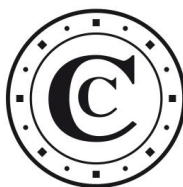


Cour des comptes



Sixième CHAMBRE

Troisième SECTION

S2023-0851

OBSERVATIONS DÉFINITIVES

(Article R. 143-11 du code des juridictions financières)

LA TARIFICATION À L'ACTIVITE

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la Cour des comptes, le 30 juin 2023

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
1 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE A TENU UNE LARGE PARTIE DE SES PROMESSES INITIALES.....	11
1.1 Un modèle aux promesses ambitieuses	12
1.1.1 Les fondements théoriques de la tarification à l'activité.....	12
1.1.1.1 Les limites de la dotation globale de financement.....	13
1.1.1.2 Un paiement prospectif incitant à l'efficience.....	13
1.1.1.3 Une régulation via la fixation du tarif	14
1.1.1.4 Des hypothèses cependant mal adaptées au modèle hospitalier français.....	14
1.2 La T2A a contribué à l'efficience du système de santé.....	15
1.2.1 Un codage médico-économique déterminant pour la connaissance de l'activité.....	15
1.2.2 La mise en œuvre de politiques ciblées de santé publique.....	16
1.2.3 Une contribution à l'évolution de l'offre de soins	17
1.2.3.1 L'activité hospitalière a évolué en fonction des besoins	18
1.2.3.2 La part de l'ambulatoire a progressé	20
1.2.3.3 Le nombre de lits d'hospitalisation complète est en diminution	20
1.2.3.4 Le nombre de séjours à faible sévérité a baissé	21
1.2.4 Des conséquences tangibles sur la conduite des établissements	22
1.2.4.1 Un pilotage budgétaire désormais orienté sur les recettes	22
1.2.4.2 Une gouvernance hospitalière plus participative	23
1.3 La T2A, vecteur de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.....	25
1.3.1 Le poids de la T2A dans l'Ondam	25
1.3.2 La régulation de l'Ondam par les tarifs hospitaliers	28
1.3.2.1 La T2A, un outil efficace au service du respect de l'Ondam.....	29
1.3.2.2 Un taux d'évolution des tarifs contraint, malgré une évolution plus favorable depuis 2019	30
1.3.2.3 Une sous-exécution du sous-objectif établissements de santé qui se réduit	31
2 DES LIMITES RESULTANT DES MODALITES DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU PILOTAGE DE LA T2A	34
2.1 Une complexité croissante, insuffisamment justifiée.....	34
2.1.1 La multiplication du nombre de GHS	34
2.1.2 La persistance de coefficients géographiques de majoration des tarifs.....	37

2.2 L'impossible comparaison des coûts et des tarifs	39
2.2.1 Des échelles de coûts et de tarifs non comparables	39
2.2.2 Les défauts de fiabilité de la méthode de comparaison des coûts et des tarifs	40
2.2.2.1 La construction d'un agrégat comparatif : le tarif issu des coûts	40
2.2.2.2 Les limites de l'utilisation des tarifs issus des coûts	41
2.3 Les effets des distorsions tarifaires sur l'offre de soins	43
2.3.1 Des écarts à la neutralité tarifaire qui demeurent significatifs	44
2.3.2 Des différences sectorielles structurantes	46
2.4 Les incidences de la T2A sur la situation financière des établissements	48
2.4.1 Les effets induits de la tarification à l'activité sur les établissements de santé.....	48
2.4.2 L'hétérogénéité de la part de T2A selon les statuts des établissements.....	49
2.4.3 Les difficultés qui pèsent sur le pilotage des établissements de santé.....	52
2.4.3.1 Le résultat des établissements de santé est structurellement déficitaire	52
2.4.3.2 Des modalités de versement des recettes qui affectent la capacité de prévision budgétaire des établissements.....	53
2.4.3.3 Des investissements insuffisamment couverts par les tarifs	53
3 LES EVOLUTIONS NECESSAIRES AU MAINTIEN SOUHAITABLE D'UNE PART DE TARIFICATION À L'ACTIVITE.....	55
3.1 Maintenir une part de tarification à l'activité.....	55
3.1.1 Les conditions au maintien d'une part de T2A	55
3.1.2 Assurer la régulation des dépenses hospitalières par des outils adaptés	56
3.2 Consolider les outils connexes à la tarification	57
3.2.1 Renforcer la comptabilité analytique hospitalière.....	57
3.2.2 Conserver les bénéfices du codage médico-économique de l'activité hospitalière	60
3.2.2.1 Une source d'information à consolider	60
3.2.2.2 Des pratiques de codage à unifier dans les structures de coopération	61
3.3 Rénover le pilotage de la tarification à l'activité	62
3.3.1 Réinterroger périodiquement le monopole de l'ingénierie financière	62
3.3.2 Renforcer la représentativité de l'étude nationale des coûts	63
3.3.3 Réduire le délai entre la collecte des données et la construction des tarifs.....	66
3.3.4 Améliorer la lisibilité, la stabilité et la transparence pour renforcer la confiance des acteurs.....	67
3.3.5 Mieux garantir la neutralité tarifaire	68
CONCLUSION	70
ANNEXES.....	71
Annexe n° 1. Liste des sigles utilisés	72
Annexe n° 2. La classification médico économique des séjours.....	74

Annexe n° 3.	Le poids de la tarification à l'activité dans l'Ondam	75
Annexe n° 4.	Poids de la tarification à l'activité dans les recettes d'assurance maladie des établissements de santé.....	77
Annexe n° 5.	Etude de la variabilité des coûts	81
Annexe n° 6.	Représentativité de l'étude nationale des coûts et création des tarifs issus des coûts	88
Annexe n° 7.	Dynamique de la distorsion tarifaire	101
Annexe n° 8.	Comparaisons internationales	106

SYNTHÈSE

Une tarification à l'activité décidée en 2003 et encore appliquée

De 1983 à 2005, le financement par l'assurance maladie des établissements de santé publics et privés était assuré selon deux dispositifs distincts : une dotation globale pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et un prix de journée pour les établissements privés à but lucratif. En l'absence de régulation de la dépense sur une base objective, la soutenabilité financière de ces systèmes de financement n'était pas assurée. En pratique, les financements étaient reconduits de manière quasi-automatique d'une année sur l'autre, sans inciter à l'amélioration de la gestion des établissements et de la performance des soins.

De manière analogue à de nombreux autres pays, la loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004 a progressivement introduit, entre 2005 et 2008, une tarification à l'activité (T2A) qui consiste en un paiement, par l'assurance maladie, d'un tarif préalablement défini appliqué à chaque séjour effectué par un patient dans un établissements de santé, les types de séjours, et les financements associés étant classés en « groupes homogènes de séjours » correspondant, chacun, à un « groupe homogène de malades ».

Entre 2020 et 2022, a été mise en œuvre une « garantie de financement » pour tenir compte des effets de la crise sanitaire sur l'activité des établissements de santé : l'année 2019 reste ainsi la dernière année pleinement effective de la T2A. Cette année-là, les tarifs ont représenté 47,4 Md€, soit 24 % de l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam). La part que représentaient en 2019 les produits de la tarification à l'activité dans les recettes d'assurance maladie des établissements de santé variait de 81,4 % pour les établissements de santé privés à 69,2 % pour les établissements privés non lucratifs et à 59,2 % pour les établissements publics.

1. La tarification à l'activité a eu des effets positifs sur la connaissance et la maîtrise des coûts

La tarification à l'activité prévoit, pour chaque séjour correspondant à un type de pathologie, la détermination préalable d'un tarif, établi au coût moyen d'un échantillon d'établissements participant à une étude nationale de coûts réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Ce système incite les établissements dont les coûts se situent au-dessus de ce tarif à des efforts d'efficience et de productivité.

Les établissements de santé publics et privés ont été incités à développer des outils de pilotage budgétaire et de mesure des coûts, de manière à adapter leur organisation aux recettes d'activité tirées des séjours. Progressivement, dans chaque secteur, public et privé, les coopérations entre établissements ont été renforcées et des fusions ont été opérées. Le nombre d'établissements de santé a ainsi diminué de 4,3 % entre 2013 et 2020, passant de 1 420 à 1 347 dans le public, de 683 à 670 dans le secteur privé non lucratif et de 1 019 à 972 dans le secteur privé lucratif.

La transformation de l'offre de soins résulte aussi de distorsions volontaires de certains tarifs, opérées dans un objectif de santé publique (lutte contre le cancer, soins palliatifs, pathologies lourdes, accidents vasculaires cérébraux), d'organisation (développement de la chirurgie ambulatoire¹) ou d'évolution des pratiques (par exemple, privilégier l'accouchement par voie basse –plutôt que la césarienne), consistant à augmenter la tarification de certains types de séjours par rapport à d'autres.

Même si la comptabilité analytique des hôpitaux peut être significativement améliorée, pour rendre possible une meilleure connaissance de l'activité médicale et des coûts, la T2A a déjà contribué, par l'incitation à la maîtrise des charges d'exploitation qu'elle a entraînée, à faire progresser l'organisation des soins et le pilotage des établissements de santé.

La première vertu reconnue par tous les acteurs à la T2A est, en effet, de rendre plus objective la connaissance des coûts des établissements, grâce à une nomenclature médico-économique, et sur cette base, de rendre plus équitable la répartition des financements entre établissements.

2. Les limites résultant des modalités de mise en œuvre et du pilotage de la T2A

La représentativité de l'étude nationale des coûts mentionnée ci-dessus n'est cependant pas exempte de reproches, tant en raison de la faible diversité, notamment géographique et statutaire, des établissements qui y participent, que du défaut d'exhaustivité des activités qui y sont intégrées.

La nomenclature médicale hospitalière présente le mérite d'être suffisamment fine pour correspondre aux pratiques médicales. En revanche, la multiplication des tarifs qu'elle induit, (près de 3700 tarifs en 2022), alourdit le dispositif (alors même que près de la moitié d'entre eux sont sous-utilisés) et rend plus complexe les opérations de codage. De surcroît, la multiplication de tarifs, chacun de plus en plus ciblé, réduit la marge de manœuvre du régulateur et nuit à la mutualisation des coûts des pratiques médicales traitant la même pathologie. Ainsi, comme le montrent des études techniques conduites par la Cour, la construction même des nomenclatures médicale (GHM) et tarifaires (GHS) devait être améliorée, pour les rapprocher du modèle théorique sur lequel ils se fondent.

Par ailleurs, la volonté de respecter le sous-objectif « dépenses en établissements de santé » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a conduit les pouvoirs publics à modifier les tarifs, non plus en fonction des coûts qu'ils sont censés couvrir, ou d'orientations de santé publique, mais d'un objectif de réduction de dépense, au détriment des principes initiaux de la T2A.

L'impossibilité de rapprocher les tarifs et les coûts qui résulte de ces objectifs contradictoires nuit à la lisibilité du système aussi bien qu'à la connaissance fine, par les hôpitaux, de la rentabilité de leurs activités. Pour regagner de la lisibilité, l'ATIH a construit un indice synthétique de comparaison relative des coûts et des tarifs, nommé « tarifs issus des

¹ Entre 2014 et 2020, le nombre de lits en médecine, chirurgie et obstétrique a baissé de 8,53 %.

coûts ». Cependant, la complexité et le manque de transparence de la méthode utilisée pour élaborer les tarifs issus des coûts est dénoncée par les acteurs. En outre, les tarifs issus de coûts ne permettent pas d'identifier où se situent les marges bénéficiaires des établissements, c'est-à-dire les situations de sur ou de sous-financements par rapport à un tarif réputé neutre.

Pour diverses raisons, les écarts entre coûts moyens et tarifs se creusent. Or, ces distorsions du "signal-prix" ont des incidences sur l'organisation des soins et sur la répartition des spécialités entre les établissements publics et les établissements privés lucratifs, dont les décisions ne reposent pas sur des bases économiquement rationnelles.

Par ailleurs, les tarifs sont essentiellement fixés, en réalité, par référence aux tarifs de l'année précédente, actualisés par un taux d'évolution fonction de l'Ondam, ce qui affaiblit encore la fiabilité du signal économique des tarifs issus des coûts.

L'adoption tardive des tarifs annuels, fixés au mois de mars, alors que les établissements de santé ont l'obligation réglementaire d'arrêter leur budget à la fin de l'exercice précédent, aggrave la situation des établissements, placés dans l'impossibilité d'établir des prévisions budgétaires sur des bases solides.

Les corrections à apporter à la mise en œuvre de la tarification à l'activité, même tardives, ne sont pas insurmontables et l'ATIH dispose des moyens de leur mise en œuvre. Les conditions de réussite d'une tarification rénovée dépendent davantage d'arbitrages politiques que de mesures de nature apparemment technique. Une plus grande transparence dans le processus même d'élaboration ou d'ajustement des tarifs constitue une condition de l'efficacité et de l'acceptabilité des décisions adoptées.

L'attachement de l'ensemble des acteurs hospitaliers au maintien d'une part significative de tarification à l'activité dans la réforme du financement des établissements de santé en cours permet d'envisager une évolution de la tarification actuelle, si les conditions d'une totale transparence du processus de calcul des coûts et de construction des tarifs sont enfin garanties.

3. Le nécessaire préservation d'une part de T2A dans le financement des établissements de santé

Le maintien d'une part significative de tarification à l'activité permettra de lui conserver sa vocation première d'outil, incitant à la réduction des coûts et à l'efficacité. Les objectifs initialement assignés à la T2A, en termes d'équité et de transparence des financements, demeurent indispensables et l'outil a fait la preuve qu'il contribuait à leur réalisation. Cependant, pour émettre un signal-prix efficace, les tarifs doivent être construits de manière lisible, assurer la couverture des coûts moyens et s'approcher davantage de la neutralité tarifaire.

Les tarifs ont été pendant près de dix ans le principal mécanisme de respect de l'objectif national annuel de dépenses d'assurance maladie, fixé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale, transformant ainsi un outil de tarification en instrument quasi-budgétaire. Cet ajustement homothétique des tarifs en-deçà du coût moyen a permis de contenir la dépense hospitalière et, parfois, de compenser les dépassements de l'enveloppe des

soins de ville. Par ailleurs, des mises en réserve ont été effectuées à titre prudentiel et n'ont pas fait l'objet de restitution, jusqu'en 2016 inclus.

Dans les établissements, les pratiques des départements d'information médicale, sur lesquels reposent la complétude et la qualité du codage de l'activité, devraient être unifiées, autant que possible, à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire. Les erreurs de codage qui, dans certains cas, induisent des paiements injustifiés ou surévalués, sont insuffisamment contrôlées par l'assurance maladie.

Autre chantier connexe, la comptabilité analytique des établissements présente encore des limites difficilement conciliables avec les exigences de gestion qu'implique la tarification à l'activité. Elle doit répondre à des objectifs de standardisation des normes et d'harmonisation entre les établissements.

La tarification à l'activité devrait rester l'un des vecteurs importants de financement des établissements de santé. Ceci impose de trouver d'autres modalités que les seuls tarifs pour faire respecter l'Ondam, qu'il s'agisse par exemple de l'ajustement des dotations ou d'une réserve prudentielle accrue.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. (DGOS) : Réduire le nombre de groupes homogènes de séjours de manière à garantir que chacun d'eux préserve une base suffisamment large pour que le calcul d'un coût moyen du séjour conserve une signification ainsi qu'une incitation à l'efficience.

Recommandation n° 2. (DGOS) : Harmoniser dès 2024, pour l'ensemble des établissements publics et privés, les règles de la comptabilité analytique hospitalière et les rendre obligatoires, afin de permettre, d'une part, à chaque établissement de comparer ses coûts aux tarifs et, d'autre part, de favoriser les comparaisons des coûts entre les établissements de santé.

Recommandation n° 3. (DGOS) : Unifier les pratiques de codage dans les groupements hospitaliers de territoire, sous l'autorité des DIM de territoire.

Recommandation n° 4. (DGOS, ATIH) : Rendre publics les programmes, les algorithmes, les hypothèses et les retraitements relatifs au dispositif de collecte des coûts et de construction des tarifs.

Recommandation n° 5. (DGOS, ATIH) : Éliminer les écarts de tarifs non justifiés par les coûts des différents GHS ou par des décisions correspondant à des objectifs de santé publique.

INTRODUCTION

Basculant d'un système de budget global, très contesté, à un système de tarifs, la tarification à l'activité des soins hospitaliers a été mise en place par la loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. L'objectif, qui concourait à la réalisation du plan « hôpital 2007 », était de faire évoluer les modalités de financement de la sécurité sociale et de stabiliser le déficit de l'assurance maladie à moins de 11 Md€ en 2004. La mise en application de la tarification à l'activité a été réalisée progressivement, mais dans une temporalité différente, entre les établissements publics et privés.

Largement amendée dans son principe depuis la mise en place de la garantie de financement en réponse à la crise sanitaire, la T2A a été pleinement mise en œuvre pour la dernière fois en 2019. Selon la Drees², la consommation de soins hospitaliers³ est passée de 97,1 Md€ en 2019 à 109,4 Md€ en 2021 (soit +12,6%). Leur financement est presque exclusivement supporté par l'assurance maladie, à hauteur de 93,2 % en 2021⁴ (91,6 % en 2019) ; les autres financeurs (organismes complémentaires, État et ménages) n'en portant qu'une faible part. Le produit de la tarification à l'activité, qui représentait entre 81,4 % et 64,2 % des recettes d'assurance maladie des établissements de santé⁵, est versé par l'assurance maladie s'élevait à 47,38 Md€ en 2019.

Le Président de la République puis le ministre chargé de la santé ont annoncé en janvier 2023 une réforme importante du financement des établissements de santé, qui devrait être portée par le PLFSS pour 2024. Le but recherché est de mieux prendre en compte, dans le financement des hôpitaux, des objectifs de santé publique et d'encourager les coopérations, en particulier entre le secteur public et le secteur privé, sans exclure une meilleure articulation entre les soins de ville et l'hôpital. La tarification à l'activité a été présentée comme « condamnée⁶ », même s'il est envisagé d'en conserver une part.

Depuis la création de la T2A et le premier rapport de la Cour des comptes⁷, plusieurs rapports⁸ ont formulé des pistes de réflexion dans le but d'améliorer, d'une part et de compléter,

² Drees, *les établissements de santé*, édition 2022 et 2021.

³ La consommation des soins hospitaliers comprend, à la différence du sous-objectif établissements de santé de l'Ondam, les honoraires perçus par les professionnels libéraux dans les établissements du secteur privé lucratif. Données : Drees, *les dépenses de santé en 2021*, édition septembre 2022.

⁴ Drees, *les dépenses de santé en 2021*, édition septembre 2022, p.104.

⁵ En 2019, la tarification à l'activité représentait 81,2 % des recettes d'assurance maladie des établissements de santé privés, 69,2 % dans les établissements privés non lucratifs et 59,2 % dans les établissements publics.

⁶ Vœux aux forces vives de François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, 30 janvier 2023.

⁷ Rapports 2006-209-0 et rapport 2006-209-1, *la réforme du financement des établissements de santé publics et privés, la tarification à l'activité (T2A)*.

⁸ Pour la période récente, sans prétendre à l'exhaustivité et en laissant de côté les rapports annuels produits par le gouvernement, notamment : M. J. Le Menn et M. A. Milon, Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat sur le financement

d'autre part, le dispositif de tarification à l'activité, mais sans jamais proposer sa suppression⁹ tant il apparaissait, comme le confirment les auditions conduites par la Cour, que « la tarification à l'activité est le plus mauvais système à l'exception de tous les autres », au moins pour une très large partie des actes de soins.

Certains constats critiques sur le rôle de la T2A dans la régulation budgétaire, sur la construction des tarifs¹⁰ et sur la neutralité tarifaire¹¹ demeurent d'actualité. Plusieurs de ces rapports proposent non pas d'abandonner la tarification à l'activité, mais d'aller vers des modèles de paiement différenciés et combinés, davantage orientés vers une prise en charge globale du patient, et tenant compte des évolutions démographiques.

A la veille de la réforme de la T2A, il a paru opportun d'établir un bilan, destiné à éclairer les réflexions sur la place à réserver à une tarification à l'activité dans le futur dispositif. En effet, celle-ci a constitué une indiscutable avancée sur le système de la dotation forfaitaire et offre des avantages notables qui risquent d'être perdus, ou très fortement atténués.

La tarification au séjour a contribué à la rationalisation du système de santé, tout en constituant un vecteur de régulation des dépenses d'assurance maladie (1). Cependant, les modalités de mise en œuvre de la T2A ont contribué à la délégitimer (2) alors qu'il paraît indispensable de conserver une part significative de financement à l'activité dans la réforme, en cours, du financement des établissements de santé (3).

1 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE A TENU UNE LARGE PARTIE DE SES PROMESSES INITIALES

L'introduction de la tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé qui exercent une activité en médecine, chirurgie et obstétrique devait favoriser une répartition plus transparente et équitable des crédits d'assurance maladie et produire des gains d'efficience (1). L'application la T2A s'est accompagnée d'un mouvement de rationalisation de l'offre de soins. Elle a par ailleurs favorisé la rénovation du pilotage des établissements de

des établissements de santé, n° 703, 25 juill. 2012 ; P. Pascal et al., *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, IGF, n° 2011-M-056-01, avr. 2012 ; M. P.-L. Bras, M. J.-L. Vieilleribière, M. P. Lesteven, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, IGAS, n° RM 2012-24P, mars 2012 ; A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Panel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, IGAS, n° RM 2012-011P, mars 2012 ; Fédération hospitalière de France, *Évaluation de la T2A*, 2013 ; M. O. Véran, *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2017 ; J.M. Aubert, rapport de la task force réforme du financement du système de santé ; *Réforme des modes de financement et de régulation ; vers un modèle de paiement combiné*, septembre 2018.

⁹ Annexe 5, rapport de M. Olivier Veran, *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2017 ;

¹⁰ Op. cit., IGF, 2012.

¹¹ Op. cit., IGAS, 2012.

santé (2). En outre, la T2A s'est avéré un facteur efficace de la régulation des dépenses d'assurance maladie dans le cadre de l'Objectif nationale de dépenses d'assurance maladie (Ondam) (3).

1.1 Un modèle aux promesses ambitieuses

Depuis l'origine¹², la tarification à l'activité poursuit trois objectifs principaux :

- assurer, dans une logique médico-économique, la transparence du financement des établissements de santé ;
- garantir l'équité du financement entre les établissements et entre les secteurs public et privé, compte tenu de leurs caractéristiques respectives ;
- améliorer l'efficacité de chaque établissement en adaptant au plus près les ressources hospitalières à l'évolution de la demande en soins.

Dans ce cadre, les tarifs doivent :

- être corrélés aux coûts, pour inciter les établissements à cette efficacité ;
- émettre un signal - prix à la construction transparente, lisible et claire vis-à-vis de l'ensemble des établissements ;
- permettre l'installation dans la durée de pratiques efficaces grâce à la stabilité du dispositif et du signal - prix ;
- participer à la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie au sein de l'enveloppe fermée définie par l'Ondam.

1.1.1 Les fondements théoriques de la tarification à l'activité

Il est difficile d'évaluer la pertinence de la construction tarifaire si on ne se réfère pas à ses fondements théoriques, à la robustesse de ces derniers et aux différents aléas qui peuvent entacher la réussite pratique du modèle initial.

La tarification à l'activité, instaurée pour remédier aux défauts des anciens modèles de financement des établissements de santé, qu'il s'agisse des prix de journée ou de la dotation globale de financement, s'inspire d'un modèle théorique fondé par un ensemble de travaux économiques, visant à inciter les organisations à davantage d'efficacité, par l'intermédiaire de systèmes de prix ou de contrats.

¹² Ministère chargé de la santé, *Rapport au Parlement relatif à la T2A*, 2010.

1.1.1.1 Les limites de la dotation globale de financement

Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés au prix de journée : chaque année l'établissement déterminait un projet de budget fondé sur ses prévisions d'activité et de dépenses. À partir de 1983, dans une volonté de maîtrise de la dépense de soins en établissements, les pouvoirs publics ont instauré, pour les établissements publics, un système de dotation globale forfaitaire attribuée à chaque établissement. La dotation globale reposait sur un budget forfaitaire annuel, dépendant du budget de l'année précédente, auquel était appliqué un taux de croissance. Ce taux de croissance annuel (taux directeur) était fixé forfaitairement, pondéré régionalement et pouvait varier en fonction du pouvoir de négociation des responsables de l'hôpital vis-à-vis du ministère chargé de la santé. Les ressources ne dépendant que peu de l'activité de soins de l'établissement, celui-ci pouvait s'adapter à la contrainte budgétaire, en améliorant sa productivité mais aussi en restreignant sa production de soins. Ce mécanisme budgétaire a conduit à des disparités considérables des prix « implicites » des séjours, un écart de 1 à 3,6 étant observé à la fin des années 1990 dans l'ensemble des hôpitaux.

1.1.1.2 Un paiement prospectif incitant à l'efficience

La T2A est la déclinaison d'une approche théorique¹³ que l'on appelle la « concurrence par comparaison », qui doit avoir pour effet l'allocation efficiente des ressources aux organismes d'une branche d'activité pour laquelle des mécanismes de marché sont inadaptés ou impossibles à mettre en œuvre. Il s'agit de créer un « pseudo-marché » destiné à établir ce que seraient les « tarifs » des établissements s'ils fonctionnaient dans un cadre non régulé, et donc d'allouer les ressources financières en conséquence.

Dans ce modèle de financement, les paiements aux établissements ne sont plus rétrospectifs (remboursement d'une dépense effectuée ou même dotation fondée sur des dépenses antérieures), mais ils deviennent théoriquement « prospectifs » puisque les tarifs sont fixés préalablement à la dépense quel qu'en soit le montant (ainsi le prix de journée est prédéterminé)¹⁴.

L'objectif principal est d'inciter les établissements les moins efficaces à des efforts de productivité de manière à ramener leur coût de production à cette moyenne - ou en deçà - et de développer l'activité des établissements les plus efficaces, en vue de répondre à l'augmentation des soins en intégrant les innovations techniques et thérapeutiques.

¹³ A. Schleifer, « A theory of yardstick competition », the rand journal of economics, volume 16, numéro 3, pages 319 – 327, 1985.

¹⁴ B. Dormont, « la tarification (T2A) à la française », revue française d'administration publique, février 2020, pages 487 à 497.

1.1.1.3 Une régulation via la fixation du tarif

Grâce à une codification des séjours effectués en établissement de santé, la T2A a permis de passer d'une logique purement budgétaire à un outil comportant une composante médico-économique. Les buts poursuivis sont une incitation à l'efficacité, davantage de transparence (en reliant directement les activités de soins effectuées à leur coût estimé), plus d'équité dans la répartition des ressources entre les établissements, une meilleure maîtrise des dépenses de santé, un développement des volumes d'activité tout en maîtrisant les coûts.

Pour pallier l'asymétrie d'information, qui empêche d'observer les coûts réels des établissements, ce qui peut générer des phénomènes de rente, la théorie de la concurrence par comparaison préconise que le régulateur¹⁵ (l'Etat, l'assurance maladie...) détermine *ex ante* des forfaits correspondant à la moyenne du coût observé au sein des établissements de santé ou d'un échantillon représentatif d'entre eux. Ce calcul doit permettre de rémunérer chaque prise en charge à un forfait correspondant à des coûts attendus. Les organismes sont rémunérés par un prix moyen du bien, extrapolé à partir des coûts observés.

Avec la grille tarifaire de la T2A, les forfaits sont fixés pour des séjours, calculés sur la base des coûts moyens de l'ensemble ou d'un échantillon d'hôpitaux, que tous les établissements doivent pouvoir confronter à leurs propres coûts, pour agir dans le sens de l'efficacité.

Ainsi, par une tarification homogène, la tarification à l'activité aspire non seulement à améliorer l'équité entre établissements mais à sortir de tout encadrement budgétaire direct en responsabilisant l'établissement.

1.1.1.4 Des hypothèses cependant mal adaptées au modèle hospitalier français

Le modèle théorique d'une tarification à l'activité s'appuie sur des hypothèses exigeantes¹⁶ : l'homogénéité des hôpitaux et celle des patients pour une pathologie donnée, l'homogénéité des fonctions de production entre les établissements et la suppression de toute source d'hétérogénéité des coûts. Le modèle suppose que tous les hôpitaux réalisent les mêmes économies d'échelle potentielles et qu'ils évoluent sur des territoires comparables par leur structure démographique et leur niveau de richesse.

Or, le modèle français s'inscrit dans un contexte de forte régulation économique via l'Ondam, et repose sur une activité largement dominée par le secteur public, dont les spécificités (grilles de rémunérations relevant de la fonction publique hospitalière, décisions d'investissement fortement encadrées par les instances nationales ou décentralisées, missions

¹⁵ L'inobservabilité des coûts de production conduit le régulateur à faire face à deux types d'incertitudes, l'anti-sélection et le risque moral. Il y a un risque moral sur le coût de production quand le niveau de ce coût peut être modifié par des actions du producteur invisibles par le régulateur, par exemple une meilleure organisation. Dans le cadre de la régulation du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité répond à une problématique de risque moral, en allouant un paiement fixe par type de séjour pour inciter à l'effort.

¹⁶ Florence Naegelen, Michel Mougeot, « régulation et tarification des hôpitaux », *Economica*, mai 2011.

de service public contraignantes...) restreignent les possibilités d'ajustement des coûts aux tarifs.

1.2 La T2A a contribué à l'efficience du système de santé

Malgré ces limitations, l'application à la France du modèle de tarification à l'activité, fondé sur le calcul de coûts moyens pour des groupes de traitements, a produit des effets positifs incontestables. Le codage a favorisé une meilleure connaissance de l'activité (1) et des politiques de santé publique ont pu être soutenues par le vecteur tarifaire (2). La T2A a contribué aux évolutions recherchées de l'offre de soins (3) et à la rénovation de la gouvernance des établissements et de leur pilotage médico-économiques (4).

1.2.1 Un codage médico-économique déterminant pour la connaissance de l'activité

Toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé à des fins de facturation. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) recueille à cette fin les données de l'ensemble des hospitalisations sur le territoire français, avec pour finalité le financement des établissements de santé (tarification à l'activité), et l'organisation de l'offre de soins (planification).

Le codage de l'activité médicale permet de décrire les séjours des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sur la base de nomenclatures relatives aux diagnostics et aux actes. Chaque séjour donne ainsi lieu à l'édition d'un résumé de sortie standardisé. Ce résumé comporte l'indication du diagnostic principal et, le cas échéant, des diagnostics complémentaires ainsi que des actes réalisés.

De la codification à la tarification des séjours

Les résumés de sortie standardisés sont en premier lieu classés dans des catégories majeures. Celles-ci correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (œil, cœur, tube digestif...) et sont alors dénommées catégories majeures de diagnostic (CMD). Le contenu du résumé doit être conforme au contenu du dossier médical. L'exhaustivité et la qualité des informations contenues dans le dossier du patient sont donc déterminantes pour la qualité du codage.

Les résumés de sortie standardisés sont ensuite regroupés dans des catégories homogènes (groupes homogènes de malades ou GHM) par l'application d'un algorithme

déterminé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation¹⁷ (ATIH) utilisant les données médico-administratives contenues dans chaque résumé de sortie.

Le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM est associé à un ou plusieurs groupes homogènes de séjour (GHS). Les GHS conditionnent le tarif de prise en charge du séjour par les régimes d'assurance maladie. Les tarifs sont calculés pour une durée moyenne d'hospitalisation. Le respect de cette durée moyenne influe directement sur le financement du séjour, le coût de la prise en charge étant considéré par le financeur comme largement corrélé au temps de présence dans l'établissement. Est ainsi prévu le paiement de journées supplémentaires lorsque le séjour se prolonge au-delà d'un seuil, dit « borne haute », ou bien à l'inverse une réduction du tarif lorsque le séjour est de durée inférieure à la « borne basse ». Ce processus est détaillé dans l'annexe n° 2.

Pour prendre en compte la complexité des traitements, des suppléments journaliers sont versés en sus du tarif, pour les séances réalisées au cours de l'hospitalisation et les éventuelles prises en charges du patient en unités spécialisées telles que les soins intensifs, les soins continus ou la réanimation. Enfin, le niveau de sévérité associé au séjour a une incidence sur le tarif : plus la sévérité est importante, plus le tarif est élevé.

Après anonymisation, les résumés de sortie sont transmis sur la plate-forme e-PMSI de l'ATIH. Le département de l'information médicale de chaque établissement est responsable de l'envoi mensuel à l'agence régionale de santé de ces résumés de sorties anonymisés. Il est le garant de l'exhaustivité et du respect des règles de codage. La transmission mensuelle des résumés de sortie anonymisés permet ensuite le paiement des séjours par l'Assurance maladie.

1.2.2 La mise en œuvre de politiques ciblées de santé publique

Depuis la création de la T2A, des tarifs présentant d'importants écarts aux coûts moyens ont été décidés, dans le but de faciliter la mise en œuvre de politiques de santé publique (en faveur des soins du cancer, des soins palliatifs, de ceux relatifs aux pathologies lourdes ou aux accidents vasculaires cérébraux), l'organisation des soins (chirurgie ambulatoire) ou encore pour favoriser une pratique médicale (par exemple, l'accouchement par voie basse plutôt que la césarienne).

À certaines conditions, l'outil tarifaire peut en effet être adapté à l'accompagnement de mesures de santé publique, par exemple pour le développement des prises en charge « ambulatoires », c'est-à-dire sans nuitée dans l'établissement. L'ambulatoire impose des pratiques moins invasives, associées à de moindres risques pour les patients. Dans ce cas de figure, l'objectif de santé publique rejoint l'objectif de maîtrise financière puisque l'écart tarifaire entre les séjours réalisés en ambulatoire et les séjours, réalisés pour des prises en charges identiques avec nuitée, a été progressivement réduit. Cette évolution a été rendue possible par l'évolution des pratiques médicales.

¹⁷ L'ATIH est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. Cette agence est notamment chargée du pilotage et de la mise en œuvre de l'échelle nationale de coûts et de l'appui aux pouvoirs publics pour la construction des tarifs.

La distorsion du tarif ne doit pas, pour autant, générer des effets d'aubaine. Modifier le signal - prix par la progression du tarif de certaines pratiques, pour favoriser ou inciter à leur développement, nécessite d'en pénaliser d'autres, afin de respecter l'Ondam. En réalité, c'est un ensemble de tarifs qu'il convient d'ajuster. Ainsi, a été adoptée une survalorisation du tarif de l'accouchement naturel par voie basse, dont les coûts moyens étaient plus faibles que ceux d'une césarienne. Dès lors, pour ne pas trop pénaliser la réalisation de césariennes médicalement justifiées, cette sur-tarification des accouchements par voie basse a été conçue pour équilibrer en moyenne la sous- tarification des accouchements par césarienne, lorsque le ratio moyen de césariennes n'est pas dépassé au sein d'un établissement.

Sans explications suffisantes, ces distorsions tarifaires peuvent semer le doute sur la justesse et la pertinence des tarifs. Il en est ainsi de la décision, annoncée en décembre 2022, de radier certains médicaments et certains dispositifs médicaux de la « liste en sus »¹⁸, sans pour autant les réintégrer dans les tarifs comme c'était le cas jusqu'à présent. Si les économies qui en découlent sont tangibles¹⁹, les effets de cette décision sur les pratiques médicales n'ont pas été suffisamment pris en compte. En effet, la « liste en sus » a pour but de prendre financièrement en charge des médicaments et des dispositifs innovants et coûteux, pour en favoriser la diffusion et l'appropriation par les hôpitaux, avant de les intégrer à la tarification, à coût moindre puisqu'ils sont alors plus largement utilisés. C'est un outil consensuel, qui a fait ses preuves dans la prise en charge des pathologies les plus graves.

L'outil tarifaire peut ainsi être utilisé avec souplesse et efficacité. S'il est tout à fait légitime que les politiques tarifaires accompagnent les mesures de santé publique, il est indispensable toutefois que les raisons ayant prévalu aux modifications des tarifs, les hypothèses retenues, les modalités techniques et l'incidence sur l'ensemble des tarifs concernés (y compris les tarifs connexes qui ne subissent pas eux-mêmes de modification) soient portées en toute transparence à la connaissance des acteurs et qu'elles fassent l'objet d'une pédagogie suffisante auprès des professionnels de santé.

1.2.3 Une contribution à l'évolution de l'offre de soins

La tarification à l'activité a contribué aux évolutions du système de santé et à la recherche de l'efficience dans la gestion des établissements : dans un premier temps l'activité a augmenté, la répartition de l'activité entre les différents établissements s'est progressivement stabilisée, les prises en charge ambulatoires ont progressé, le nombre des lits d'hospitalisation a été adapté à cette transformation des pratiques médicales et les séjours de patients atteints de pathologies de niveau de gravité peu élevé sont devenus moins fréquents.

¹⁸ Liste des médicaments et des dispositifs médicaux particulièrement onéreux qui font l'objet d'un financement « en sus » du tarif. Cette liste est fixée chaque année par le ministère chargé de la santé.

¹⁹ L'économie attendue peut être chiffrée à 90 M€.

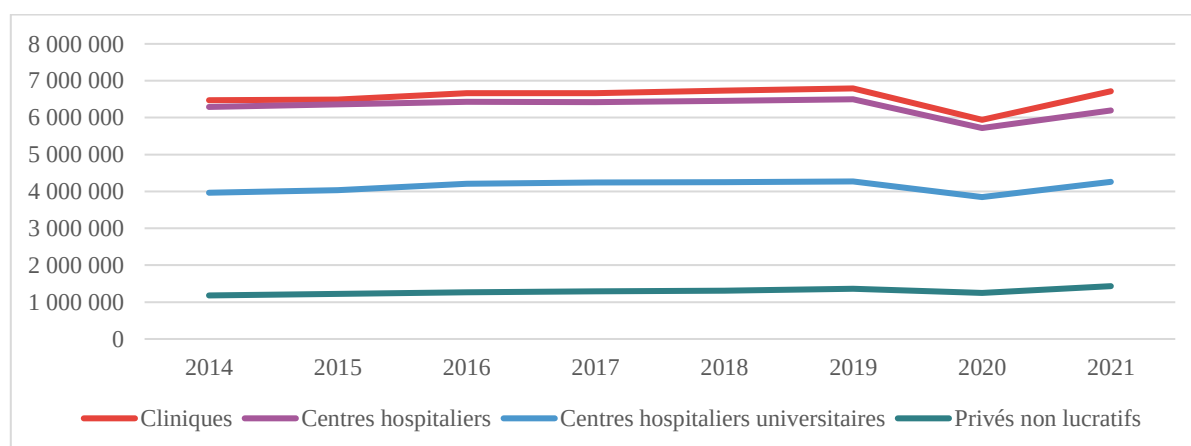
1.2.3.1 L'activité hospitalière a évolué en fonction des besoins

Lors de sa mise en place, la T2A aurait poussé les établissements, pour contrecarrer l'effet-prix de la tarification, à augmenter leur activité (effet-volume) de manière à générer des recettes supplémentaires. Ainsi, entre 2005 et 2013, le volume de séjours a progressé de 10 % pour s'élever à 17,68 millions de séjours. En particulier, les séjours des établissements publics ont progressé de 14,5 % et ceux des établissements privés lucratifs de 7,5 %. A l'inverse, les séjours des établissements privés non lucratifs ont diminué de 9 %.

Dans une deuxième période, entre 2014 (17,91 millions de séjours) et 2019 (18,92 millions de séjours), la croissance du nombre des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, s'établit à 5,6 %.

La crise sanitaire a ensuite provoqué une diminution de 11,5 % du volume des séjours en 2020 (16,75 millions de séjours)²⁰. L'année 2021 présentait les signes d'une reprise de l'activité avec une progression de 11 % du volume de séjours (18,60 millions), sans toutefois parvenir au niveau d'activité de l'année 2019 : la baisse du volume des séjours entre 2019 et 2021 s'établit à 1,74 %.

Graphique n° 1 : Volume des séjours par catégorie d'établissement



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

La T2A a posé les conditions d'une recherche accrue de l'efficacité : la faible progression du volume de séjours est donc à analyser dans le contexte de réduction du nombre d'établissements de santé. Selon les données de la Drees, le nombre d'établissements pratiquant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique a diminué de 4,3 % (3 122 en 2013 à 2 989 en 2020). Cette diminution a été particulièrement marquée pour les établissements du secteur privé lucratif (- 4,6 %), et pour les établissements publics (- 5,1 %) mais a été plus réduite pour les établissements privés non lucratifs (- 1,9 %). Cette tendance s'explique en partie par des

²⁰ En raison des déprogrammations réalisées en chirurgie et de la concentration de l'activité de médecine sur le traitement de patients concernés par la Covid.

regroupements et des fusions d'établissements dans les trois secteurs, qui n'ont pas systématiquement conduit à des fermetures de sites.

Les établissements publics représentent en 2021 près des trois quarts (73,5 %) des séjours de médecine, soit 0,6 point de plus qu'en 2005. Dans le même temps, les établissements privés non lucratifs et les cliniques ont perdu des parts de marché, respectivement – 1 point et – 0,4 point, avant que leur activité se stabilise autour de 7 % de l'activité totale pour les privés non lucratifs, et de 19 % pour les cliniques.

En chirurgie, les établissements publics réalisent en 2021 près de la moitié des séjours (48,5 %), soit 6 points de plus qu'en 2005. Parallèlement les secteurs privés, lucratif et non lucratif, ont vu leur part de marché baisser respectivement de 4,1 % et 1,9 %.

En obstétrique, les établissements publics réalisent en 2021 plus des deux tiers des séjours (69,1 %), soit 4,9 % de plus qu'en 2005. Parallèlement les secteurs privés, lucratif et non lucratif, ont vu leur part de marché baisser respectivement de 4,4 % et 0,5 %.

L'ensemble de ces constats n'est pas imputable uniquement au mode de tarification des établissements. Il s'explique par la réduction du nombre d'établissements et les concentrations opérées depuis 2005, encouragées par les pouvoirs publics avec l'objectif de rationaliser l'offre de soins, même si la tarification a sans doute favorisé ces évolutions.

Tableau n° 1 : Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique par type d'établissements (en part d'activité)

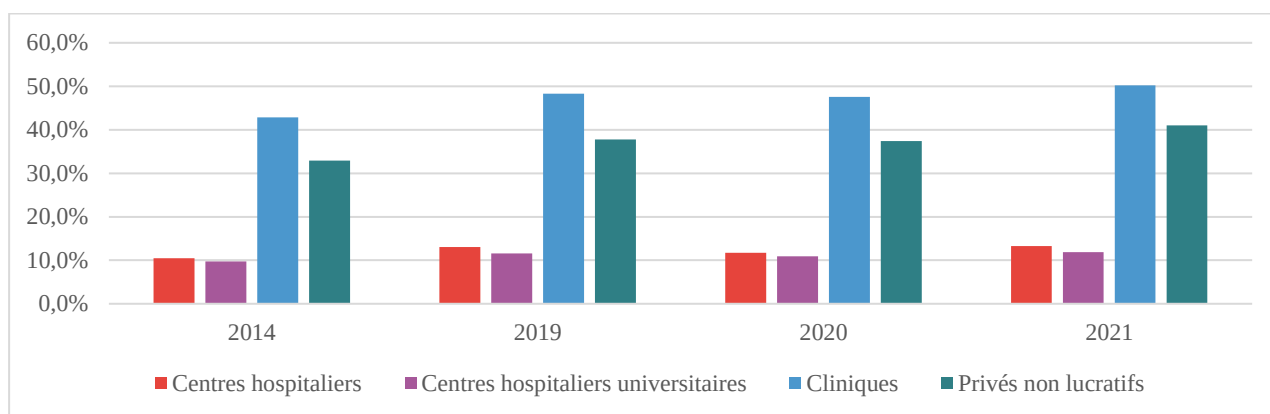
	2005	2009	2014	2019	2020	2021
<i>Médecine</i>						
Public	72,9 %	73,2 %	73,5 %	72,6 %	73,4 %	73,5 %
Privé non lucratif	8,4 %	8,4 %	7,4 %	8,1 %	7,5 %	7,4 %
Privé lucratif	18,7 %	18,4 %	19,1 %	19,3 %	19,1 %	19,1 %
<i>Chirurgie</i>						
Public	42,5 %	45,4 %	48,5 %	49,5 %	48,0 %	48,5 %
Privé non lucratif	8,6 %	8,6 %	6,7 %	7,3 %	6,8 %	6,7 %
Privé lucratif	48,9 %	46,0 %	44,8 %	43,2 %	45,2 %	44,8 %
<i>Obstétrique</i>						
Public	64,2 %	66,6 %	69,1 %	72,5 %	68,5 %	69,1 %
Privé non lucratif	7,0 %	7,5 %	6,5 %	6,7 %	6,6 %	6,5 %
Privé lucratif	28,8 %	25,9 %	24,4 %	20,7 %	24,9 %	24,4 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

1.2.3.2 La part de l'ambulatoire a progressé

La T2A a contribué à la progression de la part de chirurgie réalisée en ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée dans l'établissement. Le mouvement tarifaire opéré depuis 2010 a consisté à rapprocher le prix d'un séjour avec nuitée pour une sévérité 1 avec celui d'une prise en charge en ambulatoire pour le même GHM. Cette nouvelle donne tarifaire, couplée aux progrès de la médecine, à une évolution des pratiques médicales et à la mise en œuvre d'un plan d'action national par le ministère chargé de la santé, les ARS et l'assurance maladie, a fait progresser la part des séjours en ambulatoire. Elle s'établissait à 23,5 % de l'ensemble des séjours des établissements publics et privés en 2014 et à 27 % des séjours en 2019 et 28,1 % des séjours en 2021.

Graphique n° 2 : Part des séjours en ambulatoire par catégorie d'établissement



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

1.2.3.3 Le nombre de lits d'hospitalisation complète est en diminution

Selon les données publiées par la DREES, en 2020, les capacités d'accueil des établissements de santé se répartissent entre 387 000 lits d'hospitalisation complète et 80 000 places consacrées aux hospitalisations de moins d'une journée.

La montée en charge de l'ambulatoire, associée à la réduction du nombre de séjours à faible niveau de sévérité, a conduit à une réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète. Entre 2014 et 2020, celui-ci était en diminution de 5,80 %. Dans ce total, le nombre de lits en médecine-chirurgie-obstétrique a diminué de 8,5%, passant de 216 868 lits à 198 205 lits. Cette baisse est plus marquée pour le secteur privé lucratif (-14%) que pour les établissements publics (-5%), et le secteur privé non lucratif (-6%).

Le corollaire de la diminution des prises en charge en hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique entre 2014 et 2020 a été la progression de 22 % du nombre de places en hospitalisation partielle (+34 346 places). Cette progression du nombre de places en ambulatoire est de 17,9 % pour les établissements publics, 21,7 % pour le secteur privé non lucratif et 23,3 % pour le secteur public lucratif.

1.2.3.4 Le nombre de séjours à faible sévérité a baissé

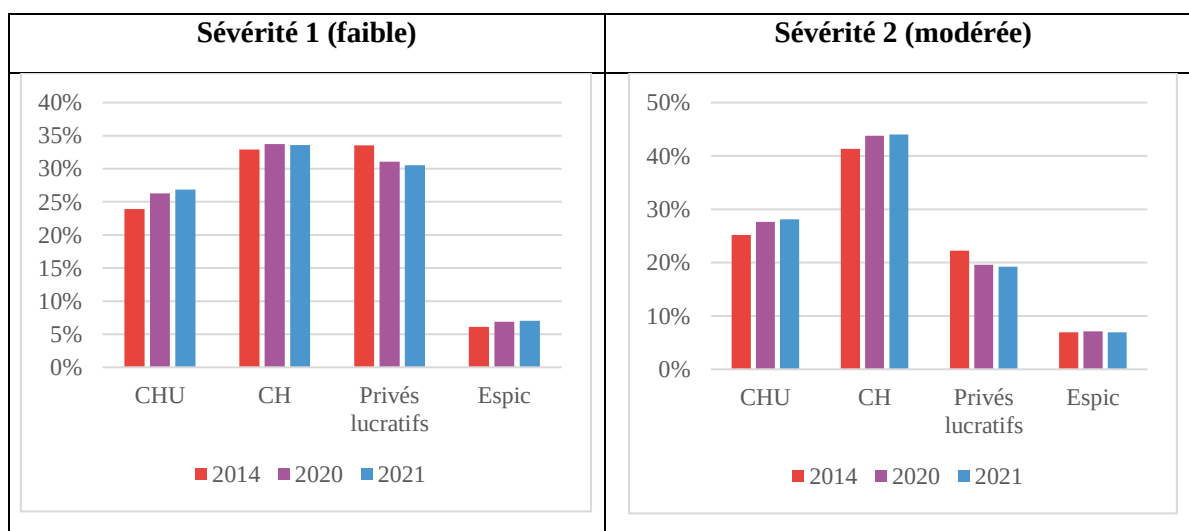
La classification des séjours des patients en groupes homogènes de malades (GHM) a été accompagnée en 2009 de la création de quatre niveaux de sévérité (classés de 1 à 4 en médecine et chirurgie et de A à D en obstétrique). Chaque niveau de « sévérité » est fonction des comorbidités associées au séjour, de l'âge du patient et de l'éventuel décès, il traduit de manière synthétique le niveau de complexité de la prise en charge et les moyens mis en œuvre par l'établissement pour y faire face.

Le niveau de sévérité le plus faible représentait le quart des séjours en 2014 mais 18 % seulement en 2021. A cet égard, la Cour a précédemment relevé que la création des niveaux de sévérité pouvait entraîner une incitation au codage des séjours à plus forte sévérité et des effets d'aubaine, notamment pour ce qui concerne les maladies neuro-cardiovasculaires²¹.

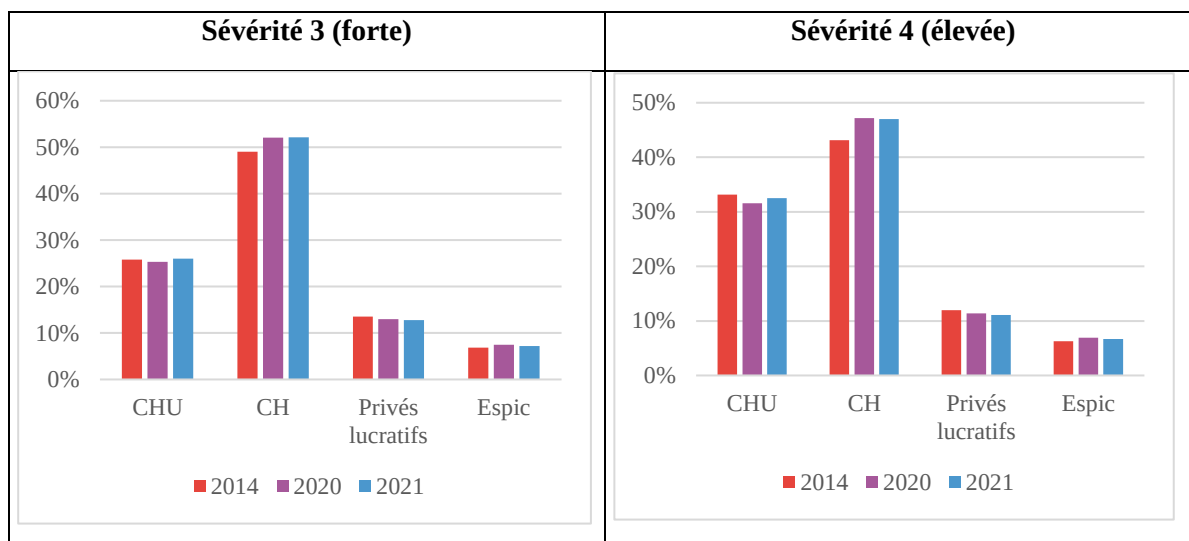
Tous secteurs confondus, la part de séjours réalisés en ambulatoire est désormais plus importante que celle des séjours de niveau de sévérité 1 (faible) en hospitalisation avec nuitée : respectivement 28,1 % et 18 % en 2021.

Cependant, la crise sanitaire n'a pas modifié la distribution des prises en charge les plus sévères entre les catégories d'établissements. Tout comme en 2014, les séjours classés dans les niveaux de sévérité 3 et 4 sont en 2021 majoritairement le fait des centres hospitaliers (47 %) et des CHU (32,5 %) et dans une moindre mesure des cliniques privées (11,1 %). Les séjours de moindre sévérité sont réalisés à 30 % dans les cliniques, à 33,6 % dans les centres hospitaliers, à 26,7 % dans les CHU et à 7 % dans les Espic en 2021.

Graphique n° 3 : Répartition de la sévérité des séjours en médecine et chirurgie par catégorie d'établissements en 2014,2020 et 2021



²¹ [Cour des comptes, « La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins », in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.](#)



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

1.2.4 Des conséquences tangibles sur la conduite des établissements

1.2.4.1 Un pilotage budgétaire désormais orienté sur les recettes

La mise en place de la tarification à l'activité s'est accompagnée d'une réforme du cadre comptable des établissements publics et participant au service public de santé.

Le système antérieur de dotation globale impliquait que le budget de l'établissement soit construit à partir d'une progression des dépenses encadrées par les autorités de tutelle. La pratique du budget global présentait des inconvénients qui n'étaient pas sans incidence sur la gouvernance des établissements de santé. L'attribution du budget n'était pas subordonnée à l'atteinte d'objectifs de performance (en termes de qualité des pratiques, d'activité ou de consommation des ressources).

La mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) en 2006 a inversé la logique de construction budgétaire en fondant les dépenses de l'année sur des prévisions de recettes, estimées et déterminées par l'établissement.

L'EPRD est utilisé comme un outil de pilotage budgétaire et fait dépendre l'équilibre du budget hospitalier de la bonne réalisation des prévisions de recettes, sur la base d'une estimation des recettes et des dépenses prévisionnelles. La nécessité de limiter strictement le niveau de dépenses au niveau des recettes attendues place le directeur de l'établissement dans une position de responsabilité dans l'expression de ses prévisions. La logique de gestion est identique dans les cliniques privées.

La construction et le suivi du budget des établissements ont ainsi été modernisés afin de construire des prévisions de dépenses qui tiennent compte des recettes prévisionnelles attendues de la tarification à l'activité.

1.2.4.2 Une gouvernance hospitalière plus participative

La tarification à l'activité a entraîné un pilotage renouvelé des établissements publics de santé, qui favorise une meilleure association des équipes médicales et soignantes à la gestion. La tarification à l'activité a en effet contribué à faire progresser la gouvernance des établissements vers davantage de transparence dans les modalités d'allocation des ressources et a permis de mieux valoriser l'activité des professionnels de santé. La création d'une culture médico-économique dans les hôpitaux est à mettre au crédit de la tarification à l'activité.

L'ordonnance du 4 mai 2005²² a instauré les prémices de la nouvelle gouvernance hospitalière avec la mise en place des premiers pôles d'activité entre 2006 et 2007. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a renouvelé celle des établissements publics de santé²³ et a créé l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour les accompagner. La loi HPST a aussi renforcé le rôle et les compétences des chefs de pôles qui sont désormais les pilotes des centres opérationnels de l'hôpital (dénommés « pôles d'activité »²⁴), assurant une plus grande participation du corps médical aux enjeux stratégiques et économiques de l'établissement, par une déconcentration de la gestion au niveau des pôles.

Toutefois, alors que les pôles sont réputés être créés sur la base d'un projet médical et d'études médico-économiques, dans un objectif de meilleure performance et de qualité de la prise en charge du patient et de pertinence de la filière de soins, les regroupements de services en pôles répondent souvent à des considérations d'ordre pratique, relationnel ou géographique.

Alors que le système de la dotation globale n'incitait pas au développement de fonctions de gestion plus efficaces, avec la tarification à l'activité, les établissements ont renforcé leur contrôle de gestion pour accompagner la montée en charge de la T2A. Cette fonction reste cependant souvent embryonnaire, notamment dans les établissements de taille modeste.

De même, une plus grande participation du corps médical à la gestion des établissements publics a conduit la fonction de contrôle de gestion à évoluer, du simple suivi budgétaire au pilotage de la performance. Selon leur taille, les établissements ont en effet créé une direction du contrôle de gestion ou plus simplement une fonction de contrôle de gestion placée auprès du directeur de l'établissement ou au sein de la direction des affaires financières. Les établissements publics sont tenus désormais de conclure des contrats entre les services et les pôles et la direction²⁵, afin de fixer des objectifs d'activité, de gestion, de recettes et de dépenses

²² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²³ Cette nouvelle gouvernance a notamment remplacé le conseil d'administration par un conseil de surveillance dont les missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'établissement. La loi de 2009 a également mis en place un directoire qui associe personnels de direction et personnels médicaux dont la mission est de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement.

²⁴ En application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique alinéa 3 « Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés "pôles hospitalo-universitaires". »

²⁵ En application de l'article L. 6146-1 alinéa 7 du code de la santé publique « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. ».

pour chacun d'entre eux. Ils ont instauré des dialogues de gestion qui s'appuient sur des indicateurs médico-économiques.

Le suivi des recettes, des ressources consommées et des coûts de production par service/pôle ont progressivement conduit à des logiques de concurrence ou de complémentarité plus transparente entre les pôles des établissements.

Certains pôles dégagent en effet un résultat excédentaire, d'autres sont au contraire déficitaires, voire systématiquement déficitaires. La tarification à l'activité valorise en effet financièrement la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques codifiés. D'autres activités visent à permettre à un patient de vivre dans les meilleures conditions en fonction de son état de santé, comme c'est le cas pour les soins apportés dans la lutte contre les maladies chroniques, par exemple le cancer. La tarification à l'activité n'est, dans ces deux cas, pas en mesure de capter l'intégralité ni la complexité de la prise en charge réalisée. Les établissements rencontrés par la Cour sont parvenus, dans la majorité des situations, à créer des logiques de compensation budgétaire entre les pôles excédentaires et les pôles déficitaires.

Les études microéconomiques préalables au développement de nouvelles activités

La tarification à l'activité est utilisée par une partie des établissements publics et privés comme un incubateur de développement pour des activités nouvelles prévues par leur projet médical ou développées en complément de celui-ci pour répondre aux besoins de la population.

Dans ces établissements, les projets nouveaux font l'objet d'une étude préalable destinée à estimer les coûts prévisionnels et les recettes potentielles en fonction du niveau d'activité estimé. La progression de l'activité entre le démarrage du projet et l'existence d'une file active plus régulière de patients donne ainsi lieu à des estimations de recettes pluriannuelles réalisées par le département d'information médicale. La montée en charge des ressources que mobilisera le projet fait également l'objet d'une prévision pluriannuelle par le service chargé du contrôle de gestion ou la direction des finances.

Ce type d'étude médico-économique préalable au développement des nouvelles activités permet à la direction de l'établissement d'estimer à l'avance les ressources à mobiliser et leur rentabilité. Ces études favorisent surtout, pour la communauté médicale et soignante, la possibilité de se projeter dans des activités nouvelles. Elles sont parfois un préalable au recrutement d'un médecin et de l'équipe soignante.

1.3 La T2A, vecteur de maîtrise des dépenses d'assurance maladie

1.3.1 Le poids de la T2A dans l'Ondam

Le sous-objectif « établissements de santé » de l'Ondam, associé à une part des crédits du fonds d'intervention régional (FIR)²⁶ retracés dans un autre sous-objectif, permet de mesurer le poids du financement des établissements de santé dans les dépenses d'assurance maladie.

Ces dépenses représentaient 99,4 Md€ en 2021 (+40,2 % depuis 2010), soit 41,4 % de l'Ondam. Depuis 2010, le sous-objectif établissements de santé constitue ainsi le deuxième poste de dépense de l'Ondam, derrière les soins de ville. Le sous-objectif établissements de santé représente 3,5 % du PIB, part qui est restée stable depuis 2010.

Tableau n° 2 : Montants des sous-objectifs exécutés de l'Ondam (Md€)

<i>Sous objectifs de l'ONDAM</i>	<i>2010</i>	<i>2019</i>	<i>2021</i>
<i>Soins de ville</i>	74,8	91,4	105,2
<i>Établissements de santé et FIR (part estimée des établissements de santé) *</i>	70,9	84,7	99,4
<i>Établissements médico-sociaux</i>	15,1	20,9	26,8
<i>Fond d'intervention régional (hors part estimée des établissements de santé)</i>	-	1,4	1,7
<i>Autres prises en charge</i>	1,1	1,9	7
<i>Total Ondam</i>	161,9	200,3	240,1
<i>Part du financement des établissements de santé/Ondam</i>	43,8%	42,3%	41,4%
<i>Rapport sous-objectif établissements de santé/PIB</i>	3,6%	3,5%	4,0%
<i>Rapport Ondam/PIB</i>	8,3%	8,2%	9,6%

Source : Cour des comptes, données DSS et INSEE. * une part du FIR est ajoutée en 2019 et 2021 au sous-objectif établissement de santé selon la fourchette basse de l'estimation de la DSS en 2021 (60 % du FIR).

Le sous-objectif « établissements de santé » de l'Ondam contient plusieurs compartiments : un objectif de dépenses en médecine-chirurgie-obstétrique, un objectif quantifié national (OQN) en psychiatrie (remplacé depuis 2022 par un objectif de dépenses

²⁶ Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, pour doter les ARS, créées deux ans plus tôt, d'un instrument financier d'intervention pour favoriser des actions, des expérimentations et le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions différentes.

dédié)²⁷, un objectif de dépenses en soins de suite et réadaptation (ODSSR), le montant consacré aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) ainsi qu'à la dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements non financés à la T2A²⁸, le financement des unités de soins longue durée (USLD), ainsi que les dépenses allouées aux établissements situés hors de France. Le schéma des compartiments du sous objectif « établissements de santé » est présenté en annexe n° 3.

L'objectif des dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique représentait près des deux tiers du sous-objectif établissements de santé entre 2017 et 2021 et les dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), entre 8 % et 9 %.

Les dotations pour mission d'intérêt général et les crédits d'aide à la contractualisation (Migac)

Outre les crédits versés au titre des tarifs et au titre du FIR, le législateur a prévu²⁹ que les établissements publics et privés de santé bénéficient de crédits liés à la compensation de charges qui résultent de la mise en œuvre de « missions d'intérêt général » (MIG)³⁰ et de crédits d'aide à la contractualisation³¹ pour financer des activités liées à certaines sujétions, difficilement individualisables.

Depuis une dizaine d'années, certaines MIG ont fait l'objet d'une modélisation et d'une justification par les établissements de l'utilisation des sommes attribuées³². Les aides à la contractualisation constituent quant à elles l'une des zones de fuite de la tarification à l'activité en allouant des financements significatifs en dehors de toute référence aux coûts. Elles représentent l'une des principales atténuations de ce modèle, notamment pour les activités qui ne peuvent donner lieu à un codage. La liste des missions d'intérêt général est fixée par un arrêté ministériel annuel. En 2022, cet arrêté fixait une liste de 108 missions d'intérêt général dont 94 relevaient du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique³³.

²⁷ A ce titre, cette enveloppe est déterminée en fonction de la réforme du financement de la psychiatrie, instaurée par le décret du 29 septembre 2021, qui met en place progressivement, depuis 2022, un financement autour du huit dotations basées sur des critères populationnels, d'activité et de qualité.

²⁸ Centre hospitalier de Mayotte, de Fresnes et de Puigcerdà.

²⁹ Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

³⁰ Précisément, les MIG comprennent un compartiment pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

³¹ Selon les termes de la circulaire n° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation, les aides à la contractualisation sont définies comme « *la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement* ». Il existe six catégories d'aide à la contractualisation : développement de l'activité, maintien d'une activité déficitaire, amélioration de l'offre, restructuration et soutien financier aux établissements, aides à l'investissement et autres.

³² Voir IGF, « *Ainsi, les effets redistributifs de la T2A ont été compensés par les produits versés par l'assurance maladie en sus de la part tarifs, dont l'enveloppe finançant les MIGAC constitue l'essentiel* », « évaluation de la tarification de soins hospitaliers et des actes médicaux », avril 2012, annexe III, page 38.

³³ Arrêté du 17 juin 2022 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de

L'enveloppe du compartiment médecine-chirurgie-obstétrique est elle-même constituée de plusieurs sous-compartiments dont le détail est présenté au tableau n° 1 de l'annexe n° 3. La part des dépenses résultant de la tarification représentait en moyenne 77 % de cette enveloppe, soit un montant de 47,38 Md€ en 2019. Ce montant inclut -pour 10% du total environ- les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique, qui regroupent notamment les actes et consultations externes et les forfaits d'accueil et de traitement des urgences. La Cour a relevé en 2019³⁴ la hausse rapide des dépenses relatives aux actes et consultations externes (4,80 % d'évolution annuelle entre 2013 et 2017). Dès lors, le montant strictement consacré à la T2A, c'est-à-dire au paiement des tarifs de séjours en 2019, s'établit à 42,47 Md€.

Le financement des dispositifs médicaux et des spécialités pharmaceutiques au sein des établissements de santé est assuré au travers des tarifs des séjours. Par dérogation, certains dispositifs ou médicaments innovants et coûteux inscrits sur une liste, dite « liste en sus », sont remboursés à l'établissement de santé en plus de la prestation elle-même. La part de dépenses d'assurance maladie consacrée à la prise en charge, pour le compte des établissements, des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI)³⁵ onéreux et des molécules sous autorisations temporaires d'utilisation (ATU) représentait près de 10 % de l'objectif de dépenses de médecine-chirurgie-obstétrique, soit un montant de 5,6 Md€ en 2019.

Les accords du Ségur de la santé

Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre en charge des solidarités et de la santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA) et d'autre part, les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH). Ces accords prévoient notamment un montant de 200 M€ par an (2020-2025) pour la revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, à la revalorisation des gardes des internes.

L'intégration de mesures nouvelles dans la part tarif, telles que les mesures salariales prévues par le Ségur de la santé, comme le développement d'autres voies de financement qui ne s'appuient pas sur l'activité des établissements mais s'inscrivent dans le cadre de la feuille de route³⁶ sur la réforme des modes de financement, dans le but de diversifier les modes de financement des établissements de santé, ont fait évoluer la composition de l'objectif de dépenses de médecine-chirurgie-obstétrique.

la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

³⁴ [Cour des comptes, « Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins », in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019.](#)

³⁵ Constitués de tout dispositif médical actif conçu pour être implanté en totalité ou en partie, par une intervention chirurgicale ou médicale, dans le corps humain.

³⁶ Cette feuille de route a été établie à la suite du rapport relatif à la « réforme des modes de financement et de régulation » de la Task-Force Financement au 1^{er} trimestre 2019.

Ainsi, la mise en place des dotations « populationnelles et qualité » des urgences depuis 2021 (2,62 Md€) et l'augmentation de l'enveloppe consacrée à l'incitation du financement à la qualité de soins (40 M€ en 2017 et 378 M€ en 2021) ont abouti à faire baisser à 71% en 2021 (contre 77% en 2019) la part de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique issues des tarifs (51,84 Md€).

Dès lors, en 2021, même si la part des produits de la tarification des séjours dans le sous-objectif « établissements de santé » de l'Ondam reste prépondérante, d'autres voies de financement augmentent plus fortement. Contrairement à ce que pourrait laisser accroire l'objectif parfois affiché de « *sortir du tout T2A*³⁷ », le financement des établissements de santé n'a jamais reposé exclusivement sur la tarification des séjours. Le mouvement de réduction de la part de la tarification des séjours dans l'ensemble des financements de l'assurance maladie est dû au dynamisme d'autres voies de financement.

Tableau n° 3 : Dépenses exécutées du sous-objectif des établissements de santé de l'Ondam (Md€)

Catégories	2017	2018	2019	Part dans le total 2019	2020	2021	Part dans le total 2021
Part tarifs	45,732	46,419	47,38	77 %	48,324	51,84	71 %
Médicaments, DMI et ATU	5,104	5,316	5,584	9 %	5,235	5,95	8 %
Forfaits annuels (hors Ifaq)	1,406	1,427	1,423	2 %	1,435	0,17	0 %
Dotation populationnelle des urgences	0	0	0		0	2,62	4 %
Ifaq (financement de la qualité)	0	0,04	0,165		0,344	0,38	1 %
Total sous-objectif des établissements de santé de l'Ondam pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique	52,242	53,202	54,552	88 %	55,338	60,96	83 %
Migac	6,729	7,089	7,22	12 %	12,826	12,06	17 %
Total du champ T2A	58,971	60,291	61,772	100 %	68,164	73,02	100 %

Source : Cour des Comptes, d'après les données de la DGOS

1.3.2 La régulation de l'Ondam par les tarifs hospitaliers

Dès sa création, la part « tarifs » a d'emblée contribué à la recherche de l'équilibre financier global. Le secteur hospitalier a subi une limitation plus forte que les soins de ville, faisant de la T2A un outil de régulation de l'Ondam.

³⁷ Discours du 30 janvier 2023 du ministre chargé de la santé : « *Notre objectif est clair : sortir du « tout T2A », en posant les fondements de cette évolution dès la prochaine loi de financement de la Sécurité sociale* ».

1.3.2.1 La T2A, un outil efficace au service du respect de l'Ondam

La tarification à l'activité a été utilisée jusqu'en 2019 en tant qu'outil de régulation des dépenses d'assurance maladie pour permettre à l'Ondam de rester contenu dans l'enveloppe fixée par le Parlement et de compenser la hausse des soins de ville. Au sein de l'Ondam, les tarifs servent de variable d'ajustement à l'ensemble du processus d'allocation des ressources.

En s'appuyant sur les prévisions d'évolution des charges des hôpitaux et des cliniques, en intégrant les efforts de productivité attendus sous la forme de baisse des tarifs, les prévisions de l'activité des établissements de santé réalisées par la DGOS, assistée de l'ATIH et de l'Assurance maladie, constituent l'un des éléments de ce processus de fixation des tarifs, placé sous la forte contrainte de l'Ondam.

En 2022, a été mis en place un comité de pilotage, dirigé par la DGOS et la DSS et réunissant l'ensemble des administrations (DGOS, DSS, DREES) ainsi que l'Assurance maladie et l'ATIH, pour construire des prévisions de l'activité hospitalière hors séances, jusqu'en 2024, afin d'améliorer les outils de pilotage et le suivi des établissements de santé. Ces prévisions ont été élaborées à partir des données historiques des années 2013 à 2019, et n'intègrent donc pas les effets de la crise sanitaire sur l'activité. Des travaux d'actualisation de l'adéquation entre l'évolution des prix et celle de l'activité en sortie de crise ont en outre été conduits pour ajuster ces prévisions. L'évolution annuelle moyenne de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique à horizon 2024 serait ainsi de l'ordre de + 1,1 %.

Chaque année, la construction de l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique est fondée sur le niveau de l'objectif N - 1 auquel est appliquée une part de la progression annuelle de l'Ondam des établissements de santé, à partir d'une estimation tendancielle des charges des établissements de santé, elle même fonction du poids des activités de médecine, chirurgie et obstétrique dans l'ensemble de leurs activités de soins et des éventuelles mesures nouvelles concernant spécifiquement ces activités³⁸.

À partir de l'Ondam établissements de santé, sont déterminées les différentes enveloppes (tarifs et dotations). Pour être certain de rester dans l'enveloppe budgétaire initiale, des crédits sont gelés et une réserve prudentielle de 0,7 % déterminée, dont tout ou partie ne sera libéré en fin d'exercice qu'en fonction du niveau de réalisation de l'Ondam.

En fin d'année, lorsqu'est intervenue, après avis du comité économique de l'hospitalisation publique et privée, une décision de dégel, prise totalement ou partiellement, il est d'usage de reverser les crédits ainsi mis en réserve, selon le poids respectif des deux secteurs

³⁸ Entre 2020 et 2022, le processus de construction de l'objectif de dépenses en médecine chirurgie et obstétrique a également reposé sur l'application d'un protocole de pluriannualité conclu entre le ministère chargé de la santé et les fédérations hospitalières, qui a en partie fixé le cadre d'évolution de l'Ondam établissements de santé ainsi que le taux d'évolution plancher de la part tarif notamment. Ce protocole a guidé pour une part le processus de construction budgétaire et tarifaire, encadré les concertations avec les représentants des fédérations nationales, en lien avec la direction de la sécurité sociale, garante de la construction de l'Ondam et avec la DGOS. En cas d'incompatibilité entre les engagements prévus au protocole de pluriannualité et le montant prévisionnel des mesures nouvelles, celles-ci sont ramenées à un niveau compatible avec le cadrage budgétaire global, notamment avec les taux d'évolution plancher par champ d'activité.

de financement public et privé non lucratif, et lucratif, en proportion des crédits déjà versés à chaque établissement depuis le début de l'année.

La participation de l'outil tarifaire à la maîtrise des dépenses a donc une influence très forte sur la construction des tarifs comme en témoigne le taux négatif d'évolution des tarifs durant plusieurs années, exposé ci-dessous.

Contraint par la masse financière tarifaire disponible, c'est le paramètre volume posé en entrée qui détermine le montant de l'enveloppe des tarifs. En revanche, le tarif, calculé à partir de son montant fixé l'année précédente, n'est pas corrélé à une notion de coût du séjour à ce moment d'élaboration de l'équation tarifaire, mais uniquement aux ressources disponibles dans l'enveloppe de l'Ondam relative aux établissements de santé, au niveau d'activité projeté.

1.3.2.2 Un taux d'évolution des tarifs contraint, malgré une évolution plus favorable depuis 2019

Sur la période 2010-2019, l'évolution annuelle moyenne du sous-objectif des établissements de santé s'établissait à 2 % et était inférieure à celle de l'Ondam (2,3 %). Par comparaison, le sous-objectif des soins de ville présentait pour sa part une progression annuelle moyenne de 2,4 %. La Cour des comptes a noté dans son analyse des dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019³⁹ que « *la structure de l'Ondam s'est légèrement modifiée sur la période : la part des soins de ville est passée de 44,9 % en 2010 à 45,6 % en 2019 à périmètre constant, celle des établissements de santé diminuant de 41,9 % à 41,1 %* ».

Des transferts de dépenses existent cependant entre ces deux sous-objectifs. En effet, si les périmètres des enveloppes sont clairement définis, il n'en demeure pas moins que leur étanchéité n'est pas parfaite. À cet égard, les prescriptions données par les établissements de soins au moment de la sortie des patients, mais exécutées en ville, qui concernaient, en 2019, un patient sur cinq, pour un montant de 19,5 Md€ (soit 22 % des dépenses de soins de ville)⁴⁰, peuvent être pour partie analysées comme un transfert de dépenses de l'enveloppe des établissements de santé vers l'enveloppe des soins de ville.

En 2019, dernière année de pleine application de la T2A, le taux d'évolution du sous-objectif des établissements de santé s'est établi à 2,4 %, pour un taux d'évolution de l'Ondam de 2,5 %.

Pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique, les tarifs sont ajustés à l'occasion des campagnes tarifaires annuelles, en fonction de la progression prévisionnelle de l'activité, de manière à ne pas dépasser l'enveloppe prévue dans la construction de l'Ondam. Les taux

³⁹ [Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020](#)

⁴⁰ Les comptes de la sécurité sociale, partie 3.5 les prescriptions hospitalières exécutées en ville, septembre 2020.

d'évolution des tarifs ainsi déterminés en fonction de la prévision d'évolution de l'activité ont été utilisés de manière contraignante pour les établissements⁴¹.

À partir de 2020, un protocole d'accord a été signé avec les fédérations d'établissements de santé publics et privés afin de donner aux établissements une visibilité sur l'évolution de leurs ressources sur la période 2020-2022. Il prévoyait que le taux d'évolution minimal du sous-objectif établissements de santé serait de 2,4 % par an jusqu'en 2022. L'État a aussi mis en place un dispositif de « garantie de financement des établissements », qui leur garantissait le maintien du montant de leurs recettes d'activité au niveau de 2019, majoré de la progression prévue par le protocole, indépendamment de l'évolution constatée de l'activité. Pour la période 2020-2022, le protocole d'accord prévoyait, pour les activités médecine, chirurgie et obstétrique, une progression minimale des tarifs et du financement à la qualité de 0,2 % par an jusqu'en 2022 pour une hausse en volume de 1,6 % par an.

En outre, l'intégration dans les tarifs des mesures salariales issues des accords du Ségur de la santé a provoqué une hausse exceptionnelle de tarifs de 7,5 % pour les établissements publics et privés non lucratifs et de 6,3 % pour les établissements privés lucratifs⁴².

Tableau n° 4 : Évolution annuelle des prévisions de tarifs et des volumes d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique pour la construction tarifaire

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Secteur public	Volumes	2,9 %	2,8 %	2,6 %	2,0 %	2,0 %	1,5 %
	Tarifs	-1,0 %	-0,9 %	-0,5 %	0,2 %	0,2 %	7,5 %
Secteur privé lucratif	Volumes	1,9 %	1,9 %	1,6 %	1,4 %	1,8 %	1,5 %
	Tarifs	-1, 7%	-1,4 %	-0,5 %	0,2 %	0,2 %	6,3 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DSS.

1.3.2.3 Une sous-exécution du sous-objectif établissements de santé qui se réduit

Le sous-objectif des établissements de santé a présenté un écart important entre son vote initial et son exécution de 2015 à 2017 (- 0,6 Md€). La Cour a noté, dans son analyse des dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019⁴³, que « les dépenses des établissements de santé financées par l'assurance maladie sont constamment restées en deçà de l'objectif annuel, l'écart, quoique s'amenuisant, compensant le dépassement constaté sur les soins de ville.

⁴¹ Le taux d'évolution des tarifs était négatif de 2009 à 2018 pour le secteur public et de 2011 à 2018 pour le secteur lucratif et non lucratif.

⁴² ATIH, note relative à la campagne tarifaire 2021, 4 mai 2021.

⁴³ Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », ibid.

Toutefois, le respect par les établissements de santé, dans leur ensemble, de l'objectif les concernant, s'est accompagné de déficits importants pour certains d'entre eux et d'une progression globale de la dette des hôpitaux ».

Tableau n° 5 : Écart entre le vote initial et l'exécution des sous-objectifs de l'Ondam

En Md€	2015	2016	2017	2018	2019
Soins de ville	0,2	0,7	0,6	0,4	-0,1
Établissements de santé	-0,5	-0,4	-0,6	-0,3	-0,1
Établissements médico-sociaux	-0,2	-0,3	-0,1	-0,1	0,1
Fonds d'intervention régional	-0,1	-0,1	0	-0,1	0
Autres prises en charge	0	-0,1	0,1	0	0
Ondam	-0,5	-0,1	0	0	-0,1

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DSS

Pour assurer le respect de l'Ondam, une partie des financements de l'assurance maladie destinés aux établissements de santé est mise en réserve en début d'année par l'application d'un coefficient prudentiel⁴⁴, qui minore les tarifs des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique, appliqués à l'année en cours. En outre, les dotations sont parfois incomplètement versées aux établissements.

La part des tarifs et des dotations de la réserve prudentielle n'a été totalement dégelée qu'à partir de 2018 (302 M€ au titre des tarifs et 92 M€ au titre des dotations, dont les Migac) (cf. annexe n°4), après qu'en 2017⁴⁵ la progression de l'activité des établissements a été plus faible que prévue lors de la construction tarifaire. L'écart entre le vote initial et l'exécution du sous-objectif établissements de santé s'est réduit à partir de 2018 (- 0,3 Md€) et 2019 (- 0,1 Md€), en raison d'un dégel des tarifs et dotations et du versement de dotations complémentaires, destinées à compenser l'impact d'une activité plus faible que prévue.

Ainsi, en 2015 et 2016, le secteur de l'hospitalisation a subi plus fortement que d'autres secteurs une régulation destinée à éviter un dépassement de l'Ondam, tant par le mécanisme de

⁴⁴ Le coefficient prudentiel a été créé par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, initialement de - 0,35 %, il est de - 0,7 % depuis 2017.

⁴⁵ Sur ce point, [Cour des comptes, « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, p.83-84](#) : « Comme les années précédentes, des baisses de tarifs visaient à contenir la progression des dépenses de l'Ondam hospitalier en compensant une partie de l'incidence de la hausse du volume des séjours en établissement de santé. Cependant, les séjours ont été moins nombreux que prévu. L'augmentation du nombre de séjours (séances comprises) a en effet atteint 1,2 % en 2017, contre 3,2 % en 2016 (et 2 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015) ».

la régulation prix-volume que par celui de l'annulation des financements mis en réserve. La progression effective de l'activité, plus faible que les prévisions ne le laissaient supposer, telle qu'apparue en 2017, a conduit à partir de 2019 à appliquer une évolution positive des tarifs ainsi que le dégel de la part des tarifs et dotations mise en réserve à partir de 2018. Le sous-objectif établissement de santé est cependant resté sous-exécuté encore en 2019, en raison d'une activité plus faible que celle qui était prévue, et qui n'a pas donné lieu à une surcompensation.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

La tarification à l'activité a été utilisée par les pouvoirs publics comme un vecteur, non exclusif, de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire. En outre, celle-ci a servi d'outil d'accompagnement de l'évolution des modes de prise en charge et en particulier de la progression de la chirurgie ambulatoire. L'introduction d'une logique médico-économique dans le pilotage des établissements de santé est également à mettre au crédit de ce mode de financement.

Le montant des tarifs représentait 21,6 % de l'Ondam en 2021. La tarification à l'activité a été utilisée comme un vecteur de la régulation des dépenses d'assurance maladie. De 2015 à 2017, le sous-objectif des établissements de santé de l'Ondam a ainsi présenté un écart important entre son vote initial et son exécution (- 0,6 Md€).

2 DES LIMITES RESULTANT DES MODALITES DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU PILOTAGE DE LA T2A

La mise en œuvre de la tarification à l'activité est devenue de plus en plus complexe jusqu'à perdre son intelligibilité (1). S'ajoute à cela un manque de clarté sur le périmètre des coûts couverts par les tarifs (2) et des distorsions parfois injustifiées des tarifs (3). Dans cette situation, les établissements n'ont pas été en mesure d'adapter leurs dépenses à leurs recettes dont l'essentiel repose sur la T2A, dégradant ainsi leur situation financière (4).

2.1 Une complexité croissante, insuffisamment justifiée

Deux spécialistes reconnus écrivaient dès 2015 : « *La T2A est devenue un monstre relativement ingouvernable, fait de milliers de chiffres et de règles, et également de conventions de calculs et d'approximations, si bien que les résultats sont inéluctablement frappés d'une incertitude non évaluable, et leur compréhension par les acteurs locaux très difficile*⁴⁶ ».

2.1.1 La multiplication du nombre de GHS

Il convient de bien distinguer l'échelle médicale, composée des groupes homogènes de malades (GHM) et l'échelle de tarification, constituée des groupes homogènes de séjours (GHS). Si la première semble stabilisée, la seconde aurait dû être davantage maîtrisée.

La construction des groupes homogènes de séjours

Selon un arrêté annuel du ministère chargé de la santé qui détermine les règles de construction des GHS, à chaque GHM correspond un GHS (sauf exception ayant conduit à créer plusieurs tarifs pour financer une prise en charge exceptionnelle, coûteuse, innovante en cours de déploiement ou pour les soins palliatifs). S'ajoutent au tarif des prises en charge spécifiques, des suppléments journaliers, des prestations en sus et des suppléments forfaitaires au séjour.

Le tarif moyen de chaque groupe homogène de séjours correspond à une durée moyenne de prise en charge et est compris entre une « borne haute » et une « borne basse ». D'autres modulations peuvent être appliquées aux tarifs : le paiement de journées supplémentaires lorsque le séjour se prolonge au-delà des « bornes hautes », un abattement forfaitaire lorsque la durée est inférieure à la « borne basse » (décote journalière), des suppléments journaliers pour les passages en unités spécialisées (par exemple les soins intensifs ou la réanimation), des suppléments en cas de réalisation de séances durant la durée d'hospitalisation.

⁴⁶ Frédéric Kletz et Jean-Claude Moisdon, *métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier*, ISEOR, recherches en sciences de gestion, numéro 106, 2015.

Entre 2009 et 2022, le nombre de GHM a progressé de 15 % pour le secteur public et de 15,2 % pour le secteur privé lucratif. Au cours de la même période, le nombre de GHS a augmenté de 58,6 % pour le secteur public et de 60,1 % pour le secteur privé.

Tableau n° 6 : Evolution de la nomenclature de codage entre 2009 et 2022

	2009	2011	2022
<i>Racines de GHM</i>	602 (public) 584 (privé lucratif)	610 (public) 586 (privé lucratif)	672 (public) 652 (privé lucratif)
<i>Groupes homogènes de malades</i>	2288 (public) 2244 (privé lucratif)	2366 (public) 2318 (privé lucratif)	2629 (public) 2585 (privé lucratif)
<i>Groupes homogènes de séjour</i>	2 332 (public) 2 264 (privé lucratif)	2 433 (public) 2 369 (privé lucratif)	3 698 (public) 3 626 (privé lucratif)

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

2.1.1.1 Une classification médicale qui pourrait être resserrée

La première version française de la classification des GHM a été créée en 1986.

Un tournant significatif a été pris avec l'entrée en vigueur le 1^{er} mars 2009 de la onzième version de la nomenclature, qui a introduit quatre niveaux de sévérité par racine de GHM, portant le nombre total de GHM de 800 à 2300, avec pour objectif de mieux hiérarchiser la valorisation des séjours en fonction de la lourdeur de la prise en charge.

L'augmentation du nombre de niveaux de sévérité, commune à toutes les spécialités, a été saluée comme un progrès permettant de prendre en compte la gravité des cas auxquels sont confrontés les praticiens. L'augmentation du nombre de GHM a donc visé, avant tout, à traduire la complexité de l'activité médicale.

Pour autant, une étude conduite au premier semestre 2023 (cf. annexe n° 5) montre, à partir de quatre exemples, que la subdivision en quatre niveaux de sévérité pose la question de la validité statistique des coûts moyens, dès lors que chacun est calculé à partir d'un nombre de plus en plus restreint de GHM. La tarification à l'activité se rapproche alors d'une tarification à l'acte.

Les établissements publics et les Espic ont concentré leur activité sur un nombre limité de GHM. La crise sanitaire n'a pas eu d'effet sur les dix GHM les plus fréquemment codés, à l'exception des centres de lutte contre le cancer, dont l'activité est spécifique. Ces dix principaux séjours représentaient environ 16,5 % de l'activité des établissements de santé au cours de ces trois années. Conformément au tableau n° 5 en annexe n° 6, le dixième GHM le plus fréquent ne représentait que 0,6 % des séjours des établissements publics et des Espic avant la crise sanitaire et 0,5 % des séjours en 2020 et 2021. Dès lors, les 2 490 autres GHM présentent individuellement des fréquences particulièrement faibles.

Cette tendance à la répartition de l'activité sur un faible nombre de GHM est également observée dans les établissements privés lucratifs. Dans ces établissements, les dix GHM les plus fréquemment codés (tableau n° 6 en annexe n° 6) représentaient en moyenne plus de 33 % de

l'activité. Sans surprise, la concentration est donc plus prononcée dans l'activité des cliniques privées que dans les autres établissements.

Dans un souci de clarification, de lisibilité comme de cohérence de la nomenclature médicale, ceci devrait inciter à revoir le périmètre des GHM les moins utilisés.

2.1.1.2 L'inflation du nombre de tarifs

Quelles que soient les raisons à l'origine de l'augmentation du nombre de GHM, rien n'imposait l'augmentation concomitante du nombre de GHS.

Le ministère est lui-même à l'origine de certaines évolutions, notamment en 2020 avec la mise en œuvre de l'instruction sur la gradation des GHS⁴⁷ et en 2021 avec la quasi multiplication par deux du nombre de GHS, en raison de la réforme du financement des urgences⁴⁸.

Cependant, selon l'ATIH, la mise en place d'un niveau de détail aussi fin pour l'échelle de tarification n'était pas indispensable. La multiplication des groupes homogènes de séjours résulte le plus souvent de la demande des acteurs, lors de négociations certes éclairées par des éléments techniques, mais qui répondent souvent également à d'autres enjeux.

Il aurait été tout à fait possible de disposer d'un tarif par catégorie majeure de diagnostic. Cependant, un certain nombre d'acteurs ont revendiqué un accroissement significatif du nombre de GHS, au risque d'accentuer la complexité et le manque de lisibilité du dispositif.

Tableau n° 7 : Nombre de groupes homogènes de séjour de 2019 à 2022

<i>Groupes homogènes de séjour</i>	2019	2020	2021	2022	Progression
<i>Secteur public</i>	2 671	2 984	3 625	3 698	+ 38,5 %
<i>Secteur privé lucratif</i>	2 612	2 924	3 554	3 626	+ 38,8 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

La multiplication du nombre de GHS a pour conséquence de ne prendre en compte, pour chacun d'eux, qu'un nombre réduit de cas, parfois insuffisant pour assurer la représentativité

⁴⁷ En 2020, l'instruction gradation des soins a nécessité de créer des GHS spécifiques pour financer les prises en charge dites intermédiaires. Ainsi, l'instruction « gradation » a-t-elle permis notamment de clarifier les critères de facturation entre l'activité externe et l'activité d'hospitalisation de jour. Pour les hôpitaux de jour de médecine, ce nouveau corpus permet de caractériser la mobilisation de moyens mis en œuvre pour la prise en charge du patient à travers le nombre d'interventions réalisées, tout en tenant compte de la fragilité du patient, ainsi que des spécificités de certaines prises en charge qui peuvent requérir un temps de surveillance prolongé ou le recours à un environnement spécifique. Ces évolutions se traduisent notamment par la création d'un niveau intermédiaire de prise en charge qui fait l'objet d'une facturation par un GHS dédié.

⁴⁸ La réforme a introduit un tarif de prise en charge d'une hospitalisation de courte durée des patients passés par ce service. A partir de 2021, la réforme des urgences a entraîné la création de GHS dédiés.

des coûts, puisque chaque GHS ne représente alors que des pratiques médicales particulièrement ciblées.

L'un des enjeux de la classification est au contraire de construire des GHS garantissant l'homogénéité des prises en charge, en préservant une base suffisamment large pour que le calcul d'un coût moyen du séjour conserve une signification ainsi qu'une incitation à l'efficacité. La multiplication des tarifs, notamment celle qui résulte de la durée des séjours, est contraire au principe de la tarification à l'activité qui suppose qu'à chaque GHM soit associé un coût moyen issu de l'étude nationale des coûts.

De surcroît, comme le montrent les graphiques n° 1 et n° 2 de l'annexe n° 6, près d'un tiers des GHS sont peu ou pas utilisés. Un nombre non négligeable de GHS compte moins de 100 séjours. En 2021, on décomptait 228 GHS sans séjour, 265 GHS ne comportant chacun que 1 à 10 séjours et 545 GHS ne comportant chacun que 11 à 100 séjours. Plus de 1000 GHS sont ainsi si peu utilisés qu'ils correspondent presque chacun à une tarification sur mesure, pour quelques patients.

Par ailleurs, si la T2A sait capter les coûts, les niveaux de sévérité ou encore certaines modalités de prise en charge comme l'alternative entre hospitalisation avec nuitée et prise en charge ambulatoire, elle n'est pas en mesure, ou trop imparfaitement, de capter les coûts organisationnels ou les différences de prise en charge entre patientèles. La direction de la sécurité sociale et plusieurs médecins responsables de départements d'information médicale (DIM)⁴⁹ auditionnés considèrent que l'une des améliorations à apporter à la T2A consisterait à introduire un indice de lourdeur en soins, afin de mieux classer les coûts des séjours en personnel soignant. Malgré les travaux engagés, cette orientation n'a pas été conduite à bien, sans même avoir fait l'objet d'une expérimentation.

Recommandation n° 1. (DGOS) : Réduire le nombre de groupes homogènes de séjours de manière à garantir que chacun d'eux préserve une base suffisamment large pour que le calcul d'un coût moyen du séjour conserve une signification ainsi qu'une incitation à l'efficacité.

2.1.2 La persistance de coefficients géographiques de majoration des tarifs

Des coefficients géographiques s'appliquent à une large part des tarifs versés aux établissements de santé. Ils ont été introduits en parallèle de la T2A, pour compenser les surcoûts qui pèsent sur les établissements implantés dans les régions et départements d'outre-mer, en Corse et en Île-de-France, du fait de leur environnement spécifique (insularité, éloignement, isolement, coût de la vie). Parmi les principaux postes de surcoûts figurent les

⁴⁹ Article L. 6113-7 alinéa 3 du code de la santé publique « Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. »

charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hôtelier et général (énergie, alimentation), ainsi que les charges immobilières. Le niveau du coefficient géographique dont bénéficient les établissements d'une région donnée s'applique indépendamment du statut.

Les derniers travaux d'actualisation des niveaux des coefficients géographiques (à l'exception de celui relatif à l'Ile de France) ont été conduits par la DGOS en 2016 à partir des coûts de l'année 2013 : ils varient de 11 % pour la Corse à 31 % pour la Réunion et Mayotte⁵⁰. Sur le territoire métropolitain, une majoration de 7 % est appliquée en Ile de France. Ces coefficients ont été fixés à partir d'études de la Drees sur les écarts salariaux liés à la zone géographique, d'études de l'INSEE sur les différentiels de prix, d'une enquête sur le prix des médicaments et d'études spécifiques par type de coût (personnels, médicaments, hôtellerie, ...) issus de la comptabilité des établissements.

Des travaux d'actualisation des coefficients géographique ont été lancés par le ministère chargé de la santé en 2022. Ils sont principalement conduits par la Drees pour renforcer la robustesse méthodologique de la démarche. Les objectifs de ces travaux sont :

- d'actualiser les surcoûts sur la base de sources et de données plus récentes ;
- d'affiner certaines hypothèses de surcoûts par territoire, sur des postes de charges spécifiques (notamment les charges de personnel, les charges de transport et les coûts de stockage, acheminement des marchandises, assurance, suréquipement des plateaux techniques) ;
- d'étendre le périmètre des travaux à Mayotte afin de déterminer un coefficient propre au territoire, dont les actes réalisés en T2A (limités aux activités de dialyse) étaient jusqu'alors majorés du coefficient appliqué à la Réunion.

Ces travaux, avec une nouvelle orientation, ont été intégrés aux réflexions en cours dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé. En effet, plus la part de la tarification à l'activité dans le dispositif final de financement sera faible, plus l'impact des coefficients géographiques sera réduit, ce qui pose la question du mécanisme à retenir pour compenser les surcoûts auxquels les régions et départements ultramarins, la Corse, la région parisienne ont à faire face.

La Cour observe cependant que les travaux en cours se fondent sur les coûts 2019, antérieurs à la crise sanitaire. Il convient de poursuivre ces travaux à partir des coûts plus récents tout en isolant les effets liés à la hausse des prix. En outre, la robustesse des données doit être garantie afin de ne pas créer de surfinancements injustifiés. Doit également être étudiée l'opportunité de moduler les coefficients géographiques - ou ce qui les remplacera - à l'intérieur de la région Ile de France pour tenir compte d'éventuelles différences de coûts entre Paris, la petite couronne et la grande couronne. Une prise en compte des spécificités régionales par une dotation forfaitaire pourrait également être mise à l'étude.

⁵⁰ Les coefficients sont fixés à 11 % pour la Corse, 27 % pour la Martinique et la Guadeloupe, 29 % pour la Guyane et 31 % pour la Réunion et Mayotte.

2.2 L'impossible comparaison des coûts et des tarifs

2.2.1 Des échelles de coûts et de tarifs non comparables

Le calcul des coûts de production des soins par l'étude nationale des coûts

L'étude nationale des coûts⁵¹ est une étude fondée sur la participation volontaire d'établissements de santé réalisée par l'ATIH. Elle permet de produire, par un rapprochement des données d'activité médicale issues du programme médicalisé des systèmes d'information et des données comptables de l'établissement, des estimations de coût complet moyen de séjour hospitalier ou de séquence de soins, selon la classification en vigueur dans le champ de médecine-chirurgie-obstétrique.

Depuis 2006, son objectif est de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation, par séjour ou par séquence de soins pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, pour produire des référentiels de coûts par groupes homogènes de séjours, révisés annuellement en vue de servir de fondement à la fixation des tarifs permettant le financement des établissements. Cette enquête annuelle permet d'attribuer un coût moyen de prise en charge à chaque GHS, qui correspond à une durée moyenne de prise en charge.

Les tarifs des GHS et les coûts issus de l'étude nationale de coûts ne sont pas directement comparables puisqu'ils recouvrent des périmètres différents. Le coût complet comprend certaines charges qui n'ont pas pour vecteur de financement les tarifs. Le tarif finance des charges non identifiables au sein des coûts, comme les charges immobilières et financières. Par ailleurs, la T2A n'est pas le seul mode de financement pour couvrir certains coûts comme les incitations financières à la qualité des soins.

L'enveloppe tarifaire est une composante de l'Ondam voté chaque année par le Parlement et la sous-enveloppe liée à la « part tarifs » (tarifs des GHS, suppléments, liste en sus, etc) est construite notamment par déduction de la prise en compte des autres compartiments (Migac, forfaits annuels, etc). Autrement dit, tout ce qui n'est pas financé par les autres vecteurs de financement est considéré comme financé par le tarif. En revanche, les coûts issus de l'étude nationale de coûts correspondent aux coûts complets (hors charge de structure) pour la production d'un séjour.

Par conséquent, les tarifs n'étant pas construits selon un périmètre de charges préétabli, il n'est pas possible de fixer le coût complet de manière fine sur le même périmètre que celui des tarifs, en vue de permettre une comparaison directe ou d'évaluer un taux de marge. Par exemple, l'enveloppe correspondant au financement à la qualité a été abondée par des crédits issus de la masse tarifaire. On ne peut pas, pour chaque séjour, à partir des données de l'étude nationale de coûts, identifier la quote-part des charges relevant de la qualité des prises en charge.

⁵¹ Lorsque l'étude nationale de coûts a intégré les établissements privés lucratifs, elle est devenue l'étude nationale de coûts à méthodologie commune, mais elle a retrouvé depuis son nom originel d'étude nationale des coûts.

Cette comparaison est d'autant plus complexe qu'une partie des recettes des établissements ne repose pas sur les tarifs des GHS publiés mais sur le reste à charge facturé aux organismes complémentaires ou aux patients.

L'ATIH confirme que l'adéquation entre les charges et les recettes - ou l'évaluation d'un taux de marge sur le périmètre du financement couvert par les tarifs - n'est pas mesurable à partir des données disponibles dans l'étude nationale de coûts. L'agence attribue l'impossibilité de cette analyse à la multiplicité des modes de financement du secteur médecine-chirurgie-obstétrique. Il est regrettable que l'étude nationale de coûts, en dépit de l'ampleur du dispositif déployé et des ressources techniques mobilisées, ne puisse aboutir à une mesure au moins globale de l'adéquation des charges aux recettes à l'échelle des GHS.

Une possibilité pour tenter de mesurer l'adéquation des recettes aux charges pourrait toutefois résider dans l'analyse de la situation financière de chaque établissement et de son évolution dans le temps. Cette étude ne pourrait en revanche être menée que globalement, sur l'ensemble des activités de soins, sans pouvoir identifier de manière certaine l'existence d'activités sources d'un décalage important entre charges et recettes.

2.2.2 Les défauts de fiabilité de la méthode de comparaison des coûts et des tarifs

2.2.2.1 La construction d'un agrégat comparatif : le tarif issu des coûts

Les coûts qui résultent de l'étude nationale de coûts sont retravaillés par l'ATIH pour être ramenés au plus près du périmètre des tarifs, puis ajustés à la masse tarifaire totale de chaque secteur. Cet ajustement vise à lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les coûts, qui ne peuvent pas faire l'objet d'évaluation dans le cadre de la méthodologie actuelle. Du fait de cet ajustement, il ne s'agit plus réellement de coûts, mais de « tarifs issus des coûts ».

Le calcul des tarifs issus des coûts est donc l'aboutissement d'une méthodologie destinée à mesurer, GHS par GHS, l'adéquation entre le niveau de recettes actuellement versées et le niveau de recettes qui seraient perçues si les tarifs respectaient strictement la hiérarchie des coûts, à masse tarifaire constante.

Le calcul des tarifs issus des coûts se décline ainsi en trois étapes : un ajustement au champ tarifaire, un lissage pluriannuel et un ajustement à la masse tarifaire (cf. annexe n° 6). Cette méthode permet de mesurer les effets redistributifs des tarifs en vigueur par rapport à ce que seraient des tarifs neutres à enveloppe budgétaire constante. Les tarifs issus des coûts autorisent ainsi la comparaison, pour chaque GHM, entre la valorisation tarifaire moyenne d'un séjour et la valorisation obtenue par le tarif issus des coûts. Si elle n'autorise pas le calcul des taux de marge, cette comparaison entre le tarif issus des coûts et tarif permet d'identifier les GHM en situation de sur ou de sous-financement critique par rapport à un tarif réputé neutre. Elle permet également de comparer deux à deux les niveaux de financement de différents GHM.

Le tarif issu des coûts étant élaboré à partir de données de coûts estimés avec au surplus un décalage temporel, l'ATIH a élaboré un algorithme pour créer un indicateur de fiabilité des

tarifs issus des coûts⁵² (bon, correct, mauvais). En 2019, 2179 GHS soit 80,8 % d'entre eux avaient pu être inclus dans l'étude (plus de 30 séjours) et parmi eux 74,3 % soit 2003 GHS présentaient un score « bon » ou « correct ».

2.2.2.2 Les limites de l'utilisation des tarifs issus des coûts

2.2.2.2.1 L'illustration partielle des situations de sur- et de sous-financement

Les tarifs issus des coûts mesurent la part de l'enveloppe tarifaire qui devrait revenir à chaque GHS selon une allocation « neutre » de l'enveloppe, mais n'indiquent pas si cette part est suffisante pour couvrir le coût réel moyen du GHS que doit supporter l'établissement de santé. Pourtant, l'ATIH évoque des situations de sur-financement et de sous-financement, sur lesquelles elle s'appuie pour valider ou proposer des ajustements de tarifs. L'une des finalités de l'exercice de production des tarifs issus des coûts consiste en effet à prioriser les GHS qui pourraient faire l'objet d'une modulation tarifaire.

Le sur ou sous-financement par activité, c'est-à-dire l'écart entre les tarifs et les tarifs issus des coûts est relatif dans la mesure où les deux notions correspondent à une clé de ventilation d'une même enveloppe. À partir du tarif issu des coûts, il ne peut être déterminé avec certitude qu'un GHS est sur ou sous-financé. Seule la comparaison deux à deux du niveau de financement (c'est-à-dire du ratio tarif sur tarifs issus des coûts) entre GHS est possible, au sein d'un même secteur (public et privé non lucratifs ou privé lucratif). Les tarifs issus des coûts ne rendent pas compte du niveau de financement global des séjours par secteur et ne permettent pas non plus la comparaison du niveau de financement d'un même GHS entre les secteurs public et privé lucratif.

Malgré l'impossibilité affirmée de calculer un taux de marge par GHS à partir des tarifs issus des coûts, l'ATIH considère que les GHS dont l'écart relatif entre le tarif et le tarif issus des coûts se situe entre - 5 % et + 5 % recouvrent probablement des situations de financement neutre. Même si une incertitude demeure pour les GHS situés dans l'intervalle de - 5 % à + 5 %, au-delà de - 25 % et + 25 %, la situation de financement sera communément admise comme extrême par les différents acteurs participant à la modulation tarifaire. Le mécanisme même de modulation tarifaire qui est mis en œuvre semble ainsi contredire en partie l'idée d'une impossible comparaison entre coûts et recettes tarifaires.

L'utilisation de la moyenne comme estimateur représentatif des coûts supportés par les établissements peut être discutée. L'utilisation de la médiane pondérée préviendrait de possibles distorsions et produirait par ailleurs des estimations des coûts des séjours plus robustes. La Cour ne partage pas l'analyse de l'agence selon laquelle la médiane serait entièrement dépendante de la constitution de l'échantillon et qu'il ne serait alors pas possible d'appliquer les techniques de redressement. Le coût de référence pour la tarification peut également être déterminé par le coût

⁵² Cet indicateur est basé sur trois axes : qualité de l'échantillon (nombre de séjours, nombre d'établissements, taux de sondage, précision de l'estimation) ; méthodologie (notamment l'affectation des consommables) ; évolution des pratiques (pour anticiper les évolutions de pratiques qui n'ont pas pu être captées dans l'étude nationale de coûts).

standard d'une pratique de référence, défini par des experts, ou encore par le coût efficient correspondant à une utilisation optimale des ressources hospitalières.

Une clarification de la méthode utilisée est en tout état de cause indispensable pour que les médecins chargés de l'information médicale dans les établissements de santé puissent disposer d'une définition claire du périmètre des tarifs issus des coûts.

Au regard de l'expertise dont dispose l'ATIH, il paraît surprenant que les questions de périmètre n'aient pu être résolues et qu'il soit toujours impossible de comparer les coûts aux tarifs. Une partie des difficultés existantes trouve leur source dans le manque de définition du périmètre des charges couvert par les tarifs, le recul progressif de la part de l'enveloppe dédiée aux tarifs sur l'ensemble de l'Ondam ayant contribué à rendre ces analyses plus difficiles à conduire.

2.2.2.2.2 Une référence inutilisable jusqu'en 2026

Les tarifs sont élaborés selon un dispositif comportant trois grandes étapes.

La première étape porte sur la mise à jour des tarifs dès lors que la classification et le périmètre changent, par exemple avec, la création d'un GHM ou bien avec la réintégration dans les tarifs de molécules onéreuses devenues courantes⁵³. La deuxième étape consiste à ajuster les tarifs pour les rapprocher des tarifs issus des coûts et intégrer des impératifs de santé publique, et ce de manière très limitée, jusqu'à la campagne 2017. Enfin, la troisième étape, consiste à prendre en compte l'évolution de l'Ondam et la détermination de l'enveloppe.

Concrètement, la construction tarifaire repose donc essentiellement sur les valeurs des tarifs de l'année précédente, actualisés par un taux d'évolution fixé en fonction de l'Ondam, ce qui confère un rôle particulièrement limité aux tarifs issus des coûts.

Lors de l'ajustement des tarifs, l'ATIH présente à la DGOS et aux fédérations hospitalières les écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts sur la base des dernières informations disponibles. Un algorithme de modulation est alors établi en concertation avec les acteurs, qui proposent les réajustements acceptables - donc modérés - en termes d'effet revenu.

L'enjeu des campagnes 2021 et 2022 a principalement été l'intégration des mesures salariales issues des accords du Ségur de la santé. La mise en place de la garantie de financement, comme les revalorisations introduites par ces accords que leurs modalités de calcul rendent particulièrement difficiles à intégrer dans les tarifs ont considérablement perturbé le socle informationnel de la tarification à l'activité.

Concrètement cela s'est traduit par l'application en 2021 d'un taux uniforme de progression sur les GHS 2020, pour revaloriser les tarifs. Pour la campagne 2022, le taux a légèrement été différent sur certains GHM ou prestations, compte tenu de la volonté de prendre

⁵³ Jusqu'ici, du moins, cette modalité ne sera pas appliquée en 2023 et sans doute ultérieurement, la direction de la sécurité sociale considérant qu'il appartient aux établissements de santé d'opérer les économies d'achat leur permettant d'absorber la perte de recettes correspondantes.

en compte des mesures ciblées de revalorisations salariales (rémunération des sages-femmes, primes pour les agents des services de soins critiques).

Depuis la campagne 2019, la référence aux tarifs issus des coûts n'offre plus qu'une fiabilité dégradée dans la mesure où, en raison de la pandémie de covid 19, le *casemix*⁵⁴ de référence a été perdu et une large partie des mesures salariales issues des accords du Ségur de la santé a été financée par le truchement des tarifs et ou par des dotations.

La mise entre parenthèses des deux piliers essentiels du financement à l'activité, tel qu'il était pratiqué jusqu'ici (valorisation des recettes en lien direct avec l'activité et pilotage des tarifs hospitaliers en regard des coûts estimés), a donc modifié fondamentalement la gestion de la T2A sur les trois dernières années. Ces décisions auront encore des répercussions jusqu'à la reconstitution des référentiels de coûts, bâtis sur une observation reposant sur trois années homogènes.

Ainsi, notamment, les compléments de traitement indiciaire issus des accords du Ségur de la santé ont été uniformément pris en charge par les tarifs alors que l'impact réel pouvait être très différent selon les GHS. Cela a pu créer de fortes distorsions qui ne pourront être évaluées qu'en 2026 au plus tôt, sur la base des études nationales des coûts 2022, 2023 et 2024.

De l'avis même de la DGOS, la lisibilité des tarifs est devenue beaucoup plus complexe : ceux-ci induisent à la fois un effet de trésorerie et un effet budgétaire (du fait de leur mise à jour annuelle au 1^{er} mars tandis que les mesures du Ségur sont financées dans l'Ondam en année civile). Ainsi, l'impact des mesures Ségur a mis en évidence avec une netteté accrue la question de la nécessaire resynchronisation des tarifs et des budgets, au moment même où la place, le poids et le rôle de la tarification à l'activité doivent totalement être reconsidérés, dans le contexte de la future réforme.

2.3 Les effets des distorsions tarifaires sur l'offre de soins

En 2012, l'IGAS dressait un constat sévère qui, même si des évolutions ont eu lieu, reste très largement d'actualité⁵⁵.

En 2019, que pour le secteur public, les écarts avec la neutralité tarifaire dépassaient 1,5 Md€ (10 % pour les GHS bénéficiaires et - 9,5 % pour les GHS pénalisés), soit 5 % de la masse tarifaire totale.

⁵⁴ Le *casemix* désigne l'éventail des activités réalisées par un établissement de santé ; ici le *casemix* de référence désigne l'activité réalisée en moyenne par l'ensemble des établissements de santé.

⁵⁵ IGAS, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, mars 2012 : « L'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A ». L'IGAS observait une situation « d'opacité générale dans le processus d'élaboration tarifaire », en constatant que « en n'allouant pas les ressources de façon équitable en fonction de l'activité, cette T2A distordue envoie des signaux économiques faussés ». Elle réaffirmait alors que « la neutralité

Dans le secteur privé lucratif, les écarts atteignaient 448 M€ (11 % de sur-financement comme de sous-financement). Par rapport à la masse tarifaire concernée, (54,4 Md€ de l'Ondam consacré aux établissements qui exercent en médecine, chirurgie et obstétrique en 2019), ce sont 2,8 % des crédits qui sont « mal répartis entre GHS ».

Les activités lourdes de chirurgie marquées par de fortes innovations, comme la chirurgie vasculaire, la chirurgie carcinologique, la chirurgie interventionnelle et la chirurgie robotique, sont historiquement insuffisamment valorisées. Les tarifs des soins critiques et en particulier de la réanimation ainsi que ceux applicables à la pédiatrie sont également sous évalués.

Plusieurs tarifs applicables à certaines pathologies⁵⁶, sont considérés comme sous-évalués en raison notamment des innovations technologiques qui requièrent l'usage de robots spécifiques. De même, les tarifs supposés couvrir les coûts de pose d'un défibrillateur sont désormais déconnectés des coûts, ces appareils ayant un coût supérieur au tarif, pour tous les GHS concernés.

En revanche, la radiothérapie est une activité sur-financée⁵⁷ et permet de compenser, notamment au sein des centres de lutte contre le cancer, la sous-tarification d'autres séjours ou séances, corroborant le fait que « certains services paient pour d'autres ». D'autres séjours ou séances peuvent également être considérés comme sur-financés, parmi lesquels ceux relatifs aux accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, aux allogreffes de souches hématopoïétiques⁵⁸, à la pose de prothèses de hanche ou du genou, ou aux craniotomies⁵⁹ en dehors de tout traumatisme.

2.3.1 Des écarts à la neutralité tarifaire qui demeurent significatifs

Les écarts à la neutralité tarifaire demeurent significatifs, dans les deux secteurs, public et privé, parfois dans des proportions équivalentes⁶⁰, parfois à l'avantage d'un secteur ou de

tarifaire devait être retenue comme principe de base de l'élaboration de la grille des GHS dans les deux secteurs », les éventuels écarts à ce principe devant être transparents, justifiés et rendus publics.

⁵⁶ Notamment le retrait par la voie chirurgicale d'une partie de la prostate, du rein ou de la vessie.

⁵⁷ [Cour des comptes, « La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler. », in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.](#)

⁵⁸ Qui produit des cellules sanguines.

⁵⁹ Ablation temporaire d'une partie de l'os du crâne nécessaire pour réaliser une intervention chirurgicale sur le cerveau.

⁶⁰ L'obstétrique, nettement pénalisée dans les deux secteurs, l'est plus lourdement dans le secteur privé lucratif (- 14 % contre - 8,1 %).

l'autre⁶¹. Les montants concernés, en sur ou en sous-financement, sont parfois élevés, et concernent, selon les activités, soit le secteur public⁶², soit le secteur privé⁶³.

Entre 2012 et 2019, pour l'obstétrique, les écarts à la neutralité tarifaire se sont creusés dans le sens d'une moins bonne couverture des coûts, notamment dans le secteur privé lucratif, comme pour la néonatalogie, dans le secteur public. Pour la médecine en revanche, les écarts à la neutralité se sont atténués et la couverture des coûts s'est améliorée à la marge. Pour la chirurgie, les deux échelles tarifaires sont restées proches de la neutralité.

Les écarts à la neutralité tarifaire par catégories médicales perdurent depuis de nombreuses années et ont un effet sur l'activité des établissements qui sont enclins, lorsqu'ils en ont la latitude, à privilégier les soins pour lesquels ils bénéficient d'un avantage comparatif. Ce constat aurait dû conduire le ministère chargé de la santé à redoubler d'efforts et de conviction vis-à-vis des acteurs du secteur pour assurer la plus grande convergence possible entre les tarifs et les tarifs issus des coûts, même imparfaits. Toutefois, réduire la distorsion tarifaire était rendue particulièrement complexe par le contexte durable de baisse générale des tarifs⁶⁴.

Pour éclairer les changements à effectuer chaque année sur les tarifs, l'ATIH procède à la mesure des écarts entre les tarifs et les coûts. Cette estimation prospective⁶⁵ s'ajoute à la mesure effectuée l'année précédente. La lecture pluriannuelle permet de connaître, pour chaque tarif, l'évolution de ces écarts avec la neutralité tarifaire, représentée par les tarifs issus des coûts.

L'objectif est de savoir si, d'une année à l'autre, les tarifs s'éloignent ou se rapprochent des tarifs issus des coûts. L'évolution des écarts entre les tarifs et la neutralité tarifaire peut être observée globalement, par grande catégorie de GHS ou par catégorie d'établissements ou encore par secteur, public et privé.

⁶¹ La médecine est nettement pénalisée dans le secteur privé lucratif (- 12 %) tandis qu'elle est faiblement favorisée dans le secteur public (+ 1,1 %). Ces écarts représentaient 4,70 % de la masse tarifaire totale en 2014 dans le secteur public, 5,28 % dans le secteur privé lucratif. Ils s'élevaient respectivement à 4,99 % et 4,38 % en 2020, traduisant une légère dégradation dans le secteur public et une légère amélioration dans le secteur privé lucratif.

⁶² Dans le secteur public, l'obstétrique demeure l'activité pour laquelle l'écart à la neutralité tarifaire est le plus défavorable (- 144 M€), devant l'interventionnel (-133 M€) et la néonatalogie (- 61 M€).

⁶³ Dans le secteur privé lucratif, la médecine l'activité pour laquelle l'écart à la neutralité tarifaire est le plus défavorable (- 133M€), devant l'obstétrique (- 49 M€). En sens inverse, les écarts les plus favorables dans ce secteur concernent les séances (+ 166 M€) et la chirurgie (+ 15 M€).

⁶⁴ Il a été proposé aux fédérations hospitalières de réévaluer les GHS sous – financés, en finançant cette réévaluation grâce aux mesures nouvelles au sein de l'Ondam, pour ne pas réduire le tarif d'activités réputées sur-financées, ce qui n'a pas été accepté.

⁶⁵ L'ATIH simule l'activité de l'année à venir à partir de l'activité réalisée durant l'année écoulée. Ce faisant, elle tient compte de la durée des séjours réalisés afin d'intégrer les forfaits journaliers de décote ou de surcote, qui s'appliquent à la tarification des séjours dépassant les bornes basses et hautes de durées prescrites. Cela permet de calculer un tarif moyen effectif par GHS. Ce tarif moyen au séjour est multiplié par le nombre de séjours réalisés l'année précédente.

L'analyse de l'évolution des écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts entre 2014 et 2020 (cf. annexe n° 7) permet d'observer une progression du niveau moyen de financement des activités de médecine tant pour les établissements publics et privés non lucratifs que pour les établissements privés. Inversement, elle permet de confirmer, pour l'ensemble des établissements, un éloignement progressif de la neutralité tarifaire en obstétrique et en néonatalogie.

2.3.2 Des différences sectorielles structurantes

Il existe une corrélation forte entre les sur et les sous-financements des GHS et l'importance relative des séjours réalisés dans chacun des deux secteurs, comme entre ces sur- et sous-financements et la spécialisation des établissements du secteur privé lucratif.

Comme les tableaux ci-dessous⁶⁶ le montrent, si l'on compare les situations globales de financement par secteur, on relève des situations de sur- et de sous-financement intra sectorielles⁶⁷, qui ont largement contribué à la prise en charge par l'un ou l'autre des secteurs de certaines activités.

Ainsi, dans le secteur public, l'ambulatoire en médecine, la chirurgie ambulatoire et interventionnelle, l'obstétrique et la néonatalogie sont en situation de sous-financement tandis que l'hospitalisation complète en médecine et en chirurgie ainsi que, très nettement, la radiothérapie sont en situation de sur-financement.

⁶⁶ Dans la mesure où les tarifs et les tarifs issus des coûts distribuent la même masse financière sur le champ de l'étude, ces tableaux ne présentent pas l'évaluation d'un taux de marge par activité mais de l'écart entre les tarifs publiés et les TIC. L'étude a été réalisée à partir des données des études nationales de coûts réalisés en 2016, 2017 et 2018, sur l'activité 2019 en prenant comme référence les tarifs et les tarifs issus des coûts de 2020, sans que ceux-ci n'intègrent les revalorisations des dernières années (accords du Ségur, inflation, point d'indice...).

⁶⁷ Il ne peut s'agir ici d'une comparaison entre les secteurs public et privé, mais bien d'une analyse intra sectorielle.

Tableau n° 8 : Situation globale de financement des établissements publics en 2020

CAS	Nombre de GHS	Effectif national en milliers	Valorisation des tarifs en M€	Ecart en M€	Ecart en %
Médecine de courte durée	398	2 330,6	1 523,6	- 164,4	-9,7%
Médecine - Sévérité légère	821	3 151,5	7 074,3	124,2	1,8%
Médecine - Sévérité lourde	425	1 276,1	7 753,9	119,0	1,6%
Chirurgie ambulatoire	138	1 088,5	1 668,4	- 16,5	-1,0%
Chirurgie - Sévérité légère	464	1 214,0	4 980,6	58,8	1,2%
Chirurgie - Sévérité lourde	250	269,0	3 451,7	121,8	3,7%
Interventionnel de courte durée	37	626,4	604,2	- 71,2	-10,5%
Interventionnel - Sévérité légère	68	684,1	1 239,7	- 95,9	-7,2%
Interventionnel - Sévérité lourde	31	37,2	344,2	5,5	1,6%
Obstétrique	51	827,4	1 813,3	- 219,7	-10,8%
Nouveaux-nés	38	630,0	903,6	- 66,2	-6,8%
Séances - Autres	4	356,7	258,2	- 14,3	-5,2%
Séances - Chimiothérapie	2	2 785,3	1 121,5	- 33,2	-2,9%
Séances - Dialyse	5	1 976,0	697,3	18,4	2,7%
Séances - Radiothérapie	13	2 212,7	719,5	236,3	48,9%
Dialyse hors centre	2	130,0	36,4	- 2,6	-6,6%
Total général	2 747	19 595,3	34 190,3	0,0	0,0%

Source : ATIH

Dans le secteur privé lucratif, la médecine, l'obstétrique et la néonatalogie sont sous-financés, à la différence de la chirurgie, de la chimiothérapie et de l'interventionnel, sur-financés mais pour des « montants » moins élevés que ceux constatés dans le secteur public.

Tableau n° 9 : Situation globale de financement des établissements privés en 2020

CAS	Nombre de GHS	Effectif national en milliers	Valorisation des tarifs en M€	Ecart en M€	Ecart en %
Médecine de courte durée	154	342,5	137,1	- 9,7	-6,6%
Médecine - Sévérité légère	270	428,3	611,6	65,2	-9,6%
Médecine - Sévérité lourde	108	112,5	318,2	64,0	-16,7%
Chirurgie ambulatoire	123	2 128,4	1 525,0	46,6	3,2%
Chirurgie - Sévérité légère	294	1 094,7	2 200,3	33,2	1,5%
Chirurgie - Sévérité lourde	77	71,7	416,2	7,1	1,7%
Interventionnel de courte durée	25	1 360,7	649,7	23,7	3,8%
Interventionnel - Sévérité légère	38	750,3	629,1	- 0,6	-0,1%
Interventionnel - Sévérité lourde	10	7,5	31,6	0,8	2,5%
Obstétrique	30	215,3	329,1	- 36,9	-10,1%
Nouveaux-nés	14	166,0	133,6	- 9,9	-6,9%
Séances - Autres	2	29,3	18,1	- 2,4	-11,8%
Séances - Chimiothérapie	2	853,7	258,2	60,5	30,6%
Séances - Dialyse	2	2 401,4	630,6	28,5	-4,3%
Dialyse hors centre	9	3 154,7	861,2	45,5	5,6%
Total général	1 158	13 117,2	8 749,7	0,0	0,0%

Source : ATIH

Une partie de ces écarts s'explique, selon l'ATIH, par la fixation historique des tarifs et par les orientations fixées par le ministère dans le cadre des campagnes tarifaires (par exemple de convergence intersectorielle, de développement de l'ambulatoire ou dans le cadre du plan cancer).

Ainsi, sans l'avoir ni décidé ni planifié, au moins de manière explicite, l'inadéquation des tarifs par rapport aux coûts aura contribué à modeler le paysage des établissements de santé dans notre pays.

En conclusion, sans qu'il soit nécessaire de multiplier les exemples, il était particulièrement difficile en période de baisse des tarifs que la neutralité tarifaire demeure un objectif prioritaire. En découlent des distorsions flagrantes du signal-prix, qu'illustrent les montants tarifaires mal ajustés. Malgré les indéniables progrès par rapport au système des dotations globales, la tarification à l'activité n'offre que partiellement aux établissements de santé la fiabilité, l'équité et la neutralité qui étaient à l'origine de la création de la T2A.

2.4 Les incidences de la T2A sur la situation financière des établissements

2.4.1 Les effets induits de la tarification à l'activité sur les établissements de santé

La tarification à l'activité s'est superposée à d'autres modalités de financement des établissements de santé. Ainsi, son périmètre d'activité n'a jamais été défini autrement que par la négative, à savoir : tout ce qui n'est pas financé par les autres sources de revenu.

La mise en œuvre du modèle initial impliquerait d'estimer le coût moyen au séjour de l'activité hospitalière, afin de tarifier le séjour à ce montant. Faute d'un périmètre d'activité bien défini, il n'est pas possible d'estimer un coût moyen associé et donc de mettre en œuvre le modèle de manière satisfaisante.

En outre, contrairement aux hypothèses du modèle initial, les établissements de santé et les patients sont hétérogènes. Or, chaque tarif est calculé à partir de coûts évalués indépendamment de l'ensemble de l'organisation des établissements. Un petit établissement n'aura pas la même faculté qu'un grand pour réaliser des économies d'échelle, qui ne sont pas prises en compte par le modèle de la tarification à l'activité, non plus que par ses déclinaisons pratiques⁶⁸.

Les établissements de santé devraient être enclins à augmenter leur volume d'activité pour les séjours dont le tarif est sensiblement supérieur aux coûts. Cela ne signifie pas nécessairement une augmentation du nombre de patients pris en charge mais une progression du nombre de séjours, qui peut d'ailleurs possiblement résulter d'une dérive consistant à fractionner une prise en charge en plusieurs séjours.

La T2A conduit à définir une tarification au forfait très homogène, dont les risques théoriques les plus notables sont la sélection ou la discrimination des patients et la baisse de la qualité des soins délivrés. En effet, même si l'introduction de quatre niveaux de sévérité sur les tarifs a limité cet effet, tout patient susceptible de générer des coûts qui ne sont pas pris en

⁶⁸ En France, en application du décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique, un forfait est versé aux établissements placés en situation d'isolement géographique pour corriger en partie ce phénomène. Le montant annuel cumulé des forfaits et dotations dont bénéficie l'établissement ne peut cependant excéder un plafond fixé 25 % des produits de l'activité hospitalière financés par l'assurance maladie perçus par l'établissement, après déduction du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

compte dans le forfait peut être considéré comme un séjour à éviter ou à orienter vers un autre établissement. Une autre limite du tarif forfaitaire, fixé indépendamment du coût supplémentaire de la qualité optimale, concerne la qualité des soins prodigués.

La tarification à l'activité pousse, par ailleurs, les établissements de santé à réduire leur volume d'activité dans les domaines où le forfait est inférieur à leurs coûts et incite, à l'opposé, les établissements qui le peuvent à se spécialiser dans le traitement des pathologies pour lesquels ils bénéficient d'un avantage comparatif. Ces ajustements micro-économiques n'offrent aucune garantie macro-économique que la somme des spécialisations induites participe, sur un bassin de vie, à une couverture de l'ensemble des soins ou à une capacité suffisante de prise en charge.

Pour les soins en médecine, chirurgie et obstétrique puisque le prix par séjour est fixé par le régulateur, la concurrence devrait pouvoir se faire par la qualité des soins offerts. Or, cette concurrence ne peut être effective que si plusieurs établissements sont en capacité d'offrir un service identique dans un bassin de vie donné et que le patient est à même de comparer la qualité des soins proposés.

La tarification à l'activité est, de surcroît, plus difficilement compatible avec les activités non programmées par nature plus difficiles à anticiper, dans un contexte d'activité discontinue (urgences et obstétrique par exemple).

Ces effets induits, potentiels mais rationnellement prévisibles, ont eu des incidences sur les recettes des établissements de santé. Ces effets sont cependant proportionnels à la part que la T2A représente dans leurs recettes.

2.4.2 L'hétérogénéité de la part de T2A selon les statuts des établissements

Les recettes d'assurance maladie des établissements de santé reposent sur la combinaison de différentes voies de financement, dont une part seulement, même si elle est prépondérante, est liée à l'activité et notamment aux séjours.

Le financement à l'activité s'établit à partir de :

- la tarification des séjours ;
- le financement des activités d'hospitalisation à domicile, des dialyses, des interruptions volontaires de grossesse, des prélèvements d'organes et de tissus, et de l'innovation ;
- le remboursement des médicaments en sus et sous autorisation temporaire d'utilisation, ainsi que des dispositifs médicaux implantables en sus ;
- les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique qui recouvrent la part due par l'assurance maladie (c'est-à-dire hors ticket modérateur) pour les actes et consultations externes, ainsi que le paiement des forfaits et suppléments facturés par les établissements au titre de l'activité de médecine d'urgence.

Les autres financements reposent sur :

- les forfaits et dotations annuels pour certaines activités qui nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé : dotation populationnelle de l'activité de médecine d'urgence, transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse,

forfait incitation financière à la qualité, dotation qualité à l'activité de médecine d'urgence, forfait pathologies chroniques ;

- les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Les établissements privés lucratifs se distinguent par l'importance de la part de la tarification dans l'ensemble des produits versés par l'assurance maladie pour les activités médecine, chirurgie et obstétrique (81,4 % en 2019, soit 17 points de plus que celle des établissements publics).

Le poids de la tarification des séjours dans les produits versés par l'assurance maladie selon les catégories d'établissements est lié à la part de financement issu des actes et des consultations externes, plus important dans les établissements publics et les Espic (9,3 %) que dans les établissements privés lucratifs (1,8 %), ainsi qu'à la part de financement issu des Migac, plus important dans les établissements publics et Espic (13,4 %) et notamment dans les CHU (19,6 %), que dans le privé lucratif (1,2 %). Cela s'explique par les crédits de recherche et d'innovation que perçoivent les hôpitaux publics au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, financés par les Migac.

Tableau n° 10 : Répartition des produits versés par l'assurance maladie pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique par statut de l'établissement de santé en 2019

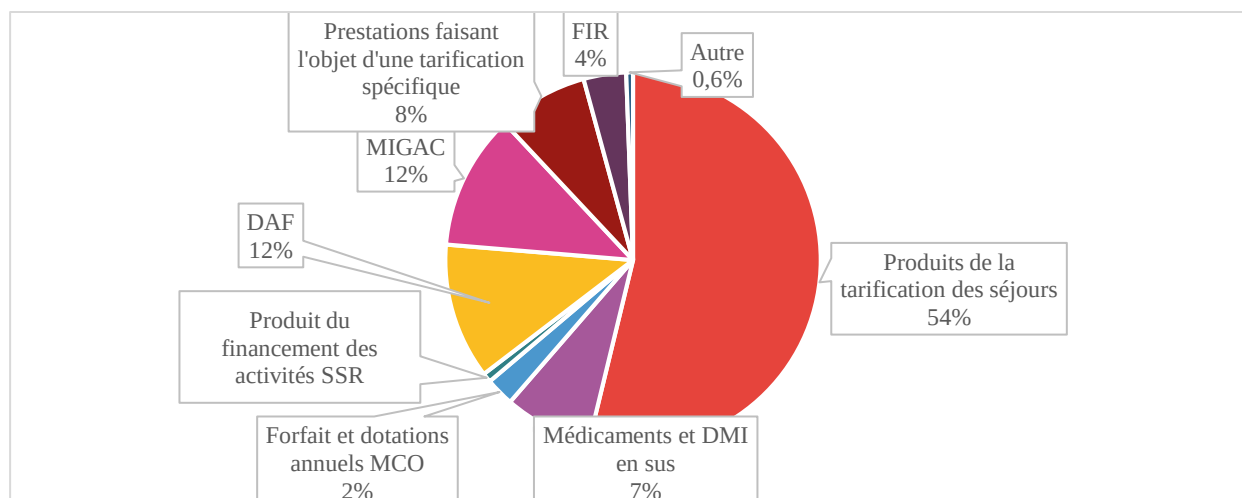
Type de produits (assurance maladie)	Établissements privés lucratifs	Établissements publics et Espic	dont CHR et CHU	dont CH	dont Espic
Tarification des séjours	81,4 %	64,2 %	59,2 %	67,5 %	69,2 %
Prestations spécifiques*	1,8 %	9,3 %	8,2 %	10,7 %	8,4 %
Médicaments et dispositif médicaux en sus	14,2 %	9,3 %	11,0 %	7,0 %	12,2 %
Forfaits annuels	1,4 %	2,8 %	2,0 %	3,9 %	1,4 %
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation	1,2 %	13,4 %	19,6 %	8,9 %	8,0 %
Hôpitaux de Proximité	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,1 %	0,8 %

Source : Cour des comptes d'après l'état financier des ARS.

* Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique : dont actes et consultations externes

La tarification des séjours en médecine-chirurgie-obstétrique représente plus de la moitié des produits versés par l'assurance maladie aux établissements en 2019, devant les financements alloués au titre de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (devenus soins médicaux et de réadaptation) (13 %) et les missions d'intérêt général (12 %).

Graphique n° 4 : Répartition des produits versés par l'assurance maladie aux établissements publics de santé en 2019



Source : Cour des comptes à partir des données comptables DGFIP

Sur la période 2017-2019, la part de chaque type de financement est restée stable, la part des produits de la tarification des séjours perdant un point à chaque exercice (de 56 % à 54 %). À partir de 2020 et de la mise en place de la garantie de financement, la répartition s'est modifiée, avec une baisse de cinq points de la part de la tarification des séjours⁶⁹ par rapport à l'ensemble des produits d'assurance maladie, la part des Migac augmentant quant à elle de six points, pour un montant de 10,7 Md€, notamment en vue de compenser les coûts exceptionnels dus à la pandémie de covid 19.

En 2021, la part des produits de la tarification des séjours dans les produits d'assurance maladie des établissements reste stable par rapport à 2020 (49 %)⁷⁰, la part des Migac diminue de deux points, alors que les forfaits et dotations annuels augmentent de deux points pour atteindre 2,7 Md€. Cette évolution s'explique par la mise en place de la dotation populationnelle de l'activité de médecine d'urgence, dont le montant (2,28 Md€) est plus de deux fois supérieur à l'ancien forfait annuel des urgences, ainsi que de la dotation qualité de l'activité de médecine d'urgence (53 M€) et du forfait pathologies chroniques (10,4 M€).

La part de la tarification des séjours dans les produits versés par l'assurance maladie est plus faible pour l'assistance publique des hôpitaux de Paris (50 %), que pour les CHU (54 %) et les hôpitaux généraux (57 %).

⁶⁹ En 2020 sous garantie de financement, pour les établissements sélectionnés, les produits de la tarification des séjours représentent 28,76 Md€, pour un total des produits de l'assurance maladie de 58,33 Md€

⁷⁰ En 2021, sous garantie de financement, les produits de la tarification des séjours représentent 30,87 Md€ et le total des produits de l'assurance maladie 62,44 Md€

En 2021, rapportée à l'ensemble des produits, les produits de la tarification des séjours représentent 27,91 Md€, soit 42 % de l'ensemble des produits (52,69 Md€)⁷¹ des établissements publics qui en perçoivent⁷² (cf. annexe n° 4).

2.4.3 Les difficultés qui pèsent sur le pilotage des établissements de santé

2.4.3.1 Le résultat des établissements de santé est structurellement déficitaire

Depuis 2006, les établissements publics de santé ont présenté un résultat net systématiquement déficitaire. Le déficit s'est fortement réduit en 2020, avant de se dégrader à nouveau en 2021. Le résultat net consolidé du compte de résultat principal des établissements publics a ainsi oscillé entre -577 M€ en 2019, -70 M€ en 2020 et -392 M€ en 2021.

La réduction du déficit enregistrée en 2020 provient essentiellement du dispositif de garantie de financement⁷³, qui visait à garantir pour l'exercice 2020 le montant des recettes déjà versées par l'assurance maladie obligatoire en 2019, dans un contexte de diminution de l'activité en raison de la crise sanitaire⁷⁴. Ce système de garantie a été prolongé en 2021 et 2022⁷⁵. En outre, les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de covid-19 et à celle des actes de dépistage (tests de dépistage) et de prévention (vaccination) ont été financés en 2020 par l'attribution de dotations Migac. Celles-ci ont progressé de 4,6 Md€ par rapport à 2019 pour s'établir à 10,82 Md€. En 2021, les aides à la compensation relatives à la covid 19 continuent encore de peser dans les Migac pour 2,7 Md€ (compensation de surcoûts et équipements, tests de dépistage, vaccination).

Ce dispositif a également été favorable aux Espic dont le résultat net s'est élevé à 110 M€ en 2020 contre 69,35 M€ en 2019 et autour de 19 M€ les deux années précédentes.

Selon les données de la Drees⁷⁶, le résultat net des cliniques privées s'est amélioré entre 2017 et 2020, passant de 102,5 M€ à 533,2 M€. Dans l'ensemble des cliniques privées, 25,5 % des cliniques qui exercent des activités de médecine, chirurgie et obstétrique présentaient un résultat déficitaire en 2020 alors que cette proportion était de 30 % en 2019 et 28 % en 2017.

⁷¹ Ensemble des produits à l'exception des produits calculés (comptes 78 et 7777) et des transferts de charges (compte 79).

⁷² Selon l'analyse des données comptables de la direction générale des finances publiques, en 2019, parmi les 814 établissements publics de santé financés par l'assurance maladie, 432 établissements présentent un solde non nul au compte 73 1111 (GHS et suppléments) de leur budget principal. Le solde représente les établissements qui n'exercent pas en médecine, chirurgie ou en obstétrique. Ces 432 établissements perçoivent 90 % (52,69 Md€) du total des produits versés par l'assurance maladie aux établissements de santé publics (58,43 Md€).

⁷³ Mise en place par l'ordonnance n° 2020-309 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

⁷⁴ Le niveau mensuel de cette garantie était déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes d'activité perçues antérieurement par les établissements.

⁷⁵ Arrêté du 24 août 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 pour l'année 2022.

⁷⁶ DREES, *les établissements de santé*, éditions 2016 à 2021.

2.4.3.2 Des modalités de versement des recettes qui affectent la capacité de prévision budgétaire des établissements

Le budget prévisionnel des établissements de santé et ses annexes doivent être transmis à l'ARS au plus tard le 1^{er} janvier de l'exercice auquel il se rapporte. Pour respecter ce délai, les établissements construisent leurs prévisions de recettes et de dépenses dès la fin de l'année précédente. Ces prévisions s'appuient sur le volume d'activité estimé pour l'année suivante qui conditionne le montant des recettes attendues en N+1 au titre de l'activité.

Ces prévisions ne peuvent pourtant se fonder que sur les tarifs de l'année antérieure, puisque les tarifs de l'année en cours ne font l'objet d'une publication au journal officiel que dans le courant du mois de mars de chaque année. Le calendrier de publication des tarifs n'est donc pas compatible avec le calendrier budgétaire des établissements de santé.

Tenant compte de ce calendrier budgétaire, les établissements publics sont contraints de procéder à des ajustements significatifs de leurs prévisions de recettes en cours d'exercice budgétaire, remettant ainsi en cause le caractère prospectif du budget de l'établissement.

Les tarifs applicables aux séjours des établissements privés sont publiés en même temps que les tarifs du secteur public. Ces établissements connaissent donc des difficultés identiques pour estimer leurs recettes prévisionnelles.

Dans la même logique, les variations de la liste des médicaments et dispositifs médicaux onéreux qui font l'objet d'un financement spécifique en sus des tarifs, devraient faire l'objet d'une information préalable des établissements afin de leur permettre d'établir des prévisions budgétaires réalistes.

L'ensemble des calendriers devrait donc être mieux synchronisé et les évolutions apportées aux tarifs des séjours devraient donner lieu à une publication dans l'année qui précède leur entrée en vigueur, afin de permettre aux établissements de stabiliser leurs prévisions budgétaires. Cette modification du calendrier de publication des tarifs permettrait aux agences régionales de santé d'estimer plus justement la sincérité des budgets des établissements et de porter un avis éclairé sur celle de leurs comptes.

2.4.3.3 Des investissements insuffisamment couverts par les tarifs

L'étude nationale des coûts fait entrer les charges financières⁷⁷ ainsi que les dotations aux amortissements des équipements et des investissements dans le périmètre des tarifs. Dès lors, comme le soulignait un rapport en 2013⁷⁸, les investissements financés sur fonds propres, a contrario, ne sont pas pris en compte dans les tarifs.

Dans les éléments communiqués au cours de l'instruction, l'ATIH a indiqué que « *le tarif d'un groupe homogène de séjour (GHS) est forfaitaire et vise à financer en moyenne les charges associées à la prise en charge. Il n'est donc pas possible d'identifier ni de quantifier*

⁷⁷ Les charges financières incorporées dans l'étude nationale des coûts comprennent les intérêts des emprunts et dettes, les intérêts des crédits-bails et les intérêts des comptes courants créditeurs.

⁷⁸ IGAS-IGF, *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, mars 2013.

au sein de la masse tarifaire la quote-part finançant les charges d'amortissement immobilier ou financières. »

Les tarifs permettent, en principe, de prendre en compte les investissements courants des établissements – qui représentent en moyenne 3 % à 4 % des recettes annuelles d'activité, mais n'ont pas vocation à couvrir les investissements liés aux opérations les plus importantes. Les investissements courants s'entendent comme « *ceux qui sont indispensables au renouvellement régulier des moyens de production immobiliers et mobiliers* »⁷⁹, tels que les équipements médicaux (par exemple, les tables d'examen, matériels de laboratoires, instruments chirurgicaux, appareils de stérilisation), les équipements dits « hôteliers » (lits médicalisés, appareils de cuisine, etc) et administratifs (ordinateurs, bureaux, tables chaises, etc).

Les investissements non couverts par les tarifs concernent essentiellement les opérations immobilières et l'acquisition d'équipements lourds ou innovants comme un scanner ou un appareil d'imagerie à résonance magnétique. Ces équipements structurants sont financés par des ressources différentes de la tarification à l'activité (emprunts, cessions d'actifs, subventions). En raison des difficultés à financer certains achats, les établissements optent souvent pour la location des équipements lourds, associée à un contrat de maintenance.

En l'absence d'un financement suffisant par les tarifs, les investissements immobiliers et les acquisitions d'équipements lourds ou de systèmes d'informations ont donc fait l'objet de plans spécifiques. Ainsi, le plan « hôpital objectif 2007 », mis en œuvre dès 2002 a mobilisé 5,8 Md€ d'aides pour un montant total d'investissements financés de 16,8 Md€. Par la suite, le plan Hôpital 2012 a pris le relais du précédent avec une même logique : un montant global de 5,6 Md€ d'investissements qui a été financé par un montant de 2,2 Md€ d'aides. Seule la première tranche du plan a été mise en œuvre, constituée à 85 % de projets immobiliers. Depuis 2020, le volet investissement des accords du Ségur de la santé a eu pour fonction de relancer l'investissement des établissements publics et privés lucratifs et non lucratifs.

La direction de la sécurité sociale est favorable au dispositif mixte de financement des investissements des établissements de santé qui repose à la fois sur l'intérêt des établissements à partiellement auto-financer leurs besoins sur leur cycle d'exploitation et sur un accompagnement, sous forme de dotations versées par l'ARS qui assume la responsabilité des stratégies d'investissements sur son territoire et la sélection des projets faisant l'objet d'un accompagnement financier.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

L'ingénierie de la T2A est devenue de plus en plus complexe avec, notamment, un accroissement considérable du nombre de GHS que rien n'imposait véritablement. L'impossibilité de comparer les tarifs et les coûts, les écarts croissants à la neutralité tarifaire avec des situations de sur- et de sous-financement qui perdurent, militent pour des évolutions de l'outil que l'ATIH, si elle est soutenue par ses tutelles, est parfaitement en mesure de conduire.

⁷⁹ Instruction interministérielle du 4 mars 2016 de la DGOS, la DSS et la DGFIP, relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

3 LES EVOLUTIONS NECESSAIRES AU MAINTIEN SOUHAITABLE D'UNE PART DE TARIFICATION À L'ACTIVITE

L'abandon de toute composante tarifaire constituerait un recul contestable (1). Il est dès lors nécessaire de consolider les outils qui contribuent au plein effet de ce mode de détermination du financement (2), sur la base d'un pilotage technique simplifié et plus transparent (3).

3.1 Maintenir une part de tarification à l'activité

3.1.1 Les conditions au maintien d'une part de T2A

L'un des avantages reconnus à la tarification à l'activité, en dépit des améliorations à lui apporter, décrites dans le présent rapport, a été d'introduire une transparence des coûts, une forme d'objectivité dans l'attribution des crédits et une incitation à l'efficience que l'on ne reconnaît à aucun autre dispositif de financement.

Sans prétendre aborder les multiples aspects liés à la mise en œuvre en cours de l'ensemble de la réforme du financement des établissements, qui déborde largement du cadre de ce rapport, il convient de souligner l'apport d'une tarification à l'activité, débarrassée au moins partiellement du poids des contraintes induites par le pilotage macro-économique, et dont la part dans le financement global mériterait de rester significative dans le but d'en conserver les avantages.

La tarification à l'activité, dans sa forme actuelle, répond mal au financement d'activités non programmées qui requièrent impérativement le maintien opérationnel d'équipes particulièrement qualifiées. Il s'agit essentiellement des soins critiques et de la réanimation, de la maternité et de l'obstétrique. La création d'une dotation socle permettant le maintien et la sécurisation du cadre d'intervention de ces activités, auquel serait adjoint un financement à l'activité par des tarifs adaptés, constitue ainsi une hypothèse de financement en cours d'analyse.

Il faut en revanche souligner les risques que ferait encourir la restriction du champ d'application de la T2A. Une tarification à l'activité qui ne concernerait qu'un faible nombre de GHS lui ferait perdre une large part de son intérêt, qui est d'inciter les établissements, par des tarifs arrêtés sur la base de coûts moyens représentatifs au niveau national, à gagner en efficience et en productivité.

Il est donc souhaitable de conserver le principe d'une tarification à l'activité sur un volume de séjours et un périmètre budgétaire suffisamment importants pour en préserver les

acquis en termes d'objectivité et d'équité et inciter les établissements à poursuivre leurs efforts d'efficience.

Cela implique que la tarification soit désormais fondée sur les principes de transparence des hypothèses et des procédures de décision, de tarifs neutres par rapport aux coûts, enfin de signal-prix fiable et clair permettant une meilleure allocation des ressources.

Pour la part des financements auquel elle s'appliquera, la T2A pourrait donc avoir pour vocation de redevenir un outil médico-économique, visant à l'efficience d'une partie du système de soins en incitant les établissements les moins performants à se rapprocher des coûts moyens, avec des outils analytiques modernisés.

En outre, pour qu'un dispositif de tarification à l'activité, même appliquée à une part réduite de l'activité des établissements, puisse remplir sa fonction d'allocation optimale des ressources des hôpitaux, sans les obliger à procéder à des économies budgétaires par d'autres mécanismes que la régulation ou l'organisation de leurs activités de soins (voir infra), il faut que plusieurs conditions soient remplies :

- au-delà du renforcement de la représentativité de l'étude nationale de coûts, la première condition repose sur le strict respect de la neutralité tarifaire, en rendant transparents et incontestables les tarifs issus des coûts comme « tarifs neutres », en s'assurant que ceux-ci prennent réellement en compte les coûts des facteurs de production des soins et les ressources de financement des investissements courants ;
- cela suppose de rendre comparables les tarifs et les coûts et d'afficher clairement les éventuels sur et sous-financements avec l'objectif de les résorber ;
- la deuxième condition est la totale transparence des hypothèses techniques et des arbitrages présidant à la fixation des tarifs qui s'imposeront aux établissements ;
- la troisième condition, dès lors que la neutralité tarifaire est atteinte, est de garantir la stabilité des tarifs ainsi déterminés, en affichant les critères conduisant à réviser un tarif (évolution des techniques médicales, découverte de molécules plus efficaces, etc) et en associant les principaux acteurs concernés à la définition des modalités et à la révision des tarifs retenus selon ces critères.

3.1.2 Assurer la régulation des dépenses hospitalières par des outils adaptés

En 2021, le montant consacré à la tarification à l'activité (51,84 Md€) représentait 54 % du sous-objectif de l'Ondam fixé pour les établissements de santé. Dans ces conditions, la masse financière prévue pour la tarification à l'activité représente une enveloppe dont la détermination initiale résulte du produit des tarifs des GHS par le nombre de séjours prévus.

La suppression de la régulation prix-volume (ou une forte révision de son poids relatif) appliquée à la tarification à l'activité supposerait que d'autres mécanismes permettant le respect de l'Ondam soient mis en place. Au demeurant, la réduction de la part de la tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé rend d'ores et déjà indispensable cette recherche, une trop forte pression sur un niveau limité de tarifs n'étant pas soutenable.

Comme cela est décrit ci-dessus, l'outil tarifaire a été tout particulièrement sollicité pour assurer le respect de l'Ondam, en ajustant à la baisse les tarifs en fonction du volume d'activité prévisionnelle. À cette régulation annuelle s'est ajoutée, à partir de 2006, une régulation infra-

annuelle, par la mise en réserve prudentielle d'une part des enveloppes prévues. Si les conditions budgétaires le permettaient, un dégel était opéré en fin d'année et le montant de l'Ondam mis en réserve était alors distribué en fonction du volume d'activité des établissements. La régulation pluriannuelle étant quant à elle assurée par un protocole d'accord signé avec les fédérations pour la période 2020-2022.

Il est nécessaire que soit définie une trajectoire pluriannuelle d'exécution de l'Ondam, indispensable pour donner à tous les acteurs une visibilité à moyen terme. Idéalement, la régulation pluriannuelle de l'Ondam pourrait accompagner les prochaines évolutions de l'organisation des soins qui seront décidées par les pouvoirs publics.

En revanche, la diminution annoncée de la part de tarification à l'activité dans le financement des établissements réduira mécaniquement la masse financière que la T2A représentera dans l'Ondam. En conséquence, actionner le levier tarifaire ne permettra plus d'assurer une régulation infra-annuelle de l'Ondam : la baisse du poids de la T2A dans l'Ondam prévisionnel limite en effet, dans les mêmes proportions, les effets de sa régulation sur le montant de l'Ondam réalisé.

Dans cette situation, il n'y aura pas d'autres voies pour contribuer à la régulation infra-annuelle de l'Ondam que d'agir sur les autres masses financières que l'assurance maladie consacre aux établissements de santé. L'une des options serait de faire porter cette régulation sur les montants des dotations. Cette solution mériterait toutefois une réflexion approfondie pour éviter, d'une année sur l'autre, des variations trop importantes de dotations indispensables au bon fonctionnement des établissements. Une autre solution serait d'appliquer un coefficient prudentiel sur les enveloppes allouées non seulement aux tarifs mais surtout, en raison de la masse de crédits que celles-ci vont désormais représenter, aux dotations⁸⁰.

Quelles que soient les modalités retenues, il conviendra de veiller à ce l'effort de régulation soit réparti de manière équitable entre les établissements publics et privés non lucratifs et les établissements privés lucratifs, en tenant compte de la part que représenteront les tarifs et les dotations dans les ressources issues de l'assurance maladie, pour que la contrainte budgétaire qui en résulte repose de manière équitable sur ces différentes catégories d'établissements.

3.2 Consolider les outils connexes à la tarification

3.2.1 Renforcer la comptabilité analytique hospitalière

Le financement par dotation globale des établissements publics rendait peu nécessaire la mise en place d'une comptabilité analytique dont la fonction est de connaître les coûts et les

⁸⁰ Le taux de mise en réserve des dotations devra être déterminé en amont de l'exercice comptable des établissements afin de leur permettre de tenir compte ce paramètre dans la construction de leurs budgets annuels. En cours d'année, si l'exécution de l'Ondam le permet, la part des dotations mise en réserve pourra être distribué aux établissements de santé.

recettes des fonctions concourant à la production des différentes unités (cliniques, médicotechniques ou administratives) d'un établissement. La tarification à l'activité a eu le mérite d'impulser une montée en charge de la comptabilité analytique hospitalière, mais celle-ci reste inaboutie.

Les établissements publics et privés sont conduits à suivre les variables « recettes » et « coûts » de chaque service. Seul le tableau de retraitement comptable, désigné sous le vocable « retraitement comptable », présente un caractère contraignant pour les établissements publics et privés à but non lucratif⁸¹. Il a vocation à identifier les coûts par unité de production⁸² alors que la tarification à l'activité est, quant à elle, bâtie sur des tarifs par séjour. Dans ces conditions, les établissements ne peuvent ni mesurer ni interpréter le signal-prix. Cet écart d'objectifs entre la comptabilité analytique des établissements et la détermination des tarifs sur la base de coûts de référence par séjour crée une incompatibilité entre les deux systèmes.

Les établissements ont construit des outils de suivi de coûts de production complémentaires au retraitement comptable, qui n'ont pas de caractère obligatoire. Ils élaborent des tableaux de coûts qui comparent, par grandes lignes de dépenses, les coûts constatés dans un pôle, après la clôture des comptes, et les coûts de même nature qui seraient ceux d'un pôle fictif qui fonctionnerait sur la base des coûts moyens issus du retraitement comptable et de l'étude nationale des coûts. Certains établissements construisent également des comptes de résultats analytiques par pôle, élaborés après l'adoption des comptes, qui permettent de juger de l'équilibre économique d'un pôle en confrontant directement ses dépenses à ses recettes. Ils servent essentiellement à mesurer la contribution des pôles au résultat de l'établissement.

Les établissements peuvent également comparer leurs coûts logistiques à l'aide de la base nationale des coûts pour chaque activité (dite « Base d'Angers », du nom du CHU qui en assure la production et la gestion). Progressivement, cette base est devenue l'une des composantes de la comptabilité analytique hospitalière. La base d'Angers produit des coûts de référence par activité du champ logistique et médico-technique. Elle est alimentée par la participation d'environ 200 établissements. Cet outil permet à l'ensemble des établissements de comparer la structure de coût d'une trentaine d'activités logistiques et médico-techniques.

L'ATIH a réalisé en 2020 une enquête auprès de 347 établissements de santé (310 établissements publics et ESPIC et 37 établissements privés lucratifs) pour mesurer leur degré d'appropriation des outils de la comptabilité analytique hospitalière⁸³, dont les résultats ont été publiés au mois de mai 2021. Il en ressort que moins de la moitié des établissements (49,6 %)

⁸¹ En application de l'article R.6145-7 du code de la santé publique qui prévoit que « le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Le directeur communique au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique. Le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement prévue par les dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médicotechniques et logistiques de l'établissement ». En 2019, 1 320 établissements étaient invités à produire un retraitement comptable annuel et 1 026 RTC ont été validés par les ARS.

⁸² Guide d'utilisation des données RTC et ENC | Publication ATIH (sante.fr)

⁸³ <https://www.atih.sante.fr/utilisation-des-donnees-enc-rtc/presentation-de-la-demarche>

avaient établi un compte de résultat analytique et que moins du quart (22,5 %) utilisaient la base d'Angers. 57 % des établissements ne disposaient pas de logiciel de comptabilité analytique. En outre, près de 40 % des établissements interrogés par l'ATIH déclarent ne pas utiliser la restitution nationale du retraitement comptable, par méconnaissance de l'outil ou par manque de temps ou de ressources nécessaires à son exploitation.

Pour ce qui concerne les cliniques privées, le référé du 26 mars 2019 de la Cour relatif aux constats issus des premiers contrôles des cliniques privées⁸⁴ observait que « *les contrôles ont montré l'absence fréquente de comptabilité analytique en coût complet dans les cliniques du panel, ce qui ne permet pas toujours une comparaison objectivée avec le secteur public. À l'inverse, ces mêmes cliniques semblent faire le choix d'un suivi de l'activité souvent fin et resserré, notamment à l'égard des médecins qui ne généreraient pas un volume d'activité suffisant.* ». L'ATIH indique que des travaux ont été engagés avec la DGOS pour travailler à la mise en place d'un cadre adapté aux établissements du secteur privé lucratif.

Afin de déployer au mieux la comptabilité analytique, la DGOS a élaboré en 2010 un guide de la comptabilité analytique des établissements publics et privés participant au service public, mis à jour en 2012. Cependant, ce guide ne constitue pas une norme opposable. Les règles d'affectation des charges indirectes peuvent ainsi varier d'un établissement à l'autre. En outre, le caractère mono-site ou multisites des établissements, l'organisation de leurs blocs opératoires, la performance de leurs achats, l'organisation de leurs consultations, le nombre de lits par unités de soins ainsi que l'organisation des plannings des personnels, pour ne citer que ces facteurs, ont des incidences fortes sur les modes de calcul des coûts de production. Cette situation affecte le bien-fondé des comparaisons.

Certes, l'approche par les coûts complets, c'est-à-dire associant les charges directes et indirectes, permet de connaître la quantité de consommation des ressources d'une unité médicale mais ne permet pas de calculer un prix de revient correspondant aux GHS gérés par cette unité médicale. En effet, le tarif n'est calibré que pour financer la part qui n'est pas déjà financée par les autres ressources telles que les Migac ou le forfait hospitalier payé par le patient. Pour autant, son usage doit être généralisé puisqu'elle fournit un cadre indispensable pour mieux valoriser les données issues des GHS.

Recommandation n° 2. (DGOS) : Harmoniser dès 2024, pour l'ensemble des établissements publics et privés, les règles de la comptabilité analytique hospitalière et les rendre obligatoires, afin de permettre, d'une part, à chaque établissement de comparer ses coûts aux tarifs et, d'autre part, de favoriser les comparaisons des coûts entre les établissements de santé.

⁸⁴ [Cour des comptes, référé n° S2019-0885 « Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées », 26 mars 2019.](#)

3.2.2 Conserver les bénéfices du codage médico-économique de l'activité hospitalière

3.2.2.1 Une source d'information à consolider

Même dans un contexte de réduction relative du financement à l'activité, l'utilisation d'outils destinés à maintenir une information médicale exhaustive demeure essentielle pour le suivi de l'activité des établissements de santé.

Si, dans le contexte de la réforme, le codage devenait peu ou pas tarifiant, le risque est réel que soient perdus, en quantité comme en qualité, une large partie des indispensables informations que fournissent aujourd'hui le programme médicalisé des systèmes d'information et les GHM/GHS, mais aussi qu'il soit renoncé au développement nécessaire des outils de contrôle de gestion et de comptabilité analytique permettant l'analyse des coûts par activité.

Le codage de l'activité médicale dépasse le cadre de la valorisation financière des séjours et doit être maintenu à des fins de connaissances scientifiques et épidémiologiques.

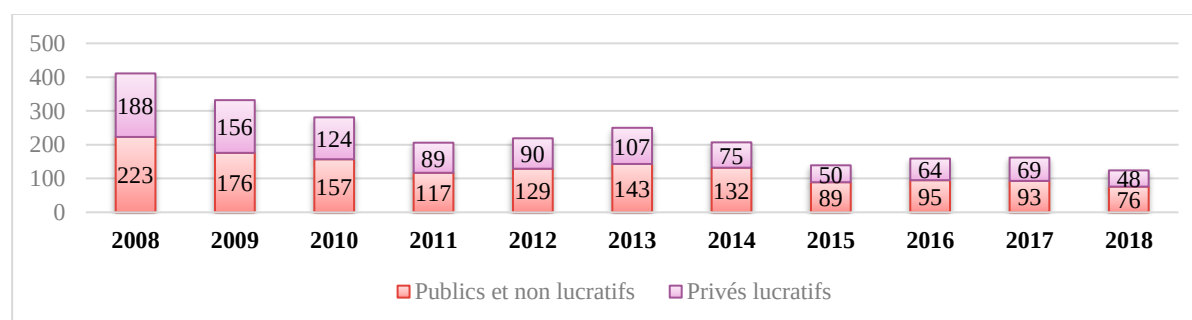
Le suivi de l'activité des établissements de santé mérite également d'être utilisé dans le but d'évaluer les pratiques des professionnels de santé et de recherche. La professionnalisation de la filière de l'information médicale est une nécessité pour garantir une connaissance fine de l'activité des établissements de santé avec un objectif de traçabilité de l'état de santé de la population et de détermination de besoins de santé sur un territoire.

Relancer les contrôles de l'assurance maladie sur les déclarations d'activité

Le paiement par l'assurance maladie de tarifs aux établissements publics et privés, en fonction des déclarations d'activité qui lui sont adressées, s'accompagne d'un contrôle *a posteriori* du respect des règles de codage et de facturation de leurs activités. Les contrôles des déclarations de l'année N sont réalisés en N+1. L'article L.162-22-6 du code de sécurité sociale prévoit que les organismes de sécurité sociale sont chargés des opérations de contrôle.

Le nombre annuel des établissements contrôlés s'établissait à 411 en 2008 et seulement à 124 en 2018. Cette diminution du nombre d'établissements contrôlés chaque année a été progressive et continue au cours de ces dix années. Elle résulte de l'évolution de la méthode de ciblage des séjours à contrôler : jusqu'en 2015, les établissements atypiques étaient contrôlés et sanctionnés pour dissuader globalement les pratiques déviantes de l'ensemble des établissements d'une région, depuis cette date seuls les contrôles à fort enjeu sont retenus dans les programmes de contrôles. A l'été 2020, au regard du contexte sanitaire, économique et social, l'Assurance maladie a décidé de suspendre les contrôles.

Nombre d'établissements contrôlés par l'assurance maladie de 2008 à 2018



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'assurance maladie

De 2008 à 2018, les 2 490 contrôles ont donné lieu à 2 450 notifications d'indus pour un montant de 297,68 M€ (dont 240,14 M€ pour le secteur public et 57,54 M€ pour le secteur privé lucratif). En complément des indus prononcés à l'encontre des établissements, l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale instaure un système de pénalités qui s'ajoute aux sommes à rembourser. Les directeurs généraux des ARS peuvent alléger les sanctions proposées par les unités contrôle régionales, notamment pour ne pas aggraver la situation financière des établissements les plus fragiles. Le montant cumulé des sanctions notifiées entre 2008 et 2018 s'élève à 118,76 M€. Si les directeurs généraux des ARS avaient systématiquement mis en œuvre les 1 354 sanctions proposées par les unités de contrôles régionales qui leur sont rattachés, le montant des sommes récupérées par l'assurance maladie se serait élevé à 457,56 M€.

Les contrôles de l'assurance maladie doivent être relancés au plus tôt et leurs champs élargis en se concentrant en premier lieu sur les établissements publics et privés dont le montant des recettes est supérieur à celui dont ils ont bénéficié au titre de la garantie de financement entre 2020 et 2022.

3.2.2.2 Des pratiques de codage à unifier dans les structures de coopération

Le codage de l'activité hospitalière est d'une importance cardinale. Il est indispensable à la rémunération des établissements.

Cette activité, souvent considérée comme trop lourde par une partie du corps médical, est supervisée par des Départements d'information médicale (DIM) organisés de manière hétérogène et dont les fonctions ne sont pas suffisamment mutualisées dans les groupements hospitaliers de territoire.

L'exhaustivité et la qualité du codage des séjours sont très variables selon les établissements, de même que ses modalités d'organisation.

En 2021, 791 établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (soit 57 % du nombre total) déclaraient disposer d'un DIM centralisé au niveau de l'établissement, 170 (12 %) d'un DIM décentralisé au niveau des unités médicales et 433 (31 %) d'un DIM partiellement centralisé. Ces proportions étaient similaires en 2018 et 2013.

La loi dite « de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 a rendu obligatoire la mutualisation des fonctions DIM au sein des groupements hospitaliers de territoire. Le médecin DIM de territoire est désigné par le directeur de l'établissement-support, sur proposition de la commission médicale de groupement⁸⁵. Selon la DGOS⁸⁶, le DIM de territoire doit favoriser la mise en place d'une stratégie médico-économique à l'échelle du groupement.

L'objectif de la mise en place du DIM de territoire est de provoquer une transformation des organisations, par la création d'un centre d'expertise de l'information médicale, d'harmoniser les pratiques de codage et d'analyse de l'activité au sein des établissements du

⁸⁵ Article L. 6132-3-I du code de la santé publique.

⁸⁶ DGOS, *guide d'organisation d'un DIM de territoire*, 2017.

groupement et de favoriser la mutualisation des compétences et la performance de la fonction DIM.

À ce jour, la fonction de DIM de territoire est le plus souvent limitée au suivi macroéconomique de l'activité du groupement. En tout état de cause, aucun établissement rencontré n'a fait état d'un DIM de groupement qui soit doté d'une autorité fonctionnelle sur les départements des établissements membres.

Le renforcement des DIM de territoire dans les groupements hospitaliers de territoire des établissements publics représente pourtant une voie d'amélioration pour les pratiques et la qualité du codage des établissements de santé publics, dans un contexte où la valorisation de l'ensemble de l'activité réalisée est un facteur essentiel de l'équilibre financier de ces établissements.

Par comparaison, certains groupes de cliniques sont organisés avec un DIM positionné au siège du groupe, dont la fonction est de superviser au niveau national les DIM des établissements. Il leur apporte une assistance en cas de besoin. Ce DIM national peut s'appuyer sur un DIM positionné en région, qui exerce une supervision du codage sur le périmètre de plusieurs cliniques au niveau local. Dans une clinique rencontrée lors de la présente enquête, un DIM régional veille à la qualité du codage, assure l'harmonisation des pratiques et avant leur envoi à l'ARS, la qualité des transmissions mensuelles des résumés anonymisés de sortie, afin de minimiser le risque de perte de recettes qui résulterait d'un codage imprécis ou incomplet.

Recommandation n° 3. (DGOS) : Unifier les pratiques de codage dans les groupements hospitaliers de territoire, sous l'autorité des DIM de territoire.

3.3 Renover le pilotage de la tarification à l'activité

3.3.1 Réinterroger périodiquement le monopole de l'ingénierie financière

La gouvernance de l'activité médico-économique et de la tarification des établissements de santé est de plus en plus complexe et mobilise de nombreux acteurs, intervenant à un titre ou à un autre dans le financement des établissements de santé (DGOS, DSS, CNAM, ATIH, ARS...). Cet éclatement du pilotage public confère une place prééminente à l'ATIH qui détient l'information et la forte technicité nécessaire pour maîtriser l'ensemble de la construction tarifaire.

L'ATIH a été créée par le décret du 26 décembre 2000 afin d'unifier les structures chargées de mettre en place et de gérer le programme de médicalisation des systèmes d'information. Le décret du 22 mai 2008 lui ensuite a confié la mission de mettre en œuvre la tarification à l'activité et de préparer sa généralisation à l'ensemble des établissements de santé. Le contrat d'objectifs et de performance en cours prévoit notamment que l'ATIH a pour orientation de travailler sur la réforme du financement des établissements, de réaliser l'outillage technique pour mesurer et restituer la qualité et la sécurité des soins, de collecter des informations « orientées » patients et de poursuivre l'amélioration de l'accès aux données.

L'ATIH détient aujourd'hui le monopole de l'expertise technique sur l'ensemble des questions tarifaires, qu'il s'agisse de la gestion des outils de tarification ou de l'information des multiples acteurs intentionnels (DGOS, DSS) ou opérationnels (établissements, fédérations...).

La difficulté qu'il y a à comprendre et s'approprier le système est devenu particulièrement importante. L'évaluation du bien-fondé des hypothèses techniques, des outils, des algorithmes, des applications ou des programmes conçus, mis en place et gérés par l'agence est devenue complexe. Tous les experts rencontrés au cours de l'enquête, y compris ceux qui ont participé à la mise en place de la T2A, soulignent l'opacité et la complexité du système. Le comité scientifique de l'agence ne joue quant à lui, aucun rôle, même consultatif, dans l'appréciation qu'il pourrait porter sur la conception des tarifs.

Même si, ponctuellement, des chercheurs, les inspections générales ou la Cour des comptes examinent l'un ou l'autre des aspects de la construction tarifaire, ces approches restent limitées au regard de l'ingénierie qui préside à la construction et au fonctionnement des dispositifs que pilote l'agence, dont elle reconnaît l'accessibilité relative.

L'ATIH a décidé de réaliser un audit externe de la méthodologie de l'étude nationale des coûts, dont le marché a été notifié le 14 février 2023 au prestataire retenu. Si l'on peut, sur le principe, reconnaître l'intérêt de cette initiative, il est regrettable que cette mission (qui devait s'achever en juin 2023, pour 70 jours/homme) ne présente pas toutes les garanties d'indépendance vis-à-vis de l'agence, qu'elle n'ait pas été confiée à des auditeurs publics et qu'elle ne soit pas suivie par un comité de pilotage associant notamment la DGOS et la DSS. L'ATIH indique cependant que les acteurs ont bien été informés de la réalisation de l'audit et que les conclusions ainsi que les recommandations seront présentées dans le cadre de la comitologie de gestion de l'étude nationale des coûts.

Il semble en effet nécessaire qu'un audit public, mené par des techniciens des mêmes spécialités et du même niveau que ceux de l'ATIH, évalue et examine l'ensemble du dispositif, - notamment à l'occasion de la réforme du financement des établissements de santé - dans le but de s'assurer de sa pertinence au regard des objectifs poursuivis, mais également de proposer les voies d'une simplification et d'une lisibilité réclamées depuis plus de dix ans par le monde médico - social, devenu défiant à l'égard d'une « usine T2A » qui leur est devenue inaccessible.

3.3.2 Renforcer la représentativité de l'étude nationale des coûts

La participation à l'étude nationale des coûts implique un engagement de l'établissement de santé⁸⁷ pour une durée minimale de trois ans, de mettre en œuvre les moyens humains et techniques nécessaires à la réalisation des études. Celui-ci doit communiquer, grâce

⁸⁷ La rétribution financière versée aux établissements qui pratiquent la médecine, la chirurgie et l'obstétrique qui ont participé à l'étude nationale des coûts s'établissait à 5,4 M€ en 2019. Le marché de supervision s'élève à 558 520 € ; le coût du temps de travail ATIH⁸⁷ (interne et prestataire) consacré à une campagne peut être évalué à environ 300 000 €.

à deux logiciels spécifiques⁸⁸, par l'intermédiaire d'une plate-forme sécurisée, des données d'un niveau de qualité répondant aux exigences de l'ATIH.

La supervision dont font l'objet les établissements a été externalisée entre 2012 et 2013 à des entreprises prestataires, qui ont pour mission d'accompagner les établissements participant aux études nationales de coûts, d'identifier les valeurs atypiques et de leur faire réaliser les corrections éventuellement nécessaires.

Toutefois, la représentativité de l'échantillon souffre de plusieurs biais, retracés en annexe n° 6. La qualité de l'échantillon d'établissements de l'étude nationale des coûts, c'est-à-dire sa représentativité, correspond à la capacité à estimer correctement les coûts moyens propres à différentes catégories d'établissements ou de patients, à partir des données brutes de l'échantillon et des méthodes de sondages statistiques appropriées (pondérations, redressements, calages sur marges). L'utilisation de variables de « calage sur marge », décrivant les caractéristiques des patients et des établissements où sont réalisés les séjours, garantit *a priori* une représentativité de l'échantillon au regard de ces caractéristiques, sous réserve que l'échantillon inclue un nombre suffisant de séjours de chaque GHM. Selon l'agence, l'échantillon des établissements publics couvre correctement la diversité de l'activité par la présence de plusieurs CHU.

L'annexe n° 6 détaille les raisons pour lesquelles les établissements sont réticents à intégrer l'étude nationale des coûts, et les pistes pour y remédier. L'ATIH, qui travaille à l'amélioration constante de la représentativité de l'échantillon, en recrutant de nouveaux établissements, considère quant à elle que les techniques statistiques qu'elle utilise lui permettent de s'appuyer sur cet échantillon réduit, même si elle reconnaît la nécessité d'en améliorer la représentativité.

Selon l'ATIH, rien ne permet de conclure que l'estimation du coût moyen pourrait manquer de fiabilité. Les techniques de redressement permettraient de corriger les biais afin que l'estimation soit représentative des caractéristiques nationales. L'agence considère malgré tout comme nécessaire d'étudier avec les acteurs, les moyens de rendre plus lisibles et transparentes les opérations statistiques employées.

Par ailleurs, plus l'activité est hétérogène, plus il est nécessaire de disposer d'une quantité significative de données afin de prendre en compte la variabilité de l'activité dans l'estimation du coût moyen. Par exemple, pour les séances d'hémodialyse en centre dont l'activité est très homogène, il n'est pas nécessaire de disposer d'un taux de sondage très élevé. A l'inverse pour une activité plus complexe, les techniques de redressement nécessitent un volume de données plus consistant pour être performantes.

C'est pour cette raison que, dans le ciblage des établissements à intégrer à l'échantillon⁸⁹, l'ATIH vise des établissements qui lui permettent d'atteindre un nombre de séjours par GHM d'au moins 100 séjours au national (axe 1) et d'au moins 30 séjours par statut

⁸⁸ Un logiciel d'aide au traitement des données comptables (ARCAAnH) qui attrait les données agrégées par sections d'analyse issues du découpage analytique de l'activité de l'établissement et un logiciel (Aramis) qui extrait les informations médicales sur les séjours, dans le but de les apparier avec des données de suivi des séjours des établissements.

⁸⁹ Décret n° 2016-1273 du 28 septembre 2016 qui précise les modalités de sélection des établissements de l'étude nationale des coûts sur le champ hospitalier.

juridique (axe 2). La sous-représentation des établissements de moyenne et de petite taille doit toutefois inviter l'ATIH à agir de manière plus déterminée.

En dépit de ces efforts, il ne semble pas possible de considérer que la répartition territoriale des établissements ne constitue pas une variable déterminante de bonne construction de l'échantillon. En effet, la variable d'implantation territoriale embarque un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à la bonne représentativité de l'échantillon : attractivité pour les soignants, densité de l'offre médicale, caractéristiques de la patientèle... très difficiles à compenser par les opérations de redressement.

Au total, plusieurs axes d'amélioration de l'échantillon semblent possibles. L'ATIH et la DGOS prévoient de renforcer le dispositif de pénalités applicables aux établissements qui refusent de rentrer dans l'étude, après y avoir été invités :

- un axe d'amélioration porte sur les activités peu fréquentes. En dehors des CHU, leur représentativité est fragile, les grands et les petits centres hospitaliers étant sous-représentés dans l'échantillon, que ce soit en hospitalisation complète ou en séances. Cette distorsion de l'échantillon pose inévitablement la question de la base sur laquelle sont calculés les coûts moyens, nettement plus proches de ceux des CHU que de ceux des centres hospitaliers, dans un contexte où un redressement est opéré (cf. infra). La diversité de l'activité est également plus complexe à appréhender sur le secteur privé lucratif, au sein duquel les établissements sont plus spécialisés ;
- une meilleure prise en compte du statut des établissements au sein de l'échantillon constituerait un autre axe d'amélioration de sa représentativité ;
- le programme médicalisé des systèmes d'information est exhaustif et permet de juger de la représentativité de l'étude nationale de coûts, à partir de différents critères comme celui du nombre de séjours, du nombre d'établissements, des catégories majeures de diagnostic, des niveaux de sévérité et des régions représentées selon les catégories d'établissements. Les conclusions présentées en annexe n° 6 fournissent des éclairages pour que, outre le statut des établissements, la représentativité de la base de l'étude nationale des coûts soit améliorée à l'aune notamment des différents champs (médical, chirurgical, obstétrique), du poids de chaque type de pathologie et des niveaux de sévérité ;

Enfin, même si l'ATIH dit ne pas faire de la représentativité géographique un objectif, spécifique (voir supra), la représentativité régionale de l'étude nationale des coûts n'est pas satisfaisante : on peut notamment relever qu'il n'y a dans la base de l'étude nationale des coûts aucun centre hospitalier, ni CHU ni centre de lutte contre le cancer implanté en Bretagne ou en Provence Alpes Côte d'Azur⁹⁰. L'ATIH se propose de soumettre aux acteurs un axe d'amélioration de la représentativité de l'étude nationale des coûts relatif à la répartition géographique des établissements participants. L'échantillon pourrait gagner en fiabilité enfin si y étaient introduits des éléments permettant de mieux apprécier la charge en soins, modulée par la durée des séjours et donc une ventilation plus pertinente des charges de personnel soignant sur les séjours de médecine-chirurgie-obstétrique.

⁹⁰ Voir la carte portée en annexe n° 6.

3.3.3 Réduire le délai entre la collecte des données et la construction des tarifs

La construction des référentiels de coûts s'étale sur une période de trois années. Ainsi, les données de l'année 2023 seront-elles transmises au cours de l'année 2024. C'est alors que les bases seront consolidées afin que le référentiel des coûts soit construit pour être publié en N+2. Les données recueillies seront ainsi mobilisables pour la campagne tarifaire N+3, c'est-à-dire celle de 2026.

Pour autant, minimisant l'impact réel de ce décalage de trois ans, l'ATIH insiste, d'une part, sur la grande stabilité des coûts d'une année sur l'autre, d'autre part, sur le fait que la mesure du coût ne constitue qu'une estimation, qui présente donc un caractère incertain, ce qui limiterait les conséquences réelles de ce décalage de trois ans dans le temps, d'autant que, depuis 2011, les coûts sont calculés à partir de ceux de l'année précédente.

Le débat est clos pour un certain temps puisque, pour tirer les conséquences tarifaires de la garantie de financement et la modification substantielle des coûts à la suite de l'intégration des mesures du Ségur de la santé, il faudra attendre au mieux début 2026.

Schéma n° 1 : Calendrier des données de l'étude nationale des coûts



Source : ATIH

Comme le reconnaît l'ATIH et le souligne la direction de la sécurité sociale en trois ans, les pratiques ou les techniques médicales peuvent avoir évolué (par exemple avec la montée en charge de la robotique en chirurgie ou de l'intelligence artificielle dans l'interprétation de l'imagerie), parfois nettement, ce qui oblige à recourir à d'autres modalités d'actualisation que celles inhérentes au processus de construction des coûts de la T2A.

Dans la mesure où le progrès médical et technique ne se diffusent pas au même rythme dans tous les établissements, il pourrait être pertinent de rechercher d'autres sources de financement, temporaires, de ces évolutions pour, tout à la fois, accompagner les établissements en avance et, avec un décalage dans le temps mais de manière ciblée, inciter d'autres établissements à rattraper leur retard.

La DGOS comme l'ATIH attendent des différents acteurs et notamment des fédérations qu'ils les alertent, notamment lors des réunions de concertation, sur d'éventuelles évolutions des techniques ou des pratiques médicales.

Cette modalité de révision des tarifs est insuffisamment formalisée et ne concerne qu'un nombre très réduit de groupes parmi ceux qu'il semblerait nécessaire de revoir. De plus, elle n'approche que de très loin le chantier de l'actualisation de nombre de GHM et des tarifs, dont de nombreux acteurs réclament depuis longtemps la remise à plat.

Le rythme actuel de révision des nomenclatures et notamment celle des GHM est, pour certains experts, totalement inadapté et ne permet pas de disposer d'un système qui reflète le quotidien des établissements.

Au rythme actuel, il faudrait environ un siècle pour actualiser ces nomenclatures⁹¹. Celle de l'activité de la chirurgie mammaire mérite d'être signalée : il a fallu près de trois années pour construire les GHM qui répondent aux attentes des praticiens. Pour éviter cet écueil, il est indispensable de prévoir un mécanisme de révision périodique moins aléatoire et plus régulier que celui qui prévaut aujourd'hui.

Les documents analysés au cours de l'instruction montrent qu'il existe bien une concertation entre la DGOS, avec l'appui technique de l'ATIH, et les fédérations, dans le but d'évaluer l'opportunité qu'il y aurait à modifier certains GHM ou certains GHS.

Puisque l'ensemble du processus se déroule à masses constantes, des tractations ont lieu, qui imposent aux fédérations sollicitant des modifications de périmètre ou des hausses de tarifs de proposer ou d'accepter des modulations tarifaires à la baisse, permettant de contrebalancer les hausses. En dépit de quelques avancées⁹², le processus est très lent, dans la mesure où les augmentations devront impérativement être financées par des réfections qu'il faudra ensuite expliquer aux établissements perdants.

Quelles que soient les compétences dont s'entourent les fédérations, celles-ci ont plusieurs fois exprimé le souhait que les sociétés savantes, qui disposent quant à elles d'une expertise approfondie, puissent être systématiquement consultées et associées aux travaux de révision des nomenclatures sur lesquelles se fonde la T2A. À cet égard, l'ATIH partage la nécessité de mieux associer les associations des professionnels médicaux au suivi des outils de classification.

3.3.4 Améliorer la lisibilité, la stabilité et la transparence pour renforcer la confiance des acteurs

L'ATIH estime que les méthodes statistiques qu'elle met en œuvre garantissent la fiabilité des estimations de coût assises sur les résultats de l'étude nationale des coûts qui

⁹¹ Ministère de la santé et des solidarités, rapport de la « task force réforme du financement du système de santé, vers un modèle de paiement combiné », 19 janvier 2019. « *Le maintien d'une part significative de rémunération à l'acte ou à l'activité ne peut s'envisager sans un investissement majeur sur la révision des nomenclatures afin d'en assurer la cohérence et la pertinence avec l'état de l'art médical. Dans de nombreux domaines, il existe des dizaines voire des centaines d'actes (en biologie) qui sont classés hors nomenclature. Les rythmes de mises à jour sont souvent trop lents conduisant à une durée de révision générale des nomenclatures qui pourraient durer plus d'une centaine d'années* ».

⁹² En 2019, par exemple, la revalorisation des tarifs de six GHS relatifs à la maternité (+ 2,5 %) a été financée par une baisse de 0,11 % sur l'ensemble de la masse tarifaire des établissements privés lucratifs.

demeure une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements volontaires, dont les coûts moyens par GHS ou par GHM ne sont que des estimations des valeurs réelles.

Une simple moyenne des coûts par GHM à partir des données de l'échantillon de l'étude nationale des coûts n'est cependant pas suffisamment précise car cette donnée est trop dépendante de la structure de l'échantillon.

Dans ses notes de fin de campagne, l'ATIH décrit le processus du calcul des coûts qui se divise en plusieurs étapes : corrections des surcoûts estimés, contrôles qualité, redressement et ajout d'un indicateur de qualité. Il semblerait que cette procédure soit réalisée une fois par GHM puis une fois par GHS, mais la documentation reste floue sur ce point.

La quasi-totalité des acteurs auditionnés au cours de l'instruction saluent l'indéniable part de rationalité et d'objectivité que la tarification à l'activité a introduit dans un système malade de la dotation globale, pour regretter d'autant plus vivement le délitement d'une partie de la confiance qu'ils devraient pouvoir placer dans la gestion de cet outil.

Le dispositif mis en place, essentiellement avec l'appui technique de l'ATIH, est d'une excessive complexité, engendrée par des techniques statistiques et des algorithmes particulièrement élaborés. Quelle que soit la place qui sera à l'avenir réservée à la tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé, l'outil lui-même, mais surtout la transparence dans la méthode d'élaboration des tarifs et la lisibilité du dispositif d'ensemble, demeurent hautement perfectibles.

Il faut malgré tout souligner les injonctions contradictoires auxquelles sont soumis les pilotes du dispositif de la tarification à l'activité. Les demandes des différents acteurs et notamment des fédérations, mais parfois du ministère, sont contradictoires entre elles et il arrive fréquemment que la voie de sortie consiste en des évolutions techniques de l'outil ou des nomenclatures qui en accroissent mécaniquement la complexité.

Recommandation n° 4. (DGOS, ATIH) : Rendre publics les programmes, les algorithmes, les hypothèses et les retraitements relatifs au dispositif de collecte des coûts et de construction des tarifs.

3.3.5 Mieux garantir la neutralité tarifaire

La notion de neutralité tarifaire peut recouvrir différentes significations :

- la première correspond à l'idée d'une convergence entre un coût au GHS jugé efficient et son tarif associé (ce qui suppose que leurs périmètres soient comparables et bien définis), de sorte que le tarif régulé permette de couvrir le coût d'un séjour tout en poussant à l'efficience dans l'organisation des soins ;
- la seconde est de parvenir à des niveaux de financements qui soient comparables d'un GHS à l'autre, à l'exception des GHS faisant l'objet de mesures spécifiques d'incitation ou de désincitation. Dès lors que l'enveloppe de l'Ondam ne permet pas de couvrir l'ensemble des coûts, il n'est plus possible de prétendre obtenir une adéquation entre coût efficient et tarif. Néanmoins l'effort de convergence des niveaux de financements des GHS vers un même niveau moyen de financement reste un enjeu important car il permet de stabiliser une partie des revenus des établissements en les rendant indépendants de leur *casemix*.

La réussite et l'efficacité de la tarification à l'activité reposent notamment sur la neutralité des tarifs, avec comme corollaire la transparence et la lisibilité, conditions de la confiance des acteurs dans la neutralité du régulateur.

La tarification à l'activité a en effet pour vocation première d'être une clé de répartition dont les tarifs reproduisent la hiérarchie des coûts moyens de production. L'objectif est d'éviter d'avantager une pratique médicale plutôt qu'une autre (sauf si c'est un choix de politique de santé publique), d'assurer l'unicité et la transparence des règles de financement vis-à-vis de tous les acteurs, mais aussi et surtout de délivrer aux établissements un signal-prix clair et économiquement fiable, pour leur permettre de prendre les bonnes décisions de gestion, d'organisation et de spécialisation.

Il est essentiel d'assigner à la part de tarification à l'activité qui sera conservée dans le futur modèle de financement des établissements de santé l'objectif d'inciter les établissements à des efforts de productivité, pour se rapprocher des établissements les plus efficaces.

Dans ce contexte, la distorsion des tarifs par rapport aux coûts doit être strictement limitée à des objectifs de santé publique. Les écarts injustifiés avec la neutralité tarifaire entraînent *a contrario* des conséquences qui contreviennent frontalement aux objectifs assignés à la tarification à l'activité : mauvaise allocation des ressources, phénomènes de rente, effets d'aubaine, efforts d'efficacité mal orientés par un signal - prix dévoyé, irrationalité de certaines décisions, par exemple de spécialisation ou d'abandon d'activité.

À cet égard, la direction de la sécurité sociale a indiqué qu'elle soutenait la nécessité d'éliminer les écarts entre les tarifs et les coûts afin de tendre vers la neutralité tarifaire, sauf lorsque ces écarts sont justifiés par des incitations à certaines prises en charge définies de manière transparente et partagée avec les acteurs.

Recommandation n° 5. (DGOS, ATIH) : Éliminer les écarts de tarifs non justifiés par les coûts des différents GHS ou par des décisions correspondant à des objectifs de santé publique.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

Dans le but de préserver les acquis de la T2A, la réforme du financement des établissements de santé doit conserver une part significative de tarification à l'activité. Parallèlement, la comptabilité analytique des hôpitaux doit être renforcée et, même s'il devient moins associé à la tarification, le bénéfice du codage médico-économique devra être préservé.

Alors que la régulation de l'Ondam s'est longtemps faite par les tarifs, la réduction du poids de la T2A dans le financement des établissements de santé devra nécessairement s'accompagner d'une régulation de l'Ondam par d'autres vecteurs, qu'il s'agisse des dotations ou d'une réserve prudentielle accrue.

En outre, il est nécessaire d'améliorer la représentativité de l'échantillon d'établissements participant à l'étude nationale de coûts, de réduire le délai qui s'écoule entre la collecte des données et la détermination des tarifs fixés par arrêté et d'évoluer résolument vers la neutralité tarifaire.

CONCLUSION

La réforme du financement des établissements de santé actuellement en cours de conception ne doit pas conduire à mettre à mal l'ensemble des avancées qui résultent de la mise en place depuis 2004 de la tarification à l'activité. Ces avancées se traduisent en particulier par un pilotage rénové des établissements de santé, qui associe davantage les équipes médicales, favorise une connaissance approfondie des coûts des activités hospitalières, par la définition de tarifs pour chacune des activités de soins, par un pilotage des crédits d'assurance maladie qui repose sur une plus grande équité, enfin par une transparence renforcée dans la distribution des financements aux établissements.

Pour autant, dans un souci de lisibilité et de retour de la confiance en ce mode de financement, il convient de rompre avec une excessive complexité technique et avec le manque de transparence, qui résultent des modalités actuelles de pilotage de la tarification à l'activité.

A ces conditions et paradoxalement aussi parce que la part des tarifs dans le financement des établissements de santé est appelée à se réduire, la réforme pourrait être l'occasion de redonner à la T2A son rôle d'outil de tarification et d'incitation à l'efficience.

ANNEXES

Annexe n° 1.	Liste des sigles utilisés	72
Annexe n° 2.	La classification médico économique des séjours.....	74
Annexe n° 3.	Le poids de la tarification à l'activité dans l'Ondam	75
Annexe n° 4.	Poids de la tarification à l'activité dans les recettes d'assurance maladie des établissements de santé.....	77
Annexe n° 5.	Etude de la variabilité des coûts	81
Annexe n° 6.	Représentativité de l'étude nationale des coûts et création des tarifs issus des coûts	88
Annexe n° 7.	Dynamique de la distorsion tarifaire	101
Annexe n° 8.	Comparaisons internationales.....	106

Annexe n° 1. Liste des sigles utilisés

AC : aide à la contractualisation
 ANAP : agence nationale pour l'appui à la performance
 ARS : agence régionale de santé
 ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 ATU : autorisation temporaire d'utilisation
 CH : centre hospitalier
 CHR : centre hospitalier régional
 CHS : centre hospitalier spécialisé
 CHU : centre hospitalo-universitaire
 CLCC : centre de lutte contre le cancer
 CMA : comorbidités associées
 CMD : catégorie majeure de diagnostic
 CME : commission médicale d'établissement
 CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
 CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CREA : comptes de résultats analytiques
 DAF : dotation annuelle de fonctionnement
 DGOS : direction générale de l'hospitalisation
 DIM : département d'information médicale
 DMI : dispositifs médicaux implantables
 DMS : durée moyenne de séjour
 DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 ENC : étude nationale des coûts
 ENCC : étude nationale des coûts à méthodologie commune
 ES : établissements de santé
 ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
 EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
 FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
 FHF : fédération hospitalière de France
 FHP : fédération de l'hospitalisation privée
 FMSEPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
 FMIS : fonds de modernisation pour l'investissement en santé
 GHM : groupe homogène de malades

GHS : groupe homogène de séjour

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

IFAQ : incitation financière à la qualité

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IGF : inspection générale des finances

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIG : missions d'intérêt général

MIGAC : missions d'intérêt général et aides à la contractualisation

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OQN : objectif quantifié national

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RALFSS : rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale

RSS : résumé standardisé de sortie

RTC : retraitement comptable

SSR : soins de suite et de rééducation

T2A : tarification à l'activité

USLD : unité de soins de longue durée

Annexe n° 2. La classification médico économique des séjours

Les séjours hospitaliers sont décrits individuellement dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information à l'aide de codes diagnostics (détaillés dans la nomenclature CIM) et d'actes (dans la nomenclature CCAM). Cette description permet de regrouper les séjours, dans un premier temps, en groupes homogènes de malades (GHM) grâce à un algorithme qui tire parti des données médico - économiques renseignées dans le résumé de sortie standardisée (RSS) et notamment du diagnostic principal, des diagnostics secondaires ou des actes réalisés.

Composées de cinq caractères, les « racines » des GHM correspondent à des prises en charge similaires sur le plan médical. On retrouve théoriquement dans chaque racine de GHM une activité de soins dont le périmètre est maîtrisé et défini. Le découpage en racines prend en compte l'hétérogénéité des activités de soins. Le GHM constitue en effet un groupe de séjours défini sur la base de critères d'homogénéité médicale et économique. Dès lors, les séjours groupés dans un même GHM sont supposés être homogènes médicalement (même pathologie, même niveau de sévérité basée sur les comorbidités associées, même type et même niveau de prestations délivrées au patient, etc).

Les deux premiers caractères définissent la catégorie majeure de diagnostic (CMD) : ainsi pour une affection du système respiratoire (CMD 04).

Le troisième caractère est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification avec les conventions suivantes : C - groupe chirurgical avec acte classant opératoire ; K - groupe avec acte classant non opératoire, appelé aussi interventionnel ; M - groupe « médical » sans acte classant ; Z - groupe indifférencié.

Ainsi, dans la CMD 04, une tumeur maligne du poumon peut être classée, en fonction de sa prise en charge et des actes qui sont réalisés au cours du séjour, soit dans une racine de chirurgie en C (pour une pneumonectomie), dans une racine en K d'interventionnel (pour une endoscopie bronchique) ou encore dans une racine médicale (pour une prise en charge sans acte classant).

La plupart des racines de GHM possèdent différents niveaux de sévérité (de 1 à 4 en médecine et chirurgie et de A à D en obstétrique), permettant d'ajuster le tarif du GHS à la lourdeur et à la complexité des prises en charge, à partir de plusieurs critères comme la durée du séjour, l'âge du patient et l'existence de comorbidités ou de complications médicales associées (CMA). Le sixième caractère du GHM correspond ou bien au niveau de sévérité, ou bien à un type de prise en charge particulier (J, ambulatoire ; T, très courte durée ; E, Décès).

Un résumé d'unité médicale (RUM), produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale, contient un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé. La production des résumés de sortie standardisés (RSS), constitués de l'ensemble des RUM relatifs au même séjour hospitalier d'un malade, est assurée sous le contrôle du médecin DIM. Un fichier de résumé de sortie anonyme (RSA), effectué à partir d'un fichier de résumé de sortie standardisé (RSS), lui-même constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM), est validé par l'ARS puis communiqué à l'ATIH.

Annexe n° 3. Le poids de la tarification à l'activité dans l'Ondam

Le financement par l'assurance maladie des charges que représentent les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour les établissements publics et privés reposent sur la combinaison de différentes voies de financement, dont une part seulement, même si elle est prépondérante, est liée à l'activité et notamment aux séjours.

Dans le financement total en provenance de la sécurité sociale, il est possible de mettre en exergue la part que représente la tarification à l'activité (T2A), c'est-à-dire le paiement des tarifs aux établissements. Pour mesurer ce coût total, il convient de prendre en compte le sous-objectif « établissements de santé » de l'Ondam mais aussi une part des crédits du fonds d'intervention régional (FIR)⁹³, retracés dans un autre sous-objectif qui participe également depuis 2012 au financement des établissements de santé⁹⁴.

Le sous-objectif des établissements de santé ne comprend cependant pas les honoraires des praticiens libéraux et des auxiliaires médicaux, hors soins infirmiers, du secteur privé qui sont financés par le sous-objectif des soins de ville. La Cour relevait en 2021⁹⁵ que « *la non prise en compte dans l'Ondam « établissements de santé » des honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique (qui peuvent représenter 40 % des coûts en chirurgie) pose question* ».

Par ailleurs, la direction de la sécurité sociale du ministère chargé de la santé indique ne pas disposer du montant précis du FIR attribué exclusivement aux établissements de santé en raison des missions transversales qui leur sont attribuées. Elle estime cependant, pour 2021, que la part des établissements de santé doit se situer entre 60 % et 80 % du montant du FIR (3,8 Md€).

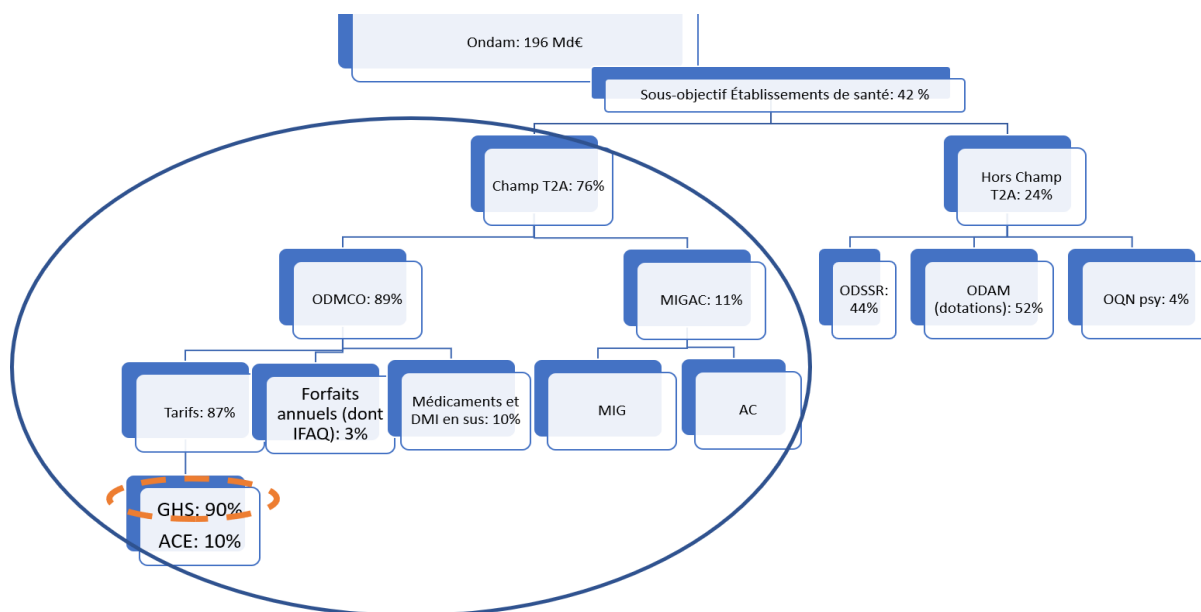
Dans ce contexte, les dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements de santé sont estimées à 99,4 Md€ en 2021 soit 41,4 % de l'Ondam, en progression de 40,2 % depuis 2010, année où elles s'établissaient à 70,9 Md€.

Depuis 2010, le sous-objectif établissements de santé est ainsi le deuxième poste de dépense de l'Ondam, derrière les soins de ville. De 2010 à 2019, le sous-objectif établissements de santé et l'Ondam ont présenté un rapport quasi-identique au PIB, avec la perte de 0,1 point (3,6 % / 3,5 % et 8,3 % / 8,2 %).

⁹³ Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, pour doter les ARS, créées deux ans plus tôt, d'un instrument financier d'intervention pour favoriser des actions, des expérimentations et le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions différentes.

⁹⁴ En 2022, les sous-objectifs « établissement de santé » et FIR ont connu une évolution de périmètre. Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) initialement rattaché au sous-objectif établissements de santé devient fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS). Il est alors rattaché au sous-objectif du FIR qui s'intitule dans le PLFSS 2022 « dépenses relatives au FIR et soutien national à l'investissement ».

⁹⁵ Cour des comptes, *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à renforcer*, in La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

Schéma n° 1 : Schéma des compartiments du sous objectif « établissements de santé »

Source : Cour des comptes à partir des données de la Drees. Note : Ondam initial 2019 hors fonds d'intervention régional (FIR) : 3,5Md€ et hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés : 0,64 Md€ (FMESPP). Le champ T2A entouré de bleu représente la T2A au sens large, il s'agit du financement de l'activité MCO, le contour en orange représente la T2A au sens strict : la tarification au séjour à partir de groupes homogènes de séjours (GHS).

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

ODSSR : objectif de dépenses en soins de suite et de réadaptation

ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie pour les dotations notamment de psychiatrie

OQN : objectif quantifié national pour la psychiatrie

GHS : groupe homogène de séjour pour désigner la tarification au séjour

ACE : actes et consultations externes

DMI : dispositifs médicaux implantables

Tableau n° 1 : Dépenses exécutées du sous-objectif établissements de santé (Md€)

Catégories	2017	2018	2019	Part en 2019	2020	2021	Part en 2021
Part tarifs	45,732	46,419	47,38	77%	48,324	51,84	71%
Médicaments, DMI et ATU	5,104	5,316	5,584	9%	5,235	5,95	8%
Forfaits annuels (hors Ifaq)	1,406	1,427	1,423	2%	1,435	0,17	0%
Dotations populationnelle s	0	0	0		0	2,62	4%
Ifaq MCO	0	0,04	0,165		0,344	0,38	1%
Total ODMCO	52,242	53,202	54,552	88%	55,338	60,96	83%
MIGAC MCO	6,729	7,089	7,22	12%	12,826	12,06	17%
Total Champ T2A	58,971	60,291	61,772	100%	68,164	73,02	100%

Source : Cour des Comptes, d'après les données de la DGOS

Annexe n° 4. Poids de la tarification à l'activité dans les recettes d'assurance maladie des établissements de santé

Tableau n° 1 : Évolution des Migac MCO de 2017 à 2021 (en Md€)

	2017	2018	2019	2020	2021	Evol 2017- 2021
MIG participation aux missions de santé publique	1,43	1,44	1,44	1,51	0,75	- 48 %
MIG participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	-4 %
MIG activités de soins dispensés à des populations spécifiques	0,43	0,47	0,46	0,48	0,54	26 %
MERRI*	3,37	3,27	3,28	3,42	3,67	9 %
Total MIG	5,29	5,25	5,24	5,48	5,03	-5 %
AC	1,39	1,50	1,63	7,32	6,96	402 %
Total Migac	6,68	6,75	6,87	12,79	11,99	79 %

Source : Cour des comptes à partir de l'état financier des ARS. Note : hors crédits intégrés au Fir.

Note* : MERRI : missions d'enseignement de recherche, de rôle de référence et d'innovation.

Tableau n° 2 : Répartition des versements aux ESPIC par l'assurance maladie pour l'activité de MCO (en Md€)

Produits	2017	2018	2019	2020	2021
Tarification des séjours	3,99	4,05	4,19	5,01	5,38
Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	0,44	0,47	0,51		
Médicaments et DMI en sus	0,62	0,66	0,74	0,88	1,07
Forfaits annuels	0,07	0,08	0,09	0,11	0,13
Migac MCO	0,49	0,48	0,49	0,91	0,88
Hôpitaux de Proximité	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05
Total activités de MCO	5,67	5,79	6,06	6,95	7,52
Part de la tarification des séjours sur les produits MCO	70 %	70 %	69 %		

Source : Cour des comptes à partir de l'annexe « Remboursement des établissements de santé (hors fir ») des états financiers des ARS. Note : Pour les années 2020 et 2021 sous garantie de financement, la distinction entre la tarification des séjours et les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique n'est pas disponible.

Tableau n° 3 : Répartition des versements aux établissements privés à but lucratifs par l'assurance maladie pour l'activité de MCO (en Md€)

Type de produits	2017	2018	2019	2020	2021
Tarification des séjours	8,90	9,03	9,19		
Prestations à tarification spécifique	0,14	0,15	0,21	9,14	10,36
Médicaments et DMI en sus	1,45	1,51	1,60	1,61	1,83
Forfaits annuels	0,12	0,13	0,16	0,20	0,24
Migac MCO	0,15	0,13	0,13	0,70	0,56
Hôpitaux de Proximité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Total MCO	10,77	10,95	11,30	11,64	13,01
Part de la tarification des séjours sur le total MCO	83 %	82 %	81 %		

Source : Cour des comptes à partir de l'annexe « Remboursement des établissements de santé (hors fir) » des états financiers des ARS. Note : Pour les années 2020 et 2021 sous garantie de financement, la distinction entre la tarification des séjours et les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique n'est pas disponible.

Tableau n° 4 : Évolution de la répartition des produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Année	Nombre d'établissements	Produits de la tarification des séjours	Médicaments et DMI en sus	Forfait et dotations annuels MCO	Produit du financement des activités SSR	Hôpitaux de proximité	DAF*	Migac	Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique**	Fir
2017	441	56 %	7 %	2 %	1 %	0,2 %	11 %	12 %	7 %	4 %
2018	431	55 %	7 %	2 %	1 %	0,2 %	11 %	12 %	8 %	4 %
2019	432	54 %	8 %	2 %	1 %	0,2 %	12 %	12 %	8 %	4 %
2020	422	49 %	7 %	2 %	1 %	0,2 %	11 %	18 %	7 %	3 %
2021	411	49 %	8 %	4 %	1 %	0,2 %	11 %	16 %	7 %	3 %

Source : Cour des comptes, données DGFIP sur les budgets principaux des établissements publics de santé. Les établissements retenus sont ceux qui présentent un solde non nul au compte 73 1111 : « GHS et suppléments ». Note* : DAF : dotation annuelle de financement des activités de psychiatrie et de SSR ** dont consultations, actes externes, forfaits, suppléments financés au titre des urgences, autre)

Tableau n° 5 : Répartition des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) en 2019, part type d'établissements publics (APHP, CHU-CHR, hôpitaux généraux (en %))

Catégorie d'établissements	Produits de la tarification des séjours	Médicaments et DMI en sus	Forfait et dotations annuels MCO	Produit du financement des activités SSR	DAF	Migac	Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	Fir
APHP	50 %	9 %	2 %	1 %	10 %	19 %	7 %	3 %
CHU-CHR	54 %	10 %	2 %	0 %	6 %	17 %	7 %	3 %
Hôpitaux généraux	57 %	6 %	3 %	1 %	12 %	7 %	9 %	4 %

Source : Cour des comptes, données DGFIP sur les budgets principaux des établissements publics de santé. Parmi les catégories analysées, les établissements retenus sont ceux qui présentent un solde non nul au compte 73 1111 : « GHS et suppléments ».

Tableau n° 6 : Part des produits de la tarification des séjours dans le budget des établissements publics de santé en 2019

	<i>Montant en Md€</i>	<i>Part de des produits de la tarification des séjours</i>
<i>Produits de l'assurance maladie (titre 1)</i>	52,69	54 %
Dont produits de la tarification des séjours	28,34	
<i>Autres produits de l'activité hospitalière</i>	5,17	
<i>Autres produits *</i>	9,71	
Total des produits	67,57	42 %

Source : Cour des comptes à partir des données comptables DGFIP- Note : budget principal des 432 établissements publics tirant une partie de leurs produits des tarifs de séjours hospitaliers (solde du compte 73 1111 « GHS et suppléments » non nul).

Tableau n° 7 : Financements des activités de MCO par l'assurance maladie aux établissements de santé

<i>Produits</i>	<i>2011 (en Md€)</i>	<i>2019 (en Md€)</i>	<i>Évolution 2011-2019 (en %)</i>	<i>2021 (en Md€) (sous garantie de financement)</i>
<i>Produits de la tarification des séjours</i>	36,95	41,54	12 %	50,87
<i>Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (dont consultations, actes externes, forfaits, suppléments financés au titre des urgences, autre)</i>	3,32	4,91	48 %	
<i>Médicaments et DMI en sus</i>	4,04	6,32	56 %	7,91
<i>Forfaits annuels</i>	1,11	1,57	41 %	3,16
<i>Migac et Fir (1)</i>	8,08	8,93	10 %	14,03
<i>Hôpitaux de Proximité</i>	-	0,51		0,55
<i>Autre (2)</i>	0,38	0,22	- 41 %	0,27
Total des dépenses des établissements MCO	53,88	64,00	19 %	76,80

Source : Cour des comptes à partir des données des états financiers des ARS Note : En raison de la mise en place de la garantie de financement, l'état financier des ARS pour 2021 ne peut établir distinctement les produits de la tarification des séjours et les actes et consultations externes qui sont globalisés. (1) : En 2013, une partie des MIG ont été transférée au fonds d'intervention régional (Fir), la ligne « Migac et Fir » reprend le montant des MIG et du montant transféré au Fir. (2) : La ligne « autre » désigne les activités de MCO non soumises à T2A (centre hospitalier de Mayotte, hôpitaux de Fresnes et de Puiçerdà).

Annexe n° 5. Etude de la variabilité des coûts⁹⁶

En dépit de sa finesse, la granularité des GHM n'a qu'un effet limité sur la capacité des tarifs à expliquer la variance des coûts. Le modèle théorique de la T2A repose sur la réduction tendancielle de toute dispersion des coûts entre les établissements. Ceci implique la neutralisation des facteurs de coûts exogènes en vue de conserver l'homogénéité des fonctions de production des établissements de santé.

La classification des GHM doit résulter d'un arbitrage entre un nombre suffisant de séjours hospitaliers par groupe, pour que le forfait soit représentatif du coût d'une activité, et des GHM assez fins pour éviter d'inciter à la sélection des patients par rapport à d'autres.

Comme l'inspection générale des finances le faisait déjà remarquer en 2012, après la multiplication par trois du nombre de GHM, il est difficile de réduire l'hétérogénéité médico-économique des prises en charge. Les analyses conduites ont montré que les taux de variance des coûts expliqués par l'établissement⁹⁷ étaient en moyenne très bas, dans les deux secteurs (public et privé), tandis que l'analyse de la corrélation entre la dispersion des coûts et la durée des séjours montrait que cette dernière expliquait en moyenne un tiers de la dispersion des coûts observés dans les GHM (de manière plus marquée dans le secteur public et privé non lucratif que dans le secteur privé lucratif⁹⁸).

Ces travaux, présentés ci-dessous, ont été actualisés au premier semestre 2023, à partir d'un regard en coupe pour l'année 2020 et longitudinal pour la période 2013 à 2020, en prenant comme exemples la pose d'une prothèse de hanche, la cataracte, l'infarctus aigu du myocarde et l'accident vasculaire cérébral.

Méthodologie

Pour chaque grande catégorie de diagnostic, les groupes de sévérité (de 1 à 4 par ordre croissant) doivent correspondre à des intervalles de coûts allant en ordre croissant. Ainsi, les séjours classés en niveau un (faible sévérité) doivent-ils correspondre à des séjours de moindre mobilisation de ressources financières que des séjours de niveau supérieur. De ce fait, l'intervalle de coûts défini par l'écart-type du coût moyen, pour le niveau de sévérité le plus faible (niveau 1), doit se positionner en deçà de l'intervalle de coûts définis par l'écart type du coût moyen pour le niveau de sévérité suivant (niveau 2) ; et ainsi de suite jusqu'au niveau de sévérité le plus élevé (niveau 4). Ceci est illustré par le graphique ci-dessous (exemple du secteur public), à comparer avec les graphiques consacrés ci-après aux analyses relatives à la prothèse totale de hanche, la cataracte, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral (cf. infra).

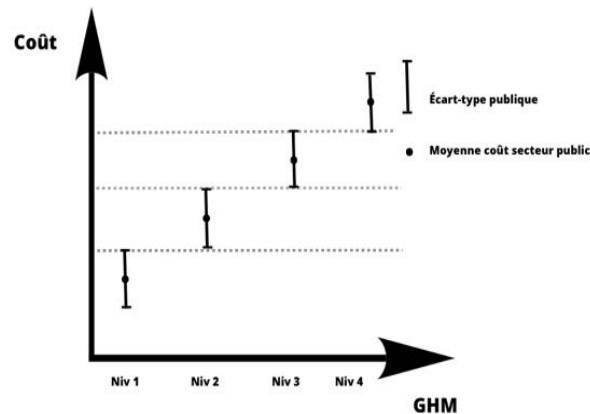
⁹⁶ Etude réalisée par Carine Milcent, directrice de recherche au CNRS.

⁹⁷ Brigitte Dormont, Carine Milcent, « quelle régulation pour les hôpitaux publics français ? », Revue française d'économie, volume 17, numéro 2, 2002.

⁹⁸ Ceci est en grande partie dû à l'utilisation du séjour comme clé de répartition des charges de personnel dans la comptabilité analytique de l'ENC, ce qui donne un poids particulier à la durée des séjours dans les coûts des GHM. Poids relativisé dans le secteur ex - OQN puisque les honoraires des médecins ne sont pas imputés dans les sections d'activité.

Par construction, sur une échelle croissante de coûts, les intervalles de coûts se succèdent par ordre croissant de niveaux de sévérité. Ce schéma de distribution théorique des coûts doit s'observer quelle que soit l'amplitude de l'écart type.

Il s'agit d'un idéal théorique qui n'exclut bien évidemment pas que, en pratique, les écarts – types puissent en partie se recouvrir et que les coûts moyens soient plus proches que ne le décrit cet idéal – type. Ainsi, le choix de porter dans ce schéma une amplitude identique par niveau n'a-t-il qu'une visée pédagogique et ne constitue pas un objectif à atteindre.



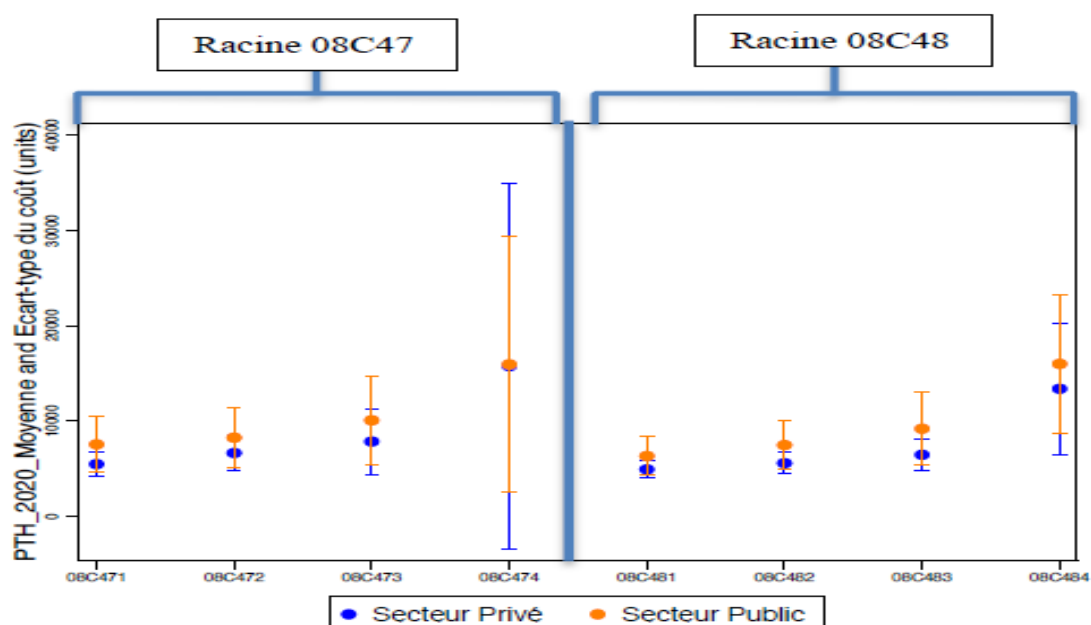
Source : Cour des comptes

1. La prothèse totale de hanche

Pour ce qui concerne la prothèse totale de la hanche, qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé, l'intervalle de coûts défini par l'écart - type du coût moyen, pour le niveau de sévérité le plus faible (niveau 1), se confond avec l'intervalle de coûts définis par l'écart - type du coût moyen pour le niveau de sévérité suivant (niveau 2) et ainsi de suite jusqu'au niveau de sévérité le plus élevé. Comme le montre la comparaison avec le graphique ci-dessus, ceci remet en partie en cause la multiplication de ces racines de GHM (08C 47 et dans une moindre mesure 08C 48) en quatre niveaux de sévérité et montre que le raffinement de la classification ne conduit pas nécessairement à une plus grande homogénéité en termes de coût, même si est observée une tendance à la hausse des coûts croissante avec le niveau de sévérité.

Par ailleurs, l'amplitude de l'intervalle défini par l'écart - type est identique quel que soit le niveau de sévérité, ce qui suggère que celle-ci pourrait être reconsidérée⁹⁹.

Graphique n° 1 : Prothèse de la hanche -2020 : Moyenne et Ecart-type du coût des séjours par GHM et par secteur

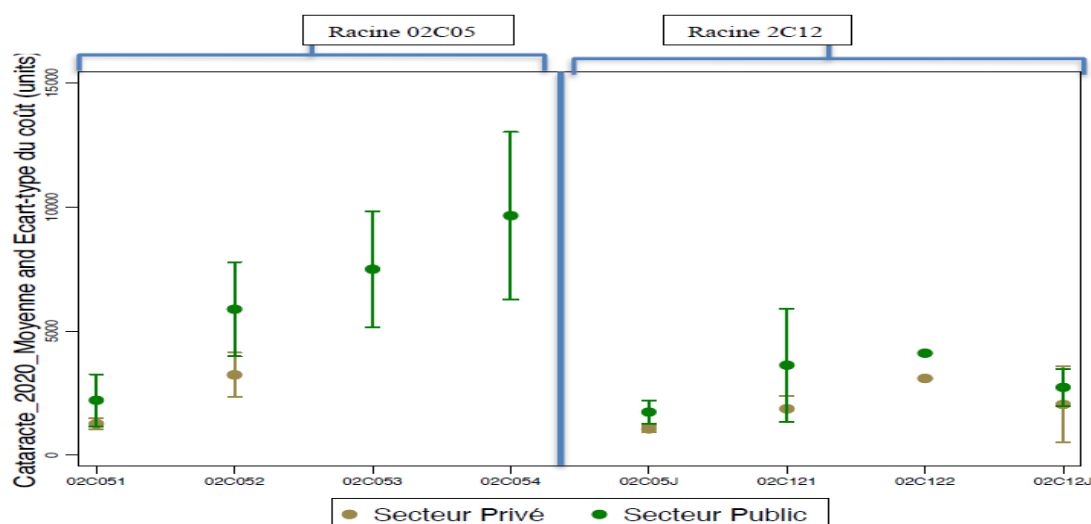


⁹⁹ Plus l'amplitude de l'intervalle défini par l'écart -type est importante et plus le coût présente une grande variance, plus cela signifie une grande amplitude de dépenses pour soigner le patient. On peut alors craindre des comportements de sélection des patients. Plus l'amplitude est faible et plus la prise en charge standardisée, plus les établissements engagent les mêmes dépenses quels que soient les patients, plus la prise en charge devient indépendante des caractéristiques des patients et les coûts spécifiques relatifs aux caractéristiques des patients n'apparaissent pas dans la prise en charge.

2. La cataracte

L'étude de la cataracte¹⁰⁰ présente, pour les deux racines de GHM étudiées¹⁰¹, une variance négligeable au regard de la valeur du coût moyen, dans le secteur privé lucratif. De ce fait, avant même un découpage par les quatre niveaux de sévérité ainsi que la création d'un GHM pour chirurgie ambulatoire, ces racines forment des groupes correspondant en réalité à des paiements à l'acte. En effet, un paiement par forfait implique une variabilité des coûts. Pour ces deux racines, le graphique ci-dessous montre lui aussi une discordance par rapport au graphique théorique ci-dessus. Cette très faible variance rapproche d'un paiement à l'acte, ce qui milite pour une concentration des GHM, de manière à leur rendre leur vocation de moyennisation d'un nombre de séjours suffisants, afin d'inciter les établissements à rapprocher leurs coûts de ce coût moyen.

Graphique n° 2 : Cataracte - Année 2020 : Moyenne et Ecart-type du coût des séjours par GHM et par secteur (le GHM 02C05J doit être positionné dans le cadre de la racine 02C05)



3. L'infarctus aigu du myocarde

Pour ce qui concerne l'infarctus aigu du myocarde¹⁰², à l'instar de la prise en charge de la prothèse totale de hanche et de la cataracte, le graphique ci-dessous s'éloigne lui aussi du graphique théorique et corrobore l'hypothèse selon laquelle une classification moins fine pourrait être pertinente en termes de sélection des patients, tout en permettant une robustesse plus grande pour le calcul du coût moyen par groupe de racine.

On observe toutefois une tendance nette à la hausse des coûts avec le niveau de sévérité, justifiant une forme de segmentation de la racine. En outre, la variance des coûts par GHM du

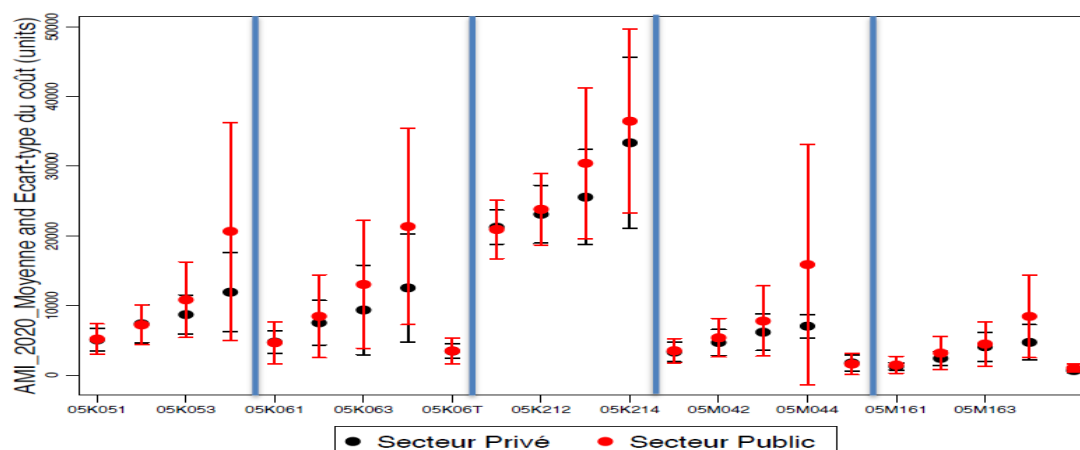
¹⁰⁰ Entre 2013 et 2020, le taux de femmes augmente, l'âge moyen est stable. L'ensemble des patients retourne à leur domicile le jour même de leur intervention. Le coût moyen est stable avec une légère diminution.

¹⁰¹ Il s'agit des racines 02C05 : interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ; 02C12 : interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie.

¹⁰² Entre 2013 et 2020, la proportion de patients de sexe féminin augmente, l'âge moyen des patients progresse de 68 à 70 ans, ces derniers reviennent plus rapidement à leur domicile.

secteur public est plus importante que celle observée pour le secteur privé, quel que soit le GHM.

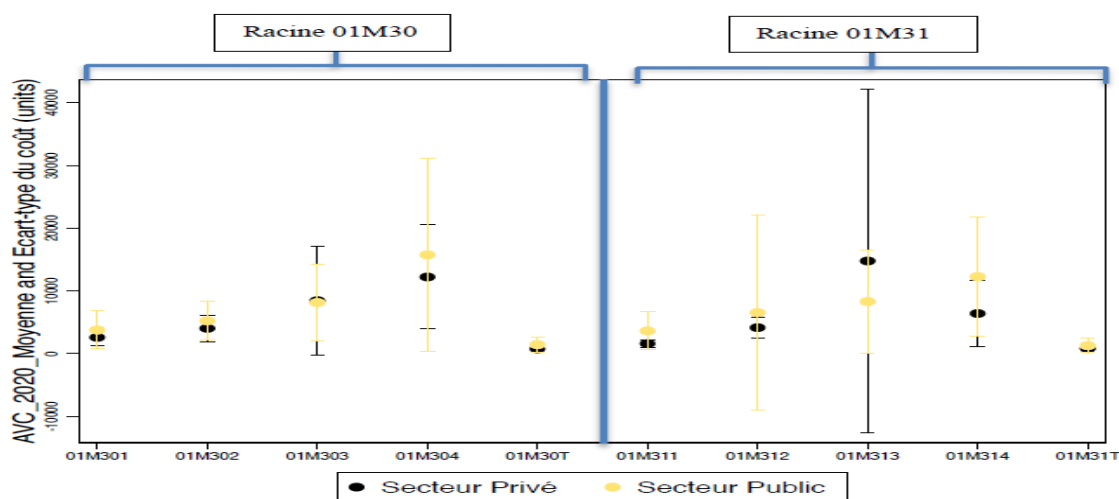
Graphique n° 3 : Infarctus aigu du myocarde - Année 2020 : Moyenne et Ecart-type du coût des séjours par GHM et par secteur



4. L'accident vasculaire cérébral

L'analyse sur l'accident vasculaire cérébral est réalisée au travers de deux racines de GHM¹⁰³. L'observation empirique de ces derniers, qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé ne rencontre pas le résultat théorique présenté ci-dessus et s'en distingue plus fortement que les cas précédents, appelant là encore à repenser la segmentation de ces racines de GHM.

Graphique n° 4 : Accident vasculaire cérébral - Année 2020 : Moyenne et Ecart-type du coût des séjours par GHM et par secteur



¹⁰³ 01M 30 et 01M 31. S'agissant d'une racine de prise en charge cliniques, il ne peut pas y avoir de groupe de chirurgies ambulatoires de séjours de moins de 12 heures.

5. Conclusion

La variance intra GHM représente 80 % de la variance totale pour la prise en charge de la prothèse totale de la hanche, l'accident cardiovasculaire et la cataracte. Pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, l'intervalle de la variance des coûts du GHM de sévérité élevée (niveau trois) englobe le coût moyen des niveaux de très court séjour et de niveau de sévérité un et deux, dans le secteur public comme dans le secteur privé. La variance intra GHM est faible.

Si l'on se réfère aux travaux antérieurement conduits¹⁰⁴, pour ce qui concerne l'infarctus du myocarde, la variance intra GHM pour l'année 2013 est comparable à celle qui avait été trouvée pour l'année 2011¹⁰⁵, soit environ 40 % pour le secteur public et 30 % pour le secteur privé. La variance intra GHM augmente sur la période 2017 – 2022, suggérant une augmentation de l'hétérogénéité intra GHM, c'est-à-dire une variance des coûts qui croît à l'intérieur des groupes par niveau de sévérité.

L'estimation du coût total sur la période 2013 – 2020, pour la prise en charge de la prothèse totale de la hanche, montre que la durée du séjour est un facteur explicatif important de la variabilité du coût. Pour les accidents vasculaires cérébraux, la durée du séjour explique également une part importante de la variance expliquée au modèle. La durée de séjour des GHM de niveau 3 est comparable à la durée du séjour des GHM de niveau 4, tandis que le coût moyen par GHM vérifie le même constat. Comme pour l'infarctus du myocarde, la durée du séjour explique une part importante de la variance tandis que la variance plus élevée relevée pour le secteur public s'explique par l'accueil de patients moins homogènes et plus gravement atteints que dans le secteur privé.

Pour ce qui concerne la cataracte, s'agissant d'un acte chirurgical standardisé, la variance est très faible. Malgré cela, on note que pour le secteur privé la durée du séjour n'a pas d'effet sur la variance expliquée du coût, alors que pour le secteur public la part de variance non expliquée dépend entre 7 et 18 % de la durée du séjour. On peut porter le même constat pour l'infarctus aigu du myocarde. Ceci s'explique à nouveau par le report sur le public des cas les plus graves.

Ainsi, alors que la tarification par GHM a pour objectif d'éliminer la variance due aux écarts de coûts entre des séjours comparables en pathologie et en procédure pour un même GHM, une classification trop fine se rapproche d'une tarification à l'acte et non plus au forfait. Dans ce cas, le régulateur perd les avantages inhérents à la tarification à l'activité. Ce modèle de paiement dissuade en particulier toute innovation qui conduit implicitement à une augmentation des coûts.

Ce constat conduit à s'interroger sur l'opportunité du raffinement des GHM en quatre niveaux de sévérité puisque cela pose des problèmes en termes de validité statistique des coûts moyens. Une classification moins fine permettrait une meilleure validité statistique sans nuire à l'homogénéité des coûts.

¹⁰⁴ B. Dormont et C. Milcent, « coûts hospitaliers et tarification par pathologie : le cas de l'infarctus du myocarde aigu », revue d'économie politique, 110 (quatre), 2000 ; C. Milcent, « premier bilan de la T2A sur la variabilité des coûts hospitaliers », économie et prévision, volume n° 210, 2017.

¹⁰⁵ Même si la construction des groupes s'est modifiée au cours du temps, la théorie veut que ce soit pour aller dans le sens d'une plus grande homogénéité des coûts.

L'ATIH devrait mobiliser ses propres experts ou des chercheurs en économie de la santé pour affiner le diagnostic, déjà probant et décrit ci-dessus, de GHM qui ne s'approchent pas, même de très loin, du modèle théorique qui devrait être le leur.

Annexe n° 6. Représentativité de l'étude nationale des coûts et création des tarifs issus des coûts

1. La représentativité des établissements en fonction de leur statut

L'échantillon cible de l'étude nationale des coûts (ENC) se compose aujourd'hui de 150 établissements (83 publics et 67 privés). Il s'est enrichi en 2022 de 15 établissements (9 publics et 6 privés) et inclut 16 CHU, 39 CH, 7 CLCC, 21 ESPIC, 50 établissements privés lucratifs, 17 établissements de dialyse, dont un public. On relève que des pays comparables en population et au regard de leur système de soins comme l'Angleterre fondent leurs études de coûts sur l'exhaustivité des établissements.

Si le volontariat demeure le principe de base, certains établissements peuvent être désignés en fonction de leurs caractéristiques pour candidater si l'échantillon des établissements retenus s'avère insuffisamment représentatif pour garantir la fiabilité de l'étude nationale des coûts.

Les critères d'évaluation de la qualité de l'échantillon retenus par l'ATIH recouvrent deux axes et demandent d'apprécier la représentativité de l'échantillon GHM par GHM. Le premier axe définit un premier seuil de qualité à 100 séjours par GHM et par secteur dans l'échantillon, toutes catégories d'établissements confondus. Le second axe, plus exigeant, requiert la présence d'au moins 30 séjours d'un même GHM dans chaque catégorie de statut juridique. La qualité globale de l'échantillon est donc une appréciation synthétique de la représentativité sur tous les GHM.

2. La représentativité de l'échantillon par rapport au PMSI

En nombre de séjours, on constate un écart significatif selon les types d'établissements entre PMSI et ENC, dans le sens d'une nette sous-représentation des établissements privés à but lucratif, des CHU, d'une représentation satisfaisante des CH et d'une nette sur-représentation dans l'ENC des CLCC.

Par statut, les établissements sont très inégalement répartis avec une sur-représentation dans l'échantillon de l'ENC des établissements privés à but non lucratif : outre les centres de dialyse, les ESPIC (16 % dans l'ENC, 9 % dans le PMSI) et les CLCC (2 % dans le PMSI et 7 % dans l'ENC), une sous-représentation des CH (46 % dans le PMSI et 25 % dans l'ENC).

Les écarts entre les catégories majeures de diagnostic (CMD) sont révélateurs d'une nette sous-représentation globale au sein de l'ENC des CMD n° 2 (œil) et n° 3 (oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents) mais surtout de la CMD n° 6 (tube digestif). Les distorsions s'accroissent lorsque l'on affine l'analyse par statut d'établissement : pour ce qui concerne les centres hospitaliers, plusieurs CMD sont nettement sous - représentées dans la base ENC par rapport à la base PMSI ; tandis que, pour ce qui concerne les CHU, l'une d'elles est très nettement sur-représentée. Les écarts entre les deux bases PMSI et ENC concernent également le secteur privé à but lucratif, avec de nombreuses CMD moyennement ou largement sous - représentées dans la base ENC.

Si l'on s'intéresse à la représentativité des champs médical, chirurgical, obstétrique, interventionnel, le médical est nettement sur-représenté dans le secteur privé à but lucratif,

tandis que l'interventionnel y est tout aussi nettement sous-représenté, alors même que cette activité se développe fortement.

L'analyse par niveaux de sévérité, quel que soit le niveau considéré, atteste d'une sous-représentativité des centres hospitaliers et des établissements privés non lucratifs, d'une constante sur-représentativité des CHU.

3. Le nombre d'établissements participants

Les établissements sont réticents à candidater pour intégrer l'échantillon, en raison de la charge de travail supplémentaire et des coûts additionnels que la participation à l'ENC entraîne, surtout les premières années.

L'ATIH considère que les établissements membres de l'étude en retirent une amélioration de leurs outils comptables, la connaissance des coûts de leurs séjours, l'identification et la centralisation des données de coûts, la consolidation des outils de contrôle de gestion interne, la possibilité de comparer leurs coûts à ceux du référentiel. Sur le terrain, les avis sont bien plus nuancés, certains établissements n'hésitant pas à trouver que le seul intérêt à participer à l'ENC est de financer un poste de contrôleur de gestion qui n'y consacrerait en fait qu'un mi-temps.

L'ATIH prévoit la possibilité d'un accompagnement d'une année, au cours de laquelle l'établissement pourra s'adapter avant de participer à sa première campagne. En 2022, un établissement qui n'aurait supporté aucune pénalité (pour résultats incomplets) percevrait un montant de 66 750 €, ce qui ne semble pas suffisamment attractif, notamment s'il est tenu de parfaire son informatisation, de revoir son organisation ou de réaménager ses processus de collecte d'information.

Pour ne citer qu'un exemple, même le CHU d'Angers - qui dispose d'une indiscutable expertise comptable puisqu'il assure la gestion d'une base de données utile à la comptabilité analytique des hôpitaux - n'a jamais estimé pouvoir adhérer à l'ENC. Il est observé qu'aucun hôpital de proximité n'y participe.

Un décret précise que, si l'échantillon des établissements retenus est insuffisamment représentatif pour garantir la fiabilité de l'étude nationale de coûts, l'ATIH désigne un ou plusieurs établissements complémentaires. Le premier axe ainsi rendu possible est d'améliorer la fiabilité des estimations mesurées, en recrutant des établissements permettant de couvrir des activités peu représentées dans l'échantillon (par des GHM aux effectifs insuffisants) ; le second, d'assurer la représentativité de toutes les catégories d'établissements (statuts juridiques ou taille en volume économique).

Pour renforcer le processus de recrutement des établissements de l'échantillon ENC, il serait nécessaire de donner les moyens à l'ATIH de contraindre les établissements complémentaires, qui auraient été identifiés deux années consécutives, à entrer dans le dispositif d'accompagnement (rémunéré et supervisé).

4. Données relatives à la représentativité de l'étude nationale des coûts

Tableau n° 1 : Echantillon d'établissements MCO participants à l'étude nationale des coûts en 2010, 2015 et 2019

<i>Année</i>	2010	2015	2019
<i>Nombre d'établissements intégrés</i>	69	73	89
<i>Dont CHU [1]</i>	13	10	7
<i>Dont établissements publics et privés non lucratifs</i>	47	48	49
<i>Dont établissements privés lucratifs*</i>	22	25	40
<i>Nombre total d'établissements participant à l'ENC</i>	75	78	92
<i>Nombre de séjours/séances dans l'échantillon [2]</i>	3 562 163	3 756 727	5 074 077
<i>Nombre de GHM avec coût estimé (secteur public)</i>	1 993	2 082	2 014
<i>Nombre de GHM avec coût estimé (secteur privé lucratif)</i>	748	901	950
<i>Nombre de séjours/séances totales</i>	32 335 170	30 862 102	31 914 265
<i>Taux de sondage [3] (en pourcentage)</i>	11,0%	12,2%	15,9%
<i>Nombre d'établissements complémentaires</i>	0	0	14
<i>Dont secteur public et privé non lucratif</i>			10
<i>Dont secteur privé lucratif</i>			4

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

[1] Chaque établissement de l'AP-HP participant à l'étude compte donc pour un établissement.

[2] Après des opérations de contrôle qualité.

[3] Nombre de séjours et de séances de l'ENC par rapport au nombre de séjours et de séances au niveau national

Tableau n° 2 : Comparaison de la répartition par types d'établissement du nombre de séjours entre le PMSI et l'ENC

Catégorie d'établissement	PMSI		ENC	
	Nombre de séjours	Part	Nombre de séjours	Part
<i>CH</i>	9 269 626	28,69 %	8 880 82	21,78 %
<i>CHR/U</i>	6 376 994	19,74 %	1 287 201	31,57 %
<i>CLCC</i>	1 581 098	4,89 %	4 884 80	11,98 %
<i>Privé non lucratif</i>	1 601 186	4,96 %	3 774 33	9,26 %
<i>Privé</i>	13 477 782	41,72 %	10 359 24	25,41 %

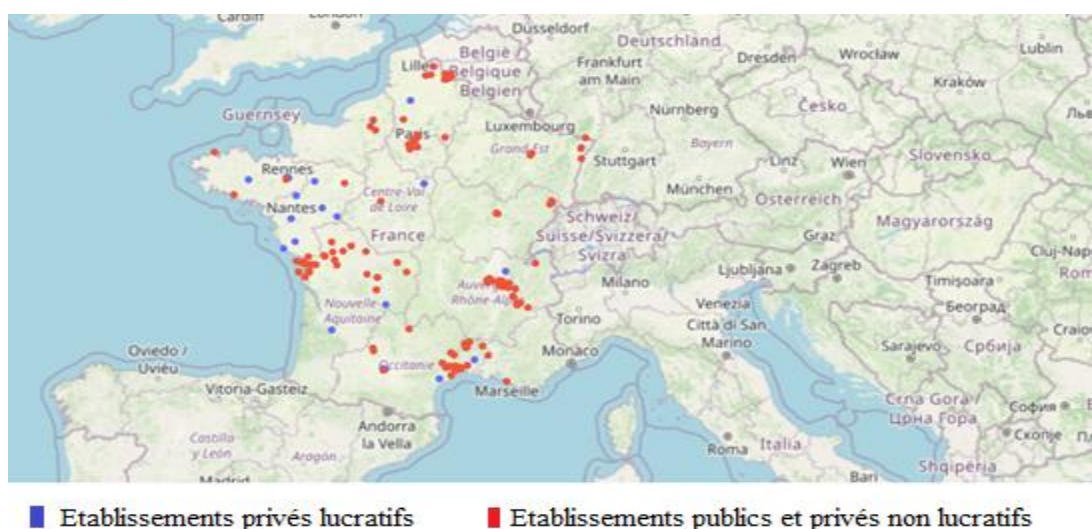
Tableau n° 3 : Comparaison de la répartition des établissements entre le PMSI et l'ENC à raison de leurs statuts

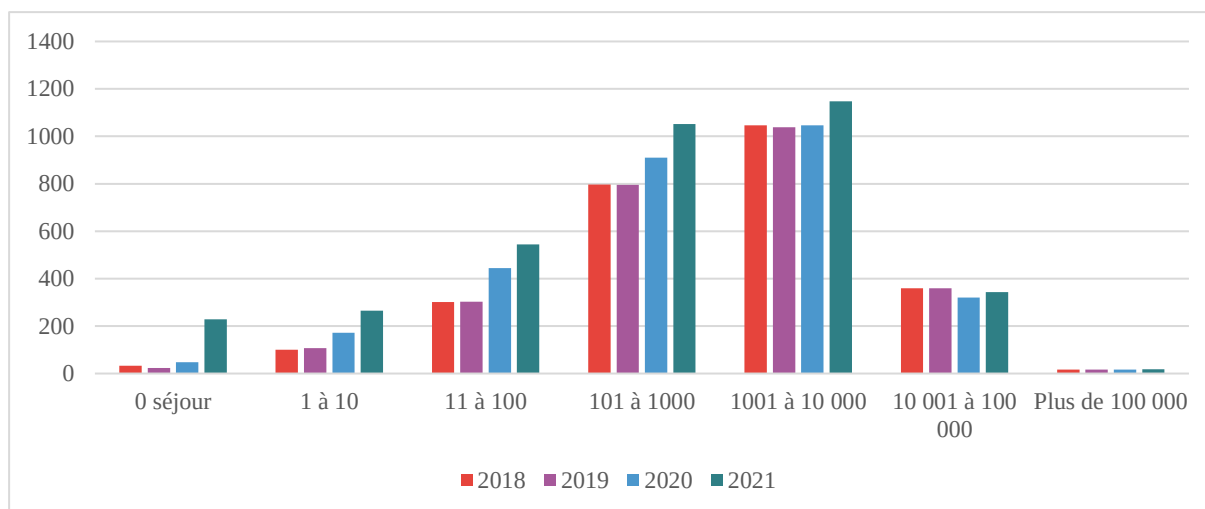
	PMSI		ENC	
	Nombre d'établissements	Part	Nombre d'établissements	Part
<i>CH</i>	575	28,69 %	22	30,33
<i>CHR/U</i>	32	19,74 %	7	1,69
<i>CLCC</i>	26	4,89 %	6	1,37
<i>Privé non lucratif</i>	149	4,96 %	14	7,86
<i>Privé</i>	1114	41,72 %	262	58,76

Tableau n° 4 : Répartition des sévérités par type d'établissements

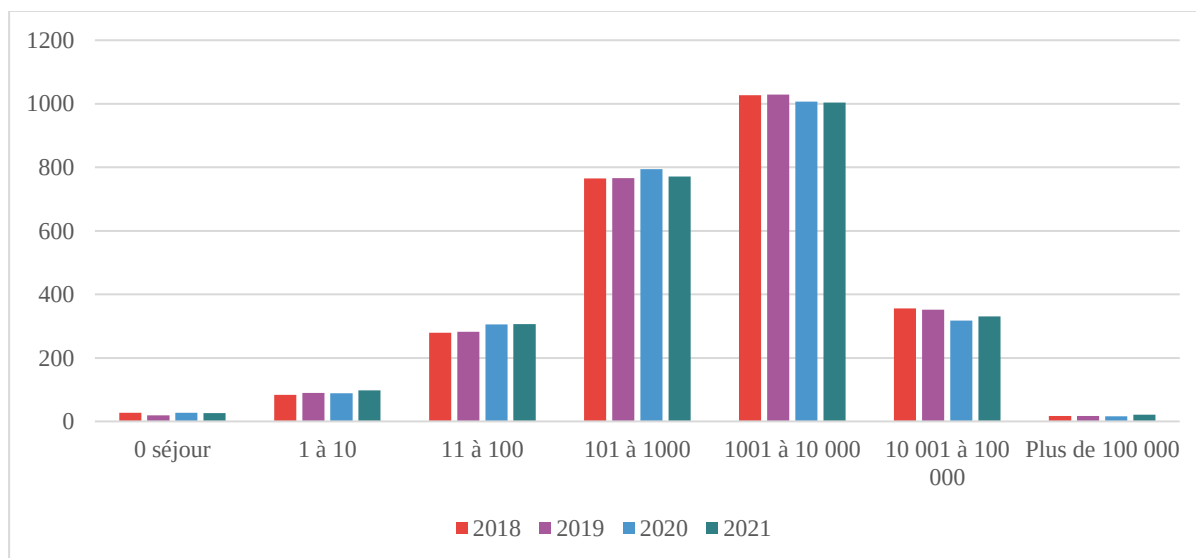
SÉVÉRITÉ	CH	CHR/U	Centres de lutte contre le cancer	Privé non lucratif	Privé
1	-10,90 %	12,39 %	1,39 %	5,03 %	-7,91 %
2	-14,73 %	14,22 %	1,27 %	5,88 %	-6,63 %
3	-21,74 %	10,51 %	1,39 %	3,00 %	6,84 %
4	-17,96 %	15,39 %	1,92 %	2,96 %	-2,30 %
A	-10,92 %	10,88 %	0,00 %	9,21 %	-9,17 %
B	-12,33 %	12,30 %	0,00 %	7,68 %	-7,65 %
C	-16,57 %	13,79 %	-0,01 %	6,71 %	-3,91 %
D	-17,37 %	15,42 %	0,08 %	5,08 %	-3,21 %
E	-20,45 %	17,86 %	0,41 %	4,01 %	-1,82 %
J	-0,14 %	12,36%	0,96 %	7,32 %	-20,49 %
T	-15,41 %	13,29 %	3,12 %	5,01 %	-6,01 %
Z	-4,47 %	9,45 %	12,27 %	2,66 %	-19,91 %

Carte : Représentativité géographique de l'ENC par catégorie d'établissements



Graphique n° 1 : Nombre séjours inclus dans l'ENC par GHS (hors séances)

Source : Cour des comptes, d'après les données ATIH

Graphique n° 2 : Nombre de séjours inclus dans l'ENC par GHM (hors séances)

Source : Cour des comptes, d'après les données ATIH

Tableau n° 5 : Distribution des dix premiers GHM dans l'activité des établissements publics et des Espic (en parts de séjours par GHM)

Classement	GHM	Définitions	2019	2020	2021
1	15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	3,2 %	3,6 %	3,3 %
2	06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	2,4 %	2,1 %	2,4 %
3	14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	2,0 %	2,2 %	2,0 %
4	02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	2,1 %	1,8 %	2,2 %
5	23M20T	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	1,3 %	1,4 %	1,6 %
6	06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de deux jours	1,4 %	1,3 %	1,5 %
7	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1,3 %	1,4 %	1,3 %
8	14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesses	1,3 %	1,3 %	1,1 %
9	23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de deux jours	0,9 %	0,6 %	0,7 %
10	03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0,6 %	0,5 %	0,5 %
<i>Total de séjours concernés par les dix premiers GHM (en millions de séjours)</i>			1,99	1,75	1,97
<i>Volume total des séjours réalisés par les établissements publics et les Espic (en millions de séjours)</i>			12,12	10,81	11,89
Part des dix premiers GHM dans l'activité			16,5 %	16,2 %	16,6 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

Tableau n° 6 : Distribution des dix premiers GHM dans l'activité des établissements privés lucratifs (en parts de séjours par GHM)

Classement	GHM	Définitions	2019	2020	2021
1	06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	10,9 %	10,4 %	10,7 %
2	02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	8,9 %	8,5 %	9,6 %
3	06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de deux jours	5,7 %	5,6 %	6,0 %
4	03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	3,6 %	3,0 %	3,3 %
5	15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	1,5 %	1,7 %	1,5 %
6	14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	0,9 %	1,0 %	0,9 %
7	23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de deux jours	0,9 %	0,8 %	0,8 %
8	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	0,7 %	0,8 %	0,6 %
9	23M20T	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	0,4 %	0,5 %	0,7 %
10	14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse	0,2 %	0,2 %	0,1 %
<i>Total de séjours concernés par les dix premiers GHM (en millions de séjours)</i>			2,28	1,93	2,29
<i>Volume total des séjours réalisés par les établissements privés lucratifs (en millions de séjours)</i>			6,79	5,94	6,71
Part des 10 premiers GHM dans l'activité			33,6 %	32,4 %	34,2 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

5. Les retraitements complexes opérés sur les coûts issus de l'ENC

L'ATIH estime que les méthodes statistiques qu'elle met en œuvre garantissent la fiabilité des estimations de coût assises sur les résultats de l'ENC, qui demeure une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements volontaires dont les coûts moyens par GHS ou par GHM ne sont que des estimations des valeurs réelles. Une simple moyenne des coûts par GHM à partir des données de l'échantillon ENC n'est pas suffisamment précise car cet estimateur est trop dépendant de la structure de l'échantillon.

Dans ses notes de fin de campagne, l'ATIH décrit le processus du calcul des coûts qui se divise en plusieurs étapes : corrections des surcoûts estimés, contrôles qualité, redressement

et ajout d'un indicateur de qualité. Il semblerait que cette procédure soit réalisée une fois par GHM puis une fois par GHS, mais la documentation reste floue sur ce point.

L'ATIH estime que les méthodes statistiques qu'elle met en œuvre garantissent la fiabilité des estimations de coût assises sur les résultats de l'ENC, qui demeure une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'établissements volontaires dont les coûts moyens par GHS ou par GHM ne sont que des estimations des valeurs réelles. Une simple moyenne des coûts par GHM à partir des données de l'échantillon ENC n'est pas suffisamment précise car cet estimateur est trop dépendant de la structure de l'échantillon.

La correction des surcoûts estimés

L'ATIH soustrait des coûts certaines charges financées par d'autres modes de financement que la T2A, notamment les MERRI et les gains résultant de l'application du coefficient géographique. Il s'agit, avant le calcul de la moyenne pondérée calée, de réduire la variabilité des coûts en raison des spécificités géographiques ou de l'existence de certaines missions (MERRI), sans que le périmètre de charges soit clairement établi.

En réalisant ces ajustements, l'ATIH fait implicitement deux hypothèses :

- la première est de considérer que la dotation MERRI couvre exactement les coûts réels de ces missions. Cette hypothèse étant difficilement vérifiable, l'ajustement réalisé est donc approximatif ;
- la seconde hypothèse impliquerait que les surcoûts dus à la situation géographique de l'établissement soient exactement égaux aux montants supplémentaires alloués après application du coefficient géographique correspondant. Là encore, cette hypothèse n'a pas été corroborée par l'ATIH lors des études nationales de coûts et a, dès la mise en place de la T2A, été contestée par la Cour des comptes¹⁰⁶. Ces ajustements, réalisés à l'échelle de l'établissement, sont complétés par des ajustements des coûts à l'échelle de chaque séjour, dans le cadre du passage du coût au tarif au moment de la construction des TIC.

Les contrôles « qualité »

Lors de ces contrôles « qualité »¹⁰⁷ dénommés « trimages », l'ATIH exclut les séjours classés en erreur et les prestations inter-établissement en faveur de l'établissement de destination. Ensuite, elle exclut ou soumet à l'avis d'experts les séjours dont l'allocation des charges est impossible ou délicate à effectuer, et ceux dont les montants sont incohérents. Notons que ce dernier traitement élimine les séjours aux coûts extrêmes : soit inférieurs à 50 € ; soit très élevés, selon une méthode fondée sur la « théorie des valeurs extrêmes »¹⁰⁸.

L'agence précise que la distribution du coût des séjours est approximée selon la loi la plus proche, les séjours dépassant le seuil de 95 % de probabilité d'occurrence étant exclus. Cette étape exclut au total 0,9 % des séjours du secteur ex-DGF et 0,6 % des séjours du secteur

¹⁰⁶ Cour des comptes, RALFSS, 2006, *la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours*.

¹⁰⁷ D'autres contrôles « qualité » interviennent en amont, notamment lors de la réunion interne de validation qui exclut les établissements dont la qualité des données est jugée insuffisante.

¹⁰⁸ ATIH, Notes de fin de campagne 2019. La détection des valeurs extrêmes est fondée sur la modélisation de la distribution des coûts, correspondant souvent en l'occurrence à une loi de Burr (ou Singh-Maddala), puis sur la détection des séjours dont les valeurs ont une faible probabilité de survenir au regard de cette distribution. Cette méthodologie remplace l'utilisation de tests des étendues de Tukey.

privé lucratif. L'utilisation de cette méthodologie est vertueuse car elle limite l'inclusion de valeurs extrêmes aberrantes, pouvant fortement influencer la moyenne à la hausse, tout en reposant sur les propriétés intrinsèques des coûts mesurés. Cela constitue une amélioration méthodologique par rapport à un « trimage » systématique.

Le redressement des coûts par calage sur marge

Puisque l'ENC est réalisée sur un échantillon, il est nécessaire de redresser ses résultats afin d'estimer ce que l'on aurait obtenu en cas d'enquête exhaustive sur l'ensemble des établissements de santé. Autrement dit, il s'agit de rendre le coût moyen par GHM/GHS aussi représentatif que possible de l'ensemble des établissements. Pour cela, l'ATIH utilise deux méthodes, le « calage sur marge » pour les GHM de plus de 30 séjours, ou ayant entre 20 et 30 séjours avec un taux de sondage supérieur à 80 %. Pour les autres GHM, on recourt à la méthode dite des « petits domaines ».

Ainsi le principe du redressement par « calage » consiste-t-il à tirer profit d'une information auxiliaire disponible dans une base de données nationale, en l'occurrence essentiellement le PMSI, afin de modifier les poids de sondage initiaux. Le calage permet d'obtenir une meilleure estimation des coûts moyens, cela d'autant plus que les variables auxiliaires sont corrélées au coût complet. À la suite de cette procédure, un indicateur de fiabilité (bon, correct et mauvais) de l'estimation du coût est calculé.

La procédure de calage consiste à observer dans l'échantillon quel effet ces variables ont sur le coût, puis à pondérer chaque observation, afin que les totaux (les marges) de ces variables au sein de l'échantillon correspondent à ceux de la population totale des établissements. Ce processus se décline en deux étapes. La première consiste à trouver, GHM par GHM¹⁰⁹, les variables pertinentes : elles doivent expliquer le coût, ne pas être trop corrélées entre elles ni être trop nombreuses. Les coûts des séjours des établissements hors ENC ne sont pas connus. Cependant, d'autres caractéristiques des séjours et des établissements le sont grâce au PMSI et à la SAE. Ces caractéristiques observables constituent les variables de calage. Ensuite, le calage réalisé sur les marges de ces variables permet d'affecter des poids pour chaque observation de l'échantillon. Ces pondérations contribuent à la représentativité de l'échantillon de l'ENC.

Même si certains des experts auditionnés estiment que cette procédure est peut-être très lourde au regard de l'échantillon sur lequel elle s'applique et des techniques qu'elle met en œuvre, cette opération n'est pas techniquement contestable.

Malgré tout, la question du choix des variables de calage se pose. L'échantillon n'étant pas aléatoire, on peut émettre l'hypothèse que les établissements à même de mettre en œuvre l'ENC rencontrent moins de difficultés de gestion et connaissent donc des coûts différents des établissements non inclus. Actuellement, le choix des variables de calage se porte uniquement sur les caractéristiques du séjour, l'âge du patient et dans une moindre mesure sur le type d'établissement.

¹⁰⁹ La documentation *op. cit.* faisant référence aux GHM et aux GHS, il est compris que la méthode est appliquée à la fois GHM par GHM, et GHS par GHS.

Afin de tenir compte de ces éventuelles différences de gestion entre les établissements inclus et non inclus dans l'ENC, il pourrait être pertinent de caler les séjours également sur des variables de gestion et financières, telles que le taux de vacance du personnel médical, le déficit pluriannuel, la part de l'intérim... Cela suppose que soient prises des précautions méthodologiques ou de mise en œuvre technique. Il faudrait vérifier que ces variables sont exogènes et explicatives des coûts. Pour la prise en compte du déficit, peut se poser la question de l'endogénéité par rapport au coût. D'autre part, les variables prises en compte au niveau établissement ont tendance à être peu explicatives au niveau du séjour. Un établissement peut en effet être efficient sur une part de son activité et pas sur l'autre. Enfin, il faudrait s'assurer que ces variables ont un effet significatif sur le coût, étant donné que le calage a tendance à échouer si le nombre de variables est trop important.

De façon alternative, il conviendrait de modéliser la participation des établissements à l'ENC à partir de ces variables qui sont connues pour tous les établissements. Cela permettrait de tester et d'apprécier le lien entre gestion, situation financière et coûts des séjours et pourrait donner lieu à un redressement de la non-réponse par repondération.

Afin d'apprécier la qualité de ces calages, il conviendrait de rendre publics les contrôles de qualité des calages réalisés par l'ATIH, notamment la mesure de l'amplitude des ratios de pondérations trouvés pour chaque GHS : un ratio plafond trop élevé ou un ratio plancher trop bas signifiant une mauvaise représentativité de l'échantillon pour le GHS en question.

Le redressement des coûts par la méthode des « petits domaines »

Pour les GHM de moins de 20 séjours, ou entre 20 et 30 séjours avec un taux de sondage inférieur à 80 %, l'échantillon est redressé selon la méthode des « petits domaines ». Celle-ci consiste à sélectionner les séjours dans l'échantillon dont l'indicateur du GHM est « bon » ou « correct », à ensuite agglomérer les informations dans l'échantillon au niveau du GHM, et à construire un modèle de prédiction du coût de ce GHM, similaire à la première étape du calage. Ainsi est obtenue une prédiction du coût moyen d'un GHM par les caractéristiques des séjours et des établissements. Cette prédiction est ensuite appliquée aux GHM dont le nombre de séjour est insuffisant, afin d'établir une estimation de leur coût moyen.

Ce modèle repose sur l'hypothèse que ces variables (DMS, part des séjours avec suppléments...) affectent le coût de manière similaire, quel que soit le GHM. C'est une approximation nécessaire afin d'établir une estimation du coût de ces GHM à petits séjours. Afin de parfaire cette estimation, l'ATIH procède à des contrôles qualité, retirant les GHM aberrants. Cette estimation restant une approximation moins précise que le calage sur marges, l'ATIH lui assigne un indicateur qualifié de « mauvais » et donc ne l'utilise pas pour la construction des tarifs issus des coûts mais uniquement pour alimenter le référentiel des coûts.

Une appréciation de la qualité de l'estimation

Une fois le redressement réalisé, par calage ou petits domaines, l'ATIH procède à une appréciation de la qualité de l'estimation. Elle calcule trois indicateurs : l'erreur relative d'échantillonnage (ERE), l'intervalle de confiance, et l'indicateur de fiabilité.

L'ERE consiste à mesurer la dispersion des coûts autour du coût moyen estimé. Une dispersion de moins de 10 % est considérée bonne, entre 10 et 20 % sera jugée correcte, et, au-delà, elle est considérée comme mauvaise. Pour les GHM avec un nombre insuffisant de séjours, l'ERE n'est pas calculée.

L'intervalle de confiance est construit à partir de l'ERE. Il ajoute au coût moyen estimé une borne haute et une borne basse entre lesquels le véritable coût moyen national a 95 % de chance d'être compris.

Enfin, un indicateur de fiabilité synthétique est construit selon trois modalités : Bon, Correct, Mauvais. Il agrège différents indicateurs de la fiabilité de l'estimation : le nombre de séjours dans l'échantillon, le nombre d'établissements produisant au moins 80 % des séjours du GHM, le taux de sondage et la précision de l'ERE. Des seuils pour chacune de ces variables sont établis afin d'allouer chaque GHM/GHS à une modalité (bon, correct, mauvais) de l'indicateur de fiabilité.

*

L'appréciation de la qualité de l'estimation est utile, mais il semblerait que seul le troisième indicateur, à trois modalités, soit utilisé. Or, ce dernier étant un indicateur catégoriel, les seuils qui font passer un GHS d'une catégorie à une autre (par exemple de « correct » à « bon ») comportent une part d'arbitraire. La question d'un indicateur « numérique » est donc posée.

Comme cela a déjà été relevé¹¹⁰, ces opérations ne renforcent pas de manière déterminante la qualité des coûts issus de l'ENC et donc la précision des tarifs.

En revanche, en dépit des réunions de concertation conduites par l'agence, a été fréquemment critiquée dans les établissements ou les fédérations l'absence de transparence ressentie par une partie des médecins responsables de l'information médicale sur les hypothèses retenues et les modalités précises selon lesquelles les coûts sont ainsi redressés.

6. La création des « tarifs issus des coûts »

Le calcul des TIC se déroule en trois étapes.

La première étape consiste à soustraire les charges ou produits que la T2A n'a pas vocation à financer puis d'y réintégrer certaines charges¹¹¹. La deuxième étape consiste à lisser les coûts redressés sur les dernières années disponibles, pour améliorer la robustesse de l'estimation.

Enfin, certaines différences de périmètre persistent et ne peuvent pas être rectifiées au niveau de chaque séjour. Par exemple, les charges liées à la permanence des soins et à la prise en compte de la précarité, aux rémunérations des internes dans le secteur public et à la qualité des soins sont incluses dans le calcul des coûts bien que financées respectivement par deux

¹¹⁰ IGF, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, IGF n° 2011-M-056-01, avril 2012.

¹¹¹ Les médicaments et les DMI facturables en sus, les suppléments journaliers et au séjour, les médicaments sous autorisation temporaire, les charges inhérentes au fonctionnement des SMUR, les charges de laboratoire hors nomenclature, les séances de radiothérapie et dialyse en sus, les honoraires libéraux des médecins du secteur privé lucratif et ceux des praticiens hospitaliers dans le secteur public. Il s'agit ensuite de réintégrer les médicaments et DMI radiés de la liste en sus entre la campagne ENC et la publication du décret tarifaire, soit sur trois ans. Les dépenses liées aux suppléments journaliers et suppléments au séjour, qui font l'objet de remboursements distincts des tarifs, sont également déduites des coûts. Cette déduction est faite globalement sur tous les séjours *au prorata* du volume total des dépenses qui relèvent de ces suppléments.

dotations d'intérêt général et par une dotation spécifique (crédits Ifaq). A l'inverse, les charges immobilières sont exclues du périmètre de référentiel des coûts, jugées trop spécifiques à chaque établissement pour pouvoir en tirer une représentativité, bien que leur financement repose théoriquement en partie sur les recettes T2A. En ce sens, les charges de structure et immobilières en particulier constituent un angle mort de l'ENC.

Pour intégrer ces différences résiduelles de périmètre entre l'estimateur en construction et les tarifs, l'ATIH réalise, en troisième étape, l'ajustement à la masse tarifaire totale des recettes T2A versées sur l'année, par secteur. Cette opération permet de passer de la notion de coût moyen à la notion de « tarif issu des coûts ». Cet ajustement consiste à multiplier tous les TIC d'un même secteur par un même coefficient, de sorte que la valorisation totale de l'activité par les TIC soit égale à la valorisation totale de l'activité par les tarifs. L'ATIH précise que ce coefficient multiplicateur n'est porteur d'aucune information économique et qu'il ne pourrait être interprété comme une mesure de l'écart à un niveau de recettes équivalents aux coûts sur l'ensemble du secteur. Cette opération permet de mesurer la distorsion entre l'échelle de tarifs et l'échelle de tarifs issus des coûts, sans qu'il soit pour autant possible de comparer une charge à un financement ni d'évaluer un taux de marge ou une perte moyenne pour un établissement.

Annexe n° 7. Dynamique de la distorsion tarifaire

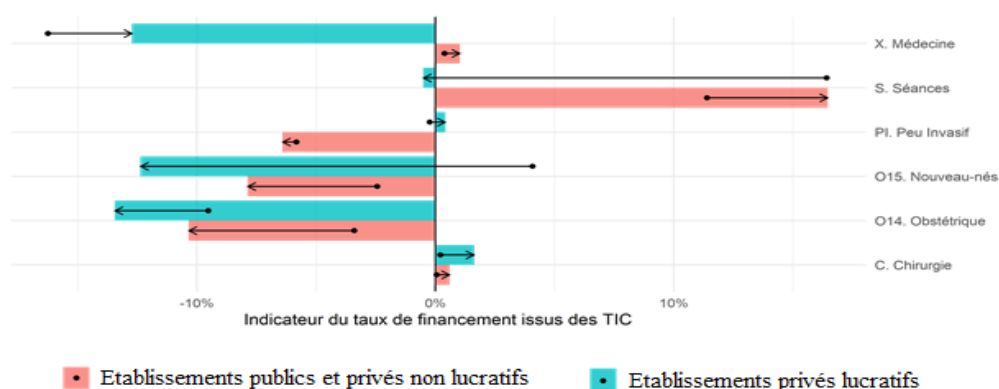
L'analyse ci-dessous porte sur le champ MCO entre 2014 et 2020. La valorisation monétaire des coûts supportés et des recettes dues aux tarifs est calculée à partir des tarifs issus des coûts (TIC) qui estiment le coût moyen d'un GHS sur le même périmètre que les tarifs de l'année à venir et du nombre de séjours réalisés sur l'année passée. Ces paramètres sont ceux retenus par l'ATIH pour apprécier les écarts à la neutralité lors des campagnes de modulation tarifaire.

1. Evolution des écarts par rapport à la neutralité tarifaire

Le graphique n° 1 permet d'apprécier le niveau de financement global par regroupement d'activités, qui correspond à l'écart entre coûts et recettes pour ce sous-ensemble, donc à cet écart divisé par la masse tarifaire totale¹¹².

On note une hausse du niveau moyen de financement des activités de médecine dans les deux secteurs (public et privé non lucratif, d'un côté, privé de l'autre) et, à l'inverse, une dégradation dans les deux secteurs pour l'obstétrique et la néonatalogie, également caractérisées par un éloignement à la neutralité tarifaire. Le niveau de financement agrégé au niveau de la CAS semble stable et proche de la neutralité tarifaire pour la chirurgie, tandis que les séances paraissent surfinancées dans le secteur public et connaissent des dynamiques inverses entre les deux secteurs. Le graphique n°1 représente ces écarts à la neutralité en valeur monétaire¹¹³.

Graphique n° 1 : Evolution des écarts par rapport à la neutralité tarifaire par CAS, en proportion du coût de chaque secteur

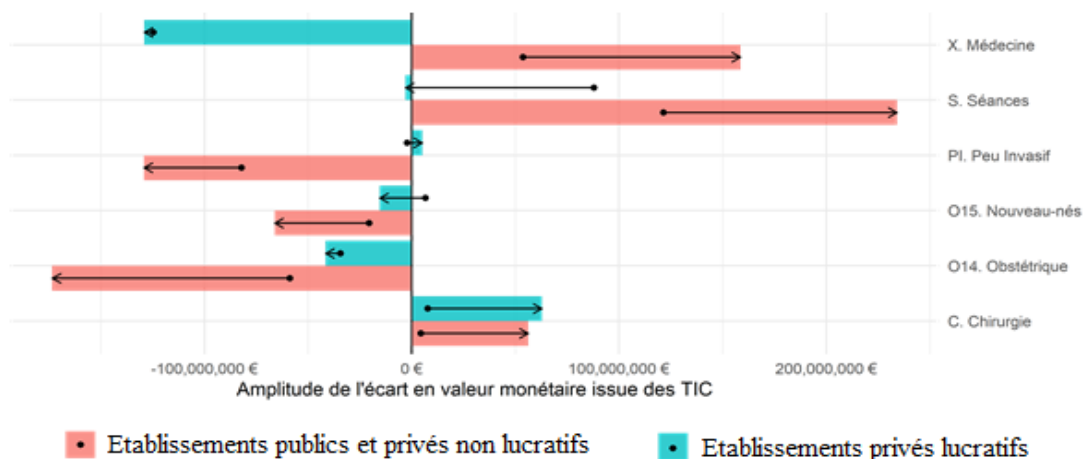


Source : ATIH, Méthodologie – Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes. Note de lecture : le niveau de financement du champ de la médecine était en 2014 de -16,2 % pour le secteur privé lucratif et de -12,7 % en 2020. La flèche traduit la dynamique d'évolution des écarts sur la période, soit l'éloignement ou le rapprochement à la neutralité tarifaire.

Ces indicateurs de niveau de financement sont le résultat à la fois du *casemix* de l'année d'activité concernée, de l'évolution tarifaire et de l'évolution des coûts des établissements. Cette dépendance au *casemix* tient au fait qu'un même groupe d'activité contient à la fois des GHS sur-financés et sous-financés, l'écart global à la neutralité en valeur monétaire étant le résultat de l'addition des écarts dus à ces GHS.

Les volumes monétaires que représentent ces écarts de niveau de financement par secteur sont représentés dans le graphique n°2. Si l'écart à la neutralité n'est que de 1,1 % en médecine dans le secteur public et privé non lucratif, il représente néanmoins près de 173 M€ pour cette même année.

Graphique n° 2 : Evolution des écarts par rapport à la neutralité tarifaire par CAS, en valeur monétaire

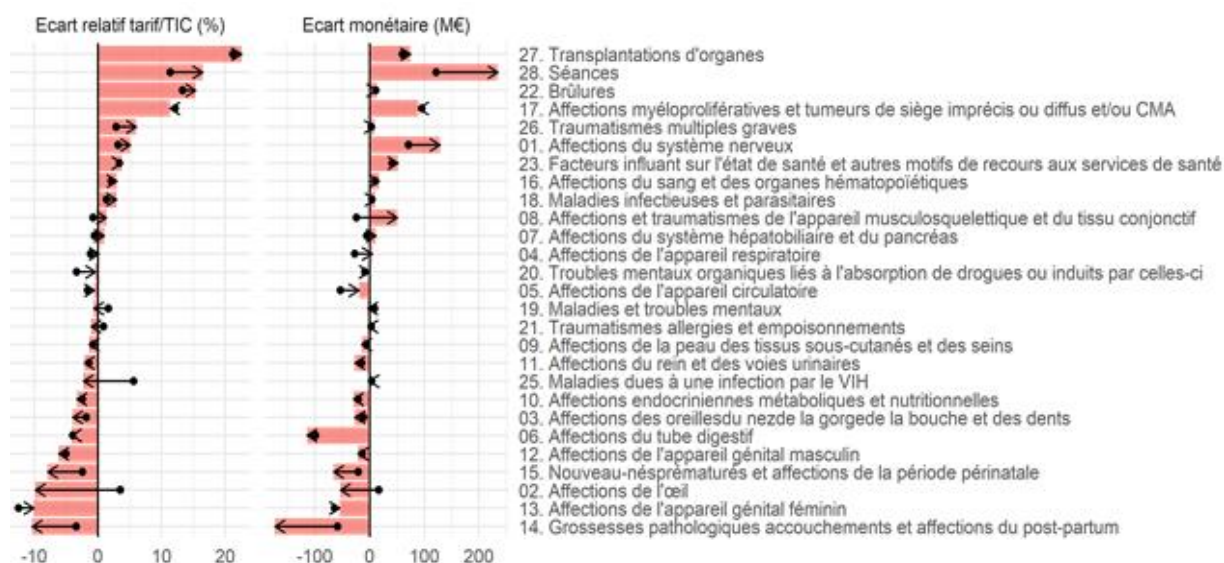


Source : ATIH, Méthodologie – Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes. Note de lecture : Le préjudice de financement global pour le champ de la Médecine hospitalière s'établissait en valeur monétaire à près de -124M€ en 2014 pour le secteur privé lucratif et à -129M€ en 2020.

Les graphiques n°3A et n°3B ci-dessous représentent les écarts de financement entre les différentes catégories majeures de diagnostics (CMD) et par secteur (public ou privé). Bien que tributaires des évolutions du *casemix* en particulier et du ratio des coûts sur les tarifs, ces éléments permettent néanmoins de souligner des situations de convergence, d'éloignement ou de stagnation par rapport à la neutralité tarifaire.

La transplantation d'organe (CMD 27), uniquement représentée dans le secteur public, est toujours la catégorie la plus soutenue financièrement en 2020, avec un écart relatif entre tarif et coût ayant peu évolué depuis 2014 ; mais elle ne représente pas l'écart en valeur monétaire le plus conséquent. Il s'agit des séances (CMD 28), ayant fait l'objet d'une progression des niveaux de financement dans le secteur public et d'un recul important dans le secteur privé lucratif.

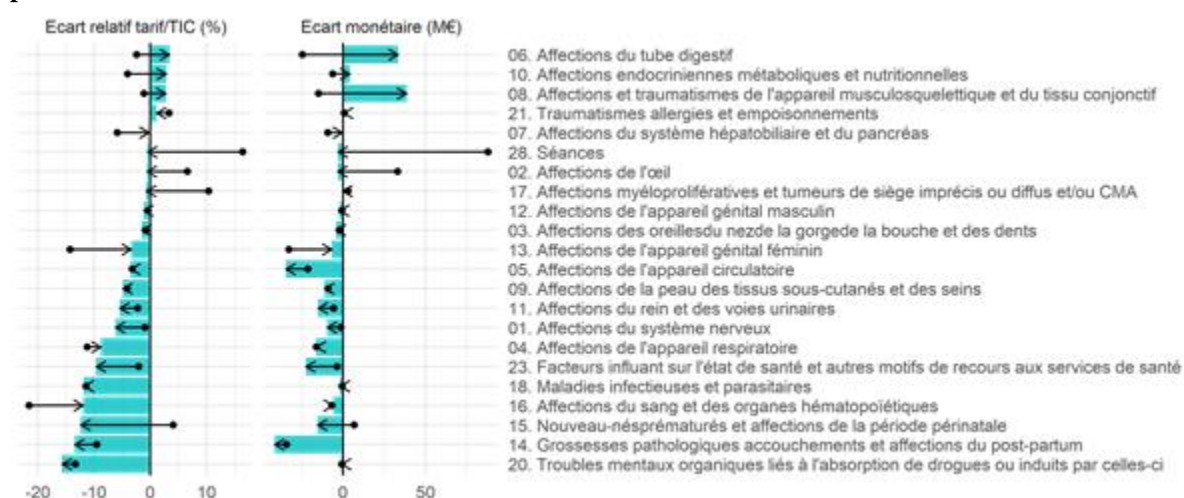
Graphique n° 3A : Evolution des écarts par rapport à la neutralité tarifaire par CMD dans le secteur ex-DG



Source : ATIH, Méthodologie – Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes.

La CMD 13 est constituée de 80 GHS dans le secteur ex-DG dont 61 sont sous-financés et 19 sur-financés en 2020, les valeurs monétaires associées sont de 20, 5 M€ de surfinancements et -75,5 M€ de sous-financement en 2020. Les ordres de grandeur de ces écarts sont les mêmes qu'en 2014 (55 couples GHS/GHM sous-financés sur 79, -81,4 M€ et 17,1 M€ d'écarts de financement). De façon analogue, le secteur privé lucratif représente 29 GHS/GHM sous-financés sur 45 en 2020, pour des écarts monétaires de -13,3 M€ et 6,6 M€. Le tableau suivant présente ces éléments par année et par secteur.

Graphique n° 3B : Evolution des écarts par rapport à la neutralité tarifaire par CMD dans le secteur privé lucratif



Source : ATIH, Méthodologie – Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes.

Les tableaux suivants présentent l'évolution de ces écarts relatifs (tarif/tarifs issus des coûts) pour différentes CMD et permettent d'apprécier les écarts de financement spécifiques sur les GHS qui sont communs aux deux secteurs.

2. Analyse de la CMD 08 : Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif

Les affections et traumatismes de la CMD 08 sont globalement sur-financés, avec d'importants écarts positifs comme négatifs observables dans chaque secteur.

A titre illustratif, l'étude des distorsions tarifaires constatées entre 2014 et 2020 sur la CMD n° 8 (affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), présentée dans le tableau n° 1, permet d'observer que des GHS de cette CMD ont été porteurs d'importants écarts à la neutralité tarifaire, vraisemblablement en raison d'un besoin assumé de soutien et de développement de ces séjours, même si cela n'a pas été annoncé officiellement.

Tableau n° 1 : Distorsions tarifaires relatives aux affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif

		2014	2020
Etablissements publics et privés non lucratifs	Ecart relatif (tarif/TIC)	-0,8	1,4
	Valeur monétaire	-24,4	50,5
	Ecart monétaire positif	102,4	159,8
	Ecart monétaire négatif	-126,8	-
	Nombre de GHS sur-financés	131	135
	Nombre de GHS sous-financés	137	140
	Nombre total de GHS	268	275
Etablissements privés lucratifs	Ecart relatif (tarif/TIC)	-1,1	2,7
	Valeur monétaire	-14,9	38,5
	Ecart monétaire positif	42	92,2
	Ecart monétaire négatif	-56,9	-53,7
	Nombre de GHS sur-financés	21	33
	Nombre de GHS sous-financés	76	72
	Nombre total de GHS	97	105

3. Analyse de la CMD 13 : Affections de l'appareil génital féminin

L'analyse des distorsions tarifaires de la CMD n°13 présentée dans le tableau n° 2, permet d'observer un important sous-financement global des GHS qui la compose.

Tableau n° 2 : distorsions tarifaires relatives aux affections de l'appareil génital féminin

		2014	2020
<i>Etablissements publics et privés non lucratifs</i>	Ecart relatif (tarif/TIC)	-12,5	-10,1
	Valeur monétaire	-64,4	-55
	Ecart monétaire positif	17,1	20,5
	Ecart monétaire négatif	-81,4	-75,5
	Nombre de GHS sur-financés	24	19
	Nombre de GHS sous-financés	55	61
	Nombre total de GHS	79	80
<i>Etablissements privés lucratifs</i>	Ecart relatif (tarif/TIC)	-14,3	-3,4
	Valeur monétaire	-32,7	-6,7
	Ecart monétaire positif	1,9	6,6
	Ecart monétaire négatif	-34,7	-13,3
	Nombre de GHS sur-financés	12	16
	Nombre de GHS sous-financés	35	29
	Nombre total de GHS	47	45

Annexe n° 8. Comparaisons internationales

Au niveau international, des systèmes très divers de financement du système de soins coexistent. Dans leur ouvrage *les financements des hôpitaux et de l'activité médicale (2021)* Guy Durant, Pol Leclerc et Magali Pirson établissent une typologie des systèmes existants. Les plus courant sont les suivants :

- les financements forfaitaires prospectifs : les montants alloués aux hôpitaux sont déterminés de manière limitative en amont. Il existe deux grandes sous-catégories : celle par budget global, résultant de négociations entre l'établissement de santé et le payeur ; et celle par capitation : le montant de l'enveloppe attribué est calculé en fonction du nombre des patients que l'hôpital est susceptible d'avoir, correspondant à un bassin de population par exemple ;
- les financements à caractère rétrospectif : les financements sont attribués a posteriori en fonction de l'année écoulée. Il en existe également deux grands groupes : le paiement par procédure (*fee for service*) et le financement forfaitaire par cas (*Activity Based Funding*). Dans le premier cas, l'établissement est rémunéré pour chaque journée d'hospitalisation, pour chaque médicament ou dispositif médical et pour chaque acte médical faisant l'objet d'une nomenclature d'acte. A chaque acte sont associés un libellé et un tarif, soit fixé unilatéralement par les autorités, soit négocié avec les payeurs. Dans le second cas, le financement est effectué par patient admis en fonction de sa pathologie plutôt que par acte. Chaque patient admis est assigné à un groupe cliniquement et économiquement homogène (Diagnosis Related groups), auquel est assigné un tarif. Les établissements reçoivent après le traitement un montant fixe par séjour, indépendamment des coûts qu'il a effectivement supportés.

Tableau n° 1 : avantages et inconvénients des différents modèles de financement

Type de financement	Avantages	Inconvénients
Financement forfaitaire prospectif (paiement à partir de crédits votés en amont)		
<i>Budget global</i>	- simplicité de calcul pour l'administration - pas de dépassement du budget - l'hôpital, autonome dans sa gestion, est incité à contrôler ses coûts	- les établissements qui sont performants et attractifs ne sont pas rémunérés pour leur activité en croissance, ceux qui ont une activité en régression ont un bonus injustifié - manque de transparence à la fois sur le calcul du budget et sur son utilisation - la limitation de l'offre de soins qu'engendre le budget global présente le risque de création de file d'attente ou de rationnement de l'offre de soins - il n'existe pas d'incitation à réduire la durée de séjour : l'hôpital n'a pas intérêt à remplacer un patient moins coûteux par un autre plus onéreux car en début de séjour
<i>Financement par capitation</i>	- pour le payeur : contrôle du budget - augmentation des actions de prévention, la promotion de la santé : car la prime étant prépayée, l'institution vise à la meilleure efficacité, l'evidence based medicine... le moins de soins possibles	- risque d'une sous consommation de soins - risque d'une sélection de patients ou d'une propension à reporter les actes qui pourraient être nécessaires, mais qui sont spécialement coûteux

Financement à caractère rétrospectif : paiement après que les soins sont donnés - l'argent suit le patient, mais les tarifs (ou prix, ou remboursements) sont fixés et connus à l'avance, revêtant un caractère prospectif		
<i>Paiement par procédure (fee-for service)</i>	- puissante motivation à la délivrance rapide de soins (pas de listes d'attente), qui sont d'une grande accessibilité (pas de limitation de l'offre) - incitation à la qualité, car les médecins ne sont pas contraints, peu de risques de sous production d'actes - il favorise l'innovation médicale : développement puis adoption de nouvelles technologies (car augmente la marge)	- système inflationniste: plus il y a d'actes, plus les revenus du prestataires sont élevés (notamment le cas pour l'imagerie médicale ou la radiographie) - risque de concentration sur les procédures correctement rémunérées aux dépens d'activités à valeur ajoutée comme la coordination des soins, la promotion de l'éducation à la santé, ou la prévention - la nomenclature des actes est vite dépassée - avec le temps, le prix de vente de l'acte correspond de moins en moins au prix de revient, et cela est d'autant plus vrai que les tarifs sont négociés : les actes techniques sont survalorisés alors que les actes intellectuels sont insuffisamment remboursés - la facturation est complexe, par l'abondance des codes à utiliser et à gérer - les fournisseurs de soins sont payés quand le patient utilise les services. ils ne sont pas récompensés quand ils font dépenser moins au payeur, ou quand ils innovent
<i>Financement forfaitaire par cas</i>	- encouragement à la réduction des files d'attente: le patient est considéré comme un esource de revenus plutôt que coût - encourager l'efficience par la diminution des durées de séjour et des coûts), dans les pays dont les hôpitaux étaient anciennement payés par la technique FFS - accroître la transparence sur l'activité, les coûts et les tarifs (fixés et publiés) et de ce fait augmenter la concurrence entre établissements afin de délivrer les meilleurs soins au meilleur coût - assurer une meilleure équité entre établissements dans l'allocation des ressources	- système très complexe à animer, notamment pour avoir des tarifs conforme aux coûts - les fournisseurs de soins sont payés quand le patient utilise les services ; ils ne sont pas récompensés quand ils font dépenser moins au payeur, ou quand ils innovent pour que le patient utilise moins de services - système qui, s'il existe une distorsion entre les coûts va inciter à traiter les patients et les pathologies les plus rentables - pas d'incitation à la qualité - pas d'incitation à la mise en œuvre d'une politique de prévention

Sur les 26 pays de l'OCDE étudié par l'ouvrage, 19 possèdent un système mixte combinant des aspects de financement forfaitaires prospectifs (comme les MIGAC) et des aspects de financement à caractère rétrospectif (comme la T2A).

De nouveaux types de financement expérimentés dans les pays de l'OCDE.

Des nouveaux types de financement visant à améliorer la qualité des soins et favoriser une approche globale du patient tout au long de la chaîne de soins ont été développées dans différents pays. Ils peuvent être divisés en deux groupes :

- les financements à la qualité ;
- les modèles alternatifs de financement.

Les modèles sont les suivants :

Le financement de la qualité	
- <i>Le financement en fonction d'objectifs de qualité de la gestion du patient</i>	- il s'agit de moduler le financement en fonction de la réalisation de pratiques recommandées. Cela consiste par exemple en sur finançant les soins ambulatoires pour les encourager, ou un mettant malus si la prise en charge ne correspond pas au standard de qualité (par exemple, prise en charge trop tardive d'un AVC)
- <i>Le financement en fonction d'indicateurs de qualité</i>	- le payeur reconnaît alors que l'augmentation de qualité requiert un effort supplémentaire qui doit être honoré, ou pénalisé si l'effort est insuffisant - la plupart des programmes ont entre 10 et 30 indicateurs, qui peuvent concerner les processus de soins, mais aussi les résultats (notamment négatifs: ré-opération dans les deux par exemple pour les prothèses de hanches) ou encore à l'expérience patient. Le programme Ifaq français s'inscrit dans cette logique)
Les modèles alternatifs de paiement	
- <i>Les paiements groupés au parcours</i>	- le montant forfaitaire global payé pour une personne traitée pour une maladie comprend les visites et examens préadmission, le séjour hospitaliers, tout ce qui se fait en post-hospitalisation, ainsi que éventuellement, le suivi social et les médicaments. L'hôpital n'est alors qu'un maillon de la chaîne, le paiement comprend l'amont et l'aval de l'hôpital. L'objectif est de réduire les actes redondants
- <i>les paiements pour une population de type Accountable Care Organization</i>	- des groupes de fournisseurs de soins qui acceptent la responsabilité du coût et des soins délivrés. S'ils respectent les standards de qualité édictés par l'autorité régulatrice et dépensent moins qu'un benchmark, ils partagent l'économie, et acceptent les coûts additionnels d'une mauvaise qualité (complications, réadmissions, etc). Une telle démarche incite à accroître les démarches de prévention et de coordination des soins.

Source : OCDE

Un exemple de paiement groupé avec des résultats significatifs « le *bundled payment for care improvement initiative* »

Aux Etats-Unis, les paiements groupés ont été expérimenté suite à l'adoption de l'*Affordable Care Act* en 2011. En 2012 a été expérimenté le « *Bundled payment for care improvement initiatives* ». Le dispositif qui a donné les résultats les plus intéressants concerne les prothèses articulaires de hanche et de genou ; celles-ci représentent 1 million d'actes par an. 800 hôpitaux y ont participé. Tous les services utilisés pendant 90 jours après la sortie de l'hôpital (incluant les réadmissions) – réhabilitation, soins à domicile, visites de suivi ambulatoires, kinésithérapie, médicaments – font partie du tarif basé sur les coûts historiques des professionnels concernés. Au total, ce modèle a introduit une réduction des durées de séjour et des coûts globaux, s'élevant de 6 à 20 % selon les évaluations. Les réductions ont été particulièrement significatives dans les soins post-aigus.

Le nouveau mode de financement des établissements de santé en Angleterre.

À la fin la période de crise de la pandémie de covid 19, plusieurs pays européens ont modifié leurs modalités de financement. C'est notamment le cas du système britannique, jusqu'ici proche de la T2A, qui a fait l'objet d'une réforme en 2022.

La nouvelle méthode (aligned payment and incentive approach) prévoit pour chaque établissement de santé une part fixe, qui est calculée lors de négociations engagées au niveau local, et qui doit refléter les coûts complets de l'activité. Cette part est majoritaire. Elle prend pour base les montants versés durant les années de la crise sanitaire et a vocation à évoluer en fonction de l'inflation, du développement de nouveaux services et des gains de productivité.

Elle prévoit en outre, une part variable, qui doit inciter à la réalisation d'objectifs définis par la NHS en matière d'activité ou de qualité de soins. Pour les premières années, elle fixe trois incitations :

- un objectif quantitatif d'activité, avec une incitation à réduire des listes d'attente pour les soins programmables. En effet, ces soins ont massivement été déprogrammés lors de la crise sanitaire et il s'agit de rattraper les retards pris. A été instauré un système de bonus lorsque le nombre de soins programmables effectués durant l'année est supérieur à celui anticipé lors de l'attribution du budget, et de malus lorsqu'il est inférieur ;

- une incitation à réaliser les actes au meilleur coût à partir du recueil des meilleures pratiques (*best practices*) élaboré par le ministère de la santé. La part variable peut augmenter si le nombre d'actes à la « meilleure pratique » réalisé dans l'hôpital augmente et diminuer si ce nombre baisse d'une année sur l'autre ;

- une incitation à remplir certains critères de qualité dont la non réalisation induit une baisse de la part variable. En 2021, ces critères sont au nombre de 17 et concernent aussi bien des actions de vaccination que la réduction des pratiques de contention en psychiatrie ou encore le respect d'un délai de prise en charge après l'arrivée aux urgences.

Pour autant le système de « tarif » n'est pas aboli. Les listes des « prix » (*tariff*) est toujours publiée, et continue de guider l'action, notamment lors de la négociation de la part fixe, sans être prescriptive. Pour certains secteurs (imagerie médicale par exemple) le paiement à l'activité est toujours majoritaire.

Les règles sont également différentes selon la taille des établissements. Les établissements ayant un budget annuel inférieur à 500 000 livres se voient verser une dotation globale, sans part variable.

