

## 9-4

# T2A : PASSAGE A 100% ET CONSEQUENCES POUR LES ETABLISSEMENTS

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) introduite en 2004 consiste, pour les établissements jusque là financés par dotation globale (ex-DG)<sup>53</sup>, à être désormais rémunérés sur la base de l'activité réalisée pour les disciplines de médecine chirurgie et obstétrique (MCO). La transition entre les deux modes de financement s'effectue jusqu'en 2012 de manière progressive. Toutefois, à partir de 2008, le dispositif transitoire est modifié avec le passage de la T2A à 100% accompagné de l'instauration de coefficients de transition modulés par établissement, comme pour les cliniques privées.

### Un dispositif de transition désormais similaire à celui des cliniques privées

Jusqu'en 2008, le dispositif transitoire mis en place dans les établissements de santé ex-DG consistait à faire progresser la part tarifée à l'activité (dite "fraction T2A"). Ainsi, l'activité des établissements était valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur d'une fraction qui augmentait tous les ans (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007) et qui devait atteindre 100% en 2012. Le reste était versé sous forme de dotation faisant office "d'amortisseur", la dotation annuelle complémentaire (DAC)<sup>54</sup>.

Le passage à la tarification à 100% est anticipé dès 2008. Le dispositif transitoire a été par conséquent modifié : il se traduit désormais par l'application aux tarifs nationaux de coefficients de transition annuels modulés par établissement (cf. tableau 1). La modification du schéma de transition a pour objectif de favoriser les établissements les plus dynamiques ainsi que la création d'activités nouvelles et les restructurations qui restaient freinées par le maintien de la DAC. Par ailleurs, cela permet de simplifier le modèle de tarification où existaient des activités déjà tarifées à 100% (chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile) afin de les rendre plus incitatives.

### L'impact du passage à 100% du tarif sur les recettes des établissements

L'application des coefficients de transition aux tarifs nationaux permet de limiter l'impact de la T2A sur le budget des établissements pour leur permettre d'engager des restructurations. Les établissements historiquement "sur-dotés" facturent leur activité au tarif national affecté d'un coefficient supérieur à 1. A l'inverse, les établissements historiquement "sous-dotés" ont un coefficient inférieur à 1. En 2012, au terme du processus de convergence, tous les coefficients seront égaux à 1 et la masse financière qui aura ainsi été redistribuée entre l'ensemble des établissements représente aujourd'hui environ 540 M€.

En analysant l'impact du passage à la T2A à 100% sur les recettes des établissements ex-DG par catégorie d'établissements, il apparaît que les pertes liées à la convergence sont concentrées sur certaines catégories d'établissements, à savoir les centres hospitaliers régionaux (CHR), qui représentent près de 40% de la masse financière des établissements ex-DG, et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (cf. tableau 2). Ainsi, pour l'ensemble des CHR perdant à la convergence, à activité constante, la perte serait de plus de 300 M€, soit 2,9% des recettes d'activité de ces établissements. En revanche, les autres centres hospitaliers, qui sont les plus nombreux, seraient majoritairement (les deux tiers d'entre eux) bénéficiaires avec un gain estimé à près de 390 M€, soit 2,6% des recettes générées par cette catégorie d'établissements.

<sup>53</sup> Il s'agit des établissements publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), ainsi que de quelques établissements à but non lucratif non PSPH.

<sup>54</sup> Voir la fiche 9-1 du rapport de la CCSS de septembre 2005 (p. 141)

**Tableau 1 : processus de montée en charge de la réforme de la T2A**

	2004 à 2007	2008 à 2012
<b>Établissements ex-DG*</b>	Augmentation progressive de la fraction T2A : de 10% en 2004 à 50% en 2007.  Diminution progressive de la DAC : de 90% en 2004 à 50% en 2007	Fraction T2A = 100% Application de coefficients de transition aux tarifs nationaux, par établissement  Convergence vers 1 des coefficients de transition  Suppression de la DAC dès 2008
<b>Cliniques privées</b>	T2A à 100% depuis 2005 Application de coefficients de transition aux tarifs nationaux par établissement.  Convergence vers 1 des coefficients de transition	

\*Établissements publics, privés participant au service public hospitalier (PSPH), ainsi que certains établissements à but non lucratif non PSPH.

#### Modalités de calcul des coefficients de transition

Le coefficient de transition est calculé par établissement sur la base d'une estimation des données 2007. Il est égal aux recettes estimées pour 2007 de l'établissement (activité valorisée selon la fraction T2A à 50% plus la DAC à 50%) rapportées aux recettes théoriques obtenues par valorisation de l'activité à 100%. Il a vocation à converger vers 1 pour l'ensemble des établissements à l'horizon 2012 au terme du processus de montée en charge. Le taux de convergence appliqué au coefficient de transition est défini chaque année et pourra être modulé par établissements. En 2008, à titre dérogatoire, l'écart entre le coefficient de transition et la cible (1 en 2012) est réduit de 30% de manière uniforme pour tous les établissements au 1er mars 2008.

**Tableau 2 : impact du passage à la T2A sur les recettes des établissements ex-DG en 2008**

Catégorie d'établissement	Bilan de la convergence	Nombre d'établissements	Recettes estimées en 2007	Recettes estimées en 2007	coefficient de transition initial	coefficient de transition	gain / perte théorique au terme de la convergence	gain/ perte théorique par rapport aux recettes totales de la catégorie
			DAC 50%+T2A 50% (en M€) (1)	T2A 100% (en M€) (2)	1er janvier 2008 (3)=(1)/(2)	avec convergence de 30% 1er mars 2008	(1)-(2)	recettes totales de la catégorie
Centres hospitaliers CH	gagnants	296	9 672	10 060	0,96	0,97	388	2,6%
	perdants	160	4 823	4 666	1,03	1,02	-157	-1,1%
	total	456	14 495	14 726	0,98	0,99	230	1,6%
Centres hospitaliers régionaux - CHR	gagnants	17	4 354	4 428	0,98	0,99	74	0,7%
	perdants	14	6 616	6 306	1,05	1,03	-310	-2,9%
	total	31	10 970	10 734	1,02	1,02	-236	-2,2%
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	gagnants	12	423	450	0,94	0,96	27	3,3%
	perdants	8	381	366	1,04	1,03	-15	-1,8%
	total	20	805	817	0,99	0,99	12	1,5%
Établissements à but non lucratif, non PSPH*	gagnants	13	331	342	0,97	0,98	12	3,1%
	perdants	3	38	37	1,04	1,03	-1	-0,4%
	total	16	369	379	0,97	0,98	10	2,7%
Établissements à but non lucratif, PSPH*	gagnants	49	686	718	0,96	0,97	32	1,7%
	perdants	61	1 225	1 157	1,06	1,04	-67	-3,6%
	total	110	1 911	1 876	1,02	1,01	-35	-1,9%
<b>Total</b>	gagnants	<b>387</b>	<b>15 466</b>	<b>15 999</b>	<b>0,97</b>	<b>0,98</b>	<b>532</b>	<b>1,9%</b>
	perdants	<b>246</b>	<b>13 083</b>	<b>12 532</b>	<b>1,04</b>	<b>1,03</b>	<b>-551</b>	<b>-1,9%</b>
	total	<b>633</b>	<b>28 549</b>	<b>28 531</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>-18</b>	<b>-0,1%</b>

\*PSPH : participant au service public hospitalier

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

**Note de lecture** : les centres hospitaliers régionaux (CHR) se distinguent des centres hospitaliers (CH) qui assurent la prise en charge des soins aigus, par leur vocation régionale liée à une haute spécialisation et à la formation. Pour les CH gagnants au passage à la T2A à 100%, le gain théorique est estimé à 338 M€ au terme de la convergence (à activité constante), soit 2,6% des recettes générées par l'ensemble des CH. Pour ces établissements, le coefficient de transition appliqué aux tarifs nationaux à compter du 1er mars 2008 est en moyenne égal à 0,97. La somme des gains totaux et les pertes totales de l'ensemble des établissements (-18 ME) est non nulle, cela est dû aux arrondis.