



REFONDER LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE AU SERVICE DU PATIENT

Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale

Rapport d'information présenté par Jacky LE MENN et Alain MILON, sénateurs

Rapport n° 703 (2011-2012)

Huit ans après l'introduction de la tarification à l'activité dans les établissements de santé comme mode de financement de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) a souhaité analyser les caractéristiques d'un modèle fréquemment décrié, comprendre la façon dont il a été mis en œuvre et tracer des pistes d'évolution.

La Mecss ne remet pas en cause le principe de la T2A dont les atouts sont indéniables mais elle préconise une meilleure prise en compte de certaines activités médicales, des missions d'intérêt général, ainsi que des inégalités territoriales de santé et des coûts fixes qu'engendre la présence hospitalière dans une zone isolée ou peu dense.

En outre, la Mecss estime que la T2A, plus centrée sur la maladie que sur le malade, peut constituer un handicap pour la mise en place d'un parcours de santé ; elle propose de lancer rapidement, pour certaines pathologies, des expérimentations en vue d'instaurer un financement global qui comprenne la prise en charge en ville et en établissement.

- La loi de financement de la sécurité sociale a fixé les dotations de l'assurance maladie aux établissements de santé à 74,6 milliards d'euros pour 2012 dont 55,3 milliards pour ceux tarifés à l'activité. Le déficit global des établissements publics de santé (488 millions d'euros en 2010) est concentré à 80 % sur moins de cinquante établissements, pour l'essentiel des centres hospitaliers universitaires (CHU). Les cliniques privées, dont 28 % étaient en déficit en 2010, font face à une baisse tendancielle de rentabilité économique.

- Le plan « Hôpital 2007 » a conduit au **doublé des investissements** des établissements publics entre 2002 et 2010, année où ils ont atteint 6,4 milliards d'euros. De fortes lacunes sont apparues en termes de sélection et d'opportunité des projets et **la dette publique hospitalière a doublé** depuis 2005 (24 milliards d'euros en 2010).

- Jusqu'en 1984, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par des **prix de journée** ; ce modèle fortement inflationniste ne correspond à aucune pertinence dans la prise en charge des patients, les structures ayant intérêt à les garder plus longtemps que nécessaire. Le développement des techniques médicales le rend plus inadapté encore aujourd'hui en MCO.

A partir de 1984, les prix de journée ont été remplacés par une **dotation globale**, qui reconduisait quasi mécaniquement les budgets année après année. Certes, ce système permet de maîtriser l'enveloppe de dépenses, mais il présente des inconvénients majeurs : immobilisme, absence d'adaptation des activités hospitalières aux besoins de santé sur le territoire.

- Pour pallier les défauts des systèmes antérieurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit la **tarification à l'activité (T2A)**. La France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe de **tarifs**, correspondant chacun à un **paiement forfaitaire par type de séjour donné**. Trois effets principaux étaient attendus de la réforme : transparence, équité et efficience.

Les financements à base de **tarifs** (GHS et suppléments pour certains services) représentent **75 % de l'activité MCO**, c'est-à-dire 41,5 milliards sur 55,3 en 2012.

Certaines prestations ne font pas l'objet d'un tarif (médicaments onéreux, dispositifs médicaux implantables, urgences et coordination des greffes et des prélèvements d'organes), soit un total de 5,3 milliards en 2012.

Enfin, les **missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation** sont financées selon des modalités spécifiques. Cette enveloppe Migac s'élève à 8,5 milliards en 2012, soit 15 % du champ de la T2A.

Le processus statistique qui aboutit à la fixation des tarifs est complexe et présente des faiblesses qui fragilisent l'ensemble du modèle.

1. Revoir le périmètre et le fonctionnement de la T2A en MCO

- La T2A est **peu adaptée** à certaines **activités** : celles soumises à des normes réglementaires fixant des seuils d'encadrement des patients ; celles qui sont difficilement « standardisables » (par exemple, la réanimation) ; celles réalisées dans des zones peu denses ou isolées mais indispensables à la couverture des besoins sanitaires.

La Mecss propose de réunir des conférences de consensus pluridisciplinaires pour définir, sur des critères médicaux, les activités pouvant relever d'un financement au séjour. Celles qui n'en relèvent pas pourraient être financées soit en sortant de la logique des tarifs pour aller vers un système plus forfaitaire, soit en prévoyant une dotation minimale de fonctionnement constitutive d'une fraction des coûts fixes.

- La T2A valorise mieux les actes techniques et est davantage adaptée à la chirurgie et à l'obstétrique qu'à la médecine.

La Mecss estime nécessaire d'adopter une nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) permettant de financer plus justement le temps médical passé.

- Les grilles tarifaires des secteurs public et privé ne recouvrent pas les mêmes charges ; les comparer nécessite donc de complexes retraitements statistiques qui rendent le processus artificiel.

En conséquence, la Mecss recommande de développer plus largement la comptabilité analytique dans les établissements, d'élargir l'échantillon utilisé pour calculer les coûts moyens et d'expérimenter, sur certains actes et prestations, le calcul d'un coût de référence cible, et non plus moyen.

Elle propose également de donner plus de visibilité aux établissements en décalant au 1^{er} juillet la date d'entrée en vigueur des tarifs, soit quatre mois après leur publication par le ministère.

Constatant que les clivages sont devenus, sans raison, quasiment idéologiques, la Mecss recommande de suspendre la convergence tarifaire.

- Investissements immobiliers des hôpitaux

La Mecss estime illégitime que les tarifs les financent, comme aujourd'hui, et juge nécessaire de s'orienter vers un financement qui ne soit pas directement lié à l'activité, en privilégiant une logique de contrat de projet pluriannuel et en faisant appel à des ressources du type « Grand emprunt ».

- Les Migac, qui étaient réparties en 93 missions en 2010, constituent un ensemble hétéroclite dont les contours ont fluctué au cours des premières années de la T2A.

La Mecss recommande de mettre à plat l'ensemble des Migac par un travail contradictoire entre les différents acteurs et dans l'objectif de simplifier et clarifier la dotation.

Considérant que les activités de recherche et d'enseignement relèvent de la compétence de l'Etat et que leur augmentation a pesé sur l'Ondam en tant qu'enveloppe fermée, la Mecss souhaite que ces crédits soient repris dans le budget de l'Etat, sans diminution de l'Ondam.

- En fonction des prévisions d'activité pour l'année à venir, le ministère de la santé ajuste chaque année les tarifs pour respecter l'Ondam ; ils ont en pratique baissé continûment car les prévisions d'augmentation des volumes étaient supérieures à l'Ondam. Ce mode de **régulation macro-économique des dépenses** aboutit à une couverture de plus en plus difficile des coûts par les tarifs. Un établissement dont l'activité croît, mais moins vite que la prévision nationale, voit ses recettes stagner ou diminuer, ce qui est très démotivant pour les équipes.

Depuis 2009, la régulation des dépenses passe également par la **mise en réserve** annuelle d'une part des Migac, en particulier les aides à la contractualisation. Mal compris par la communauté hospitalière, ce gel est peu efficace économiquement et pèse, de manière inopportune, sur les établissements du secteur public qui ont besoin de ce type de crédits.

La Mecss demande une réforme globale de la régulation des dépenses pour la rapprocher de l'évolution propre à chaque établissement et éviter la mise en réserve infra-annuelle de crédits budgétaires. Des tarifs fixés de manière pluriannuelle, afin d'améliorer la visibilité des établissements sur leurs ressources, pourraient s'appliquer jusqu'à un certain volume d'activité, des tarifs dégressifs étant employés au-delà.

- La T2A peut faire obstacle aux coopérations car les établissements n'ont pas intérêt à partager l'activité.

La Mecss estime nécessaire de contrecarrer ce phénomène en donnant aux ARS les moyens d'attribuer des financements temporaires pour accompagner les coopérations hospitalières.

- En l'absence de pilotage national, les **systèmes d'information**, qui sont essentiels à la fois pour le codage des séjours et pour répondre à des enjeux sanitaires plus larges, sont aujourd'hui très hétérogènes, comme l'est l'organisation des **départements d'information médicale (DIM)**.

La Mecss recommande de mettre en œuvre un plan de mise à niveau et de coordination des systèmes d'information hospitaliers et de s'engager dans la professionnalisation de la filière des DIM.

- S'ils sont pleinement acceptés dans leur principe, **les contrôles effectués par l'assurance maladie** sont aujourd'hui mal vécus par les personnels hospitaliers qui les ressentent comme effectués systématiquement à charge et à la limite de la remise en cause des décisions thérapeutiques.

Pour restaurer la confiance, la Mecss préconise de transformer la commission de contrôle placée auprès de l'ARS en une commission de concertation ouverte aux fédérations, de renforcer le pilotage national pour éviter les trop grandes disparités régionales et d'élargir la composition des équipes de contrôle à des praticiens vacataires exerçant en établissement.

2. Garantir la qualité de la prise en charge des patients

- La T2A présente des risques inhérents que le modèle doit prendre en compte, notamment l'inflation et le **séquençage des séjours**.

D'autres facteurs extérieurs vont dans le même sens : selon les informations recueillies par la Mecss, un nombre non marginal d'actes est pratiqué uniquement par mauvaise appréciation du principe de précaution et pour se prémunir d'éventuels contentieux.

La Mecss demande à la Haute Autorité de santé de mettre en place plus rapidement ses référentiels et guides de bonnes pratiques et propose de créer des observatoires de la qualité et de la pertinence des soins au sein des ARS.

En outre, les études de médecine doivent intégrer une dimension médico-économique et de sensibilisation à la pertinence des soins.

- Une démarche de qualité nécessite le recueil d'indicateurs nombreux dans des domaines variés (taux de mortalité, durée des séjours, infections nosocomiales, procédures de gestion des risques et de sécurité...). Elle apparaît donc **difficilement modélisable dans le système de financement** sous la forme de bonus.

Avant d'envisager la mobilisation de l'outil tarifaire, la Mecss recommande de déployer une véritable stratégie de la qualité supervisée par une autorité indépendante et dotée de l'autorité suffisante.

Des indicateurs fondés scientifiquement doivent être partagés entre les acteurs et publiés largement ; ils doivent comporter des enquêtes de satisfaction auprès des patients et des personnels soignants.

La Mecss propose également de ne pas rembourser certains séjours lorsque surviennent des événements indésirables et de dédier, dans les dotations non tarifaires, une enveloppe propre à la qualité des soins, attribuée sur appel à projets.

- Le développement des **pathologies chroniques**, qui touchent aujourd'hui quinze millions de Français, rend nécessaire une évolution de la prise en charge des patients, d'autant que de nombreuses **hospitalisations**, en particulier de personnes âgées, sont **évitables**. Un double objectif doit être poursuivi : améliorer la qualité et maîtriser les dépenses.

Une réponse structurelle est impérative, elle réside dans une réorganisation profonde du système sanitaire pour s'engager sur la voie d'un **parcours global de santé**. Cela suppose de créer les conditions d'une coordination entre les professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral ou en établissement.

En termes de financement, **la T2A, centrée sur la maladie plus que sur le malade, peut être un handicap** pour le développement d'une telle logique de parcours.

La Mecss recommande d'engager dès à présent la réflexion sur une tarification « au parcours », en identifiant les pathologies qui pourraient faire l'objet d'une expérimentation.

3. Le risque d'une extension prématurée de la T2A hors MCO

La T2A est censée être étendue aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) le 1^{er} janvier 2013, aux hôpitaux locaux le 1^{er} mars 2013 et dans un avenir plus lointain aux soins psychiatriques.

La Mecss recommande de suspendre le passage des hôpitaux locaux à la T2A et de lancer une réflexion stratégique sur la place de ces établissements de proximité dans le système de santé.

Elle propose de saisir l'occasion de la réforme du financement des SSR pour expérimenter la tarification « au parcours ».

Elle estime que toute réforme du financement des soins psychiatriques doit être conditionnée à un processus de rapprochement et d'évaluation des pratiques professionnelles.



Mission d'évaluation
et de contrôle
de la sécurité sociale



Président : Yves Daudigny

Sénateur de l'Aisne



Rapporteur : Jacky Le Menn

Sénateur d'Ille-et-Vilaine



Rapporteur : Alain Milon

Sénateur de Vaucluse