

La tarification à l'activité (T2A) : éléments d'une réforme et analyse critique

Dans le cadre général du "Plan Hôpital 2007", la réforme du financement des établissements de santé est certainement un des points essentiels. Elle s'inscrit parfaitement dans cet ensemble de mesures qui tendent toutes vers un objectif idéologique manifeste : l'alignement des règles de fonctionnement du service public hospitalier vers celles des entreprises privées.

1) La situation actuelle.

- Les hôpitaux publics : ils sont financés depuis 1984-1985 selon les principes d'une dotation globale (DG) annuelle de fonctionnement. Cette dotation est affectée tous les ans d'un "taux directeur", c'est à dire un pourcentage d'augmentation par rapport à l'année précédente, que l'on peut généralement diviser en 3 points :

=> un taux directeur "général", applicable à tous les établissements, tenant compte de l'augmentation mécanique des dépenses .

=> un taux supplémentaire correspondant à des mesures spécifiques, ciblées en fonction des priorités déclinées d'abord au niveau national, puis reprises au niveau régional.

=> un taux spécifique lié notamment aux Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) présenté par chaque établissement à l'ARH, engageant les 2 parties de façon contractuelle.

Avantages : depuis les débuts de son application, la DG a permis à l'hôpital public d'effectuer d'énormes améliorations de compétitivité. Les marges de manoeuvre qui ont été dégagées ont permis des prises en charge de plus en plus sophistiquées, dont le financement aurait été problématique sans elles. La DG a permis de maintenir les principaux équilibres de l'assurance maladie en se contentant de réformes de surface, la part des dépenses hospitalières ayant moins augmenté que celles des dépenses de santé ambulatoires, non soumis à la DG.

Inconvénients : en raison de la faiblesse chronique du taux directeur, déterminé par l'ONDAM, les limites de ces améliorations de compétitivité ont été largement dépassées depuis de nombreuses années, au point de mettre en péril le fonctionnement normal de nombreux services hospitaliers. La sécurité des patients et les tensions sociales résultant de cette gestion de la pénurie ont conduit le système hospitalier au bord de la rupture et de l'épuisement.

- Les cliniques privées : elles sont financées sous la forme d'un Objectif Quantifié National (OQN) comprenant des éléments forfaitaires et d'autres facturés à l'acte.

2) La T2A dans les Etablissements Publics de Santé

Destinée à remplacer à terme la DG, elle doit se substituer progressivement à celles-ci, dès l'année 2004. Il est prévu pour cette première année de fonctionnement de baser 10% des crédits de fonctionnement des EPS sur les données issues de celles-ci. Cette part devrait augmenter de 10% tous les ans.

A qui s'adresse-t-elle ?

A tous les EPS français (hors TOM) disposant d'une activité de type MCO. Seule la partie correspondant au financement de ces activités est concernée.

De quoi se compose-t-elle ?

D'un financement directement liée à l'activité de l'établissement (séjour hospitalier, consultations,

HAD, actes d'urgences, certains médicaments coûteux), d'une dotation particulière liée au fonctionnement des services d'urgences et d'une dotation correspondant au financement des "missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC).

Comment est calculée la part de financement liée à l'activité ?

Elle est facturée sous la forme d'un forfait par patient correspondant à un Groupe Homogène de Séjour (GHS), reposant sur les données du PMSI qui en regroupant les Résumés Standardisés de Sortie (RSS), permet de constituer des Groupes Homogènes de Malades (GHM). Chaque GHS disposera d'un tarif national, corrigé d'un coefficient correcteur géographique (Île de France et DOM).

Toutes les activités médicales de l'établissement seront-elles financées de façon uniforme ?

Il existe la possibilité de facturer en sus du tarif GHS certains cas particuliers liés aux durées de séjour extrêmes en cas de complication, et certaines activités particulières auront des modalités de calcul du tarif GHS spécifiques : dialyse, soins palliatifs, ivg, réanimation, prélèvements d'organes.

Comment sera financée la part relative au fonctionnement des services d'urgence ?

Il est prévu un financement mixte : forfait au passage + forfait annuel.

Comment sera financée l'HAD ?

Sur la base d'un prix de journée variable en fonction des soins apportées au patient, appelé Groupe Tarifaire Journalier. A ce tarif pourra être ajouté certains médicaments coûteux et actes techniques.

Comment seront financées les consultations externes ?

Sur la base du tarif NGAP et des forfaits techniques existants ou en cours de création.

Comment seront facturés les médicaments et les dispositifs médicaux ?

La plupart des médicaments et des dispositifs médicaux ont vocation à être inclus dans le tarif des GHS. Seuls certaines thérapeutiques coûteuses - médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) - pourront être facturées en sus, selon une liste et un tarif arrêtés au niveau national.

Que représentent les MIGAC et comment sont-elles financées ?

Les MIGAC recouvrent essentiellement 2 points :

- Les activités d'enseignement et de recherche. Leur modalité de financement n'est pas complètement arrêtée. Quel que soit le mode calcul, on devrait tourner autour d'un forfait correspondant à environ 13% de l'actuel DG dans les CHU. A noter qu'il n'est pas exclu de permettre à terme à des établissements purement privés d'en bénéficier.
- Le financement des COM, la mise en oeuvre des orientations du SROS, les aides à la modernisation, à l'amélioration de la qualité des soins, les réseaux... Tout cela sur décision de l'ARH.

Que deviennent les activités non concernées par la T2A ?

Elles restent soumises aux règles de financement actuelles, notamment la DG. C'est le cas de la psychiatrie, des SSR et des SAMU-SMUR par exemple.

Comment va se construire le budget hospitalier de l'année 2004 ?

Il est la somme des enveloppes suivantes :

- l'enveloppe MCO financée à hauteur de 10% selon la T2A et à hauteur de 90% sur la base actuelle de la DG 2003 augmentée du taux directeur réduit pour s'assurer une marge de manoeuvre,
- les dépenses de médicaments et DMI coûteux (valeur 2003) à hauteur de 60% (pour s'assurer une marge de manoeuvre),

- le forfait annuel Urgences,
- l'enveloppe MIGAC,
- l'enveloppe des activités non-MCO, financé par DG,
- les autres recettes prévisionnelles (en particulier groupe II).

Toutefois, le cadre budgétaire et comptable actuel ne sera pas modifié. L'ensemble des ressources sera gérée dans le cadre de la réglementation actuelle de la dotation globale.

Comment vont s'ajuster les recettes liées à la T2A en 2004 ?

Les établissements hospitaliers devront transmettre à l'ARH tous les 3 mois leurs données d'activité et leurs dépenses de médicaments et DMI coûteux, un mois après la fin de chaque trimestre.

Trois décisions modificatives pourront permettre l'ajustement du budget en cours d'année en fonction des résultats de l'activité : une en juillet 2004, une autre en octobre 2004, une dernière en janvier 2005. Le constat définitif de l'activité et des dépenses réelles de l'année 2004 sera réalisé à la fin du premier trimestre 2005 et les écarts donneront lieu à une procédure d'ajustement par majoration ou minoration des recettes 2005.

Comment va se construire le budget hospitalier de l'année 2005 et suivantes ?

Il est la somme des enveloppes suivantes :

- l'enveloppe MCO financée à hauteur de 20% selon la T2A et à hauteur de 80% sur la base "T2A 2004" augmentée du taux directeur réduit pour s'assurer une marge de manoeuvre,
- les dépenses de médicaments et DMI coûteux (valeur 2003) à hauteur de 60% (pour s'assurer une marge de manoeuvre),
- le forfait annuel Urgences,
- l'enveloppe MIGAC,
- l'enveloppe des activités non-MCO, financé par DG,
- les autres recettes prévisionnelles (en particulier groupe II).

Le budget prévisionnel de fonctionnement de l'établissement est remplacé par un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Qu'est-ce que l'EPRD ?

C'est un acte de prévision et d'autorisation de recettes et de dépenses soumis au vote de l'assemblée délibérante. L'originalité de l'EPRD réside dans le caractère évaluatif des crédits prévus. L'autorisation budgétaire donnée est globale et l'ordonnateur peut engager, liquider et ordonnancer des dépenses sur un compte éventuellement insuffisamment doté de l'EPRD approuvé, sauf si cette dépense devait bouleverser l'économie générale de l'EPRD. Même chose du côté des recettes.

Comment seront gérés les groupes fonctionnels, et notamment les dépenses de personnel ?

La notion de groupe fonctionnel n'existe plus dans l'EPRD. Les dépenses de personnel doivent être suivies en terme de masse salariale en précisant l'évolution de la « Rémunération moyenne des personnels en place » (RMPP). *Cette présentation se substitue au tableau des emplois permanents.*

Comment vont être versées les dotations de fonctionnement aux EPS en 2005 ?

La différence majeure est que l'ARH ne servira que de pivot de transmission pour la transmission des données de tarification aux organismes d'assurance-maladie. Les recettes du groupe II rattaché à l'activité MCO seront retirées de ces données pour obtenir un montant des charges financé par les seuls régimes d'assurance maladie. Ces recettes sont facturées directement par l'établissement de santé aux organismes d'assurance maladie complémentaires sur la base d'un tarif journalier, ou directement aux patients.

Comment va se gérer la trésorerie des EPS en 2005 ?

La caisse pivot verse chaque mois, dans l'attente de la valorisation effective du 1^{er} trimestre MCO et pour une durée qui ne peut excéder 6 mois, une dotation mensuelle correspondant au 1/12^{ème} du total des ressources garanties, soit 80% MCO plus les financements forfaitaires, et fait l'avance des 20% restants.

Les établissements hospitaliers devront transmettre à l'ARH tous les 3 mois leurs données d'activité et leurs dépenses de médicaments et DMI coûteux, un mois après la fin de chaque trimestre.

Si un établissement n'a pas transmis ses données d'activité dans le délai maximum imparti d'un mois, l'assurance maladie interrompt le versement de l'avance de trésorerie correspondant au 20%.

A terme, la substitution de la T2A à une part croissante de la DG aura inévitablement des incidences sur la gestion de la trésorerie des établissements. Les encaissements s'effectueront de manière plus étalée que les versements périodiques à dates certaines de la DG. Il importera donc d'émettre les factures et les titres correspondants le plus rapidement possible et de suivre de manière fine la trésorerie.

Comment vont être versées les dotations de fonctionnement aux EPS pour l'année 2006 et suivantes ?

Les établissements adresseront directement leurs éléments de facturation aux caisses d'assurance maladie, sans avoir besoin de les faire transiter par l'ARH.

Comment seront contrôlés les éléments de facturation transmis par les EPS ?

Il est prévu à la fois un contrôle automatisé par un logiciel appelé « DatIM », conçu comme un instrument de ciblage visant à orienter les tutelles vers les établissements à contrôler en priorité, et un contrôle approfondi reposant sur des modalités classiques : le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au résumé de sortie produit par l'établissement, pour un même séjour.

Quelles sont les sanctions en cas d'erreur constatée ?

Le constat d'une erreur sur RSS entraînant un changement de GHM dans le sens d'une surfacturation conduit à la récupération de l'indu. En outre, le constat d'erreurs préjudiciables à l'assurance maladie (caractère répétitif ou systématique, ampleur de l'indu...) entraîne l'application d'une pénalité financière. De même, l'ARH est autorisé à appliquer des sanctions, y compris financières, en cas de défaut de qualité de l'information médicalisée produite.

3) Analyse critique de la T2A

Contrairement à ce qui a été annoncé, la T2A n'améliorera pas les équilibres financiers des EPS. En effet, les budgets hospitaliers restent soumis à l'évolution de l'ONDAM voté annuellement par l'Assemblée Nationale et le Sénat lors l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale. Or ce n'est pas le mode de financement par DG qui étouffe les hôpitaux, mais l'insuffisance du taux directeur fixé par l'ONDAM. Par conséquent, si cet ONDAM est insuffisant comme chaque année, aucune amélioration n'est à attendre.

A ce sujet, il faut signaler l'intervention de M. Francis Mer le 25 septembre dernier qui, parlant de la programmation pluriannuelle des finances publiques pour 2005-2007 décidée par le gouvernement, a souligné que "les dépenses d'assurance maladie en volume ne progresseront pas plus vite que le PIB moyen sur longue période soit 2,25% par an".

Dans ces conditions, on se demande ce qui motive réellement ce changement radical dans le financement des établissements de santé. On y relève au moins un motif idéologique : l'alignement des modes de financement des établissements hospitaliers publics et privés.

Il est pourtant évident que ces 2 catégories d'établissement de santé n'ont ni les mêmes missions, ni les mêmes objectifs. A titre d'exemple, une clinique privée spécialisée dans une activité donnée de chirurgie programmée ne peut se comparer à un établissement public de santé qui accueille sans distinction tout type de chirurgie, programmée ou non, dans tous les domaines d'activité chirurgicale. L'EPS sera forcément obligé d'avoir des infrastructures beaucoup plus coûteuses que la clinique privée pour assurer ses missions de service public. Par conséquent, la fixation d'un tarif unique GHS pour un type de chirurgie donné va avantager considérablement la clinique privée qui est spécialisée dans cette activité au détriment de l'hôpital public.

La fixation d'un tarif par GHS va également favoriser certains types d'activité jugés rentables, au détriment d'autres qui seront moins intéressantes pour le financement des hôpitaux. Il s'en suivra inévitablement un « écrémage » selon les pathologies et les disciplines qui aura certainement des conséquences en matière de santé publique. Ces GHS sont de toute façon partiels car comment seront financées les activités transversales comme la lutte contre la iatrogénie et les infections nosocomiales, ou les vigilances sanitaires. Tous les postes jugés comme n'apportant pas de financement supplémentaire à l'établissement en pâtiront. A la limite, ils seraient même plus avantageux aux établissements de santé d'avoir des complications chez leurs patients car ils seront mieux rémunérés. Sur le plan budgétaire, la simplification apportée par l'EPRD aura probablement des conséquences graves sur l'emploi. La disparition des groupes fonctionnels favorisera le passage d'une enveloppe à une autre et il y a fort à parier que celle du personnel sera la moins favorisée, la disparition signalée du tableau des effectifs dans la présentation de l'EPRD étant lourde de sens.

Il faut souligner également qu'en l'état, les systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont très insuffisants pour assurer en temps et en heure la transmission aux tutelles des données issues du PMSI destinées à calculer la part de financement liée à la T2A. Une telle révolution nécessiterait au moins 10 ans de travail pour s'assurer de la fiabilité des données et leur transmission en temps réel. Les EPS risquent donc d'être fortement pénalisés dans leur fonctionnement dès l'année prochaine.

Enfin, il semble bien que cette réforme a pour but essentiel l'établissement de relation directe entre les établissements hospitaliers et leur financeur, les caisses d'assurance maladie. Un tel objectif laisse entrevoir la finalité réelle de cette réforme : la privatisation de l'assurance maladie en substituant aux caisses actuelles des opérateurs privées.