



**Inspection générale
des affaires sociales**

**Inspection générale
des finances**

N° 2005-137

N° 2005-M-021-02

RAPPORT D'ENQUETE

sur

le pilotage des dépenses hospitalières

Etabli par

François Mercereau
Inspecteur général des affaires sociales

Sylvie Boutereau-Tichet
Inspecteur des affaires sociales

Gautier Maigne
Inspecteur des affaires sociales

Henri Guillaume
Inspecteur général des finances

Marguerite Bérard
Inspecteur des finances

Gilles Clavreul
Inspecteur des finances

Guillaume Sarlat
Inspecteur des finances

RÉSUMÉ

Le dépassement en 2004 est de 341 M€ d'après les données de la DHOS et de 325 M€ d'après celles de la CNAMTS. Il s'explique principalement par la sous-estimation de la part de l'assurance maladie dans les bases budgétaires (130 M€), la sous-tarification des prestations par les établissements (entre 130 et 150 M€) et la non réalisation d'une recette attendue de l'Etat au titre de l'aide médicale d'urgence (36 M€). A ce dépassement s'ajouteront les moins values qui seront constatées aux comptes administratifs, estimées à 100 M€

La question du financement de ce dépassement (économies, augmentation des tarifs des prestations ou assurance maladie) reste ouverte et doit être envisagée établissement par établissement, au vu des marges de manœuvre et des politiques tarifaires de chacun.

Cependant, même dans l'hypothèse d'un financement intégral par les recettes, aucun nouveau crédit n'est à déléguer à ce titre en 2005, et les 160 M€ délégués en avril 2005 doivent être considérés comme des crédits non reconductibles destinés à atténuer l'impact de la hausse des tarifs. Toujours dans l'hypothèse d'un financement par les recettes, la modification de la base 2006 serait comprise entre 0 et 78 M€. En outre, les dotations USLD devraient être rectifiées pour tenir compte de leur sous-exécution en 2004.

A compter de la campagne 2005, une sous-exécution des recettes de groupe 2 sera à la charge des établissements. L'enjeu du pilotage de la dépense hospitalière est désormais que la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) ne se traduise pas par une dérive non maîtrisée des dépenses.

La T2A suscite une attente forte : une allocation des ressources plus équitable à partir de l'activité, un rapprochement des modes de financement et de régulation des secteurs public et privé, et une incitation au développement du pilotage médico-économique des établissements.

Toutefois, la mission souligne que la T2A ne constitue qu'un mode de financement et n'est pas en soi un outil de régulation des dépenses, de restructuration ou de planification sanitaire. En particulier, elle n'apporte pas de solution aux facteurs de blocage de la gestion hospitalière (faibles marges de manœuvre des établissements, difficulté à promouvoir un discours de gestion).

Par ailleurs, au terme de l'enquête, il apparaît que :

- la régulation de la dépense présente des zones de fragilité : plusieurs enveloppes sont inflationnistes (séjours, MO et DMI remboursés à l'euro l'euro MIGAC déclaratives au coût observé) sans pour autant qu'un dispositif de régulation efficace n'ait été parallèlement institué ; le modèle de financement ne prend qu'imparfaitement en compte l'hétérogénéité des situations des établissements ; la procédure de définition de l'ONDAM hospitalier n'a pas été adaptée ;
- l'impact de la T2A dans les établissements reste faible : elle s'est accompagnée d'un desserrement de la contrainte budgétaire ; ses règles sont aujourd'hui complexes, peu stables et insuffisamment expliquées ;
- le pilotage d'ensemble du projet présente des insuffisances : calendrier mal maîtrisé ; confusion entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, notamment recentralisation de la procédure budgétaire qui réduit les ARH à un rôle minimal ;

- la fiabilité du processus d'allocation des ressources (calcul des bases et des tarifs) est perfectible.

Dès lors, les enjeux sont aujourd'hui d'assurer une régulation efficace de la dépense et de restaurer la crédibilité de la réforme.

Pour 2006, il convient de stabiliser le système de financement, à la fois pour donner la priorité à la régulation, garantir une certaine visibilité aux établissements et aux tutelles, et tenir compte de l'état de préparation de certains dossiers. Il est donc proposé de maintenir la part activité à 25 ou 30% ; de conserver les bases budgétaires et la structure actuelle de tarification ; d'ajourner l'extension de la T2A au moyen séjour ; de reporter l'EPRD ; et de s'en tenir pour 2006 à la facturation individuelle des soins externes et des médicaments.

Simultanément, il est urgent de mettre en œuvre les instruments de régulation, pour partie déjà prévus, afin d'enrayer la dynamique inflationniste des dépenses : reprise des contrôles du codage PMSI ; contractualisation sur les missions d'intérêt général (coûts normés, évaluation) ; objectifs de volume sur les MO, les DMI et les séjours les plus coûteux.

Il est également proposé de créer le cadre d'une régulation efficace de la dépense par les ARH : délégation de l'ensemble des dotations régionales en début d'année ; redéploiements entre établissements ; instauration d'une procédure budgétaire annuelle avec l'échelon national conduisant à fixer à chaque région des objectifs de dépense sur les séjours MCO ainsi que les MO et DMI.

Au niveau national, l'action de la DHOS doit être recentrée sur ce dialogue de gestion avec les ARH et le pilotage stratégique. Les fonctions techniques et opérationnelles reviendraient aux maîtrises d'œuvre (ATIH, dont les moyens pourraient utilement être renforcés, et ARH, dont le statut mériterait d'être clarifié).

S'agissant de la régulation macro-économique, il est nécessaire dès 2006 que la construction du PLFSS fasse apparaître les hypothèses à partir desquelles les objectifs hospitaliers sont construits. Ces hypothèses devront être mises en regard de prévisions réalisées par un organisme indépendant (le comité d'alerte).

Les deux inspections divergent cependant sur un point. L'IGF estime que si les propositions émises par la mission sont mises en œuvre dès 2006, l'éventuel dépassement dû à une sous-estimation des prévisions initiales d'activité sera nécessairement faible. De ce fait, et au vu des inconvénients de la régulation prix / volume il conviendrait de supprimer officiellement cet instrument. Ceci permettrait en outre de stabiliser en 2006 le montant des tarifs, ce qui apporterait plus de visibilité aux établissements et aux tutelles.

En revanche, pour l'IGAS, il ne serait pas prudent de renoncer à une régulation prix / volume tant que les autres mécanismes de régulation n'auront pas fait la preuve de leur efficacité.

Enfin, il importe de préciser le schéma cible de la T2A : réévaluer les modalités de la convergence public / privé ; calibrer les MIG et les coefficients géographiques sur des bases objectivées ; déterminer le périmètre cible de la part activité (proportion des enveloppes rémunérées à l'activité et des enveloppes forfaitaires ; différenciation suivant les types de séjours et d'établissements) ; réexaminer la tarification des soins externes. La fiabilisation du dispositif budgétaire et l'évaluation des effets qualitatifs de la T2A doivent également être engagées.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>I. LE DÉPASSEMENT 2004, DONT LE MONTANT EXACT RESTE INCERTAIN, NE DOIT PAS SE TRADUIRE PAR UN REBASAGE À DUE CONCURRENCE</u>	2
A. <u>LES ENJEUX DU DÉPASSEMENT 2004</u>	2
B. <u>LE MONTANT DU DÉPASSEMENT 2004 ET SON EXPLICATION</u>	2
C. <u>PROPOSITIONS STRUCTURELLES POUR LES CAMPAGNES BUDGÉTAIRES À VENIR</u>	3
<u>II. LA REFORME DU SYSTEME DE FINANCEMENT A INTRODUIT DES ZONES DE FRAGILITE IMPORTANTES DANS LA REGULATION DE LA DEPENSE</u>	4
A. <u>LA T2A N'EST PAS EN SOI UN OUTIL DE RÉGULATION DES DÉPENSES, DE RESTRUCTURATION OU DE PLANIFICATION SANITAIRE</u>	4
B. <u>LA T2A, TELLE QU'ELLE EST MISE EN ŒUVRE AUJOURD'HUI, NE CONDUIT PAS À UNE RÉGULATION EFFICACE DE LA DÉPENSE HOSPITALIÈRE</u>	7
1. <u>La T2A introduit dans la régulation des dépenses de nombreuses zones de fragilité, auxquelles il n'est pas apporté de réponses satisfaisantes à ce stade</u>	7
a) <u>Un modèle de financement qui ne prend qu'imparfaitement en compte l'hétérogénéité des situations des établissements</u>	7
b) <u>Une procédure de définition des objectifs de dépenses inadaptée au nouveau mode de financement</u>	7
c) <u>Des mécanismes de régulation qui apparaissent insuffisants au regard des risques</u>	8
2. <u>Sur le plan technique, la fiabilité de la T2A n'est pas optimale</u>	10
3. <u>L'impact de la T2A dans les établissements reste faible</u>	11
a) <u>Un desserrement de la contrainte budgétaire pour les établissements</u>	11
b) <u>La complexité, l'instabilité et le manque de transparence sur les règles</u>	12
c) <u>Un impact limité de la T2A sur les pratiques de gestion des établissements</u>	12
4. <u>Le schéma institutionnel retenu pour mener à bien le projet T2A présente d'importantes insuffisances</u>	13
<u>III. A TRÈS COURT TERME, LE DISPOSITIF DOIT ÊTRE STABILISÉ ET LES ENVELOPPES POTENTIELLEMENT INFLATIONNISTES MIEUX MAÎTRISÉES</u>	15
A. <u>LA STABILISATION DU MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</u>	15
B. <u>LA MAÎTRISE DES ENVELOPPES INFLATIONNISTES</u>	17
1. <u>Les outils de contrôle et de régulation des volumes</u>	17
2. <u>Le cadre d'une régulation efficace de la dépense par les ARH</u>	18
3. <u>Les éléments macro-économiques de régulation</u>	20
C. <u>LA CONDUITE DU PROJET</u>	22
<u>IV PARALLÈLEMENT, LE SCHÉMA CIBLE DOIT ÊTRE REDÉFINI ET LE DISPOSITIF DOIT ÊTRE PROGRESSIVEMENT FIABILISÉ</u>	24
A. <u>LA DÉTERMINATION D'UN SCHÉMA CIBLE CRÉDIBLE</u>	24
1. <u>Les modalités de la convergence public / privé</u>	24
2. <u>Le schéma de tarification pour les établissements ex-DG</u>	25
3. <u>L'évaluation des effets de la T2A</u>	28
4. <u>La place de l'échelon régional</u>	28
B. <u>LA FIABILISATION PROGRESSIVE DU DISPOSITIF BUDGÉTAIRE</u>	29
1. <u>La classification des GHM</u>	29
2. <u>La fiabilisation de l'ENC</u>	29
<u>RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS</u>	31
<u>PIÈCE-JOINTE N°1 : LETTRE DE MISSION</u>	34
<u>PIÈCE-JOINTE N°2 : LISTE DES PERSONNES SOLLICITÉES PAR LA MISSION</u>	36
<u>PIÈCE-JOINTE N°3 : NOTE À L'ATTENTION DES MINISTRES DU 28 AVRIL 2005</u>	45
<u>PIÈCE-JOINTE N°4 : LISTE DES SIGLES UTILISÉS</u>	54

INTRODUCTION

Par lettre en date du 25 février 2005, les ministres des solidarités, de la santé et de la famille, et de l'économie, des finances et de l'industrie ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête portant sur les dépenses hospitalières. Cette lettre assigne deux objectifs à cette enquête :

- déterminer et analyser les causes du dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale (DG) en 2004 ;
- plus largement, « examiner l'organisation du pilotage, tant au niveau national qu'au niveau régional et local, des dépenses hospitalières », au sein des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, et sous ses différents aspects (réglementation budgétaire et comptable, systèmes d'information...).

Les contacts pris par la mission auprès des cabinets des ministres commanditaires et des directeurs d'administration centrale concernés ont rapidement permis de confirmer le champ de l'enquête : au-delà du dépassement constaté en 2004, il était attendu de la mission qu'elle détermine les imperfections et les risques éventuels induits par le système de financement des établissements de santé auparavant financés par DG, compte tenu des réformes en cours et à venir, notamment la tarification à l'activité (T2A), et qu'elle établisse en conséquence des propositions de toute nature, notamment organisationnelles. Par ailleurs, la mission a adressé le 28 avril 2005 une note aux ministres commanditaires (cf. PJ n°3), afin notamment de préciser et de valider le cadrage retenu.

Les investigations ont consisté en particulier à réaliser des études de cas approfondies dans six établissements¹, ainsi que dans les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) en charge de leur tutelle². Ces études de cas avaient pour objectif d'analyser les modalités de mise en œuvre des réformes à partir d'exemples concrets.

Le présent rapport synthétise les constats de la mission concernant le dépassement 2004 (I) puis les modalités actuelles de pilotage des dépenses hospitalières (II), qui conduisent la mission à formuler des propositions sur deux plans : à très court terme, une stabilisation du dispositif et un contrôle étroit des enveloppes aujourd'hui mal maîtrisées (III) ; parallèlement, la redéfinition du schéma cible et la fiabilisation progressive du dispositif (IV). Le détail des travaux réalisés est développé dans quatre annexes, portant respectivement sur le dépassement constaté en 2004, le pilotage national des dépenses hospitalières, sa déclinaison locale (cette annexe reprend les études de cas réalisées par la mission), et la facturation individuelle des séjours.

La mission tient à remercier tout particulièrement Romain Lesur (administrateur à la direction générale du trésor et de la politique économique lors de la mission) pour sa collaboration et notamment pour sa contribution à l'étude de la représentativité de l'enquête nationale de coût et de la variance des coûts. La mission remercie également les 6 inspecteurs principaux auditeurs³ de la Direction générale de la comptabilité publique qui ont réalisé une analyse de risque comptable des établissements étudiés de manière approfondie par la mission.

¹ CHU de Rouen, CHR d'Orléans, CHI de Toulon-la-Seyne-sur-mer et de Poissy-Saint-Germain, CH de Pithiviers et La Réole. Ils ont été choisis notamment parce qu'ils étaient potentiellement perdants en 2005 du fait du passage à la T2A.

² ARH Aquitaine, Centre, Haute-Normandie, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

³ MM. Frédéric BIANCHI, Hervé BOY, Emmanuel LEDE, Gilles LE GALL, Jean-Yves MAURIET et Mme Béatrice PENNEQUIN.

I. LE DEPASSEMENT 2004, DONT LE MONTANT EXACT RESTE INCERTAIN, NE DOIT PAS SE TRADUIRE PAR UN REBASAGE A DUE CONCURRENCE

A. Les enjeux du dépassement 2004

Il convient tout d'abord de noter que **jusqu'en 2004, aucun dispositif ne garantissait le respect de l'ONDAM hospitalier**. En effet, le pilotage des dépenses était effectué au plan national et régional en dépenses encadrées¹. Par ailleurs, dans la procédure budgétaire entre les établissements et les ARH, une attention très limitée était accordée aux prévisions de recettes du groupe 2². Enfin, s'agissant des payeurs, i.e. les caisses pivots des régimes d'assurance maladie, aucun suivi particulier du respect de l'ONDAM n'était en place.

Quels sont aujourd'hui les enjeux d'une étude du dépassement 2004 ? Tout d'abord, pour les campagnes 2005 et suivantes, désormais gérées en dépenses d'assurance maladie, **les risques de dépassement de l'ONDAM hospitalier ne portent plus sur les mêmes mécanismes** et il n'est plus nécessaire en théorie de déterminer un taux de conversion. Toutefois, il est vraisemblable que les mesures nouvelles continueront à être conçues en dépenses encadrées. Dès lors, il convient également pour l'avenir de disposer d'une prévision fiable du taux de conversion attendu, notamment pour budgéter les mesures nouvelles.

En ce qui concerne l'apurement du passé et le calcul des bases budgétaires, **une sur-estimation des prévisions de recettes du groupe 2 doit-elle entraîner un rebasage des dotations des établissements ?** La question n'est pas tranchée, la circulaire du 5 avril 2005 n'ayant fait qu'ajouter ponctuellement 190 M€ aux dotations 2005 des établissements pour tenir compte du dépassement.

Par ailleurs, une surestimation des recettes de groupe 2 n'implique pas un rebasage à due concurrence. Un choix doit toujours être opéré entre une recette supplémentaire et une diminution des dépenses. Autrement dit, **un éventuel rebasage devrait prendre en compte les marges de manœuvre de tous ordres (financières, productivité...) des établissements**.

En particulier, s'il est certes possible de distinguer au sein du dépassement entre les conséquences des pratiques des établissements (tarification) et les facteurs qui leur sont externes (tendances structurelles, écarts sur les bases ou les mesures nouvelles), **un rebasage à hauteur de ces facteurs externes ne saurait en aucun cas être automatique**.

B. Le montant du dépassement 2004 et son explication

Il n'a pas été possible de déterminer de manière certaine le montant exact du dépassement. Les données de la DHOS conduisent à un dépassement de + **341 M€** en dépenses d'assurance maladie⁴, contre + **325 M€** d'après les données comptables de la CNAMTS, soit environ 0,7% de l'objectif.

¹ La dépense encadrée est la somme des dépenses d'assurance maladie et des recettes de groupe 2.

² Les recettes de groupe 2 comprennent les produits émis à l'encontre de débiteurs autres que l'assurance maladie et estimées sur la base d'un tarif local (prix de journée applicables aux non assurés sociaux et servant de base de calcul du ticket modérateur hospitalier, tarifs d'intervention des SMUR) ou national (forfait journalier, tarifs des spécialités très coûteuses, des IVG, des soins externes). Enfin, le financement des écoles paramédicales est aussi inclus dans les recettes de groupe 2 jusqu'en 2005.

³ Ces 190 M€ comprennent 30 M€ au titre de la surévaluation de l'impact au niveau national de l'augmentation du forfait journalier de 1 euro sur les recettes de groupe 2.

⁴ Ces 344 M€ correspondent à la sur-exécution de la DG (587 M€), diminuée de la sous-exécution du CET (-286 M€), augmentée de 40 M€ afin de tenir compte de la sous-exécution de 43 M€ des dépenses encadrées en 2004. Par ailleurs, les dotations USLD ont été sous-consommées à hauteur de 37 M€ d'après la DHOS, et 87 M€ selon la CNAMTS.

Quelles que soient les sources, les recettes de groupe 2 ont donc été en 2004 moins importantes que prévu. L'impact de la revalorisation du forfait journalier et de la modification des exonérations connexes aux K 50 a été correctement estimé. En revanche :

- le taux initial de conversion entre dépenses d'assurance maladie et dépenses encadrées a été sous-estimé dans l'ONDAM (92,95% contre 93,215%, soit 130 M€) ;
- les soins urgents aux étrangers en situation irrégulière depuis moins de 3 mois n'ont pas été pris en charge par l'Etat (36 M€) ; il est prévu qu'ils soient versés en 2005 ;
- la structure des recettes s'est déformée, du fait à la fois de modifications dans la fréquence des exonérations de ticket modérateur et d'évolutions dans les recettes issues de l'aide médicale de l'Etat, des conventions internationales et des patients payants ;
- les délégations de crédit tardives, importantes en 2004, ont minoré les recettes de groupe 2 faute de majoration des tarifs journaliers de prestation (TJP) ;
- les pratiques de tarification de certains établissements conduisent à minorer les TJP.

Au total, la mission a pu expliquer 319 M€ de dépassement ainsi répartis :

Écart (BP + DM) - attendu (M€)		
Ecart attendu / constaté		- 319
Erreur sur la base		- 130
Part groupe 2 non déléguée		- 3
Forfait journalier		- 3
Actes externes		- 25
Autres recettes atténuatives		1
Tarifs journaliers des prestations	Exonération TM des assurés sociaux hors K50	40
	Surestimation non assurés sociaux	- 16
	DM sans revalorisation de tarifs	- 65
	Soins urgents	- 36
	Recettes hors groupe de 2003	- 43
	Facteur résiduel	- 39

A cet écart s'ajouteront les plus ou moins values et annulations nettes qui seront constatées dans les comptes administratifs de 2004, estimées par la mission à - 103 M€

La question du mode de financement du dépassement (diminution des dépenses, augmentation des TJP, augmentation des recettes d'assurance maladie) **reste ouverte et doit être envisagée établissement par établissement, au vu des marges de manœuvre et des politiques tarifaires de chacun.** Cependant, même dans l'hypothèse d'un financement intégral par des recettes, **aucun rebasage n'est nécessaire en 2005** compte tenu des recettes déléguées initialement et de la sous-consommation des dotations aux unités de soins de longue durée. Aucun nouveau crédit n'est donc à déléguer à ce titre en 2005, y compris pour les moins values nettes. En revanche, des ré-allocations seront à opérer entre établissements selon leur situation. En outre, les dotations USLD devraient être rectifiées pour tenir compte de la sous-exécution constatée en 2004. Par ailleurs, dans l'hypothèse d'un financement intégralement par les recettes, la modification de la base 2006 devrait être comprise entre 0 et 78 M€

C. Propositions structurelles pour les campagnes budgétaires à venir

Pour les campagnes à venir, le risque de sur-estimation des recettes du groupe 2 est reporté sur les établissements, qui devront établir des prévisions plus précises et améliorer la fixation des TJP. Ce cadre désormais plus vertueux pourrait cependant s'accompagner de plusieurs réformes concernant la fixation des TJP. Sur le plan institutionnel, tant que la fixation des TJP résulte d'un calcul mécanique, le rôle des conseils d'administration est formel ; il pourrait donc être confié au directeur des établissements publics le soin de déterminer les TJP. Par ailleurs, il paraît opportun d'actualiser les instructions concernant le calcul des TJP, et de prévoir leur fixation dès le 1^{er} janvier. D'autres propositions du présent rapport (rythme de délégation des crédits, mode de construction de l'ONDAM) permettront également de faciliter le calcul de ces tarifs.

II. LA REFORME DU SYSTEME DE FINANCEMENT A INTRODUIT DES ZONES DE FRAGILITE IMPORTANTES DANS LA REGULATION DE LA DEPENSE

Le financement des établissements hospitaliers par dotation globale a **sans aucun doute eu durant vingt ans certains effets bénéfiques** (réduction de la durée moyenne de séjour, ralentissement de la croissance des dépenses, gains de productivité). Toutefois, **ce mode de financement, tel qu'il a été appliqué, a également eu des effets négatifs**. Notamment, un décalage s'est créé entre l'activité réelle des établissements et leurs dotations budgétaires, dont les révisions annuelles ont souvent été de faible ampleur. De ce fait, ce dispositif a permis que coexistent durablement des situations de pénurie et des situations de rente.

Les principaux objectifs affichés du passage à la T2A sont donc d'**allouer les ressources de manière plus équitable**, à partir de l'activité (« médicalisation du financement »), mais également de **rapprocher les modes de financement et de régulation** des secteurs public et privé, et de **mieux réguler la dépense**, notamment en incitant les établissements à développer des outils de pilotage médico-économique.

Dans ce contexte, la T2A suscite une attente forte. Toutefois, **sa crédibilité et sa légitimité paraissent aujourd'hui entamées**, du fait notamment de la complexité des règles et de leur manque de lisibilité et de transparence. L'un des enjeux est donc de **restaurer la confiance, en renforçant la fiabilité, la stabilité et la transparence de la T2A et en définissant précisément un schéma cible et un calendrier crédibles** (cf. § III et IV).

Par ailleurs, la T2A ne constitue qu'un mode de financement qui ne possède pas de vertu intrinsèque et n'est pas en soi un outil de régulation des dépenses, de restructuration ou de planification sanitaire. En particulier, **la T2A n'apporte pas en elle-même de solution aux facteurs de blocages de la gestion hospitalière (A)**.

De plus, la réforme amène à **reconsidérer le mode de régulation des dépenses**, qui doit être d'autant plus efficace que la T2A comporte des risques inflationnistes incontestables (B).

A. La T2A n'est pas en soi un outil de régulation des dépenses, de restructuration ou de planification sanitaire

Les analyses conduites par la mission sur différents établissements et ARH mettent en évidence sans ambiguïté que **la T2A ne constitue pas une réponse aux entraves à l'amélioration de la gestion existant aujourd'hui dans les établissements hospitaliers**. Tout au plus constitue-t-elle un révélateur des marges de progrès en la matière, à condition d'être fiabilisée.

Ces entraves, bien connues¹, sont essentiellement de deux natures :

- **les faibles marges de manœuvre à court terme des établissements en termes de gestion**, du fait du poids des dépenses de personnel et de leur mode d'administration (statut de la fonction publique, gestion centralisée des praticiens hospitaliers) ;
- **la difficulté à promouvoir un discours de gestion au sein des établissements**, qui tient essentiellement à deux facteurs : absence de sanction de la gestion (possibilité de faire des

¹ Cf. par exemple note commune DB / DP / DHOS / DSS aux ministres du 16 mars 2004.

reports de charge, faible responsabilisation des directeurs d'hôpitaux sur ces questions...) et déséquilibre des pouvoirs dans la gestion interne de l'établissement entre le conseil d'administration (CA), la commission médicale d'établissement (CME) et la direction.

La question des solutions à apporter à ces difficultés dépasse largement le cadre de cette enquête. Toutefois, les études de cas conduites par la mission ont mis en évidence les éléments suivants :

- contrairement à une opinion communément répandue, **les établissements hospitaliers disposent dans l'ensemble d'outils de gestion permettant de connaître et de piloter leur activité et leurs coûts** : description fine de l'activité avec le PMSI ; comptabilité analytique par service, voire par séjours ; base de données de coûts permettant des comparaisons ; dans la grande majorité des cas, ces outils de gestion suffisent amplement à assurer le pilotage de l'établissement ;
- **si ces outils existent, ils sont en revanche souvent peu utilisés** ; il est frappant de constater que des établissements disposant d'une comptabilité analytique performante l'utilisent peu dans leur procédure budgétaire et dans le suivi de l'exécution de leur budget, le dialogue de gestion entre la direction et les responsables médicaux restant le plus souvent embryonnaire ;
- **cette sous-utilisation traduit le manque de poids et de crédibilité du discours gestionnaire au sein des établissements publics hospitaliers** ; ceci provient de la conjonction de deux facteurs :
 - o **sur le plan interne**, les équipes de direction disposent plus d'un pouvoir d'influence que d'un réel pouvoir d'impulsion et de décision ; dans le meilleur des cas, l'équipe de direction s'appuie sur des relations interpersonnelles, par nature fragiles (alliance avec le médecin chef du département d'informatique médicale – DIM...), tandis que son autorité reste faible vis-à-vis du corps médical ;
 - o **sur le plan externe**, le fonctionnement des tutelles régionale et nationale met trop souvent les équipes de direction en porte-à-faux et décrédibilise leur discours, ce qui renforce leur fragilité sur le plan interne ; quatre points doivent être soulignés ici :
 - le manque de transparence sur le calcul des dotations et leur déléation fractionnée durant les campagnes 2004 et 2005 **réduisent le plus souvent la confection du budget primitif à un exercice formel** ; il n'est en effet pas possible à la fois d'exiger des établissements qu'ils affichent un budget en équilibre, qu'ils évaluent leurs charges de manière sincère, qu'ils adoptent un pilotage par les recettes, et dans le même temps d'opérer aux plans national et régional des redéploiements et des gels peu transparents et de déléguer les dotations de manière progressive, sans donner aux établissements de visibilité sur leurs ressources finales ; dès lors, les budgets des établissements sont essentiellement établis en reconduction-mesures nouvelles, sans rebouclage avec le compte administratif, et ne constituent pas un outil de gestion interne ;
 - dans certains cas, la mission a pu noter que **les tutelles, notamment nationale, ne soutiennent pas toujours les projets de restructuration** portés par les équipes de direction, et portent parfois **une attention plus importante aux projets d'investissement qu'à la gestion interne** ;
 - **la tutelle comptable, budgétaire et financière exercée par les ARH reste souvent assez formelle** et s'apparente davantage au contrôle du respect des textes qu'à un

véritable suivi de la qualité de la gestion des établissements ainsi que de la sincérité des budgets ;

- jusqu'à présent, si certaines initiatives intéressantes sont à noter (contrats de retour à l'équilibre – CRE...), **l'allocation des ressources tant au plan national** (cf. en 2004 l'enveloppe « reports de charges ») **que régional** (pratique des mesures non reconductibles de fin d'année permettant d'équilibrer le budget, COM et CRE financés même si leurs objectifs ne sont pas atteints) conduit souvent à assurer la pérennité d'établissements sans nécessairement apporter des réponses structurelles à leurs difficultés.

En ce qui concerne les marges de manœuvre de gestion, il est certain qu'une fenêtre d'opportunité s'ouvre aujourd'hui avec la vague massive de départ en retraites. Ainsi, entre 2000 et 2015, 55% des effectifs des hôpitaux publics devraient partir en retraite. Pour les praticiens hospitaliers (PH), ce taux serait de 40% entre 2004 et 2015, le maximum étant atteint autour de 2012. Ce phénomène va incontestablement redonner des marges de manœuvre dans la gestion du personnel. Toutefois, il convient de noter que certaines spécialités sont actuellement en situation de sous-effectif ; par ailleurs, les départs en retraite ne seront pas nécessairement les plus importants dans les établissements sur-dotés en personnel.

En outre, différentes réformes en cours de définition ou de mise en œuvre (réforme de la gouvernance et notamment constitution des pôles¹, création d'un centre de gestion pour les directeurs d'hôpitaux...) vont dans le sens d'une meilleure gestion des établissements hospitaliers. Par ailleurs, le FMESPP (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) permet d'ores et déjà² de financer des actions tendant à fluidifier l'emploi hospitalier (actions de conversion, prise en charge d'un différentiel de rémunération, indemnité exceptionnelle de mobilité, indemnité de départ volontaire...).

Toutefois, au vu des constats opérés par la mission, ces mesures et ces opportunités à saisir ne sont certainement pas suffisantes. Dès lors, deux pistes doivent être explorées parallèlement :

- **certaines réflexions relatives aux marges de manœuvre des établissements et à leur organisation interne doivent être relancées** ; notamment, en matière d'emploi, la déconcentration de la gestion des PH³ et la création pour la fonction publique hospitalière de centres de gestion sur le modèle des collectivités locales mériteraient d'être réétudiées ; la composition et la présidence du CA et de la CME constituent également des enjeux majeurs, de même que le mode d'évaluation et de gestion des directeurs d'hôpitaux ;

¹ Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

² Au sein de la dotation du FMESPP, 60 M€ ont été réservés pour accompagner, en 2005, les réorganisations internes et les restructurations au travers d'aides individuelles à la mobilité des personnels hospitaliers concernés par ces opérations.

³ Cf. notamment C. de BATZ, F. LALANDE, G. LAURAND, Gestion des praticiens hospitaliers, Inspection générale des affaires sociales, décembre 2002. Ce rapport montrait notamment que les ARH sont privées d'outils efficaces pour assurer la réussite des SROS et la conduite d'opérations de restructuration, ne contrôlant pas véritablement le stock des emplois médicaux existant. Il montrait également que les établissements ont un rôle très limité dans la gestion des PH. Le rapport proposait donc de retirer à la DHOS tout rôle de gestion individuel, et de confier aux ARH la définition des emplois médicaux, en cohérence avec le SROS. Il proposait également de créer des centres de gestion régionaux ou interrégionaux des médecins hospitaliers. Enfin, pour la nomination des PH, il proposait plusieurs options : nomination par l'ARH, le directeur de l'établissement ou le conseil d'administration.

- **la T2A, si elle n'apporte pas en soi de réponse à ces difficultés, doit néanmoins être suffisamment crédible, fiable et efficacement régulée** pour révéler les marges de progrès des établissements et les inciter à mettre en œuvre une gestion plus efficace.

B. La T2A, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui, ne conduit pas à une régulation efficace de la dépense hospitalière

La T2A introduit dans la régulation des dépenses de nombreuses zones de fragilité, auxquelles il n'est pas apporté de réponses satisfaisantes à ce stade (1). Par ailleurs, sur le plan technique, la fiabilité de la T2A n'est pas optimale (2). Ces deux facteurs, ainsi que la complexité, l'instabilité et le manque de transparence des règles, réduisent très fortement l'impact de la T2A dans les établissements (3). Enfin, le schéma institutionnel retenu pour mener à bien le projet T2A présente d'importantes insuffisances (4).

1. La T2A introduit dans la régulation des dépenses de nombreuses zones de fragilité, auxquelles il n'est pas apporté de réponses satisfaisantes à ce stade

a) Un modèle de financement qui ne prend qu'imparfaitement en compte l'hétérogénéité des situations des établissements

Le modèle de financement retenu dans la mise en œuvre de la tarification à la pathologie en France (**tarifs uniques sur l'ensemble du territoire et pour tous les établissements**, y compris à terme les cliniques privées) suscite des interrogations.

Les établissements présentent en effet une hétérogénéité dans leurs caractéristiques intrinsèques, la nature des séjours qu'ils traitent et leur environnement qui rendent sans doute légitime une certaine variation des coûts par rapport à la moyenne. L'hétérogénéité des établissements se traduit cependant essentiellement dans le dispositif actuel par l'enveloppe des MIGAC et notamment les MERRI fixes, ainsi que par l'application aux tarifs de coefficients géographiques (7% pour l'Ile-de-France, 5% pour la Corse).

Telles qu'elles sont mises en œuvre aujourd'hui, ces modalités de prise en compte de l'hétérogénéité des établissements semblent peu équitables (du fait de leur caractère forfaitaire) **et peu incitatives**.

Par ailleurs, l'absence de différenciation dans les modes de rémunération, (entre les secteurs public et privé et plus largement suivant le type d'établissement) induit **des effets pervers importants**. Elle entraîne en effet une forte pression d'une part à une sur-segmentation de la classification des GHM, d'autre part à l'augmentation du montant des MIGAC.

b) Une procédure de définition des objectifs de dépenses inadaptée au nouveau mode de financement

Les objectifs nationaux sont toujours, en 2005, conçus secteur par secteur, en dépenses encadrées, de manière incrémentale (à partir des bases) et largement descendante, les mesures nouvelles étant recalées pour être cohérentes avec les objectifs globaux arbitrés, puis réparties entre régions et enveloppes.

Cette procédure de définition des objectifs et des mesures nouvelles n'apparaît pas adaptée au nouveau contexte de la T2A :

- **la pertinence dans le nouveau dispositif budgétaire d'une identification de mesures nouvelles** (hors mesures de santé publique) **n'apparaît pas évidente**, dès lors que la sincérité de leur évaluation n'est pas garantie, qu'elles sont soumises à des redéploiements et à des gels, que leur répartition par enveloppe et par région est difficile et pour partie contestable, et que les ARH peuvent procéder à des redéploiements relativement importants ;
- alors que les établissements sont incités à passer à un pilotage en recettes, **il paraît délicat de ne pas déléguer certaines mesures, de manière provisoire (gel) ou définitive, sans que les tutelles ni les établissements n'aient de visibilité sur les recettes qui seront finalement déléguées ;**
- en l'absence d'analyse précise de la situation réelle des établissements, **le pilotage annuel et infra-annuel de l'ONDAM est issu d'une négociation à partir d'éléments d'appréciation souvent peu étayés** (montant des reports de charge, demandes des établissements, dépassement estimé de l'année précédente...).

c) *Des mécanismes de régulation qui apparaissent insuffisants au regard des risques*

Des enveloppes inflationnistes

Dans le nouveau mode de financement issu de la T2A, plusieurs enveloppes apparaissent mal maîtrisées et inflationnistes.

En ce qui concerne **les MERRI** (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) **variables** et **les MIG** (missions d'intérêt général) hors MERRI, elles sont déterminées au plan national et financées aux établissements au **coût observé**. Il n'existe donc aucune standardisation des coûts, et la réalité et la pertinence de l'activité des établissements correspondant à ces missions ne sont pas évaluées à ce stade.

Les aides à la contractualisation (AC) sont également financées au **coût observé** (financement des contrats d'objectifs et de moyens, des surcoûts d'investissement). Elles constituent en outre une sanctuarisation d'une grande part des marges de manœuvre régionales constituées dans le passé. En l'absence d'une évaluation régulière et systématique, ceci ne garantit pas que les dotations des régions et des établissements sont convenablement déterminées et viennent financer des politiques régionales d'aide à la contractualisation efficaces.

Quant aux **enveloppes rémunérées à l'activité** (séjours, consultations externes, urgences, molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables), elles présentent des tendances inflationnistes importantes.

En particulier, pour **les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantables**, il n'existe à ce jour, dans l'attente des contrats de bon usage prévus par la loi¹, aucun dispositif de régulation, mis à part le provisionnement au plan national. Ce mode de régulation nécessite pour être efficace que la provision soit évaluée de manière objective et

¹ La loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 a prévu la signature de contrats entre établissements et ARH et l'application de sanctions financières en cas de dépassement des volumes établis contractuellement. La circulaire du 15 juin 2005 souligne que ces contrats ne pourront être opérationnels avant octobre 2005 et que, dans l'intervalle, le remboursement s'effectuera à hauteur de la consommation déclarée par l'établissement.

sincère. Or il convient de noter qu'en 2005 la provision a été réduite de 60 M€ par rapport aux recommandations du conseil de l'hospitalisation.

Le financement des séjours est également potentiellement inflationniste. En particulier, le mécanisme des séjours extrêmes hauts (rémunération à la journée au-delà d'une certaine durée de séjour), qui présente désormais un enjeu budgétaire important, peut induire, en l'absence de contrôle adapté, des incitations à augmenter la durée moyenne de séjour (DMS). Par ailleurs, les récentes modifications de la nomenclature induisent des incitations qui ne sont pas nécessairement souhaitables (optimisation du codage avec le développement des GHM avec CMA, augmentation de la DMS avec l'extension de la catégorie majeure de diagnostic – CMD – 24 aux séjours de moins de 48 heures). Le paiement de suppléments journaliers pour les activités de réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie entre en vigueur dès 2005, alors même que les nouveaux SROS déterminant les volumes et les établissements susceptibles de les exercer ne sont pas encore opposables. Enfin, la sous-tarifcation des actes externes peut inciter les établissements à transformer ceux-ci en séjours.

Par ailleurs, **il n'existe pas aujourd'hui de règles relatives à l'évolution des moyens des établissements qui voient leurs ressources augmenter du fait de la T2A, ainsi qu'à l'accompagnement des perdants.** Ceci constitue également un risque fort d'inflation du nouveau dispositif. Certains pays ont en revanche choisi d'afficher *ex ante* des « règles du jeu » précises quant à la convergence des coûts (écrêtement des gains et des pertes...), dans le cadre de périodes de transition le plus souvent assez longues.

Des mécanismes de contrôle et de régulation insuffisants

Au regard de ces risques inhérents à la tarification à l'activité des séjours, **les outils de contrôle et de régulation existant apparaissent insuffisants :**

- **au niveau régional, les outils à la disposition des ARH sont encore insuffisamment définis et leur mise en œuvre est décalée par rapport à la réforme du financement :**
 - o **le contrôle externe des données PMSI**, qui avait été progressivement abandonné dans le passé, tarde à se remettre en place et nécessitera de mobiliser des ressources importantes ;
 - o la loi prévoit **d'inclure par avenant dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les ARH et les établissements un volet concernant les MIGAC¹** ; cette exigence légale a été rappelée dans la première circulaire budgétaire 2005² ; toutefois, les investigations conduites par la mission ont mis en évidence que, devant l'imprécision du texte législatif et de la circulaire quant à la marge d'appréciation laissée aux ARH, et face aux difficultés rencontrées dans la gestion de la campagne budgétaire 2005, les ARH n'ont pas investi ce champ ;
 - o **les objectifs quantifiés d'activité** prévus dans le cadre des SROS de 3^{ème} génération constituent une amorce de régulation régionale ; toutefois, ces outils présentent plusieurs limites importantes (objectifs sur des catégories d'activité trop large, cohérence non

¹ Cf. art L .6114-2 du code de la santé publique : « [les COM] précisent la ou les missions d'intérêt général... auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 [du code de la sécurité sociale] ».

² « Il vous appartient de contractualiser avec chaque établissement pour : identifier précisément la liste des MIG/MERRI assurées par l'établissement ; préciser, le cas échéant, les conditions d'exécution des missions (objectifs sur le plan local, moyens à mettre en œuvre, etc...) ; détailler les financements alloués par l'ARH pour chaque mission ; définir les modalités d'évaluation. Un compte rendu de cette contractualisation vous sera demandé ».

assurée avec les objectifs d'activité nationaux), et leur entrée en vigueur interviendra au plus tôt fin 2006 ;

- enfin, le contrôle de la consommation des **MO et DMI** n'est pas possible en l'absence de parution des textes sur les contrats de bon usage ;
- **au niveau national**, le choix a été fait de réguler l'enveloppe activité grâce à un dispositif macro-économique de **régulation prix-volume, annuelle** (les tarifs doivent être compatibles avec l'enveloppe tarifs et les mesures nouvelles sont réparties entre les volumes et les tarifs à partir d'une prévision de volume), et **infra-annuelle** (possibilité de diminuer les tarifs en cas d'activité plus forte que prévue) ; ce mode de régulation suscite plusieurs interrogations, quant à :
 - **sa crédibilité, au vu notamment de l'exemple des cliniques privées** ces dernières années ; en effet, dans un schéma analogue, pour les cliniques privées, les prévisions initiales de volume ont toujours été largement sous-évaluées et le volume cible a été systématiquement dépassé, sans pour autant qu'une régulation infra-annuelle ou annuelle soit pratiquée ; en particulier, l'objectif de dépenses a toujours été rebasé à hauteur du dépassement constaté ; **la campagne 2005 confirme ces doutes** : dès la première année, **la prévision initiale d'augmentation des volumes a été sous-évaluée**, malgré les recommandations du conseil de l'hospitalisation, dans le but de permettre des évolutions positives dans les deux secteurs ; les évolutions d'activité constatées au premier trimestre 2005 montrent que les recommandations du conseil de l'hospitalisation étaient fondées ; leur prise en compte conduirait, en intégrant également les données réelles du quatrième trimestre 2004, à une baisse des tarifs de 6% à partir du 1^{er} août ; cette insincérité des prévisions d'activité conduit donc dès la première année à un risque important de dépassement de l'objectif, qui était largement prévisible ;
 - **sa pertinence au plan économique**, dès lors qu'elle favorise les comportements de passager clandestin en pénalisant uniformément tous les établissements et tous les séjours, et conduit très certainement à un décrochage entre les tarifs et les coûts ; ce décrochage se traduit d'ores et déjà par l'existence d'un coefficient d'ajustement pour rendre les tarifs compatibles avec les bases budgétaires ; celui-ci a varié fortement entre les campagnes 2004 (1,21) et 2005 (1,07) du fait notamment des incohérences existant entre la méthodologie de l'ENC et la procédure budgétaire, ainsi que du mode de calcul des bases budgétaires, l'enveloppe MCO étant calculée par différence.

Au total, **les enveloppes financées à l'activité apparaissent donc fortement inflationnistes**, essentiellement du fait de l'insincérité initiale des prévisions et du manque de leviers de contrôle et de régulation.

Par ailleurs, **l'unique instrument de régulation existant en 2005 (prix / volume) de l'enveloppe activité est national et il n'existe pas en 2005 de régulation des volumes**. Ceci contraste avec la situation dans la plupart des pays étrangers pratiquant la tarification à la pathologie, où ont été mis en place des dispositifs décentralisés de contrôle des volumes.

2. Sur le plan technique, la fiabilité de la T2A n'est pas optimale

Au sein du processus de mise en œuvre de la T2A, plusieurs points de fragilité apparaissent. Cet aspect peut paraître mineur au regard notamment des critiques portant sur le dispositif de régulation ; toutefois, en pratique, ceci a pour conséquence de **mettre en cause la lisibilité et la crédibilité de la T2A**, notamment dans les établissements.

En ce qui concerne le calcul des bases, **certains principes du retraitement comptable** (non ventilation des reports de charge, clés de répartitions...) sont contestables. Par ailleurs, **la fiabilité des données issues du retraitement comptable est fragile**, pour plusieurs raisons : qualité incertaine de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique, caractère essentiellement déclaratif de ces données, et ambiguïtés sur les méthodes de calcul. Enfin, la méthode de calcul des **MERRI** pour la campagne budgétaire 2005, si elle constitue un progrès par rapport à la situation antérieure (13% forfaitaire), **reste très sommaire**.

Quant au calcul des tarifs, trois points doivent être notés. Tout d'abord, **l'ENC**, qui sert de base à ce calcul, **présente des fragilités** qui résultent pour une large part de l'ambivalence de son rôle (à la fois outil de gestion et d'allocation budgétaire). Notamment, les coûts sont connus avec une incertitude assez importante et sont extrêmement sensibles aux choix méthodologiques. De plus, la fiabilité des données sources est, tout comme pour le retraitement comptable, incertaine, et le modèle analytique retenu est critiquable.

Ensuite, **les modifications de la classification en GHM** qui ont eu lieu ces dernières années se sont accompagnées d'une augmentation du nombre de GHM, afin d'augmenter la part de variance expliquée. Toutefois, ces évolutions, dont l'impact sur le budget théorique des établissements a été faible, ont des effets négatifs sur la fiabilité de l'ENC et de la procédure budgétaire.

Enfin, **l'introduction des suppléments** dans la campagne budgétaire 2005 a nécessité la définition d'une méthodologie extrêmement complexe.

3. L'impact de la T2A dans les établissements reste faible

Les failles existant dans le modèle de régulation (a) ainsi que le manque de fiabilité de la méthodologie et la complexité, l'instabilité et le manque de transparence sur les règles (b) expliquent que l'impact de la T2A dans les établissements est aujourd'hui assez limité (c).

a) Un desserrement de la contrainte budgétaire pour les établissements

Le passage à la T2A a conduit à un important desserrement de la contrainte budgétaire pour les établissements, pour trois raisons :

- les charges dont l'évolution était et reste la plus dynamique (**molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables**) sont désormais rémunérées à l'euro l'euro ;
- les tarifs des séjours ont été définis pour être compatibles avec la base activité 2005 ; or celle-ci a été déterminée à partir des trois premiers trimestres 2004 extrapolés, ce qui a conduit à une forte sous-estimation de la base, et donc à **une importante sur-estimation initiale des tarifs des séjours** (159 M€ au plan national) ;
- la prévision d'augmentation de l'activité retenue pour 2005 (+1%), largement sous-estimée, a conduit également à **une importante sur-estimation initiale des tarifs des séjours** (153 M€ par rapport à une hypothèse plus réaliste de +2% de croissance).

Si la régulation prix / volume n'est pas mise en œuvre en cours d'année, les seuls effets portant sur l'activité 2004 et 2005 conduiraient donc à augmenter la dotation des établissements MCO d'environ 400 M€. De ce fait, si aucune mesure d'économie n'est adoptée, et en dépit du gel de plus de 210 M€ décidé en février 2005, les seuls effets activité 2004 et

2005 pourraient donc conduire à **un dépassement important de l'ONDAM 2005 des établissements ex-DG et ex-OQN¹**.

b) La complexité, l'instabilité et le manque de transparence sur les règles

L'ensemble des principes et des paramètres clés de la T2A a été caractérisé en 2005 par une forte instabilité par rapport à 2004 et un manque de transparence et d'information à l'égard des établissements ainsi que des tutelles régionales, alors même que la méthodologie de la T2A est extrêmement complexe.

Les bases ont ainsi fait l'objet de retraitements au niveau national qui n'ont souvent pas été compris par les établissements et les tutelles. Par ailleurs, **les tarifs ont fortement évolué en 2005**, du fait notamment de l'introduction des suppléments. Si l'effet de ces évolutions sur les budgets théoriques des établissements est globalement nul, et les ressources des gros établissements polyvalents varient peu, en revanche, les établissements de taille plus modeste et/ou plus spécialisés peuvent voir leurs ressources varier de manière significative. La définition des objectifs et des mesures nouvelles ainsi que la ventilation des mesures nouvelles entre enveloppes et entre régions ont également été réalisées de manière peu transparente.

Ceci a rendu en 2005 très difficilement lisibles les effets de la réforme² au niveau local, tant dans les établissements que pour la tutelle régionale. En outre, ceci n'a pas contribué à renforcer la crédibilité des gestionnaires locaux et de la tutelle, souvent peu à l'aise face à la réforme, et devant faire face à des situations difficilement justifiables (équilibre financier des services d'un même établissement modifié d'une année sur l'autre...).

Par ailleurs, certaines opérations techniques ont dû se faire dans un calendrier très resserré (retraitement comptable notamment), dans des conditions ne garantissant pas une bonne qualité des données produites et entraînant des difficultés techniques pour les établissements.

c) Un impact limité de la T2A sur les pratiques de gestion des établissements

Les établissements ne sont pas aujourd'hui véritablement incités, du fait du desserrement de la contrainte budgétaire, à améliorer leurs pratiques de gestion et à infléchir leur stratégie. Par ailleurs, les ARH sont fortement mobilisées par les SROS de 3^{ème} génération ainsi que par la compréhension de la campagne budgétaire 2005, et ayant perçu la T2A comme une re-centralisation de la régulation restreignant leurs marges de manœuvre, elles n'ont pas apporté de modifications aux bases budgétaires. En l'absence de doctrine concernant les effets redistributifs de la T2A et les éventuelles réallocations entre gagnants et perdants, les ARH n'exerceront pas en 2005 une pression plus importante sur les établissements.

L'instabilité et la complexité des règles limitent aussi les capacités des établissements à améliorer leurs pratiques de gestion et à infléchir leur stratégie, du fait de la complexité, de l'instabilité et du manque de transparence sur les règles. En particulier, il a été très difficile pour les établissements d'établir en 2005 des prévisions d'activité. De ce fait, la sincérité du budget ne s'est de manière générale pas améliorée, et les établissements tout comme

¹ La commission des comptes de printemps, qui s'est tenue le 21 juin 2006, a estimé qu'en 2005 « les tensions enregistrées sur les budgets des établissements de santé pourraient se traduire par un dépassement de l'ONDAM hospitalier d'environ 500 M€ », sans donner de précision sur ce chiffre.

² La lisibilité des effets de la réforme sur les ressources des établissements est également rendue difficile en 2005 du fait du rythme de production des données PMSI et du caractère atypique des données PMSI 2004 (fort rattrapage au dernier trimestre). Par ailleurs, au-delà de ces phénomènes conjoncturels, il est possible de s'interroger sur la capacité des établissements à réagir à une échelle de 700 tarifs environ.

les tutelles apparaissent très peu préparés au passage à l'EPRD. De même, la qualité et l'intensité du dialogue de gestion sont inchangées. Ceci est d'autant plus dommageable que le dialogue de gestion en mode T2A devrait être plus exigeant et nécessite notamment de lier prévision d'activité et procédure budgétaire. A cet égard, une coopération étroite entre la direction financière et le DIM est nécessaire, qui est loin d'être acquise dans tous les établissements.

Par ailleurs, face à l'instabilité des bases budgétaires et de la structure des tarifs, **il est impossible tant pour les établissements que pour les tutelles d'établir des perspectives pluriannuelles**, ce qui n'est pas sans poser des difficultés pour l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération. En outre, la campagne budgétaire 2005, très difficile à gérer, a fortement mobilisé les effectifs des directions des établissements.

En définitive, **l'impact le plus notable de la T2A dans le fonctionnement des établissements concerne le codage de l'activité PMSI**. Si les modes d'organisation diffèrent, et si le contrôle interne reste perfectible, la T2A a en effet conduit dans la plupart des établissements à une prise de conscience forte de l'importance du codage. Ceci a entraîné un DRG-creep qui explique la sous-évaluation de l'activité 2004. Cette forte attention portée au codage peut encourager des comportements opportunistes d'optimisation du codage, ce qui ne rend que plus nécessaire la mise en place d'un contrôle externe efficace.

4. Le schéma institutionnel retenu pour mener à bien le projet T2A présente d'importantes insuffisances

Pour mener à bien la réforme du mode d'allocation des ressources, plusieurs fonctions doivent être correctement assurées :

- le pilotage stratégique d'ensemble du projet T2A (définition des concepts et procédures, gestion du calendrier, suivi des effets de la T2A) ;
- la définition de la procédure budgétaire nationale annuelle ;
- la réalisation des analyses techniques nécessaires à la conduite de la procédure budgétaire (détermination des tarifs, prévision d'activité...) ;
- la mise en œuvre de la procédure budgétaire.

La gestion du calendrier apparaît tout d'abord mal maîtrisée. Le calendrier choisi conduit en effet à **mettre en œuvre de manière très rapprochée plusieurs réformes** (T2A mais également SROS de 3^{ème} génération, réforme de la gouvernance, plan d'investissement d'Hôpital 2007, pilotage en dépenses d'assurance maladie, facturation au fil de l'eau, passage à l'EPRD...), sans offrir de visibilité sur les règles applicables. De plus, le mode d'allocation des ressources a été réformé sans que des outils de régulation soient mis en place parallèlement.

Par ailleurs, la fiabilité de certains éléments clés du dispositif (RTC, ENC...) a été insuffisamment prise en considération, et les procédures et les concepts sont de manière générale **peu documentés**. Ceci rend aujourd'hui certains processus très fragiles (ENC, calcul des tarifs et des bases notamment), car **dépendant essentiellement des qualités et du dévouement, que la mission tient à souligner, d'un très petit nombre de personnes**.

La conduite de la procédure budgétaire annuelle ainsi que la réalisation des analyses techniques nécessaires pour ce faire souffrent également d'un **émiettement des tâches et de la répartition des compétences parfois floue entre les différents acteurs**.

Enfin, **aucune évaluation des effets qualitatifs de la T2A n'a été mise en place à ce jour**, alors même que la T2A peut avoir de multiples effets non désirés (dégradation de la

qualité et de l'accès aux soins, DRG-creep¹, spécialisation uniquement sur les segments d'activité les plus rentables, report abusif sur d'autres structures de soins...).

Cette situation révèle **des insuffisances dans le pilotage d'ensemble du projet**. Elle provient également du **sous-dimensionnement des moyens humains mis en œuvre** au niveau central au regard de l'ampleur de la réforme.

Ce sous-dimensionnement des moyens au niveau central provient pour partie du fait que la mise en œuvre de la T2A s'est traduite, tout au moins en 2005, par une **recentralisation de la procédure budgétaire** qui a très fortement mobilisé l'administration centrale. Ainsi, les budgets de reconduction ont été directement définis par l'administration centrale, qui a déterminé la répartition des ressources par établissement et par enveloppe.

Cette recentralisation de la procédure budgétaire a eu deux conséquences. Tout d'abord la tutelle régionale a consacré l'essentiel du premier semestre 2005 à tenter de reconstituer les calculs nationaux et à les expliquer aux établissements. Par ailleurs, **le dialogue budgétaire entre l'échelon national et les ARH est très faible**. En particulier :

- les dotations régionales (bases et mesures nouvelles) ont été définies en 2005 de manière mécanique au plan national, sans dialogue préalable ;
- ces dotations régionales sont la somme des bases et des mesures nouvelles réparties grâce à des clés ; de ce fait, en dehors de la redistribution induite par les 25% de T2A, il n'existe plus de mécanisme volontariste de redistribution des moyens entre les régions ;
- les ARH ne sont pas responsabilisées sur leurs résultats budgétaires ; en particulier, elles n'ont pas d'objectif en matière d'enveloppe activité ;
- il n'est pas demandé aux ARH de rendre compte régulièrement de leurs pratiques de régulation (modalités de leur tutelle budgétaire, suivi de l'exécution budgétaire, contrôle du codage, conséquences tirées du passage à la T2A...).

Certes la DHOS a engagé une expérimentation de contractualisation avec 5 ARH, suite à une mission d'assistance de l'IGAS. Ces contrats, outre des thématiques sanitaires, abordent également la régulation des dépenses. Ils définissent des indicateurs de performance ; pour la régulation des dépenses, les indicateurs retenus sont la proportion des établissements ayant signé un contrat de bon usage du médicament et ayant fait l'objet d'un diagnostic partagé avec l'ARH et d'un plan de redressement. Ils ne permettent toutefois pas un dialogue budgétaire structuré entre DHOS et ARH.

* *
*

Au total, la crédibilité de la réforme paraît aujourd'hui entamée tant au niveau des établissements que des tutelles régionales. Par ailleurs, la complexité des règles, leur manque de lisibilité, le retard dans les notifications et dans le vote des budgets et le dynamisme de l'évolution des recettes d'assurance maladie sont tels, que **l'année 2005 sera très certainement une année blanche en termes de gestion** dans la majorité des établissements. L'enjeu est donc de **s'assurer que les campagnes budgétaires 2006 et suivantes ne souffriront pas des mêmes défauts.**

¹ Le DRG-creep désigne le changement des pratiques de codage des pathologies constaté lors du passage à la tarification à l'activité. Cette optimisation du codage des séjours ne relève pas d'une pratique frauduleuse.

III. A TRES COURT TERME, LE DISPOSITIF DOIT ETRE STABILISE ET LES ENVELOPPES POTENTIELLEMENT INFLATIONNISTES MIEUX MAITRISEES

Au vu des constats formulés ci-dessus, les deux enjeux principaux sont aujourd'hui d'assurer une régulation efficace de la dépense et de restaurer la crédibilité de la réforme. Pour atteindre ces objectifs, il convient à la fois de **stabiliser le dispositif** (A) et de **renforcer les moyens de régulation** (B).

Ceci conduit en particulier à **privilégier à court terme la stabilisation du dispositif à l'amélioration de sa fiabilité**, celle-ci devant faire l'objet d'un programme de travail à moyen terme (cf. § IV.B). Au demeurant, un tel programme de travail ne pourra être engagé tant que le schéma cible ne sera pas précisément défini (cf. § IV.A).

Par ailleurs, ceci suppose d'**améliorer la conduite du projet**, qui doit faire l'objet d'une répartition des rôles plus claire et de procédures plus lisibles et rigoureuses (C).

A. La stabilisation du mode de financement des établissements de santé

La mission souligne la nécessité de **stabiliser temporairement le système de financement et le cadre budgétaire et comptable**, afin de garantir une certaine visibilité aux établissements et aux tutelles, et de tenir compte de l'état de préparation technique de plusieurs dossiers¹. Ceci nécessite plusieurs mesures :

Proposition pour 2006 n°1. Ajourner l'application de la T2A aux activités psychiatrique et de soins de suite et réadaptation.

Cette proposition paraît souhaitable compte tenu des difficultés rencontrées avec la T2A pour l'activité MCO.

En pratique, pour l'activité psychiatrique, aucune démarche structurée n'a semblé-t-il été engagée. La possibilité de mettre en place à moyen terme un mécanisme de paiement à l'activité pour cette activité paraît en outre incertaine, étant donné les difficultés rencontrées pour établir une classification reconnue dans ce domaine.

Pour l'activité de soins de suite et de réadaptation en revanche, une étude nationale de coût expérimentale a été mise en place. Toutefois, elle n'est plus maintenue, faute notamment de moyens suffisants à l'ATIH.

L'ajournement proposé consiste donc essentiellement à prendre acte de cette situation, plus qu'à interrompre des processus déjà bien engagés. Il permettrait cependant de restaurer la clarté des messages, qui a été brouillée récemment notamment par la diffusion du nouveau retraitement comptable.

Proposition pour 2006 n°2. Maintenir le taux de T2A au sein de l'enveloppe activité à 25% en 2006, ou afficher une hausse limitée (30%) pour ne pas donner l'image d'un arrêt de la réforme.

¹ La mission soulignait déjà cette nécessité dans la note adressée le 28 avril 2005 aux ministres commanditaires (cf. PJ n°3).

Cette mesure est indispensable pour plusieurs raisons :

- la fiabilisation de la méthodologie de la T2A ne pourra être réalisée qu'à moyen terme (cf. § II.C.2.b) ; dès lors, il importe dans l'immédiat que la part des ressources des établissements allouées en fonction de l'activité reste modérée ;
- de même, les capacités de régulation des financements à l'activité, aujourd'hui très faibles, seront nécessairement longues à mettre en place (cf. § II.C.1.b) ;

Cette mesure devra s'accompagner d'un effort de communication, notamment à l'égard des établissements, où une certaine confusion règne aujourd'hui ; deux points en particulier pourraient être soulignés, qui mettent en évidence que **le pilotage de la T2A ne saurait se résumer à l'affichage d'un taux de financement à l'activité** :

- une T2A à 25% avec une régulation efficace des dépenses (MIGAC et volumes d'activité maîtrisés) maîtrise mieux les effets redistributifs entre les établissements qu'une T2A à un taux plus élevé qui s'accompagnerait d'un volume excessif de MIGAC ou d'une régulation prix / volume en cours d'année ;
- comparer le taux de T2A avec le niveau de charges variables d'un établissement n'a pas de sens : dès lors qu'un établissement était sous-doté historiquement par rapport à son activité, le passage à la T2A lui apporte un surcroît de dotation, donc améliore son résultat d'exploitation, quel que soit le taux de T2A.

Proposition pour 2006 n°3. Conserver en 2006 la structure actuelle de tarification.

En particulier, il conviendrait de conserver la version 9 de la classification des GHM et de ne pas modifier le périmètre de l'enveloppe activité par la création de nouveaux suppléments ou par une modification de la liste des MIGAC, voire par une extension de la liste des MO et DMI. De même, il convient d'attendre les résultats de l'ENC privée avant d'entamer une nouvelle étape de la convergence public / privé (cf. proposition schéma cible n°1).

Proposition pour 2006 n°4. Conserver les bases budgétaires 2005 des établissements pour la campagne 2006.

Etant donné l'ampleur des incertitudes portant sur le calcul des bases des établissements, et vu le temps consacré pour la campagne 2005 par les établissements et leurs tutelles à la production des données sources et surtout à la compréhension des bases notifiées, il n'apparaît pas souhaitable de réaliser à nouveau cet exercice. Le retraitement comptable 2004, diffusé aux établissements en mai 2005, devrait donc être suspendu.

Proposition pour 2006 n°5. S'en tenir pour 2006 à la facturation individuelle aux caisses des soins externes et des médicaments.

La généralisation des échanges électroniques avec les caisses d'assurance maladie est à opérer rapidement. Elle permettra la télétransmission des factures individuelles relatives aux soins externes et aux médicaments rétrocedés, qui est programmée pour le second semestre 2006. Il est également prévu d'y joindre la facturation individuelle des MO et DMI. La mission observe que cela suppose qu'elle soit précédée d'une prescription nominative et informatisée.

En revanche, la facturation individuelle des séjours soulève des questions techniques ardues, tant du côté des caisses (mise en place d'un moteur de tarification inter-régimes, contrôles automatisés de l'ouverture et de l'étendue des droits) que du côté des établissements : construction d'une chaîne de liquidation nouvelle, maîtrise de la qualité et des délais de facturation et redéfinition du calcul des tarifs des prestations pour les mettre en adéquation avec la T2A (le ticket modérateur serait une fraction des tarifs des GHS). Ces questions méritent des études fines, notamment sur l'étendue des exonérations de ticket modérateur et une possible modulation des tarifs selon les établissements. Dans ces conditions, la mission propose de **ne poser la question de l'extension de la facturation individuelle aux caisses qu'au terme de ces études préalables.**

Proposition pour 2006 n°6. Reporter la refonte du cadre budgétaire et comptable, et notamment le passage à l'EPRD.

Le passage à l'EPRD au 1^{er} janvier 2006 ne paraît pas réaliste, dès lors que les textes réglementaires n'ont pas encore été publiés et que les formations et outils nécessaires n'ont pas encore été mis à la disposition des établissements ni de leurs tutelles. En outre, le passage à l'EPRD nécessite une approche budgétaire totalement nouvelle, tant pour les établissements que pour les tutelles, à laquelle ceux-ci apparaissent aujourd'hui très peu préparés. Dès lors, le maintien du calendrier actuel se traduirait au mieux par un cadre budgétaire optiquement renouvelé mais n'impliquant pas de modification des pratiques. Au pire, il pourrait comporter des risques de dérapage budgétaire.

B. La maîtrise des enveloppes inflationnistes

Le caractère inflationniste des différentes enveloppes (séjours et urgences, molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables, MERRI, MIG hors MERRI, AC) nécessite des outils de régulation efficaces. La plupart d'entre eux sont d'ores et déjà prévus, mais leur mise en œuvre décalée par rapport à la réforme du financement laisse ces enveloppes sans contrôle.

1. Les outils de contrôle et de régulation des volumes

Proposition pour 2006 n°7. Mettre en œuvre dès 2006 les outils de régulation locale des volumes.

Plusieurs outils régionaux de contrôle des volumes sont prévus afin d'assurer une régulation des différentes enveloppes mises en place dans le cadre du nouveau mode de financement. Il apparaît toutefois que ce dispositif de contrôle et de régulation a pris du retard. Quatre mesures doivent être prises très rapidement afin de permettre une régulation régionale efficace dès la campagne 2006 :

- la parution des textes relatifs aux sanctions du contrôle du codage de l'activité, et surtout **la mise en place de moyens suffisants pour assurer un contrôle efficace dès le deuxième semestre 2005** ;
- **la signature des textes relatifs au bon usage des MO et DMI et la mise en place des contrats de bon usage ; ceux-ci devraient fixer, outre l'obligation de prescription nominative, des objectifs de volume** ; le respect des objectifs ainsi définis passe par des pénalités financières en cas de dépassement ;

- **la contractualisation sur les missions d'intérêt général, première étape dans la normalisation de leur coût et l'évaluation de leur intérêt** : notamment, les ARH devront évaluer la réalité, le coût et la pertinence des actions conduites par les établissements à ce titre, et le bien fondé de l'évaluation des financements qui y sont consacrés ; si certaines MIG relèvent de la mise en œuvre de politiques de santé publique (centres de dépistage...), d'autres relèvent plus de la stratégie de l'établissement ; dès lors, la légitimité d'un financement par l'assurance maladie peut être posée ;
- **la définition d'objectifs établissement par établissement sur les volumes de séjours (tarifs, extrêmes et suppléments)** ; il n'est pas possible d'attendre la mise en œuvre des nouveaux COM pour ce faire ; en outre, par rapport au dispositif des objectifs quantifiés, il convient de cibler plus précisément les engagements ; il paraît en effet nécessaire, tout au moins pour certains établissements, que l'ARH suive les profils d'activité des établissements (séjours extrêmes hauts, GHS particulièrement coûteux), porte un regard sur la pertinence de leurs pratiques et le cas échéant contractualise avec eux.

Plus que les outils cependant, **ce sont les paramètres institutionnels qui apparaissent déterminants dans l'efficacité de la régulation des dépenses hospitalières.** Cette dernière passe par :

- une définition précise du rôle des ARH dans la régulation et une procédure de dialogue renforcé avec le niveau national (2) ;
- une expertise au plan national assurant la crédibilité des prévisions sur lesquelles sont assises les campagnes budgétaires (3).

2. Le cadre d'une régulation efficace de la dépense par les ARH

Proposition pour 2006 n°8. Créer les conditions d'une régulation efficace de la dépense par les ARH, dans le cadre d'un dialogue budgétaire annuel avec la DHOS.

Alors que la campagne 2005 s'est traduite par une recentralisation de la procédure budgétaire, il convient de créer le cadre d'une régulation efficace de la dépense en mode T2A par les ARH. Ceci implique quatre mesures :

Proposition pour 2006 n°8.1. Déléguer l'ensemble des dotations régionales en début d'année, à l'exception des financements sur projets.

La délégation morcelée des crédits, sans visibilité sur l'exercice, rend en pratique impossible pour les établissements la réalisation de budgets sincères, et ne permet pas aux ARH d'avoir une politique active de redéploiement entre établissements.

Proposition pour 2006 n°8.2. Rappeler aux ARH les latitudes dont elles disposent pour modifier les bases des établissements, dans le respect des dotations régionales qui leur sont déléguées ; les bases par établissement pourront continuer à constituer les données sources permettant à la DHOS de calibrer les dotations régionales.

Proposition pour 2006 n°8.3. Confier aux ARH le soin d'effectuer des redéploiements notamment pour prendre en compte efficacement les effets de la T2A et accompagner les établissements perdants à la T2A.

La situation des perdants à la T2A, dès lors qu'elle induit chez les établissements des déficits d'exploitation, appelle des mesures structurelles qui ne pourront pas toujours avoir à court terme des effets suffisants pour rétablir l'équilibre financier. Par ailleurs, la situation des gagnants à la T2A suscite des interrogations, quant au bien-fondé de ces gains, étant donné les incertitudes sur la méthodologie T2A, ainsi que sur l'utilisation qui en sera faite par les établissements.

A l'instar de l'Allemagne, il pourrait être envisagé de mettre en place un système de péréquation automatique, au plan national ou régional, qui écrèterait les gains et les pertes et opèrerait un lissage des effets de la T2A entre les établissements.

Un tel dispositif ne constitue toutefois pas un outil de régulation pour 2006, pour deux raisons au moins :

- il rendrait encore plus complexes à prévoir et moins lisibles les effets de la T2A, et serait interprété comme un recul dans la réforme ; un tel dispositif est en pratique équivalent à une réduction du taux de T2A au sein de l'enveloppe activité ;
- du fait des difficultés méthodologiques explicitées *supra* (fragilité de la méthodologie de la T2A, période transitoire de mise en place qui rend difficilement interprétables les données d'activité des établissements), il est très délicat de réaliser des analyses gagnants / perdants solides ; de ce fait, un dispositif mécanique génèrerait sans aucun doute des inéquités, que seule un diagnostic approfondi mené au plan local permettra d'éviter.

Proposition pour 2006 n° 8.4. Pour s'assurer de la pertinence de l'utilisation faite par les ARH de ces nouvelles marges de manœuvre, instaurer une procédure budgétaire annuelle entre l'échelon national et l'échelon régional.

Il est frappant de constater qu'aujourd'hui il n'existe pas de dialogue budgétaire structuré entre l'échelon national et les ARH ; au-delà de la contractualisation, en voie de généralisation, il est indispensable, au vu des enjeux, d'instaurer dès 2006 pour l'ensemble des ARH une véritable procédure budgétaire.

Celle-ci pourrait être articulée en deux temps :

- **un compte-rendu annuel par les ARH** portant sur deux points :
 - o **le diagnostic de la tutelle** sur les établissements les plus importants ainsi que ceux présentant les plus forts gains et les plus fortes pertes théoriques à la T2A ;
 - o **la réponse apportée par l'ARH** à cette situation ; ce point inclurait notamment **les redéploiements effectués entre établissements** ; à ce titre, la politique poursuivie au travers des COM, ainsi que la méthodologie employée (diagnostic, suivi, mode de financement) et les résultats obtenus devraient être présentés ;
 - o **la mise en œuvre, sur l'année en cours, des outils de contrôle et de régulation de la T2A**, que sont notamment le contrôle externe du codage, la contractualisation sur les MIGAC ainsi que les objectifs de volume et la pertinence des pratiques sur les molécules onéreuses et les DMI ;

- au vu de ce compte-rendu réalisé par les ARH, **un dialogue budgétaire** conduisant le cas échéant à apporter aux dotations régionales des modifications par rapport aux dotations théoriques, définies aujourd'hui comme la somme des bases et des mesures nouvelles réparties grâce à des clés ; ce dialogue budgétaire devrait s'appuyer également sur des indicateurs synthétiques permettant d'évaluer la pertinence des moyens alloués aux régions au regard de leurs besoins ; **il devrait également conduire à fixer à chaque région des objectifs de dépense sur les séjours ainsi que les MO et DMI** ; le cas échéant, ce dialogue budgétaire pourrait avoir une portée pluriannuelle.

Sur le plan pratique, le rôle des ARH serait renforcé, ainsi que les exigences pesant sur elles en termes de *reporting*. Ces compétences de contrôle et de régulation qui seraient dévolues aux ARH constituent sans aucun doute en grande partie un rôle nouveau, auquel elles ne sont pas nécessairement préparées. Dès lors, cette décentralisation de la régulation, dès la campagne 2006, pourrait paraître imprudente et ne pas apporter de garanties suffisantes.

Toutefois, deux éléments doivent être soulignés.

Tout d'abord, à l'issue de ses investigations, la mission estime que cette mission nouvelle est **compatible avec le format actuel des ARH**, à condition que le schéma budgétaire soit stabilisé en 2006. Au demeurant, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des établissements a été annoncée en mai 2005. Ce dispositif, qui aurait notamment vocation, pour les structures les plus en difficulté, à réaliser des audits et à élaborer des plans personnalisés, pourrait utilement s'intégrer dans la démarche présentée ci-dessus.

Par ailleurs, au-delà de la question des moyens, la mission considère qu'**il n'existe pas d'alternative à une régulation locale de la dépense**. Sa mise en œuvre sera nécessairement progressive, mais elle doit être engagée dès que possible.

3. *Les éléments macro-économiques de régulation*

La campagne budgétaire 2005 met très clairement en évidence que **l'insincérité des prévisions de dépenses dans l'ONDAM conduit à de très forts risques financiers**. En particulier, pour la rémunération des séjours ainsi que des MO et DMI, une sous-évaluation des prévisions initiales conduit, toutes choses égales par ailleurs, à des dépassements de l'objectif.

Dès lors, il apparaît nécessaire de confier à une instance indépendante la tâche d'effectuer des prévisions argumentées d'activité (séjours, MO et DMI), de charges de personnel, de productivité et de recettes de groupe 2. Elles seraient rendues publiques et actualisées semestriellement.

Cette instance pourrait être le comité d'alerte mis en place par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Les objectifs de dépense relatifs aux établissements hospitaliers devraient alors être construits, de manière transparente, à partir de ces prévisions :

Proposition pour 2006 n°9. Confier à une instance indépendante le soin de réaliser, à la fin de chaque semestre, une prévision argumentée d'évolution de l'activité (séjours, MO et DMI), des charges de personnel, de la productivité et des recettes de groupe 2 pour l'année suivante et une prévision actualisée pour l'année en cours ; ces prévisions devront être rendues publiques.

Proposition pour 2006 n°10. Dans le PLFSS, présenter la construction des sous-objectifs relatifs aux établissements hospitaliers en faisant apparaître les hypothèses retenues par le gouvernement et cette prévision indépendante et, le cas échéant, expliciter les points de divergence.

Position de l'Inspection générale des finances

Proposition pour 2006 n°11 IGF. Supprimer le mécanisme de régulation prix / volume annuelle et infra-annuelle et assurer la stabilité des tarifs en 2006.

L'Inspection générale des finances estime que le mécanisme de régulation prix / volume annuelle et infra-annuelle devrait être supprimé dès 2006, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, si les propositions émises *supra* par la mission sont mises en œuvre, dès 2006, la campagne budgétaire pourra être conduite à partir de prévisions réalistes, et une régulation régionale efficace pourra commencer à voir le jour. De ce fait, si le gouvernement suit les avis du comité d'alerte, **l'éventuel dépassement dû à une sous-estimation des prévisions initiales d'activité sera nécessairement réduit** (une sous-estimation de 0,5% sur les séjours, avec une T2A à 25%, représente environ 75 M€).

Par ailleurs, la régulation prix / volume comprend **des inconvénients extrêmement importants** (incitation aux comportements de passager clandestin, inéquité de la mesure, divergence progressive entre les coûts et les tarifs...).

De plus, **l'existence d'une régulation prix / volume ne garantit en aucun cas l'absence de dépassement**. Ainsi, il paraît peu probable que la régulation prix/volume soit mise en œuvre en cours d'année 2005, au vu des diminutions de tarifs en jeu. La régulation des dépenses hospitalières appartiendra toujours en dernier lieu au gouvernement.

Enfin, la suppression de toute régulation prix / volume, annuelle et infra-annuelle, permettrait de **stabiliser le montant des tarifs**. Il apparaît en effet indispensable, pour apporter plus de visibilité aux établissements et aux tutelles, non seulement de conserver en 2006 le schéma de tarification 2005 (cf. proposition pour 2006 n°3), mais également de ne pas introduire de variations dans les tarifs.

En particulier, cette stabilisation du montant des tarifs suppose, outre la suppression de la régulation prix / volume, que les résultats de la nouvelle ENC ne seront pas pris en compte. Les inconvénients d'une modification des tarifs en termes de lisibilité outrepassent en effet largement les éventuels avantages liés à la prise en compte d'une nouvelle ENC, dont la fiabilité ne sera pas beaucoup plus grande que celle de l'ENC existante¹.

A moyen terme, une fois supprimée la régulation prix / volume, et après avoir fiabilisé l'ENC (cf. § IV.B), il conviendrait de faire converger les tarifs vers les coûts moyens issus de la dernière étude des coûts, le cas échéant actualisés à partir de l'inflation des facteurs et des objectifs de gains de productivité. Il convient à ce titre de rappeler qu'en 2005 le coût moyen des séjours est de 7% inférieur aux tarifs.

¹ Le calcul du montant des tarifs est aujourd'hui entaché d'importantes fragilités méthodologiques. Il convient de rappeler que les modifications d'échantillon au sein de l'ENC ont entraîné, toutes choses égales par ailleurs, une augmentation moyenne des tarifs de 7% en 2005.

Position de l'Inspection générale des affaires sociales

Proposition pour 2006 n°11 IGAS. Assurer la régulation macroéconomique de la dépense.

Les propositions émises *supra* par la mission (sincérité des prévisions d'activité, contrôle des volumes assortis de pénalités, encadrement des MIGAC par des coûts standard) pourraient rendre inutile la régulation prix-volume.

Pour autant, l'Inspection générale des affaires sociales estime **qu'il ne serait pas prudent d'y renoncer définitivement tant que les autres mécanismes de régulation n'auront pas fait la preuve de leur efficacité**. En effet, **disposer de prévisions d'activité plus réalistes ne garantit pas le respect de l'objectif de dépenses**. Un simple écart par rapport à la prévision initiale de 0,5% sur les séjours, avec une T2A à 100%, représente environ 300 M€

Elle ajoute que le mécanisme prévu pour les séjours devrait être complété par une régulation prix-volume propre aux MO et DMI, pour lesquels une sous estimation de 5% représente 60M€

C. La conduite du projet

Une grande partie des difficultés rencontrées depuis le lancement de la T2A est imputable à la faible structuration de la maîtrise d'ouvrage et à la confusion des rôles entretenue entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre. Dès lors, il convient de préciser rapidement le schéma institutionnel de conduite du projet.

Proposition pour 2006 n°12. Préciser le pilotage de la réforme.

Sans entrer dans le détail du schéma organisationnel optimal, il est essentiel de mieux distinguer les fonctions. Ceci suppose tout d'abord de repositionner la DHOS dans son rôle de maîtrise d'ouvrage stratégique. A ce titre, la mission T2A doit lui être rattachée, afin d'identifier au sein de la DHOS l'assistance à maîtrise d'ouvrage.

L'ATIH quant à elle doit assurer l'essentiel de la maîtrise d'œuvre (schéma tarifaire, construction et maintenance des outils, fiabilité des données sources) sur la base de cahiers des charges définis par le maître d'ouvrage. Assurer de manière fiable, documentée et procédurée ces missions nécessite un renforcement des moyens de cette agence.

Cette clarification des rôles, ainsi que la déconcentration (cf. *supra*) de la majeure partie de la procédure budgétaire, permettra à la DHOS de retrouver une capacité de pilotage transversal des réformes (T2A, EPRD, SROS, évolution des systèmes d'information...), et de dégager les moyens suffisants au pilotage du réseau des ARH.

Au total, la campagne budgétaire 2006 serait donc caractérisée par :

- **sur le plan institutionnel, une clarification des rôles entre l'ATIH, l'administration centrale et les ARH** ; l'ATIH établirait les références techniques nécessaires à la conduite de la procédure budgétaire, qui serait mise en œuvre par l'administration centrale ; les ARH verraient leurs marges de manœuvre augmenter ainsi que leur visibilité sur leurs ressources, en contrepartie de l'instauration d'un véritable dialogue budgétaire avec l'administration centrale.
- en ce qui concerne **le déroulement de la campagne** :
 - o **une stabilisation** du dispositif, les bases budgétaires et la structure de tarification restant inchangées par rapport à 2005 ;
 - o **une plus grande fiabilité** dans la régulation des dépenses, grâce à la réalisation de prévisions indépendantes et publiques des principaux paramètres des objectifs de dépense ;
 - o **une plus grande équité et une meilleure responsabilisation des ARH** par l'instauration d'un dialogue budgétaire permettant de moduler les dotations régionales au vu des besoins ainsi que des politiques mises en place par les ARH, et par une délégation totale en début d'année ; les ARH disposeront ainsi des moyens permettant de conduire une politique régionale adaptée, et seront jugées sur leurs résultats.

L'Inspection générale des finances estime que le dispositif de régulation prix / volume annuelle et infra-annuelle devrait alors être supprimé et le montant des tarifs stabilisé. L'Inspection générale des affaires sociales estime qu'il ne serait pas prudent d'y renoncer définitivement tant que les autres mécanismes de régulation n'auront pas fait la preuve de leur efficacité.

IV PARALLELEMENT, LE SCHEMA CIBLE DOIT ETRE REDEFINI ET LE DISPOSITIF DOIT ETRE PROGRESSIVEMENT FIABILISE

La crédibilité de la T2A passe par la définition d'un schéma cible crédible. En outre, ce schéma cible est nécessaire pour préciser les modifications qui doivent être apportées à la méthodologie de la T2A.

A. La détermination d'un schéma cible crédible

L'examen du mode de pilotage des dépenses hospitalières conduit à s'interroger sur des points institutionnels (positionnement des ARH...) ou de principe (rémunération des actes externes...) pour lesquels les enjeux dépassent souvent largement la simple mise en œuvre de la réforme. De ce fait, les analyses qui suivent ne sont pas nécessairement toutes conclusives.

Toutefois, **la mission estime qu'il est indispensable d'apporter rapidement des réponses à ces différentes interrogations.** Le schéma cible actuel de la T2A (convergence public / privé, montée en charge progressive jusqu'à un taux de T2A de 100%) n'apparaît en effet pas nécessairement le plus pertinent.

1. Les modalités de la convergence public / privé

La mise en œuvre de la convergence public / privé entraîne des difficultés importantes ; notamment :

- l'application de tarifs identiques à des catégories d'établissements présentant des positionnements différents en termes de cas traités conduit à une sur-segmentation de la classification des GHM ;
- l'application d'une régulation unique, et notamment de prévisions d'évolution d'activité identiques pour les deux secteurs, paraît peu pertinente au regard des évolutions très différenciées des deux secteurs ;
- en particulier, la régulation unique a conduit en 2005, pour afficher des évolutions tarifaires positives pour les deux secteurs, à sous-évaluer les prévisions d'activité.

Au-delà de ces difficultés techniques, une convergence intégrale public / privé n'apparaît pas réaliste :

- convergence des tarifs : des facteurs légitimes d'hétérogénéité des coûts entre les deux secteurs existent très certainement ; dès lors, une convergence totale n'est certainement pas souhaitable ;
- convergence des modes de tarification et stimulation de la concurrence entre secteurs : sans nécessairement contester le bien-fondé de cet objectif dans l'absolu, il convient de s'interroger sur sa compatibilité avec la situation réelle, qui est plus celle d'une complémentarité entre public et privé et de quasi-monopoles locaux et/ou par spécialité¹, le plus souvent implicitement ou explicitement promus par les tutelles dans le cadre de la planification de l'offre hospitalière.

¹ En 2001, sur l'activité chirurgicale, le secteur privé lucratif réalisait 60% des séjours, les hôpitaux publics hors CHU 20%, les CHU 15% et les PSPH 5%.

Proposition schéma cible n°1. Réévaluer les modalités de la convergence public / privé notamment d'après les résultats de l'étude nationale de coût privée.

2. Le schéma de tarification pour les établissements ex-DG

Les principes structurants du schéma actuel de tarification des établissements ex-DG appellent plusieurs réflexions.

Tout d'abord, les tarifs sont identiques pour tous les établissements ; seuls les coefficients géographiques, ainsi que les MERRI fixes, viennent introduire un élément de différenciation de traitement. Le choix de ce dispositif revient donc à supposer qu'il n'existe pas de motif légitime de surcoût, hormis ceux pris en compte par les coefficients et les MERRI fixes. Ceci suscite les propositions suivantes :

Proposition schéma cible n°2. Le calibrage des missions d'intérêt général et des coefficients géographiques devrait être réalisé sur des bases objectivées.

Une analyse technique devrait donc être diligentée rapidement sur l'évaluation des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation (MERRI fixes), ainsi que sur les surcoûts géographiques. Les analyses conduites par certains établissements au titre du retraitement comptable constituent déjà une base de travail intéressante.

Cette analyse devrait notamment établir un partage entre les coûts fixes et les coûts variables, afin de distinguer la part devant être financée par les tarifs de celle pouvant relever d'une dotation forfaitaire.

Au-delà de cette objectivation du calcul des MERRI fixes, qui permettrait d'améliorer l'équité du dispositif de financement, la question de l'efficacité de la recherche conduite par les établissements est posée. Cette question dépasse largement l'objet de la mission¹. Toutefois, il pourrait être imaginé d'évoluer progressivement vers un dispositif de financement prenant mieux en compte l'efficacité de la recherche :

- les MERRI fixes seraient progressivement recalées à partir de l'étude proposée *supra* ;
- parallèlement, un processus pluriannuel d'évaluation de la qualité de la recherche conduite par les établissements serait mis en place, qui pourrait s'appuyer sur la réalisation d'un programme de recherche par les établissements identifiant précisément les axes de recherche envisagés, les résultats attendus, les ressources humaines et les équipements mobilisés ; la mise en œuvre de ce programme donnerait lieu à un rapport d'activité qui sera soumis à évaluation scientifique ; celle-ci permettrait de réajuster le financement accordé.

Une partie des autres missions d'intérêt général, actuellement financées au coût déclaré par les établissements, pourrait également faire l'objet de coûts standardisés.

Proposition schéma cible n°3. Préciser la cible de la tarification à l'activité.

¹ Cf. Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, Inspections générales de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche et des affaires sociales, juillet 2004.

Le système français de tarification à l'activité comprend quatre caractéristiques majeures :

- un système mixte d'enveloppes non liées à l'activité et d'enveloppes variables en fonction de l'activité ;
- la rémunération de tous les séjours à l'activité, avec pour cible implicite d'atteindre à moyen terme une rémunération des séjours à 100% à l'activité ;
- le financement de tous les établissements sur la base des mêmes tarifs de séjours ;
- la tarification des séjours au coût moyen observé, pondéré par un facteur multiplicatif permettant de rendre les tarifs compatibles avec l'enveloppe activité.

En ce qui concerne la campagne 2006, il paraît indispensable d'assurer une stabilisation du schéma de tarification. Toutefois, à moyen terme, il paraît nécessaire d'engager une réflexion sur ce sujet :

- **étudier la pertinence d'un taux de T2A inférieur à 100% :**

Cette solution consisterait à maintenir le système actuel, avec des tarifs identiques sur tous les séjours et pour tous les établissements, mais en **affichant une cible à terme inférieure à 100%**. Outre l'enveloppe MIGAC et les coefficients géographiques, **le maintien d'une part fixe normée selon un indicateur d'efficience** permettrait de mieux prendre en compte l'hétérogénéité des établissements.

Ce scénario a l'avantage de la simplicité et de la stabilité puisqu'il ne modifie pas en profondeur le modèle d'allocation des ressources. Il correspond à la solution mise en œuvre dans la plupart des pays pratiquant le paiement prospectif.

- **étudier la pertinence d'une rémunération différenciée des établissements, tenant compte de facteurs de surcoûts légitimes :**

Le financement de tous les établissements sur la base des mêmes tarifs n'est pas nécessairement souhaitable, tout particulièrement si la part de la rémunération à l'activité doit augmenter, des facteurs de surcoût légitimes existant certainement. De ce fait, la convergence public / public pourrait conduire à une inflation des MIGAC ainsi qu'à la sur-segmentation de la classification des GHM.

Deux pistes de réflexion sont envisageables ici :

- **l'introduction d'autres facteurs de correction**, sur le modèle notamment des exemples étrangers (coefficient géographique généralisé, modulation des tarifs en fonction des caractéristiques des populations soignées...) ;
- de manière plus ambitieuse, une **rémunération distincte par classe d'établissements pourrait être envisagée** ; il est en effet frappant de constater combien en France des classifications sommaires des établissements permettent d'expliquer une forte partie de l'hétérogénéité de leurs coûts ; une part de cette hétérogénéité est sans doute légitime¹ ; dès

¹ La frontière est sans aucun doute difficile à tracer ; ainsi, les surcoûts salariaux des PSPH doivent-ils être pris en compte dans les tarifs ? Si l'on considère que dans certains cas, les PSPH sont en monopole

lors, si une classification pertinente peut être mise en place, des modes de financement différenciés pourraient être instaurés ; notamment, il pourrait être envisagé de déterminer une échelle relative de coûts identiques pour tous les établissements, et de lui appliquer des coefficients différents suivant les catégories ; les ARH pourraient éventuellement disposer d'une capacité de modulation de ces coefficients, dans la limite de certaines fourchettes, comme c'est le cas pour les cliniques privées.

Dans cette hypothèse, il faudrait toutefois veiller à ne pas aggraver démesurément la complexité du système, en évitant d'une part une modification trop importante des mécanismes tarifaires, compte tenu de l'investissement technique qu'elle supposerait et des transferts importants qu'elle pourrait entraîner, d'autre part les risques inhérents à une remodulation des tarifs selon les établissements (surenchère des différentes catégories d'établissements pour voir prises en compte leurs particularités).

- **étudier la pertinence d'opérer une distinction entre les types de séjours :**

- les séjours de grande série et/ou¹ qui présentent une forte comparabilité des cas d'un établissement à l'autre ainsi qu'une importante standardisation des pratiques² ; pour ces séjours, une rémunération à 100% apparaît pertinente ; par ailleurs, au-delà d'une rémunération au coût observé, ce type de séjours pourrait se prêter à la définition de coûts reconstitués ou de coûts normés, à partir de protocoles thérapeutiques (DMS cibles...) et de coûts standards des unités d'œuvre, vers lesquels les tarifs devraient converger ; du fait de la standardisation des *process*, ces séjours se prêteraient également facilement à une mesure de la qualité de la prestation, qui pourrait être suivie régulièrement par la tutelle ; les tarifs de ces séjours resteraient uniformes sur le territoire, en raison même de leur standardisation ;
- pour les autres types de séjours, la pertinence de la rémunération à l'activité est posée, et il pourrait tout à fait être envisagé de rester sur la base d'une enveloppe globale modulée en fonction d'indicateurs synthétiques de productivité, tout particulièrement pour les établissements dans lesquels les effectifs de ce type de séjour sont faibles ;
- pour les GHM traités par un très petit nombre d'établissements, ainsi que pour les établissements présentant des particularités très fortes (recours...), la tarification au coût moyen sur la base d'un échantillon de l'ENC par nature non représentatif n'apparaît pas optimale ; lorsque seuls quelques centres de référence existent, une comparaison de l'efficacité des pratiques apparaît plus pertinente ; par ailleurs, pour traiter des situations atypiques, une procédure formelle d'appel devrait être mise en place, permettant aux établissements de saisir une instance qui analyserait leurs éventuelles particularités ; cette instance pourrait être l'ATIH.

Proposition schéma cible n°4. Revoir la tarification des soins externes.

La tarification des soins externes apparaît fortement inférieure à leur coût aujourd'hui, ce qui peut inciter les établissements à coder ces actes en hospitalisation de jour, sans qu'un contrôle automatique puisse être mis en place.

local, la réponse semble devoir être positive ; toutefois, ceci contredit le principe selon lequel la T2A doit permettre d'assurer un prix unique pour l'assurance maladie, dès lors que la prestation est la même.

¹ La médecine très spécialisée peut être dans certains cas très standardisée (chirurgie cardiaque...).

² Chirurgie dite élective (chirurgie digestive, orthopédique, ophtalmologique, gynécologique), endoscopie diagnostique et thérapeutique, radiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque, hôpital de jour.

La question de la rémunération des soins externes réalisés à l'hôpital dépasse largement le cadre de la T2A, du fait notamment des enjeux en termes de répartition des tâches entre la ville et l'hôpital. Des pistes de proposition peuvent toutefois être avancées. Trois options au moins sont envisageables : ou bien, dans la logique de la T2A, fixer leurs tarifs en référence à la moyenne des coûts de cette activité dans les établissements d'hospitalisation ; ou bien, dans la logique d'une meilleure adéquation aux conditions locales, laisser les établissements fixer leurs tarifs en fonction de leurs coûts, les tarifs de ville constituant alors un minimum ; ou encore, si l'on souhaitait freiner le développement de cette activité, laisser les choses en l'état, et tenir compte, dans les objectifs de convergence, des charges ainsi ajoutées aux tarifs des GHS.

Enfin, en ce qui concerne les prises en charge particulièrement coûteuses, qu'il s'agisse de séjours, de médicaments ou de DMI, il conviendrait de s'assurer de leur efficience. A cet égard, la mission observe que la base légale relative aux accords préalables (art. L 315-1 du code de la sécurité sociale) s'applique également à l'hospitalisation.

3. *L'évaluation des effets de la T2A*

Il est frappant de constater qu'il n'existe pas en France à ce stade d'indicateurs de qualité dans le domaine hospitalier, alors même que la T2A peut avoir un impact important sur le plan sanitaire (sélection des patients...).

Aujourd'hui, les seuls dispositifs existant en matière de qualité hospitalière concernent la surveillance des infections nosocomiales (CCLIN) et le dispositif d'accréditation porté par la Haute Autorité de Santé (HAS). La nouvelle procédure d'accréditation des établissements de santé, plus centrée sur l'appréciation de la prise en charge des patients et sur l'organisation des soins, permettra peut-être de porter un regard éclairé sur cette question, mais elle ne sera mise en œuvre qu'à l'issue de la première phase, c'est-à-dire au plus tôt début 2006.

Il apparaît donc urgent de mettre en œuvre un dispositif régulier d'évaluation des effets de la T2A, permettant d'analyser son impact sur l'offre de soins (spécialisation, concentration, pratique de transfert, d'externalisation, substitution entre hospitalisation complète et alternative...) et sur la qualité des soins (sélection des patients, etc.).

Proposition schéma cible n°5. Mettre en œuvre très rapidement une procédure d'évaluation des effets qualitatifs de la T2A ; les principes d'une telle évaluation ont au demeurant déjà été largement esquissés au sein du comité d'évaluation de la T2A.

Le développement d'indicateurs de qualité apparaît en outre indispensable à la mise en place d'un dialogue budgétaire efficace entre les échelons national et régional.

4. *La place de l'échelon régional*

Il paraît nécessaire (cf. *supra*, § II.C.1.b) de redonner des marges de manœuvre aux ARH et de renforcer leur rôle en matière de contrôle et de régulation, tout en instaurant un véritable dialogue budgétaire entre les échelons national et régional.

Toutefois, il apparaît que les capacités d'action des ARH sont aujourd'hui très fortement dépendantes des bonnes relations existant entre les différents organismes

contributeurs ; en particulier, la contribution de l'assurance maladie est très inégale suivant les régions, les conventions constitutives apparaissant inégalement respectées. Par ailleurs, la structure institutionnelle du GIP (les personnels étant uniquement mis à disposition et n'étant pas sous l'autorité hiérarchique des ARH) n'est certainement pas la plus efficace.

La question de l'organisation des services de l'Etat et des régimes obligatoires d'assurance maladie au plan régional dépasse largement le cadre de la régulation des dépenses hospitalières. De même, la mission ne dispose pas d'éléments d'analyse suffisants pour prendre position quant à la pertinence de la définition d'objectifs régionaux d'assurance maladie transversaux (ville, hôpital, médico-social...).

Toutefois, il apparaît que s'il n'y a pas nécessairement un déficit quantitatif de moyens affectés localement au pilotage des dépenses hospitalières, **l'organisation de ces moyens et les types de personnels ne sont pas nécessairement adaptés.** En particulier, au vu de la technicité des problématiques liées à la T2A (contrôle du codage, contractualisation avec les établissements sur les MIG ou les prescriptions, analyse financière et stratégique de la situation des établissements...), l'organisation géographique actuelle (tutelle budgétaire réalisée par les DDASS) n'apparaît pas adaptée.

Proposition schéma cible n°6. Intégrer dans les réflexions sur l'organisation des services de l'Etat et de l'assurance maladie la nécessité de conforter l'échelon régional de régulation des dépenses hospitalières ; ceci passe par une autorité réaffirmée du DARH sur les personnels, qui pourrait aller jusqu'à la modification du statut juridique des ARH ; par ailleurs, dans le cadre de la réorganisation en cours de la CNAMTS, la participation des moyens des échelons régionaux du service médical et des CRAM à la régulation des dépenses hospitalières doit être renforcée.

B. La fiabilisation progressive du dispositif budgétaire

Le dispositif budgétaire doit être fiabilisé sur deux points : la maintenance de la nomenclature des GHM, et l'étude nationale des coûts.

1. La classification des GHM

Proposition méthodologie n°1. La maintenance de la nomenclature devrait désormais uniquement viser à prendre en compte les innovations thérapeutiques, suivant un calendrier régulier (périodicité fixe de revue de chaque CMD) ; **la création de nouveaux GHM devrait être exceptionnelle et répondre à des critères pré-déterminés** (publication *ex ante* du critère statistique nécessaire à la création d'un nouveau GHM).

En particulier, la réintégration des MO et DMI au sein des tarifs ne devrait pas être conduite trop rapidement.

2. La fiabilisation de l'ENC

La fiabilisation de l'ENC doit faire l'objet d'une programmation sur plusieurs années¹. Elle devrait permettre de répondre aux différentes critiques portées sur le dispositif actuel :

¹ Une telle démarche avait déjà été proposée par l'ATIH en 2003, avant que l'ENC ne devienne tarifante.

Proposition méthodologie n°2. Pertinence du modèle analytique : un cahier des charges doit être mis en place en ce qui concerne la proportion de charges directes rattachées au patient ; par ailleurs, le fichier structure des établissements doit être uniformisé ; enfin, les réflexions conduites sur l'amélioration de la ventilation des frais de personnel doivent être poursuivies.

Proposition méthodologie n°3. Représentativité de l'échantillon : un recrutement sélectif des établissements participant à l'ENC doit être mis en place.

Proposition méthodologie n°4. Fiabilité des données sources : le dispositif de production de l'ENC doit être renforcé, au sein des établissements mais également de l'ATIH ; les établissements participant à l'ENC doivent faire l'objet régulièrement d'un audit ; les améliorations devant être apportées par les établissements doivent faire l'objet d'une programmation pluriannuelle ; ceci permettrait en outre de diminuer le délai de production de l'ENC.

A Paris, le 28 juillet 2005

Les membres de la mission,

Henri GUILLAUME
Inspecteur général des finances

François MERCEREAU
Inspecteur général des affaires sociales

Marguerite BERARD
Inspecteur des finances

Sylvie BOUTEREAU-TICHET
Inspecteur des affaires sociales

Gilles CLAVREUL
Inspecteur des finances

Gautier MAIGNE
Inspecteur des affaires sociales

Guillaume SARLAT
Inspecteur des finances

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

PROPOSITIONS POUR 2006

STABILISER LE MODE DE FINANCEMENT

Proposition pour 2006 n°1. Ajourner l'application de la T2A aux activités psychiatrique et de soins de suite et réadaptation.

Proposition pour 2006 n°2. Maintenir le taux de T2A au sein de l'enveloppe activité à 25% en 2006, ou afficher une hausse limitée (30%) pour ne pas donner l'image d'un arrêt de la réforme.

Proposition pour 2006 n°3. Conserver en 2006 la structure actuelle de tarification.

Proposition pour 2006 n°4. Conserver les bases budgétaires 2005 des établissements pour la campagne 2006.

Proposition pour 2006 n°5. S'en tenir pour 2006 à la facturation individuelle aux caisses des soins externes et des médicaments.

Proposition pour 2006 n°6. Reporter la refonte du cadre budgétaire et comptable, et notamment le passage à l'EPRD.

METTRE EN PLACE DES OUTILS DE REGULATION EFFICACES

Proposition pour 2006 n°7. Mettre en œuvre dès 2006 les outils de régulation locale des volumes.

Proposition pour 2006 n°8. Créer les conditions d'une régulation efficace de la dépense par les ARH, dans le cadre d'un dialogue budgétaire annuel avec la DHOS

Proposition pour 2006 n°8.1. Déléguer l'ensemble des dotations régionales en début d'année, à l'exception des financements sur projets.

Proposition pour 2006 n°8.2. Rappeler aux ARH les latitudes dont elles disposent pour modifier les bases des établissements, dans le respect des dotations régionales qui leur sont déléguées ; les bases par établissement pourront continuer à constituer les données sources permettant à la DHOS de calibrer les dotations régionales.

Proposition pour 2006 n°8.3. Confier aux ARH le soin d'effectuer des redéploiements notamment pour prendre en compte efficacement les effets de la T2A et accompagner les établissements perdants à la T2A.

Proposition pour 2006 n° 8.4. Pour s'assurer de la pertinence de l'utilisation faite par les ARH de ces nouvelles marges de manœuvre, instaurer une procédure budgétaire annuelle entre l'échelon national et l'échelon régional.

Proposition pour 2006 n°9. Confier à une instance indépendante le soin de réaliser, à la fin de chaque semestre, une prévision argumentée d'évolution de l'activité (séjours, MO et DMI), des charges de personnel, de la productivité et des recettes de groupe 2 pour l'année suivante et une prévision actualisée pour l'année en cours ; ces prévisions devront être rendues publiques.

Proposition pour 2006 n°10. Dans le PLFSS, présenter la construction des sous-objectifs relatifs aux établissements hospitaliers en faisant apparaître les hypothèses retenues par le gouvernement et cette prévision indépendante et, le cas échéant, expliciter les points de divergence.

Proposition pour 2006 n°11 IGF. Supprimer le mécanisme de régulation prix / volume annuelle et infra-annuelle et assurer la stabilité des tarifs en 2006.

Proposition pour 2006 n°11 IGAS. Assurer la régulation macroéconomique de la dépense.

AMELIORER LA CONDUITE DU PROJET

Proposition pour 2006 n°12. Préciser le pilotage de la réforme.

PROPOSITIONS DE SCHEMA CIBLE

Proposition schéma cible n°1. Réévaluer les modalités de la convergence public / privé notamment d'après les résultats de l'étude nationale de coût privée.

Proposition schéma cible n°2. Le calibrage des missions d'intérêt général et des coefficients géographiques devrait être réalisé sur des bases objectives.

Proposition schéma cible n°3. Préciser la cible de la tarification à l'activité.

Proposition schéma cible n°4. Revoir la tarification des soins externes

Proposition schéma cible n°5. Mettre en œuvre très rapidement une procédure d'évaluation des effets qualitatifs de la T2A ; les principes d'une telle évaluation ont au demeurant déjà été largement esquissés au sein du comité d'évaluation de la T2A.

Proposition schéma cible n°6. Intégrer dans les réflexions sur l'organisation des services de l'Etat et de l'assurance maladie la nécessité de conforter l'échelon régional de régulation des dépenses hospitalières ; ceci passe par une autorité réaffirmée du DARH sur les personnels, qui pourrait aller jusqu'à la modification du statut juridique des ARH ; par ailleurs, dans le cadre de la réorganisation en cours de la CNAMTS, la participation des moyens des échelons régionaux du service médical et des CRAM à la régulation des dépenses hospitalières doit être renforcée.

PROPOSITIONS DE FIABILISATION DE LA METHODOLOGIE

Proposition méthodologie n°1. La maintenance de la nomenclature devrait désormais uniquement viser à prendre en compte les innovations thérapeutiques, suivant un calendrier régulier (périodicité fixe de revue de chaque CMD) ; **la création de nouveaux GHM devrait être exceptionnelle et répondre à des critères pré-déterminés** (publication *ex ante* du critère statistique nécessaire à la création d'un nouveau GHM).

Proposition méthodologie n°2. Pertinence du modèle analytique : un cahier des charges doit être mis en place en ce qui concerne la proportion de charges directes rattachées au patient ; par ailleurs, le fichier structure des établissements doit être uniformisé ; enfin, les réflexions conduites sur l'amélioration de la ventilation des frais de personnel doivent être poursuivies.

Proposition méthodologie n°3. Représentativité de l'échantillon : un recrutement sélectif des établissements participant à l'ENC doit être mis en place.

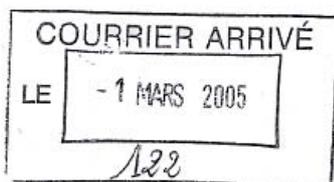
Proposition méthodologie n°4. Fiabilité des données sources : le dispositif de production de l'ENC doit être renforcé, au sein des établissements mais également de l'ATIH ; les établissements participant à l'ENC doivent faire l'objet régulièrement d'un audit ; les améliorations devant être apportées par les établissements doivent faire l'objet d'une programmation pluriannuelle ; ceci permettrait en outre de diminuer le délai de production de l'ENC.

PIECE-JOINTE N°1 : LETTRE DE MISSION



*Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille*

*Ministère de l'Économie
des Finances et de l'Industrie*



Paris, le 25 FEV 2005

Le Ministre des solidarités, de la santé
et de la famille

Le Ministre de l'économie, des finances
et de l'industrie

à

Madame la Chef de service de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales,

Monsieur le Chef de service de l'Inspection
Générale des Finances

**Objet : Enquête sur le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance
maladie hospitalier en 2004**

Les données issues de l'Agence comptable de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés font apparaître des dépenses de dotation globale des établissements de santé de métropole en dépassement de l'objectif exprimé en dépenses d'assurance maladie, alors même que l'objectif exprimé en dépenses encadrées des établissements serait respecté.

Un premier recoupement de ces chiffres avec les données des agences régionales de l'hospitalisation sur les dotations globales des établissements et leurs évolutions en 2003 et 2004 est en cours.

Toutefois, nous souhaitons qu'une mission conjointe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances puisse être diligentée dans les meilleurs délais afin de déterminer les causes de ce dépassement et d'en prévenir le renouvellement.

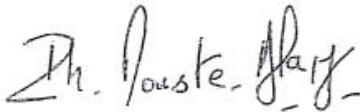
Cette mission devra tout d'abord identifier et analyser les différents facteurs de dépassement constatés, en évaluer l'impact financier et formuler des préconisations immédiates pour en limiter les effets sur la campagne 2005.

Elle devra ensuite s'attacher à examiner l'organisation du pilotage, tant au niveau national qu'au niveau régional et local, des dépenses hospitalières, à examiner l'adéquation et l'observation des règles comptables et financières et à déterminer les éventuels dysfonctionnement des systèmes d'information et des dispositifs d'alerte, tant au niveau du ministère des solidarités, de la santé et de la famille qu'au niveau des organismes de l'assurance maladie.

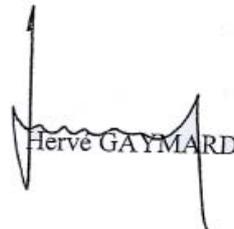
La mission devra analyser les risques que cette situation fait peser sur les exercices ultérieurs en terme de respect des objectifs de dépenses d'assurance maladie et d'équilibre financier des établissements de santé en prenant en compte les incidences de la réforme du financement en cours.

La mission devra enfin proposer les voies et moyens d'éviter qu'une telle situation se reproduise, notamment en termes d'amélioration du dispositif de pilotage et des systèmes d'information.

Nous souhaitons que la mission fasse un point d'étape de ses travaux pour la fin du mois de mars 2005 et qu'elle rende ses conclusions définitives pour le 30 avril 2005.



Philippe DOUSTE-BLAZY



Hervé GAYMARD

PIECE-JOINTE N°2 : LISTE DES PERSONNES SOLLICITEES PAR LA MISSION

Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

- Cabinet du ministre :

- M. Damien Cuier, conseiller technique
- M. Bertrand Martinot, conseiller technique

- Direction générale du trésor et de la politique économique :

- Mme Sandrine Duchêne, chef du bureau santé et comptes sociaux
- M. Romain Lesur, bureau santé et comptes sociaux

- Direction du budget :

- M. François Carayon, sous-directeur, 6^{ème} sous-direction
- M. Guillaume Gaubert, chef du bureau comptes sociaux et santé
- M. Julien Samson, bureau comptes sociaux et santé

- Direction générale de la comptabilité publique :

- M. Alain Privez, secteur public local, bureau 5C
- M. Renaud Rousselle, secteur public local, bureau 5A
- M. François Lesage, secteur public local, bureau 5A

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

- Cabinet du ministre :

- M. Thomas Fatôme, conseiller technique
- M. Cédric Grouchka, directeur adjoint
- M. Jean-Louis Bonnet, responsable du pôle hospitalisation
- M. Eric Rance, conseiller technique

- Direction de la sécurité sociale :

- M. Dominique Libault, directeur
- M. Stéphane Seiller, sous-directeur, sous-direction du financement du système de soins
- Mme Sonia Beurier, chef du bureau des établissements de santé (1A)
- Mme Christine Freyermuth, adjoint au chef du bureau 1A
- Mme Sylvie Doucet, bureau 1A
- M. Nicolas Bossard de Molin, chef du bureau 2A
- M. Emmanuel Gigon, chef du bureau économie de la santé (6B)

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :

- M. Jean Castex, directeur
- M. Luc Allaire, chef de service
- M. Patrick Olivier, sous-directeur, sous-direction des affaires financières
- M. Jean-Claude Delnatte, adjoint au sous-directeur des affaires financières

- M. Housseyni Holla, chef du bureau études et synthèses financières (F1)
- Mme Véronique Sauvadet, bureau études et synthèses financières (F1)
- M. Alain Boulanger, chef du bureau financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)
- Mme Marcelle Féniès, adjointe au chef du bureau F2
- Mme Céline Moreau, bureau F2
- M. Yannick Le Guen, chef du bureau financement de l'hospitalisation privée (F3)
- Mme Monique Thorel, chef du bureau gestion financière et comptable des établissements de santé (F4)
- M. Dominique Mariage, bureau F4
- Mme Myriam Revel, sous-directrice de l'organisation du système de soins
- M. Philippe Pinton adjoint à la sous-directrice
- Mme Véronique Billaud, chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins
- M. Denis Ducasse, bureau des systèmes d'information et du PMSI (E3)

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques :

- Mme Chantal Cases, sous-directrice, sous-direction observation de la santé et de l'assurance maladie

- Haute autorité de santé :

- M. Bousques

- Mission T2A :

- Mme Martine Aoustin, chef de la mission
- M. Roland Cash

- Inspection générale des affaires sociales :

- M. Laurent Gratioux, inspecteur général des affaires sociales
- M. Bernard Marrot, inspecteur général des affaires sociales
- M. Sylvain Picard, inspecteur général des affaires sociales

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) :

- Mme Maryse Chodorge, directrice
- Mme Marion Mendelssohn, chef du service référentiels et prospective
- M. Max Bensadon
- M. Bruno Chénais, responsable du pôle valorisation et référentiels de coûts

- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) :

- Mme Elisabeth Beau, directrice

Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH)

- M. Luc Dufay, directeur
- M. Hubert Mensch, directeur de projet

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- M. Jean-Marc Aubert, directeur de cabinet du directeur général
- M. Joël Dessaint, directeur des finances et de la comptabilité (DFC)
- Mme Florence Guille, DFC
- Mme Carine Gouédard, DFC
- M. Jean Duchet, responsable de la maîtrise d'ouvrage production (MOP)
- Mme Dominique Laroque, MOP
- M. Assouline, MOP
- M. Denis Richard, cabinet du directeur général
- M. François Le Normand, directeur des statistiques et des études

Fédération hospitalière de France

- M. Gérard Vincent, délégué général
- M. Yves Gaubert

Personnalités qualifiées

- Mme Brigitte Dormont, université Paris-X
- M. Dominique Henriët, doyen, faculté de sciences économiques d'Aix-Marseille
- M. Pierre-Jean Lancry, haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- M. Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche, centre de gestion scientifique, école des mines de Paris
- M. Gérard de Pourvoirville, Kremlin-Bicêtre
- M. Rodrigues, université de Saint-Etienne

Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine

- M. Alain Garcia, directeur
- M. Bernard Nuytten, secrétaire général
- Mme Annie Fouard, chargée de mission
- Mme Sabine Laflaquière, chargée de mission

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine

- Mme Françoise Dubois, chef de service offre de soins
- M. Jean-François Bonnemaïson, DRASS Aquitaine
- Mme Caroline Bonnet, DRASS Aquitaine
- Mme Corinne Bouic, DRASS Aquitaine

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Gironde

- M. Hugues de Chalup, directeur
- M. Pierre Jamet, DDASS Gironde

Service médical de l'assurance maladie Aquitaine

- Mme le Dr. Évelyne Dupuy

Centre hospitalier de La Réole

- M. Melnitchenko, directeur

- Mme Expert, attachée d'administration aux ressources humaines
- Mme Lassagne, adjoint des cadres hospitaliers au service financier
- Mme Finck, adjoint des cadres affaires générales
- M. le Dr. Rouchès, président de la CME
- Mme le Dr Pulci, médecin DIM
- Mme Hélène Delavallade, pharmacienne

Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

- Mme Annie Podeur, directrice
- M. Y Guillern, directeur adjoint
- M. Hugo Gilardi, chargé de mission allocation des ressources
- M. Bernard Bonnafont, DRASS

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine

- Mme Joëlle Colemann, inspecteur principal
- M. Michel Tison, inspecteur
- Mme Muriel Quenouillère, secrétaire administratif

Centre hospitalo-universitaire de Rennes

- M. Gérard Sacco, directeur général
- M. Roman Dubois, directeur financier
- Mme Hélène Gilardi, direction financière
- Mme le Dr. Annie Fresnel, DIM
- Mme Elisabeth Ginguéné, bureau des entrées

Agence régionale de l'hospitalisation du Centre

- M. Patrice Legrand, directeur
- M. le Dr. André Ochmann, directeur adjoint
- M. Hubert Pissier, chargé de mission
- M. le Dr. Pierre Gabach, directeur régional du service médical (CNAMTS)
- Mme Martine Crespo, chargée de mission ARH
- Mme Dominique Blanchard, DRASS
- Mme Marie Line Landreau, DRASS
- Mme Fouet, inspecteur des affaires sanitaires et sociales
- Mme Nadine Laplanche, inspecteur des affaires sanitaires et sociales

Centre hospitalier régional d'Orléans

- M. Jean-Pierre Gusching, directeur général
- M. le Dr. Maurice Germain, président de la CME
- M. Richard Bousiges, directeur général adjoint
- M. L. Joannides, directeur finances
- Mme Lebel, direction des finances
- Mme Jehan, direction des finances
- Mme Claudy Lenglain, contrôle de gestion
- Mme Stéphanie Prévost, contrôle de gestion
- M. Plocco, chef du service de la pharmacie (hôpital La Source)
- M. le Dr. Causse, chef du service de gastroentérologie
- M. le Dr. Mückensturm, service de neurochirurgie

- M. le Dr. Dorwling-Carter, service de neurochirurgie
- M. Hoerdts, cadre, service de neurochirurgie
- M. le Dr. Eric Eymard, DIM
- M. le Dr. Antoine Valéry, DIM
- M. Duzer, directeur du personnel et des relations sociales
- M. le Dr. Dumas, chef du service d'ophtalmologie
- Mme le Dr. Josée Bentata, membre du bureau de la CME
- M. le Dr. Fleury, membre du bureau de la CME

Centre hospitalier de Pithiviers

- Mme Dominique Vautrin, directrice
- Mme Stéphanie Guyère, directrice adjointe
- Mme Séverine de la Bretèche, chargée de mission finances
- Mme Demangeat, chargée de mission finances
- M. le Dr. Lorenzo, président de la CME
- Mme le Dr. de Fürst, DIM
- M. le Dr. Daveau, gynécologue-obstétricien
- Mme le Dr. Robison, chef du service médecine
- M. le Dr. Beghdadi, praticien hospitalier en médecine

Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie

- M. Christian Dubosc, directeur
- M. Christian Ferro, directeur adjoint
- Mme Maître, inspecteur principal, DRASS
- M. Gérard Andrieu, chargé du PMSI (DRASS)
- Mme F. Aumont, DDASS 76
- Mme M. Gaudart, inspecteur principal, DDASS 76
- M. F. Lecointre, DDASS 76
- M. Delalande, DDASS 76
- M. le Dr. Charles, président du COTRIM, responsable du service hospitalisation, ERSM

Centre hospitalier de Dieppe

- M. Yves Bloch, directeur
- Mme V. Billard, directrice des finances
- Mme M. Gombart, direction des finances
- M. le Dr. Alexis Hautemanière, DIM

Centre hospitalo-universitaire de Rouen

- M. Paire, directeur général
- M. Pignard, directeur général adjoint
- M. Got, secrétaire général
- Mme Ticos, direction des finances
- Mme David, direction des finances
- Mme le Dr. Froment, département de l'information médicale
- Mme Josset, département de l'information médicale
- M. le Pr. Bercoff, président de la CME
- M. le Dr. Clavier, vice-président de la CME
- M. le Pr. Proust, président de la commission des finances

- M. le Pr. Lerebours, président de la sous-commission CME du suivi du projet médical et membre de la commission mixte
- M. le Pr. Czernichow, département d'épidémiologie et de santé publique
- Mme Vidal, direction de la recherche
- M. Friedmann, direction de la recherche
- Mme Perrier, direction de l'analyse, de la prospective et des activités médicales
- M. Rey, département du contrôle de gestion
- M. le Dr. Dieu, pharmacie

Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France

- M. Philippe Ritter, directeur
- M. François Pinardon, chargé de mission ARH

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France

- Mme Dominique Hattermann, inspectrice principale
- Mme Sophie Malo, inspectrice principale

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Paris

- Mme Bidon, responsable du service des établissements
- Mme Michèle Carrère, inspectrice des affaires sanitaires et sociales

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Val d'Oise

- M. Paix de Cœur, inspecteur des affaires sanitaires et sociales

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines

- Mme Isabelle Amedro, IASS service établissements de santé et PA
- Mme Jeanne Brousse, chef du service établissements de santé et PA

Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France

- M. le Dr. Luc Vanhaverbeke
- Mme le Dr. Sophie Deraedt

Assistance publique – hôpitaux de Paris

- Mme Agnès Pannier-Runacher, directrice de cabinet de la directrice générale
- M. Jean Pinson, cabinet de la directrice générale
- M. David Schajer, directeur-adjoint, direction économique et financière (DEF)
- M. François Crémieux, DEF
- M. Serge Morel, responsable du département contrôle de gestion
- Mme Charlotte Libert, département contrôle de gestion, chef du service analyse de gestion
- M. Patrick Villa, département contrôle de gestion, chef de bureau
- Mme Isabelle Collignon, chef du service de la synthèse budgétaire
- M. Olivier Legris, bureau de la synthèse budgétaire
- Mme Mérés, service de la synthèse budgétaire
- M. Didier Le Stum, chef du service de la réglementation comptable
- Mme Lemaire, chef du bureau des recettes
- Mme Dragne-Ebrardt, directrice financière, hôpital Necker

Centre hospitalier de Gonesse

- M. Burnier, directeur
- M. le Dr. Jacques Desrues, DIM
- M. Jean-Louis Saulnier, pharmacien, chef de service
- Mme Françoise Paire, directrice des affaires financières
- M. Ramdan, direction des finances
- Mme Saulnier, direction des finances

Centre hospitalier d'Orsay

- Mme Marguerite Le Guen, direction des finances
- Mme Nathalie de Freitas, direction des finances
- Mme Véronique Sirou, direction des finances

Groupe hospitalier des Diaconesses-Croix-Saint-Simon

- M. Jean-Claude Hirel, président du conseil d'administration
- M. Georges Dugleux, directeur général
- M. Philippe Pucheux, secrétaire général
- M. le Dr. Jean Herz, DIM
- Mme Fabregue, directrice financière
- Mme Jeannin, direction des finances

Centre hospitalier de Versailles

- M. Compère, directeur financier
- Mme Gaëlle Quilly, contrôleur de gestion

Centre chirurgical Marie Lannelongue

- M. P. Hontebeyrie, directeur général
- M. X. Chevassu, directeur financier

CHI de Poissy-Saint-Germain

- M. Marc Buisson, directeur
- M. Gilles Calmes, directeur de cabinet
- Mme Joséphine Romano, directeur des affaires financières et de l'analyse de gestion
- M. Marc Champion, direction des affaires financières et de l'analyse de gestion
- Mme Sandrine Rondet, cellule d'analyse de gestion et comptabilité analytique
- M. le docteur Hervé Outin, président de la CME
- M. le docteur Didier Patte, médecin DIM
- M. le professeur Denis Brossard, pharmacien

Agence régionale de l'hospitalisation de Languedoc-Roussillon

- Mme Catherine Dardé, directrice
- M. Emmanuel de Bernières, chargé de mission ressources financières
- Mme Alice Cournoyer, chargé de mission
- Mme Davila, inspectrice principale, DRASS
- Mme Granier, médecin inspecteur de santé publique, DRASS

- M. Durand, inspecteur, DRASS
- Mme Lindeperg, inspectrice, DDASS 34
- Mme Vignal, responsable du service des établissements, DDASS 30
- Mme Dardaillon, inspectrice, DDASS 30
- Mme Marguerite, SA, DDASS 30
- M. Apode, CRAM de Languedoc-Roussillon

Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

- M. Alain Manville, directeur général
- M. Thierry Nègre, directeur financier
- Mme Huguette Lumeau, direction financière (gestion budgétaire)
- Mme Hélène Soler, direction financière (recettes)
- Mme Flachère, bureau des entrées
- Mme Clarisse Molina, contrôle de gestion
- M. Aubas, médecin au DIM

Centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze

- M. Gérard Sartel, directeur
- M. le Dr. JP Baude, DIM
- Mme Annie Blanchon, direction finances

CRLC Val d'Aurelle

- M. le Pr. Jean-Bernard Dubois, directeur
- M. Sicart, secrétaire général
- Mme Thérrian, direction financière

Agence régionale de l'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte-d'Azur

- M. Christian Dutreil, directeur
- M. Jean-Yves Le Quellec
- M. Jean-Luc Pesce

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA

- M. Jean-Pierre Thomas, secrétaire administratif

Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne sur mer

- M. Bernard Bonnici, directeur général
- M. Franck Pouilly, directeur des affaires financières et des systèmes d'information
- Mme Rives, direction des affaires financières
- Mme Andrewski, direction des affaires financières
- M. le Dr. Calvet, chef du service de psychiatrie, président de la CME
- M. le Dr. Michel, DIM
- M. le Dr. Agin, chef du service de cardiologie
- Mme le Dr Demichelis, pharmacienne
- M. le Dr. Chabert, pharmacien
- M. le Dr. Durand-Gasselien, chef du service d'anesthésie-réanimation
- M. le Dr. Pédrant, chef du service des urgences

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Var

- M. Impagliazzo, inspecteur principal
- Mme Coudert, inspectrice

Service médical de l'assurance maladie PACA-Corse

- Mme le Dr. Sophie Pignon

Hospices civils de Lyon

- M. B. Leclercq, directeur général
- M. François Xavier Selleret, directeur adjoint des ressources financières

CLCC Léon Bérard

- M. JB Greslin, directeur général
- Mme Isabelle Lietta, directrice financière

Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

- M. Bozabalian, directeur financier
- M. Quichon, contrôleur de gestion

Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

- M. Emilien Abbal, directeur des finances,
- M. Mouchotte, contrôleur de gestion,
- Dr. Molinier, département de l'information médicale

CLCC Claudius Régaud

- M. le Pr. Nicolas Daly-Schweitzer
- Mme Christine Bonhomme, contrôle de gestion

PIECE-JOINTE N°3 : NOTE A L'ATTENTION DES MINISTRES DU 28 AVRIL 2005



INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES
INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

Paris, le 28 avril 2005

NOTE A L'ATTENTION DES MINISTRES

Objet : Mission IGF / IGAS sur le pilotage des dépenses hospitalières

Par lettre en date du 25 février 2005, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, et le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête portant sur les dépenses hospitalières. Cette lettre assigne deux objectifs à cette enquête :

- déterminer et analyser les causes du dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale (DG) en 2004 ;
- plus largement, examiner l'organisation du pilotage des dépenses hospitalières, que ce soit au niveau national, régional ou local, au sein des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, et sous ses différents aspects (réglementation budgétaire et comptable, systèmes d'information...).

Les contacts pris par la mission tant auprès des cabinets des ministres commanditaires que des directeurs d'administration centrale concernés ont rapidement permis de **confirmer l'étendue du champ de l'enquête confiée à la mission** : au-delà du dépassement constaté en 2004, il est attendu de la mission qu'elle détermine les imperfections et les risques éventuels induits par le système de financement des établissements de santé auparavant financés par DG, compte tenu des réformes en cours et à venir, et d'établir en conséquence des propositions de toute nature, notamment organisationnelles.

Il convient ici de noter que les établissements de santé auparavant financés par DG font l'objet de **deux réformes simultanées** d'une grande importance¹ : le passage à la tarification à l'activité (T2A), mais également la modification des règles budgétaires et comptables : pilotage par les recettes et non plus par les dépenses ; passage d'un budget prévoyant des montants limitatifs de crédits à un état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD).

La lettre du 25 février fixait la date de rendu des conclusions définitives de la mission au 30 avril 2005. La mission n'a toutefois pu commencer ses investigations que dans la deuxième quinzaine du mois de mars et, compte tenu de l'ampleur du sujet, les travaux de la mission ne pourront probablement être terminés avant le mois de juillet.

Néanmoins, la mission a d'ores et déjà pu rencontrer la plupart des acteurs au niveau central, ainsi qu'un échantillon relativement large d'acteurs locaux², et il est apparu nécessaire de porter à la connaissance des ministres, outre la méthodologie qui sera employée dans les prochains mois par la mission, quelques premières constatations.

¹ A ces deux réformes majeures, il convient d'ajouter le passage à la CCAM tarifante.

² 4 agences régionales d'hospitalisation, une dizaine de directions régionales et départementales des affaires sociales, plus d'une quinzaine d'établissements de santé anciennement sous DG, hôpitaux publics et PSPH.

La T2A constitue une réponse aux critiques portées contre la DG et contre le pilotage par le point ISA, et elle fait partie d'un projet d'ensemble pour l'hôpital public (plan Hôpital 2007, réforme de la gouvernance hospitalière et de la planification...). Cette réforme fait l'objet d'un accueil de principe globalement favorable par la plupart des acteurs du monde hospitalier. Par ailleurs, **la T2A est porteuse de nombreuses attentes** au sein des administrations : meilleure transparence et plus grande équité dans la répartition des ressources ; harmonisation et convergence des tarifs public / privé ; incitation à une meilleure gestion, aux restructurations et aux coopérations...

Il est donc primordial que la mise en œuvre de cette réforme majeure se passe dans de bonnes conditions. Or les contacts pris par la mission ont mis en évidence que les conditions actuelles de mise en œuvre de la réforme induisent dans les établissements de l'incompréhension devant sa complexité et les apparentes incohérences qu'elle comporte (avec les résultats du point ISA notamment), une forte inquiétude, ainsi que des difficultés très importantes au quotidien. Par ailleurs, les services de l'Etat rencontrent de grandes difficultés à expliquer aux établissements et à mettre en œuvre des dispositions très techniques et souvent peu transparentes. **La confusion est donc grande aujourd'hui sur le terrain, ce qui pourrait conduire à une réaction de rejet de la part des acteurs du monde hospitalier.**

Cette situation provient pour partie de difficultés spécifiques aux campagnes budgétaires 2004 et 2005, années de transition¹, mais révèle également un accompagnement insuffisant compte tenu de la complexité des réformes en cours et soulève des questions de fond quant à leur montée en charge.

En ce qui concerne le dépassement en 2004 de l'objectif des dépenses hospitalières, qui constitue le premier volet de la lettre de mission du 25 février, la question de son impact sur la campagne 2005 est close dès lors que la circulaire budgétaire d'avril 2005 a pris comme base le montant de 190 M€. En revanche, la méthodologie ayant permis le recalage des bases 2004 en dépenses d'assurance maladie sera expertisée par la mission, ainsi que la capacité des établissements à équilibrer leur exploitation, notamment par un rattrapage sur les tarifs journaliers de prestation.

Si les constats de la mission doivent encore être affinés, il apparaît d'ores et déjà que **certaines décisions doivent être prises rapidement**, tant dans la conduite du projet au plan national (1) que pour son déploiement au plan local (2), **afin de garantir une mise en œuvre de la réforme dans des conditions satisfaisantes.**

En particulier, **un calendrier plus réaliste pour la réalisation des prochaines étapes de la réforme devra être établi à brève échéance**, et le pilotage du projet (explication de ses modalités et accompagnement des établissements hospitaliers) devra être renforcé au plus vite.

Au-delà de ces mesures d'urgence, des mesures de fond devront également être prises pour assurer le bon déroulement des prochaines étapes de la réforme. Ceci nécessitera sans doute une restructuration et un renforcement des moyens de conception et de pilotage dédiés à la T2A.

1) La conduite du projet de tarification à l'activité au plan national

Les grands principes de la T2A ont été arbitrés (rémunération sur la base de groupes homogènes de séjours (GHS) qui constituent des tarifs et non des coûts, éventuelle régulation prix /

¹ La campagne budgétaire pour 2004 a été particulièrement complexe (une dizaine de circulaires, des délégations importantes en fin d'année), et les circulaires budgétaires 2005 ont été très tardives.

² A ce titre, la délégation d'une enveloppe spécifique, dans la crainte de réévaluations tarifaires trop importantes, ne constitue pas une réponse à la question de fond de la viabilité de l'exploitation des établissements, et ne garantit pas à l'avenir la bonne fixation des tarifs journaliers de prestation.

volume, existence d'enveloppes complémentaires, paiement en sus des molécules et dispositifs médicaux onéreux...). Sans pour autant remettre en causes ces principes, il apparaît que **la T2A, telle qu'elle est mise en œuvre actuellement, comporte des faiblesses**, tant en amont au niveau du calcul des coûts (1) qu'en aval, dans l'application de ces tarifs aux établissements (2).

De manière générale et au-delà du contenu même de la T2A, il convient de noter que le pilotage de cette réforme est caractérisé par **le manque de stabilité et de transparence des règles édictées**, pour les établissements comme pour les services de l'Etat, ainsi que par **la complexité de la répartition des compétences entre les différents acteurs** (DHOS, Mission T2A, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation – ATIH¹...).

a) Le calcul des coûts

Les tarifs des GHS sont calculés à partir d'une échelle de coûts déterminés grâce à l'enquête nationale de coûts (ENC), à laquelle participent 52 établissements et services. **De la fiabilité de cette enquête dépend la pertinence de l'échelle relative des GHS, et donc la qualité des incitations données aux établissements.**

Cette fiabilité dépend à la fois de la représentativité de l'échantillon d'établissements considéré, et de la qualité des systèmes d'information comptables (comptabilité analytique) et médicaux (PMSI) utilisés par ces établissements.

Or il apparaît que cet échantillon d'établissements, relativement réduit, a été constitué sur la base du volontariat et que les systèmes d'information de ces hôpitaux n'ont jamais été audités ; seuls des contrôles de cohérence sont opérés.

Par ailleurs, différents retraitements statistiques sont réalisés pour améliorer la qualité de l'ENC, mais leur impact sur l'échelle des coûts n'est pas connu.

Sur ce calcul des coûts, dont dépend la pertinence de la T2A, **la mission procèdera à une analyse, sur un plan théorique, de la qualité de l'ENC (représentativité, pertinence des clés de répartition), ainsi qu'à un audit, dans plusieurs établissements faisant partie de l'ENC, de la fiabilité des données comptables et médicales.**

D'ores et déjà, il apparaît relativement étonnant que, compte tenu de l'impact de l'ENC, sa fiabilité ne soit pas plus précisément étudiée. Par ailleurs, les délais actuels d'élaboration de l'ENC sont très importants ; les résultats 2003 ne sont ainsi pas encore connus, et les tarifs pour 2005 sont calculés sur la base des coûts 2001 et 2002. Enfin, les méthodes utilisées par les établissements pour répartir leurs coûts semblent, en première analyse, relativement sommaires².

b) Des coûts à la rémunération des établissements

Les établissements ne sont pas rémunérés sur la base de coûts, mais de tarifs pour chaque GHS. Les tarifs sont construits à partir des coûts moyens des GHS, une fois déduites de ceux-ci les

¹ C'est cette agence (établissement public administratif), chargée normalement uniquement de la maîtrise d'œuvre sur l'ENC, qui a déterminé les tarifs théoriques des GHS en 2004 et 2005.

² Répartition de 5,7% environ du budget de manière directe (médicaments et dispositifs médicaux onéreux, produits sanguins labiles, actes et examens externes), de 31,5% du budget (actes médico-techniques) à partir d'indices de coûts relatifs, le reste étant ventilé au prorata du nombre de journées, avec un prix de journée calculé par service, sauf pour les dépenses de blanchisserie et de restauration (3,6%) où il s'agit du prix de journée de l'établissement. Au total, seul un tiers des coûts est réparti directement ; cette proportion varie fortement selon les GHM (5 à 93%).

dépenses payées « hors tarifs » (suppléments, MIGAC...). Ces tarifs sont ensuite ajustés de manière homothétique à deux reprises, une première fois afin de respecter le montant de la base activité issue du retraitement comptable, compte tenu du *case mix* national prévu pour l'année¹, et une deuxième fois, pour répercuter la répartition prix / volume de l'ONDAM arbitrée². A ce financement par des tarifs s'ajoutent plusieurs éléments payés en sus : les uns sont fonction de l'activité (suppléments, forfaits, dépenses de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux implantables), les autres sont forfaitaires (enveloppe dite des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC).

Trois remarques peuvent être faites sur ce système de financement.

Tout d'abord, **les éléments de rémunération payés en sus apparaissent aujourd'hui peu stables** (listes des MIGAC et des molécules et dispositifs médicaux onéreux publiées tardivement, suppléments réanimation, néonatalité, soins intensifs, etc. ajoutés en 2005...). Ceci entraîne des conséquences en termes de visibilité pour les établissements et de lisibilité (à quoi les tarifs doivent-ils être comparés par l'établissement, à supposer que celui-ci dispose d'une comptabilité analytique de qualité ?). En outre, **ces éléments de rémunération ne sont pas pris en compte dans l'ENC**, qui raisonne en coûts complets³. La tarification de ces éléments de rémunération a donc nécessité la réalisation d'enquêtes complémentaires et de simulations dont la fiabilité est incertaine. Par ailleurs, les retraitements opérés par l'administration centrale sur la base de ces enquêtes n'apparaissent pas transparents pour les établissements de santé et les services déconcentrés de l'Etat. Enfin, **ces changements d'assiette pour l'enveloppe T2A induisent des modifications dans les tarifs**⁴, qui compliquent encore le pilotage des établissements.

Ensuite, les **enveloppes de rémunération en sus induisent un risque financier important**. Les consommations de dispositifs médicaux et de médicaments, qui ont connu des taux de croissance, déjà très élevés ces dernières années, s'accroissent encore aujourd'hui. Le principe d'une rémunération en sus **apparaît ainsi potentiellement inflationniste**, en l'absence de tout outil de maîtrise (décret sur le bon usage non encore publié). De même, l'enveloppe MIGAC doit demeurer un outil de financement des dépenses d'intérêt général et des priorités d'organisation sanitaire, et non un élément d'absorption des surcoûts de certains établissements.

Enfin, il apparaît que **toutes les conséquences du passage à la T2A n'ont pas été tirées, notamment dans la confection de l'ONDAM hospitalier**, qui continue à être conçu de manière incrémentale⁵ et comporte toujours des mesures fléchées, désormais pour partie financées par l'activité.

La mission étudiera donc la pertinence de la procédure actuelle d'allocation des ressources au secteur hospitalier, depuis la fixation de l'ONDAM jusqu'à la répartition des enveloppes régionales.

¹ Ainsi, en 2005, les tarifs ont connu une revalorisation de 6% par rapport aux tarifs théoriques. Cette revalorisation substantielle proviendrait du fait que les tarifs théoriques sont calculés sur la base de l'ENC 2001-2002, et ne tiennent donc pas compte de la hausse de l'ONDAM hospitalier et du coût des facteurs.

² En 2005, il a ainsi été arbitrée une augmentation des tarifs de 0,27% pour les établissements ex-DG et 1,56% pour les cliniques privées.

³ Les coûts issus de l'ENC comprennent notamment les molécules et dispositifs médicaux onéreux ainsi que les MIGAC, mais pas les MERRI (enseignement et recherche), un abattement forfaitaire de 13% étant pratiqué sur les coûts issus des CHU faisant partie de l'échantillon. Les coûts de l'ENC ne comprennent pas non plus les coûts de structure, qui doivent donc être réintégrés ensuite dans les tarifs.

⁴ De ce fait, en 2005, les tarifs ont diminué de -2,86% en moyenne, contre une évolution de +1,56% pour les établissements précédemment sous OQN ; la diminution atteint -7,7% pour les seuls GHS, hors suppléments.

⁵ ONDAM de l'année précédente, plus les mesures salariales, plus des mesures nouvelles (plans de santé publique...), moins d'éventuels gains de productivité forfaitaires.

2) *La mise en œuvre de la tarification à l'activité au plan local*

Au-delà de la conduite du projet de tarification à l'activité au plan national, sa mise en œuvre au plan local, tant par les établissements de santé que les services de l'Etat et les agences régionales d'hospitalisation (ARH), apparaît primordiale.

a) Le pilotage des dépenses au sein des établissements de santé

Les réformes en cours (T2A et rénovation du cadre budgétaire) appellent deux types de réponses de la part des établissements : **des évolutions techniques, et des adaptations dans leur mode de pilotage et leur stratégie.**

Sur le plan technique, la T2A nécessite pour les établissements d'assurer l'exhaustivité du codage de l'activité et, d'ici 2006, de mettre en place un dispositif de facturation et de passer à l'EPRD.

Pour **le codage**, il est certain que la T2A a conduit à plus de célérité. En revanche, en ce qui concerne la qualité du codage, dont dépendent désormais les ressources des établissements, celle-ci repose sur l'organisation de ceux-ci, le contrôle interne ainsi que les éventuelles vérifications réalisées par les ARH.

Pour **la facturation** directe des GHS par les établissements aux caisses pivots, les premiers contacts établis par la mission, tant auprès des établissements que des organismes d'assurance maladie, mettent en évidence sans ambiguïté que la date prévue (2006) ne pourra pas être tenue.

Quant au **passage à l'EPRD**, la nomenclature n'est pas définitivement établie, et les établissements paraissent très peu préparés à cette réforme. Notamment, dans la plupart d'entre eux, le pilotage budgétaire interne continue à s'effectuer par les dépenses¹, et la prévision des recettes de Groupe 2 n'est pas au cœur de leurs priorités.

Sur un plan plus stratégique, **la T2A et le pilotage par les recettes sont censés inciter les établissements à porter une plus forte attention aux recettes de groupe 2 et à approfondir leur contrôle de gestion**, notamment en passant d'une logique incrémentale à une logique de référence par rapport à des tarifs et de rentabilité d'activité.

A ce sujet, il est possible de s'interroger sur **la capacité des établissements à réagir à une telle échelle de tarification**, très sophistiquée (700 tarifs environ, plus les rémunérations en sus), peu stable, et dont les tarifs ne représentent pas directement des coûts. Par ailleurs, il est également permis de **s'interroger sur les incitations induites par ce mode de rémunération**. En effet, une rémunération proportionnelle à l'activité alors que les coûts hospitaliers sont, au moins localement, largement fixes, peut susciter des comportements d'optimisation : l'activité peut dans ce cas apparaître comme une

¹ Ce mode de pilotage reste largement en vigueur au sein de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP), qui a posé comme principe que l'équilibre devait être atteint non pas au niveau de chaque établissement mais de l'APHP globalement, et au sein de laquelle, en 2005 tout au moins, la procédure budgétaire continue à être structurée autour de budgets alloués aux établissements, i.e. d'autorisations de dépenses, bâties de manière incrémentales sur la base des dépenses autorisées pour l'exercice précédent et de mesures nouvelles / plans d'économie.

variable de bouclage d'un budget toujours piloté en dépenses. Enfin, les effets de la régulation prix / volume, si celle-ci devait être mise en œuvre, sont bien connus¹.

En pratique, il est incontestable que ces réformes constituent un levier important, au sein des établissements, pour renforcer le contrôle de gestion, et notamment sortir d'une logique incrémentale pour tenter de définir des normes.

Toutefois, il convient de rappeler que seule une minorité d'établissements de santé anciennement sous DG disposent d'une comptabilité analytique médicalisée leur permettant directement de déterminer les activités rentables et de comparer leurs coûts aux tarifs. Au demeurant, du fait de la complexité du mode de tarification, des spécificités de chaque établissement et du grand nombre de GHS, il est très difficile d'interpréter les écarts constatés entre les tarifs et les coûts, lorsque ceux-ci sont connus.

De ce fait, **si la T2A apparaît comme un levier culturel potentiellement efficace, les outils de gestion disponibles restent très sommaires** (durée moyenne de séjour et grands postes de frais de structure essentiellement) **tandis que le mode de rémunération apparaît quant à lui extrêmement complexe et sophistiqué.**

Pour préciser ces différents constats, **la mission étudiera dans quelques établissements l'impact de la réforme sur le pilotage de leurs dépenses.**

b) Le rôle des agences régionales d'hospitalisation

Il n'existe pas aujourd'hui de document officiel décrivant le rôle des services de l'Etat et des ARH ni l'organisation qui doit être retenue. Pourtant, **les réformes actuelles** (T2A, pilotage par les recettes et refonte du cadre budgétaire) **modifient profondément le rôle de l'ensemble des acteurs locaux, tant sur le plan budgétaire et comptable qu'en matière d'organisation sanitaire.**

Auparavant, la tutelle budgétaire assurée par les ARH, essentiellement par l'intermédiaire des DDASS, **s'effectuait sur les dépenses encadrées.** Les premiers contacts pris par la mission ont mis en évidence le peu d'attention portée aux prévisions de recettes de groupe 2, tout particulièrement pour les budgets 2004, qui ont dû être élaborés très rapidement, du fait du retard pris dans l'élaboration des circulaires budgétaires.

Avec les réformes actuelles, **la fonction des ARH change de nature :**

- le **rôle de contrôle des données** d'activité médicale (codage) et comptables (validation des retraitements comptables) devient encore plus important dès lors que ces éléments interviennent directement dans la détermination des ressources allouées aux établissements ; sur ces différents points, l'action actuelle des ARH apparaît assez faible (peu de contrôles du codage, retraitements comptables largement déclaratifs), alors même que les données disponibles, sur le codage tout au moins, font état de taux d'erreur importants ;
- **les ARH ont désormais un rôle essentiel à jouer dans la maîtrise des rémunérations en sus :** contrats de bon usage pour les médicaments et les dispositifs médicaux dès la parution du décret, contractualisation avec les établissements pour les MIGAC ;

¹ Cf. les expériences étrangères de point flottant en médecine libérale, ou la régulation prix / volume des établissements sous OQN en France : tendance à la sous-estimation des volumes dans la fixation initiale des tarifs, puis comportement de passer clandestin conduisant à l'augmentation des volumes.

- si le passage à l'EPRD a lieu, **le rôle de la tutelle budgétaire changera de nature** et celle-ci deviendra plus exigeante ; la tutelle devra notamment être capable de porter un jugement sur les prévisions de recettes ; par ailleurs, le passage à l'EPRD suppose en théorie de disposer d'un diagnostic comptable et financier initial fiable, en particulier sur les reports de charge ;

En dehors des aspects comptables et financiers, la mise en place d'un nouveau système de financement remet également en cause **le rôle d'organisation de l'offre hospitalière des ARH** :

- à court terme, **les ARH doivent être à même de poser un diagnostic sur la situation financière de chaque établissement et ses marges de manœuvre, et d'accompagner, notamment financièrement, les éventuelles restructurations** ; certaines ARH ont conclu des contrats de retour à l'équilibre avec certains établissements ; aujourd'hui, cette démarche est rendue à la fois plus difficile, du fait de la diminution des marges de manœuvre régionales (0,5% maximum¹), et plus nécessaire ; certains établissements perdent en effet avec la T2A des montants de ressources trop importants pour être rapidement compensés par des gains de productivité et des réorientations stratégiques immédiates ; dès lors, si l'on ne veut pas que ces établissements s'installent durablement dans le report de charge, l'un des rôles principaux des ARH devrait être d'analyser les marges de manœuvre réelles des perdants et de les accompagner dans leurs restructurations ; si cette mission n'était pas pleinement exercée, le passage à la T2A risquerait de se traduire rapidement par une augmentation des dépenses hospitalières globales, contre laquelle la régulation prix / volume ne constituera pas une réponse satisfaisante, et l'impact structurel de la T2A (restructurations...) serait plus faible qu'attendu ; **sur ce point, aucun élément de doctrine n'a été communiqué par l'administration centrale aux ARH** ;
- même si la réforme repose sur un principe de responsabilisation des établissements, **les ARH devront sans doute s'assurer de la cohérence des évolutions induites par la T2A** (évolution globale de l'activité, développement de certaines activités...) **avec les priorités régionales en matière d'offre de soins** ; cet examen deviendra d'autant plus nécessaire avec la montée en régime de la T2A. Cela suppose de dégager les marges de manœuvre permettant aux ARH d'accompagner la planification sanitaire.

La mission étudiera donc, sur quelques établissements qui perdent des ressources avec le passage à la T2A, la capacité des ARH à les accompagner dans leurs restructurations.

3) Conclusions opérationnelles

Au total, la mission conduira donc une analyse, d'une part, de la pertinence du schéma retenu au plan national pour la mise en œuvre de la T2A ainsi que de la fiabilité des éléments sur lesquels se fonde la T2A, et, d'autre part, de l'impact, au plan local, des réformes en cours. Le résultat de ces travaux, relativement lourds, ne pourra pas être connu avant plusieurs semaines.

Toutefois, **deux conclusions opérationnelles apparaissent d'ores et déjà indispensables à court terme à la réussite de la T2A** :

- en ce qui concerne la conduite du projet au plan national, afin de donner de la visibilité aux établissements et aux services de l'Etat, et compte tenu de l'état de préparation technique sur certains

¹ Par ailleurs, les marges de manœuvre constituées précédemment par les ARH au sein des mesures reproductibles auraient été pérennisées dans les MIGAC.

chantiers, **il conviendrait de stabiliser temporairement le système de financement et le cadre budgétaire et comptable** ; concrètement, il semble nécessaire de :

- **reporter la mise en œuvre de la facturation aux caisses, de la réforme des tarifs journaliers de prestation** (tarification par GHS et non plus prix de journée par grande discipline) **et de la refonte du cadre budgétaire** (passage à l'EPRD), initialement prévues pour 2006 ; en outre, au-delà de sa faisabilité technique, se pose la question de la pertinence de la facturation aux caisses ;
 - **geler le taux de T2A au sein de l'enveloppe MCO en 2006 à 25%** et préciser rapidement un calendrier des étapes ultérieures ;
 - **conserver en 2006, sauf nécessité absolue, la structure actuelle de tarification** : pas de nouveau supplément, pas de nouveau GHS, stabilisation de la liste des MIGAC ; un compromis pragmatique doit être trouvé entre le sur-raffinement de la tarification (d'ores et déjà plus fine que celle de la plupart des autres systèmes de tarification à l'activité existants) d'une part, et sa stabilité et sa lisibilité d'autre part ;
 - en l'état actuel de ses réflexions, l'IGF considère qu'il est indispensable de **veiller à la stabilité des tarifs en 2006** ; autant que possible, il conviendrait que la prise en compte des résultats de la nouvelle ENC, ainsi qu'une éventuelle régulation prix / volume intervenant en 2005, aient des effets limités sur les tarifs, en dehors de la nécessaire prise en compte de l'évolution différenciée du coût des facteurs ; l'IGAS estime que l'on ne saurait renoncer à une régulation prix / volume avant d'avoir défini d'autres instruments de maîtrise des dépenses hospitalières.
- au plan local, une grande partie de la crédibilité et de la réussite de la réforme repose sur **la réponse qui sera apportée au cas des établissements dont le niveau de ressources diminue fortement du fait du passage à la T2A** ; plus précisément, il conviendrait de **disposer rapidement d'une analyse fine de la situation financière de ces établissements et de leurs marges de manœuvre financières¹ et stratégiques, et d'accompagner les éventuelles mesures structurelles qui devront être prises** ; la mission (cf. *supra*) va analyser précisément quelques cas types, mais ceci (identification et diagnostic des situations critiques) devrait constituer la priorité pour les services de l'Etat en 2005, une fois la campagne budgétaire lancée ; très certainement, des moyens financiers devront être alloués à l'accompagnement de ces établissements.

Ces mesures permettront à la fois de restaurer sur le terrain la confiance des acteurs et la lisibilité de la réforme, et de répondre aux principaux risques de court terme. Toutefois, au-delà de ces mesures d'urgence, il conviendra de **traiter rapidement les questions de fond posées par la T2A et pour lesquelles il n'existe pas aujourd'hui d'éléments de doctrine officiels** ; notamment :

- **le schéma de tarification est-il optimal pour inciter les établissements à améliorer leur gestion ?** cette question étant insuffisamment prise en compte aujourd'hui, le système de rémunération actuel se caractérise par une grande sophistication, en décalage avec la rusticité des outils de gestion des établissements ; dès lors, convient-il d'envisager une simplification de la tarification et/ou une amélioration des outils de gestion des établissements ?
- **quelle forme doit prendre la procédure nationale de définition de l'ONDAM**, dans un contexte où la part de la rémunération à l'activité est appelée à s'accroître et où les enveloppes public / privé sont, en théorie tout au moins, fusionnées ?

¹ A ce titre, la question d'un éventuel rattrapage sur les tarifs journaliers de prestation, le cas échéant étalé dans le temps, devra être étudiée.

- **comment doit s'opérer la régulation macro-économique de la dépense ?** notamment, est-il possible de faire évoluer fortement les tarifs, comme cela a été le cas entre 2004 et 2005, au risque d'introduire une forte divergence entre les tarifs et les coûts et de perturber l'échelle relative des tarifs ?
- **quels doivent être à l'avenir le rôle et les marges de manœuvre des ARH ?** il ne s'agit pas ici uniquement des moyens financiers : si les tarifs doivent rester nationaux, convient-il par exemple de confier aux ARH une marge d'appréciation dans la définition des MIGAC ou dans le calendrier de montée en charge de la T2A ? de quels moyens doivent disposer les ARH pour ce faire ?

La mission apportera des éléments écrits en ce qui concerne les origines du dépassement 2004 avant le 30 juin. Son rapport sera remis fin juillet.

Les membres de la mission,

Henri GUILLAUME
Inspecteur général des finances

François MERCEREAU
Inspecteur général des affaires sociales

Marguerite BERARD
Inspecteur des finances

Sylvie BOUTEREAU-TICHET
Inspecteur des affaires sociales

Gilles CLAVREUL
Inspecteur des finances

Gautier MAIGNE
Inspecteur des affaires sociales

Guillaume SARLAT
Inspecteur des finances

PIECE-JOINTE N°4 : LISTE DES SIGLES UTILISES

AC : aide à la contractualisation
ARH : agences régionales de l'hospitalisation
ATIH : agence technique de l'information hospitalière
CA : conseil d'administration
CET : compte épargne temps
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalo-universitaire
CM : catégorie majeure (de diagnostic)
CMA : co-morbidité associée
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CME : commission médicale d'établissement
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRE : contrat de retour à l'équilibre
COM : contrat d'objectifs et de moyens
DARH : directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG : dotation globale (de financement)
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DGCP : direction générale de la comptabilité publique
DGTPE : direction générale du trésor et de la politique économique
DIM : département de l'information médicale
DMI : dispositifs médicaux implantables
DMS : durée moyenne de séjour
DRG : diagnosis related group
DSS : direction de la sécurité sociale
ENC : échelle nationale des coûts
EPRD : état prévisionnel de recettes et de dépenses
FEH : fonds pour l'emploi hospitalier
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjours
HAS : haute autorité de la santé
IGAS : inspection générale des affaires sociale
IGF : inspection générale des finances
IVG : interruption volontaire de grossesse
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MIG : missions d'intérêt général
MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MO : médicament onéreux
ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'informations
PSPH : (établissements) privés participant au service public hospitalier
RTC : retraitement comptable
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SROS : schéma régional de l'organisation sanitaire
T2A : tarification à l'activité
TJP : tarifs journaliers des prestations
USLD : unité de soins de longue durée