

N° 298

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 6 avril 2006

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur la réforme du
financement des établissements de santé,*

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhel.

Santé publique.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
A. LES CAPACITÉS D'ACCUEIL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS	6
1. <i>La répartition des établissements</i>	6
2. <i>Une évolution contrastée du parc hospitalier</i>	7
B. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES	8
1. <i>Les dépenses hospitalières dans l'Ondam</i>	8
2. <i>La consommation de soins hospitaliers</i>	9
C. LE SECTEUR HOSPITALIER S'ENGAGE DANS UN VASTE MOUVEMENT DE RÉFORMES	10
1. <i>Les établissements publics et privés n'abordent pas la réforme dans la même situation financière</i>	10
2. <i>Le plan Hôpital 2007 et la mise en œuvre de la tarification à l'activité</i>	11
I. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POSE, AVEC ACUITÉ, LA QUESTION DU PILOTAGE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES	14
A. LES OUTILS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS AUX MÉCANISMES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ	14
1. <i>La mise en œuvre de la tarification à l'activité fait craindre l'apparition de tensions inflationnistes</i>	15
a) <i>La reprise de l'activité hospitalière depuis 2004</i>	15
b) <i>L'absence de maîtrise de certaines enveloppes budgétaires fait craindre des risques inflationnistes</i>	16
2. <i>La régulation des dépenses hospitalières permet de se prémunir contre les risques inflationnistes de la tarification à l'activité</i>	17
a) <i>La tarification à l'activité se traduit par un desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé</i>	18
b) <i>L'activité des établissements de santé sera encadrée</i>	19
B. LE DÉROULEMENT DE LA RÉFORME ET LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE DOIVENT ÊTRE PRÉCISÉS	20
1. <i>Le manque de transparence des premières campagnes tarifaires oblige le Gouvernement à redéfinir les contours de la réforme</i>	21
a) <i>Le mécontentement des acteurs du monde hospitalier</i>	21
b) <i>Les conditions d'une certaine stabilité</i>	23
2. <i>La mise en œuvre de la tarification à l'activité doit s'accompagner d'un dispositif de contrôle efficace</i>	24
a) <i>Un dispositif conçu pour cibler les établissements qui méritent d'être contrôlés en priorité</i>	25
b) <i>L'association de l'assurance maladie au contrôle de la tarification à l'activité</i>	26

II. LA CONVERGENCE TARIFAIRE CONSTITUE UN VOLET INNOVANT DE LA RÉFORME	28
A. LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ ENTRENT DANS LA CONVERGENCE PAR DES VOIES SÉPARÉES	29
1. <i>Les principes généraux de la convergence au sein de chaque secteur</i>	29
a) La situation des établissements publics au regard du processus de convergence	29
b) Les modalités de la convergence dans le secteur privé.....	30
2. <i>Les actions entreprises en 2005 et 2006</i>	31
a) L’amorce d’une convergence des tarifs.....	31
b) L’accompagnement des établissements.....	32
B. UN PROCESSUS À PRÉCISER POUR QU’IL PARVIENNE À SON TERME	33
1. <i>Un débat mal maîtrisé par les pouvoirs publics</i>	34
a) Peut-on mesurer et expliquer les écarts de coûts de fonctionnement entre secteurs public et privé ?.....	34
b) Le Gouvernement a jugé nécessaire d’approfondir les études justifiant les écarts des coûts entre les secteurs public et privé.....	35
2. <i>Des avis divergents sur la poursuite du processus de convergence</i>	36
a) Fallait-il marquer une pause dans la poursuite du processus de convergence ?	36
b) Quel objectif assigner au processus de convergence ?	37
CONCLUSION	39
TRAVAUX DE LA COMMISSION	41
ANNEXE 1 - ITALIE ET SUISSE : EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE PRAGMATIQUE DE LA TARIFICATION À L’ACTIVITÉ	45
ANNEXE 2 - DÉPLACEMENTS	53
ANNEXE 3 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	55

Mesdames et Messieurs,

Les établissements de santé occupent une place essentielle dans notre système de soins et près de dix millions de nos concitoyens ont recours chaque année aux services hospitaliers pour une dépense annuelle supérieure à 60 milliards d'euros.

L'hôpital inspire des sentiments contrastés : 85 % des assurés se déclarent satisfaits des services qu'il rend et 81 % ont une bonne opinion du rapport qualité-prix qu'il propose tandis que les personnels médicaux hospitaliers expriment souvent leurs difficultés et leurs insatisfactions.

Pourtant, le secteur hospitalier fait rarement l'objet de débats publics. Dans son rapport annuel publié en juillet 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a même évoqué l'opacité qui règne dans le secteur hospitalier tout en précisant qu'*« il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'informations »*.

Face à ce constat, votre commission a souhaité étudier ce sujet, complexe par le nombre de ses aspects et l'importance de ses enjeux.

Elle a retenu trois axes d'analyse : la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la lutte contre les infections nosocomiales et le contrôle budgétaire et comptable à l'hôpital.

Ces travaux, dont le présent rapport constitue le premier volet feront l'objet d'une publication échelonnée tout au long de l'année 2006.

Votre commission a pu constater combien l'environnement hospitalier a connu de profondes transformations au cours des dernières années et continue à évoluer très vite sous l'effet de l'apparition de nouvelles techniques médicales, de nouveaux équipements, de nouvelles prises en charge, du développement des démarches qualité et des procédures de certification.

L'évolution des pratiques professionnelles s'accompagne de profondes mutations de l'environnement administratif et financier de l'hôpital (réforme de la gouvernance hospitalière, nouvelles modalités de financement, développement des partenariats public-privé).

L'ambition des pouvoirs publics est de moderniser les établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A) participe de cet objectif en médicalisant le financement des établissements de santé, mais également en rapprochant les modes de financement et de régulation des secteurs public et privé.

A. LES CAPACITÉS D'ACCUEIL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

Les établissements de santé sont communément regroupés sous deux rubriques : l'hôpital, quand on évoque un établissement public, la clinique, quand il est fait référence à un établissement privé.

La réalité est plus complexe car le modèle français comprend une troisième composante : les établissements privés participant au service public hospitalier, dits PSPH.

La France se caractérise à la fois par un secteur public très majoritaire (près des deux tiers des personnels médicaux et trois quarts des personnels non médicaux travaillent dans des établissements publics) et par la présence d'un important secteur privé à but lucratif.

Cette situation lui est très spécifique. Dans d'autres pays développés, ce sont plutôt les établissements privés non lucratifs qui prédominent : tel est le cas aux Pays-Bas ou aux États-unis où ce secteur représente respectivement 86 % et 60 % des établissements de santé. Les systèmes de santé nationaux en Italie et en Grande-Bretagne privilégient, quant à eux, le recours aux établissements publics, ces derniers représentant environ 85 % de l'offre de soins hospitaliers.

1. La répartition des établissements

La France compte près de 3.000 établissements de santé ou entités juridiques disposant de capacités d'accueil d'hospitalisation complète ou à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit, chirurgie ambulatoire).

Le secteur public hospitalier qui regroupe les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier représente 80 % de la capacité d'accueil du système hospitalier.

Les différentes catégories d'établissements et leur capacité d'accueil en 2003

	Public	Privé		Total
		Non lucratif	Lucratif	
Entités juridiques ou établissements	997	845	1.096	2.938
	33,9 %	28,8 %	37,3 %	100 %
Lits installés à temps complet	299.102	66.327	91.703	457.132
	65,4 %	14,5 %	20,1 %	100 %
Places installées à temps partiel	30.127	9.256	9.138	48.521
	62,1 %	19,1 %	18,8 %	100 %

Source : DREES, SAE - 2003

Au total, le secteur hospitalier dispose d'environ 457.000 lits répartis de la façon suivante :

- 228.000 lits de court séjour,
- 91.000 lits de soins de suite et de réadaptation,
- 79.000 lits de longue durée,
- 58.000 lits de psychiatrie.

En 2003, il a pris en charge près de 22,8 millions de séjours répartis en 11,5 millions d'hospitalisations à temps complet et 11,3 millions d'hospitalisations partielles ou de moins de vingt-quatre heures.

Depuis 1996, le système hospitalier est organisé dans un cadre régional, sous l'autorité des agences régionales d'hospitalisation. Il est intégré dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire dont l'objectif est de mettre en adéquation les besoins de santé de la population et l'offre de soins.

2. Une évolution contrastée du parc hospitalier

Au cours de ces dix dernières années, le paysage hospitalier a évolué.

Les capacités d'hospitalisation à temps complet se sont considérablement réduites au profit d'un développement de l'hospitalisation à temps partiel. Ainsi, entre 1992 et 2003, 78.000 lits d'hospitalisation complète (tous secteurs et toutes disciplines confondus, mais tout particulièrement en psychiatrie et en MCO, médecine, chirurgie et obstétrique) ont été fermés ou reconvertis tandis que, dans le même temps, 48.000 places d'hospitalisation à temps partiel et 4.200 places d'hospitalisation à domicile ont été créées. Des évolutions similaires sont perceptibles dans les autres pays européens, en Italie par exemple, où au cours des vingt dernières années, le nombre de lits a été réduit tandis que le recours à la chirurgie ambulatoire s'amplifiait.

L'impact de ces évolutions diffère selon les secteurs.

- **Le secteur privé** a, dans son ensemble, connu une diminution importante du nombre de ses établissements.

Le nombre de cliniques est passé de 1.014 établissements en 1992, à 708 en 2002, soit une réduction de 30 %, mais variable selon les disciplines : - 7 % en médecine, - 25 % en chirurgie, - 44 % en obstétrique. Néanmoins, dans le même temps, les capacités de prise en charge en chirurgie ambulatoire (représentant 70 % de l'offre nationale) se sont fortement développées.

Il en est résulté une concentration des capacités de prise en charge : la taille moyenne des établissements a augmenté de 15 % (passant de soixante-quatorze à quatre-vingt-cinq lits). Cette croissance touche en tout premier lieu la chirurgie.

Les établissements privés à but non lucratif (PSPH) ont connu une évolution similaire à ceux du secteur privé avec une diminution de 28 % des structures MCO (établissements ou services), répartie différemment selon la discipline considérée : - 16 % en chirurgie, - 21 % en médecine, - 29 % en obstétrique.

Cette diminution s'est accompagnée d'une baisse de la taille moyenne de chacun des services ou établissements puisque celle-ci est passée de cent neuf à quatre-vingt-dix-neuf lits.

- **Le secteur public** a connu une réduction plus modérée du nombre d'entités juridiques exerçant une activité MCO (- 11 %). Toutefois, ce chiffre doit être interprété avec précaution car la diminution d'entités juridiques n'a pas nécessairement d'impact sur les capacités globales d'hospitalisation. Il s'agit, la plupart du temps, de regroupements de plusieurs entités (donc plusieurs sites) en une seule, tout en gardant les sites existants.

B. LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Le secteur hospitalier absorbe 45 % du montant de l'Ondam pour 2006¹. Les dépenses prévues s'élèvent à 63,7 milliards d'euros, soit une progression de 3,44 % par rapport à 2005. Cette hausse est supérieure à celle des dépenses d'assurance maladie qui progressent, pour leur part, de 2,5 %.

1. Les dépenses hospitalières dans l'Ondam

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fixé, pour la première fois, deux sous-objectifs de dépenses hospitalières.

- Le premier, d'un montant de 45,8 milliards d'euros, regroupe les dépenses tarifées à l'activité. Il englobe l'ensemble des établissements publics

¹En 2006, l'Ondam s'élève à 140,7 milliards d'euros, répartis comme suit : 65,3 milliards d'euros pour les dépenses de soins de ville, 63,7 milliards pour les dépenses hospitalières, 10,9 milliards pour les établissements médico-sociaux et 0,7 milliard pour le financement des réseaux de santé.

et les établissements privés exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO), les dépenses entraînées par l'exercice des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et les dotations complémentaires versées aux établissements de santé anciennement financés par dotation globale.

- Le second, d'un montant de 17,9 milliards d'euros, regroupe les dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR), de psychiatrie, mais également les dotations budgétaires des hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée, ainsi que la contribution de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

La répartition interne à chacun des sous-objectifs a été précisée par une circulaire budgétaire et s'établit comme suit : 40,2 milliards d'euros seront affectés à l'ODMCO, 5,6 milliards aux Migac et 14,9 milliards à la psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation.

2. La consommation de soins hospitaliers

Le budget MCO des établissements de santé était, en 2005, de 42,6 milliards d'euros, la part du secteur public s'élevant à 78 % de ce total. Ces dépenses représentent 63 % de la consommation médicale hospitalière.

L'assurance maladie finance l'essentiel de cette dépense, soit 40,2 milliards d'euros (94,6 % de la dépense, contre 76 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux), les organismes d'assurance maladie complémentaire et les assurés prenant à leur charge le reste des dépenses.

En 2005, le financement fondé sur l'activité, y compris la consommation de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux, représente plus de 82 % du budget des établissements. Le solde provient d'autres éléments de financement : les consultations et les actes externes, les Migac, les forfaits annuels versés au titre des services d'urgence, ainsi que les forfaits pour les prélèvements d'organes et les greffes.

Le tableau ci-dessous récapitule la ventilation des ressources :

Structure de financement en 2005

Assurance maladie 94,6 %				Organismes complémentaires et assurés 5,4 %
Tarification à l'activité	Migac (missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation)	Molécules onéreuses, dispositifs implantables et forfaits annuels	Consultations externes	
75 %	10,2 %	7,4 %	2 % environ	

Source : HCAAM

C. LE SECTEUR HOSPITALIER S'ENGAGE DANS UN VASTE MOUVEMENT DE RÉFORMES

Alors que les établissements de santé se trouvaient dans une situation financière fragilisée, le Gouvernement a fait le choix de mettre en œuvre plusieurs réformes de l'hôpital, rassemblées au sein du plan Hôpital 2007.

Ce plan a vocation à rénover l'ensemble du système hospitalier et doit mettre à la disposition des établissements de santé les moyens nécessaires à la couverture des besoins de santé exprimés par la population.

1. Les établissements publics et privés n'abordent pas la réforme dans la même situation financière

- La situation financière des **établissements publics** témoigne d'une aggravation de leurs charges. En 2004, si les dépenses de fonctionnement ont crû de 5,2 %, soit quasiment au même rythme qu'en 2003 (5,4 %), les frais de personnel, qui représentent près de 75 % des charges de fonctionnement, progressent de 4,3 % en 2004, et davantage pour le personnel médical (6,5 %) que pour les autres catégories (2,8 %). Enfin, le poste achats et charges médicaux connaît une progression de 10,6 %.

Les établissements publics n'ont pas toujours disposé des moyens budgétaires pour faire face à cet accroissement des dépenses et ont eu recours à des reports de charges.

Au cours des vingt-quatre derniers mois, le Gouvernement a incité les ARH à développer des plans de retour à l'équilibre. Ces plans sont intégrés dans les contrats signés entre les agences et chaque établissement.

Selon le Conseil de l'hospitalisation, au 30 avril 2005, les établissements de santé comptabilisaient ainsi 315 millions d'euros de reports de charges (319 millions d'euros l'année précédente) et 107 millions d'euros de reports de recettes. Le solde net serait donc de 208 millions d'euros contre 219 millions d'euros en 2004, soit une diminution de 5 %. Le Conseil poursuit en soulignant que, « *sous réserve de confirmation de ces données, cette évolution semble masquer en réalité une dégradation de la situation des établissements* ».

En effet, 412 millions d'euros de moyens non reconductibles ont été alloués aux établissements en 2004, afin d'apurer les reports de charges et les déficits d'exploitation. Par ailleurs, la mise en œuvre de la T2A va se traduire par une baisse de recettes pour les établissements dits « surdotés », qui rendra encore plus complexe le retour à l'équilibre.

• Dans ce contexte financièrement tendu pour les établissements publics, la situation des **cliniques privées** apparaît meilleure.

Une étude réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), à partir de l'exploitation des données comptables de 790 établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN), montre une progression du chiffre d'affaires total de ces établissements de 8,7 % en 2003, confirmant la hausse de 2002 (7,7 %) et de 2001 (5,7 %).

La croissance du chiffre d'affaires est due principalement à celle du secteur MCO (9 %), elle-même en augmentation par rapport à 2002 (7,8 %).

Le secteur hors MCO présente une augmentation de son chiffre d'affaires également élevé (7,5 %), dont 9,4 % pour les activités de soins de suite et de réadaptation.

En 2003, tous secteurs confondus, les cliniques de grande taille¹ présentent la croissance de chiffre d'affaires la plus élevée (10,1 %), poursuivant la tendance observée au cours des deux années précédentes (+ 9,3 % en 2002 et + 7,7 % en 2001). Le taux de croissance du chiffre d'affaires des cliniques de taille moyenne² est de 7,7 % en 2003 et 6,2 % en 2002, tandis que celui des petites cliniques³ s'élève à 6,6 %, soit autant que l'année précédente.

La rentabilité économique varie très peu entre 2002 (1,1 %) et 2003 (1,2 %), mais fortement par rapport à l'année 2001 (0,1 %). La moitié des cliniques privées françaises sous OQN présentent, en 2003, un taux de rentabilité économique supérieur à 1,9 %, dont 10 % dépassent 9,2 % ; à l'inverse, 28 % des établissements affichent un taux de rentabilité économique négatif et 10 % déclarent des pertes dépassant 5,5 % de leur chiffre d'affaires.

En 2003, les investissements s'intensifient sur l'ensemble des cliniques privées (+ 6,4 %), et en particulier dans le secteur MCO (+ 6,7 %), principalement pour les cliniques de moyenne et de grande taille.

C'est dans ce contexte contrasté que le Gouvernement a mis en oeuvre un plan ambitieux de modernisation du système hospitalier public et privé.

2. Le plan Hôpital 2007 et la mise en oeuvre de la tarification à l'activité

Annoncé lors des débats parlementaires consacrés à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le plan Hôpital 2007 était conçu pour redonner espoir et ambition au monde hospitalier.

¹ Etablissements dont le chiffre d'affaires est supérieur à 12 millions d'euros.

² Etablissements dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 et 12 millions d'euros.

³ Etablissements dont le chiffre d'affaires est inférieur à 6 millions d'euros.

Il s'organise autour de quatre orientations : soutien volontariste à l'investissement, rénovation du mode de financement des établissements de santé, assouplissement des règles de planification et mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance. Il s'annonce comme l'une des plus vastes réformes de l'hôpital depuis 1958.

Les différents volets de cette réforme constituent, avec les changements apportés par la réforme de l'assurance maladie (dossier médical personnel, évaluation des pratiques professionnelles, nouvelle procédure d'accréditation des établissements de santé), autant de mutations que les acteurs du monde hospitalier doivent s'approprier et mettre en œuvre.

Insérée dans le plan Hôpital 2007, la mise en œuvre de la tarification à l'activité se présente comme une réforme majeure du mode de financement des établissements de santé. Elle concerne tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, qui exercent des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et se substitue aux mécanismes de financement jusqu'alors en vigueur dans les différentes catégories d'établissements de santé.

Trois modalités de financement directement liées à l'activité réalisée sont définies :

- le paiement d'un **tarif par séjour** (dit groupe homogène de séjour-GHS) ;

- le paiement d'un **tarif par prestation** pour les activités de consultation et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique) ;

- le paiement de **certaines fournitures**, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les dispositifs médicaux implantables [DMI] comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés sera établie par voie réglementaire.

Viennent ensuite les modalités de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixes, mais déterminé en fonction de l'activité réalisée. Un forfait annuel financera ainsi les coûts fixes liés aux urgences.

Des dotations forfaitaires annuelles sont prévues pour le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Cette enveloppe recouvre essentiellement les activités d'enseignement et de recherche.

La T2A est en vigueur depuis deux ans dans les établissements publics, et un an seulement dans les cliniques. Il est donc possible de procéder à un premier bilan de la réforme.

Votre commission a choisi de concentrer ses propos sur les deux thèmes centraux de cette réforme : la régulation des dépenses hospitalières et le processus de convergence tarifaire entre les établissements publics et privés.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité bouleverse les repères traditionnels en matière de régulation des dépenses et de contrôle. Le Gouvernement doit donc s'attacher à définir de nouveaux outils de régulation et s'assurer de leur mise en œuvre rapide compte tenu des risques inflationnistes apparus avec l'entrée de ce nouveau mode de financement.

En ce qui concerne le processus de convergence, l'ambition affichée par le Gouvernement est de verser des ressources équivalentes au secteur public et au secteur privé pour des pathologies identiques, ce qui pose d'importantes difficultés méthodologiques. Ces difficultés retardent l'avancement du processus et doivent être rapidement résolues pour éviter la remise en cause du dispositif dans sa conception initiale.

I. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POSE, AVEC ACUITÉ, LA QUESTION DU PILOTAGE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Avec le plan Hôpital 2007, le Gouvernement a engagé un programme ambitieux de modernisation du secteur hospitalier. La mise en œuvre de nouvelles modalités de financement des établissements de santé constitue l'une des facettes de ce plan qui prévoit également des efforts importants en matière d'investissements et une refonte de la gouvernance hospitalière.

Engagée le 1^{er} janvier 2004, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) est vécue par les acteurs de terrain comme une véritable révolution culturelle. Son entrée en vigueur bouleverse les principes et les repères traditionnels du pilotage et de la régulation des dépenses hospitalières.

Ses premiers mois d'application coïncident avec une hausse de l'activité des établissements de santé publics et privés et font craindre un risque d'inflation pour les dépenses hospitalières, d'autant que les premiers contrôles débutent à peine.

Les pouvoirs publics se trouvent donc dans l'obligation de préciser les mécanismes de régulation dont il sera fait usage pour éviter tout dérapage des dépenses hospitalières.

A. LES OUTILS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS AUX MÉCANISMES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

La dotation globale antérieurement versée aux établissements publics était en elle-même un outil de régulation des dépenses. Les cliniques financées en fonction des tarifs journaliers et d'honoraires médicaux étaient soumises à un dispositif de régulation prix/volume qui faisait intervenir une enveloppe globale, l'Objectif quantifié national (OQN), et une contractualisation développée au niveau régional entre les agences régionales de santé et les établissements.

L'entrée en vigueur de la T2A rend caduque une partie de ces dispositifs. Désormais les établissements publics et privés sont financés dans le cadre d'une même enveloppe : l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (ODMCO). La régulation doit donc être commune à l'ensemble de ces établissements.

Par ailleurs, les mécanismes de la T2A permettent aux établissements d'accroître leurs recettes budgétaires lorsqu'ils augmentent leur volume d'activité.

Pour éviter que ces nouvelles modalités de financement ne se traduisent par un dérapage des dépenses hospitalières, les pouvoirs publics doivent adapter les mécanismes de pilotage et de régulation des dépenses à ces nouveaux paramètres.

1. La mise en œuvre de la tarification à l'activité fait craindre l'apparition de tensions inflationnistes

En 2004 et 2005, les résultats des établissements de santé font apparaître une hausse de leur activité. Ce constat a conduit votre commission à s'interroger sur l'efficacité des mécanismes de régulation mis en œuvre pour encadrer la tarification à l'activité dont les composantes (GHS, enveloppes forfaitaires) présentent, potentiellement, des risques inflationnistes.

a) La reprise de l'activité hospitalière depuis 2004

La mise en œuvre de la tarification à l'activité coïncide avec une reprise de l'activité hospitalière et la survenance de dépassements de l'Ondam hospitalier en 2004 et en 2005.

Dans son rapport de septembre 2005, la commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 56,5 milliards d'euros les versements à l'ensemble des établissements de santé effectués en 2004, soit une progression de 4,6 %. Elle estime que les objectifs dédiés sont dépassés de près de 500 millions (245 millions pour les établissements publics et 220 millions pour les établissements privés) et qu'un dépassement de 650 millions d'euros est prévisible pour 2005, pour un montant total des dépenses hospitalières de 61,6 milliards d'euros.

Durant cette période, l'activité des établissements de santé publics a crû de 2,6 % entre 2003 et 2004, alors qu'elle n'avait augmenté que de 1,2 % entre 2000 et 2003 et les cliniques privées ont connu, en 2004, une croissance de leur activité de 1,9 %.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité explique probablement pour partie cette situation. En effet, jusqu'alors, les données du programme médical des systèmes d'information (PMSI), qui retrace les activités de l'établissement, n'avaient pas d'effet direct sur la dotation de l'établissement. 2004 était la première année au cours de laquelle le financement reposait, pour une part, sur l'activité. Les établissements ont alors amélioré le codage de leur activité de façon quantitative et qualitative.

Toutefois, l'inquiétude suscitée par ce rebond d'activité peut être atténuée au regard des expériences étrangères qui montrent que durant les premières années de mise en œuvre de la T2A, l'activité apparente progresse plus rapidement que l'activité réelle du fait d'une amélioration quantitative et qualitative du codage des actes.

b) L'absence de maîtrise de certaines enveloppes budgétaires fait craindre des risques inflationnistes

Les modalités de financement par la T2A s'organisent en deux parties : d'un côté, les activités de MCO et de l'autre, les Migac.

Or, les différentes enveloppes financières concernées (séjours, molécules onéreuses et prothèses, Migac) semblent présenter des tendances inflationnistes importantes, y compris celles versées sur une base forfaitaire.

• Dans un rapport récent, l'Igas et l'IGF soulignent que le **financement des séjours** peut se révéler inflationniste, « *en particulier, le mécanisme des séjours extrêmes hauts (rémunération à la journée au-delà d'une certaine durée de séjour) qui présente désormais un enjeu budgétaire important, peut induire en l'absence de contrôle adapté, des incitations à augmenter la durée moyenne de séjour (DMS). Enfin, la sous-tarifification des actes externes peut inciter les établissements à transformer ceux-ci en séjours¹* », afin de bénéficier d'un financement plus important.

Au-delà de ce risque portant sur une partie seulement du financement par l'intermédiaire des groupes homogènes de séjour (GHS), les années 2004 et 2005 témoignent d'une progression de l'activité hospitalière supérieure à celle constatée les années précédentes.

La Commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de juin 2005, souligne qu'une partie des dépassements pour 2004 et 2005 peut être imputée à cette situation.

Les pouvoirs publics demeurent vigilants en ce domaine. Le ministre chargé de la santé et des solidarités a attiré l'attention des ARH sur ce point dans le cadre de la campagne budgétaire 2006² et fixé à cette occasion un taux d'évolution du volume d'activité à 2,6 %.

• Les modalités de financement des **molécules onéreuses et des dispositifs médicaux** pris en charge en sus d'un GHS sont également potentiellement inflationnistes. Dans son rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé de juillet 2005, le conseil de l'hospitalisation indique que, les dépenses liées aux médicaments faisant l'objet d'une facturation en sus progressent entre 2003 et 2004 de 30,5 %. La consommation de dispositifs médicaux implantables (DMI) augmente de 21,6 % sur la même période. Pour ces produits, dans l'attente de la signature des contrats de bon usage prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, aucun dispositif de régulation n'est disponible.

Dans l'intervalle, aucune sanction financière n'est prononcée à l'encontre d'un établissement qui serait responsable d'un dépassement par rapport aux volumes établis contractuellement. Une circulaire du 15 juin

¹ Igas/IGF, rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005, t. 1, p. 9.

² Circulaire n° DHOS/F2/DSS/1A/2006/81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé.

souligne que ces contrats ne pourront être opérationnels avant le troisième trimestre 2005 et que dans l'attente, le remboursement s'effectue à hauteur de la consommation déclarée par l'établissement.

L'attention de votre commission avait été attirée sur ce sujet lors d'un déplacement de son rapporteur dans la région Nord-Pas-de-Calais.

A ce jour, seuls quelques contrats ont pu être signés et ce dispositif de régulation n'est pas pleinement entré en vigueur. Votre commission a d'ailleurs choisi de le faire évoluer en prévoyant que l'assurance maladie soit également signataire de ces contrats.

• Enfin, **l'enveloppe Migac** dans son ensemble, c'est-à-dire les volets missions d'enseignement, de recherche et référence et d'innovation (Merri), missions d'intérêt général (Mig) et aides à la contractualisation (AC), est financée en fonction des coûts observés. Comme le souligne l'Igas « *il n'existe donc aucune standardisation des coûts, et la réalité et la pertinence de l'activité des établissements correspondant à ces missions ne sont pas évaluées à ce stade.* »

L'apparition de ces tensions inflationnistes et l'absence d'une véritable régulation sont des phénomènes qui accompagnent probablement toute réforme de grande ampleur. La réforme nécessite du temps pour être mise en œuvre, l'exemple de la signature des contrats de bon usage des médicaments est un exemple significatif de cet état de fait.

Il apparaît toutefois paradoxal que dans la situation de tension budgétaire que connaît le monde hospitalier en particulier, et l'assurance maladie en général, la question du contrôle ne fasse pas l'objet d'une attention prioritaire, qu'il s'agisse du contrôle global des modalités de financement ou de la question plus particulière du rôle du payeur, c'est-à-dire l'assurance maladie.

2. La régulation des dépenses hospitalières permet de se prémunir contre les risques inflationnistes de la tarification à l'activité

Les dépassements constatés en matière de dépenses hospitalières au cours des exercices 2004 et 2005 ont soulevé la question des risques inflationnistes dont serait porteuse la T2A.

Le risque réside dans le principe même de la tarification à l'activité puisque, sans encadrement de la tutelle, les établissements se trouvent, en théorie, en mesure de faire progresser leurs ressources financières par un surcroît d'activités.

Cette augmentation de l'activité n'est en soi pas condamnable et peut même répondre à des impératifs de santé publique lorsqu'elle permet la résorption de files d'attente ou une prise en charge plus précoce des patients. Les modalités de financement des prothèses illustrent cette situation dans

laquelle la T2A retire aux établissements les contraintes financières qui les conduisaient parfois à repousser une intervention vers l'année budgétaire suivante.

Ces impératifs de santé publique doivent bien entendu être pris en compte mais ils ne dispensent pas les autorités de tutelle d'une réflexion sur la régulation opérationnelle des dépenses de santé et sur les modalités de calcul de certaines enveloppes, comme celles relatives aux Migac dont les modalités d'évaluation ne sont pas encore suffisamment affinées.

Pour éviter que ce desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé ne se traduise par une hausse incontrôlée des dépenses hospitalières, le Gouvernement a choisi de développer des outils contractuels dont la vocation est d'encadrer l'activité des établissements de santé.

a) La tarification à l'activité se traduit par un desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé

Outre le fait que les modalités de financement à l'activité sont par définition moins contraignantes que l'ancien budget global, la mise en œuvre de la T2A se traduit par un desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé.

Les charges dont l'évolution est la plus dynamique (molécules onéreuses, DMI) sont désormais rémunérées à l'euro près.

Les modalités de fixation des tarifs contribuent également à cette situation. En 2005, les tarifs des séjours ont été déterminés à partir des résultats des trois premiers trimestres de 2004, ce qui a conduit à une forte surestimation des tarifs, que l'Igas évalue à 159 millions d'euros sur le plan national.

Outre ces évolutions tarifaires, c'est la pertinence du dispositif de régulation prévu par la réforme qui suscite le plus d'interrogations, ce que le rapport de l'Igas¹ a regroupé autour de trois thèmes :

- « *sa crédibilité, au vu notamment de l'exemple des cliniques privées ces dernières années* ». Un dispositif de régulation analogue à celui prévu pour les activités MCO devait être activé en cas de dépassement de l'activité fixé dans le cadre de l'Objectif quantifié national (OQN). Alors que le volume d'activité a toujours fait l'objet de dépassement, aucune régulation n'a été pratiquée et, de plus, « *l'objectif de dépenses a toujours été rebasé à hauteur du dépassement constaté* ». Ainsi, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les dépenses hospitalières ont été rebasées pour tenir compte du dépassement constaté en 2005 ;

¹ Igas, rapport sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005.

- « *sa pertinence économique, dès lors qu'elle favorise les comportements de passagers clandestins en pénalisant uniformément tous les établissements* » ;

- l'absence de dispositif décentralisé de contrôle des volumes, alors que ce choix a été fait dans la plupart des pays étrangers pratiquant la tarification à l'activité.

L'appréciation de ces difficultés n'est d'ailleurs pas univoque : ainsi, l'Igas préconise le maintien de ce dispositif de régulation prix/volume, mais l'Inspection générale des finances (IGF) se prononce en faveur de sa suppression estimant que ce mécanisme comporte des « *inconvenients extrêmement importants* » et ne garantit en aucun cas l'absence de dépassement.

Face à ces conclusions divergentes, le Gouvernement a pour l'instant maintenu le principe d'une régulation prix/volume qu'il applique de façon modeste en annonçant une baisse moyenne des tarifs de 1 % pour 2006.

La circulaire budgétaire¹ relative à la campagne tarifaire pour 2006 précise que « *le niveau des tarifs est susceptible d'être révisé à mi-année, après consultation des représentants institutionnels de la communauté hospitalière, au vu de l'activité constatée au premier semestre 2006* ».

Parallèlement il explore un autre mode de régulation fondé sur une régulation régionalisée : les objectifs quantifiés d'activité prévus dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de troisième génération. Toutefois l'entrée en vigueur de ces outils n'aura lieu, au mieux, que dans le courant de l'année 2006 et l'Igas souligne qu'ils connaissent « *plusieurs limites importantes (objectifs sur des catégories d'activité trop larges, cohérence non assurée avec les objectifs d'activité nationaux)* ».

In fine, si la T2A présente un fort risque inflationniste, c'est essentiellement du fait du manque d'outils de contrôle et de régulation.

b) L'activité des établissements de santé sera encadrée

Pour assurer la régulation des activités hospitalières, le Gouvernement privilégie le recours à la contractualisation, alors que, jusqu'à présent, les établissements publics étaient restés à l'écart de ce mécanisme.

Désormais, les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements de santé fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et des équipements lourds, pour lesquels une autorisation a été délivrée, et en définissent les conditions de mise en œuvre au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation.

¹ Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2006/81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé.

En outre, il est prévu que si, trois mois après la délivrance de celle-ci, il n'y a pas eu (quelles qu'en soient les raisons) signature du contrat fixant les objectifs quantifiés, l'ARH inscrit ces objectifs quantifiés dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a précisé que, dans ce dernier cas, non seulement l'agence fixe les objectifs de manière unilatérale, comme dans le système qui prévalait avant la mise en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 venue établir les modalités nouvelles de contractualisation, mais aussi que l'agence assortit alors ces objectifs de la référence aux pénalités applicables lorsqu'ils ne sont pas respectés.

Les objectifs quantifiés prévus dans ces contrats seront déclinés au sein des schémas régionaux d'organisation de l'offre de soins (Sros), dont la mise en œuvre doit débiter dans le courant de l'année 2006.

Cette nouvelle disposition donne aux établissements et aux agences les possibilités de négocier, sans perdre de vue l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Elle constitue les prémices d'une régulation régionalisée de la T2A, déjà expérimentée dans d'autres pays, comme l'Italie ou la Suisse, et qui rejoindrait le modèle de régulation retenu en France par les partenaires conventionnels pour les dépenses de soins de ville.

Cette régulation est fondée sur une relation contractuelle réunissant l'ARH et un établissement, intégré dans le cadre plus général des Sros. Pour être efficace, ce mécanisme suppose que les ARH investissent des moyens importants dans cette démarche, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent. Par ailleurs, si les mécanismes de sanctions applicables à chaque établissement sont, par définition, connus, il n'existe pas d'outils de régulation macro-économique au niveau régional équivalents à ceux mis en place dans le domaine des soins de ville.

B. LE DÉROULEMENT DE LA RÉFORME ET LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE DOIVENT ÊTRE PRÉCISÉS

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixait le périmètre et les modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité.

La T2A s'adressait tout d'abord aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Une période transitoire prévue entre 2004 et 2012 était aménagée afin de permettre la mise en œuvre progressive de ce nouveau mode de financement et selon des modalités distinctes pour le secteur public et le secteur privé. Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avait fait part de son intention, à terme, d'étendre la T2A à l'ensemble des activités hospitalières, c'est-à-dire, outre aux activités MCO, à la psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation.

Après les premiers mois de mise en oeuvre, le Gouvernement s'est trouvé dans l'obligation de restaurer la crédibilité de la réforme mise à mal par les balbutiements rencontrés lors de la campagne budgétaire 2005. Ces difficultés sont dues à la complexité technique de la réforme, à son ampleur, mais également à l'imprécision de certains objectifs.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont fait le choix de remodeler le calendrier de mise en œuvre de la réforme afin d'apporter un peu de stabilité aux établissements de santé confrontés à la complexité de sa mise en œuvre.

Parallèlement, les travaux préparatoires à la mise en œuvre du contrôle de l'activité hospitalière se sont poursuivis. Des unités de coordination régionale seront chargées de la préparation et de l'exécution de ces contrôles, sous l'autorité de la commission exécutive de chaque agence régionale d'hospitalisation

1. Le manque de transparence des premières campagnes tarifaires oblige le Gouvernement à redéfinir les contours de la réforme

La campagne tarifaire 2005 s'est déroulée dans des conditions que tous les acteurs du système hospitalier ont qualifiées de très difficiles.

Simple dans son principe, la T2A est un mécanisme de dotation budgétaire qui se révèle extrêmement complexe dans son application. Cette complexité s'est traduite par des retards dans la détermination et la notification des budgets qui ont placé les établissements et les ARH dans des situations difficiles.

Pour sortir de cet état d'instabilité et laisser le temps aux établissements de s'approprier les premiers éléments de la réforme, le Gouvernement a procédé à quelques ajustements du périmètre de la réforme.

a) Le mécontentement des acteurs du monde hospitalier

- Lors de la **campagne tarifaire 2005**, première année de la réforme pour les établissements de santé publics ou privés, les gestionnaires ont été confrontés à des difficultés importantes.

Les éléments structurants de la T2A (tarifs, contenu des GHS, prise en charge distincte pour les DMI et certaines molécules onéreuses) n'ont été connus que tardivement, ce qui s'est traduit par une forte instabilité des éléments financiers mis à la disposition des établissements.

Ceux-ci ont d'autant plus subi le manque de clarté des règles que la campagne budgétaire 2005 s'est traduite par une recentralisation de la procédure budgétaire. Les services du ministère étaient les seuls à même de définir les tarifs des GHS et le nouveau cadre budgétaire et comptable. Il en est résulté une moindre association des ARH à la procédure budgétaire. Les directeurs d'agence et les responsables d'établissements ont eu la sensation

d'être mis à l'écart, ce sentiment a été exacerbé par les retards pris dans l'exécution des procédures.

En 2005, les tarifs des GHS ont été ajustés pour tenir compte de la possibilité de facturer en sus les médicaments les plus coûteux et le versement des enveloppes destinées au financement des Migac. Ces modifications se sont traduites par une réduction de la valeur faciale des tarifs de GHS, notamment pour ceux dont le paiement se compose de deux éléments (GHS + médicaments). Cette modification, insuffisamment expliquée, a été source d'incompréhension entre les services du ministère chargé de l'élaboration des tarifs et la communauté hospitalière.

Cette situation « révèle des insuffisances dans le pilotage de l'ensemble du projet. Elle provient également du sous-dimensionnement des moyens humains mis en œuvre au niveau central au regard de l'ampleur de la réforme¹. »

Les gestionnaires des hôpitaux publics ont dû faire face à un décalage de calendrier considérable par rapport à celui fixé par la loi et, du fait des évolutions des tarifs, se sont trouvés dans l'impossibilité de comparer les exercices budgétaires 2004 et 2005. Cette situation a plusieurs causes : le retard dans la publication des textes réglementaires et la redéfinition des périmètres entre la tarification des GHS, les suppléments perçus au titre des molécules onéreuses et des prothèses et la forfaitisation des Migac.

Ainsi que le résume l'Igas, « le manque de transparence sur le calcul des dotations et leur délégation fractionnée durant les campagnes 2004 et 2005 réduisent le plus souvent la confection du budget primitif à un exercice formel ; il n'est en effet pas possible à la fois d'exiger des établissements qu'ils affichent un budget en équilibre, qu'ils évaluent leurs charges de manière sincère, qu'ils adoptent un pilotage par les recettes, et dans le même temps d'opérer aux plans national et régional des redéploiements et des gels peu transparents et de déléguer les dotations de manière progressive, sans donner aux établissements de visibilité sur leurs ressources finales ; dès lors, les budgets des établissements sont essentiellement établis en reconduction-mesures nouvelles, sans rebouclage avec le compte administratif, et ne constituent pas un outil de gestion interne ».

Et l'Igas de poursuivre : *« les tutelles, notamment nationale, ne soutiennent pas toujours les projets de restructuration portés par les équipes de direction, et portent parfois une attention plus importante aux projets d'investissements qu'à la gestion interne », tandis que « la tutelle comptable budgétaire et financière exercée par les ARH reste souvent assez formelle et s'apparente davantage au contrôle du respect des textes qu'à un véritable suivi de la qualité de la gestion des établissements ainsi qu'à la sincérité des budgets ».*

¹ Igas/IGF, rapport sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005.

- Pour la **campagne 2006**, les acteurs du monde hospitalier, et notamment les représentants des établissements privés, ont également dénoncé le manque de concertation qui a précédé la fixation des tarifs pour 2006.

En 2006, comme en 2005, les tarifs vont évoluer sous l'effet de la mise en œuvre d'une nouvelle classification des GHS et surtout de l'intégration ou de la sortie des dispositifs médicaux implantables du champ des GHS.

Cette réintégration de certains DMI dans le champ des GHS, alors qu'ils bénéficiaient l'année précédente d'un financement propre, prévue par un arrêté du 26 février 2006, provoque le mécontentement des professionnels de santé libéraux qui contestent l'opportunité de la mesure en termes médicaux et se plaignent de l'absence de concertation. Dans l'attente du règlement définitif de ce dossier, le Gouvernement a réuni un groupe de travail et proposé un dispositif transitoire ainsi qu'une aide financière destinée aux cliniques concernées.

Ces mesures ne contribuent pas à l'établissement d'un climat serein, indispensable à la mise en œuvre de la réforme.

Cette situation est en contradiction avec les attentes des pouvoirs publics vis-à-vis des gestionnaires locaux auxquels la T2A impose un management plus efficient, plus réactif, des établissements de santé. Il convient d'accorder à leurs dirigeants les moyens pour mener à bien les changements qui s'imposent. La réforme de la gouvernance hospitalière menée parallèlement à la mise en œuvre de la T2A doit apporter des réponses à ces besoins exprimés par les responsables d'établissements.

b) Les conditions d'une certaine stabilité

Face à la confusion régnant sur le terrain et afin d'éviter qu'elle ne conduise à une réaction de rejet de la part des acteurs du monde hospitalier, le Gouvernement s'est attaché à consolider les premiers acquis de la réforme.

- Afin de ne pas déstabiliser à nouveau les établissements de santé publics, il a été décidé que, contrairement aux dispositions transitoires inscrites à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la facturation des établissements **continuera à transiter par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)** en 2006, alors qu'il était prévu que cette facturation soit directement adressée aux caisses d'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2006.

En conséquence, l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière a reporté cette disposition à une date ultérieure.

La fraction d'activité tarifée en T2A (35 % en 2005) demeurera donc financée par un système de notification transmise par les ARH aux caisses d'assurance maladie et fera l'objet d'une facturation globale trimestrielle.

Un nouveau calendrier de facturation directe aux caisses d'assurance maladie a été établi. Le schéma retenu par le Gouvernement comporte trois étapes : facturation des consultations et actes externes dès la fin de l'année 2006, montée en charge progressive de la facturation et des liquidations des séjours effectués dans les centres hospitaliers universitaires en 2007, puis facturation et liquidation des séjours pour les autres établissements en 2008. Ce nouveau dispositif n'a pas pour l'instant reçu de consécration législative.

• Par ailleurs, en ce qui concerne les **activités psychiatriques et les soins de suite et de réadaptation** (SSR), le Gouvernement avait fait part de son intention d'engager les travaux préparatoires à leur basculement vers un financement à l'activité.

Une étude nationale de coût avait vu le jour pour l'activité SSR, préalable à la réforme du financement. Placée sous l'égide de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui gère par ailleurs les études nationales des coûts des établissements de santé, elle n'a pu être développée faute de moyens suffisants. Sans ces éléments, il est quasiment impossible de faire évoluer le mode de financement des SSR vers la tarification à l'activité.

Dans le domaine de l'activité psychiatrique, aucune démarche structurée ne semble avoir été engagée. Les comparaisons internationales démontrent par ailleurs que la mise en place d'un mécanisme de paiement à l'activité dans ce secteur est d'une grande complexité.

L'Igas s'est prononcée pour un ajournement de ce processus afin que l'ensemble des ressources disponibles soit consacré à la mise en œuvre de la T2A pour les activités de MCO, en soulignant que, compte tenu du faible état d'avancement des travaux, *« l'ajournement proposé consiste donc essentiellement à prendre acte de cette situation plus qu'à interrompre des processus bien engagés¹. »*

2. La mise en œuvre de la tarification à l'activité doit s'accompagner d'un dispositif de contrôle efficace

A la lumière des expériences étrangères, le Gouvernement est averti des principaux risques ou effets pervers encourus lors de la mise en œuvre d'un système de tarification à l'activité : risques de sélection des patients afin de ne pas prendre en charge les patients les plus coûteux ou, *a contrario*, inflation du nombre d'admissions, risques de falsification du codage des pathologies pour bénéficier d'un financement plus avantageux (dénommé DRG-creep dans la littérature hospitalière), baisse de la qualité des soins ou encore recours au report de charges.

¹ Igas/IGF, rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005, t. 1, p. 15.

Ces risques doivent être prévenus par un processus de surveillance et de contrôle aux spécificités et aux règles de la T2A. Pour ce faire, le Gouvernement a engagé des travaux préparatoires destinés à mettre au point de nouveaux outils de contrôle de l'activité hospitalière.

Ces outils seront mis à la disposition des ARH et de l'assurance maladie qui exerceront ces missions de contrôle.

a) Un dispositif conçu pour cibler les établissements qui méritent d'être contrôlés en priorité

La tutelle budgétaire sur les établissements est traditionnellement exercée par les ARH. La T2A rend obligatoire la contractualisation entre les établissements de santé et les agences alors que, précédemment, ce dispositif était limité aux cliniques.

Dans le cadre de la contractualisation, l'agence et l'établissement définissent un volume annuel d'activité en fonction des autorisations d'activité accordées. Le contrat prévoit des sanctions en cas de non-respect de l'accord contractuel.

Un deuxième dispositif contractuel vient encadrer le bon usage des médicaments. Il prévoit à la fois la détermination d'un volume d'activité et l'octroi d'une incitation financière lorsque les établissements respectent les termes du contrat.

Au-delà du cadre contractuel, un contrôle de l'activité des établissements sera organisé au niveau régional. Ce dispositif repose sur des outils informatiques qui permettront de cibler les établissements qui doivent être contrôlés en priorité. Il est en effet apparu impossible, en raison des moyens disponibles, de contrôler chaque année la totalité des établissements de la région.

La base de données de l'assurance maladie, c'est-à-dire le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), et un outil informatique développé par l'agence technique d'information hospitalière (Atih), le Datim (dépistage des atypies de l'information médicale), permettront de détecter d'éventuelles anomalies dans les déclarations d'activité transmises par les établissements de santé.

Schématiquement, ces outils fonctionneront sur le principe de tests statistiques comparant la valeur nationale d'un indicateur à la valeur de ce même indicateur observée dans un établissement donné. Cette recherche permettra de réunir des indices susceptibles de déclencher un contrôle sur pièces et sur place dans les établissements dont l'activité présenterait des anomalies.

A l'issue du contrôle effectué par les médecins contrôleurs (médecins de santé publique et médecins conseils de l'assurance maladie), des sanctions financières peuvent être prononcées par l'ARH à l'encontre de l'établissement. Le montant des sanctions est calculé sur la base des recettes annuelles de

l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation donnée, sur la base des recettes annuelles afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours.

Pour coordonner et mettre en œuvre ces contrôles, chaque région doit être dotée d'une unité de coordination régionale (UCR), placée sous l'autorité de la commission exécutive de l'ARH, commission qui réunit les représentants de l'Etat et de l'assurance maladie.

L'UCR doit proposer à la Comex le programme de contrôle régional, recevoir et traiter tous les rapports de contrôle émis par les médecins contrôleurs, proposer à la Comex les sanctions justifiées en cas de fraude, élaborer un bilan annuel du programme régional de contrôle et le présenter à la Comex avant sa transmission aux partenaires institutionnels régionaux et nationaux.

b) L'association de l'assurance maladie au contrôle de la tarification à l'activité

L'intention des pouvoirs publics était de pouvoir conduire les premiers contrôles sur site dès le mois de septembre 2005. Les travaux préparatoires avaient été organisés pour être menés à bien en temps et en heure.

Toutefois, au début de l'année 2006, cette procédure de contrôle peine à se mettre en place, malgré la publication d'une circulaire commune aux directeurs de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), de la sécurité sociale (DSS) et du directeur général de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale (Uncam).

Les outils informatiques indispensables au contrôle sur site, développés par l'Atih, ne sont pas finalisés et donc pas en mesure, à ce jour, d'opérer des contrôles sur l'activité 2005.

L'assurance maladie n'a pas accès aux bases de données d'activité des deuxième et troisième trimestres 2005 des établissements privés validées par les ARH, empêchant ainsi le ciblage de ces établissements à l'aide de l'outil informatique Datim.

Les raisons de cette situation sont probablement à rechercher du côté de la modestie des moyens humains disponibles pour la mise en œuvre de cette réforme et sur les priorités qu'il a fallu établir pour mettre en œuvre la réforme, au profit de la construction des dotations budgétaires et au détriment du contrôle et même de la contractualisation.

Cette situation qui peut être compréhensible au cours de la phase de lancement d'une réforme d'une telle ampleur ne doit pas nous dispenser d'une interrogation sur la place de l'assurance maladie dans ce dispositif de contrôle.

En effet, alors qu'elle est le principal financeur des établissements de santé, l'assurance maladie ne participe au contrôle que dans le cadre des ARH, et donc sous l'autorité du directeur de chaque agence.

Accorder une autonomie supplémentaire à l'assurance maladie pourrait donner un surcroît d'efficacité au processus de contrôle d'autant que d'une part, les contrôles sont majoritairement effectués par les agents de l'assurance maladie et que, d'autre part, un conflit d'intérêt peut être soulevé au sein de l'ARH, entre les intérêts de l'Etat qui assure la tutelle des établissements publics des fonctionnaires hospitaliers et la nécessité de procéder à d'éventuelles sanctions à l'encontre des établissements contrevenants.

Dans ce contexte, votre commission a souhaité, à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, aménager le cadre du dispositif de contrôle en renforçant le rôle de l'assurance maladie.

Ces mesures renforcent les pouvoirs du contrôle médical de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude, obligent les établissements à transmettre à l'assurance maladie les documents nécessaires au contrôle de leur activité et de leur facturation et prévoient que le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie (Cram) peut demander au directeur de l'ARH d'engager des sanctions à l'encontre d'un établissement de santé. Dans ce dernier cas, tout refus doit faire l'objet d'un avis motivé présenté devant la commission exécutive de l'ARH.

Des retards supplémentaires dans la mise en œuvre du dispositif de contrôle constitueraient des arguments supplémentaires en faveur d'un transfert de compétences en direction de l'assurance maladie qui se verrait ainsi confier une clause de compétence générale en matière de contrôle des prestations, qu'elles relèvent des soins de ville ou du secteur hospitalier.

II. LA CONVERGENCE TARIFAIRE CONSTITUE UN VOLET INNOVANT DE LA RÉFORME

Avec la T2A, les établissements publics et privés ont abandonné leurs modalités de financement antérieures - budget global pour les premiers et tarifs à la journée pour les seconds - au profit d'un dispositif tarifaire qui doit devenir commun et qui repose sur l'établissement d'un lien entre l'activité des établissements et leurs dotations budgétaires.

Outre qu'elle médicalise le financement des établissements, cette nouvelle tarification se fixe pour objectif d'aboutir à une équité de traitement entre les établissements publics et privés. Elle suppose donc une harmonisation des modes de financement de chacun des secteurs et l'établissement d'un tarif commun.

Cette harmonisation constitue un élément original de la réforme et modifie la façon dont les établissements publics et privés cohabiteront. L'ambition poursuivie pour les pouvoirs publics est double : il s'agit, d'une part, de dynamiser la gestion du secteur hospitalier grâce à un aiguillon tarifaire, d'autre part, de rendre plus faciles, grâce à un financement commun, les rapprochements entre les différents secteurs.

Pour atteindre ces objectifs, un processus de convergence entre ces différentes composantes doit être progressivement mis en œuvre. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2004 et 2005 ont prévu qu'il sera entrepris durant une période transitoire allant de 2004 à 2012. Une étape intermédiaire est fixée en 2008, date à laquelle l'objectif de convergence des tarifs entre les secteurs publics et privés devra être atteint à 50 %.

Compte tenu du caractère hétérogène du champ hospitalier, cette convergence comporte en fait trois volets distincts : une convergence interne à l'ensemble des hôpitaux publics, une convergence interne à l'ensemble des établissements privés et une convergence globale entre les secteurs public et privé.

Engagé lors de la campagne tarifaire pour 2005, ce processus de convergence concentre tous les enjeux de la mise en œuvre de la T2A et fait l'objet, depuis deux ans, de débats vigoureux qui opposent les différents acteurs de l'hospitalisation publique et privée.

A. LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ ENTRENT DANS LA CONVERGENCE PAR DES VOIES SÉPARÉES

Pour 2004 et 2005, le Gouvernement a choisi de faire converger les tarifs vers la moyenne des coûts constatés. Ce choix n'a pas fait l'objet de commentaires de la part des acteurs publics ou privés du système hospitalier dont les préoccupations majeures étaient centrées sur la concertation et la transparence qui entourent le processus de convergence et les prises de décision en matière tarifaire.

1. Les principes généraux de la convergence au sein de chaque secteur

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2004 et 2005 ont déterminé les règles de mise en œuvre de la tarification à l'activité, tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

Dans le secteur public, le processus de convergence tarifaire a démarré en 2005, parallèlement à la montée en charge progressive des nouvelles modalités de financement.

Les établissements privés, pour leur part, sont financés à 100 % par la T2A depuis le 1^{er} mars 2005. Comme pour les établissements publics, des mesures ont été prises afin de réduire progressivement les écarts tarifaires existant entre les différents établissements.

La loi ne détermine pas les modalités selon lesquelles le processus de convergence doit être conduit ; elle indique un résultat : l'équité des tarifs « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes*¹ ». Les tarifs des GHS étant calculés sur la base des coûts moyens constatés dans chaque secteur, le Gouvernement a estimé que le processus de convergence doit avoir pour objectif d'inciter les établissements de chaque secteur à obtenir des coûts de fonctionnement proches de ces tarifs.

a) La situation des établissements publics au regard du processus de convergence

Pour les établissements publics, la mise en œuvre du processus de convergence débute par une évaluation individuelle de leurs coûts de fonctionnement. Cette opération est rendue possible grâce aux informations recueillies sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui recueille les données relatives à l'activité des établissements de santé.

¹ Article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, paragraphe VII.

Il est alors possible de connaître la situation de chaque établissement au regard de l'objectif de convergence en comparant le financement déterminé par l'activité à la dotation globale versée antérieurement. Lorsque le rapport des deux masses (dotation T2A/dotation globale) est inférieur à 1, c'est-à-dire lorsque la dotation globale est supérieure à la dotation qui serait versée au titre de la T2A, l'établissement est dit surdoté ; lorsqu'il est supérieur à 1, l'établissement est considéré comme sous-doté.

Selon les estimations établies par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la diminution des moyens alloués aux établissements « surdotés » dans le cadre de la dotation globale serait, sur la base des volumes d'activité et des tarifs actuels, de 1,19 milliard d'euros, soit environ 7,2 % de leur budget initial. A enveloppe constante, ces gains seraient alloués aux établissements « sous-dotés ».

Les simulations réalisées font apparaître que les ajustements rendus nécessaires par la montée en charge de la T2A sont soutenables, sur une base annuelle, pour la majorité des établissements, puisque environ 70 % d'entre eux ont des coûts de fonctionnement se situant à plus ou moins 10 % des références tarifaires.

Mais cette approche globale ne prend pas en compte les incidences de la réforme sur les établissements dont le coût de fonctionnement s'écarte de façon substantielle des coûts moyens à partir desquels sont déterminés les tarifs.

b) Les modalités de la convergence dans le secteur privé

Contrairement aux établissements publics, les établissements du secteur privé, anciennement regroupés dans le cadre de l'Objectif quantifié national (OQN), n'étaient pas financés par dotation globale, mais par un système mixte comportant des paiements à l'acte et des paiements à la journée d'hospitalisation.

Ce système, devenu avec le temps très hétérogène et très complexe, a été abandonné au profit de la tarification à l'activité à compter du 1^{er} mars 2005. Depuis cette date, les ressources budgétaires des établissements anciennement sous OQN sont déterminées sur la base d'un système qui combine d'une part, un financement à l'activité décliné autour des groupes homogènes de séjours (GHS), d'autre part, des remboursements forfaitaires versés en sus (prothèses, dialyses).

Bien qu'ils aient modifié intégralement leurs modalités de financement, ces établissements bénéficient également d'une période de transition de 2004 à 2012, afin de procéder aux adaptations rendues nécessaires par la nouvelle tarification.

Le dispositif repose sur des coefficients de transition qui minorent ou majorent, pour chaque établissement, les tarifs nationaux de prestations établis sous l'autorité du ministre. Cet ajustement prend la forme d'un coefficient de transition moyen régional.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a accordé des compétences particulières aux directeurs d'ARH, qui ont désormais la possibilité d'apporter une aide supplémentaire aux établissements sous-dotés à la condition que le total des aides financières ainsi redistribuées ne soient pas supérieur aux sommes prélevées sur le budget des établissements considérés comme surdotés. Le recours à ce dispositif permettra de développer une gestion plus fine de la convergence entre les établissements privés au niveau régional.

De manière générale, la situation des établissements privés par rapport au processus de convergence est plutôt favorable puisque 88 % d'entre eux se situent dans une fourchette de plus ou moins 10 % de l'objectif moyen retenu.

Il convient de souligner une différence majeure entre les établissements publics et les établissements privés. Si, dans le premier cas, la référence à la moyenne se fait par rapport aux coûts observés, pour le second, elle est établie par rapport aux tarifs facturés aux régimes d'assurance maladie. Pour que le processus de convergence public-privé puisse être mené à son terme, les coûts des établissements de santé privés devront être « rebasés », c'est-à-dire être calculés selon des modalités comparables à ceux des hôpitaux publics. C'est l'objet d'une étude nationale des coûts spécifiques dont les travaux ont débuté en 2006.

2. Les actions entreprises en 2005 et 2006

Le processus de convergence a débuté lors de la campagne tarifaire 2005 avec comme objectif de réduire l'écart entre les tarifs des secteurs public et privé. Un dispositif d'accompagnement a été mis en œuvre simultanément afin de favoriser l'adaptation des établissements publics et privés à la réforme.

a) L'amorce d'une convergence des tarifs

Pour amorcer le processus de convergence, le Gouvernement a fait sienne une hypothèse partagée par de nombreux acteurs du système hospitalier selon laquelle l'hôpital public a des coûts plus élevés que ceux des cliniques et bénéficie de tarifs dont les montants sont supérieurs.

Dès lors, le mouvement de convergence ne pouvait être obtenu que par une différenciation des évolutions tarifaires 2005 au bénéfice du secteur privé, ce qui s'est traduit par une revalorisation exclusive des tarifs de ce secteur.

Une enveloppe de 35 millions d'euros est apparue suffisante pour amorcer le processus de convergence. Elle a permis une augmentation tarifaire générale des établissements privés de 1,56 % au 1^{er} mars 2005, à laquelle sont venues s'ajouter les enveloppes spécifiques, respectivement fixées à 3,8 millions d'euros pour le développement des soins palliatifs, 10 millions d'euros pour la mise aux normes des services de néonatalogie et 9 millions d'euros destinés à la création de places d'hospitalisation à domicile.

Cette évolution tarifaire réalise une première étape de convergence entre les tarifs des établissements privés et publics, ceux-ci n'ayant progressé que de 0,27 % depuis le 1^{er} janvier 2005.

Ainsi, selon le ministère chargé de la santé, à l'issue de la campagne tarifaire 2005, les tarifs du secteur privé correspondent en moyenne à 63 % de ceux du secteur public après correction des différences de périmètre couvert par les tarifs (dans le secteur privé, par exemple, les tarifs ne prennent pas en compte les honoraires des médecins).

En 2006, compte tenu de son souhait d'approfondir les études mesurant les écarts de coûts entre le public et le privé, le Gouvernement a choisi de ne pas mener d'action en faveur de la convergence tarifaire. Seules les actions intra sectorielles seront poursuivies.

b) L'accompagnement des établissements

Ce processus de convergence n'a produit que des effets limités lors de la première campagne tarifaire mais les établissements se trouvent d'ores et déjà dans une situation où ils doivent anticiper les évolutions à venir et trouver les moyens d'adapter leurs dépenses à leurs recettes.

Pour les accompagner dans ces mutations, un plan d'adaptation a été mis en œuvre depuis la fin de l'année 2005, sous l'autorité du ministre chargé de la santé, afin de former les acteurs de la communauté hospitalière et de leur montrer la cohérence des réformes au service d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de la qualité de la gestion des établissements.

Ce plan d'adaptation est décomposé en trois volets : un volet « information-formation » ; un volet « accompagnement personnalisé des établissements », dont le rôle est de diligenter des missions de diagnostic spécifique dans les établissements signalés par les ARH comme présentant le plus de difficultés à mettre en œuvre les réformes ; enfin, un volet « adaptation des réformes » pour apporter des solutions aux difficultés très concrètes rencontrées par les établissements dans l'application de la réforme.

Ce dispositif d'accompagnement est doté d'un budget de **20 millions d'euros pour les deux ans à venir**, financés par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Les établissements dont les recettes sont en baisse bénéficieront d'un audit pour les aider à faire évoluer leur mode de fonctionnement et trouver des gains de productivité. Dans certains cas, une aide financière ponctuelle pourra leur être attribuée dans le cadre des enveloppes régionales de contractualisation dont l'objectif est de « *soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes¹* ».

B. UN PROCESSUS À PRÉCISER POUR QU'IL PARVIENNE À SON TERME

La réussite de la convergence public-privé suppose de pouvoir identifier et justifier les divergences tarifaires actuelles. Le Gouvernement considère que les comparaisons faites jusqu'à ce jour ne sont que partielles et imparfaites, dès lors que les activités de chacun des secteurs ne recouvrent pas les mêmes charges.

Ce sujet a fait l'objet d'un débat vigoureux dont votre commission avait rendu compte avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les positions de chacune des parties n'ont guère évolué depuis lors et, dans son rapport de juillet 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie souligne « *la grande opacité qui règne et qui ne permet pas de comprendre la grande variabilité des coûts* ».

Cette question de la convergence cristallise le mécontentement des acteurs du monde hospitalier à l'égard de la réforme et le Gouvernement cherche à sortir de cette difficulté.

Pour ce faire, il propose aux membres de la communauté hospitalière de développer une échelle comparée des coûts commune aux établissements publics et privés. La réalisation de cette étude prendra plusieurs mois. Dans l'attente, le Gouvernement envisage de marquer une pause dans le processus de convergence, ce qui a pour effet de fragiliser le calendrier de la réforme qui prévoit que la convergence des tarifs devra être réalisée à 50 % en 2008.

Par voie de conséquence, le débat sur la mise en œuvre de la T2A se concentre maintenant sur la détermination des conditions nécessaires et suffisantes pour établir une analyse des coûts acceptée par l'ensemble des parties en présence et sur la base desquelles seraient déterminés les tarifs, l'ampleur des écarts à combler et le rythme de la convergence.

¹ Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2006/81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé.

1. Un débat mal maîtrisé par les pouvoirs publics

La situation est d'autant plus complexe que les dépenses hospitalières ne font pas l'objet d'un véritable débat public malgré l'existence d'outils de suivi, tels que le PMSI, et que les coûts du secteur privé n'ont pas été véritablement expertisés avant le début de l'année 2006.

Le problème, difficile dès l'origine, semble devenu inextricable, tant les positions de chacun des acteurs publics ou privés se sont radicalisées.

a) Peut-on mesurer et expliquer les écarts de coûts de fonctionnement entre secteurs public et privé ?

Les études documentées sur le sujet sont rares. Dans une note du 21 juillet 2004, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a rappelé les conclusions d'un rapport de l'Igas¹, qui estimait l'écart brut entre les deux secteurs à 60 %. Cette estimation ne prenait toutefois pas en compte l'évaluation du coût des missions de service public et n'intégrait pas les honoraires des médecins libéraux dans l'enveloppe du secteur privé. Une fois ces corrections effectuées, la différence de coût, et donc le surcoût du service public, était estimée entre 30 % et 40 %.

Aucune autre étude de coût n'a été menée par la suite jusqu'à l'entrée en vigueur de la T2A.

Le débat s'est donc engagé avec l'idée que l'écart des coûts est important et que les établissements publics sont plus chers, plaçant de ce fait l'hôpital public en position défensive.

La Fédération hospitalière de France (FHF), qui représente les hôpitaux publics, est ainsi intervenue pour expliquer l'écart de prix et rétablir, sur des bases plus justes selon elle, les termes de la comparaison :

- elle a souhaité la réintégration des honoraires médicaux et des prestations externalisées (biologie, imagerie médicale) dans les tarifs médicaux du secteur privé, ainsi qu'une évaluation des impositions de toute nature et des charges sociales imputables aux établissements de l'un et l'autre secteur ;

- elle a contesté la justesse de l'unité de compte, c'est-à-dire le GHS. Dans un document publié en octobre 2005 intitulé « Hôpitaux publics et cliniques privées, une convergence tarifaire faussée », la FHF a développé l'hypothèse que les GHS ne rendent pas compte de la réalité des cas traités, notamment des degrés de gravité d'une pathologie au sein d'un même GHS, de l'âge et de la situation sociale des patients. Elle estime que les établissements publics accueillent les cas les plus lourds, le secteur privé étant majoritairement positionné sur les pathologies demandant une prise en charge moins onéreuse ;

¹ Igas, Bernard Marrot, Henri Gilardi, rapport d'étape de la mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie, avril 2002.

- elle a rappelé que les établissements publics subissent plus lourdement la charge des activités non programmées, notamment la gestion des services d'urgences ;

- enfin, elle a souligné les différences de normes applicables aux établissements liés aux conditions d'emploi des personnels.

b) Le Gouvernement a jugé nécessaire d'approfondir les études justifiant les écarts des coûts entre les secteurs public et privé

Dégager un consensus sur les écarts de coûts entre le service public et le secteur privé doit désormais être considéré comme un élément central pour la réussite du processus de convergence. Sans un tel accord, les évaluations qui serviront de support à la tarification des GHS feront l'objet de contestations par l'un ou l'autre des acteurs du système hospitalier.

Pour y parvenir, le Gouvernement souhaite développer plusieurs études de coûts et établir une échelle commune aux secteurs public et privé.

L'étude nationale des coûts (ENC), conduite par la Direction des hôpitaux depuis 1992, est jusqu'à présent centrée sur l'activité des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH). Elle constitue la référence actuelle pour la détermination des tarifs publics.

Réalisée sous l'égide de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), elle a une double fonction. Elle met à la disposition des établissements de santé des référentiels de coûts par poste de dépenses, qui leur permettent d'établir des comparaisons avec leurs propres coûts. Elle sert également de base au calcul des tarifs de chaque GHS.

L'ENC repose sur un échantillon de cinquante-deux établissements volontaires qui rassemblaient, en 2002, 1,7 million de séjours hospitaliers sur un total de 17 millions.

Dans un rapport récent¹, l'Igas et l'IGF insistent sur la nécessité de renforcer la fiabilité des données analysées dans le cadre de l'ENC. Elles proposent notamment que les efforts portent sur un recrutement sélectif des établissements participant à l'ENC et que ces derniers fassent l'objet d'un audit régulier.

Cette ENC doit être prochainement complétée par une étude consacrée au secteur privé, avant que ne soit établie une échelle commune des coûts du secteur public et du secteur privé.

Ainsi que l'avait annoncé Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, à l'occasion de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a entrepris, en collaboration avec les principales fédérations

¹ Igas-IGF, rapport sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005.

hospitalières, un important travail de consolidation en matière d'études des coûts hospitaliers.

Ce travail porte sur la définition de la méthodologie de l'étude nationale des coûts dans le secteur public, sur le lancement d'une étude similaire pour le secteur privé à partir des coûts constatés en 2004 et 2005, et sur la définition de la méthodologie de l'étude commune public-privé.

Cette étude commune doit débiter en 2006 ; les premiers résultats ne seront disponibles qu'au cours du second trimestre 2007. En conséquence, aucune analyse des écarts de coûts ne sera disponible avant cette date.

Par ailleurs, l'Igas a formulé des recommandations « *sur les études complémentaires à conduire, notamment pour ce qui concerne les écarts de coût du travail médical et non médical, la différence de la gravité des cas au sein des GHS, la composition de la patientèle, qui pourrait être plus précaire dans le public, les disparités quant à la capacité de programmer les interventions ou l'externalisation plus ou moins poussée des actes de radiologie ou de biologie.*¹ ».

2. Des avis divergents sur la poursuite du processus de convergence

Le bon déroulement du processus de convergence suppose de répondre à deux questions : à quelle échéance souhaite-t-on le mener à terme et quel objectif veut-on atteindre ?

a) Fallait-il marquer une pause dans la poursuite du processus de convergence ?

Si les modalités du processus de convergence ne sont pas définies par le législateur, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 dispose qu'une étape intermédiaire est prévue en 2008². A cette date, la convergence tarifaire devra être réalisée à au moins 50 %.

A la suite d'un rapport de l'Igas³ proposant de « *réévaluer les modalités de la convergence public-privé, notamment d'après les résultats de l'étude nationale de coût privé* », le Gouvernement avait demandé la suppression de l'étape 2008 du processus de convergence, en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouvaient les pouvoirs publics de mesurer l'écart des coûts entre le secteur public et le secteur privé et, en conséquence, leur incapacité à proposer de réduire de 50 % un écart non encore mesuré.

¹ Igas, Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé, janvier 2006.

² Article 17 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

³ Igas, Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé, janvier 2006.

A l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Parlement a maintenu cet objectif afin de conserver son caractère contraignant à la réforme et d'éviter tout risque d'enlisement.

Cette position est partagée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, lors de sa séance du 23 février 2006, a considéré que *« la mise en œuvre d'un programme poussé d'études ne constitue pas un préalable à la démarche de convergence dans la mesure où cette démarche sera extrêmement progressive »*. Il poursuit en estimant qu'*« il n'y a donc pas de risques à entreprendre les premières étapes de différenciation des tarifs dont on voit qu'elles doivent contribuer à assurer au secteur privé des conditions cohérentes de fonctionnement sans le faire bénéficier d'un effet d'aubaine anormal »*.

Malgré cet avis, le Gouvernement a fait le choix d'interrompre le processus de convergence au risque d'être dans l'impossibilité de respecter l'étape intermédiaire fixée par la loi.

A ce jour en effet, aucune action en faveur de la convergence des tarifs publics et privés n'est envisagée : la politique tarifaire décidée par le Gouvernement s'est limitée à une baisse moyenne des tarifs de 1 %.

Cette situation est préoccupante, non seulement pour le respect de l'étape prévue en 2008 mais plus encore pour la viabilité de l'ensemble du processus de convergence qui est suspendu aux résultats des études analysant les écarts entre les coûts de fonctionnements des secteurs public et privé.

b) Quel objectif assigner au processus de convergence ?

Le débat sur le processus de convergence est traversé par une autre interrogation qui a trait à son objectif économique.

La première étape de la convergence s'est opérée en fonction de tarifs calculés sur les coûts moyens constatés dans les secteurs public et privé. Cette première étape ne s'est donc pas opérée vers les coûts les plus performants, mais vers une moyenne.

L'Igas¹ conteste ce choix, à la fois sur le plan de sa pertinence financière et sur celui de l'optimisation de l'offre de soins hospitaliers.

En effet, la convergence vers la moyenne se justifierait par le souci de ne pas *« demander des efforts de productivité trop importants à l'hôpital public. »* Ce choix et la période de transition retenue permettraient ainsi de garantir la soutenabilité de la réforme.

¹ Igas, janvier 2006, Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, rapport n° 2006-009.

Selon l'Igas, cette *« justification montre l'aspect doublement inflationniste d'une convergence vers la moyenne : dépenses indues dans le secteur des cliniques, réduction des exigences que l'on peut avoir à l'égard du secteur public. »* Or, *« la convergence doit, au contraire, se réaliser par alignement des tarifs sur le plus efficient. En effet, la convergence n'est pas un objectif en soi. Elle n'est qu'un moyen pour stimuler la recherche d'efficience au sein du système hospitalier en faisant des organisations les plus performantes, dans le respect des standards stricts de qualité, des références pour l'ensemble des institutions hospitalières¹ »*.

Pour que la convergence s'effectue vers le modèle le plus performant, soit par hypothèse les cliniques, le taux moyen d'évolution des tarifs des établissements privés ne doit plus être conditionné par des arbitrages budgétaires internes à l'Ondam mais établi de manière autonome en fonction de la situation financière des cliniques. *« Le régulateur doit s'assurer que le secteur des cliniques reste suffisamment attractif pour les investisseurs, afin que ceux-ci continuent à assurer un flux d'investissements suffisants pour assurer la pérennité du secteur et le maintien de son efficience² »*.

Dans cette hypothèse, *« le taux d'évolution des tarifs des cliniques devient, dans le cadre de la convergence, un taux directeur »*. Il appartient ensuite aux pouvoirs publics de fixer le taux d'évolution des tarifs du secteur public en fonction du rythme que l'on souhaite assigner à la convergence sans lui imposer une allure irréaliste.

Les propositions émises dans ce rapport de l'Igas sont novatrices, et peut-être trop audacieuses pour être appliquées en l'état à notre système hospitalier.

Elles ont néanmoins le mérite de remettre en cause les procédures retenues pour mener à bien ce processus de convergence et d'indiquer des pistes de réflexion sur la manière dont doivent être fixés les taux d'évolution des tarifs des secteurs public et privé et, plus généralement, sur la façon dont les arbitrages budgétaires doivent être adaptés aux exigences de la T2A.

¹ Igas, rapport précité.

² Igas, rapport précité.

CONCLUSION

Des mécanismes de régulation qui tardent à être activés, un processus de convergence dont les modalités ne sont pas définies et dont l'application est suspendue aux résultats d'études publiées, au mieux, au milieu de l'année 2007, tous ces éléments montrent que la réforme du financement des établissements de santé est au milieu du gué.

Pourtant, peu de doutes subsistent sur le principe même de la réforme que les principaux acteurs du monde hospitalier ont appelé de leurs vœux. La montée en charge de la tarification à l'activité se poursuivra : elle concerne, en 2006, 35 % de l'activité des établissements publics et il est raisonnable de penser que ce taux pourra être porté à 50 % en 2008 comme l'a prévu la loi. Au-delà de cette date, l'avenir de la réforme est plus incertain. Le rapport de l'Igas consacré au pilotage des dépenses hospitalières, propose que soit étudiée la possibilité de ne pas poursuivre la réforme jusqu'à son terme, c'est-à-dire jusqu'au financement à 100 % des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Dans ce schéma, le financement des établissements publics serait assuré par les GHS, les enveloppes forfaitaires et une dotation complémentaire qui serait maintenue. Cet avis est partagé par une partie de la communauté hospitalière.

Il convient, en priorité, de s'assurer que les adaptations préconisées ne remettent pas en cause les objectifs principaux de la réforme qui consistent à introduire plus de dynamisme dans la gestion du secteur hospitalier et à assurer aux établissements de santé publics et privés des ressources fondées sur leurs activités.

Un regard sur la pratique de nos voisins européens met en exergue le pragmatisme dont ils ont souvent fait preuve dans la mise en œuvre de leurs propres réformes. Dans la plupart des cas, le calendrier initial s'est trouvé retardé et des modalités de financement complémentaires ont été maintenues.

La réforme engagée par le Gouvernement comporte aussi le volet relatif à la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés qui a suscité des oppositions telles qu'une solution consensuelle sera peut-être difficile à établir.

Pour y parvenir, le Gouvernement a choisi d'approfondir d'abord les travaux conduits à partir de l'échelle nationale des coûts afin d'affiner sa connaissance des coûts de fonctionnement de chacun des secteurs.

Cet approfondissement porte un coup d'arrêt au processus de convergence timidement entamé en 2005 et fait peser un risque sur cette disposition novatrice de la réforme qui avait l'ambition de redéfinir les modalités de fonctionnement du système hospitalier. Il est indispensable d'apporter une attention soutenue aux suites qui seront données à ce dossier.

Mais, la T2A ne produit pas ses effets que sur le budget des établissements de santé. Son entrée en vigueur a également permis d'ouvrir un débat sur l'avenir du système hospitalier porté par le Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie et les principales fédérations hospitalières.

Pour pérenniser cet acquis, la loi de financement de la sécurité sociale doit à son tour devenir le cadre d'une véritable discussion, publique, pédagogique et argumentée sur ces questions et il doit peser sur l'emploi des fonds publics versés aux établissements hospitaliers « *la même obligation de rendre compte, que sur ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins* ¹ ».

Deux conditions préalables doivent être remplies pour atteindre cet objectif.

D'abord, la construction de l'Ondam doit être adaptée aux exigences de la tarification à l'activité. Les dépenses qu'il autorise doivent reposer sur une prévision argumentée de l'évolution de l'activité des établissements, déterminée poste par poste (GHS, molécules onéreuses) et prendre également en compte les charges de personnel. Le développement du contrôle de gestion et des indicateurs d'activité, outils indispensables à la régulation de l'activité hospitalière financée à l'activité, permettra au Gouvernement de disposer des sources d'informations nécessaires.

Ensuite, ces données devront figurer, ainsi que les hypothèses économiques retenues par le Gouvernement, dans les annexes du projet de loi de financement afin d'éclairer le Parlement sur les choix effectués par le Gouvernement en matière hospitalière.

In fine, il convient de souligner que la T2A s'avère être beaucoup plus qu'un simple mécanisme de financement. Son application produit des effets à tous les échelons du système hospitalier et oblige les pouvoirs publics à définir un nouveau mode d'organisation de l'hôpital.

¹ HCAAM, rapport annuel, juillet 2005.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mercredi 5 avril 2006**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a entendu le **rapport d'information de M. Alain Vasselle sur la réforme du financement des établissements de santé (tarification à l'activité, T2A)**.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a tout d'abord exposé les grandes lignes de son rapport (cf. exposé général).

M. Nicolas About, président, a tout d'abord confirmé que l'objectif majeur de la réforme en cours est bien la convergence des tarifications entre les secteurs public et privé. Revenant sur les arguments explicatifs avancés par la FHF, il s'est interrogé sur la signification concrète de la notion de « prestations externalisées » dans le secteur privé, considérant qu'elles sont sans doute également identifiables dans les coûts du secteur public et qu'il doit être possible d'établir des comparaisons pertinentes.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a précisé qu'il s'agit des examens radiologiques et biologiques.

M. Nicolas About, président, a également souligné l'importance de la prise en compte des différences ou des spécificités de certaines maladies (publics traités, gravité des pathologies...) pour parvenir à affiner progressivement la classification par GHS et leur tarification.

M. Francis Giraud a confirmé que la médecine se prêtant mal aux classifications et aux homogénéisations, la solution idéale n'a pas encore été trouvée pour permettre une convergence entre le public et le privé. La T2A et la mise en place des GHS constituent néanmoins un progrès qui ne doit pas se traduire par un détournement de l'objectif essentiel : l'amélioration de la santé des Français.

Mme Marie-Thérèse Hermange a souhaité qu'une comparaison puisse être faite entre les nouveaux tarifs et l'ancienne méthode de comptabilisation avec le point Isa. Elle a également demandé si les maladies orphelines font l'objet d'une classification spécifique et s'il existe une différenciation tarifaire pour une même pathologie selon qu'il s'agit d'adultes ou d'enfants. Elle s'est en outre demandé si l'objectif de la T2A pourrait être de permettre une libération du nombre de lits dans les hôpitaux et si elle serait susceptible d'avoir un impact sur la promotion des directeurs d'établissements.

M. Gilbert Barbier a souligné les difficultés d'application de la nouvelle tarification sauf à ce que les ARH soient dotées de véritables pouvoirs de sanction et de régulation. Il a également rappelé que la Cnam n'exerce plus aucun contrôle sur la gestion des achats de médicaments dans les hôpitaux, alors qu'elle en assume le coût. Il s'est enfin montré dubitatif sur la possibilité d'atteindre une convergence parfaite entre cliniques et CHU.

M. François Autain a rappelé que le groupe communiste républicain et citoyen s'était à l'époque opposé à la réforme de la tarification hospitalière et que les difficultés qu'elle rencontre aujourd'hui dans son application semblent lui donner raison. Critiquant l'esprit productiviste de cette nouvelle tarification, il a déploré que l'on privilégie la multiplication des actes plutôt que le temps passé avec le malade, gage à son sens, d'une meilleure qualité des soins.

Il a souligné l'inadéquation des GHS à la complexité et à la diversité des pathologies : ainsi, les traitements d'un cancer de la moelle épinière et d'une hernie discale sont dans le même GHS, alors que la gravité des deux pathologies est sans commune mesure.

Par ailleurs, **M. François Autain** a ajouté qu'il serait utile d'analyser les raisons qui ont conduit les Etats-Unis à abandonner cette tarification, avant d'engager notre pays plus avant dans cette réforme. Il s'est dit, à cet égard, peu convaincu par une possible convergence des tarifs entre secteurs public et privé. Il a également mis en exergue les effets pervers du nouveau système qui, au-delà de sa complexité, entraîne déjà une augmentation des dépenses. Il s'est enfin interrogé sur les modalités de prise en compte des activités libérales au sein de l'hôpital public dans la nouvelle tarification.

M. Guy Fischer a considéré que les critiques adressées au nouveau système dans les derniers rapports de la Cour des comptes, de l'Igas et de l'Inspection générale des finances (IGF), ainsi que l'abandon par les Etats-Unis de ce type de tarification, justifieraient une pause dans l'application de la réforme et un approfondissement de la réflexion.

Il a souligné que la mise en œuvre du Sros se traduit déjà en région Rhône-Alpes par une diminution du nombre des services de réanimation et des plateaux techniques, qui a entraîné une hausse de la mortalité en cas d'accidents vasculaires cérébraux.

Ainsi, l'application du Sros et de la T2A remet en cause le principe même de solidarité et d'égalité d'accès aux soins, au profit d'une logique comptable et financière.

M. Claude Domeizel est convenu, à l'instar de ses collègues, qu'un approfondissement de la réflexion est nécessaire, notamment sur les points qui posent des problèmes ou suscitent l'inquiétude des professionnels de santé ou des directeurs d'établissements.

M. Nicolas About, président, a reconnu que la T2A ne semble pas adaptée pour les centres hospitaliers de référence régionale disposant de plateaux à haute technicité. En revanche, ceux-ci pourraient faire l'objet d'un contrôle de gestion plus rigoureux, tandis que les établissements publics ou privés disposant de plateaux périphériques de deuxième ou troisième niveaux sont davantage en mesure d'appliquer la T2A et de tendre à une certaine convergence des tarifs.

M. Alain Vasselle, rapporteur, modérant les critiques adressées au nouveau système de tarification, a souligné qu'à ce jour, aucun dérapage inflationniste des dépenses n'a été constaté. En outre, si certains s'interrogent sur les effets pervers qui peuvent résulter de la réforme du système et sur les moyens de contrôle et d'évaluation qu'il faudrait mettre en œuvre pour en assurer la régulation, personne n'en conteste le bien-fondé. Le rôle du Parlement est, au travers de ce rapport d'information, de relayer les interrogations des professionnels de santé, des directeurs d'hôpitaux et des acteurs de la réforme.

Puis répondant aux inquiétudes relatives aux risques de simplification excessive de la classification par GHS, il a indiqué que la T2A fera l'objet d'ajustements progressifs au cours de son application. Tel a déjà été le cas pour les pathologies de la moelle épinière, qui ont été subdivisées en deux groupes différenciés selon leur niveau de gravité, et pour les maladies orphelines, qui ont été classées dans des GHS spécifiques.

Il a expliqué que, selon les établissements, l'application de la nouvelle tarification pourra avoir des effets variables sur la libération des lits, mais que ce n'est pas son objectif premier, et a estimé qu'il est prématuré d'évaluer l'impact de cette réforme sur l'organisation et le statut de la fonction publique hospitalière.

En réponse à M. Gilbert Barbier, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, a rappelé que le Gouvernement a privilégié la régulation contractuelle régionale par rapport à la logique d'ajustement des prix sur les volumes, qui présente des inconvénients majeurs. Toutefois, il sera nécessaire de clarifier les intentions du Gouvernement et de procéder, le cas échéant, à certaines améliorations.

Par ailleurs, il a rappelé que le contrôle de la Cnam sur l'achat des médicaments par les hôpitaux a été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2006 via l'ARH, qui veille à la pertinence des dépenses et des agréments des molécules autorisées à l'hôpital.

Au sujet de la convergence tarifaire, il a admis que l'échéance de 2012 sera difficilement respectée. Il subsiste en effet des problèmes relatifs aux obligations qui pèsent sur les hôpitaux publics et qui méritent une réflexion plus approfondie, afin qu'elles soient mieux prises en compte.

*En réponse à M. François Autain, **M. Alain Vasselle, rapporteur**, s'est dit conscient des difficultés d'application de la nouvelle tarification pour les établissements ainsi que des effets pervers qui peuvent en résulter. C'est pourquoi il s'est déclaré favorable à un système fondé sur la performance, plutôt que sur les coûts moyens. Il a souligné à cet égard l'importance du rôle de la Haute Autorité de santé dans la mise en place du protocole de soins.*

Précisant ensuite que la tarification à l'activité ne s'applique aux Etats-Unis qu'aux seuls établissements publics, il a souhaité que la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission étudie les raisons qui ont conduit ce pays à abandonner ce système de tarification.

Il a en outre indiqué que la médecine libérale se pratique toujours dans les hôpitaux publics, mais que les consultations et les actes pratiqués dans ce cadre ne sont a priori pas concernés par la T2A.

Il a enfin réaffirmé sa préférence pour l'application de références médicales définies de façon objective en accord avec la Haute Autorité de santé, plutôt que de privilégier une approche purement comptable, qui risquerait de se traduire par une qualité de soins inférieure.

***M. Dominique Leclerc** a souligné l'intérêt d'un contrôle plus rigoureux de la gestion des personnels hospitaliers et des achats de médicaments, qui devrait permettre de réaliser des économies importantes.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur**, a conclu en rappelant que ce rapport d'information ne constitue qu'une première étape, qui ne peut encore qu'apporter une appréciation limitée sur la réforme engagée et son application. Une réflexion plus approfondie mériterait d'être menée sur la diversité des établissements, afin de proposer des ajustements et d'affiner le système de tarification, dont le bien-fondé n'est plus contesté.*

*A l'issue de ce débat, la **commission a autorisé la publication du rapport d'information** présenté.*

ANNEXE 1

ITALIE ET SUISSE : EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE PRAGMATIQUE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Ces deux pays ont en commun le caractère décentralisé de leur système de santé qui relève des régions en Italie et des cantons en Suisse. Ces autorités locales ont des compétences étendues en matière d'organisation de l'offre de soins, y compris dans le domaine hospitalier tandis que l'Etat exerce la responsabilité de la sécurité sanitaire et fixe le panier de biens et services auquel tous les assurés doivent avoir accès.

La tarification à l'activité a été introduite en Italie en 1995 et en Suisse en 1998.

A l'instar de ce qui se passe actuellement en France, la mise en œuvre de la T2A s'est inscrite, dans ces deux pays, dans une réforme plus large du système de santé. Par ailleurs, en Italie comme en Suisse, l'activation de ces nouveaux mécanismes a pris du retard sur le calendrier initialement prévu et a nécessité des ajustements destinés à répondre à des besoins exprimés par les établissements de santé.

A. La tarification à l'activité est un élément des réformes apportées aux systèmes de santé

Comme c'est le cas dans tous les pays développés, la Suisse et l'Italie se sont trouvées confrontées à des hausses régulières des dépenses de santé provoquées par les effets conjugués des innovations technologiques, du vieillissement de la population et de la demande croissante de soins liés à l'amélioration du niveau de vie.

Dans ce contexte, ces deux pays ont été conduits à engager un important mouvement de réforme de leurs systèmes de santé afin d'en renforcer l'efficacité et d'en rationaliser les dépenses. La mise en œuvre de la T2A s'inscrit dans cette évolution, en apportant sa contribution à l'optimisation des dépenses hospitalières.

1. La recherche d'une meilleure organisation du système de santé

a) Le choix de la décentralisation en Italie

En Italie, le système de santé a été entièrement réorganisé au cours des trente dernières années.

En 1978, le choix a été fait de basculer d'un système d'assurances sociales, financé par des cotisations sociales et pris en charge par une multitude de sociétés mutuelles, vers un système de santé universel. L'objectif

poursuivi était de fournir un accès aux soins universels et gratuits sur le modèle du National Health Service britannique.

A sa mise en place, le système de santé national a fait l'objet d'une gestion conjointe par les trois niveaux d'administration, national, régional et local :

- le niveau national avait en charge la planification sanitaire et la détermination du budget global ;

- le niveau régional devait adapter à ses besoins les priorités nationales, élaborer la planification de l'offre de soins et répartir les budgets entre les unités sanitaires locales ;

- les unités sanitaires locales, sorte d'agences locales de santé placées sous l'autorité des élus locaux, avaient la responsabilité de la fourniture des services sanitaires, soit par leurs propres structures (centres de santé, hôpitaux), soit en contractant avec des professionnels ou hôpitaux.

Cette architecture a provoqué de nombreux conflits entre le niveau national et les niveaux décentralisés. Les questions budgétaires, notamment, ont été à l'origine de profonds désaccords entre l'Etat et les régions qui dénonçaient l'insuffisance des moyens. L'objectif de maîtrise des dépenses n'a pas été atteint.

Après ce premier échec, deux autres réformes ont suivi, en 1992 et en 1999, pour donner au système sanitaire italien son visage actuel :

- La première d'entre elle a été placée sous le double signe de la concurrence et de la régionalisation. Elle a mis en place la tarification à l'activité ;

- puis en 1999, une nouvelle étape a été franchie dans le processus de décentralisation avec l'extension au domaine sanitaire des principes de fédéralisme fiscal. Cette réforme a mis fin au principe d'un budget national redistribué entre les régions par le Gouvernement central et a confié la responsabilité financière du système de soins aux régions.

b) L'introduction d'une assurance maladie obligatoire en Suisse

En Suisse, c'est la loi LAMal du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie qui a posé les bases de la réforme du système de santé.

Cette loi instaure une assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des résidents. La gestion du système est assurée par des caisses maladie, assureurs privés qui prennent en charge l'assurance obligatoire santé de base dans le cadre d'une activité sans but lucratif.

La loi indique que les prestations couvertes par l'assurance maladie doivent être « *efficaces, appropriées et économiques* ».

La réforme ne modifie pas le financement du système de santé qui est assuré par les contributions des assureurs (37,5 %), la fiscalité fédérale, cantonale et municipale (24,9 %) et des paiements directs, c'est-à-dire la participation à la charge des assurés (28,8 %). Diverses autres sources de financement complètent le volet des recettes.

La loi laisse aux cantons une grande indépendance dans l'organisation des soins mais elle impose des obligations en termes de planification sanitaire, qui doit être définie en tenant compte des établissements privés existants. Elle incite au développement des collaborations intercantionales. Ces contraintes en matière hospitalière sont d'autant plus faciles à imposer que l'Etat fédéral participe aux côtés des cantons au financement des infrastructures hospitalières.

Ce texte autorise la mise en œuvre de la tarification à l'activité, tant pour le financement pris en charge par les compagnies d'assurance santé que pour les budgets financés par les cantons.

2. L'évolution du mode de financement des établissements de santé

Le choix d'un échelon décentralisé a facilité une gestion de proximité. Il s'accompagne du développement de nouveaux outils de régulation des dépenses parmi lesquels figure la T2A

a) Optimiser les dépenses hospitalières

• **La réforme italienne** affiche son ambition d'accroître l'efficacité des dépenses hospitalières. La tarification à l'activité est présentée comme un outil d'optimisation des coûts car elle établit un lien entre les dotations financières des établissements et leurs activités médicales. Elle permet ainsi à ces derniers de mieux répondre aux besoins exprimés par la population et de résorber les phénomènes de file d'attente connus par le système italien.

Le recours à ce mécanisme permet de dynamiser l'activité des établissements et de poser un regard plus juste sur leurs besoins de financement.

La réforme prévoit également d'accroître l'équité dans la distribution des ressources entre les établissements publics et privés participant au service national de santé.

• **Les autorités suisses** partagent ce même souci d'une allocation optimale des ressources. Mais compte tenu des particularités du système helvétique, la T2A y est aussi conçue comme un vecteur d'optimisation du système budgétaire et comptable des différents établissements de santé. L'objectif poursuivi est le développement d'indicateurs pertinents pour opérer la répartition des coûts entre les différents financeurs, et notamment entre les assureurs privés et les pouvoirs publics.

b) Rationaliser l'offre de soins hospitaliers

La mise en œuvre de la tarification à l'activité est également employée pour contribuer à la rationalisation des soins.

C'est notamment le cas en Suisse, pays dont l'équipement en infrastructures sanitaires est excédentaire : la Confédération dispose en effet du plus haut niveau d'équipements de haute technologie et de la concentration de médecins la plus élevée d'Europe.

La conjugaison d'une meilleure planification hospitalière, rendue possible par la loi assurance maladie, et de ce nouveau mécanisme de financement, doit favoriser une action de restructuration des capacités hospitalières. La T2A permet d'identifier les établissements dont l'activité est faible ou en inadéquation avec les besoins du bassin de population au sein duquel ils sont implantés. Grâce à ces analyses, les autorités locales peuvent adapter leurs outils de planification sanitaire et favoriser des regroupements ou des synergies entre établissements.

Les autorités italiennes ont exprimé les mêmes attentes à l'égard de la T2A et ont également utilisé ce nouvel outil pour favoriser le développement de nouveaux modes de prise en charge hospitalière, comme l'hospitalisation à domicile ou la chirurgie ambulatoire, en leur attribuant des tarifs incitatifs.

B. La réforme est mise en œuvre progressivement

En Italie comme en Suisse, la T2A a concerné d'abord les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation ne sont toujours pas concernées par la réforme.

1. Le financement des établissements

Le recours à la tarification à l'activité nécessite un important travail préparatoire notamment de classification des pathologies. Dans ce domaine, la Suisse et l'Italie se sont appuyées sur les travaux menés aux Etats-Unis pour l'établissement des *Diagnostic Related Groups* (DRG), équivalents de nos groupes homogènes de séjour (GHS), qu'ils ont transposés dans leur propre système de santé.

Parallèlement, des études d'évaluation des coûts de fonctionnement des établissements de santé ont été réalisées.

Ces étapes franchies, les autorités compétentes ont pu affecter un tarif à chaque GHS.

L'organisation décentralisée des systèmes de santé, suisse et italien, a un effet direct sur ces questions de détermination des tarifs et soulève la question des moyens existants pour maintenir une certaine homogénéité tarifaire entre les différentes entités locales.

a) La fixation des tarifs

• **En Suisse**, les tarifs applicables sont fixés canton par canton, selon la méthode que chacun juge la plus appropriée. A titre d'exemple, dans le canton de Vaud, l'échelle des tarifs est constituée de deux branches distinctes, l'une destinée aux hôpitaux universitaires, l'autre aux sept hôpitaux régionaux. L'écart entre ces différents tarifs est de l'ordre de deux points, déductions faites des coûts de formation et de recherche. Cette latitude laissée aux instances locales ne va pas sans poser certains problèmes d'équité entre les cantons et ne facilite pas la coopération intercantonale.

• **En Italie**, bien que le système hospitalier soit géré au niveau régional, les tarifs sont déterminés par l'Etat. Toutefois, les régions conservent un pouvoir d'appréciation. Elles peuvent modifier ou compléter les tarifs avec comme seule obligation celle de financer, par des recettes propres, les éventuels dépassements budgétaires que leur politique pourrait entraîner.

Ce mécanisme accorde en fait une grande marge de liberté aux autorités régionales. A titre d'exemple, les régions Piémont et Lombardie ont adopté deux dispositifs différents de tarification des prothèses. Dans la première, la région prend en charge 50 % du prix de la prothèse en sus du tarif du GHS, alors que dans la seconde, la prothèse fait l'objet d'une prise en charge intégrale en complément du GHS.

b) Les différentes enveloppes de financement

La mise en œuvre de la T2A s'accompagne de la définition de plusieurs enveloppes dont l'objet est d'assurer la prise en charge de missions d'intérêt général qui sont considérées comme ne pouvant pas être financées à l'activité.

• **En Italie**, trois canaux de financement des hôpitaux coexistent dans le nouveau système :

- la tarification à la pathologie, qui couvre l'hospitalisation complète, les prestations ambulatoires, la psychiatrie, les dépenses de pharmacie des hôpitaux ;

- le financement des plans nationaux et régionaux en matière de santé ;

- les « financements extraordinaires », qui permettent de couvrir d'éventuels déficits ou de soutenir la réalisation de grands investissements tels que la construction d'un nouvel hôpital.

Un financement complémentaire pour les missions d'enseignement et de recherches est assuré par une majoration spécifique des tarifs (+ 8 %) et par la prise en charge des frais de personnel par le ministère, l'université ou la région.

- **En Suisse**, la réflexion est moins avancée qu'en Italie. Si les dépenses d'investissements font l'objet d'un financement spécifique pris en charge par les autorités nationales et cantonales, plusieurs études sont en cours pour évaluer la nécessité de créer d'autres enveloppes destinées à prendre en charge des dépenses spécifiques. A ce titre, les missions d'enseignement et de recherche, la permanence des soins et les missions sociales assurées par les établissements de santé font l'objet d'une attention particulière.

Ces études complémentaires répondent à une attente très forte des gestionnaires d'établissements qui ont constaté que les tarifs des GHS ne couvraient pas la totalité des frais engendrés par ce type d'activité, notamment pour les services d'urgences.

2. Le bilan de l'application de la réforme

Le bilan de la réforme dans ces deux pays demeure mitigé. Les autorités italiennes considèrent que les résultats obtenus sont plutôt bons en matière d'optimisation de l'offre de soins mais reconnaissent que des ajustements sont venus modifier l'épure financière de la réforme. En Suisse, la réforme a conduit les gestionnaires d'établissements à développer les outils de contrôle de gestion, mais il est trop tôt pour évaluer les effets d'une réforme qui n'est pas encore appliquée sur la totalité du territoire.

a) Des résultats pas toujours à la hauteur des objectifs fixés par la réforme

- **Le système sanitaire italien** a atteint une partie des objectifs assignés à la réforme en matière d'optimisation de l'offre de soins. Le nombre d'admissions comme la durée moyenne de séjour ont décliné de 25 % tandis que les hospitalisations de jour augmentaient, passant de 19.000 à 27.000.

Cet indicateur peut être considéré comme pertinent car la réduction de la durée moyenne des séjours est en partie causée par la modification du mode de financement des établissements. La dotation budgétaire n'étant plus calculée à partir d'un prix de journée mais d'un tarif associé à une pathologie, la question de la durée du séjour n'a plus d'effet immédiat sur le budget de l'établissement et les comportements indésirables n'ont plus lieu d'être.

Les autorités ont pu constater que, dans les établissements publics, une plus grande attention est portée à la préparation du budget prévisionnel et aux dépenses générales. Dans les hôpitaux privés, la réforme a favorisé la spécialisation des établissements dans la fourniture de soins spécialisés et complexes.

Toutefois, des problèmes importants de financement demeurent et de nombreux établissements de santé bénéficient d'une dotation budgétaire complémentaire pour équilibrer leurs comptes, en totale dérogation avec les règles du financement à l'activité.

• **En Suisse** les autorités observent que le codage des pathologies, devenu crucial pour le financement des établissements, a vu sa qualité s'améliorer grandement dans tous les cantons où la T2A a été introduite.

D'une manière générale, le mode de financement a incité tous les hôpitaux à analyser leurs coûts au moyen d'une comptabilité analytique afin de séparer les activités financées par GHS de celles relevant d'autres formes de dotations budgétaires.

b) Des aménagements à la réforme ont été nécessaires

En Suisse comme en Italie, le calendrier de la réforme a dû être adapté. Cette adaptation relève de deux logiques différentes.

La première a trait aux compétences exercées par les autorités locales. Dans l'un et l'autre pays, il existe encore des lieux qui n'ont pas souhaité mettre en œuvre la T2A, soit en raison de leur opposition à ce mode de tarification à l'activité, c'est le cas de la Campanie en Italie, soit en raison de la taille des établissements installés sur le territoire qui rend ce mode de financement inopérant.

La seconde a trait à la rapidité avec laquelle la T2A a pu être mise en œuvre : les calendriers ont souvent connu des retards ou des pauses destinées à permettre aux établissements de s'adapter à ce nouveau financement à l'activité.

Les autorités italiennes tirent trois conclusions de leur propre expérience de mise en œuvre de la T2A :

- il est difficile de maîtriser une tarification à l'activité qui inclut des mécanismes de régulation des dépenses dans le cadre d'une enveloppe budgétaire déterminée à l'avance ;

- si la T2A a été exploitée pour analyser l'activité hospitalière, pour la rationaliser, elle se révèle être davantage un outil de gestion qu'un mécanisme de financement ;

- la T2A implique une nouvelle organisation de l'hôpital, elle doit s'accompagner d'un regroupement des services et d'une meilleure association des médecins à la gestion des établissements.

ANNEXE 2

DÉPLACEMENTS

Mardi 1^{er} mars 2005

Suisse

- **M. Bernard Gruson**, Président du Comité de direction des Hôpitaux universitaires de Genève
- Déjeuner à l'Ambassade avec les représentants de l'Office fédéral de la santé publique
- **M. Urs Roth**, Directeur de la société d'assurances Visana

Lundi 6 juin 2005

Picardie

- **M. Gérard Helly**, Directeur du CHG de Beauvais
- **Mme Marièle Boyer-Schaeffer**, Directeur de l'ARH de Picardie
- **M. Domy**, Directeur général du CHU d'Amiens

Lundi 6 juin 2005

Lille

- **M. Yves Corvaisier**, Directeur général et **M. Jacques Darcy**, Directeur de l'assurance maladie, de l'action sociale et des établissements à la CRAM Nord-Picardie
- **M. Jean-Marie Paulot**, Directeur de l'ARH Nord-Pas-de-Calais
- **M. Didier Delmotte**, Directeur général du CHU de Lille

Mardi 28 juin au Jeudi 30 juin 2005

Italie

Mardi 28 juin

- **Dr Gualdi**, Directeur médical, **M. Piazza**, ancien maire d'Omegna, **M. Vannini**, Directeur général de l'ASL, **M. Sandrini**, Directeur sanitaire de l'ASL, du Centre Ortopedico Quadrante de Omegna
- Visite des services et interview de la coordinatrice ORTHO RF

Mercredi 29 juin 2005

- Réunion avec l'**Assessore** (Adjoint au Président de la Région avec délégation sur les politiques de santé) **Angelo Montemaramo** et les responsables politiques et techniques de la région Campania et de la ville de Naples avec visite d'un hôpital.
- Réunion avec le **Professeur Alessandro Galetti**, spécialiste du financement des politiques de santé
- Visite de l'hôpital Caldarelli (Naples)

Jeudi 30 juin 2005

- Réunion au Ministère de la Santé avec:
 - **Dr. Filippo Palumbo**, Direttore generale della Programmazione sanitaria Min. Salute
 - **Dr. Alesando Ghiradini**, Dirigente Uff. III D.G Pogramm.sanitaria.Min. Slute
 - **Dr. Giorgio Valentini Direttore**, Uff. V D.G. Programm. Sanitaria. Min. Salute
 - **Dr. Pietro Malara Direttore**, Uff. V Accordi bilaterali D.G. rapporti Internazionali. Min. Salute
 - **Dr.ssa Carla Mauro**, dirigente medico Uff. V Accordi bilaterali
 - **Avv Marco Bonamico**, Presidente Fiaso, già Direttore Generale Ospedale S. Camillo di Roma Dott. **Francesco Bevere**, Direttore Generale, Ospedale S. Giovanni Addolorata di Roma
 - **Dott. Stefano Pomili**, Direttore sanitario ASL Roma D
 - **Dott. Fortunato Marino**, Direttore FIASO
- Entrevue avec **Son Excellence Loïc Hennekinne**, Ambassadeur de France auprès de la République italienne

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mardi 10 mai 2005

- **M. Gérard Vincent**, Délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- **M. Laurent Castra**, Directeur sanitaire, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)
- **M. Ken Danis**, président de la Fédération hospitalière privée (FHP)

Mercredi 18 mai 2005

- **Mme Agnès Pannier**, Directrice de cabinet de la directrice générale de l'AP-HP
- **M. Philippe Ritter**, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Ile de France
- **M. Joseph Losson**, Directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Alsace

Mardi 7 juin 2005

- **M. Philippe Cottard**, Directeur général de l'hôpital Foch à Suresnes

Mercredi 8 juin 2005

- **Mme Martine Aoustin**, Directrice opérationnelle de la Mission T2A (ministère de la santé et des solidarités)
- **M. Jacques Metais**, Directeur de l'ARH Rhône-Alpes, Président de la Conférence des directeurs d'ARH

Mercredi 14 septembre 2005

- **M. Vincent Le Taillandier**, Directeur de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
- **M. Frédéric Van Roeckeghem**, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Mercredi 21 septembre 2005

- **Mme Maryse Chodorge**, Directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- **Mme Martine Aoustin**, Directrice opérationnelle de la Mission T2A (ministère de la santé et des solidarités)

Jeudi 20 octobre 2005

- **M. Daniel Bour**, Président du directoire de la Générale de santé