



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## établissements de santé

Question écrite n° 28713

### Texte de la question

M. Élie Aboud attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur les déclarations du Président de la République ayant annoncé, au cours de l'année 2007, une réforme du financement des hôpitaux publics, qui seraient entièrement financés à l'activité en 2008. Il lui demande si telles sont toujours ses ambitions et si les délais envisagés seront respectés.

### Texte de la réponse

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé. Lancée en 2004 dans le cadre du plan hôpital 2007, elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses (dispositif de la dotation globale de financement). Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financement différents selon leur nature juridique : les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative (appelée dotation globale ou DG), calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation figée en 1983 perdurait dans le temps ; les établissements de santé privés à but lucratif facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité. Ces établissements bénéficiaient, donc, d'ores et déjà de paiement à l'activité, mais sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique. La disparité ainsi créée entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (établissements dits ex-DG) et les établissements privés (établissements dits ex-OQN) rendait plus complexes les dispositifs de contrôle des financements et rendait difficile toute comparaison des coûts entre les deux secteurs. La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) permit le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie. Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan « hôpital 2007 ». La T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics privés. Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHM/GHS : le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel sont associés un ou plusieurs « groupes homogènes de séjour » (GHS) qui véhiculent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Toutefois, le mécanisme de montée en charge de la réforme a été conçu de façon différente pour le secteur public et le secteur privé. En effet, lors de la mise en place de la réforme, il a été choisi

de prendre en compte les règles de gestion spécifiques de chaque secteur afin de leur permettre de s'adapter du mieux possible au nouveau dispositif. S'agissant du secteur public, la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transaction différent. Ainsi, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle résiduelle complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007), ce qui a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet d'« amortisseur ». S'agissant du secteur privé, le passage à la réforme a été géré par l'application d'un coefficient de transition qui devra atteindre la valeur 1 en 2012, afin qu'à cette date l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national. En 2007, à ce stade de la réforme, les inconvénients de ce choix de départ (valorisation partielle de la part tarifée) l'emportait sur ses avantages : en effet, pour les établissements publics, la dotation résiduelle assurait certes un niveau de recette « garanti » à l'établissement, mais constituaient un handicap pour celui qui souhaitait dynamiser son activité. C'est pourquoi, à compter du 1er janvier 2008, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG fut aligné sur celui du secteur privé. Les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont valorisées à 100 % des tarifs et la dotation annuelle complémentaire est supprimée. Le passage à 100 % doit comporter un « amortisseur ». Concrètement, l'établissement doit disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant en vigueur (c'est-à-dire un montant de recettes composé d'une part issue de l'application des tarifs et d'une DAC). Pour répondre à cette exigence, il est mis en place un mécanisme de coefficient de transition (à l'image du mécanisme en vigueur dans le secteur privé) permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100 % T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes. Ce coefficient spécifique est calculé pour chacun des établissements. L'application de la mesure a nécessité un ajustement technique qui s'est traduit, pour le secteur ex-DG, par une baisse des tarifs au 1er janvier 2008 évaluée à hauteur de 3,7 %. Cet ajustement n'a cependant pas eu d'impact sur le montant des recettes effectives de chaque établissement, mais simplement sur la façon de les déterminer. Le dispositif de convergence intrasectorielle inscrit dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004 se poursuit. Pour chaque établissement, un taux de convergence est appliqué au coefficient de transition au 1er mars 2008. L'application de la T2A à 100 % emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devront tendre vers la valeur 1. La T2A à 100 % s'applique pour la troisième année consécutive. Il est possible d'en tirer un premier bilan : elle a levé le frein, pour les établissements les plus dynamiques, à l'essor de leur volume d'activité et les a incités à développer plus encore leur champ d'action ; les coefficients de convergence se sont progressivement rapprochés vers 1 au vu de la situation financière de l'établissement : une augmentation si l'établissement est sous-doté, une diminution si l'établissement est sur-doté. Cette convergence intrasectorielle renforcera donc l'équité dans le financement des établissements de santé (une pathologie = un tarif unique) et les incitera à maîtriser davantage leurs coûts, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une recherche d'efficacité. Quant à la convergence intersectorielle (entre le secteur public et le secteur privé) dont le principe est également inscrit dans la loi, sa mise en oeuvre est conditionnée à une exacte connaissance des écarts de coûts entre les deux secteurs.

## Données clés

**Auteur :** [M. Élie Aboud](#)

**Circonscription :** Hérault (6<sup>e</sup> circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 28713

**Rubrique :** Santé

**Ministère interrogé :** Santé, jeunesse, sports et vie associative

**Ministère attributaire :** Santé et sports

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 29 juillet 2008, page 6512

**Réponse publiée le :** 10 août 2010, page 8898