prestations réalisées<sup>237</sup> selon le schéma en vigueur pour les cliniques privées.

##### **La facturation directe des prestations hospitalières**

Inscrit par les parlementaires dans la LFSS pour 2004 comme un objectif connexe à la T2A, le projet de facturation directe à l'assurance maladie des prestations hospitalières a été reporté à plusieurs reprises, pour des raisons tenant notamment au faible développement en début de période de la télétransmission entre les établissements et les organismes d'assurance maladie. Ce projet a été relancé en 2010 sur des bases nouvelles, la solution envisagée consistant à faire basculer l'ensemble des actes et consultations externes en facturation directe et individualisée, les séjours étant facturés à l'aide d'un programme de valorisation produit comme aujourd'hui par l'ATIH, mais qui serait intégré dans le système d'information des établissements. Ce nouveau dispositif, appelé en principe à être déployé en 2013, doit permettre l'envoi au fil de l'eau de factures à l'assurance maladie, ainsi qu'une alimentation concomitante du flux PMSI destiné à l'ATIH.

237. Dans le dispositif transitoire mis en place lors du passage à la T2A des établissements publics MCO, la valorisation est effectuée globalement par l'ATIH à partir des données d'activité des établissements collectées sur la plateforme e-PMSI. Elle conduit à la transmission aux ARS de projets d'arrêtés de paiement mensuels des établissements par l'assurance maladie.

Ce projet aux enjeux par ailleurs déterminants peut toutefois améliorer ou au contraire affaiblir la qualité de l'information hospitalière : la CNAMTS considère qu'il doit permettre à l'assurance maladie de progresser dans la maîtrise médicalisée du risque, en lui donnant un accès direct et nominatif<sup>238</sup> au détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour hospitalier<sup>239</sup> ; il peut également entraîner une dégradation de la qualité des flux PMSI, qui ne serviront plus de vecteur au financement des établissements.

L'automatisme de l'alimentation du PMSI par les nouveaux logiciels de facturation devrait cependant permettre d'éviter cet écueil, du moins pour les séjours. Le fait que l'ATIH demeure impliquée dans le processus de valorisation des séjours devrait par ailleurs garantir le respect des règles tarifaires par les établissements de santé du secteur public. Pour les actes et consultations externes, le risque d'une moindre qualité des données recueillies et d'une perte d'information de l'agence est toutefois réel, à partir du moment où elle n'intervient plus dans la valorisation de ces prestations, ce qui suppose une grande vigilance à cet égard.

## **II - Les tarifs « éclairés » par les coûts : un apport limité à la maîtrise de la dépense**

Alors que les échelles de coût produites par l'ATIH constituent des instruments objectifs de mesure des coûts des séjours hospitaliers, les grilles tarifaires dérivées de ces travaux sont des instruments de politique publique, vecteurs des orientations que le gouvernement souhaite donner aux activités hospitalières et à la maîtrise de la dépense.

### **A – La construction de la grille tarifaire**

Les grilles tarifaires produites annuellement par le ministère à partir des études nationales de coûts sont la résultante d'un processus complexe, visant à contenir la progression des dépenses d'assurance-maladie, tout en prenant en compte les objectifs de santé publique, ainsi que le lissage dans le temps des variations tarifaires subies par les

---

238. Les données du PMSI transitant par l'ATIH sont anonymisées.

239. On peut observer que les programmes de chaînage développés par l'ATIH permettent d'ores et déjà de suivre une trajectoire de soins entre le secteur privé et le secteur public et des soins hospitaliers à la médecine de ville.

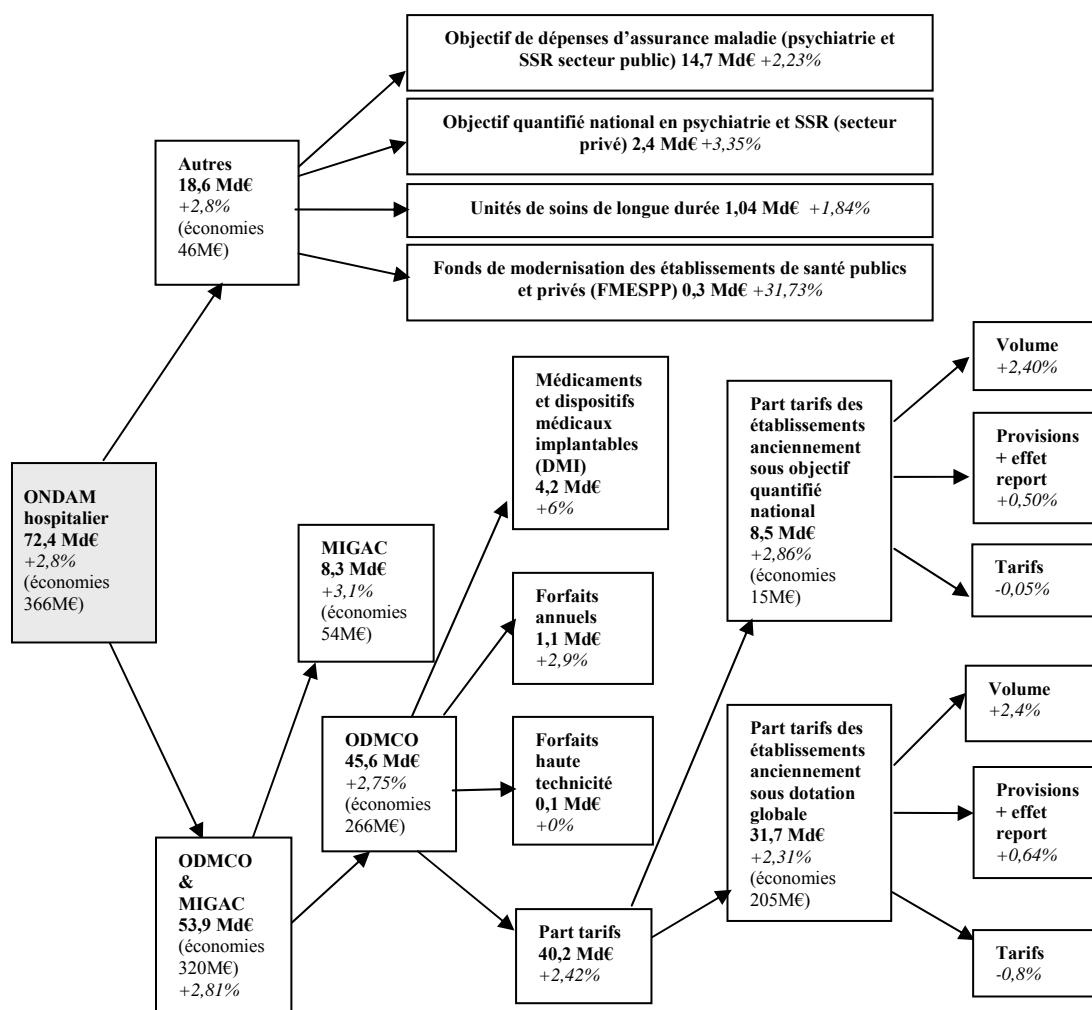
établissements. Les étapes de la construction tarifaire ont pour effet de distordre significativement le lien entre les coûts et les tarifs.

### **1 – La prise en compte de la politique de santé dans les tarifs hospitaliers**

#### *a) Des tarifs contraints par l'ONDAM*

Construites à partir des échelles de coûts, les grilles tarifaires organisent la répartition sur les différents GHM de la ressource votée par le Parlement, qui emprunte également d'autres voies (dotations pour les missions d'intérêt général [MIGAC], forfaits à d'autres titres, prise en charge spécifique des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables [DMI]).

**Répartition de l'ONDAM hospitalier vers les tarifs et les dotations<sup>240</sup>  
(campagne 2011)**



SSR : Soins de suite et de réadaptation

Source : ATIH

240. Les arborescences calculent des taux d'évolution de l'objectif N par rapport à l'objectif N-1 après imputation des montants relatifs à toutes les opérations de fongibilité ainsi que des montants liés aux changements de champ (ex: transfert entre 2009 et 2010 de crédits PDSH et précarité de l'ODMCO vers les MIGAC).

La T2A mise en œuvre pour les activités MCO ne vise pas une rémunération des séjours sur la base des coûts moyens observés, qui aurait pour conséquence une égalisation du tarif moyen et du coût moyen.

La tarification est en effet réalisée en fonction de l'ONDAM fixé par le Parlement, qui intègre lui-même un certain montant d'économies par rapport à l'évolution spontanée de la dépense (266 M€ en 2011 pour l'ODMCO<sup>241</sup> et 54 M€ d'économies sur les MIGAC).

*b) La mise en œuvre des politiques de santé publique*

L'intégration des priorités gouvernementales de santé publique (plans de santé publique, développement de l'ambulatoire, limitation des accouchements par césarienne etc.) se traduit par des modulations tarifaires, en tant que telles bien évidemment légitimes, mais qui peuvent dans certains cas fortement déconnecter la rémunération des établissements du coût des séjours concernés. Ainsi, les césariennes sans complication significative (GHM 14C02A) avaient un tarif de campagne 2010 qui représentait 72 % du coût<sup>242</sup> répertorié dans l'ENCC 2006 pour le secteur public et 84 % pour le secteur privé. A contrario, l'accouchement par voie basse sans complication (GHM 14Z02A) était rémunéré à 113 % de son coût pour le secteur public (120 % pour le secteur privé).

**2 – L'atténuation de l'impact des variations tarifaires sur les établissements de santé**

*a) Le lissage des variations annuelles*

De manière à limiter l'impact des changements de méthode sur les établissements, les évolutions tarifaires peuvent être limitées par agrégats

---

241. ODMCO : objectif national de dépense pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. L'ODMCO correspond à la partie de l'objectif national de dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (fixé par la LFSS) qui n'est pas dirigée vers les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

242. Il s'agit du coût « modèle T2A », dont le périmètre se rapproche le plus des tarifs (les coûts « modèle T2A » sont calculés à partir des coûts moyens de l'ENCC, dont sont soustraits les éléments non pris en compte dans les tarifs).

d'activité<sup>243</sup> ou par type de prise en charge (ainsi par exemple, la chirurgie ambulatoire).

Le passage à l'ENCC et à la version 11 de la classification médico-économique des GHM a eu des effets significatifs sur l'évaluation des coûts relatifs des différents séjours, qui n'ont été que partiellement répercutés dans les grilles tarifaires de la campagne 2009, la première à mettre en œuvre cette nouvelle méthodologie. Les écarts entre les tarifs et les coûts de certaines catégories de séjour sont aujourd'hui importants pour le secteur privé, dont les tarifs étaient jusqu'en 2005 construits à partir de références historiques et non à partir d'une étude de coûts actualisée (c'est en particulier le cas de la catégorie majeure de diagnostic 5, correspondant aux affections de l'appareil respiratoire).

Du fait de l'ampleur des redistributions qu'aurait provoquées une répercussion immédiate de ces changements méthodologiques, le ministère a choisi de lisser dans le temps l'impact financier de la réforme sur les tarifs des cliniques privées.

#### *b) La stabilisation de la grille tarifaire*

La construction tarifaire 2010 a fait prévaloir une certaine stabilité tarifaire, en ne répercutant que marginalement les variations annuelles de coûts sur les tarifs.

Alors que l'ATIH a développé pour cette campagne une approche consistant à construire une échelle de coûts à partir des référentiels de plusieurs années, afin de disposer d'une information plus fiable, les tarifs ont été calculés comme ceux de la campagne précédente sur la base des coûts 2006, sauf dans le cas de mesures considérées comme peu robustes, pour lesquelles les données de coûts 2007 ont été utilisées lorsque leur qualité apparaissait supérieure. Pour la campagne 2011, les données de coûts n'ont été mobilisées que pour détecter les activités pour lesquelles une inadéquation forte entre le financement et les charges est observée, ces activités pouvant donner lieu à une modulation tarifaire.

Sur une échelle plus réduite, le ministère réalise par ailleurs chaque année des mises à jour tarifaires, qu'elles soient liées à des changements de champ (intégration de certains dispositifs médicaux ou molécules onéreuses dans les tarifs) ou de révision de la classification (cas de la radiothérapie en 2011).

---

243. Ainsi, alors que les tarifs théoriques issus de l'ENCC et de la V11 induisaient une baisse conséquente sur les séances de chimiothérapie pour le secteur public et de radiothérapie pour le secteur privé, il a été décidé pour la campagne 2009 de limiter l'effet revenu à 1 % sur l'ensemble de l'activité cancer, objet d'une priorité nationale.

Compte tenu de la complexité de ce processus et de son impact sur les recettes des établissements, qui dépend de la structure d'activité de ces derniers, il serait souhaitable d'éclairer davantage les gestionnaires hospitaliers sur la manière dont le référentiel ENCC est répercuté ou non dans les tarifs lors de chaque campagne.

*c) Les modulations tarifaires locales*

Une fois les tarifs de campagne publiés, leur mise en œuvre dans les différents établissements connaissait jusqu'en 2010 deux types de modulations, liées d'une part à l'application d'un coefficient de transition, propre à chaque établissement (cf. infra) et d'autre part à l'application d'un coefficient multiplicateur géographique pour les tarifs des établissements de la région Ile-de-France (+7 %), de la Corse (+5 %, passé à +6% en 2011) et des DOM (+25 % pour les Antilles et +30 % pour la Réunion). Seules subsistent depuis la mise en œuvre de la campagne 2011 les modulations géographiques, dont le caractère très discriminant pénalise les établissements confrontés à des surcoûts immobiliers, mais qui ne se situent pas dans une région bénéficiant de ce type de modulation<sup>244</sup>.

### **3 – L'incidence des missions d'intérêt général sur les tarifs**

Les « coûts complets » publiés sur le site de l'ATIH sont en principe des coûts hors missions d'intérêt général (MIGAC), ce qui pose trois types de problèmes :

- la création de nouvelles missions d'intérêt général éloigne toujours un peu plus le périmètre des coûts et celui des tarifs. Les ENCC 2006 et 2007 ont ainsi été construites à partir de coûts qui incluaient la prise en charge des patients « précaires » (cf. infra). La ponction opérée en 2009 sur la masse tarifaire pour financer une MIG "précarité", dirigée vers un nombre limité d'établissements, a défavorisé les structures ne bénéficiant pas de ces nouveaux financements ;

---

244. A titre d'exemple, les établissements de la région PACA, confrontés pour certains à des charges immobilières importantes, ne bénéficient d'aucun bonus, alors qu'ils contribuent à financer la majoration géographique de 7 % dont bénéficient les établissements de la région Ile de France (cette majoration est prélevée sur la masse tarifaire qui sert à déterminer les tarifs nationaux).

- les incertitudes entourant la valorisation des autres MIGAC sont par construction reportées sur le calcul des coûts hors MIGAC<sup>245</sup> ;
- quand les MIGAC sont forfaitisées<sup>246</sup>, les coûts sont minorés du taux de financement dont chaque établissement a bénéficié (de 9 % à 17 %). Or il n'y a pas nécessairement adéquation entre les financements apportés et les charges réellement supportées par les établissements participant à l'enquête, ce qui contribue à nouveau à éloigner les tarifs des coûts complets.

Le tableau ci-dessous montre le fort dynamisme des dotations MIGAC constaté ces dernières années (+35%) par rapport à l'ONDAM hospitalier.

#### Objectifs de campagne fixés aux établissements de santé MCO

*En Md€*

	2007	2008	2009	2010	2010/2007
ODMCO	41,4	42,2	43,1	44,3	7,0 %
<i>dont part activité</i>	36,9	37,3	37,8	38,5	4,3 %
<i>médicaments et DMI</i>	3,6	4	4,3	4,6	27,8 %
<i>forfaits annuels</i>	0,9	0,9	1,1	1,1	22,2 %
MIGAC	6,0	6,6	7,7	8,1	35,0 %
Total établissements tarifés à l'activité	47,4	48,8	50,8	52,5	10,8 %

Source : Cour

La transparence de la procédure de construction tarifaire, dans laquelle les coûts ne représentent qu'un élément, revêt une importance particulière pour les gestionnaires des établissements de santé. Il serait souhaitable que les acteurs hospitaliers aient accès à l'échelle des « coûts complets », l'échelle des « coûts modèle T2A », les grilles des tarifs bruts et des tarifs de campagne, le tout assorti d'une notice méthodologique précisant les précautions à prendre avant toute comparaison.

### B – Une contribution limitée à la maîtrise de la dépense

Le modèle économique qui sous-tend la tarification à l'activité repose sur l'idée que la révélation par la contrainte tarifaire du manque

245. Cf. les problèmes de valorisation des MIGAC évoqués par l'IGAS dans son rapport sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009.

246. Cf. chapitre VIII sur le financement des CHU, notamment pour le cas des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).



d'efficacité de certaines structures aura pour conséquence la suppression de certaines activités ou la diminution de leurs coûts de production.

Si la construction tarifaire instille bien chaque année dans le dispositif de financement des activités MCO un certain montant d'économies demandées aux établissements de santé, la T2A peine à contenir à elle seule la progression des dépenses hospitalières.

### **1 – Un arbitrage prix/volume indissociable de la politique tarifaire**

Dans le mécanisme de construction tarifaire, les tarifs sont fixés de manière à ne pas dépasser le sous-objectif ODMCO dérivé de l'ONDAM hospitalier, compte tenu des prévisions d'évolution en volume faites par l'ATIH. Le décalage entre le début de l'année calendaire et le lancement de la campagne tarifaire, qui n'a lieu qu'au mois de mars, tient à la difficulté de disposer avant cette période d'une estimation suffisamment fiable des dépenses de N-1, qui déterminent, avec les prévisions d'évolution des volumes de soins sur l'année, le niveau des tarifs compatibles avec le respect de l'ONDAM fixé en LFSS<sup>247</sup>.

L'ajustement en cours d'année des grilles tarifaires constitue un autre aspect des arbitrages prix/volumes autorisés par la tarification à l'activité. Le contentieux né de la régulation 2006 sur le secteur des cliniques privées (cf. supra) a cependant montré les difficultés des régulations tarifaires infra-annuelles. Il n'est pas étranger à la préconisation faite en 2010 d'utiliser le gel des crédits MIGAC comme instrument de limitation en cours d'année des dépenses hospitalières.

### **2 – L'effet du codage des séjours sur le dynamisme de la dépense**

La mise en œuvre lors de la campagne 2009 de la V11, caractérisée par l'instauration de quatre niveaux de sévérité, a entraîné un accroissement apparent du volume des soins prodigués, à travers la déformation de la structure d'activité (case-mix) des établissements. Ce premier « effet codage » s'est révélé significativement supérieur aux hypothèses qui avaient été intégrées dans la construction tarifaire. Dans une analyse détaillée présentée sur son site internet, l'ATIH évalue à 2,9 %<sup>248</sup> la contribution de l'effet codage à la progression de l'activité sur la période mars-décembre 2009.

---

247. Dans le RALFSS 2010 (p. 60), la Cour a recommandé d'appliquer les nouveaux tarifs annuels pour les soins hospitaliers (T2A) au 1<sup>er</sup> janvier.

248. Le volume de l'activité des établissements ex DG a augmenté de 3,7 % en 2009.

L'année 2010 s'est également caractérisée par une progression d'activité supérieure à ce qui avait servi à déterminer les paramètres de la campagne tarifaire. Le passage à la V11 ayant en principe épuisé ses effets, le dépassement constaté en cours d'année peut s'expliquer soit par un recours accru aux soins hospitaliers<sup>249</sup>, soit par un deuxième « effet codage » provoqué par un meilleur codage des séjours au sein des établissements.

Cette amélioration est inhérente à la recherche d'un équilibrage des résultats par service ou par pôle. L'objectif de retour à l'équilibre des comptes des établissements de santé joue en faveur d'un perfectionnement des pratiques de codage par les acteurs hospitaliers, qui sont invités à en tirer le bénéfice maximal.

Cette tendance suppose sans doute la mise en œuvre, à titre complémentaire, d'instruments d'encadrement quantitatif de l'activité. Ainsi pourrait être mise en place une dégressivité de certains tarifs lorsque l'activité dépasse certains seuils fixés contractuellement aux établissements. Un tel mécanisme permettrait de contrer l'effet potentiellement inflationniste de la T2A, tout en assurant un juste recours à certains actes et séjours hospitaliers. Mais ils ne sauraient se substituer à une action énergique sur les structures et sur les coûts de production hospitaliers qui doit être fortement intensifiée dès lors que la convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé est désormais située à un horizon qui se rapproche.

### **III - La convergence tarifaire : un enjeu à piloter plus fermement**

La politique tarifaire est fortement influencée depuis 2005 par l'objectif de convergence entre établissements d'un même secteur (convergence intra-sectorielle, achevée début 2011) et entre établissements des secteurs public et privé (convergence intersectorielle, dont l'échéance finale a été reportée à 2018).

Lorsqu'elles ne sont pas compensées par la hausse des autres sources de financement (dont les dotations allouées aux missions d'intérêt général), les baisses tarifaires induites par ces objectifs de convergence ne sont supportables à terme pour les établissements qui font figure de

---

249. Il est encore trop tôt pour procéder à une analyse de l'activité 2010, en croissance très sensible sur le secteur public. Une hypothèse actuellement envisagée est celle d'un transfert de la ville sur l'hôpital, imputable à la crise économique.

contributeurs nets dans le processus de convergence que si elles sont accompagnées d'une diminution de leurs coûts de production.

La convergence intrasectorielle étant désormais arrivée en principe à son terme, il importe de définir précisément l'objectif et les modalités de la convergence entre secteurs public et privé.

## **A – Un aboutissement de la convergence intra-sectorielle à certains égards en faux-semblant**

### **La convergence intra-sectorielle**

La T2A ayant pour effet de redistribuer les financements entre les établissements de santé en fonction de leur activité, il a été décidé de la mettre en œuvre de manière progressive, en actionnant deux types de mécanismes :

- pour les cliniques privées, des coefficients de transition propres à chaque établissement ont été appliqués dès 2005 aux tarifs nationaux ;

- pour les établissements ex-DG, la T2A n'a été appliquée dans un premier temps qu'à une fraction des recettes des établissements, passée de 10 % en 2004 à 50 % en 2007. Ce mécanisme a laissé place en 2008 à une « T2A à 100 % » assortie de coefficients de transition par établissements, appelés, comme ceux des établissements ex OQN, à converger vers 1 au plus tard en 2012.

Le coefficient de transition initial de chaque établissement a été calculé à partir d'une estimation des recettes qu'il aurait obtenues sans modification du dispositif de financement (pour les établissements ex-DG, activité 2007 valorisée selon la fraction T2A à 50 % plus la dotation d'activité complémentaire à 50 %), rapportées aux recettes théoriques obtenues par valorisation de l'activité à 100 %.

### **1 – Un processus transitoire achevé en 2011**

La suppression des coefficients de transition dans le cadre de la campagne 2011 assure des conditions de financement tarifaire équivalentes entre établissements d'un même secteur un an avant la date limite fixée pour l'achèvement de la convergence intra-sectorielle.

Si ce processus est en principe globalement neutre pour les finances sociales, les transferts entre gagnants et perdants de la convergence intra-sectorielle s'effectuant dans le cadre contraint de l'ODMCO, ses conséquences sur les finances des établissements ne doivent pas être sous-estimées.

Sur la période 2008-2011, les redéploiements financiers devraient atteindre 1,2 Md€ pour les établissements du secteur public<sup>250</sup> et près de 140 M€ dans le secteur privé.

**Impact de la convergence intra sectorielle sur les recettes tarifaires du secteur public (2008-2011)**

*En M€*

Catégorie	2008	2009	2010	2011	Total 2008-2011
<b>Total établissements</b>	<b>-5,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,0</b>
<i>dont sous-dotés</i>	<i>158,1</i>	<i>128,4</i>	<i>123,5</i>	<i>122,4</i>	<i>532,4</i>
<i>dont sur-dotés</i>	<i>-163,7</i>	<i>-126,0</i>	<i>-121,0</i>	<i>-119,8</i>	<i>-530,4</i>
<b>dont total CHU-CHR</b>	<b>-70,4</b>	<b>-54,4</b>	<b>-52,8</b>	<b>-52,2</b>	<b>-229,7</b>
<i>dont sous-dotés</i>	<i>22,2</i>	<i>16,9</i>	<i>17,0</i>	<i>17,2</i>	<i>73,3</i>
<i>dont sur-dotés</i>	<i>-92,6</i>	<i>-71,3</i>	<i>-69,7</i>	<i>-69,4</i>	<i>-303,0</i>

Source : ATIH et Cour des comptes

Certains de ces transferts ont toutefois été compensés, pour les établissements contributeurs nets, par une augmentation de leurs autres recettes et notamment, au sein des MIGAC<sup>251</sup>, des aides à la contractualisation octroyées par les agences régionales.

## 2 – Le maintien des tarifs journaliers de prestations

L'égalisation des conditions de financement concerne uniquement à ce jour la part prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En effet, contrairement à ce qui était prévu lors du lancement de la T2A, les tarifs journaliers de prestations (TJP), propres à chaque établissement, servent toujours de référence pour une partie des frais hospitaliers pris en charge par les assurés et par la protection complémentaire<sup>252</sup>. Les TJP sont également utilisés pour déterminer les montants perçus par les établissements pour l'intégralité de la prise en charge des non assurés sociaux ainsi que des assurés sociaux étrangers.

250. Pour la seule campagne 2011, l'AP-HP devait « rendre » à ce titre plus de 40,9 € à la masse tarifaire globale, le déficit de recettes par rapport à la campagne 2007 atteignant 176,4 M€ ; l'AP-HM devait « rendre » 10,2 M€ en 2011, et 44,8 M€ au total sur les quatre dernières campagnes ; inversement, le CHU de Nantes a gagné grâce à ce mécanisme 13,1M€ au cours des campagnes 2008-2011.

251. Cf. chapitre VIII du présent rapport sur le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU).

252. Cf. chapitre X du présent rapport sur la prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire.

Le maintien des tarifs journaliers de prestation, survivance du prix de journée, limite à due concurrence l'égalisation des conditions de financement au sein des établissements publics. Il constitue également un obstacle à l'égalisation des conditions de concurrence entre secteur public et secteur privé, les établissements privés étant d'ores et déjà intégralement financés sur la base des tarifs.

Il est ainsi indispensable de substituer aux tarifs journaliers de prestations un système fondé sur l'activité, en profitant de la remise à plat des circuits informatiques de financement nécessitée par la facturation directe des prestations d'assurance maladie.

Entre MIGAC et maintien des tarifs journaliers de prestations, l'aboutissement de la convergence intrasectorielle dans le secteur public apparaît ainsi en partie en trompe l'œil. L'enjeu de la convergence intersectorielle n'en n'est financièrement que plus lourd.

## **B – Une convergence intersectorielle qui exige des arbitrages rapides**

Cette forme de convergence est d'une nature différente de la convergence intra-sectorielle, car les établissements de chaque secteur ont des activités, des coûts, des missions, des obligations, des statuts et une fiscalité différents.

### **La convergence intersectorielle**

La LFSS pour 2004, qui a introduit la tarification à l'activité, posait le principe d'une harmonisation des règles de financement entre secteur public et secteur privé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoyait un achèvement en 2012 du processus de convergence entre les tarifs nationaux du secteur public et ceux du secteur privé, « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

La LFSS pour 2010 a reporté à 2018 la fin du processus de convergence, de manière à mener à bien les études « d'objectivation » des écarts de coûts entre les deux secteurs. En contrepartie, une convergence dite « ciblée » devait être réalisée dès la campagne tarifaire 2010 sur un nombre limité de tarifs et contribuer à hauteur de 150 M€ aux économies imposées au secteur hospitalier. Ce dispositif a été reconduit par la LFSS pour 2011 pour un montant d'économies comparable. Ce texte prévoit en outre que la convergence pourra se faire par l'alignement sur le tarif le plus bas et non plus uniquement par l'alignement sur le tarif des établissements privés à but lucratif.

Les solutions partielles qui ont été mises en œuvre en 2010 et en 2011 pour répondre aux objectifs fixés par la loi ont surtout eu pour effet de différer les arbitrages les plus fondamentaux.

### **1 – L'approche partielle actuelle**

#### *a) Des champs tarifaires distincts*

Les tarifs ne couvrent pas le même champ de dépenses dans les deux secteurs. Les honoraires des praticiens exerçant en clinique privée sont ainsi exclus des tarifs, alors que les tarifs du secteur public prennent en compte la rémunération des médecins. Les honoraires perçus en clinique pour les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont également exclus de la base tarifaire.

Le tableau suivant présente les différences de périmètre entre les coûts des deux secteurs :

### Différences de périmètre public/privé

		Secteur public (ex DG)			Secteur privé (ex OQN)		
		Tarif	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée	Tarif	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée
Rémunérations personnels médicaux	Salaires	X	X	X			
	Honoraires médecins (part AMO)	non	X	non	non	X	X
	Redevances pour activité libérale <sup>253</sup>	non	non	non	X	X	X
	Dépassements	non	non	non	non	non	X
Rémunérations personnels non médicaux		X	X	X	X	X	X
Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables		non	X	non	non	X	non
Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		X	X	X	non	X	X
Charges logistiques, hôtelières et générales		X	X	X	X	X	X
Charges de structure <sup>254</sup>		X	non	X	X	non	X
Frais de transports des patients		X	X	X	non	X	X <sup>255</sup>

X = poste de dépenses pris en compte

Source : Cour des comptes

#### b) Un écart tarifaire significatif

Le ministère se livre depuis plusieurs années à l'estimation de « l'écart facial tarifaire intersectoriel », qui consiste à « valoriser successivement une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, puis à déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et en faire la comparaison »<sup>256</sup>.

253. Les redevances versées par les praticiens libéraux aux cliniques sont intégrées dans l'échelle de coûts comme des atténuations de charges. Les coûts engagés par les cliniques (et donc les tarifs) sont donc minorés à due concurrence. Les redevances sont par ailleurs couvertes par les honoraires (et dépassements) perçus par les praticiens.

254. Les charges de structure (charges financières notamment) sont exclues des coûts. Si leur montant n'est pas identifié, elles sont cependant comprises dans le montant de l'ONDAM MCO déversé sur les tarifs.

255. Il s'agit dans ce cas des frais de transports secondaires, c'est-à-dire réalisés au cours d'une hospitalisation.

256. Extrait du rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire.

L'opération est en réalité plus complexe que ne le laisse supposer cette présentation, puisqu'elle nécessite notamment de réintégrer les honoraires libéraux dans les tarifs du secteur privé<sup>257</sup>.

En prenant pour référence l'activité du secteur public, l'écart facial tarifaire entre secteurs public et privé passe de 40 % en 2006 à 27 % en 2009 et enfin 24 % en 2010.

La forte diminution de l'écart tarifaire constatée entre 2006 et 2009 est imputable au passage à l'ENCC et à la version 11 de la classification des GHM (impact de l'ordre de 7 points) et à la sortie des tarifs des charges liées à la prise en charge de personnes en situation de précarité et à la permanence des soins hospitaliers (PDSH), transférées sur des MIGAC. L'évolution constatée de 2006 à 2009 tient donc à la transcription plus fine dans les tarifs de la sévérité des cas traités et à la prise en compte de l'obligation de permanence des soins, qui pèse principalement sur le secteur public. Elle repose donc pour l'essentiel sur des modifications méthodologiques.

Il n'en est pas de même de la réduction de l'écart facial tarifaire de 2009 à 2010, qui s'élève à 2 points<sup>258</sup>. Cette diminution reflète les baisses tarifaires imposées au secteur public dans le cadre de la convergence intersectorielle ciblée.

*c) La logique restrictive de la convergence « ciblée »*

La convergence dite « ciblée » actuellement mise en œuvre ne touche que certaines catégories de séjours hospitaliers, en fonction de critères qui ont évolué de 2010 à 2011 et vise un objectif défini en termes d'économies pour l'assurance maladie (soit pour chacune de ces deux campagnes 150 M€ pesant sur les établissements du secteur public). La cible à atteindre pour les séjours concernés (convergence totale ou partielle) est fixée en ajoutant aux tarifs des cliniques privées les honoraires répertoriés dans l'ENCC ainsi que les dépassements.

La convergence ciblée 2010 a porté sur 35 GHM, caractérisés par une proximité des pratiques dans les deux secteurs d'hospitalisation et par la standardisation et la fréquence de ces activités. Couvrant un nombre de tarifs limités, la baisse due à la convergence tarifaire a eu un impact significatif sur certaines catégories d'établissements : les maternités du secteur public ont ainsi été un des principaux contributeurs à la

---

257. Les honoraires (y compris les dépassements) sont donc pris en compte dans le calcul de « l'écart tarifaire facial », alors qu'ils ne sont pas intégrés dans les tarifs. L'appellation « écart tarifaire » peut de ce point de vue induire en erreur.

258. L'écart 2010 est comparé avec un écart 2009 (26 %) actualisé en fonction du changement de structure d'activité induit par le passage à la V11.



convergence ciblée mise en œuvre en 2010 (43 M€ d'économies demandées). Pour la campagne 2011, la méthode de sélection fondée sur des critères médico-économiques a laissé place à une approche purement statistique, consistant à rapprocher les tarifs de GHM présentant un fort degré d'homogénéité et des durées moyennes de séjour comparables. Les efforts consentis sont répartis sur un nombre de GHM significativement plus élevés qu'en 2010 (193 contre 35).

Le rapprochement opéré à travers la convergence ciblée a pu dans certains cas contredire les priorités de santé publique affichées par ailleurs. En 2010, plusieurs GHM de chirurgie ambulatoire ont ainsi vu leur niveau diminuer alors même que cette pratique fait l'objet depuis trois ans d'une politique tarifaire incitative dans le secteur public. Pour éviter cet effet contraire, le ministère s'est fixé comme règle en 2011 de ne jamais faire passer le tarif des séjours réalisés en ambulatoire en dessous du tarif correspondant au niveau de sévérité le plus bas.

Ce processus, s'il est poursuivi, présentera un caractère de plus en plus artificiel. Ses limites justifient une réflexion sur le sens à donner à la convergence intersectorielle.

## **2 – Le terme de la convergence : des objectifs et une méthode à arbitrer clairement**

La volonté de rapprocher les tarifs des deux secteurs participe à la mise sous tension du dispositif hospitalier public et comme telle doit favoriser la réforme du système de soins. Les questions relatives à l'objectif final de la convergence et de ses modalités de mise en œuvre doivent cependant désormais être clairement tranchées, faute de quoi l'approche restrictive adoptée au cours des deux dernières campagnes pourrait déboucher sur une impasse.

### *a) Définir par priorité le périmètre de la convergence intersectorielle*

La convergence ciblée a pour principal défaut de faire abstraction de la nécessité de définir un périmètre « cible » pour la convergence tarifaire à long terme. Pour des raisons d'équité, celui-ci devrait inclure :

- les honoraires des médecins ;
- le reste à charge pour les assurés et les protections complémentaires. La convergence peut en effet se limiter aux dépenses remboursables par la sécurité sociale mais doit concerner également le reste à charge pour l'assuré et les assurances maladie complémentaires, incluant le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ;
- les actes rattachés au séjour, c'est-à-dire ceux qui sont effectués en ville avant ou après le séjour (tels certains actes d'imagerie) et qui sont

directement liés aux soins prodigués durant l'hospitalisation. Ces pratiques pourraient en effet fausser les comparaisons entre établissements et entre secteurs public et privé.

Plus complexe à mettre en œuvre, cette approche globale « tous financeurs » et « toutes prestations » permet l'égalisation des conditions de concurrence en imposant de tenir compte de toutes les recettes dont bénéficient les établissements. Elle seule peut permettre d'éviter le report sur les assurés et sur leur protection complémentaire des efforts que l'hôpital ne serait pas à même de consentir.

En tout état de cause, la question du périmètre concerné par cette convergence est à régler prioritairement avant la fixation de nouvelles étapes en vue du rapprochement des conditions tarifaires des secteurs public et privé. A cet égard, la proposition d'intégrer les honoraires des praticiens du secteur privé dans l'ODMCO pourrait être expertisée.

*b) Intensifier la réduction des écarts de coûts par l'amélioration de l'efficience plutôt que créer en continu de nouvelles MIG*

Le processus « d'objectivation des écarts de coûts » a été initié par l'IGAS, qui a tracé dans un rapport de janvier 2006<sup>259</sup> des orientations pour des études visant à identifier les facteurs exogènes aux établissements, pouvant justifier le maintien d'un écart de tarifs entre les deux secteurs.

Les travaux menés dans le prolongement de ces analyses ont conduit à sortir certaines charges de la base tarifaire et à les transférer sur les dotations MIGAC destinées à rémunérer les missions de service public (création d'une MIG précarité de 100 M€ en 2009, portée à 150 M€ en 2010 et d'une autre pour la permanence des soins de 630 M€ en 2009, représentant 760 M€ en année pleine).

Après la sortie du champ tarifaire des frais d'accueil des internes, réalisée en 2011, le processus « d'objectivation » des écarts de coûts dans le cadre de la convergence tarifaire semble aujourd'hui atteindre ses limites :

- certaines études donnent des résultats trop ambivalents pour être utilisés dans une optique tarifaire. Ainsi, l'examen des conséquences de la spécialisation des établissements montre que celle-ci peut induire des économies d'échelle, mais que dans le même temps la diversification protège les établissements contre les effets négatifs des variations d'activité ;

---

259. Mission d'appui à la convergence public-privé, rapport IGAS n° 2006-009, janvier 2006.

- l'étude menée sur l'impact des activités non programmées, qui tente d'identifier les surcoûts liés aux admissions dites « urgentes », fait apparaître qu'en sus des surcoûts non maîtrisables, liés à la nécessité de disposer de capacités excédentaires pour répondre à la volatilité des fréquentations, une partie des surcoûts peut émaner de mauvaises pratiques organisationnelles.

Dans ce cas, la création d'une dotation budgétaire spécifique, couvrant un facteur de surcoût qui pénalise plus particulièrement le secteur public, constituerait un frein à la recherche de solutions organisationnelles, seules capables de limiter la dépense en pesant sur les coûts de production.

De façon plus générale, la création de nouvelles MIGAC ne peut plus être privilégiée pour tempérer les écarts de coûts constatés. Ainsi que dit précédemment, le poids des MIGAC dans les recettes des hôpitaux s'est accru au cours de la période 2007-2010 (cf. partie II), cette évolution, s'expliquant en grande partie par les transferts opérés depuis les tarifs pour favoriser la convergence tarifaire<sup>260</sup>. Si les analyses des écarts de coûts doivent être poursuivies, afin de mieux identifier les coûts liés aux missions et à l'organisation du secteur public, il apparaît qu'à enveloppe de financement constante, le transfert de nouveaux surcoûts sur des dotations forfaitaires a atteint ses limites au risque d'une moindre emprise de la T2A sur la politique menée par les établissements de santé.

Il est ainsi déterminant de recentrer la convergence intersectorielle sur son objectif premier, qui est celui de l'amélioration de l'efficacité hospitalière.

*c) Se mettre en situation de respecter l'échéance de 2018*

Alors que le terme du processus de convergence fixé par le législateur pour 2018 se rapproche, la poursuite de la pratique actuelle ne peut être envisagée. La convergence ciblée mise en œuvre en 2010 et en 2011 s'est traduite pour certains GHM par une convergence totale<sup>261</sup>, c'est-à-dire par l'alignement du tarif public sur celui du secteur privé (majoré des honoraires perçus par les médecins). Si cette solution devait être appliquée à tous les tarifs publics de médecine, chirurgie, obstétrique, supérieurs en moyenne de 24 % aux tarifs du secteur privé, elle induirait, selon une logique purement arithmétique, compte tenu du financement

---

260. La croissance des aides à la contractualisation, recouvrant notamment les aides à l'investissement, joue également un rôle important.

261. 21 GHS ont fait l'objet d'une convergence totale, 11 GHS d'une convergence à 35 %, 1 GHS d'une convergence à 50 %, un autre à 46 %, et un dernier à 25 %.

actuellement accordé aux établissements ex DG qui est de 31,7 Md€, une perte de recette annuelle supérieure à 7 Md€<sup>262</sup>.

Le législateur n'impose toutefois pas à cet égard un alignement intégral de tous les tarifs, puisqu'il admet l'existence d'écarts dès lors qu'ils sont justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces derniers. C'est pourquoi la question du degré de rapprochement à l'échéance de 2018, qui se pose désormais avec acuité doit faire l'objet de décisions rapides et nettes, qu'il s'agisse du périmètre de la convergence et de son niveau comme des types de séjours sur lesquels celle-ci devrait porter (séjours fortement représentés, caractérisés ou non par une communauté de pratiques et de patientèle entre les deux secteurs etc.). Les arbitrages déjà évoqués par la Cour dans son rapport de 2009 ne sauraient de fait être ainsi différés davantage sauf à ne pas respecter le calendrier fixé par le Parlement. En tout état de cause, la restructuration en profondeur du système hospitalier devra fortement s'accélérer au cours des prochaines années.

---

#### CONCLUSION

---

*Pour que la tarification à l'activité ait un effet positif sur la gestion hospitalière, en aidant les établissements à mieux identifier leurs éléments de sous-compétitivité, il est important de maintenir un lien fort entre coûts et tarifs et d'identifier les facteurs de surcoûts considérés comme maîtrisables. Cet impératif devrait conduire à rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin les études nationales de coût et à éviter la création de nouvelles missions d'intérêt général qui auraient pour seul objectif de faciliter optiquement la convergence tarifaire.*

*La limitation de la croissance des dépenses hospitalières pourrait nécessiter la mobilisation d'outils autres que tarifaires, surtout si les établissements sont invités dans le même temps à rééquilibrer leurs comptes. Ces objectifs ne peuvent être atteints que si le ministère de la santé, les acteurs locaux et l'assurance maladie sont suffisamment outillés, grâce à l'ATIH, pour mesurer l'impact des politiques menées sur l'activité hospitalière et sur la situation des établissements, publics et privés. La tarification à l'activité ne remplira ainsi ses objectifs que si elle est fermement et clairement pilotée et devient un enjeu partagé.*

*Il est urgent à cet égard de prendre sans plus tarder les arbitrages, certes délicats, qu'implique la mise en œuvre de la convergence intersectorielle prévue pour 2018. Quel que soit le périmètre donné à cette convergence, celle-ci doit en tout état de cause reposer avant tout sur la*

---

262. Masse tarifaire allouée aux établissements ex DG dans la construction tarifaire 2011, multipliée par l'écart tarifaire public-privé : 31,7 Md€ \* 24 % = 7,6 Md€.

*convergence des coûts de production et sur une intensification des efforts d'amélioration de l'efficacité du système hospitalier. Elle seule permettra de donner sa pleine efficacité à la tarification à l'activité.*

---

**RECOMMANDATIONS**

---

35. *Asseoir désormais la convergence tarifaire sur une convergence renforcée des coûts de production, plutôt que sur la création de nouvelles dotations forfaitaires (orientation).*

36. *Préserver la qualité des données PMSI dans la mise en œuvre de la facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie (orientation).*

37. *S'assurer à terme de la conformité des logiciels de facturation directe aux règles tarifaires édictées par le ministère de la santé (orientation).*

38. *Définir le périmètre cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour 2018, ainsi que le niveau et les modalités du rapprochement des tarifs des deux secteurs à cette échéance.*

39. *Conforter la base PMSI en mettant la documentation de l'ATIH en conformité avec les normes et pratiques en vigueur pour la création et la gestion de bases de données informatiques.*

40. *Rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin l'ENCC pour maintenir le lien entre tarifs et coûts et expliciter le mode de répercussion du référentiel ENCC dans les tarifs lors de chaque campagne.*

41. *Harmoniser les bases de financement des établissements en substituant aux tarifs journaliers de prestations un dispositif fondé sur l'activité.*

42. *Permettre aux ARS de substituer pour certaines activités aux tarifs nationaux des tarifs dégressifs lorsque des seuils d'activité contractuellement fixés avec certains établissements auront été dépassés.*

---