

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

jeudi 23 mars 2006

AVIS SUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ (T2A) ET LA CONVERGENCE TARIFAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (MCO)

Le présent avis a été adopté par les membres du Haut Conseil pour

l'Avenir de l'Assurance Maladie à la suite de sa séance

du jeudi 23 mars 2006 à l'exception des délégations CGT,

CGT/FO et de Monsieur Le Guen / Député.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

jeudi 23 mars 2006

AVIS SUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ (T2A) ET LA CONVERGENCE TARIFAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (MCO)

Dans cet avis, le Haut Conseil est bien conscient que les thèmes abordés tels que les nouvelles procédures d'allocation des moyens budgétaires, ne peuvent être pleinement appréhendés que dans un cadre plus complet qui étudierait, entre autres, l'articulation entre la politique tarifaire et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Les établissements de santé ont pour principal objectif de fournir des soins de qualité à tous les patients, et ce quelle que soit la caractéristique de l'établissement choisi (public, privé à but non lucratif, privé à caractère commercial). L'allocation des moyens budgétaires doit contribuer à atteindre cet objectif.

Le budget MCO des établissements de santé s'élève en 2005 à 42,5Md€

75% de ce budget sera à terme alloué sous l'empire de la tarification à l'activité. 20 % fait l'objet de contributions ad hoc (MIGAC, molécules onéreuses, dispositifs implantables et forfaits annuels,...) et 5% fait l'objet de contributions des organismes complémentaires et des assurés.

I LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

1) La T2A, un « nouveau » mode de financement, déjà appliqué dans de nombreux pays

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit une réforme majeure du financement de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, MCO) des établissements de santé (publics et privés) : la tarification à l'activité (T2A).

Cette T2A se substitue au mécanisme dit financement par « budget global » introduit en 1984/1985 pour les établissements publics et certains établissements privés participant au service public hospitalier et certains établissements privés à but non lucratif, et au mode de financement « au prix de journée » en vigueur dans les établissements privés à but lucratif et dans certains établissements à but non lucratif.

La T2A a pour but de fonder le financement des établissements sur l'évolution de l'activité permettant ainsi la couverture optimale des besoins de santé. Le mécanisme retenu a été conçu pour rendre l'allocation des ressources plus équitable et plus efficace et générer plus de dynamisme dans la gestion du secteur. L'objectif reste que les pathologies traitées « à égalité de qualité professionnelle » procurent des ressources équivalentes. Ajoutons qu'en adoptant une tarification à l'activité, la France rejoint la vingtaine de pays qui ont déjà mis en place ce mode de tarification.

Ainsi, les prises en charge sont désormais calculées à partir d'une analyse des coûts pour l'hospitalisation publique et classées dans une même échelle de GHS. Les moyens sont alloués aux établissements, compte tenu de l'évolution observée de l'activité, mais également dans le souci d'une convergence progressive vers cette échelle de GHS.

Le Haut Conseil avait, dans l'avis qu'il a adopté en janvier 2004, considéré que, s'il était correctement géré, ce nouveau système représenterait un pas positif (même s'il souffre des limites propres à une tarification au coût moyen). Plus rationnel et plus souple qu'un système fondé sur la reconduction de budgets « historiques » ou sur un paiement à la journée, la T2A devrait en effet permettre aux gestionnaires hospitaliers, par l'exploitation d'outils de gestion comme la comptabilité analytique, le contrôle interne et le contrôle de gestion, les analyses comparatives enfin, de déterminer les zones d'amélioration du service hospitalier.

Si le Conseil soutient donc cette option, il tient à souligner deux conditions nécessaires à sa réussite, faute desquelles les attentes de la réforme engagée ne seront pas atteints :

- dès lors que le dynamisme d'activité est reconnu par ce nouveau mécanisme d'allocation budgétaire, il convient d'améliorer les outils d'évaluation et de renforcer simultanément la qualité de l'évaluation du service rendu et, plus encore, l'opposabilité de cette évaluation, de telle manière que l'on ne retrouve pas les effets pervers du mécanisme du prix de journée (effets pervers que renforce la mécanique d'une tarification au coût moyen) ;
- dès lors que la T2A implique rigueur et réactivité, les gestionnaires hospitaliers doivent disposer d'instruments – en termes de gouvernance et de souplesse de gestion sur l'ensemble des chapitres budgétaires – pour mener à bien les restructurations qui s'imposeront. Le Haut conseil évaluera dans une prochaine séance l'adéquation des instruments disponibles à ces enjeux et préconisera toute mesure adaptée prolongeant la réforme engagée de la gouvernance des établissements publics.

Traditionnellement on parlait d'établissements « sous dotation globale » et d'établissements « sous objectif quantifié national ». Mais cette classification est incomplète et ne permet pas de tenir compte des spécificités et de la diversité de l'ensemble des établissements de santé. En effet il convient de mener un traitement statistique et des évaluations propres à chacun des secteurs suivants :

- ex-sous dotation globale : établissements publics, établissements privés participant au service public hospitalier ;
- ex-sous OQN : établissements privés à caractère commercial, établissements privés à but non lucratif.

2) T2A au sein des établissements anciennement sous dotation globale : la convergence doit être « soutenable »

Tarifier les hôpitaux publics à l'activité a pour conséquence de « réallouer » un budget donné en fonction des critères d'activité en faisant converger les moyens vers une référence commune représentative de l'ensemble du MCO des établissements publics. Cette référence a été établie sur la base des coûts constatés sur un échantillon d'établissements.

Pour chaque établissement, on valorise son activité en fonction des tarifs de référence et on calcule la dotation qui devrait lui être alors accordée dans la logique de la T2A. En comparant sa dotation globale « du moment » à la dotation T2A, on est en mesure de calculer l'écart de l'établissement par rapport à la référence cible et de déterminer si l'établissement est « surdoté » (pour une activité donnée – en base 2004 – sa productivité est inférieure à la moyenne) ou au contraire s'il est « sousdoté ».

Le passage de la dotation globale à la T2A se fait de façon progressive sur sept ans. Ainsi la dotation T2A s'est élevée à 10% en 2004 et 25% en 2005 en complément d'une

dotation – la DAC – représentant respectivement 90 et 75% de l'enveloppe totale. On envisage pour 2006 un partage 35/65.

Compte tenu de l'actuelle référence retenue, la convergence ne change pas en tant que telle la productivité moyenne du secteur public ; à ce titre, elle constitue un mécanisme de résorption des écarts entre établissements antérieurement sous dotation globale. L'une des questions centrales de la réforme porte sur la soutenabilité de cette convergence.

Dans cette évaluation, on ne peut faire abstraction de l'évolution globale de l'ONDAM. Toutes choses égales par ailleurs, la convergence est plus aisée si le taux pilote d'évolution des dépenses est élevé : les efforts demandés aux établissements « surdotés » sont plus facilement gérables si le tarif moyen progresse vivement. Compte tenu de l'appréciation faite sur les marges de productivité du système hospitalier et des orientations retenues dans la programmation à moyen terme des finances publiques, il faut raisonner sur une enveloppe globale strictement contenue. C'est dans ce cadre qu'il faut apprécier la soutenabilité du processus de convergence.

Comme cette convergence va soumettre un nombre significatif d'établissements à de fortes contraintes, il faut éviter de biaiser le principe en contournant les difficultés de mise en œuvre par des systèmes de dérogation, par des ajustements de compensation sur d'autres types de recettes quitte à en fausser la logique d'attribution, ou qu'elles provoquent des effets pervers (report de charges, inflation du nombre des admissions, dérives des codages vers les pathologies les plus lourdes, sélection des GHS ou des patients au sein des GHS, ajustement par la qualité des soins, etc.).

Le Haut Conseil recommande que les pouvoirs publics soient attentifs à tous les « signaux » qui donneraient à penser que ces « effets pervers » remettraient en cause la vocation de l'hôpital à prendre en charge tous les types de soins. Par ailleurs, il convient de déployer une politique efficace de contrôle des tarifications.

Ces risques, inhérents à la tarification à l'activité, seront plus facilement contenus si la convergence des établissements « surdotés » se fait à une allure cohérente avec les marges réelles dont disposent les gestionnaires (ajustements d'activité et/ou de moyens).

Globalement les ajustements de moyens résultant de la montée en puissance de la T2A n'ont pas d'une année sur l'autre d'incidence brutale. Les diminutions de moyens alloués aux « surdotés » au terme du processus seraient – aux volumes d'activité et tarifs actuels – de 1,19Md€ soit 7,2% de leur budget initial (taux de variation annuel moyen sur la période de 8 ans de -0,93%) ; dans le même temps les gains de moyens alloués aux « sousdotés » au même terme seraient de 1,19Md€ soit 7,8% de leur budget initial (TCAM de +0,95%). Les adaptations requises portent ainsi chaque année sur une faible fraction du budget total.

Toutefois une approche globale – pour justifiée qu'elle soit – ne rend pas compte des incidences par établissement qui peuvent s'écarter substantiellement de l'écart moyen. Le Haut Conseil, après avoir analysé la dispersion des écarts, a constaté que, sans être massive, la dispersion des établissements était significative. Si 70% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la référence et connaîtraient dès lors des ajustements annuels crédibles, pour de nombreux autres les évolutions de leurs moyens seraient sensibles. Pour les « surdotés », les efforts de productivité à réaliser (sauf à postuler que leur activité progresse très sensiblement) sont importants. Pour les « sousdotés », on doit se poser la question de l'emploi rationnel du surcroît de moyens qui leur seraient attribués (ils pourraient utilement participer à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient ou à l'adaptation de l'offre hospitalière dans des domaines où les besoins sont inégalement ou insuffisamment satisfaits).

La montée en charge de la T2A dans les établissements anciennement sous dotation globale requerra sans doute des procédures d'accompagnement, telles que celles annoncées dans la circulaire pour la campagne tarifaire 2006¹, notamment pour les établissements surdotés les plus éloignés de la référence moyenne afin de leur permettre de mobiliser les gains de productivité.

Dans ces conditions le Haut Conseil² considère que la réforme de la T2A est soutenable dans les conditions de progressivité qui sont actuellement prévues et qu'il n'y a pas lieu de retarder la date cible de convergence de 2012.

3) T2A au sein du secteur antérieurement sous OQN : une hétérogénéité plus limitée que dans le public

Le 1^{er} mars 2005, les établissements privés anciennement sous Objectif Quantifié National sont passés à un système reposant pour l'essentiel sur un remboursement de l'activité à partir d'une nouvelle échelle tarifaire. Comme pour le secteur public un coefficient géographique de majoration tarifaire est appliqué à certains départements. De plus, pour les établissements qui étaient auparavant classés en « soins particulièrement coûteux en chirurgie » (environ 400 établissements sur 1200), un coefficient de haute technicité est appliqué (ces majorations représentent un total d'environ 200 millions d'euros).

Une période de transition est ouverte entre 2005 à 2012 afin d'aller progressivement vers une allocation sur la base de tarifs nationaux. La logique de convergence dans le secteur privé est ainsi, pour partie, du même ordre que pour le secteur public : champ MCO, progressivité vers une référence calée sur la « valeur » moyenne du secteur (et non sur les établissements les plus productifs). Mais contrairement au secteur anciennement sous dotation globale, la référence retenue ici est calée sur les tarifs facturés aux régimes d'assurance maladie et non pas sur les coûts observés.

La référence aux tarifs ne peut être rapprochée de la référence aux coûts que si la première – sur le plan global comme par GHS – « n'abrite » ni excès ni insuffisance par rapport aux coûts. Elle doit permettre aux établissements et à leur personnel de disposer de conditions de travail convenables ; elle doit assurer aux cliniques privées une rentabilité raisonnable.

Le Haut Conseil constate que la dispersion des établissements en termes d'écart par rapport à la moyenne est bien moins importante que dans le secteur anciennement sous dotation globale (environ 88% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la moyenne). Pour l'essentiel des établissements la « convergence » au rythme convenu ne devrait pas poser de problèmes sensibles en termes de contrainte pour les surdotés et en

¹ Cette circulaire précise que, pour redonner les marges de manœuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements, une réserve de près de 174 millions d'euros a été constituée. Cette marge de manœuvre supplémentaire dite « enveloppe régionale de contractualisation » est destinée en priorité à « soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre ».

² La CGT ne partage pas cette appréciation positive de la T2A.

Elle considère que ses fondements méthodologiques sont critiquables et qu'on s'enlisera fatalement dans un engrenage, la « logique des verrues », où l'on s'épuise à multiplier les GHS pour mieux coller à la réalité et où on est condamné à mettre en place des forfaits « de correction », ce qui rend la réforme illisible, difficilement maîtrisable et, à la limite, inflationniste.

Privilégiant les actes techniques dits « classants », la T2A comporte un risque majeur de sélection de la clientèle. Les établissements risquent de tendre à se spécialiser sur les actes les plus rémunérateurs, sans que cela corresponde aux besoins sanitaires de la population.

La CGT n'a donc pas approuvé le présent avis.

termes d'effet « d'aubaine » pour les sous-dotés. L'écart entre la moyenne et les premiers déciles (les plus performants) n'est pas considérable. Se donner pour cible de la convergence intra-secteur l'une ou l'autre de ces références n'a pas une incidence massive.

4) la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé

Dès lors qu'on a choisi de rémunérer les établissements de santé suivant la même logique et à terme sur des références communes, il est cohérent de considérer que ces références doivent être les mêmes quel que soit le secteur d'activité des établissements (hôpitaux publics, PSPH et cliniques privées). C'est en ce sens que le Parlement a arrêté l'option de la convergence entre secteurs et souhaité qu'elle soit progressivement mise en œuvre d'ici 2012.

Ce principe n'est contesté par aucune des Fédérations professionnelles concernées.

Mais on achoppe sur l'analyse concrète des écarts entre secteurs : quelle est leur ampleur ? les indicateurs disponibles sont-ils pertinents ?

Le débat sur cette question est complexe – et souvent passionnel. Le législateur, lorsqu'il évoque la convergence des tarifs, précise qu'elle doit être atteinte « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs.* »

Dans son avis rendu le 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, le Haut Conseil faisait remarquer que : « *Depuis qu'une étude officielle s'est efforcée, en 2002, de mesurer la différence moyenne des coûts de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur privé, et qu'elle a conclu à un écart de 30% à 40% sur la valeur de Point ISA, le débat sur le caractère structurellement plus onéreux de l'hôpital public a focalisé toutes les attentions. Toutefois le Haut Conseil constate, et déplore, le caractère insuffisamment instruit de ce dossier, qui rend encore incertaine, pour l'instant, toute comparaison sérieuse. Un constat chiffré n'a de sens que lorsqu'on peut commencer à l'expliquer, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne résulte pas d'un artefact ou d'une erreur de méthode. Or, faute d'études plus poussées, faute d'harmonisation des données disponibles, et peut-être aussi parce qu'a manqué, jusqu'à présent, la volonté partagée de progresser, les justifications de cet important écart de 30% à 40% sont restées essentiellement qualitatives.* »

Ce déficit de connaissances explique que, au-delà d'un accord de principe sur la convergence, la FHF et la FHP évaluent de façon radicalement différente la situation actuelle. Pour la FHF, les spécificités de l'hôpital public expliquent une grande partie de « l'écart apparent » de coûts. La FHP estime que ces spécificités ne sont pas – et de loin – telles qu'elles justifient les écarts de tarification actuelle.

La priorité dans ce chantier consiste à déterminer l'ampleur et la nature des écarts.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a entrepris un important travail d'harmonisation avec les fédérations hospitalières. L'année 2005 a été consacrée à des travaux sur les études de coûts (définition de la méthodologie de l'étude nationale des coûts dans le secteur public, lancement d'une étude similaire pour le secteur privé à partir des coûts 2004 et 2005 ; définition de la méthodologie commune de l'ENC public/privé, etc.). Le lancement de l'ENC commune doit avoir lieu en 2006 et les résultats sont attendus au cours du second semestre 2007. Cela signifie clairement qu'on ne disposera pas d'analyse précise sur les écarts de coûts avant cette date.

Nous serons, au terme de ce programme d'études, proches de l'échéance intercalaire de 2008. Etre en mesure, à cette date, de mesurer objectivement les écarts non fondés sur des

différences dans la nature des charges, permettra de vérifier si l'on est loin ou proche de l'objectif de 50% de résorption des écarts.

1° Le Haut Conseil rappelle la nécessité de mener à bien les travaux programmés qui permettront seuls de mesurer et de qualifier avec plus de sécurité les écarts de coûts entre secteurs.

Dans cette perspective, il réaffirme l'importance de progresser dans la démarche de convergence.

2° Pour éviter les effets d'aubaine injustifiés pour le secteur privé et garantir la tenue d'un ONDAM à des niveaux cohérents, cette convergence doit s'effectuer vers le secteur le plus efficient. Une convergence vers ce secteur dont les tarifs évolueraient de façon à lui permettre de maintenir la qualité de ses services, de bonnes conditions de travail et sa rentabilité, constitue une référence logique de nature à assurer une bonne utilisation des ressources publiques.

3° Cette référence est exigeante et on ne peut y parvenir que de façon progressive. Forcer l'allure dès lors que l'écart initial entre secteurs serait élevé, serait en effet irréaliste. La résorption rapide d'un tel écart par l'adoption de normes différentes d'évolution des tarifs, couplée avec la convergence au sein du secteur public, exposerait celui-ci à des tensions et à des risques excessifs³.

4° Le Conseil prend par ailleurs acte de l'option retenue par le gouvernement pour 2006 de suspendre l'effort de convergence tarifaire intersectorielle.

C'est donc à partir de 2007, l'année même de l'achèvement du programme d'études défini par la DHOS, qu'il conviendra au vu des résultats d'engager la démarche de convergence.

II LES DOTATIONS SPÉCIFIQUES

Certaines dépenses, par leur nature, ne sont pas – ou pas aisément – intégrables dans les GHS. C'est le cas notamment des charges d'enseignement et de recherche.

Il est donc logique de les attribuer, à côté de la dotation fondée sur l'activité, en fonction de critères spécifiques.

1) Ces dotations – MIGAC notamment – sont d'un montant élevé, très fortement concentrées sur le secteur public (corollaire du poids des MERRI) et variables selon les établissements.

Les pouvoirs publics ont entrepris un louable effort de clarification : définition du champ, détermination des enveloppes sur la base de reclassements comptables objectifs notamment. Ils ont entrepris de « sortir » de l'approche forfaitaire qui prévalait depuis en

³ L'analyse qui suit, qui n'est en rien une prévision ou un objectif, vise à mesurer « à plat » le type de contrainte tarifaire liée à la convergence. Ainsi sous l'hypothèse – arbitraire dans l'état actuel de nos analyses – d'un écart public/privé de 20%, si l'on veut faire converger à l'horizon 2012 les établissements publics sur le niveau moyen des tarifs du secteur privé actualisés à 3% par an (taux d'évolution voisin du salaire moyen par tête), il faut faire évoluer les tarifs du public au rythme de -0,2% par an. Dans un tel schéma, les tarifs augmenteraient globalement de 0,2% par an.

reclassant les MERRI en une partie « fixe » - au demeurant variant selon la catégorie des établissements – et une partie variable.

Cet effort doit être poursuivi pour aboutir, dans la transparence, à justifier de façon objective les dotations.

Cet effort est d'autant plus nécessaire que

- le coefficient initial de 13% n'avait pas fait, semble –t-il, l'objet de travaux suffisants pour l'étayer. Or le processus actuel se situe largement dans la continuité de ce chiffre que certains estiment infondé.
- la partie variable de l'enveloppe MIGAC est assise sur les données du retraitement comptable dont il faut souligner le caractère déclaratif ; par ailleurs, les évaluations retenues pour certaines missions dépendent largement de la qualité de la comptabilité analytique des établissements hospitaliers.
- Les enveloppes MERRI variables et les MIG hors MERRI sont potentiellement inflationnistes dans la mesure où elles sont financées aux établissements au coût observé.
- La pertinence de certaines activités financées dans le cadre des MIGAC est difficile à évaluer (consultations pluridisciplinaires et spécifiques par exemple).
- la forte croissance des MIGAC suscite appréhension et méfiance. Comme l'enveloppe des MIGAC vient en préciput dans l'ONDAM, sa croissance, toutes choses égales par ailleurs, pèse sur l'enveloppe distribuée au titre de l'activité. On n'empêchera les gestionnaires des cliniques privées d'une part, ceux des établissements publics « peu » dotés en MIG d'autre part de se sentir pénalisés que si on leur donne une information transparente et complète sur ces postes et leur évolution (en distinguant ce qui résulte d'un accroissement des dépenses éligibles et de reclassement de dépenses). Dans le débat sur la convergence public/privé, la FHP peut, faute d'information, craindre que le développement des MIGAC permette de contourner artificiellement les efforts « affichés » de convergence. En outre, une progression non maîtrisée des MIGAC remettrait en cause la logique même de la tarification à l'activité.

C'est le cas en 2006 où on note une forte augmentation des MIGAC (+ 12,6% par rapport aux bases 2006).

2) Les efforts de rigueur demandés à tous doivent s'étendre aux champs financés sur dotations spécifiques. Pour certaines des enveloppes concernées, il faut vérifier que les dépenses sont fixées selon des critères rigoureux – et en rendre compte. Quand elles consistent en remboursement à l'euro/l'euro, il faut s'assurer que cette procédure n'a pas de caractère inflationniste.

3) la détermination des tickets modérateurs dans le nouveau contexte budgétaire fait l'objet d'un début de débat. Le Haut Conseil examinera ce problème dans une prochaine séance ; il lui semble raisonnable de ne pas le réduire au choix de la base (TJP ou pourcentage des GHS) mais de le resituer dans l'analyse d'ensemble du reste à charge des ménages à l'hôpital qu'il a entamée dans sa note et son avis du 27 octobre 2005.