

LA PREMIÈRE ANNÉE DE MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Introduite dans la LFSS 2004, la T2A instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé. Se substituant à la dotation globale de financement (DGF) pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH) et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées, elle vise à harmoniser les modes de financement des secteurs public et privé.

La mise en place de la T2A s'effectue néanmoins de manière progressive et l'année 2005 constitue une année transitoire en termes organisationnels, d'impact de trésorerie et de suivi comptable de l'activité.

La réforme modifie en profondeur le système de financement des établissements publics

La T2A mise en place le 1er janvier 2005 dans le secteur public, entraîne un changement radical dans le financement des établissements publics (cf. tableau 1). Les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont désormais financées via la valorisation des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) retracés par le PMSI¹. Toutefois, certaines activités MCO bénéficient également de financements forfaitaires (urgences, prélèvements d'organes et transplantations de greffes de moelle osseuse).

Par ailleurs, jusqu'en 2012, une partie de l'activité MCO demeure financée forfaitairement par la dotation annuelle complémentaire (DAC) dont le montant doit diminuer chaque année pour être nul en 2012. En 2005, cette dotation reste prépondérante car elle représente 75% de l'activité MCO.

Les établissements concernés perçoivent également une dotation de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Les activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ainsi que les unités de soins longue durée demeurent quant à elles financées sous forme forfaitaire via la dotation annuelle de financement (DAF)².

Au total, les recettes des établissements publics provenant de l'assurance maladie seront composées d'une part des dotations déléguées par les ARH (DAF, DAC, MIGAC, forfaits annuels) et d'autre part des remboursements des factures liées à l'activité MCO directement adressées au fil de l'eau aux caisses d'assurance maladie, une fois les systèmes informatiques de facturation adaptés.

Un système d'avances est mis en place en 2005 afin de limiter l'impact de la montée en charge progressive de la T2A sur la trésorerie des établissements.

Pendant la période transitoire d'adaptation du système de facturation des établissements, les données d'activité MCO sont transmises tous les trimestres aux ARH, qui notifient à l'assurance maladie les montants de remboursement. Les versements de chaque trimestre

¹ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information qui recense les données médicales des séjours des assurés. Il faut également rajouter les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des GHS, les autres prestations d'hospitalisation (dialyses, IVG, hospitalisation à domicile, urgences, prélèvements d'organes, consultations et soins externes, forfaits techniques) qui sont valorisées par des tarifs différents.

² A l'exception des hôpitaux locaux, de Mayotte, Saint Pierre et Miquelon, des établissements du service de santé des armées (SSA), de l'Institut National des Invalides (INI), qui sont entièrement financés par la DAF quelle que soit leur activité.

interviennent trois mois après la fin du trimestre considéré et sont effectués en trois fois : les montants relatifs aux activités réalisées au titre du premier trimestre sont ainsi versées en trois allocations mensuelles égales en juin, juillet et août¹.

Afin de limiter le risque de trésorerie lié à ce décalage de paiement et pour pallier le retard de la campagne budgétaire qui fait suite à cette réforme profonde, les DGF 2004 ont été reconduites au titre d'avances de janvier à mai. Cet apport de trésorerie sera régularisé ultérieurement au vu des montants qui seront effectivement facturés à l'assurance maladie².

Depuis juin 2005, les établissements perçoivent les nouveaux versements de la T2A : DAF, MIGAC, forfaits annuels, DAC et la part tarifée à l'activité.

Dans le secteur privé, le passage à la T2A conduit à l'instauration d'un système d'avances

La T2A est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2005 dans le secteur privé. Même si elle ne modifie pas substantiellement le financement des cliniques puisque leur financement reposait déjà sur la rémunération de l'activité (la réforme conduit à une forfaitisation de la rémunération au séjour (tarifs GHS³) en lieu et place des prestations élémentaires à la journée ou à l'acte), il n'en demeure pas moins que cette évolution exige des modifications importantes des systèmes informatiques et de facturation, comme pour les établissements anciennement sous DG.

La LFSS 2005⁴ a ainsi prévu un système d'avances de trésorerie pour les deux premiers mois de la mise en place de la T2A (mars et avril) : près d'un milliard d'euros a été versé à ce titre par la CNAM. Ces avances seront progressivement récupérées lors de la liquidation des factures ultérieures.

Toutefois, le système d'avances a été prorogé jusqu'en juillet pour les cliniques les plus en difficulté et les récupérations d'avances sont parfois étalées jusqu'à la fin de l'année. Fin juillet, il restait encore 120 M€ à récupérer sur la totalité des avances versées.

Le nouveau système de tarification conduit à des difficultés transitoires de suivi de l'activité

Pour les établissements publics et PSPH, la T2A introduit le versement d'allocations non forfaitaires calculées sur l'activité pour un montant correspondant à 25% de l'activité totale MCO des établissements en 2005⁵. Le calendrier de versement implique que le montant relatif aux activités du 4^{ème} trimestre ne sera connu qu'en février 2006⁶. Ce décalage a des conséquences sur la comptabilisation des provisions puisque l'intégralité de ce dernier trimestre doit faire l'objet de provisions portant sur un montant d'environ 2 Mds€. Cette estimation, inédite, sera d'autant plus difficile que l'on dispose de peu de recul sur les

¹ A titre dérogatoire, le versement de juin est lui même étalé en trois fois de juillet à septembre (arrêté du 30 mai 2005).

² Cf. arrêté du 30 mai 2005 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé.

³ Contrairement aux hôpitaux publics et PSPH, les GHS n'intègrent pas les honoraires des médecins libéraux qui sont désormais valorisés par la CCAM.

⁴ Cf. article 23 de la LFSS 2005.

⁵ Auxquels il faut rajouter les médicaments et dispositifs médicaux en sus des GHS.

⁶ Les données afférentes à l'activité sont transmises à l'ARH par chaque établissement un mois au plus tard après la fin du trimestre civil considéré. L'ARH a ensuite maximum 15 jours pour notifier l'arrêté à la caisse pivot chargé du versement.

données d'activité relatives aux établissements publics. En 2004, l'année de l'initialisation de la T2A, une erreur de prévision de 45M€ a porté sur seulement 10% de l'activité¹.

Pour les cliniques, l'estimation des provisions par les régimes sera plus délicate que les années précédentes car le système d'avances mis en place de mars à juillet altère le suivi conjoncturel de l'activité des cliniques. Il rend donc difficile l'estimation de la tendance annuelle de l'activité, déterminante pour l'estimation des provisions d'activité.

**Tableau 1 : Nouvelles dotations secteur public : objectifs en 2005
(en milliards d'euros)**

Avant la T2A Une dotation par établissement	Avec la T2A Plusieurs dotations par établissement			
DGF Dotation Globale de Financement	DAF Dotation Annuelle de Financement	activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation unités de Soins Longue durée (USLD) hôpitaux locaux, SSA et INI établissement public de santé de Fresnes établissements de Saint Pierre et Miquelon	Mensuelle	14,5
	DAC Dotation Annuelle Complémentaire	part forfaitaire de l'activité	Mensuelle	21,8
	Part tarifée à l'activité	valorisation des GHS IVG, dialyses hospitalisation à domicile, urgences, prélèvements d'organes, consultations et soins externes, forfaits techniques	Trimestrielle	7,0
		médicaments et dispositifs médicaux en sus des GHS	Trimestrielle	1,5
	Forfaits annuels	urgences, prélèvements d'organes, greffes	Mensuelle	0,8
	MIGAC Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation	enseignement, recherche, innovation	Mensuelle	4,7

Source : DHOS

¹ Les données d'activité retracées par le PMSI jusqu'en 2003 n'étant pas encore déterminantes pour la rémunération des établissements, elles n'étaient pas toujours exhaustives et bien renseignées. En 2004, les montants de la DGF étaient néanmoins modulées en fonction des remontées d'activité.