
SYNTHESE

Les quelques mesures de régulation intervenues en 2002 ont eu des effets limités par comparaison avec les tendances spontanées de l'offre et de la demande, et avec d'autres décisions prises par les pouvoirs publics, qui ont contribué à l'accélération des dépenses.

L'exercice 2002 s'est en réalité déroulé hors de tout système de régulation et même hors de tout cadre de référence, aucune loi de financement rectificative n'étant venue, en cours d'année, adapter les objectifs et les moyens à l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique et de la politique des pouvoirs publics.

L'accélération des dépenses et l'écart entre l'objectif et le résultat montrent à la fois que l'objectif n'avait pas été fixé de manière réaliste par rapport aux moyens de régulation mis en œuvre et que les instruments eux-mêmes étaient insuffisants.

C – Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2002

a) Les délégations de crédits

L'arrêté du 30 avril 2002 a fixé, pour les établissements sous dotation globale, d'une part, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées et, d'autre part, au sein de l'ONDAM, l'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie qui constitue la ressource essentielle des hôpitaux (groupe 1), les autres principales recettes étant issues du ticket modérateur et du forfait journalier (groupe 2)⁷.

7. L'hôpital dispose en outre de recettes qui ne sont pas issues de l'activité hospitalière, les recettes du groupe 3 (produits du patrimoine, prestations de services rendus etc) et du groupe 4 (transferts de charges).

L'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées a été fixée (hors unités de soins de longue durée – USLD -) à 44 242 M€ en métropole⁸, soit + 4,54 % par rapport à la base de référence 2001 corrigée des effets de champ.

L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie s'élève au sein de l'ONDAM (métropole, y compris les dépenses du service de santé des armées et de l'Institut national des invalides, USLD inclus) à 42 843 M€, RTT incluse, soit une progression de 4,81 % par rapport à l'objectif final de 2001.

Cet objectif tient compte de l'augmentation, estimée à 0,27 %, de la part de la dotation globale dans l'ensemble des recettes des hôpitaux, du fait de la non revalorisation du forfait journalier et de la prise en charge par l'assurance maladie de dépenses jusque là financées par des recettes de groupe 2.

b) Les dépenses identifiées

Les dépenses de personnel ont été majorées depuis 2000 par la mise en œuvre de nombreuses mesures nouvelles. Par ailleurs, chaque année, est désormais identifiée une enveloppe destinée au financement de mesures de santé publique.

Le coût des protocoles

Aux protocoles de mars 2000 en faveur du service public hospitalier et de mars 2001 sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière (FPH), se sont ajoutés les protocoles de septembre et octobre 2001, relatifs à la mise en place de la RTT pour les personnels de la FPH et pour le personnel médical.

Au total, y compris une provision de 0,36 % au titre des mesures non encore chiffrées, les mesures relatives aux personnels devaient représenter en 2002 une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de 1 381 M€ en métropole, dont 481,68 M€ au titre de la RTT. S'y ajoute le financement par le budget de l'Etat du dispositif prévu par le protocole du 14 mars 2000 pour assurer le remplacement des agents absents, à hauteur de 305 M€ pour chacune des années 2000 à 2002.

8. Les soins de longue durée sont fixés à 1 301 M€, soit un total de 45 543 M€ pour la métropole. Pour les DOM, le taux d'évolution est fixé à 6,13 %, RTT incluse.

Les mesures de santé publique

En 2002, deux enveloppes spécifiques ont été définies au sein des dotations régionales, consacrées au financement des molécules coûteuses et aux programmes de santé publique. Dotée de 165 M€, la première enveloppe était elle-même répartie en trois sous-enveloppes destinées à la prise en charge des traitements de la polyarthrite rhumatoïde et des molécules innovantes en cancérologie, la troisième étant laissée à l'initiative des ARH. Les ARH devaient ainsi pouvoir prendre en charge de nouveaux médicaments, en contrepartie d'engagements de bon usage et d'élaboration de bonnes pratiques.

Les autres mesures de santé publique font l'objet de la « dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins » d'un montant de 168 M€, dont l'affectation relève des ARH, dans le cadre de priorités nationales.

c) Les crédits alloués en fin d'exercice

La campagne budgétaire 2002 a nécessité deux arrêtés et quatre circulaires, qui ont modifié les bases de référence 2001 et les dotations elles-mêmes.

L'enveloppe nationale des dépenses encadrées a été divisée, comme chaque année, en dotations régionales, elles mêmes décomposées en dotations régionalisées allouées en début d'année et en dotations complémentaires versées ultérieurement. La Cour a déjà critiqué cette procédure qui place les ARH en campagne budgétaire permanente⁹.

La somme des dotations régionales distribuées a évolué au fur et à mesure de la campagne. En fin de campagne, une fois la totalité de l'enveloppe répartie, un écart subsiste entre la somme des dotations régionales et le montant total annuel des dépenses encadrées, tel que fixé par arrêté, pour deux raisons : l'une, structurelle, correspond à des enveloppes que le ministère gère directement¹⁰ ; l'autre est propre à l'année 2002.

En septembre 2002, le montant des dépenses encadrées a été, en effet, réévalué de 300 M€, somme intégrée dans le rebasage exceptionnel

9. Des dotations complémentaires ont été attribuées en avril, septembre et novembre 2002. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

10. Il s'agit des dotations du service de santé des armées, de l'institut national des invalides et de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes.

de l'ONDAM hospitalier de 700 M€ annoncé à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2002¹¹.

La dotation de 300 M€ destinée au soutien des établissements devait financer trois types de mesures : des mesures de santé publique et d'organisation des soins (39,5 M€), des mesures relatives au personnel et non encore financées (143,2 M€), enfin le soutien budgétaire, c'est-à-dire la réponse aux « tensions budgétaires » invoquées par les établissements et susceptibles de générer des reports de charges. Ce rebasage a permis de régler certaines situations de tensions budgétaires, dues notamment à la sous-évaluation de l'impact financier du protocole « filières » de mars 2001. Mais, selon le ministère, ces abondements n'ont pas permis de régler la totalité des situations budgétaires délicates.

Les 368 M€ dégagés pour financer les surcoûts du compte épargne temps (CET) dans le cadre de la RTT des établissements sanitaires ont été versés par l'assurance maladie à un fonds créé par la LFSS 2003 au sein du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Ces crédits sont destinés à compenser, pour l'ensemble des établissements y compris sociaux et médico-sociaux, le fait que les personnels ont dû voir leurs droits à congés (de 2002 et 2003 et, pour les médecins, de 2004) transférés dans le CET en raison de l'impossibilité de procéder à la totalité des recrutements prévus. En régime de croisière, les hôpitaux alimenteront le CET. Cette somme de 400 M€ est incluse dans la base de l'ONDAM 2003 mais n'entre pas dans les dépenses encadrées.

11. Soit 300 M€ au titre du règlement des difficultés budgétaires et 400 M€ destinés à financer les surcoûts du compte épargne temps (CET) dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

*d) Le bilan synthétique de la campagne budgétaire***Bilan de la campagne budgétaire 2002***En M€*

| | Métropole | DOM | France entière |
|--|------------------|----------------|-----------------------|
| Bases régionales de référence pour 2002 | 42 162,4 | 1 150,7 | 43 313,2 |
| Accord salarial et GVT | 531,2 | 33,4 | 564,6 |
| Priorités de santé publique | 434,2 | 7,4 | 441,6 |
| Mesures personnel non médical | 331,7 | 8,4 | 340,1 |
| Mesures personnel médical | 98,2 | 3,6 | 101,8 |
| Soutien budgétaire et autres mesures | 418,5 | 26,4 | 444,9 |
| RTT | 494,2 | 18,7 | 512,9 |
| Autres, dont transfert gériatrie | 4 | 2,8 | 61,6 |
| Total augmentation des moyens | 2 366,7 | 100,6 | 2 467,3 |
| Dotations régionales 2002 | 44 529,1 | 1 251,4 | 45 780,5 |

Compte tenu des mesures nouvelles ajoutées en cours d'année, le taux d'évolution par rapport à la base de référence incluant les effets de champ ressort à + 5,61 % en métropole et à + 5,69 % pour la France entière, au lieu de 4,54 % et 4,65 % annoncés en début de campagne.

Toutefois, plusieurs catégories de dépenses de gestion ne sont pas prises en compte. Comme en 2000 et 2001, certaines mesures sont financées hors ONDAM, par l'assurance maladie, ou par l'Etat. L'assurance maladie finance le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) à hauteur de 152,42 M€ au titre de 2002, tandis que l'Etat a doté le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) de 198 M€ en 2002. D'autre part, comme en 2000 et 2001, l'Etat a pris en charge, pour 305 M€, le coût du remplacement des personnels hospitaliers absents. Comme en 2001, l'enveloppe n'a pas été inscrite en LFI 2002, mais seulement en fin d'année, en loi de finances rectificative.

Par ailleurs, le coût de la RTT en 2002 doit être apprécié en ajoutant à l'enveloppe de 513 M€ (France entière) les droits à CET nés en 2002 et financés par le FEH avec l'enveloppe de 368 M€ ajoutée en cours d'année à la charge de l'assurance maladie, soit au total 881 M€.

Afin d'apprécier la progression réelle des dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics en 2002, il faut donc rajouter 305 M€ et 368 M€, ce qui représente par rapport à la base de référence une majoration de 0,72 % et 0,84 % respectivement.

Le taux global de progression des dépenses hospitalières (France entière) ressort ainsi à 7,25 %, au lieu de 4,65 % prévu initialement.

Pour l'assurance maladie, l'objectif initial des établissements sous dotation globale¹² fixé à 42 853 M€ (+ 4,8 %) pour la métropole, a été dépassé de 573 M€, soit une progression de 6,4 % et un montant de 43 426 M€. Ce dépassement est inférieur au montant du rebasage de l'ONDAM résultant des décisions d'attribution des deux enveloppes de 300 et 400 M€ destinés au soutien des établissements et au CET. Cette différence s'expliquerait par le fait que les ARH ne répartissent pas intégralement les crédits notifiés tardivement et par des effets de champ intervenus en cours d'année qui ne sont pris en compte que dans la base de l'année suivante.

La réduction des inégalités entre régions, entre 2000 et 2001, a été limitée¹³. Alors que la valeur moyenne du point ISA a augmenté de 2,64 % en France métropolitaine, l'écart entre les valeurs régionales extrêmes (AP-HP et Poitou-Charentes) a légèrement diminué ; mais il a augmenté, si l'on exclut l'AP-HP de l'Ile-de-France, passant de 0,41 € à 0,44 € entre 2000 et 2001. La valeur du point ISA a augmenté plus fortement que la moyenne nationale dans des régions déjà favorisées telles que l'Ile-de-France (+ 3,8 %), Rhône-Alpes (+ 4 %), PACA (+ 4,9 %).

Au titre de la réduction des inégalités entre régions, un montant de 101 M€ a été prélevé sur les régions contributrices (Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA) au profit des régions

12. Dans les comptes de l'assurance maladie, l'enveloppe de l'ONDAM « établissements sanitaires publics » comporte, outre l'enveloppe des « établissements sous dotation globale », des dépenses diverses « autres établissements », soit l'effet des conventions internationales et les honoraires du secteur public. Le total des deux lignes correspond à un objectif de 43 165 M€ et une réalisation de 43 842 M€.

13. Les valeurs de point ISA de l'année N ne sont connues qu'à partir d'octobre N + 1. Donc les valeurs de 2002 ne sont pas disponibles.

déficitaires. Ce montant ne représente que 0,24 % des dotations finales, comme en 2000 et 2001.

e) L'utilisation des enveloppes par les ARH

Le bilan au 1^{er} février 2002 de la campagne budgétaire montre que les ARH avaient toutes à cette date procédé à une première répartition de leur dotation régionale. En métropole, 97,9 % des crédits distribués ont été attribués dès les budgets primitifs, une partie de la dotation initiale, 880,6 M€, soit près du double par rapport à 2001, ayant été mise en réserve par les agences. Ce gel a correspondu, d'une part, à la provision de 0,36 % pour mesures salariales futures que les ARH devaient constituer et, d'autre part, à des provisions décidées pour financer la RTT ou les molécules coûteuses. Plus de 25 % de l'enveloppe initiale allouée au titre de la dotation incompressible de santé publique ont été mis en réserve, tandis que les agences prélevaient sur la dotation régionale de reconduction une provision de 130 M€ destinée à financer les priorités régionales. Enfin, des crédits ont été réservés pour financer en cours de campagne les mesures nouvelles décidées au plan national.

2 – La campagne budgétaire 2003

Elle a été annoncée comme une campagne de transition devant préparer les évolutions inscrites dans le plan « Hôpital 2007 » présenté le 20 novembre 2002 au conseil des ministres et qui comporte notamment l'instauration d'un mode de financement prenant davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.

En 2003, la compréhension des taux d'évolution des objectifs de dépenses hospitalières et d'assurance maladie est rendue plus complexe du fait de l'intégration dans ces objectifs de dépenses nouvelles. En effet, la technique retenue a consisté à inclure les sommes correspondantes dans les bases 2002 et à appliquer à celles-ci des taux qui ne font pas apparaître ces nouvelles dépenses, soit + 4,81 % pour les dépenses encadrées et + 5 % pour les dépenses d'assurance maladie.

a) L'objectif de l'assurance maladie

Le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie pour 2003 a été fixé à 5 %. Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'objectif des dépenses d'assurance maladie est fixé à 45 813 M€ pour 2003 (métropole, hors USLD). Ce taux tient compte d'une nouvelle déformation prévisionnelle de la structure des recettes de 0,19 % au

détriment de l'assurance maladie, en raison de la non revalorisation du forfait journalier et de l'effet en année pleine de l'intégration dans la sécurité sociale des accidents du travail des exploitants agricoles.

b) L'objectif des dépenses encadrées

Les dépenses hospitalières encadrées doivent progresser en métropole de 4,81 % par rapport à une dépense 2002 rebasée. Avant rebasage, ce taux ressort à 5,42 %, véritable taux d'augmentation des dépenses encadrées. Après imputation de la dotation des réseaux, l'enveloppe des dépenses encadrées est fixée à 46 899 M€ (métropole, hors USLD).

L'évolution des dépenses hospitalières encadrées

En M€, hors SLD

| | Métropole | DOM | France entière |
|---|------------------|------------|-----------------------|
| Base de référence des dépenses régionales (circ. 14 avril 2003) | 44 535 | 1 255 | 45 790 |
| Dépenses encadrées (arrêté 27 janvier 2003) | 46 899 | | |
| Taux affiché d'évolution des dépenses encadrées/dépenses encadrées 2002 rebasées (soit 44 643 M€) | 4,81 % | | |
| Dotations régionales au 31 mars 2003 | 46 420 | 1 332 | 47 752 |
| <i>Dont :</i> | | | |
| RTT personnel non médical | 501 | 17 | 518 |
| RTT personnel médical | 116 | 6 | 122 |
| Enveloppe hospitalière de l'ONDAM | 45 813 | | |
| Taux affiché d'évolution | + 5 % | | |

La base de dépenses 2002 intègre les mesures reconductibles accordées en 2002, les effets de champ et des transferts tels que les crédits de remplacement des agents absents (305 M€), l'intégration d'unités hospitalières en toxicomanie, l'intégration des honoraires des médecins libéraux intervenant dans les hôpitaux locaux ; elle exclut les crédits correspondant à la rémunération des étudiants en médecine en

stage chez un généraliste ainsi qu'à celle du maître de stage, dépenses reprises par l'Etat.

Hors transferts, un montant de plus d'1,9 Md€ au titre des mesures nouvelles a été délégué immédiatement pour la prise en charge :

- de mesures en faveur du personnel (1,6 Md€), soit revalorisations des carrières (252,7 M€), mesures salariales (428,3 M€), mise en place de la RTT (617,3 M€), provision de 0,86 % pour mesures salariales et catégorielles (383 M€), réduite par la suite de 0,25 point.
- de la poursuite des grands programmes de santé publique (0,3 Md€), dont les mesures impérativement fléchées (21 M€) et les molécules coûteuses (188,6 M€).

Par ailleurs, les dotations régionales intègrent l'effet négatif d'un effort de productivité demandé aux hôpitaux et l'effet positif de la modification des règles de péréquation.

c) Les novations de la campagne 2003

La circulaire budgétaire du 19 décembre 2002 va dans le sens de certaines préoccupations exprimées par la Cour dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, plus particulièrement en 2002.

Les crédits de remplacement des agents absents sont désormais pris en charge par l'assurance maladie et inclus dans les dépenses encadrées et non plus, comme c'était le cas depuis trois ans, financés par le budget de l'Etat et comptabilisés en groupe 3 des recettes hospitalières. La prise en charge par l'Etat ne devait durer que trois ans alors que la mesure était présentée comme pérenne. Il en résulte une majoration des dépenses encadrées de 0,66 % en 2003.

Une plus grande autonomie est accordée aux ARH dans la gestion des dotations régionales afin de mieux adapter la répartition des crédits à la réalité locale. Les financements supplémentaires accordés en 2003 sont pour l'essentiel globalisés et fongibles.

En contrepartie, les ARH devront faire des comptes rendus d'exécution précis. La nouvelle version de l'application GEODE permet, à partir de 2003, d'assurer une part importante du suivi de la campagne budgétaire, grâce à une saisie des données en temps réel et devrait ainsi alléger la tâche des ARH. Néanmoins, certains éléments ne peuvent être suivis dans GEODE et la précision des données enregistrées n'est pas suffisante pour suivre dans le détail certaines mesures, telles la RTT. La

responsabilisation accrue des ARH en matière budgétaire sera intégrée dans les futurs contrats que les directeurs signeront avec le ministre.

Une autre novation est introduite dans la campagne budgétaire 2003. Les taux d'évolution des dotations régionales intègrent l'impact d'un effort d'économie de 0,3 % que les ARH doivent négocier avec les hôpitaux. Ce taux est présenté comme correspondant à une économie d'environ 1,3 % sur les dépenses des groupes 2 (médicaments) et 3 (dépenses de fonctionnement hors personnel). L'effort ne semble donc pas devoir porter sur les dépenses de personnel, qui constituent pourtant les deux tiers des dépenses. Il s'agit davantage d'inciter les ARH et les établissements à tirer les conséquences des écarts de coût constatés sur certaines fonctions, notamment logistiques et administratives, ainsi que des écarts très importants de prix d'achat des médicaments les plus coûteux. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, il est envisagé d'assouplir les règles de la commande publique afin de permettre la mise en place de groupements de commande efficaces¹⁴.

Enfin, le plan « Hôpital 2007 » introduit deux changements. La réforme des modalités de péréquation s'inscrit dans la volonté des pouvoirs publics d'évoluer, dès 2004, vers une tarification à l'activité. Dans cette perspective, la réduction des inégalités repose désormais sur le seul critère d'efficacité économique que constitue la valeur régionale du point ISA. Tant la Cour que l'IGAS avaient estimé insuffisant le poids du critère de la valeur du point ISA dans la péréquation¹⁵.

La seconde évolution concerne le plan quinquennal exceptionnel d'investissement de 6 Md€. A cette fin, le FMESPP¹⁶, financé par des crédits d'assurance maladie hors ONDAM est doté en 2003 de 300 M€ au titre de l'investissement, dont le bénéfice est ouvert à tous les établissements de santé. Pour les établissements publics, tout effort supplémentaire d'investissement au titre du plan « hôpital 2007 » est accompagné, grâce à une enveloppe spécifique de 70 M€ prévue dans l'ONDAM, du financement des surcoûts correspondants de groupe 4 (coût des emprunts, amortissements), désormais intégré aux dotations régionales.

14. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

15. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999.

16. Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés a été créé par la LFSS pour 2003 par fusion du fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) et du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui avait lui-même succédé au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO).

D – L'enveloppe des cliniques privées

Le suivi de cette enveloppe est particulièrement complexe. Il existe en fait deux enveloppes « cliniques privées ». L'arrêté interministériel fixe, au sein de l'ONDAM, l'enveloppe objectif quantifié national (OQN) qui servira de base aux négociations avec les fédérations de cliniques privées. Mais la ligne « cliniques privées » de l'ONDAM qui apparaît dans le rapport de la CCSS a un champ différent : elle inclut des prestations qui restent hors champ de la négociation et exclut les prothèses internes (incluses dans la ligne soins de ville de l'ONDAM) et les dépenses des DOM (incluses dans la ligne DOM de l'ONDAM). Au total, l'OQN est plus élevé que la ligne « cliniques » de l'ONDAM. En outre, alors que la ligne cliniques de l'ONDAM est suivie en consommation de soins, l'OQN négocié restait suivi à partir des données de liquidation. Depuis 2003, un effort de clarification est fait : cet OQN est fixé en droits constatés, en date de consommation de soins, et il inclut les prothèses internes. Désormais, la décomposition de l'ONDAM fera apparaître directement la ligne correspondant à l'OQN.

1 – La répartition de l'OQN en 2002

Pour 2002, l'arrêté du 30 avril 2002 a fixé la base de référence à 7 065 M€, égale à l'OQN réalisé de 2001, déduction faite d'une somme de 13 M€ correspondant à la prise en compte d'effets de champ. Sur cette base, l'OQN 2002 a été fixé à 7 312 M€, soit + 3,49 %.

a) L'accord national tarifaire du 30 avril 2002

L'accord national signé entre l'Etat et les organisations nationales représentatives des établissements de santé privés a fixé le taux d'évolution moyen national des tarifs de prestations à 3,93 %, dont 1,86 % au titre des mesures salariales. Il s'inscrit dans le prolongement de l'accord tarifaire d'avril 2001 et du protocole d'accord de novembre 2001 par lesquels l'Etat s'est engagé à faire participer de manière significative l'assurance maladie au financement des revalorisations salariales, en contrepartie de la signature d'une nouvelle convention collective commune à l'hospitalisation privée de statut commercial. A cette majoration de l'enveloppe OQN s'ajoutent les subventions accordées au titre du FMCP.

La réduction des inégalités de moyens

Dans le respect du taux moyen national de 3,93 %, l'accord fixe les taux d'évolution moyens des tarifs de prestations de chaque région pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie. Pour l'activité d'urgence, les taux d'évolution moyens sont fixés à 11,28 % pour les montants des forfaits annuels et à 3,93 % pour le tarif de la prestation « accueil et traitement des urgences ».

Les taux applicables à chaque établissement ne peuvent être inférieurs pour chaque activité médicale à 0 % ni supérieurs à 150 % de ces taux moyens.

L'objectif est de réduire les écarts de moyens alloués au regard de l'activité médicale décrite, s'agissant des activités MCO, par le PMSI. Les taux d'évolution régionaux ont été fixés entre 2,09 % pour la région Ile-de-France et 7,32 % pour la région Basse-Normandie. Pour la première fois, une modulation des tarifs des prestations de psychiatrie a été entreprise sur la base des écarts de tarifs moyens régionaux. Les actions ciblées portent sur les activités d'obstétrique (création d'un forfait de prise en charge du nouveau-né) et d'accueil des urgences (forte augmentation des forfaits annuels). Dans les DOM, un taux d'évolution de 7,44 % est applicable à toutes les disciplines.

Les résultats financiers

Le rapport de mai 2003 de la commission des comptes de la sécurité sociale fait état d'une forte progression des volumes, en particulier à la fin de l'année, ce qui conduirait à une évolution de l'enveloppe cliniques privées de l'ONDAM de 7,5 % en valeur, soit 7 125 M€, pour un objectif 2002 fixé à + 3,5 %. La DHOS indique que la réalisation de l'OQN s'établit à 7 655 M€, soit un taux de progression de 9,3 % en encaissements-décaissements par rapport aux réalisations rebasées sur l'année 2001. Cela correspond à une augmentation de l'activité de l'ordre de 5,7 %. Selon la DHOS, l'effet volume réel est évalué à 3,5 % si l'on prend en compte, notamment, les dépenses en date de soins¹⁷.

17. Cette évolution s'expliquerait en partie (1,5 point) par un effet de rattrapage des liquidations, celles-ci ayant été ralenties en 2001 par la mise en place de la caisse centralisatrice des paiements. Un report d'activité des hôpitaux publics sur les cliniques, dû à la mise en place de la RTT est également invoqué.

Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)

Créé par la LFSS pour 2000, il était doté par l'assurance maladie, hors ONDAM, en 2002, de 91,5 M€, la LFSS 2002 portant par ailleurs de 22,8 à 114,3 M€ la dotation 2001 du fonds en raison de l'élargissement de ses missions. Le protocole d'accord du 7 novembre 2001 entre l'Etat et les fédérations d'établissements privés a, en effet, étendu son champ « à la contribution à la politique sociale et salariale des établissements concernés ». Le décret du 4 juillet 2002 a prévu que, pour 2001 et 2002, le fonds participe au financement des revalorisations salariales générales ou catégorielles décidées par accord collectif ou par décision unilatérale de l'employeur, des nouvelles cotisations de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance, des actions de formation ou visant à l'amélioration des conditions de travail.

Le « volet social » du fonds a été établi à 181,3 M€, soit la totalité des sommes allouées par la LFSS 2002 au titre de 2001 et 2002, compte tenu du coût prévisible du protocole. La répartition entre les régions a été effectuée, par circulaire, selon des modalités faisant intervenir le PMSI, la part des régions dans la dépense et une modulation selon les disciplines. Les subventions « sociales » sont attribuées par les ARH en fonction du niveau des tarifs de prestations des établissements apprécié au regard des données d'activité et en fonction de la situation de l'établissement au regard des objectifs du SROS. Les critères d'attribution sont les mêmes que pour la modulation tarifaire, ce qui permet de respecter l'objectif de réduction des inégalités de ressources entre établissements. Les ARH y ont ajouté la prise en compte de la masse salariale des établissements. Le fonds devait aussi financer le coût de l'expérimentation du PMSI en soins de suite et en psychiatrie.

Si l'on majore l'OQN 2002 du montant des subventions du FMCP, soit 181,3 M€, la progression de l'enveloppe passe de + 3,49 % à + 6 %.

b) La mise en œuvre de l'accord national par les ARH

Le PMSI ne permet pas de rendre compte de tous les facteurs explicatifs des inégalités de ressources entre établissements. Dès lors, l'accord régional doit déterminer les critères de modulation des tarifs en vue de l'amélioration de la qualité des soins, compte tenu des objectifs des SROS et des orientations de la conférence régionale de santé.

L'analyse des accords et arrêtés régionaux des années 2000 et 2001 ayant conduit au constat d'une très forte hétérogénéité dans l'utilisation, notamment du PMSI, la DHOS a diffusé en mars 2002 des recommandations élaborées avec l'aide d'un groupe de travail.

En 2002, un accord a été signé dans toutes les régions, sauf une. La DHOS a constaté que toutes les ARH ont utilisé le PMSI pour la modulation des tarifs de court séjour, à côté de critères de qualité, de santé publique, d'harmonisation des tarifs, d'organisation des soins. Mais ces différents objectifs pouvant avoir des effets contradictoires en termes de tarification, la réflexion doit être poursuivie sur les modalités de leur mise en œuvre.

La réduction des écarts

Le PMSI des cliniques privées fonctionne à partir d'une échelle de prix, et non de coûts, résultant de l'exploitation des factures. Chaque GHM a une valeur exprimée en euros, qui correspond au montant de la facture moyenne constatée pour les séjours classés dans ce groupe. Le coût unitaire du point ISA d'une région est calculé en rapportant au volume total de points produits le total des facturations des établissements. La moyenne nationale (hors DOM) de la valeur du point ISA (1,26 €) a augmenté de 2,48 % en 2001/2000 (dernière comparaison disponible). L'écart maximum entre les régions, qui était, en 2000, de 0,31 € (de 1,41 en Ile-de-France à 1,10 en Poitou-Charentes), s'est réduit à 0,27 € entre ces mêmes régions, en 2001, à l'image de ce qui est observé pour les dépenses hospitalières. De fortes augmentations de la valeur du point sont cependant observées en 2001 dans des régions déjà favorisées : Rhône-Alpes : + 3,91 %, Bourgogne : + 3,90 %.

2 – La répartition de l'OQN en 2003

a) La détermination de la base tarifaire

La campagne tarifaire 2003 a commencé par la pérennisation des ressources allouées par le FMCP, décidée en LFSS 2003. A cette fin, le montant des subventions sociales et salariales accordées par le fonds a été intégré dans l'OQN et les tarifs de prestations ont été revalorisés, à effet du 1^{er} janvier 2003, dans la limite des ressources allouées au titre de ces subventions sociales pour 2001 et 2002.

La revalorisation des tarifs des cliniques s'est faite, selon une méthode fournie par la DHOS, par application d'un taux calculé par les ARH à une assiette évaluée par la DHOS à partir des dépenses des établissements tous régimes, issues du SNIREP, corrigées par les données des caisses centralisatrices des paiements et validées par les établissements. La solution, retenue en 2002, pour accorder des ressources aux cliniques via le FMCP a singulièrement accru la

complexité de la campagne tarifaire 2003, et cela sans justification objective.

b) La fixation des objectifs

L'arrêté du 27 janvier 2003 a fixé l'objectif cliniques privées au sein de l'ONDAM à 7 961 M€, soit + 4 % par rapport à l'objectif 2002 rebasé à 7 651 M€.

L'accord national a été signé par l'Etat et les fédérations de cliniques privées le 24 avril 2003. Le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations d'hospitalisation est fixé à 3 % au 1^{er} mai 2003¹⁸. La prévision d'évolution en volume prise en compte est de 1 %, ce qui est très inférieur à l'évolution constatée en 2002, laquelle a été jugée exceptionnelle (reports d'activité des hôpitaux publics à cause de la RTT). Chaque année se pose la question du réalisme des évolutions tarifaires et des effets volume prévus par rapport à l'évolution de l'enveloppe OQN. Mais les dépassements d'enveloppe sont désormais inclus dans les bases de référence.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III - Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Dans son rapport public de février 2002 sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles, la Cour a montré les biais qui affectent la signification des comptes de cette branche de la sécurité sociale. En particulier, une partie des dépenses de soins afférentes aux risques professionnels, et notamment une partie importante des frais d'hospitalisation, est imputée à la branche maladie et la compensation mise ainsi à la charge de la branche ne peut être établie que sur des bases forfaitaires. Ce constat, effectué sur les comptes de 2001, demeure valable pour ceux de 2002.

18. Les taux d'évolution régionaux en MCO sont compris entre 2,66 % (Ile-de-France) et 3,74 % (Basse-Normandie) en métropole, les DOM bénéficiant de taux nettement supérieurs. L'accord comporte également une modulation des tarifs de psychiatrie, tandis que les tarifs de SSR évoluent de manière uniforme.