



**Université
de Lille**



REFONDER LA TARIFICATION DES HÔPITAUX : ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

MASTER 2 DROIT ET POLITIQUES DE SANTÉ

Année Universitaire 2021-2022

Sous la direction de Mme Johanne SAISON, Professeure de Droit public

Mémoire présenté et soutenu par
Noémie ROBALO SANCHES

REMERCIEMENTS

J'adresse tout d'abord mes plus sincères remerciements à Madame Johanne SAISON, pour sa confiance, son soutien et ses conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble du corps professoral de l'Université de Lille, grâce auquel j'ai pu arriver jusqu'ici.

J'exprime enfin ma gratitude à l'égard de mes parents, ma famille ainsi qu'à mes amis qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de mes études de droit.

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	1
PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE. DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ COMME PRINCIPAL MODE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX.....	15
CHAPITRE I. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ : MODE DE FINANCEMENT PRINCIPAL MAIS NON EXCLUSIF DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	17
SECTION I : Le fonctionnement de la tarification à l'activité.....	17
SECTION II : Les autres compartiments de financement.....	29
CHAPITRE II. LES PRINCIPAUX EFFETS DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	36
SECTION I : Les objectifs de la mise en place de la tarification à l'activité.....	36
SECTION II : La prise en compte insuffisante de la qualité et de la pertinence des soins.....	41
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....	48
DEUXIÈME PARTIE. À LA DIVERSIFICATION DES MODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX.....	51
CHAPITRE I. LA LIMITATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ.....	53
SECTION I : Des modes de financement centrés sur la qualité et le parcours de santé.....	53
SECTION II : La poursuite des réformes.....	59
SECTION III : Le processus d'exclusion de la tarification à l'activité des hôpitaux de proximité....	62
CHAPITRE II. LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION DES HÔPITAUX.....	66
SECTION I : Le recours à l'expérimentation.....	66
SECTION II : Les perspectives pour le système de santé.....	74
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	79
ANNEXES.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	83
TABLE DES MATIÈRES.....	89

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de Santé
art.	Article
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAF	Dotation annuelle de financement
DGARS	Directeur général de l'Agence régionale de Santé
DGF	Dotation globale de financement
DIM	Département d'information médicale
EDS	Épisode de soins
ENC	Étude nationale des coûts
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
<i>Infra</i>	Ci-dessous
IPEP	Incitation à une prise en charge partagée
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
<i>Op. cit.</i>	<i>opere citato</i> (dans l'ouvrage précité)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSY	Psychiatrie
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
RSS	Résumé de sortie standardisé
SPH	Service public hospitalier
SSR	Soins de suite et de réadaptation
<i>Supra</i>	Ci-dessus
T2A	Tarifification à l'activité

INTRODUCTION

1. En 1946, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », ajoutant que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...] »¹.
2. Cette reconnaissance se reflète également dans les textes constitutionnels des États parties à cette Constitution. En France, le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, en son article 11, repris dans le Préambule de la Constitution de 1958, dispose que « La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé »². Dès lors, la protection de la santé est reconnue comme un droit fondamental garanti à toute personne.
3. La santé est considérée comme « l'un des grands risques couverts par la protection sociale au même titre, par exemple, que la vieillesse ou la famille »³. La notion de « risques », selon le sens admis en matière d'assurance, désigne « un événement futur et incertain, générateur de dommages, dont la réalisation peut être étrangère à la volonté de l'assuré »⁴.
4. À la lumière de ces textes et de cette ultime définition, il apparaît formellement que la prise en charge de ce risque s'impose à chaque État, généralement dans le cadre d'un système de santé, lequel peut se définir comme « l'ensemble des organisations, d'institutions, des ressources et de personnes dont le l'objectif principal est d'améliorer la santé »⁵.
5. En France, le système de santé est structuré autour de divers acteurs et structures, selon plusieurs échelons notamment national et régional. Sur le plan national, le ministère de la Santé et de la Prévention dirige, organise et décide des politiques publiques en matière de santé publique

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.

² Constitution du 27 octobre 1946, article 11.

³ NEZOSI (G.), *La protection sociale (Découverte de la vie publique)*, Paris, La Documentation française, 2021, p.140.

⁴ HUTEAU (G), *Chapitre 7. La protection sociale de la santé*, in RAIMONDEAU (J), dir., *Manuel de santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p.200.

⁵ OMS.

pendant que le Parlement vote annuellement la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixant les Objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)⁶. Au niveau régional, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁷ « dite loi HPST » a créé les agences régionales de Santé (ARS) qui déterminent et mettent en œuvre la politique de santé en région.

6. Le système s'articule autour de personnes ayant recours au système de soins, c'est-à-dire des usagers (ou bénéficiaires), et naturellement d'offreurs de soins. Parmi ceux-ci, les soins de ville (ou soins ambulatoires) regroupent des professions médicales et pharmaceutiques ainsi que des auxiliaires médicaux, aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes, ou encore des réseaux de santé pluridisciplinaires (communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé pluridisciplinaires)⁸. Les soins hospitaliers sont assurés par les établissements de santé couvrant des champs d'intervention différents, à savoir hospitalier ou médico-social lorsque les soins sont destinés aux publics en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance⁹.
7. De notre système français de santé, reconnu comme l'un des meilleurs au monde¹⁰, il ressort que nombre d'acteurs et structures participent à l'amélioration de la santé de la population, parmi lesquels l'hôpital, au cœur du système de prise en charge de la maladie.
8. L'établissement de santé est une structure publique ou privée qui assure le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes, et qui mène également des actions de prévention et d'éducation à la santé¹¹. Pour aboutir aux établissements de santé actuels, l'organisation des hôpitaux a évolué au fil des réformes hospitalières depuis leur création. Jusqu'à la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics¹² et au décret d'application du 17 avril 1943¹³, l'hôpital était destiné aux impécunieux. Il venait en aide plus qu'il ne soignait. L'hôpital fut donc un établissement à vocation médico-sociale de secours aux pauvres avant de se transformer en établissement de soins ouvert à toutes les classes sociales et

⁶ *Infra* n° 15.

⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO* n° 0167 du 22 juillet 2009.

⁸ NEZOSI (G.), *op. cit.*, p.140.

⁹ Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, *Le système de santé en France*, 2021.

¹⁰ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant*, juin 2000.

¹¹ CSP., art.L.6111-1.

¹² Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, *JO* n° 0348 du 30 décembre 1941.

¹³ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

portant assistance aux malades¹⁴. L'accès aux soins hospitaliers à toute la population est également favorisé par la prise en charge des frais de santé garantie par la Sécurité sociale¹⁵. En effet, depuis une ordonnance du 4 octobre 1945¹⁶, les hôpitaux sont principalement financés par la Sécurité sociale, et plus particulièrement par la branche maladie de l'assurance maladie. Ainsi leurs recettes, jusqu'alors essentiellement basées sur la charité, les subventions ou encore les dons et legs, découlent désormais de leurs activités de soins¹⁷.

9. Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés au prix de journée. Ce mécanisme de financement était fondé sur la fixation du prix de chaque journée d'hospitalisation par le préfet pour l'établissement concerné, en rapportant les prévisions de dépenses inscrites au budget au nombre anticipé de journées d'hospitalisation¹⁸. Les hôpitaux avaient donc intérêt à sous-estimer le nombre prévisible de journées d'hospitalisation et à surestimer l'augmentation des dépenses, de façon à obtenir un prix de journée élevé. Les journées facturées à la Sécurité sociale étaient de ce fait majorées et les déficits couverts par les charges des années suivantes¹⁹. En plus d'être inéquitable entre les établissements, le financement au prix de journée ne différenciait pas les soins prodigués au cours du séjour et favorisait l'inflation car les budgets étaient calculés sur la base des dépenses engagées l'année antérieure, majorées des dépenses supplémentaires anticipées.
10. Avec la généralisation des soins et la période des Trente Glorieuses, l'hôpital se transforme progressivement en un véritable centre de soins pour répondre à l'essor des maladies aiguës et des troubles fonctionnels donnant lieu à des traitements spécialisés²⁰. L'hôpital devient rapidement un centre de diagnostic et de soins de haute technicité qui voit son organisation profondément modifiée et sa masse budgétaire considérablement augmentée. Parallèlement, le choc pétrolier de 1973 met en exergue la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses. En effet, à cette période, les dépenses hospitalières s'estiment à un peu plus de 60 % de l'ensemble des

¹⁴ CESE, Molinié (É.), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2005, p.10.

¹⁵ CSS., art.L.111-1.

¹⁶ Ordonnance n° 45-2250, du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JO n° 0235 du 6 octobre 1945.

¹⁷ CESE, Molinié (É.), *op. cit.*, p.11.

¹⁸ HOLCMAN (R.), *Management hospitalier - Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Paris, Dunod, coll. « Guides Santé Social », 2019, p.685.

¹⁹ MOISDON (J.C.), TONNEAU (D.), « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/1, 2008. [Consulté le 20 juin 2022].

²⁰ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale*, Mardaga, coll. « Santé en soi », 2021, p.13.

dépenses de santé. Dès 1978, un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières est introduit, afin de fixer chaque année un pourcentage d'évolution des dépenses. Reste que le taux était très large, il atteignait près de 7 % de croissance par an, encourageant ainsi les établissements les plus dépensiers à augmenter leurs dépenses dans la mesure où ils pouvaient bénéficier de rallonges budgétaires sans réel contrôle²¹.

11. Dans les années suivantes, diverses mesures expérimentales sont mises en œuvre. La loi du 4 janvier 1978²² autorise le gouvernement à expérimenter, au sein de six hôpitaux, deux systèmes de tarification²³, dits du prix de journée éclaté dans trois établissements hospitaliers et du budget global au sein des trois restants. Le prix de journée éclaté consistait à facturer au malade :
 - un forfait d'admission,
 - un prix de journée « soins » par service, calculé selon diverses variables (coûts directs liés aux dépenses de personnel, coûts indirects liés au fonctionnement et aux prestations individuelles telles que les prothèses, le sang...),
 - ainsi qu'un prix de journée d'hébergement et d'administration générale commun à tous les services²⁴.
12. S'agissant du budget global, il était établi par le directeur de l'établissement un budget global prévisionnel adopté par arrêté après avis du conseil d'administration²⁵. Son bilan, largement positif, a induit la décision de sa généralisation²⁶ par une loi du 19 janvier 1983²⁷ suivie d'un décret d'application²⁸.

²¹ BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), « La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations », *Les Tribunes de la santé*, n° 54, 2017/1, p.64.

²² Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

²³ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, *op. cit.*, article 13.

²⁴ SÉNAT, Bohl (A.), *Le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale*, première session ordinaire de 1982-1983, p.20-21.

²⁵ Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, *op. cit.*, article 14.

²⁶ CESE, Molinié (É.), *op. cit.*, p.16.

²⁷ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, *JO* n° 0016 du 20 janvier 1983.

²⁸ Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier, *JO* du 12 août 1983.

13. Le budget global, succédant au prix de journée, repose sur une dotation globale de financement (DGF) annuelle calculée sur le budget de l'année précédant la réforme auquel, chaque année, sont appliqués des taux directeurs d'évolution des dépenses, déterminés conjointement par le ministère de l'Économie et celui de la Santé. Ce mécanisme concrétise le taux directeur introduit plus tôt en instaurant un pourcentage d'évolution plus faible et un contrôle plus strict en cas de dépassement du budget initialement prévu²⁹. La réforme du budget global a permis de stabiliser les dépenses qui s'envolaient sous le taux directeur, puisque l'enveloppe globale attribuée pour fonctionner pendant un an ne pouvait être dépassée. Pour autant, des effets pervers sont apparus. La DGF annuelle ayant été calculée sur la base du budget des établissements, elle a figé les situations entre ceux-ci. Certains établissements voyaient leur budget reconduit malgré une stabilité ou une baisse de leur activité, créant « une rente budgétaire de situation »³⁰. D'autres, au contraire, notamment les hôpitaux les plus innovants qui généraient des coûts supplémentaires en termes de matériels, d'équipements et médicaments³¹, étaient pénalisés en raison d'une hausse de leur activité et d'un budget devenu trop faible.
14. La succession des réformes ciblées vers la maîtrise des dépenses hospitalières s'accompagne de la création d'outils d'analyse afin de mieux connaître la nature des dépenses, pour qu'à terme les inégalités de dotation budgétaire entre établissements soient réduites et l'activité médicale régulée.
15. Ainsi dès 1982, Jean de Kervasdoué, directeur des Hôpitaux, propose de mettre en place un système d'information médicalisée, dit programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cet outil, inspiré du modèle américain (*Diagnosis Related Groups*), est un traitement automatisé d'informations nominatives créé par arrêté³², dont l'objet est la production de résumés de sorties standardisés (RSS) permettant de déterminer des Groupes homogènes de malades (GHM), en fonction des pathologies traitées, des actes réalisés et des ressources utilisées, dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (SPH). C'est à partir de la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière³³, et du décret du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des

²⁹ BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), *op. cit.*, p.64.

³⁰ ANGELLOZ-NICOUD (M.), *La réforme du mode de financement des établissements de santé*, LEH, 2005, p.21.

³¹ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.686.

³² Arrêté du 3 octobre 1985 autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier, *JO* du 16 octobre 1985.

³³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *JO* n° 0179 du 2 août 1991.

établissements de santé publics et privés³⁴ que les établissements de santé doivent procéder à l'analyse de leur activité, conformément à l'article L.6113-7 modifié³⁵ du code de la santé publique³⁶. À la suite d'une phase d'expérimentation concluante, le PMSI sera généralisé à l'ensemble des établissements de santé publics³⁷ puis privés³⁸, ce qui permet à chaque Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de réaliser une allocation des ressources plus efficace³⁹. Dans le même sens, lors du plan Juppé en 1996, est instauré l'ONDAM, un outil destiné à maîtriser les dépenses de l'assurance maladie avec un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville, de médico-social et d'hospitalisation⁴⁰. L'ONDAM est proposé chaque année au Parlement dans le cadre du projet de LFSS pour être voté.

16. Ainsi, le gouvernement fixe pour chaque région la dotation hospitalière que l'ARH se charge de répartir entre les établissements de santé publics et privés participant au SPH, sous contrainte de respect du taux directeur. En outre, le financement des établissements de santé privés à but lucratif repose sur un système de tarification à la journée et de forfait lié aux actes réalisés encadré par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport au volume d'activité réalisé l'année précédente. Il reste que le montant des prestations pour un acte similaire varie géographiquement et est négocié avec l'ARH⁴¹. Les critiques sont donc semblables à celles portées à la DGF, à savoir la constitution de rentes de situation ou d'un manque de financement pour les structures les plus performantes. Le taux d'évolution des deux secteurs est donc fixé de manière distincte.
17. Avec la DGF, la déconnexion de tout lien des recettes avec l'activité réellement produite n'incitait pas les établissements de santé à faire des efforts de productivité et, bien que corrigée par le PMSI, les inégalités entre les structures perduraient. À titre d'illustration, la Cour des

³⁴ Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, *JO* n° 180 du 5 août 1994.

³⁵ Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, *JO* n° 0141 du 21 juin 2018.

³⁶ PELJAK (D.), *Traité de finances publiques hospitalières*, LEH, 2011, p.456-457.

³⁷ Circulaire DH/DSS n° 23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts à l'aide des informations provenant du système médicalisé.

³⁸ Arrêté du 22 juillet 1996 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale, visées à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, par les établissements de santé visés à l'article L. 710-16-2 du même code, et à la transmission, visée à l'article L. 710-7 du code de la santé publique, aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie et à l'État d'informations issues de ce traitement, *JO* du 26 juillet 1996.

³⁹ PELJAK (D.), *op. cit.*, p.79.

⁴⁰ Ordonnance n° 96-344, du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, *JO* n° 0098 du 25 avril 1996.

⁴¹ CESE, Molinié (É.), *op. cit.*, p.33.

comptes, dans son rapport de 2002 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, faisait état de l'écart persistant entre les dotations régionales réelles et les dotations cibles : l'Île-de-France demeurait la région la plus surdotée avec un écart de + 26,8 % avec la dotation-cible, devant Midi-Pyrénées + 7,8 % pendant que la Picardie ou le Nord-Pas-de-Calais présentaient des écarts respectifs de - 13 % et - 13,2 %⁴². Qui plus est, la disparité des systèmes de financement des établissements de santé rendait impossible la comparaison des coûts et freinait d'éventuelles coopérations ainsi que la recomposition du paysage hospitalier⁴³.

18. Face aux nombreuses critiques faites à la DGF, une nouvelle logique budgétaire a été progressivement introduite dans nos établissements de santé. Les années 1990 sont marquées par une succession d'expérimentations, dont celle de nouveaux modes de financement des établissements de santé fondés sur une « tarification à la pathologie » permise par la loi du 27 juillet 1999⁴⁴, à compter du 1^{er} janvier 2000 pour une durée de cinq ans. Ces projets n'ont pas abouti, mais ont permis l'ancrage de ce nouveau principe à l'activité effective.
19. Finalement, c'est en 2002, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », que le gouvernement Raffarin et le ministre de la Santé Jean-François Mattei se donnent pour objectif de rénover le mode de financement des établissements de santé. Le ministre de la Santé fait entendre que la tarification à l'activité⁴⁵, plus connue sous le sigle « T2A », « est la seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs » ; il faut, selon lui « insuffler une “culture du résultat” et pas seulement de moyens »⁴⁶. Ainsi, la rénovation du système de financement des établissements de santé constitue l'un des axes majeurs portés par le plan « Hôpital 2007 », avec pour perspective la modernisation de leur organisation et de leur gestion. Ce mode de financement, aussi appelé « financement forfaitaire par cas », est rendu effectif par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004⁴⁷ au sein de la plupart des établissements de santé, publics et privés. Il est le résultat

⁴² PELJAK (D.), *op. cit.*, p.177.

⁴³ ASSEMBLÉE NATIONALE, Goulard (F.), *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004*, n° 1106, 2003, p.60.

⁴⁴ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, *JO* n° 0172 du 28 juillet 1999.

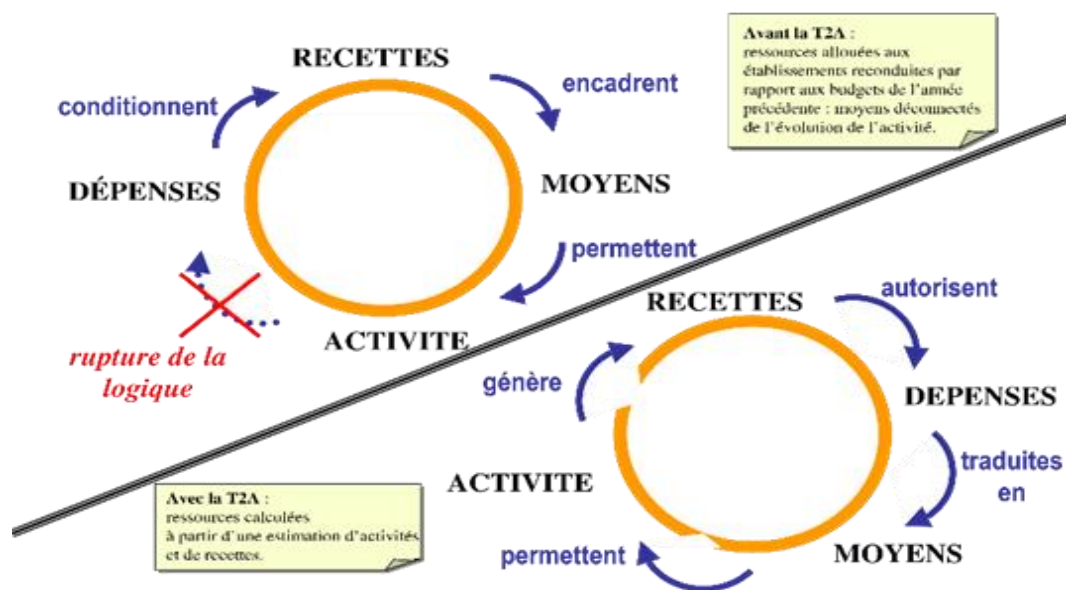
⁴⁵ SÉNAT, Vasselle (A.), *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 adopté par l'Assemblée nationale*, session ordinaire de 2002-2003, n° 58, p.90. La notion de « tarification à l'activité » remplace celle de « tarification à la pathologie » car l'activité englobe aussi, par exemple, la prévention et le dépistage.

⁴⁶ SÉNAT, Vasselle (A.), *op. cit.*, p.89.

⁴⁷ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, *JO* n° 293 du 19 décembre 2003.

des travaux réalisés par la mission interministérielle « tarification à l'activité » dirigée par la Docteure Martine Aoustin.

20. Outre la volonté de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, la réforme tarification à l'activité vise plusieurs objectifs : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs favorisant l'adaptabilité, une équité de traitement entre les secteurs et le développement des outils de pilotage « médico-économiques » au sein des établissements de santé publics et privés⁴⁸. Contrairement à la DGF qui allouait les ressources en fonction des budgets de l'année précédente, au moyen de la T2A les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes⁴⁹.



21. Les informations médicales et administratives recueillies au travers du PMSI permettent ensuite d'associer les GHM à un, ou plusieurs si traitement complexe, Groupe Homogène de Séjour (GHS), auquel est appliqué un tarif, correspondant à un type de séjour, fixé chaque année par le ministre de la Santé. Depuis 2004, la T2A constitue le mode de financement quasi-unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans l'ensemble des établissements de santé.
22. Globalement, depuis l'instauration de la T2A, des progrès conséquents sont observés par rapport au budget global : hausse de la productivité dans le secteur public, plus grande égalité de traitement entre les établissements de santé ou encore amélioration de l'efficacité. Pour autant,

⁴⁸ ASSEMBLÉE NATIONALE, Goulard (F.), *op. cit.*, p.61.

⁴⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *La Tarification à l'activité : réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé*, document pédagogique, 2005, p8.

de nombreux travaux d'évaluation de la T2A dénoncent les effets pernicioeux de ce mode de financement qui serait « centré sur la maladie plus que sur le malade »⁵⁰. Il lui est notamment reproché d'être peu adapté à certaines activités dont le coût est insuffisamment connu, ainsi qu'une prise en compte insuffisante de la qualité et de la pertinence des soins⁵¹. Depuis 2018, le gouvernement s'est engagé dans une réorganisation profonde de ce système de santé devenu inadapté, ce qui a abouti au plan « Ma santé 2022 ». La question du mode d'allocation des ressources des établissements de santé, de la qualité et pertinence des soins faisait l'objet des quelque neuf chantiers portés par le plan. À cette occasion, lors de son discours sur la transformation du système de santé « prendre soin de chacun », le président de la République a appelé à « sortir d'un système qui a montré toutes ses limites, qui favorise la course à l'acte et l'activité, qu'incarne la fameuse T2A, au profit d'un financement qui favorise la prévention, qui soutient la coopération entre les professionnels et qui remet la qualité comme premier objectif des prises en charge »⁵².

23. En effet, l'étude sur les modalités de tarification des hôpitaux nous amènera nécessairement à considérer l'impact du financement sur la qualité des soins rendus.
24. Le cadre de nos recherches étant celui des hôpitaux, à savoir des établissements publics de santé (EPS), ainsi que des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) assurant une ou plusieurs missions de service public, nous excluons volontairement les établissements privés à but lucratif de nos travaux.
25. Il convient au préalable de préciser que le financement des hôpitaux est assuré par un mécanisme dérogatoire depuis mars 2020 pour faire face à l'épidémie de Covid-19 qui traverse notre pays⁵³. La garantie de financement annuelle s'applique à l'ensemble des hôpitaux qui sont soumis, entièrement ou en partie, à une facturation basée sur l'activité produite. Concrètement, si l'activité globale de l'année en cours est inférieure à l'activité de l'année précédente, il leur est assuré *a minima* les recettes de l'année antérieure. Ce dispositif permet de sécuriser leurs recettes assurance maladie. Même si pour des raisons pratiques nous n'entrerons pas dans les

⁵⁰ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *au nom de la Mecss sur le financement des établissements de santé*, 2012, p.8.

⁵¹ FHP, Véran (O.), *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2016, p.4.

⁵² MACRON (E.), discours sur la transformation du système de santé « prendre soin de chacun », septembre 2018. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron> [Consulté le 24 juin 2022].

⁵³ Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19, *JO* n° 0112 du 7 mai 2020.

détails de ce mode de financement, il sera toutefois intéressant d'en tenir compte à certains moments de notre développement.

26. Ainsi, depuis l'instauration de la T2A dans nos hôpitaux, les activités hospitalières sont principalement financées par un tarif en fonction d'une admission ou d'un patient. Toutefois, un mode de financement ne se suffisant pas à lui seul, d'autres types de financement viennent en complément de la T2A.
27. Cette logique guide la structure de notre plan qui sera consacré, dans une première partie, à l'étude de la tarification à l'activité comme principal mode de financement des hôpitaux, et à la diversification des modes de financement des hôpitaux dans une seconde partie.

PREMIÈRE PARTIE.
DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ COMME PRINCIPAL
MODE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

28. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu une entrée en vigueur progressive de la T2A pour les activités de court séjour. En effet, c'est à partir du 1^{er} janvier 2008 que le financement forfaitaire par cas s'est intégralement réalisé pour les établissements anciennement financés par dotation globale, dits « ex-DG ». L'extension de la T2A au reste des activités hospitalières a sans cesse été reportée. Dès lors, la tarification à l'activité constitue le mode de financement principal mais non exclusif des établissements de santé (chapitre I).
29. L'instauration de la tarification à l'activité poursuivait plusieurs objectifs de façon à pallier les défauts du système antérieur. Toutefois, son application n'a pas été sans conséquence et il conviendra de considérer ses principaux effets sur les établissements de santé (chapitre II).

CHAPITRE I.

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ : MODE DE FINANCEMENT PRINCIPAL MAIS NON EXCLUSIF DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

30. La France n'est pas le premier pays à avoir introduit une tarification à l'activité des soins hospitaliers. Elle a pu s'inspirer d'exemples étrangers. Mais, malgré des principes et des outils de base communs, chaque pays adopte les paramètres de fixation des tarifs en fonction de ses propres besoins et contraintes. Le fonctionnement de la tarification à l'activité (section I) repose sur plusieurs étapes qu'il convient de rappeler.
31. Une part importante des activités hospitalières sont financées selon les modalités de la tarification à l'activité. Cependant, l'application des tarifs ne couvre pas l'ensemble des activités car il existe d'autres compartiments de financement (section II).

SECTION I : Le fonctionnement de la tarification à l'activité

32. La T2A est guidée par un ensemble de principes généraux indispensables à son fonctionnement (paragraphe 1). Bien qu'elle constitue le mode d'allocation principal des ressources des hôpitaux, la nature de certaines activités hospitalières justifie l'existence de différents modes de financement de la T2A (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Principes généraux de la tarification à l'activité

A. La mise en œuvre de la T2A en France

33. En Europe, selon les systèmes sanitaires, diverses modalités d'encadrement des dépenses et de gestion de l'activité hospitalière ont été introduites. Certains, dont la France, ont fait le choix d'un financement forfaitaire par cas pour les hôpitaux. Cette technique, apparue aux USA en 1983, consiste à décrire l'activité hospitalière sur la base d'une classification des séjours hospitaliers connus sous le nom des *Diagnosis Related Groups*, établie en fonction des caractéristiques des malades traités et des traitements mis en œuvre ; à chaque groupe est appliqué un

tarif⁵⁴. Ce modèle de financement, repris par la plupart des pays européens, est qualifié de rétroactif en ce qu'il repose sur un « paiement qui se fait après que les soins ont été donnés – l'argent suit le patient –, mais les tarifs sont fixés et connus à l'avance, revêtant de ce fait un caractère prospectif »⁵⁵.

34. Bien que l'application de la tarification à l'activité obéisse à ces principes de base, chaque pays a adopté des paramètres qui lui sont propres et qui sont fonction de ses spécificités nationales. En France, la T2A se définit comme un mode de financement « qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé, publics et privés, sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée pour l'essentiel sur la base des données issues du PMSI »⁵⁶, le but étant de rémunérer chaque séjour hospitalier à partir d'un tarif donné, fixé par le ministre de la Santé⁵⁷.

1) Une mise en œuvre progressive de la T2A

35. La réforme du mode d'allocation des ressources a engendré des changements essentiels en ce qui concerne tant les procédures budgétaires que l'organisation hospitalière pour l'ensemble des établissements de santé⁵⁸. Ainsi a-t-il été choisi de l'appliquer de manière progressive afin de permettre à chaque secteur de s'y adapter. Pour les établissements ex-DG, une part de dotation annuelle a été maintenue, en même temps que la part des ressources liée à l'activité produite augmentait d'année en année à hauteur de 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007. En 2008, la loi de financement de la sécurité sociale fait disparaître la dotation annuelle en faveur d'un coefficient de transition modulé pour permettre aux établissements de santé de maintenir un niveau de recettes équivalent à celui dont ils auraient disposé avant la suppression de la dotation. Les établissements de santé sont donc passés à hauteur de 100 % à la T2A en 2008, soit quatre ans avant l'échéance initiale⁵⁹.
36. Certaines catégories d'établissements n'ont été concernées par le dispositif de la T2A que postérieurement à 2008. Ce fut le cas pour les établissements du service de santé des armées en 2009 et les établissements guyanais auxquels un calendrier spécifique a été appliqué jusqu'en

⁵⁴ DE POUVOURVILLE (G.), « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas », *Revue économique*, Vol. 60, 2009/2, p.458.

⁵⁵ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.37.

⁵⁶ PELJAK (D.), *op. cit.*, p.484.

⁵⁷ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *Droit hospitalier*, Bruylant, coll. « Paradigme », 2020, p. 357.

⁵⁸ PELJAK (D.), *op. cit.*, p.179.

⁵⁹ PELJAK (D.), *op. cit.*, p.182-183.

2018. Ces derniers n'étaient notamment pas dotés d'un système d'informations adapté et d'importants efforts en termes d'organisation ont dû être consentis⁶⁰. D'autres, tels que les ex-hôpitaux locaux désormais dénommés hôpitaux de proximité, ont fait l'objet de plusieurs réflexions quant au passage à la réforme du financement⁶¹. À ce jour, un mode de financement spécifique leur est appliqué⁶².

2) *À l'origine, une mise en œuvre limitée à certaines activités hospitalières*

37. Les activités des hôpitaux sont principalement regroupées en trois disciplines :

- la discipline de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), considérée comme l'activité la plus courante ;
- la discipline des « soins de suite et réadaptation » (SSR) ;
- et la discipline de « psychiatrie » (PSY).

38. Conformément à l'article 33 de la LFSS pour 2004, la T2A est une réforme qui ne s'applique qu'aux hôpitaux titulaires d'autorisations de MCO, quelles que soient les modalités de prise en charge (hospitalisation temps plein, ambulatoire, hospitalisation à domicile)⁶³.

39. Dès le 1^{er} janvier 2005⁶⁴, les établissements de soins habilités à l'hospitalisation à domicile (HAD) sont également financés dans le cadre de la tarification à l'activité. En SSR, l'échéance était prévue pour 2013 quand pour la PSY elle demeurait plus lointaine. Les secteurs en dehors du champ de la T2A ont donc continué à être soumis à une dotation annuelle de financement.

40. Le champ d'application initialement limité aux activités de MCO amène, *de facto*, à l'existence d'autres modes de financement à côté du financement fondé sur l'activité⁶⁵.

B. Les outils de la tarification à l'activité

41. Partant du principe que la T2A « vise à fonder l'allocation des ressources des hôpitaux sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données

⁶⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, *Rapport 2010 au parlement sur la T2A*, 2010, p.18.

⁶¹ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.356.

⁶² *Infra* n° 183.

⁶³ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.357.

⁶⁴ Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issue de ce traitement, *JO* n° 11 du 14 janvier 2005.

⁶⁵ *Infra* n° 77.

issues du PMSI »⁶⁶, il semble opportun de s'intéresser aux outils qui permettent de quantifier l'activité et de la valoriser⁶⁷.

42. Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière⁶⁸, les établissements de santé publics doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité »⁶⁹. À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge »⁷⁰ : cela est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information. Sous dotation globale, il n'est pas question d'allocation de ressources. En effet, le PMSI est introduit en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts, et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. Il n'a été utilisé à des fins économiques qu'à partir de la mise en place de la T2A au sein des établissements habilités à procurer des soins de MCO et dans le cas d'une HAD. D'autres catégories de PMSI, sans répercussions budgétaires, ont ensuite été créées en SSR et PSY⁷¹.
43. Concrètement, le PMSI MCO permet la collecte d'informations sur la pathologie du patient (« pourquoi le patient vient-il ? ») et sur sa prise en charge (« quels sont les actes que l'on réalise ? »). Il constitue ainsi la base de référence pour la facturation des séjours⁷². C'est un « outil de classification à finalité médico-économique » fondé sur deux types de données : des données à caractère médico-administratif de séjour, renseignées par un résumé de sortie standardisé (RSS) produit à la fin de chaque séjour, et un algorithme de classement, visant à regrouper les séjours de manière à les rendre homogènes et aboutissant aux groupes homogènes de malades (GHM)⁷³.
44. La logique du PMSI répond donc à plusieurs étapes qu'il convient d'étayer. Dans un premier temps, chaque séjour de patient fait l'objet d'un RSS constitué :
- de données correspondant à la durée moyenne du séjour, à l'âge et au sexe du patient pour le volet administratif, et aux actes médicaux réalisés ainsi qu'au diagnostic pour le

⁶⁶ *Supra* n° 34.

⁶⁷ BIREMBAUX (M.), *La tarification à l'activité dix ans après sa mise en œuvre : enjeux et perspectives pour le service public hospitalier*, mémoire : droit, sous la direction de Saison (J.), Université de Lille, 2015, p.26.

⁶⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *JO* n° 0179 du 2 août 1991.

⁶⁹ CSP., art.L.6113-8.

⁷⁰ CSP., art.L.6113-7.

⁷¹ PELJAK (D.), *op. cit.*, p.463.

⁷² BIREMBAUX (M.), *op. cit.*, p.26.

⁷³ DOUMAIL (K.), *Guide pratique de la tarification à l'activité*, LEH, 2009, p.30.

volet médical. Ce dernier peut être complété, s'il y a lieu, par le diagnostic relié ou associé ;

- d'un, ou plusieurs, résumé d'unité médicale (RUM). Le passage du patient dans une unité médicale lors de son séjour hospitalier justifie l'existence d'un RUM qui se confond avec le RSS. Lorsqu'il y a passage dans plusieurs unités, il y aura autant de RUM que d'unités médicales fréquentées⁷⁴.

45. L'ensemble des informations médico-administratives collectées au sein du RSS est ensuite codé et traité par le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM)⁷⁵, selon un algorithme permettant son traitement automatisé.
46. Les informations administratives sont codées suivant des critères établis par le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO⁷⁶. Pour le codage des informations médicales liées aux diagnostics, il est fait référence à la 10^{ème} version de la Classification internationale des maladies de l'OMS. Ces dernières sont regroupées au sein des catégories majeures de diagnostic (CMD) et forment le premier niveau de regroupement des RSS qui sont généralement associés à un système fonctionnel (affections du système nerveux, du tube digestif, de l'appareil respiratoire, etc.)⁷⁷. Pour les actes réalisés, une nomenclature précise s'impose : la classification commune des actes médicaux (CCAM) descriptive à usage PMSI. Elle a remplacé la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) utilisée pour le paiement à l'acte des praticiens, et le catalogue des actes médicaux (CdAM) qui décrit l'activité médicale en secteurs hospitaliers⁷⁸.
47. Il s'agit donc d'un référentiel unique qui décrit, quels que soient le lieu et les conditions de réalisation, les actes techniques des professionnels médicaux en tenant compte de plusieurs variables, telles que la nature de l'acte, la technicité de l'intervention, sa durée ou les moyens nécessaires pour la réalisation de l'acte. Le médecin DIM s'y réfère, entre autres, pour s'assurer du bon codage des données. Par ailleurs, une nouvelle instance scientifique et indépendante, le

⁷⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, *Bulletin officiel* n° 2022/6 bis, fascicule spécial, du 29 juin 2022, p.1.

⁷⁵ CSP., art.L.6113-7.

⁷⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO, *op. cit.*

⁷⁷ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.692.

⁷⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, Classification commune des actes médicaux descriptive à usage PMSI, *Bulletin officiel* n° 2022/8 bis, fascicule spécial, du 7 juillet 2022, p.1.

Haut conseil des nomenclatures, a pour mission de conduire la révision des actes inscrits dans la CCAM afin de prendre en compte l'évolution des pratiques et l'innovation médicale en y inscrivant au plus vite les actes les plus pertinents au bénéfice des patients⁷⁹.

48. Le RSS est ensuite anonymisé (RSA) par suppression des données permettant d'identifier le patient, conformément au respect du secret médical qui s'impose aux médecins.
49. Ainsi, toutes ces données désormais codées sont saisies dans un logiciel et chaque séjour ou RSS est affecté automatiquement à l'un des 2 700 GHM existants. Ces groupes sont identifiés par une homogénéité à la fois médicale et économique. Autrement dit, ils regroupent, en fonction d'un coût à peu près équivalent, les séjours en termes de pathologies et de prises en charge. La première classification version « V0 » de GHM comptait un peu plus de 471 groupes. L'augmentation du nombre de GHM s'explique par la fonction de groupage version « V11 » instaurée le 1er mars 2009. Cette classification introduit quatre niveaux de sévérité (durée minimale de séjour par niveau de gravité) par racine de GHM avec pour objectif de mieux hiérarchiser la valorisation des séjours en fonction de leur lourdeur⁸⁰.
50. Enfin, à chaque GHM correspond un groupe homogène de séjour (GHS) auquel est associé un tarif. Ce tarif « au séjour » constitue une somme monétaire arrêtée au niveau national visant à financer les hôpitaux.

Les étapes de la classification des séjours⁸¹

Logique du PMSI	Responsables
Un résumé d'unité médicale (RUM) recense les diagnostics et les actes	Le médecin
↓	
Résumé de sortie standardisé (RSS) Résumé de sortie anonyme (RSA) Groupe homogène de malade (GHM) Tarifs du groupe homogène de séjour (GHS)	Le département d'information médicale (DIM) de l'établissement
↓	
Arrêté de versement de l'assurance maladie	Le directeur de l'établissement

⁷⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Installation du Haut conseil des nomenclatures*, 2021.

⁸⁰ LAMI (A.), VIUJAS (V.), *op. cit.*, p.358.

⁸¹ DOUMAIL (K), *op. cit.*, p.47 « cité par » BIREMBAUX (M.), *op. cit.*, p.23.

Paragraphe 2 : Les différents modes de financement de la tarification à l'activité

51. La T2A ne s'applique qu'aux séjours auxquels correspondent des tarifs nationaux. Ainsi, d'autres sources de financement ont été maintenues tandis que la part de financement associée directement à l'activité va en se limitant dans la mesure où elle tend à se combiner avec de nouveaux dispositifs d'allocation de ressources⁸².

A. Les financements directement liés à l'activité*1) Le financement au séjour par le « GHS »*

52. Le GHS est ce qui va permettre de donner un tarif en euros au GHM et donc au séjour. La possibilité de facturer un GHS est ouverte dès lors qu'un patient a été admis dans un lit d'hospitalisation complète⁸³ ou une place d'hospitalisation⁸⁴ de jour ou de nuit. Ainsi, lorsque le patient est affecté à un GHS, le tarif correspondant est reversé à l'hôpital qui a pris en charge le malade. Chaque année, une grille tarifaire de la liste des GHS et de leur correspondance avec les GHM est publiée. Le tarif du GHS est donc fixé par arrêté du ministre de la Santé. Le plus récent est celui du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux alinéas I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale⁸⁵. Par exemple la prise en charge de migraines de niveau 2 est fixée à 2 354,37 euros, ou un accouchement chez une primipare sans complication à 891,26 euros. Un GHS est facturé pour un séjour donné, toutefois certaines prises en charge impliquent un cumul de facturation de plusieurs GHS pour un même séjour⁸⁶.

2) Fixation et contenu du tarif des séjours

53. Le tarif du GHS arrêté par le ministre de la Santé est un tarif unique déterminé au niveau national et commun à tous les établissements de santé. La fixation du tarif hospitalier satisfait à deux étapes principales, l'une technique et l'autre politique⁸⁷.

⁸² *Infra* n° 150.

⁸³ Unités d'accueil hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à un jour.

⁸⁴ Hospitalisation de moins d'un jour.

⁸⁵ Modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, *JO* n° 0046 du 24 février 2015 modifié.

⁸⁶ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.718.

⁸⁷ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.39.

54. L'article L. 6113-11 du CSP dispose « qu'afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé ». L'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENC) vise à produire des référentiels de coûts moyens nationaux par type de prestation de soin par les hôpitaux. L'objectif de l'ENC est de calculer les coûts moyens de prise en charge par séjour des GHM. À titre d'exemple, sur la base du GHM susvisé - migraines de niveau 2, fixé à 2 354,37 euros – le coût moyen du séjour était d'environ 2 700 euros pour les années 2018 et 2019⁸⁸. À cette fin, l'ENC est exercée annuellement par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)⁸⁹, notamment en MCO et HAD. Ces enquêtes annuelles sont réalisées auprès d'établissements volontaires ou sélectionnés dans le cadre d'un recrutement, qui s'engagent à transmettre certaines données (comptabilité analytique, séjours du PMSI et charges au séjour)⁹⁰. À l'origine, l'échantillon des établissements publics et privés appartenant à l'ENC MCO était réduit à une soixantaine, aujourd'hui il comprend 150 établissements⁹¹.
55. D'entrée de jeu, il convient de préciser que les tarifs fixés par le ministre de la Santé ne correspondent pas à la retranscription des coûts moyens calculés par l'ENC⁹². On peut par exemple remarquer cette distorsion au travers du tarif de facturation et du coût moyen fixés pour le GHM des migraines de niveau 2. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces différences.
56. D'abord, plusieurs études ont mis en exergue les défaillances de l'ENC. En effet, son efficacité est notamment remise en cause du fait de son manque de représentativité des établissements (300 établissements en Allemagne pour une même échelle) et de la qualité insuffisante des données transmises par les membres de l'étude⁹³. Ensuite, les coûts et les tarifs ne se basent pas sur les mêmes périmètres, autrement dit « les coûts intègrent un certain nombre de charges (par exemple les coûts des chambres particulières) que les tarifs n'intègrent pas et les tarifs intègrent la rémunération d'une partie de la structure que les coûts au champ tarifaire n'intègrent pas »⁹⁴.

⁸⁸ ATIH ScanSanté, *Référentiel national de coûts des prises en charge ENC MCO*. <https://www.scansante.fr/applications/enc-mco> [Consulté le 10 juillet 2022].

⁸⁹ CSP., art.R.6113-33.

⁹⁰ ATIH, *Guide de l'étude nationale des coûts*, mai 2022, p.6.

⁹¹ ATIH, *Échantillon ENC MCO campagne 2022*, 2022.

⁹² LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.359.

⁹³ IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et al., *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, 2012, p.6.

⁹⁴ IGAS, Bras (P.-L.), Vieilleribière (J.-L.), Lesteven (P.), *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, 2012, p.17.

Dès lors, l'ENC permet uniquement de déterminer une échelle des coûts qui servira de référence pour la fixation des tarifs des GHS.

57. De plus, la seconde étape du processus qui permet de passer des coûts aux tarifs de facturation est le résultat de décisions qui sont purement politiques. Ainsi, les coûts de l'ENC sont repensés par les régulateurs du ministère de la Santé et de la Prévention, qui peuvent choisir de surrémunérer ou sous-valoriser certains tarifs par rapport aux coûts. Ces corrections ont des justifications diverses : orienter l'activité en fonction des priorités de santé publique (développement de la chirurgie ambulatoire) ou encore maintenir des situations avantageuses pour certaines catégories d'établissements.
58. Les distorsions entre les tarifs et les coûts sont surtout favorisées par les contraintes financières liées au respect de l'ONDAM. Pour faire respecter cet objectif, les régulateurs disposent d'un mécanisme de régulation prix/volume complété par un coefficient prudentiel qui consiste à minorer les tarifs en fonction de l'activité prévisionnelle de chaque hôpital. Le total de la différence entre les montants issus de l'activité des établissements par les GHS et les tarifs de cette même activité minorés du coefficient est gelé et constitue une réserve de crédits qui ne sera reversée aux établissements en tout ou partie qu'en fonction de l'exécution de l'ONDAM.
59. Dès lors, l'écart entre les coûts et les tarifs, souvent revus à la baisse, ne peut être qu'éloigné.
60. Après ces étapes, un tarif « tout compris » est arrêté pour chaque séjour en MCO. Ce tarif couvre l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge du patient dans le cadre de son séjour. Il comprend d'une part les coûts directs variables (médicaments, hôtellerie...) et fixes (rémunération des personnels l'ayant pris en charge) et d'autre part les coûts indirects de prise en charge. Ces derniers se réfèrent aux coûts des services (administratifs, techniques...) essentiels au fonctionnement de l'hôpital⁹⁵.

3) Les tarifs annexes modulant le tarif du GHS

61. La T2A consiste à rémunérer chaque séjour à partir d'un tarif unique, mais ce principe souffre de quelques exceptions. Le tarif du GHS est déterminé en fonction de plusieurs caractéristiques, dont la durée moyenne de séjour par des bornes haute et basse. Dans l'hypothèse où la durée du séjour est inférieure à la borne basse (extrême bas, EXB), le séjour est considéré comme particulièrement court ; le tarif du GHS sera donc minoré. La durée du séjour qui dépasse la borne haute (extrême haut, EXH) conduit à la majoration du tarif⁹⁶. Ainsi, en cas de séjour

⁹⁵ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.360.

⁹⁶ Arrêté du 19 février 2015 *op. cit.*, modifié par un arrêté du 28 mars 2022.

particulièrement long, le tarif susmentionné s'agissant de la prise en charge de migraines de niveau 2 est facturé à 130,84 euros pour chaque journée d'hospitalisation.

62. D'autre part certaines activités, qui se caractérisent par leurs coûts fixes importants⁹⁷, donnent lieu à la facturation de suppléments journaliers en plus de celle du GHS. L'arrêté du 28 mars 2022 susvisé établit une liste exhaustive de ces activités ainsi que de leurs tarifs, comme pour la réanimation pédiatrique, les soins intensifs, la surveillance continue, ou encore le défibrillateur cardiaque avec un supplément qui s'élève à près de 14 800 euros.
63. Enfin, certains médicaments onéreux (molécules majoritairement anti-cancéreuses) et dispositifs médicaux implantables (prothèses, stents...) sont remboursés aux hôpitaux par l'assurance maladie en sus du tarif du séjour car ils introduisent une hétérogénéité dans le GHS compte tenu de leur coût. Une liste est arrêtée⁹⁸ par le ministre de la Santé chaque année conformément à l'article L. 162-22-7 du code de la santé publique. La prise en charge de ces spécialités thérapeutiques est subordonnée au respect de plusieurs engagements : favoriser le bon usage des médicaments, produits et prestations au sein des hôpitaux ; améliorer et sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux ; développer des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau ; mais aussi garantir le bien-fondé des prescriptions et respecter les référentiels. En contrepartie du respect de ces engagements relatifs au contrat type de bon usage, un remboursement intégral à hauteur de 100 % est garanti à l'établissement. Dans le cas contraire, le taux de remboursement peut être réduit jusqu'à 30 %⁹⁹.

B. Les financements annexes dédiés à certaines activités

64. Certaines activités en MCO, du fait de leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé. Ainsi, ces activités peuvent bénéficier soit d'un financement conjoint sous la forme d'un forfait annuel et d'un tarif d'hospitalisation, soit de dotations¹⁰⁰.

1) Les forfaits en fonction de l'activité

65. En complément du GHS, des forfaits s'ajoutent pour :

⁹⁷ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.361.

⁹⁸ Arrêté du 15 juin 2022 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0142 du 21 juin 2022.

⁹⁹ Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0271 du 22 novembre 2013.

¹⁰⁰ CSS.,art.L.162-22-8.

- l'activité d'accueil et de traitement des urgences (ATU), comprenant un forfait ATU pour chaque passage non programmé dans un service d'urgence, ainsi qu'un forfait annuel urgences (FAU) destiné à couvrir les charges fixes en fonction du nombre de passages. Le GHS est facturé en cas d'hospitalisation et les passages externes non suivis d'hospitalisation sont facturés à l'acte pour les consultations ou examens¹⁰¹ ;
- l'activité de prélèvements d'organes (PO), incluant un forfait PO facturé pour chaque prélèvement et un forfait annuel coordination des prélèvements d'organes couvrant les moyens nécessaires à la coordination des prélèvements ;
- l'activité de transplantations d'organes et de greffes de moelle osseuse, avec un forfait annuel greffes qui finance l'activité en fonction de la prise en charge de donneurs vivants, du nombre de greffes ou encore de l'utilisation de machines spécifiques.

66. Les SMUR (services mobiles d'urgence et de réanimation) ou le SAMU (service d'aide médicale urgente) sont financés par une dotation MIG.

67. Sans être exhaustifs, nous pouvons mentionner plusieurs autres forfaits, tels que le forfait sécurité et environnement hospitalier pour la prise en charge de certains actes nécessitant par exemple la mise à disposition d'un secteur opérateur, le forfait prestation intermédiaire impliquant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels, ou encore le forfait activités isolées¹⁰².

68. En outre, il est important de noter qu'une réforme du financement des urgences a été engagée afin de limiter la part du forfait liée à l'acte¹⁰³.

2) Les financements par dotation

69. La dotation nationale finance les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, dénommées MIGAC. Ce sont des missions bien identifiées qui ne peuvent faire l'objet d'un financement à l'activité faute de pouvoir être rattachées à un patient¹⁰⁴. La dotation couvre notamment le financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de la recherche et de la formation des professionnels de santé.

¹⁰¹ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.375.

¹⁰² HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.726.

¹⁰³ *Infra* n° 176.

¹⁰⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation*, 2022.

70. En 2022, le budget alloué aux MIGAC représente 8,7 millions d'euros¹⁰⁵. Le montant annuel de la dotation de chaque hôpital est fixé par le directeur général de la Santé¹⁰⁶, en fonction des engagements prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et dans la limite de la dotation régionale affectée aux MIGAC, 570 000 euros par exemple pour la région Hauts-de-France¹⁰⁷.
71. Les articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale dressent deux listes distinctes. Les MIG se divisent ainsi en deux catégories :
- les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) permettent de subventionner les hôpitaux participant entre autres à la recherche médicale, à l'enseignement et à la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
 - et les autres missions d'intérêt général liées à la santé publique, comme la veille épidémiologique, la prévention et l'éducation à la santé ou encore les soins dispensés à des populations spécifiques.
72. Quant à l'aide à la contractualisation, elle peut être versée par l'ARS ou l'État pour soutenir les hôpitaux dans leurs efforts de restructuration ou d'innovation. Il existe six catégories :
- développement de l'activité,
 - maintien d'une activité déficitaire,
 - amélioration de l'offre (action de coopération et/ou soutien à la démographie des personnels de santé),
 - restructuration et soutien financier aux établissements,
 - aides à l'investissement,
 - autres.
73. Depuis 2016, les établissements peuvent bénéficier, en outre, d'une dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Arrêté du 25 mars 2022 portant détermination pour 2022 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0075 du 30 mars 2022.

¹⁰⁶ CSS., art.L.162-23-8.

¹⁰⁷ Arrêté du 28 juillet 2022 fixant, pour l'année 2022, [...], les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, [...], ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0181 du 6 août 2022.

¹⁰⁸ *Infra* n° 155.

SECTION II : Les autres compartiments de financement

74. Les champs SSR et PSY, avec des activités très diverses pour l'un et très spécifiques pour l'autre, sont longtemps restés financés par une dotation annuelle de financement (DAF). Dès lors, l'introduction d'un financement lié à l'activité a été rendue difficile pour ces disciplines (paragraphe 1).
75. La détermination des tarifs est effectuée par l'État (paragraphe 2).
76. En outre, pour assurer le respect des règles de la tarification à l'activité, des contrôles sont opérés (paragraphe 3).

Paragraphe 1 : La difficile extension de la tarification à l'activité

77. Depuis 2017, une forme de T2A a été introduite pour les activités de SSR. À ce jour, seul le financement des activités de PSY est soumis à un mécanisme distinct.

A. Un système mixte en soins de suite et de réadaptation

78. Le passage à la T2A, initialement programmé pour le 1^{er} janvier 2013, visait à remédier aux effets pervers de la dotation globale¹⁰⁹. La DAF consiste principalement à allouer, sous réserve du respect de l'ONDAM, un budget en fonction de l'année précédente. Comme auparavant évoqué pour la MCO, il s'agit donc d'un mécanisme qui fige les situations entre les établissements et contraint le développement des activités des hôpitaux. C'est finalement la LFSS pour 2016¹¹⁰ qui a introduit un nouveau mode de financement.
79. Afin de rompre avec la logique du « tout T2A », ce financement mixte reposait :
 - sur un financement à l'activité, composé d'une dotation modulée à l'activité (DMA) calculée sur la base de l'activité antérieure, valorisée par des tarifs nationaux et d'un forfait pour chaque séjour réalisé ;

¹⁰⁹ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.114.

¹¹⁰ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JO n° 0296 du 22 décembre 2015.

- et sur des financements complémentaires, prenant en charge les molécules onéreuses (MO), les plateaux techniques spécialisés (PTS), les MIGAC ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ) depuis 2017¹¹¹.
80. Ce modèle de financement a été introduit de manière transitoire en combinant anciennes (DAF, à 90 %) et nouvelles modalités de financement (DMA, à 10 %), afin que l'appropriation de la réforme soit facilitée, que les travaux techniques soient finalisés et les paramètres du modèle cible précisés en cohérence avec les orientations politiques des activités de SSR¹¹². Mais ce mécanisme de financement, jugé trop complexe, n'est jamais entré pleinement en application. Il a été redéfini dans le cadre de la LFSS pour 2020¹¹³ sous la forme d'un financement mixte simplifié, prenant toujours en compte l'activité, mais d'une façon moindre¹¹⁴. Il est désormais composé d'une part à l'activité et d'une part forfaitaire, en plus des quatre compartiments précités qui permettent de subventionner certaines activités ou missions spécifiques. Cette réforme sera mise en œuvre le 1^{er} janvier 2023 quel que soit le statut de l'établissement.
81. Le PMSI SSR fonctionne selon la même logique que celle décrite en court séjour, si ce n'est que, pour le recueil des informations médicales, en plus du médecin qui recense les diagnostics et les actes réalisés, les infirmières et aides-soignantes cotent le niveau de dépendance et les kinésithérapeutes recueillent les actes de rééducation-réadaptation. Le GME (groupe médico-économique), équivalent du GHM en MCO, est associé à un tarif arrêté au niveau national, dit GMT (groupe médico-tarifaire), qui valorise chaque séjour¹¹⁵.

B. L'inapplicabilité de la T2A en psychiatrie

82. Contrairement aux activités de MCO et de SSR, la PSY a connu plus de difficultés quant à l'application de la T2A. Plusieurs travaux en vue d'une extension de la T2A à la PSY ont été engagés, mais les récentes réformes semblent confirmer les doutes autour de cette éventualité. Les hôpitaux ayant une activité en PSY sont autorisés à recueillir les données des patients et doivent, par ailleurs, procéder à l'analyse médico-économique de leur activité, tout comme les établissements habilités à exercer la discipline de MCO ou SSR. Dans le but d'introduire une

¹¹¹ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.743.

¹¹² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, 2017, p.48.

¹¹³ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

¹¹⁴ *Infra* n° 180.

¹¹⁵ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.376.

tarification à l'activité, les années 2000 sont marquées par le lancement d'expérimentations¹¹⁶. Une classification médico-économique type GHS/GHM¹¹⁷, spécifique à la PSY et censée servir de modèle à la facturation des séjours, est testée pendant qu'une transposition du PMSI propre à la PSY est mise en place : le RIM-P, recueil d'information médicalisé en psychiatrie. Ce dernier permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice des malades par les établissements de santé¹¹⁸. Très rapidement, le ministère engage une mission VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie) en vue de l'introduction d'une tarification à l'activité pour 2009. La VAP était fondée sur plusieurs enveloppes : une enveloppe directement liée à l'activité se fondant sur le PMSI PSY, une enveloppe pour tenir compte des médicaments coûteux, une enveloppe « géo-populationnelle » prenant en considération les facteurs géographiques, sociodémographiques... sur le plan régional, et enfin une enveloppe MIG avec des spécificités propres à l'activité de PSY¹¹⁹.

83. Au total, les travaux sur la VAP se sont conclus par un échec. Outre que les données sur l'activité et les coûts n'étaient pas assez fiables¹²⁰, il a été compliqué d'établir une corrélation entre un coût et un diagnostic ou des actes réalisés dans la mesure où les prises en charge psychiatriques sont très hétérogènes d'une personne à l'autre¹²¹. Dès lors, la discipline de PSY n'a jamais passé le cap de la T2A. Une large partie des hôpitaux demeure financée en dotation globale (DAF) dont le montant, fixé par directeur général de l'ARS, leur est versé en douze allocations mensuelles¹²².
84. Le maintien d'une dotation globale pour les établissements publics de santé d'une part, et d'un prix journée d'hospitalisation négocié directement avec l'ARS pour les établissements privés d'autre part, a conduit à des inégalités budgétaires importantes tant entre régions qu'entre établissements.

¹¹⁶ ATIH, *La valorisation à l'activité en psychiatrie*, document pédagogique, 2005, p.2.

¹¹⁷ Groupes homogènes de journées (GHJ) et Groupes homogènes d'actes (GHA).

¹¹⁸ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.701.

¹¹⁹ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.738.

¹²⁰ BAYOD (S.), *Assurer la fiabilité du RIMP-P à l'approche de la valorisation de l'activité en psychiatrie : analyse pour le centre hospitalier Guillaume Régnier*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, sous la direction de MONTIER (J.) et PEREZ (C.), Université de Caen, 2009, p.24.

¹²¹ BAYOD (S.), *op. cit.*, p.13

¹²² HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.740.

85. Depuis 2017, le gouvernement s'est alors engagé dans une profonde réforme du financement de la PSY, qui a vu le jour le 30 septembre 2021¹²³ et qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Un système mixte et complexe de financement a été mis en place.
86. Désormais, les financements sont répartis en huit dotations : populationnelle, file active, activité spécifique, qualité des soins, structuration de la recherche, nouvelles activités, qualité du codage et accompagnement à la transformation, conformément à l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le financement est fixé à hauteur de 80 % pour la seule dotation populationnelle. Celle-ci se base sur plusieurs critères, comme le nombre d'habitants par région, l'offre de soin existante, le taux de pauvreté, etc.¹²⁴ Elle a vocation à réduire les écarts de dotations entre régions et donc, à terme, les inégalités. D'un autre côté, il est fait mention d'une dotation « file active », dont le montant est calculé en fonction de l'activité de l'établissement (nombre de patients pris en charge, nombre d'actes, durée de prise en charge, âge des patients...) et qui compte pour 15 % du volume global¹²⁵. Au premier abord, cette dotation pourrait être assimilée à une forme de tarification à l'activité, néanmoins, outre son allocation depuis une enveloppe fermée (ONDAM), il n'est pas question ici de tarifs de prestations comme en MCO. De plus, sa part dans l'ensemble des recettes des hôpitaux est loin d'être majoritaire¹²⁶.
87. La PSY aura donc réussi, grâce à ses divergences en termes de pratiques, à échapper à la T2A et à la rigueur budgétaire.

Paragraphe 2 : La détermination des tarifs par l'État

88. L'ONDAM détermine l'objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière d'hospitalisation. De surcroît, des enveloppes sont constituées en fonction des activités hospitalières. Ainsi, chaque année, un objectif de dépenses d'assurance maladie pour les activités de MCO¹²⁷, SSR¹²⁸ et PSY¹²⁹ est déterminé ; il correspond au montant annuel des charges, supportées par l'assurance

¹²³ Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, JO n° 0228 du 30 septembre 2021.

¹²⁴ CSS.,art.R.162-31-2.

¹²⁵ FEHAP, *Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière*, 2020, p.5.

¹²⁶ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.380.

¹²⁷ CSS.,art.L.162-22-9.

¹²⁸ CSS.,art.L.162-23.

¹²⁹ CSS.,art.L.162-22-18.

maladie, afférentes aux frais d'hospitalisation, au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de leurs activités.

89. S'agissant de la discipline MCO, le montant couvre à la fois le financement des médicaments et dispositifs en sus des tarifs, de certaines dotations (MIGAC) et forfaits, ainsi que les dépenses tarifées à l'activité (GHS, actes et consultations externes...). Les tarifs nationaux et les forfaits annuels dédiés à certaines activités sont arrêtés par le ministre de la Santé dans le respect de l'objectif des dépenses d'assurance maladie. Pour ce faire, par l'application d'un coefficient, les tarifs du GHS peuvent être modulés en fonction de l'activité prévisionnelle ou de la situation financière des hôpitaux, et les forfaits revus pour tenir compte de leur emplacement dans certaines zones, qui modifie, de manière manifeste, permanente et substantielle, le prix de revient de certaines prestations. Pour les charges des activités de SSR, le même mécanisme est appliqué s'agissant des tarifs, forfaits et dotations¹³⁰.
90. La T2A s'inscrit donc dans une enveloppe qui est fermée alors qu'en principe les recettes devraient être proportionnelles au volume des séjours réalisés. Les tarifs sont donc réajustés, en pratique à la baisse, de manière que l'ONDAM ne soit pas dépassé¹³¹. Il est à noter que les prévisions à la baisse des activités hospitalières ces deux dernières années ont conduit à la revalorisation des tarifs. Des compensations financières liées aux surcoûts des patients atteints du Covid-19 ont également été allouées aux hôpitaux.

Paragraphe 3 : Le contrôle de la juste application des règles de la tarification à l'activité

91. La facturation des séjours hospitaliers découle de la déclaration des informations collectées et transmises par les hôpitaux à l'assurance maladie. En contrepartie, pour s'assurer de la régularité du codage et de la sincérité des facturations réalisées, des contrôles externes sont opérés pour les activités de MCO et SSR conformément à l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale¹³².
92. Au niveau national, l'assurance maladie et l'État pilotent le dispositif en élaborant chaque année des priorités nationales de contrôle, déterminées à partir des statistiques de l'activité des hôpitaux et des atypies ou anomalies de codage constatées dans les régions.

¹³⁰ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.715.

¹³¹ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.63.

¹³² ASSURANCE MALADIE, *Guide du contrôle externe*, 2018, p.8.

93. En région, le contrôle est formalisé dans un programme régional de contrôle arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de Santé (DGARS), après proposition faite de la commission de contrôle composée de représentants de l'ARS, des caisses locales d'assurance maladie et du service médical¹³³. Le contrôle est réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique et de l'ARS, ou par les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie. À l'issue du contrôle, lorsque le rapport établi par le médecin chargé de l'organisation du contrôle fait apparaître des manquements aux règles de facturation, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, les organismes d'assurance maladie recouvrent l'indu correspondant auprès des établissements concernés. Dans ce cadre, s'il y a lieu, le contentieux relèvera du juge judiciaire.
94. De surcroît, une sanction financière peut être prise par le DGARS (décision administrative) après avis de la commission. Le montant de la sanction est arrêté en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, dans la limite d'un maximum dont les éléments de calcul sont précisés dans le code. Les litiges nés à l'occasion d'une sanction sont du ressort du juge administratif, qui a seulement compétence pour annuler la sanction¹³⁴. Alors même que les procédures contentieuses sont indépendantes, une modification du montant de l'indu induit un recalcul du montant de la sanction¹³⁵.
95. L'activité de l'hôpital reposant désormais sur les acteurs de santé, les enjeux, que ce soit en termes de responsabilité ou d'implication du corps médical, sont d'une importance majeure.

¹³³ CSS., art.R.162-35 et suivants.

¹³⁴ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.362.

¹³⁵ ASSURANCE MALADIE, *Guide du contrôle externe, op. cit.*, p.12.

96. Notre développement sur les principes de fonctionnement de la tarification à l'activité nous a permis d'en saisir les fondamentaux. Au regard de sa complexité et des objectifs qui lui sont assignés, nous envisageons d'analyser ses principaux effets sur les hôpitaux.

CHAPITRE II.

LES PRINCIPAUX EFFETS DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

97. Les avantages que confèrent les caractéristiques d'un financement, importé des USA, lié directement à l'activité ont été reconnus par de nombreux pays. En effet, le système actuel de financement par les *Diagnosis Related Groups* est prédominant dans le monde et majoritaire en Europe. Les objectifs poursuivis par les pays sont donc similaires, à quelques différences près qui se justifient par l'ancien mécanisme de financement qu'ils appliquaient¹³⁶. Les objectifs de la mise en place de la tarification à l'activité en France (section 1) ont donc été définis au regard des insuffisances portées par la dotation globale.
98. De ces objectifs politiques, des effets étaient attendus. Certains se sont avérés positifs et d'autres négatifs du fait des caractéristiques inhérentes à ce mécanisme de financement¹³⁷. Ce modèle de tarification comporte en outre des limites, principalement liées à une prise en compte insuffisante de la qualité et de la pertinence des soins (section 2).

SECTION I : Les objectifs de la mise en place de la tarification à l'activité

99. Pour rompre avec le mécanisme de financement antérieur, la mise en œuvre de la T2A poursuivait plusieurs objectifs (paragraphe 1) dont les effets positifs ont largement été reconnus (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les objectifs poursuivis

100. À travers la LFSS pour 2004 et l'introduction de la T2A, l'objectif poursuivi par le Gouvernement est principalement de trois ordres.

¹³⁶ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.67.

¹³⁷ IRDES, Or (Z.), Renaud (T.), *Principes et enjeux de la T2A à l'hôpital*, 2009, p.5.

A. Inciter les établissements à développer leur productivité

101. Par ce système, il s'agit de déterminer un tarif fixe, connu en avance et plus ou moins corrélé au coût de référence pour une prise en charge donnée, permettant ainsi de rémunérer de façon forfaitaire les séjours hospitaliers. Ce mécanisme a pour avantage d'inciter les établissements à développer des efforts de productivité, contrairement à la dotation globale avec laquelle les hôpitaux les plus productifs et/ou innovants voyaient leur budget reconduit à l'identique malgré une hausse de leur activité. Les efforts sont également encouragés au travers d'une rémunération de base déconnectée du coût réel de prise en charge. Cela signifie que si leur coût réel est inférieur au tarif fixé par les régulateurs, les établissements conservent la différence ; à l'inverse, si le coût est supérieur à la rémunération du séjour, les établissements devront accroître leur efficacité pour le réduire. Avec la tarification, ce sont les pathologies traitées et la lourdeur des moyens déployés qui déterminent les recettes obtenues par les établissements de santé.
102. L'objectif est en particulier d'accroître la productivité du secteur public, puisqu'en accordant pour chaque acte de soin un niveau de recette équivalent, quel que soit le secteur, les établissements de santé devraient être incités de manière active à estimer précisément le coût engendré par chaque acte et à le comparer à celui observé dans d'autres établissements¹³⁸.

B. Promouvoir une équité et une harmonisation entre les établissements

103. En introduction nous avons démontré que l'une des raisons de la mise en œuvre de la T2A était le défaut d'unification des modalités d'allocation des ressources aux établissements. Dans la mesure où les hôpitaux bénéficieront d'un même prix pour un même service donné, dans un objectif de convergence, leur financement sera rendu plus équitable, d'une manière générale entre secteur public et privé, mais également au sein de chaque secteur. En raison des anciens mécanismes de financement, à savoir la dotation globale pour les établissements publics ou privés participant au SPH et l'objectif quantifié national pour le secteur privé, deux échelles tarifaires GHS distinctes cohabitaient.
104. Le passage à la T2A a été avantageux pour certains et défavorable pour d'autres au regard des ressources dont ils disposaient avant sa mise en application¹³⁹. Le mode de financement qui était applicable au secteur privé jusqu'alors (prix de journée) a incité celui-ci à la spécialisation, notamment avec une chirurgie standardisée, et donc à la productivité. Il est ainsi question de ramener les tarifs du public au niveau des tarifs du privé, considéré comme plus efficace dans

¹³⁸ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.705.

¹³⁹ VIOUJAS (V.), « Le report de la convergence intersectorielle public/privé », *RDSS*, n° 06, 2009, p.1077.

la nature des charges couvertes par ces tarifs¹⁴⁰. Ainsi, un double processus de convergence a été déclenché, l'un pour rapprocher les tarifs d'un même secteur, dit convergence « intrasectorielle », et un autre pour rapprocher puis aligner les tarifs entre établissements publics et privés, qualifié de convergence « intersectorielle ». Si le processus de convergence intrasectorielle est effectif depuis 2011, notamment pour les hôpitaux, le second a été reporté puis abandonné par la LFSS de 2013, d'une part par manque de fiabilité des études menées, mais également parce que les hôpitaux, chargés d'une mission de service public, supportent les activités les plus coûteuses¹⁴¹.

105. Désormais, au sein d'un même secteur, en particulier public, les hôpitaux les plus coûteux s'efforcent de s'aligner sur les plus vertueux.

C. Poursuivre la médicalisation du système de financement

106. Les ressources des établissements sont liées à la production des soins décrite par le PMSI. Les tarifs, désormais connus à l'avance, sont fixés en référence à des coûts qui varient selon le niveau et le type de prestations exigés. Dès lors, c'est de la nature et du volume des activités produites que découlent les ressources des établissements de santé ; ainsi, la tarification à l'activité assure une plus grande transparence du financement des soins hospitaliers dans une logique de médicalisation de celui-ci¹⁴².

Paragraphe 2 : Des effets positifs notables

A. Augmentation de l'activité

107. Entre 2005 et 2011, les études montrent un accroissement soutenu de la productivité hospitalière, et ce quel que soit le type d'activité¹⁴³. Sous dotation globale, face à la demande de soins croissante en raison du vieillissement de la population, les hôpitaux n'avaient aucun bénéfice à

¹⁴⁰ VIOUJAS (V.), *op cit.*, p.1081.

¹⁴¹ DOMIN (J.-P.), « La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2020, p.481.

¹⁴² IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et *al.*, *op cit.*, p.54.

¹⁴³ DREES, Évain (F.), *Hospitalisation de court séjour, évolution des parts de marché entre 2003 et 2011*, 2013, p.1.

tirer en cas d'augmentation de leur activité. L'augmentation de l'activité pour répondre à l'insuffisance de l'offre de soins était donc souhaitable¹⁴⁴.

108. Il faut néanmoins préciser qu'une hausse significative de l'activité est aussi due à l'émergence de certaines pathologies et à l'accroissement de la population. Sur la même période, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a augmenté dans tous les secteurs, notamment en chirurgie, contrairement au secteur privé où il est fait constat d'une diminution du nombre de séjours. Le nombre des séjours ambulatoires en médecine a connu un fort accroissement. Cette évolution serait liée à un meilleur codage de certaines prises en charge de très courte durée. D'autre part, la chirurgie ambulatoire s'est développée dans tous les secteurs et à hauteur de 60 % dans le secteur public. Cette forte progression trouve sa source dans la réorganisation des hôpitaux, avec un abaissement de la durée moyenne des séjours de façon à réduire les coûts de prise en charge et à gagner en efficacité¹⁴⁵.

109. La T2A favorise donc particulièrement l'augmentation des activités dites « standardisées », telles que la chirurgie ou la médecine interventionnelle, pour lesquelles les coûts de production sont maîtrisés, évaluables et prévisibles¹⁴⁶.

B. Développement des systèmes d'information et augmentation de la qualité de gestion hospitalière

110. L'instauration de la T2A a également eu des effets « spectaculaires » sur le développement de nouveaux outils et de la gestion hospitalière. Du fait de l'impact direct des outils médico-économiques sur les recettes des établissements, la T2A rend indispensable l'évolution des outils de gestion et de management interne¹⁴⁷.

111. Le codage et la facturation des séjours à travers le PMSI constituent le socle du mécanisme de ce mode de financement. Ainsi, des efforts considérables ont été fournis et désormais la plupart des hôpitaux de court séjour sont dotés d'un système d'information exhaustif, permettant d'avoir une connaissance fine de l'activité, des procédures et délais des saisies ainsi qu'une qualité du recueil de l'information¹⁴⁸.

¹⁴⁴ IRDES, Bonastre (J.), Journeau (F.), Nestrigue (C.), Or (Z.), « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », *Questions d'économie de la santé*, n° 186, 2013, p.3.

¹⁴⁵ IRDES, Bonastre (J.), Journeau (F.), Nestrigue (C.), Or (Z.), *op cit.*, p.4.

¹⁴⁶ VÉRAN (O.), *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2016, p.7.

¹⁴⁷ IGAS, Bruant-Bisson (A.), Castel (P.), Panel (M.-P.), *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, 2012, p.11.

¹⁴⁸ IGAS, Bruant-Bisson (A.), Castel (P.), Panel (M.-P.), *op cit.*, p.14.

112. Une autre évolution marquante est celle du renforcement de la place des DIM au sein des hôpitaux. Avec la généralisation du PMSI, des départements de l'information médicale, en charge de la collecte, du traitement et du contrôle des données, ont été créés. Les médecins DIM assurent en particulier le codage des données mais, les règles s'étant complexifiées, leur rôle est « à la croisée de la médecine et de l'administration »¹⁴⁹. Ils sont souvent rattachés à la direction des hôpitaux et impliqués dans l'analyse médico-économique (nouveaux projets, réorganisation, etc.).
113. En ce qui concerne la gestion hospitalière, elle a contribué à l'enrichissement du dialogue entre direction et équipes médicales et soignantes¹⁵⁰. Ce lien est indispensable pour assurer le partage des informations et, de fait, une bonne gestion administrative. En effet, près de 80 % des hôpitaux indiquent que l'introduction de la T2A a eu un effet sur la relation entre direction et communauté médicale. Dans certains établissements, des réunions formalisées ont été instaurées. À titre d'exemple, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille, une structure de pilotage médico-économique a été mise en place, à laquelle sont notamment conviés des membres de la direction, des médecins, ainsi que des experts (DIM, directeur des affaires financières...). Un des thèmes abordés porte sur le financement institutionnel et donc sur les aspects médico-économiques¹⁵¹.
114. Ainsi, le corps médical a une plus grande place dans l'activité hospitalière et dans la gestion de l'administration.

C. Égalité de traitement des hôpitaux et responsabilisation des acteurs

115. La T2A contribue à la mise en place d'une plus grande transparence dans l'allocation des ressources, dès lors que les sommes ne sont pas accordées de manière arbitraire et déconnectées de l'activité produite. Autrement dit, elle permet de remonter à la source de ce qui est financé. Au sein d'un même secteur hospitalier, le traitement des hôpitaux est rendu plus équitable car leur rémunération se base sur une pratique médicale moyenne, c'est-à-dire que « si le malade A et le malade B présentent la même pathologie, ils doivent être soignés avec le même budget »¹⁵². La T2A a ainsi considérablement réduit les inégalités intrasectorielles entre les hôpitaux.

¹⁴⁹ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.96.

¹⁵⁰ VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.9.

¹⁵¹ IGAS, Bruant-Bisson (A.), Castel (P.), Panel (M.-P.), *op. cit.*, p.20.

¹⁵² BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), *op. cit.*, p.62.

116. D'autre part, l'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence pour l'activité s'est mise en place, d'une part entre les hôpitaux, mais aussi entre les hôpitaux et le secteur privé. Le secteur public s'est donc fortement dynamisé en favorisant les projets, valorisant le travail et mobilisant les médecins. L'autonomie dans sa politique de développement a ainsi gagné en reconnaissance¹⁵³.
117. Enfin, la T2A a contribué à la responsabilisation des acteurs avec le développement des logiques de responsabilisation au travers de la contractualisation. En effet, et même s'ils ont un caractère non obligatoire depuis 2009¹⁵⁴, des contrats annuels de pôle définissent de manière concertée des objectifs de progression, d'associations de moyens, et les modalités de reconnaissance de l'atteinte de ces objectifs¹⁵⁵.
118. En conclusion, la tarification à l'activité a eu un impact considérable sur les organisations hospitalières. Les professionnels de santé ont modifié leur comportement et sont davantage responsabilisés.

SECTION II : La prise en compte insuffisante de la qualité et de la pertinence des soins

119. La qualité des soins reçus constitue la première des attentes des usagers¹⁵⁶.
120. Dans un premier temps, elle peut être définie comme « tout aspect du soin qui est favorable au patient pendant son traitement ou améliore le résultat clinique après le traitement » (Chalkley et Malcomson, 1998). Plus largement, c'est une notion multidimensionnelle qui comprend à la fois « l'efficacité (ou la pertinence), la sécurité, l'accessibilité des soins et l'expérience des patients, sans qu'il y ait consensus sur la manière de mesurer ces dimensions » (Kelly et Hurst, 2006)¹⁵⁷. En France, le niveau de satisfaction des usagers en constitue donc une dimension essentielle.

¹⁵³ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.8.

¹⁵⁴ IGAS, Bruant-Bisson (A.), Castel (P.), Panel (M.-P.), *op cit.*, p.77.

¹⁵⁵ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.11.

¹⁵⁶ BVA, *Le baromètre des services publics*, 2014, p.15.

¹⁵⁷ IRDES, Or (Z.), Häkkinen (U.), *Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?*, n° 53, 2012, p.5.

121. Lors de l'instauration de la T2A, l'idée d'une incitation à l'amélioration de la qualité des soins était défendue, alors que rien dans la T2A ne laissait présager cette éventualité. Tout au contraire, cet outil d'allocation des ressources comporte des faiblesses intrinsèques susceptibles d'engendrer une dégradation de la qualité et de la pertinence des soins¹⁵⁸ (paragraphe 1).
122. En outre, le périmètre de tarification axé sur un « acte » ou un « séjour » est inadapté à la prise en charge de certaines activités (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les risques de la T2A sur la qualité des soins et la pertinence des actes

123. Si les études de l'impact de la T2A sur la qualité des soins sont quasi inexistantes en Europe, et très anciennes pour les USA¹⁵⁹, les effets pervers eux ont été identifiés et sont bien présents dans la réalité hospitalière.

A. Une course sans fin à la rentabilité

124. La recherche d'efficacité financière est perçue par certains professionnels comme une pression permanente qui les pousse à augmenter l'activité pour engendrer des recettes supplémentaires, parfois aux dépens de la qualité¹⁶⁰. Les tarifs sont fixés en fonction de l'activité prévisionnelle des hôpitaux et s'inscrivent dans une enveloppe qui est fermée (ONDAM). Dans un contexte de maîtrise budgétaire, l'enveloppe progresse moins vite que l'activité. Le risque d'un dépassement de l'enveloppe hospitalière conduit les régulateurs à réviser les tarifs à la baisse par l'application du dispositif prix/volume afin de compenser la hausse des activités. De fait, les hôpitaux se voient contraints d'augmenter constamment leur productivité, puisqu'elle conditionne leur financement, sans pour autant s'enrichir¹⁶¹. Leur crainte est que la qualité des soins ne soit compromise au profit de l'efficacité ; autrement dit, pour optimiser les résultats financiers et éviter la dégradation de leurs comptes, ils pourraient avoir intérêt à multiplier les actes les plus intenses et à produire des GHS à un coût inférieur au tarif¹⁶².
125. La valorisation de l'activité aurait ainsi des conséquences sur les pratiques des professionnels de santé et entraînerait des comportements opportunistes.

¹⁵⁸ IRDES, Or (Z.), Renaud (T.), *op cit.*, p.5.

¹⁵⁹ IRDES, Or (Z.), Häkkinen (U.), *op cit.*, p.8.

¹⁶⁰ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.16.

¹⁶¹ GRIMALDI (A.), *L'hôpital malade de la rentabilité*, in WILLY (P.) et al., dir., *L'État démantelé*, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, p.122.

¹⁶² VÉRAN (O.), *op cit.*, p.68.

126. Premièrement, cela peut se traduire par une réduction excessive de la durée des séjours. La facturation d'un séjour est déclenchée dès qu'un patient est hospitalisé. Un abrègement anticipé du séjour n'a aucune répercussion sur le niveau des recettes qu'il génère¹⁶³. Selon les cas, une réduction de la durée du séjour peut être perçue comme un indicateur d'amélioration de la qualité (réduction des risques de morbidité) ou d'un fonctionnement plus efficace (développement des séjours ambulatoires)¹⁶⁴. Toutefois, pour certains patients dans un état de santé instable, une durée d'hospitalisation minimale peut être nécessaire afin que leur soient prodigués des soins complets et de qualité. La sortie prématurée de ces patients, sous la forme d'un retour au domicile ou d'un transfert vers d'autres structures de soins pour réduire le coût des séjours, est une stratégie possible pour les professionnels. Certains d'entre eux témoignent de la réalité de ces pratiques¹⁶⁵. Même si ces témoignages sont difficilement objectivables, ces pratiques existent bel et bien et il est essentiel de s'en préoccuper compte tenu de leurs effets sur la qualité des soins.

127. Un autre travers serait celui de la manipulation du codage des niveaux de sévérité. Ce mécanisme consisterait à procéder à un « surcodage » d'un GHM, c'est-à-dire à rendre un même séjour plus rémunérateur pour les hôpitaux et plus coûteux pour les budgets publics. La question de la pertinence des soins peut ici se poser, dans la mesure où des actes inutiles pourraient être prodigués au patient¹⁶⁶, alors qu'un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins de ce dernier, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

B. Une sélection des patients les plus « rentables »

128. Le risque de sélection des patients les moins « coûteux » pour augmenter les recettes est également évoqué. Différentes stratégies sont possibles.

129. Avant l'admission d'un patient, l'hôpital a connaissance du gain effectif sur les recettes liées au séjour du GHM¹⁶⁷. Pour un type de séjour donné, le coût du GHM est susceptible de varier pour la prise en charge de certains patients. Ainsi, les hôpitaux peuvent-ils être tentés d'augmenter le nombre des séjours les plus rentables (à faible risque), ou de réduire ceux (à haut

¹⁶³ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.747.

¹⁶⁴ IRDES, Or (Z.), Häkkinen (U.), *op. cit.*, p.8.

¹⁶⁵ VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.16.

¹⁶⁶ BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), *op. cit.*, p.70.

¹⁶⁷ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.748.

risque) pour lesquels le gain pourrait être minoré par les frais engagés, et de diminuer l'intensité de leurs soins¹⁶⁸.

130.L'impact sur la qualité des soins peut également être lié à la spécialisation des hôpitaux dans la prise en charge d'actes standardisés pour lesquels les coûts de production sont maîtrisés, évaluable et prévisibles. En effet, la T2A pourrait encourager les établissements de santé à privilégier les soins standards dans la mesure où les coûts engagés et les recettes afférentes sont parfaitement connus. Ces actes techniques valorisables se réfèrent principalement aux activités de chirurgie ou de médecine interventionnelle¹⁶⁹.

131.Le risque de la sélection des patients les plus rentables ou de la réorientation vers des activités programmables peut rendre l'accès aux soins plus difficile, d'une part aux personnes en situation de précarité du fait d'une valorisation insuffisante des surcoûts liés à leur accueil, et aux porteurs de pathologies chroniques, d'affections de longue durée d'autre part.

132.La T2A est conçue pour les actes techniques très standardisés et programmables. Mais l'ensemble des soins ou des activités hospitalières ne sont pas « techniques »¹⁷⁰. Dès lors, de par sa nature, la tarification au séjour ne permet pas la prise en compte de certaines activités, cela pouvant mener à une offre de soins lacunaire.

Paragraphe 2 : Un mode de financement inadapté à certaines activités

A. Les activités difficilement évaluables

133.La capacité de la T2A à répondre à l'ensemble des besoins est limitée. Certaines prises en charge ne peuvent pas être homogénéisées ou standardisées, c'est notamment le cas des patients complexes.

134.Le coût des GHS, associé à une durée moyenne de séjour selon une pathologie, rémunère insuffisamment certains types de séjour. En effet, les patients défavorisés ou en situation de précarité, porteurs de handicap social de tout ordre (logement, problème de santé...), requièrent généralement une durée moyenne de séjours plus élevée que les patients non précaires. Mais cet écart tend à se réduire afin de s'approcher au plus près des objectifs de la base nationale des

¹⁶⁸ GUERIN (O.), HUSSER (J.), « Les effets de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? », *Vie et sciences de l'entreprise*, n° 189, 2011, p.15.

¹⁶⁹ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.21.

¹⁷⁰ GRIMALDI (A.), *op cit.*, p.69.

coûts (efficience) au détriment d'une réponse complète et adaptée aux besoins sanitaires, et ou sociaux, de ces patients¹⁷¹. Les surcoûts liés à leur accueil, censés être compensés par l'enveloppe MIG, seraient financés de manière insuffisante et le manque de transparence dans l'attribution de ces dotations pourrait inciter à une sélection des patients et de fait altérerait la qualité de la prise en charge¹⁷².

135. De même, la T2A est décrite comme étant un obstacle aux soins lorsqu'il s'agit, par exemple, d'affections de longue durée ou de pathologies chroniques/multiples. En France, le vieillissement de la population et les maladies chroniques sont en constante augmentation. À titre d'illustration, les pathologies chroniques représentent 60 % des dépenses d'assurance maladie alors qu'elles concernent 35 % des assurés, soit 20 millions de patients¹⁷³. Elles concernent, entre autres, les maladies non transmissibles (diabète, cancer, asthme) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (sclérose en plaque...)¹⁷⁴. Ces types de maladies relèvent plus d'une logique « patient » que d'une approche pathologie ou acte qui favorise « le développement de l'activité et la fragmentation des soins plutôt que la prévention, l'éducation, la surveillance, la coordination et les parcours de soins »¹⁷⁵.

136. En effet, en plus des soins prodigués qui peuvent être lourds, la prise en charge des pathologies chroniques repose en partie sur un accompagnement du patient. Le coût de la prise en charge est donc imparfaitement connu. Cette dernière mobilise divers acteurs et plusieurs structures du système de santé (sanitaire, médico-sociale, sociale), et repose davantage sur une prévention des soins. Ces activités réclament donc un tout autre financement qu'une tarification à l'activité. En effet la prévention, notamment secondaire et tertiaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques,¹⁷⁶ ou la coordination, telle que les réunions pluridisciplinaires, sont exclues de la T2A, sauf exception relevant du budget MIGAC. Ainsi, le temps collectif qui pourrait être mobilisé pour le patient n'est pas valorisé. De plus, ce système de financement favorise la concurrence directe des établissements se trouvant dans le même secteur et ne conduit pas au développement de la coopération, quand bien même le parcours du patient l'exigerait¹⁷⁷.

¹⁷¹ BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), *op. cit.*, p.73.

¹⁷² VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.14.

¹⁷³ AUBERT (J.-M.), *Réformes des modes de financement et de régulation*, vers un modèle de paiement combiné, 2019, p.12.

¹⁷⁴ VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.42.

¹⁷⁵ IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et al., *op. cit.*, p.28.

¹⁷⁶ AUBERT (J.-M.), *op. cit.*, p.5.

¹⁷⁷ VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.5.

137. Enfin, le fonctionnement en « silo » ou cloisonné du système de santé, avec la ville d'une part, et l'hôpital d'autre part, entraîne une redondance des actes pour les patients et donc une non-pertinence des soins¹⁷⁸. Selon une étude menée par la Fédération hospitalière de France, 28 % des actes ne sont pas pleinement justifiés¹⁷⁹.
138. Le financement centré exclusivement sur la maladie ne favorise finalement pas une prise en charge globale du patient et peut fortement compromettre la qualité des soins.

B. Les répercussions de la T2A sur l'organisation interne des hôpitaux

139. Les professionnels de santé consacrent un temps non négligeable au fonctionnement de l'hôpital. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un temps médical ou soignant, un temps collectif est accordé à d'autres missions, indispensables au fonctionnement des services, mais qui ne sont pas pleinement intégrées dans l'outil tarifaire qu'est la T2A. Par exemple, pour assurer la qualité et la continuité des soins, des interactions entre les équipes sont forcément programmées pour assurer les transmissions.
140. Depuis la mise en place de la T2A, le nombre de GHM s'est multiplié par six pour satisfaire la valorisation optimale du codage¹⁸⁰. Le processus de codage implique que les médecins codent l'ensemble des actes que chaque patient a pu recevoir pendant son séjour en vue de leur facturation à l'assurance maladie. Le temps administratif consacré à cette tâche est variable d'un service à l'autre. Toutefois, les professionnels s'accordent sur le fait que « quelle qu'en soit la durée, il s'agit d'un temps enlevé aux soins ». Qui plus est, les moyens humains, techniques et financiers dédiés à ce processus ne sont pas valorisés par la T2A, ce que regrettent les professionnels de santé¹⁸¹.
141. En outre, la T2A est un simple outil d'allocation des ressources, lesquelles sont fixées dans une enveloppe fermée qui se soucie plus des contraintes budgétaires macro-économiques que de la réalité de l'activité de chaque établissement. L'objectif de l'efficacité n'est donc pas compatible avec la pression de l'ONDAM, notamment pour les établissements les plus efficaces¹⁸². De plus, chaque année les tarifs sont arrêtés vers la mi-mars (pour 2022, arrêté du 28 mars), avec une application immédiate. Les établissements n'ont donc aucune prévisibilité de leurs principales recettes, d'autant que « l'échelle des tarifs suit l'échelle des coûts avec un décalage

¹⁷⁸ VÉРАН (O.), *op cit.*, p.43.

¹⁷⁹ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.102.

¹⁸⁰ *Supra* n° 49.

¹⁸¹ VÉРАН (O.), *op cit.*, p.15.

¹⁸² IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et al., *op cit.*, p.13.

de deux à trois ans ». Dès lors, cette instabilité financière entrave le développement des projets ou d'activités nouvelles¹⁸³. La projection des hôpitaux est encore plus difficile depuis la mise en place du mécanisme de financement dérogatoire.

¹⁸³ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.18.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

142. L'introduction de la tarification à l'activité a constitué une véritable révolution du mode d'allocation des ressources financières à l'hôpital.
143. Dans un premier temps, nous avons présenté le modèle de financement majoritaire des hôpitaux. Celui-ci fait appel à un paiement lié aux groupes homogènes de séjours, au paiement en sus des tarifs (pour la facturation des suppléments journaliers, des bornes hautes et basses ainsi que pour certains médicaments onéreux) et au paiement dédié à certaines activités (par dotation ou forfait en fonction de l'activité). À partir de 2023, les hôpitaux de SSR seront financés selon un modèle qui devrait limiter la part de la dotation modulée à l'activité¹⁸⁴.
144. Nous avons ensuite porté notre regard à la fois sur les objectifs qui ont conduit à sa mise en œuvre et sur ses principaux effets sur les hôpitaux. Jusqu'alors, les effets pernicioeux de la tarification à l'activité ont largement été évoqués dans la littérature internationale¹⁸⁵. S'agissant de ses potentiels effets négatifs sur la qualité des soins, aucune étude ne semble avoir encore évalué les risques avec précision. En France, certains rapports suggèrent que la qualité des soins ne s'est pas dégradée depuis l'introduction de la T2A. Mais faute d'indicateurs fiables concernant la qualité et de la sécurité des soins, il a été reproché à ces études de n'aborder la qualité que sous un angle restreint¹⁸⁶. Ainsi, rien ne permet d'écarter les risques de sélection des patients ou d'abrégement abusif de certains séjours¹⁸⁷. Sur ce point, la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale regrette qu'aucune analyse n'ait été menée sur le lien entre qualité et T2A. Dès 2012, elle recommande la création d'observatoires de la qualité et de la pertinence des soins au sein des ARS ainsi que le recueil d'indicateurs de la qualité, et propose qu'une réelle stratégie se mette en place pour encourager les hôpitaux dans leurs efforts d'amélioration de la qualité des soins¹⁸⁸. En outre, dans un récent rapport sur l'évolution des modes de financement, des professionnels de terrain, au plus proche des patients et des réalités hospitalières, dénoncent largement les impertinences de la T2A¹⁸⁹.

¹⁸⁴ *Infra* n° 180.

¹⁸⁵ IRDES, Or (Z.), Renaud (T.), *op cit.*, p.6.

¹⁸⁶ VÉRAN (O.), *op cit.*, p.20.

¹⁸⁷ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.68.

¹⁸⁸ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.105.

¹⁸⁹ VÉRAN (O.), *op cit.*

145. Face à ces constats, le gouvernement a d'abord introduit des mécanismes de financement complémentaires à la T2A afin d'inciter les hôpitaux à renforcer la considération de la qualité. Au terme de plusieurs travaux, il s'est finalement lancé dans une refonte des modalités de financement en promettant de diminuer le poids de la tarification à l'activité¹⁹⁰ afin d'envisager des modes de tarification globale, dits « au parcours », là où l'activité est difficilement mesurable¹⁹¹. En effet, depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la « logique de parcours », qui vise principalement à garantir à chaque étape du parcours de santé « la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge », a été légalisée¹⁹². Dès lors, la nécessité d'adapter le système de santé à l'évolution des besoins de la population s'est imposée.

146. Dès 2018, la réforme « des modes de financement et de régulation » du système de santé a constitué la première étape de ce grand chantier de la Stratégie nationale de transformation du système de santé. C'est dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » que le principe d'une réforme des modes de tarification a été envisagé. Les travaux de la « *taskforce* »¹⁹³ pilotée par Jean-Marc Aubert fixent comme cible la combinaison de plusieurs modalités de paiement, pour répondre aux enjeux de la prévention et de la coordination des soins entre les acteurs d'une part, et à ceux de la prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins d'autre part¹⁹⁴. Ainsi, il ne s'agit pas « de sortir du tout T2A comme cela est parfois revendiqué, mais de s'assurer que ce mode de financement ne contredit pas l'objectif premier du système hospitalier : la qualité des soins »¹⁹⁵. La T2A doit être maintenue car ses atouts ont largement été reconnus : responsabilité des acteurs, dynamisme des équipes, meilleure efficacité et équité. Cependant, son périmètre, lui, doit être revu lorsqu'il ne s'agit pas d'activités programmables et standardisables.

147. Ces nouveaux enjeux dépassent donc la seule réforme du mécanisme d'allocation des ressources hospitalières, dans la mesure où la refonte de la tarification des hôpitaux constitue un levier indispensable au décloisonnement et à la réorganisation structurelle du système de

¹⁹⁰ DORMONT (B.), PIERRU (F.), « La tarification à l'activité à la française », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2020, p.487.

¹⁹¹ *Supra* n° 133.

¹⁹² MARIN (P.), « Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé », *RDSS*, n° 03, 2021, p.415.

¹⁹³ AUBERT (J.-M.), *op cit.*, p5.

¹⁹⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022*, 2018, p.45.

¹⁹⁵ BRAS (P.-L.), « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35, 2017/6, p.247.

santé¹⁹⁶. Ainsi, afin de promouvoir la prise en charge du patient dans sa globalité et de développer la systématisation de l'exercice coordonné entre acteurs de la santé relevant d'organisations et de règles de financement en « silo »¹⁹⁷ (à l'acte en ville, à l'activité à l'hôpital et par dotation dans le secteur médico-social), la tarification à l'activité doit laisser place à de nouvelles modalités de tarification.

¹⁹⁶ SAISON (J.), « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », *RDSS*, n° 3, 2021, p.401.

¹⁹⁷ MARIN (P.), *op cit.*, p.416.

**DEUXIÈME PARTIE. À LA DIVERSIFICATION
DES MODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX**

148. En plus de constituer un éventuel obstacle au cheminement du parcours de santé, la tarification à l'activité n'incite pas à accroître la qualité des soins. Pour autant, à la différence de nos voisins européens, la France accuse un important retard dans la lutte contre les potentielles dérives de la T2A¹⁹⁸. C'est pourquoi depuis 2013 le gouvernement mène des actions sur le champ du financement des hôpitaux dans le dessein de limiter la part de tarification directement liée à l'activité (chapitre 1).

149. En parallèle, des modes de financement inédits, au forfait ou à l'épisode sont actuellement testés dans le cadre du dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018, lequel permet de déroger aux règles de facturation et de tarification pour tous les offreurs de soins, dont l'hôpital, et d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Les perspectives d'évolution de la tarification des hôpitaux (chapitre II) sembleraient être la réponse la plus adaptée aux enjeux actuels de la construction des parcours de santé, de l'accès aux soins, de la prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que de l'efficience du système de santé¹⁹⁹.

¹⁹⁸ IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et *al.*, *op cit.*, p.63.

¹⁹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Article 51 LFSS 2018 innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé*, foire aux questions, 2022.

CHAPITRE I.

LA LIMITATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

150. Le plan “Ma Santé 2022” permet de mettre en lumière un processus de limitation de la T2A en court (MCO) et moyen séjour (SSR) afin de favoriser « la qualité et la coopération, plus que la quantité et la concurrence »²⁰⁰. Concrètement, la *taskforce* préconise une évolution progressive des modes de financement, limitant la part financée à l'activité à 50 % à compter de 2022 dans l'ensemble des établissements de santé contre environ 63 %²⁰¹ en 2019²⁰². En vue de répondre à cet objectif, des compartiments de financement centrés sur la qualité et le parcours de santé (section I) viennent en complément de la T2A.
151. De la même façon, d'autres évolutions des modes de financement sont en cours (section II).
152. À noter enfin que les hôpitaux de proximité sont exclus de la tarification à l'activité (section III).

SECTION I : Des modes de financement centrés sur la qualité et le parcours de santé

153. À la suite d'une expérimentation conduite entre 2012 et 2015 visant à en étudier le caractère incitatif, l'attribution d'un financement complémentaire à la T2A (paragraphe 1), basé sur un niveau de la qualité des soins mesuré à partir d'indicateurs produits par la HAS, a été généralisée aux hôpitaux qui satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins²⁰³.
154. La diversification des modes de financement se traduit aussi par l'intégration du forfait pathologie chronique (paragraphe 2).

²⁰⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022, op cit.*, p.5.

²⁰¹ Annexe I, *Évolution de la répartition des financements*.

²⁰² AUBERT (J.-M.), *op cit.*, p.28.

²⁰³ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.372.

Paragraphe 1 : L'incitation financière à l'amélioration de la qualité

155. L'incitation financière à l'amélioration qualité, dénommée « dotation IFAQ », est un complément de financement qui concerne l'ensemble des hôpitaux MCO et HAD depuis 2016 et SSR depuis 2017²⁰⁴. Une extension est prévue pour la PSY.

A. Le recueil des indicateurs liés à la qualité

156. Le principe de la dotation IFAQ consiste à accorder un complément financier aux hôpitaux, sur la base d'indicateurs de qualité recueillis par l'hôpital et dont le montant est défini en fonction²⁰⁵ :

- de ses résultats pour chaque indicateur de qualité,
- de la progression des résultats au regard des deux dernières mesures disponibles,
- du groupe de comparaison auquel l'hôpital appartient, le groupe étant constitué par champ d'activité (MCO, SSR, HAD),
- du volume d'activité de l'année civile précédant l'année considérée.

157. La liste des indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins (IQSS) soumis au recueil obligatoire, ou non obligatoire lorsque l'activité est inférieure à un certain seuil, est fixée par arrêté au mois de décembre de l'année n-1 pour l'année civile n+1. Les indicateurs de qualité produits par la Haute autorité de santé, et recueillis par les établissements de santé auprès des patients ou calculés automatiquement, sont répartis en huit catégories. Ils permettent ainsi la prise en compte des différentes dimensions de la qualité²⁰⁶ :

- qualité des prises en charge perçue par les patients (satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO...),
- qualité des prises en charge cliniques (évaluation et prise en charge de la douleur, MCO, SSR...),
- qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins (consommation de solutions hydroalcooliques pour l'hygiène des mains, MCO, SSR, HAD)
- qualité de la coordination des prises en charge (qualité de la lettre de liaison à la sortie),
- performance de l'organisation des soins,

²⁰⁴ CSS., art L.162-23-15.

²⁰⁵ CSS., art.R.162-36-2.

²⁰⁶ CSS., art.R.162-36-1.

- qualité de vie au travail,
- démarche de certification,
- mesures de prévention.

B. Les modalités de calcul de la dotation

158. Tous les ans, lorsque les hôpitaux atteignent les résultats évalués à l'aide de ces indicateurs, ils bénéficient d'une dotation.

159. Le montant de la dotation alloué à chaque structure est la somme des parts de dotation complémentaire obtenues pour chaque indicateur par cette structure. Autrement dit, les indicateurs n'étant pas les mêmes en fonction des activités, seuls les résultats des indicateurs pour lesquels l'hôpital est soumis à l'obligation de recueil sont pris en compte dans le calcul du montant de la dotation. L'enveloppe attribuée au groupe est ensuite répartie entre les meilleurs selon le niveau atteint (dernier résultat obtenu) et l'évolution des résultats (différence avec le précédent résultat) pour chacun des indicateurs. Pour chaque indicateur, la part de la dotation pour le niveau atteint est fixée à 60 %, et à 40 % pour l'évolution des résultats. Lorsque ces deux variables sont prises en compte, alors le poids de la rémunération par indicateur est de 100 %. Dans le cas contraire, la rémunération est fixée à hauteur de la variable retenue, c'est-à-dire soit à 60 ou 40 %. Pour les indicateurs à l'évolution non calculable, la part pour le niveau atteint compte pour 100 %.

160. En ce qui concerne la démarche de certification, seuls les établissements certifiés en A (rémunérés à 100 %) ou en B (rémunérés au 2/3) peuvent prétendre à une rémunération au titre de cet indicateur²⁰⁷. Lorsque l'hôpital obtient un résultat insuffisant à un indicateur de cette catégorie ou n'est pas certifié, le DGARS peut conditionner le versement de la dotation à la transmission, par ce dernier, d'un plan d'actions sur la qualité, assurant son engagement dans une démarche d'amélioration de ses résultats sur cet indicateur²⁰⁸.

C. Le renforcement de la part de financement liée à la qualité

161. En 2019²⁰⁹, le financement à la qualité, sous l'impulsion de la *taskforce*, a été renforcé, et son impact financier élargi afin d'en faire un compartiment tarifaire à part entière des hôpitaux²¹⁰.

²⁰⁷ ATIH, *Financement qualité dotation IFAQ*, document pédagogique, 2022, p.9.

²⁰⁸ CSS., art.R.162-36-2.

²⁰⁹ Loi n° 2019-1446 *op cit*.

²¹⁰ AUBERT (J.-M.), *op cit*., p.11.

L'objectif cible est d'environ un milliard d'euros, ce qui devrait représenter à terme, pour l'année 2022, 2 % des recettes d'assurance maladie pour les établissements de santé. À l'heure actuelle, le montant alloué à la dotation est passé de 60 à 450 millions entre 2018 et 2021²¹¹. Pour accompagner cette augmentation, le dispositif a été rénové. Les indicateurs sont progressivement renouvelés et complétés mais le nombre d'indicateurs retenu est limité à dix par champ d'activité. De plus, ces derniers devront, à terme, porter davantage sur les résultats obtenus que sur les processus de soins et intégrer les expériences rapportées par les patients et les soignants²¹².

162. Enfin, la grande nouveauté de ce dispositif consiste en l'introduction d'un mécanisme de pénalité financière. Lorsqu'un hôpital n'atteint pas le seuil minimal requis pour certains indicateurs pendant trois années consécutives, il peut faire l'objet d'une pénalité financière prononcée par le DGARS. Toutefois, en raison de circonstances particulières tenant à la situation de l'établissement, ce dernier peut, par décision motivée, ne pas appliquer la pénalité retenue. De la même façon, l'hôpital est déclaré comme « non répondant »²¹³ s'il ne procède pas au recueil d'un indicateur obligatoire, ou si ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'ARS. Il ne percevra donc pas la rémunération au titre de cet indicateur dont le seuil sera réputé comme non atteint²¹⁴.
163. Concernant les financements testés ou encore les forfaits pathologies et les urgences, d'autres indicateurs à la qualité, spécifiques, sont définis.

Paragraphe 2 : Le paiement au suivi des pathologies chroniques

A. Le forfait pathologie chronique comme levier de la prise en charge coordonnée

164. L'article L. 162-22-6-2²¹⁵ du code de la sécurité sociale dispose, qu'afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des tarifs de prestations peut donner lieu, par dérogation aux tarifs, à une rémunération forfaitaire.

²¹¹ Arrêté du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [...], *JO* n° 0167 du 21 juillet 2021.

²¹² LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.373.

²¹³ ATIH, *Financement qualité dotation IFAQ*, document pédagogique, *op. cit.*, p.4.

²¹⁴ CSS., art L.162-23-15.

²¹⁵ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

165. En effet, pour ce type de prise en charge, l'application d'une tarification à l'acte est inadaptée puisqu'elle finance essentiellement les soins aigus, et insuffisamment les soins préventifs²¹⁶.
166. Dans l'esprit de la *taskforce*, ce financement au parcours est un levier efficace pour transformer les pratiques des professionnels de santé et développer l'exercice coordonné centré sur les besoins du patient. À ce titre, il devrait inciter les professionnels et les structures à développer les actions de prévention, d'éducation du patient et à assurer la fonction de coordination des soins nécessaires à une prise en charge de qualité. Il convient néanmoins de préciser, qu'à ce jour, ce paiement ne s'applique aux seuls établissements de santé, dans la mesure où son partage entre les différents acteurs n'est pas défini²¹⁷. Le paiement en silo des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux empêche en effet toute intervention partagée ; pour l'heure, il a été choisi de tester un forfait au groupement dans le seul cadre d'une expérimentation²¹⁸ car cela nécessite une réorganisation profonde des différentes structures²¹⁹.
167. Depuis le 1^{er} octobre 2019, le forfait pathologie chronique a été instauré pour assurer le suivi au long cours de certains patients atteints d'insuffisance rénale chronique aux stades 4 et 5. C'est une maladie fréquente, grave et à forts enjeux de santé publique²²⁰.

B. L'évolution de l'organisation interne de l'hôpital au bénéfice du patient

168. Au sein des hôpitaux, il est inévitable de faire évoluer l'organisation interne pour assurer la prise charge coordonnée du patient. Cela se caractérise principalement par la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle comprenant, selon le nombre de patients pris en charge et leurs besoins de santé, un ou plusieurs médecins néphrologues, infirmiers, diététiciens, voire des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs. Pour ce qui est des données à recueillir, un système dédié doit permettre de collecter des informations spécifiques à la maladie et à la prise en charge.
169. Cette rémunération forfaitaire annuelle s'adresse aux établissements éligibles, c'est-à-dire à ceux prenant en charge au moins 220 patients adultes par an, conformément à l'article 3 de l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le

²¹⁶ *Supra* n° 135.

²¹⁷ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.373.

²¹⁸ *Infra* n° 198.

²¹⁹ AUBERT (J.-M.), *op. cit.*, p.13.

²²⁰ HAS, *indicateurs de qualité des parcours de soins*, 2022.

cadre de la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique. Depuis 2021, le nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité antérieure.

170. Le montant du forfait a été fixé respectivement à 375 et 575 euros pour le patient adulte au stade 4 et 5²²¹. Le périmètre des prises en charge couvertes par ce forfait comprend, entre autres, les consultations réalisées par le médecin néphrologue, certains actes médicaux non techniques ainsi que les interventions, ou actes non médicaux, réalisées par les professionnels mettant en œuvre notamment des actions d'éducation thérapeutiques en dehors des programmes labellisés. Certaines prestations sont *de facto* exclues de ce périmètre et font l'objet d'une facturation selon les règles en vigueur. Il s'agit par exemple des consultations réalisées par un autre médecin néphrologue de l'équipe, des hospitalisations de jour et complètes, etc.

C. Les conditions d'attribution du forfait

171. Afin de percevoir l'intégralité du montant annuel de la rémunération par patient, l'arrêté précise que l'hôpital doit avoir réalisé au moins une consultation de néphrologie, une séance avec un infirmier et une séance avec le diététicien. Si la consultation de néphrologie n'a pas été réalisée, aucune rémunération ne sera perçue, alors qu'une minoration de 33 % sera appliquée au forfait si elle seule a été réalisée.

172. Le montant du forfait peut également être modulé, à la fois en fonction des caractéristiques du patient, qui peuvent nécessiter des soins et/ou un accompagnement différent, mais aussi en fonction du niveau de résultats de l'établissement quant à la prise en charge²²². Trois catégories d'indicateurs de qualité interviennent alors : la qualité de la prise en charge clinique, la qualité perçue par les patients et celle de la coordination des prises en charge²²³. Que ce soit en ville ou à l'hôpital, la mesure de la qualité doit permettre d'évaluer six dimensions : la précocité du diagnostic, l'annonce, l'information et l'implication du patient, la prévention secondaire, la coordination et la multidisciplinarité, l'aggravation de la maladie et le suivi au long cours²²⁴.

173. La priorité sera ensuite d'élaborer des indicateurs qualité des parcours de soins pour les dix pathologies les plus fréquentes. La mesure systématique de l'efficacité clinique et de l'expérience patient sur ces pathologies doit, à terme, inciter les professionnels à s'engager dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours. À ce titre, la HAS et la Caisse

²²¹ ATIH, *Forfaits pathologies chroniques Maladie rénale chronique stade 4 ou 5*, 2021, p.5.

²²² ATIH, *Forfaits pathologies chroniques Maladie rénale chronique stade 4 ou 5*, *op cit.*, p.7.

²²³ CSS., art.R.162-33-16-1.

²²⁴ HAS, *op cit.*

nationale d'assurance maladie co-pilotent, depuis 2021, le projet d'inscrire la qualité et la pertinence au cours des organisations et des pratiques dans le cadre du plan « Ma santé 2022 »²²⁵.

174. Ainsi, lorsque le dispositif du paiement au suivi aura fait preuve de son efficacité, l'objectif sera de l'étendre à d'autres pathologies et de l'ouvrir à la ville ainsi qu'à la coordination ville-hôpital²²⁶.

SECTION II : La poursuite des réformes

175. Ces nouveaux modèles de financement combinent plusieurs compartiments dans le dessein de favoriser la qualité des prises en charge et d'améliorer l'accès aux soins des populations. La réforme des urgences (paragraphe 1) comme la réforme des soins de suite et de réadaptation (paragraphe 2) tendent à restreindre la part consacrée à la T2A.

Paragraphe 1 : La réforme des urgences en MCO

176. Le modèle de financement mixte qui s'applique à l'activité des urgences, avec une part forfaitaire (ATU et FAU) en fonction du nombre de patients accueillis et une importante part financée à l'activité (au séjour et à l'acte), fait largement dépendre les ressources de l'activité produite²²⁷. Les services d'urgence hospitaliers ne tirent aucun bénéfice de la diminution des passages alors que, depuis de nombreuses années, leurs services sont encombrés, que le temps d'attente ne cesse de croître et qu'ils sont régulièrement sollicités par des patients atteints de pathologies non urgentes²²⁸.

177. Les principes de la réforme en vigueur depuis de le 1^{er} janvier 2021, ont été actés par la LFSS pour 2020²²⁹. Désormais, à l'exception du SAMU, l'activité de médecine d'urgence est financée par²³⁰ :

- une dotation populationnelle tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région,

²²⁵ HAS, *op cit.*

²²⁶ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022, op cit.*, p.17.

²²⁷ *Supra* n° 65.

²²⁸ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.375.

²²⁹ Loi n° 2019-1446 *op cit.*

²³⁰ CSS., art.L.162-22-8-2.

- un compartiment dédié à la qualité dont les critères spécifiques sont les suivants : accueil, suivi et orientation du patient, organisation des structures, prise en charge perçue par le patient,
- des recettes à l'activité modulables en fonction de l'intensité de la prise en charge²³¹. Ces recettes sont facturées pour chaque passage, qu'il soit suivi ou non d'une hospitalisation. Pour une prise en charge non suivie d'hospitalisation, depuis le 1^{er} janvier 2022 une part (forfait patient urgence, FPU) liée aux actes et prestations réalisés est facturable, selon les droits du patient, soit au patient, soit à l'assurance ou aux organismes complémentaires. L'autre part, les forfaits âge urgences (FU) facturés à l'assurance maladie, est complétée par des suppléments facturables en sus. Une pluralité de suppléments s'applique : pour la nuit, les week-ends ou jours fériés, la lourdeur de la prise en charge, le mode d'arrivée par ambulance, le recours à la radiologie, à la biologie, etc.²³².

178. La dotation populationnelle, qui a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation des ressources régionales, est censée constituer la part majoritaire de ce financement (60 %). Elle devrait permettre, en complément des recettes liées à l'activité et modulables en fonction de l'intensité de la prise en charge, d'organiser et de doter, en termes de moyens humains et financiers, les structures d'urgences en adéquation avec les pathologies des patients. Les pathologies les plus lourdes sont ainsi renforcées par le forfait âge et les suppléments, contrairement à la T2A.

179. Enfin, ce nouveau mécanisme vise à mieux articuler urgences et soins non programmés de ville sans déséquilibrer le financement des structures hospitalières, l'objectif étant de désengorger les services d'urgences et de réorienter les prises en charge non urgentes vers la médecine de ville²³³.

Paragraphe 2 : La réforme en soins de suite et de réadaptation SSR

180. À compter du 1^{er} janvier 2023, un modèle de financement redéfini s'appliquera pour les activités de SSR²³⁴. Pour mieux prendre en compte la diversité des besoins des patients en matière

²³¹ CSS., art. R. 162-33-26.

²³² Arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, JO n° 0302 du 29 décembre 2021.

²³³ DGOS, *Réformes de financement*, 2021, p.7.

²³⁴ *Supra* n° 80.

de suivi, de prévention et *in fine* améliorer la qualité des prises en charge²³⁵, la dotation modulée à l'activité, qui devrait compter pour 50 %, est complétée par de nouveaux compartiments de financement : la dotation populationnelle (40 %) et la dotation pédiatrie, en plus de ceux déjà existants (IFAQ, MO, MIGAC, PTS).

181. Les paramètres de la réforme sont encore à préciser. Nous pouvons néanmoins souligner que le montant forfaitaire populationnel est réparti entre les établissements de la région, en tenant compte de l'offre hospitalière existante, sur la base de critères fixés par le DGARS ; pour la pédiatrie, il est réparti en fonction de la capacité des établissements et de la nature des activités. Les établissements peuvent percevoir une compensation liée à l'utilisation des PTS ou des spécialités thérapeutiques telles que décrites dans le décret. Par ailleurs, ce même décret prévoit plusieurs dispositions transitoires entre 2023 et 2025 pour une meilleure appropriation de la réforme par les hôpitaux. Il peut s'agir, par exemple, d'un versement mensuel sous forme d'acomptes pour l'année d'entrée en vigueur de la réforme²³⁶.
182. Ce mécanisme de financement, constitué d'une part à l'activité et d'une part forfaitaire, vise à corriger les inégalités territoriales d'équipement, qui se traduisent en inégalités d'accès aux soins alors que les SSR répondent majoritairement à des besoins de proximité. Pour ce faire, la dotation populationnelle conduite au niveau régional est dédiée à la réduction proactive des inégalités territoriales, en mettant en adéquation un besoin de santé et une enveloppe de financement²³⁷. Le niveau de financement sera ainsi rééquilibré en fonction des caractéristiques (démographique, état de santé de la population de la région...) d'un territoire et de chaque établissement. Ainsi, grâce à la stabilité de leurs ressources, les hôpitaux les moins dotés ou les moins équipés, auront la capacité d'engager les transformations nécessaires (piloter le déploiement d'équipements, évolution des pratiques...) à l'évolution de l'offre des soins au bénéfice des patients²³⁸.

²³⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, 2020, p.29.

²³⁶ Décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, *JO* n° 0094 du 22 avril 2022.

²³⁷ DGOS, *op cit.*, p.11.

²³⁸ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, *op cit.*, p.29.

SECTION III : Le processus d'exclusion de la tarification à l'activité des hôpitaux de proximité

183. Dans le cadre de la Stratégie nationale de transformation du système de santé, une réforme en profondeur a été engagée pour repenser l'organisation des soins hospitaliers. La restructuration de l'offre de soins des hôpitaux de proximité (paragraphe 1) s'accompagne nécessairement d'une évolution de leurs modalités de financement, adaptée aux nouvelles missions qu'ils accomplissent (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La restructuration de l'offre de soins des hôpitaux de proximité

184. La diminution de la T2A se manifeste aussi par l'exclusion de celle-ci des anciens hôpitaux locaux. La T2A devait être étendue aux hôpitaux de proximité initialement au 1^{er} janvier 2012, mais l'échéance a été reportée à plusieurs reprises étant donné la situation particulière dans laquelle se trouvent ces établissements²³⁹.

185. En effet, il s'agit de petites structures ayant un faible volume d'activité, une durée moyenne de séjour longue et une nature d'activité spécifique (faible activité de médecine, absence de chirurgie, d'obstétrique), davantage portée sur la prise en charge post-aigüe et le médico-social. Elles accueillent majoritairement une patientèle locale, âgée, peu mobile, et sont dépourvues de plateaux techniques²⁴⁰. Il a donc été décidé en 2015 de leur appliquer un mode de financement mixte dérogatoire à la T2A : une dotation forfaitaire annuelle garantie, ainsi qu'un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations, autrement dit d'un financement à l'activité²⁴¹.

186. L'hôpital de proximité assure désormais, parmi les trois niveaux retenus de la gradation des soins hospitaliers - proximité, soins spécialisés (chirurgie, obstétrique...) et plateaux techniques de pointe ou CHU⁻²⁴², le premier niveau de l'offre de soins et oriente les patients qui le nécessitent vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins²⁴³. À ce titre, les hôpitaux de proximité ont été redéfinis et réorganisés en fonction des nouvelles missions qu'ils exercent.

²³⁹ SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *op. cit.*, p.121.

²⁴⁰ VÉRAN (O.), *op. cit.*, p.22.

²⁴¹ HOLCMAN (R.), *op. cit.*, p.746.

²⁴² LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *op. cit.*, p.53.

²⁴³ CSP., art L.6111-3-1.

187. L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et par une ordonnance²⁴⁴, met l'accent sur l'appui que ces établissements de proximité apportent aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soin, en les dotant d'un cadre hospitalier adapté à la prise en charge de leurs patients. Mais il valorise également leur contribution à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge, en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire. La constitution de partenariats et de coopérations étroites avec les acteurs de santé du territoire (médecine de ville, HAD, médico-social, communautés professionnelles territoriales de santé...) favorise ainsi la fluidité des parcours et le décloisonnement des pratiques²⁴⁵.
188. Afin de réaliser ces missions dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, les hôpitaux de proximité doivent impérativement exercer une activité de médecine, proposer des consultations de plusieurs spécialités, disposer ou donner accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et à des équipements de télésanté. De fait, ils n'exercent ni activité de chirurgie ni d'obstétrique.

Paragraphe 2 : Un modèle de financement adapté aux nouvelles missions des hôpitaux de proximité

189. La révision des modalités de financement des hôpitaux de proximité constitue un prérequis indispensable à l'accompagnement de ces évolutions. En effet, la seule logique d'un accroissement du volume d'actes réalisés ne peut les inciter à développer des actions de prévention et de coordination des soins²⁴⁶.
190. La LFSS pour 2020²⁴⁷ propose, pour leur activité de médecine, une garantie pluriannuelle de financement qui sécurise leurs recettes. Le montant de la garantie fixé par le DGARS est fonction du volume d'activité et des recettes perçues au cours des deux années précédant l'année civile considérée, de la qualité de la réponse aux besoins de la population, de la qualité de la

²⁴⁴ Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, JO n° 0111 du 13 mai 2021.

²⁴⁵ SAISON (J.), op cit., p.399.

²⁴⁶ LAMI (A.), VIOUJAS (V.), op. cit., p.378.

²⁴⁷ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, JO n° 0302 du 15 décembre 2020.

prise charge, de la coopération avec les acteurs puis de la mise en œuvre des missions obligatoires de la structure. En cas de variation significative du niveau et de la structure de l'activité de l'établissement, du fait de regroupements, fusions ou réorganisations importantes, le DGARS peut modifier le montant, notamment à la hausse lorsqu'il est inférieur au montant fixé par arrêté. La dotation forfaitaire annuelle est valable trois ans, à l'issue desquels elle sera révisée par rapport aux recettes perçues lors des trois années antérieures. Par ailleurs, un complément de financement est possible si les recettes issues de l'activité sont supérieures au montant du niveau de garantie pour l'année considérée²⁴⁸.

191. Enfin, une dotation de responsabilité territoriale contribue au financement des charges liées au fonctionnement des consultations de spécialités, au développement ou maintien des plateaux techniques d'imagerie et de biologie, ainsi qu'à l'achat et aux coûts de fonctionnement des équipements de télésanté. Cette dotation est constituée d'une part fixe dont le montant, décidé par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, est identique à tous les hôpitaux, puis d'une part variable dont le montant, déterminé par le DGARS, dépend des missions et activités obligatoires qu'ils ont réalisées. En ce qui concerne l'incitation financière à la qualité, le complément de financement est fonction des résultats obtenus sur les indicateurs de qualité précités²⁴⁹.

192. Les montants de ces dotations ont été fixés récemment par arrêté pour l'année 2022. La dotation forfaitaire annuelle a, par exemple, été fixée à près de 897 millions d'euros²⁵⁰.

²⁴⁸ CSS., art.L.162-23-16.

²⁴⁹ CSS., art.R.162-33-20 et suivants.

²⁵⁰ Arrêté du 19 juillet 2022 portant détermination pour 2022 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie visé au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité, JO n° 0169 du 23 juillet 2022.

193. Dans cette partie, nous avons porté notre attention sur la réforme globale des modes de financements des hôpitaux, avec pour conséquence la limitation de la tarification à l'activité. Il s'agissait de mettre en évidence la diversité des modalités de financement au travers de paramètres reposant à la fois sur la qualité et la pertinence, l'activité et le forfait.
194. La qualité a pris une dimension forte avec l'intégration d'un compartiment qualité dans les activités de MCO, SSR et de psychiatrie, et sa prise en compte dans le financement des hôpitaux de proximité. La dotation populationnelle répartie par région irrigue les activités de psychiatrie, d'urgences et de SSR en tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques des territoires. Les principes du paiement à l'activité ont été revus pour mieux prendre en considération l'intensité des prises en charge au sein des services d'urgences par le biais des forfaits²⁵¹. En SSR, le financement au fil de l'eau permettra de valoriser les dynamiques d'activité engendrées par les moyens mobilisés pour les prises en charge spécialisées²⁵².
195. Par ailleurs, le forfait pour les patients chroniques encourage le comportement coopératif au sein du secteur hospitalier. Mais pour parvenir à organiser une médecine autour du « parcours », incluant l'ensemble des acteurs d'un territoire, l'évolution de la tarification des hôpitaux doit être promue dans le système de santé pris dans son ensemble.

²⁵¹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, *op cit.*, p.3.

²⁵² DGOS, *op cit.*, p.11.

CHAPITRE II.

LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION DES HÔPITAUX

196. La combinaison de plusieurs modes de financement intègre une pléthore de dimensions visant à favoriser la qualité et à valoriser la prise en charge de chaque patient. Cependant, le modèle cible envisagé s'apparenterait à une rémunération à « l'épisode de soins »²⁵³, qui se traduit par un paiement collectif devant inciter à une coordination poussée des acteurs d'un territoire. Mais la mission a préféré s'en remettre à des expérimentations (section I) car le système de santé est encore trop morcelé pour qu'un tel financement soit généralisé.
197. La refonte de la tarification doit permettre de mieux répondre aux caractéristiques de l'activité hospitalière et, dans une plus large mesure, aux enjeux du système de santé. À l'heure actuelle, il n'existe pas de preuves de l'efficacité de ces paiements alternatifs. Cependant, de nombreux pays ont initié une diversification des modes de financement bien avant la France. Il sera ainsi pertinent de s'intéresser aux expériences et évaluations étrangères afin d'envisager des perspectives pour notre système de santé (section II).

SECTION I : Le recours à l'expérimentation

198. Des expérimentations prévues pour une durée de cinq ans sur des modes d'organisation et de financement innovants sont en cours. Ces dernières permettent aux acteurs de terrain, du secteur public comme privé, de tester, et ce de manière concrète, d'autres modalités de prise en charge permettant de décloisonner le système de santé et d'inciter à une prise en charge globale du patient²⁵⁴.
199. Sur les trois expérimentations d'initiative ministérielle, deux retiendront notre attention : le financement à l'épisode de soins en chirurgie (paragraphe 1) ainsi que l'incitation financière à la

²⁵³ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, *op cit.*, p.17.

²⁵⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022*, *op cit.*, p.45.

prise en charge partagée (paragraphe 2). Nous aborderons ensuite les premiers retours d'expérience (paragraphe 3).

200. Dans le cadre du dispositif des expérimentations, le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie ont lancé conjointement des appels à manifestation d'intérêt. Contrairement à l'appel à projet, l'appel à manifestation d'intérêt offre un cadre procédural d'une grande souplesse. En effet, par le biais de cette technique, des acteurs de terrain intégrés à l'élaboration des cahiers des charges ont pu apporter leurs avis, propositions et expertises, et ainsi favoriser le développement de solutions innovantes répondant au mieux aux préoccupations et contraintes existantes. La conception du modèle des expérimentations de l'épisode de soins (EDS) et de l'incitation financière à la prise en charge partagée (IPEP) est donc le fruit d'une réflexion commune entre les autorités de santé et les acteurs des champs de la santé, du médico-social et du social²⁵⁵.
201. À l'issue des travaux de co-construction, dès 2019, des appels à projets ont été lancés sur la base des cahiers des charges EDS et IPEP afin de sélectionner des candidats volontaires pour expérimenter la mise en œuvre d'un financement forfaitaire cible pour un épisode de soins donné et d'une incitation financière à la prise en charge partagée.

Paragraphe 1 : Le financement à l'épisode de soins (EDS)

A. L'enjeu du financement à l'épisode de soins en chirurgie

202. Ce projet d'expérimentation d'EDS porte sur des prises en charge comprenant des volumes importants et à forts enjeux de coordination et d'amélioration des soins.
203. En effet, il a pour objet d'être un levier dans la fluidification et la coordination du parcours patient concernant trois types de prise en charge chirurgicales programmées et, de fait, hors du contexte de l'urgence : en orthopédie sont ciblées la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou, et en chirurgie digestive la colectomie pour cancer. Pour ce faire, le paiement forfaitaire global cible vise à payer l'ensemble des prestations dispensées à un patient, pour un état de santé donné, pendant une période définie, par un ensemble d'acteurs déterminés concourant à la prise en charge. L'approche décloisonnée du forfait crée pour le professionnel un cadre incitant à une prise en charge coordonnée entre les différentes étapes du parcours, c'est-

²⁵⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales*, 2022.

à-dire à la fois en amont, pendant et après l'acte chirurgical, contrairement à la tarification au séjour en vertu de laquelle l'acte opératoire seul est rémunéré²⁵⁶.

204. Toutefois, il convient de noter que l'expérimentation de l'EDS ne modifie pas le système de financement des quarante-six établissements autorisés à y participer. L'ensemble des professionnels et établissements de santé continuent d'être rémunérés selon les règles de facturation en vigueur, à savoir à l'acte en ville et au séjour ou à la dotation à l'hôpital.

B. La durée de l'expérimentation

205. Initialement, trois phases étaient envisagées²⁵⁷.

206. La phase d'apprentissage constitue la période durant laquelle les parties prenantes de l'expérimentation s'approprient et réajustent les principes et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation par le biais de projets organisationnels sans impact financier. Cette dernière s'est achevée en 2021.

207. La seconde phase, dite rétrospective, correspond à la mise en œuvre du modèle de financement forfaitaire sur une durée de deux à trois ans, au lieu de dix-huit mois en raison de la crise sanitaire, sans modifications de la rémunération ; au terme de cette période est opérée une comparaison entre les dépenses observées et les dépenses théoriques cibles du forfait. Ce modèle est également ajusté au risque individuel des patients, dans la mesure où des indicateurs spécifiques sont identifiés et construits pendant la phase de préparation de chaque EDS afin de redistribuer aux acteurs une enveloppe dédiée à la qualité selon le score qualité atteint. De plus, des travaux menés avec l'appui de la HAS lors de la première phase ont permis d'élaborer des indicateurs relatifs à la prise en charge préopératoire, à l'expérience patient ou encore à la mesure des résultats des soins par le patient. Ces derniers sont évalués en fonction des réponses des patients aux questionnaires qui leurs sont fournis, dont le PREMS (*patient reported experience measures*) et le PROMS (*patient reported outcome measures*). Au stade de l'expérimentation, c'est uniquement le taux de recueil des adresses mails, nécessaires pour administrer les questionnaires, qui sera pris en compte dans le calcul du score qualité. À terme, l'objectif sera de prendre en compte le score de l'indicateur²⁵⁸.

²⁵⁶ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *EDS, c'est quoi ?* p.1.

²⁵⁷ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *EDS, c'est quoi ?* p.3.

²⁵⁸ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges orthopédie*, 2021, p.27.

208. Ainsi, sous réserve de l'atteinte d'un seuil de qualité minimum, un système de bonus/malus est appliqué. Si la dépense observée est inférieure au forfait cible calculé, un intéressement pourra être versé à l'ensemble des acteurs porteurs du projet (hôpital MCO, ville, SSR, HAD). En revanche, si cette dernière est supérieure au forfait et que la qualité n'a pas atteint le niveau minimal requis, un malus plafonné à 3 % pourra s'appliquer à compter de la troisième année de l'expérimentation, mais seulement pour les établissements MCO ayant réalisé l'intervention chirurgicale du séjour inaugural.
209. Dès lors, le modèle de financement fixé en fonction de chaque parcours comprend une dépense cible forfaitaire, ajustée sur les caractéristiques de chaque EDS (facteurs de risques, comorbidité, réhospitalisation etc.), un intéressement financier en fonction de la qualité de la prise en charge et des résultats économiques, ainsi qu'un compartiment spécifique à la coordination dans le cadre de l'expérimentation.
210. À l'issue de la phase rétrospective, une phase prospective était prévue afin de tester la faisabilité d'un mode de financement prospectif, consistant à verser à un destinataire unique (hôpital) le forfait EDS au moment de l'entrée du patient dans l'épisode de soins. Charge à ce dernier d'effectuer ensuite la répartition entre les différents acteurs mobilisés en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation. Cela aurait donc impliqué une modification significative des modalités de financement du système de santé et de facturation pour les acteurs de l'offre de soins et de l'assurance maladie. Cependant, au regard des perturbations engendrées par la crise du Covid-19 sur les activités hospitalières (mobilisation des expérimentateurs et des ARS, diminution significative des chirurgies programmées...), la phase rétrospective a été décalée jusqu'en 2024, ce qui correspond à la cinquième année de l'expérimentation mais aussi à sa durée maximale. La phase ultime de l'expérimentation ne pourra donc être menée²⁵⁹.

C. Le périmètre couvert par le forfait

211. Afin de mieux appréhender le financement de l'EDS en chirurgie, il semble intéressant d'apporter quelques précisions quant au périmètre couvert par le forfait²⁶⁰. En effet, celui-ci a initialement été restreint afin de n'englober que les soins ayant une forte probabilité de lien avec l'épisode de soins²⁶¹.

²⁵⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales*, 2022.

²⁶⁰ Annexe II, *Que comprend le forfait à l'épisode de soins ?*

²⁶¹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *EDS, c'est quoi ?* p.3.

212. Par exemple, pour la prise en charge en orthopédie, le périmètre couvre à la fois :

- les soins externes et de ville ayant lieu dans les quarante-cinq jours en amont de l'intervention initiale, tels que les consultations préopératoires de chirurgien (orthopédiste ou général) ou d'anesthésiste,
- le séjour hospitalier pour l'intervention chirurgicale,
- la période postopératoire, jusqu'à trois mois pour la prothèse totale de hanche et six mois en ce qui concerne la prothèse totale de genou. Durant cette période, soit le patient peut être réhospitalisé en MCO, dans une structure de rééducation en SSR ou en HAD, soit il peut de nouveau bénéficier de consultations en chirurgie, de soins infirmiers, de consultations et actes de médecine physique et de réadaptation ou encore d'actes de masseur-kinésithérapeute, que ce soit en soins de ville ou en activité externe à l'hôpital.

213. Lorsque les réhospitalisations sont considérées comme étant en lien direct avec la pathologie et/ou le geste réalisé (complication de prothèse ...), elles sont recherchées pendant toute la durée de l'EDS dans les risques qui peuvent survenir. Si elles sont considérées comme plus en lien avec une hospitalisation et une intervention chirurgicale (AVC...), ces dernières ne sont recherchées que pendant trente jours suivant la sortie du séjour. Ainsi, les prestations ou réadmissions sans lien avec le séjour ne sont pas prises en compte dans l'EDS ou dans le calcul des dépenses observées. Mais, au cours de l'expérimentation et de l'affinement de la compréhension du parcours patient, d'autres prestations (imagerie, biologie...) et intervenants (autres spécialités médicales) pourront éventuellement être inclus dans le périmètre s'ils sont considérés comme pertinents pour la prise en charge²⁶².

214. Les porteurs du projet de l'expérimentation de l'EDS sont donc amenés à repenser et identifier les évolutions concernant leur organisation, interaction et communication, entre eux comme avec les patients. Dans ce cadre, le service rendu au patient repose sur une forte coordination des acteurs, intra et extrahospitaliers, qui favorise la continuité de la prise en charge et d'un suivi personnalisé²⁶³.

²⁶² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges orthopédie*, 2021, p.9.

²⁶³ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *EDS, c'est quoi ?* p.3.

*Paragraphe 2 : L'incitation à une prise en charge partagée (IPEP)***A. Les principes du modèle IPEP**

215. Le modèle IPEP poursuit un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital, de développement de la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de promotion de la prévention²⁶⁴.
216. Pour atteindre ces cibles, deux leviers sont mobilisés dans le cadre du dispositif. Il s'agit d'une part d'un levier organisationnel, avec la mise en place de nouvelles formes d'organisation pluri-professionnelle centrées autour de la prise en charge d'une patientèle ayant les parcours de santé les plus complexes ou à risques de complications (atteintes de pathologies chroniques, poly-pathologies ou personnes âgées...) et de celle ayant des difficultés d'accès aux soins non programmés²⁶⁵. Intervient d'autre part un levier financier, avec l'instauration d'un modèle économique d'incitation financière, basé sur la performance des acteurs du groupement en termes de qualité et d'efficience des dépenses.
217. La prise en charge partagée permet donc à des professionnels de santé volontaires de constituer, sur un territoire donné, des groupements, et de définir des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle grâce à la poursuite de l'ensemble des quatre objectifs précités. Au total, trente groupements participent à l'expérimentation ; il y en avait vingt-neuf en 2021²⁶⁶, cela représentait déjà 460 000 patients pris en charge dans le cadre de l'IPEP²⁶⁷.
218. Le groupement d'acteurs de santé est entendu au sens large ; il peut s'agir de groupements déjà existants, comme les maisons de santé, les centres de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) etc., ou en cours de constitution, pouvant alors prendre différentes formes juridiques : groupements de coopération sanitaire, association loi de 1901, convention. De même, les membres qui devront intervenir aux différentes étapes de la prise en charge peuvent être issus du secteur sanitaire et/ou social ou médico-social. La seule condition est que le

²⁶⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.5.

²⁶⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.6.

²⁶⁶ Arrêté du 26 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 21 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'une incitation à une prise en charge partagée et fixant la liste des groupements expérimentateurs, JO n° 0186 du 12 août 2022.

²⁶⁷ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, p.19.

groupement inclue des médecins traitants avec une patientèle globale d'au moins 5 000 patients²⁶⁸. Selon le type de groupements de professionnels de santé (CPTS, comité ville-hôpital, etc.), le volume de patientèle est très varié, pouvant aller de 5 000 à plus de 100 000 patients²⁶⁹.

B. Les principes de l'intéressement financier

219. L'intéressement financier collectif alloué au groupement repose sur la combinaison d'une composante « qualité » et d'une composante « maîtrise des dépenses ». Les indicateurs de qualité socles, c'est-à-dire communs à tous les groupements, concernent quatre thématiques principales : l'accès aux soins, la coordination interprofessionnelle et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques afin d'éviter les ruptures de parcours et de réduire les hospitalisations évitables, la prévention et la promotion de la santé, puis la pertinence des prescriptions médicamenteuses. L'évaluation se fera sur ces quatre thématiques. Le point de vue du patient sur l'expérience de son parcours de santé, recueilli au travers d'un questionnaire de type PREMS, est aussi intégré dans le volet qualité de l'intéressement IPEP. S'ils le souhaitent, les groupements peuvent enfin retenir des indicateurs spécifiques, en fonction de leurs actions prioritaires²⁷⁰.

220. Le montant des dépenses, déterminé à partir des dépenses de santé (soins de villes et séjours hospitaliers) moyennes de la patientèle du groupement dans l'année considérée, est réajusté en fonction des caractéristiques des patients membres ; un taux d'évolution attendu est ensuite calculé au regard des gains d'efficacité escomptés dans le but d'obtenir une dépense-cible. À partir de celle-ci, il sera possible de vérifier si le groupement a respecté l'objectif de maîtrise des dépenses ou s'il a pu générer des gains d'efficacité, en comparant sa dépense réelle à la dépense nationale ajustée²⁷¹. Le groupement pourra alors percevoir 50 % des gains qu'il aura générés. Ainsi, selon les résultats des différents indicateurs et les économies générées, le groupement pourra être intéressé financièrement.

221. Le modèle IPEP ne se substitue pas aux rémunérations à l'acte, à l'activité ou au forfait, mais est complémentaire. Les acteurs, libres dans l'utilisation de l'intéressement collectif qui leur est alloué (choix de la patientèle, des priorités, développement de formes innovantes de prestations de soins...), sont donc responsables d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de

²⁶⁸ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.3.

²⁶⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, p.44.

²⁷⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.16.

²⁷¹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.21.

qualité de prise en charge pour une population donnée. En cas de non atteinte des objectifs fixés, le groupement ne peut faire l'objet d'une sanction financière telle qu'un malus, comme c'est le cas pour l'EDS, dans la mesure où l'intéressement est purement incitatif²⁷². En d'autres termes, le modèle de financement cible envisagé par l'expérimentation est un bonus, versé au groupement volontaire, dont le montant correspond aux gains d'efficacité obtenus, modulé par le score qualité global.



Paragraphe 3 : Les premiers retours d'expérience

222. À ce jour, le dernier rapport sur les expérimentations innovantes a été remis au Parlement en janvier 2021. De manière générale, le retour d'expérience montre que ces nouveaux modes de financement trouvent progressivement leur place avec les systèmes de rémunération actuels et que les accès aux systèmes d'information évoluent. Les difficultés rencontrées portent principalement sur les parts variables qui se traduisent par une multitude d'indicateurs (qualité, expérience patient, performance...) modulant la rémunération des acteurs et rendant ainsi les calculs et les partages des gains complexes²⁷³.

223. Par ailleurs, les expérimentateurs témoignent d'un changement de culture dans leurs établissements, qui s'observe par une ouverture de leurs partenariats à des structures dont ils n'avaient pas connaissance avant l'EDS, comme les URPS (unions régionales des professionnels de santé). L'enjeu du partage des informations concernant les données des patients, qui conditionne le pilotage de la qualité des parcours de soins, repose sur une grande implication des professionnels de santé dans le renforcement et la standardisation des outils nécessaires à la

²⁷² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, p.4.

²⁷³ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, p.85.

coordination quotidienne entre les acteurs ou à l'évaluation des parcours²⁷⁴. Pour les hôpitaux, l'inscription de l'IPEP dans les territoires conduit à des initiatives de groupements de professionnels pour mieux coopérer avec les maisons de santé pluriprofessionnelle, par exemple, en vue de définir des protocoles d'admission et de sortie²⁷⁵.

224. Durant les différentes phases, le cahier des charges est susceptible d'évoluer au cours de l'expérimentation, au regard des retours d'expérience qui seront observés.

225. À terme, la poursuite des évaluations des expérimentations, prévues par la loi dans le cadre du dispositif de l'article 51, permettra de tirer les leçons de l'ensemble des projets lancés et de fournir des éléments d'aides à la décision au Parlement afin que ces expérimentations soient déployées à grande échelle et qu'elles puissent constituer de réels leviers de transformation de notre système de santé²⁷⁶.

SECTION II : Les perspectives pour le système de santé

226. La volonté de réformer le financement et l'offre de soins en général est une préoccupation partagée internationalement ; le développement de la qualité sans augmentation des coûts, notamment par l'amélioration de la coordination, la prévention des soins, la réduction des actes inutiles et des réadmissions, est un mouvement qui traverse un certain nombre de pays depuis de nombreuses années²⁷⁷. Il apparaît donc pertinent de s'intéresser aux financements alternatifs de structures de santé extérieures à nos frontières ainsi qu'aux enseignements qu'elles ont pu en tirer (paragraphe 1).

227. Les débats de fond sur l'avenir de la tarification des hôpitaux (paragraphe 2) n'ont jamais été aussi controversés que lors des élections présidentielles. L'idée de ce qu'aurait pu être la tarification des hôpitaux mérite d'être approfondie.

²⁷⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, p.47.

²⁷⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, p.44.

²⁷⁶ ANAP, *Article 51 : EDS, IPEP et PEPS*, 2020, p.4.

²⁷⁷ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.131.

Paragraphe 1 : Les apports des expériences étrangères

228. Le programme IFAQ aussi nommé *pay for performance* (P4P) est, parmi les nouveaux modes de paiement des établissements de santé, considéré comme l'un des plus développés²⁷⁸. En 2019, il était recensé environ quarante programmes de performance dans le monde, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La majorité d'entre eux se déroulent aux USA et au Royaume-Uni, considérés comme les premiers à les avoir mis en place au sein de l'hôpital²⁷⁹.
229. Les résultats du *pay for performance* en fonction d'indicateurs de qualité font débat, la quasi-totalité des études menées concluant à une amélioration limitée ou inexistante des indicateurs cibles, quelle que soit leur nature²⁸⁰. Le programme anglais *advancing quality* en est un exemple ; les évaluations de la mortalité à 30 jours, ajustée aux risques, pour la pneumonie, l'insuffisance cardiaque et l'infarctus aigu du myocarde avant et après le programme P4P, montrent une diminution de 1,3 %. À l'inverse, en Californie, aux Pays-Bas ou encore au Portugal, l'impact est plus important dans les soins de première ligne que dans les hôpitaux. Cependant, la majorité des chercheurs s'accordent à dire qu'il est difficile d'établir un lien entre les indicateurs et l'amélioration de la qualité²⁸¹.
230. Les faiblesses du programme peuvent s'expliquer par l'insuffisance des évaluations, leur caractère incomplet ou peu incitatif. En effet, il a été démontré qu'en fonction de la hauteur de l'incitant financier les résultats pouvaient être plus ou moins bons. L'idéal serait que l'incitant représente entre 2 et 3-4 % des revenus ; s'il est trop élevé, il peut potentiellement engendrer des effets pervers comme l'exclusion de certains dossiers patients dans le calcul ou la manipulation des données déclarées ; au contraire, s'il est trop bas, il n'incitera pas à un relèvement de la qualité²⁸². À ce titre, la France cible un incitant de 2 % de manière que l'IFAQ devienne un levier de financement à part entière de l'hôpital²⁸³.

²⁷⁸ GIRAULT (A.), LALLOUÉ (B.), et al., *Réformer la T2A : les nouveaux modes de paiement et leurs usages dans les établissements de santé*, in MINVIELLE (É) et al., dir., *Manager une organisation de santé*, Presses de l'EHESP, coll. « Recherche, santé, social », 2018, p.141.

²⁷⁹ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.138.

²⁸⁰ GOURIEUX (B.), DUVERNOY (T.), « Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35, 2017/6, p.295.

²⁸¹ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.142.

²⁸² DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.140.

²⁸³ *Supra* n° 161.

231. Le paiement au forfait pour une pathologie donnée a été expérimenté puis introduit pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique dans le secteur hospitalier à partir de 2019²⁸⁴. Contrairement au paiement à l'épisode de soins ou à la population, il existe peu d'expérimentations du forfait pathologie à ce jour²⁸⁵. Girault et ses collaborateurs évoquent cependant la complexité de construction d'un tarif global pour ces trois types de paiement.
232. Les expériences à l'étranger soulignent l'impact positif du financement à l'EDS (*bundled payment*) sur la coordination entre les acteurs, l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des coûts pour la collectivité²⁸⁶. Aux USA, 800 hôpitaux ont été autorisés, dès 2016, à tester le programme « *comprehensive care for joint replacement* » qui concerne les prothèses articulaires de hanche et de genou. Au total, la réduction des coûts a été estimée à entre 6 et 20 % avec une diminution significative dans les soins post-aigus qui représentent 70 % des dépenses²⁸⁷.
233. En dehors des USA, il faut citer l'exemple du programme « *orthochoice* », lancé en Suède en 2009. Dans ce système, pour éviter la recherche d'économies, une garantie a été intégrée, jusqu'à 2 ans pour toute complication liée à l'opération et 5 ans en cas d'infection²⁸⁸. En 2013, cela a concerné 12 000 prothèses, soit 77 % des patients non complexes opérés pour une prothèse de hanche et de genou²⁸⁹. Dans l'ensemble, les résultats font état d'une baisse de 20 % du coût moyen payé pour un patient ; la principale explication en est une diminution de 23 % du taux de ré-hospitalisations et de 28 % pour les complications. Par ailleurs, d'importants gains de productivité ont été enregistrés, les files d'attente ont été raccourcies et dans 98 % des cas les patients sont satisfaits²⁹⁰. Les principaux inconvénients du paiement au parcours portent sur le calcul et la redistribution du forfait. Les premiers retours d'expérience en France témoignent d'ores et déjà de ces difficultés²⁹¹.
234. Ce mode de paiement alternatif, finançant à la fois les soins hospitaliers et extrahospitaliers, est prometteur, mais les preuves de son efficacité sont encore trop limitées.

²⁸⁴ *Supra* n° 164.

²⁸⁵ GIRAULT (A.), LALLOUÉ (B.), *op. cit.*, p.143.

²⁸⁶ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges orthopédie*, 2021, p.4.

²⁸⁷ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.152.

²⁸⁸ FHP, *Retour d'expérience : regards croisés sur les systèmes de santé danois et suédois*, 2019, p.11.

²⁸⁹ DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.154.

²⁹⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Article 51 LFSS 2018 webinaire AMI, financement à l'épisode de soins*, 2018, p.6.

²⁹¹ *Supra* n° 222.

235. En ce qui concerne les groupements qui s'organisent sur une base volontaire pour prendre en charge une population donnée d'au moins 5 000 patients, les premières évaluations sont positives. Ce dispositif a fait l'objet de plusieurs appréciations aux USA où le modèle est connu sous le nom *accountable care organization* (ACOs). Même si la réduction des coûts est modérée car les patients pris en charge sont complexes, elle peut s'observer par un recours moindre aux urgences, aux services médicaux et aux services d'hospitalisations aiguës. Les patients rapportent en outre que les délais d'accès aux soins se sont réduits, mais les effets sur la réduction des hospitalisations évitables ou des réadmissions n'ont pas été démontrés. Ce dispositif étant encore en phase de développement, les résultats sont donc à nuancer. La France, elle, n'en est qu'au début²⁹².
236. L'IPEP est finalement une sorte de transposition des ACOs. Le système français a, de la même façon, pu s'inspirer des modes de financement groupés étrangers pour construire le dispositif du paiement à l'EDS.
237. Il reste à préciser que la conception des modes de financement est propre à chaque pays et au système santé de celui-ci. Tous les critères (historique, culturel, politique etc.), sur lesquels les autres nations se basent pour construire leur modèle de financement, dépassent le cadre de notre étude. Il est donc important de saisir ces retours d'expérience dans leur globalité²⁹³.

Paragraphe 2 : L'avenir de la tarification des hôpitaux

238. Les réformes mises en œuvre ces dernières années afin de réduire la part de la T2A en diversifiant les modes de financement vont se poursuivre. Toutefois, dans le cadre des élections présidentielles et législatives, la plupart des idées défendues au sujet du financement de l'hôpital s'éloignaient de cette vision.
239. Selon la Fédération Hospitalière de France, qui défend les intérêts de tous les hôpitaux et établissements médico-sociaux publics, le financement pour une population est la voie qui favorise au mieux la collaboration des acteurs pour atteindre des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population et du parcours de soin. La Fédération ajoute que l'atteinte de ces objectifs doit donner lieu, entre autres, à une bonification de la rémunération, à l'octroi d'un intéresse-

²⁹² DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *op. cit.*, p.156.

²⁹³ GOURIEUX (B.), DUVERNOY (T.), *op. cit.*, p.199.

ment collectif et à un financement de la qualité. Elle soutient par ailleurs que la forte déconnexion entre les tarifs et les coûts réellement supportés par les hôpitaux²⁹⁴ dénature l'outil de la T2A, censé favoriser une juste rémunération des charges de soins, et propose ainsi qu'un véritable travail de mise à jour des nomenclatures des actes²⁹⁵ et de leurs coûts soit engagé²⁹⁶.

240. D'autres groupes, comme les conférences des directeurs généraux, des doyens et des présidents des commissions médicales d'établissements des CHU, ont mis en exergue que le financement de l'hôpital était aujourd'hui alimenté par de trop nombreuses sources (T2A, dotation populationnelle, urgences et épisodes de soins, qualité) et proposent de simplifier les modalités de financement de l'activité hospitalière²⁹⁷.

241. À l'inverse, pour intégrer les enjeux du système de santé dans les modes de financement des hôpitaux, plusieurs programmes ont appelé à supprimer le mécanisme d'allocation des ressources qu'est la T2A au profit d'une définition des besoins au niveau de chaque territoire, ce qui reviendrait à créer des objectifs territoriaux de dépense d'assurance maladie, voire à un retour à la DGF²⁹⁸.

²⁹⁴ *Supra* n° 55.

²⁹⁵ *Supra* n° 47. Installation du Haut conseil des nomenclatures.

²⁹⁶ FHP, *Élections présidentielle et législatives 2022, 30 ambitions pour la santé et l'autonomie*, 2022, p.29. <https://www.fhf-hdf.fr/2022/03/11/la-fhf-publie-ses-30-ambitions-pour-la-sante-et-lautonomie/> [Consulté le 10 août 2022].

²⁹⁷ CHU, *Huit propositions pour le quinquennat 2022-2027*, 2022, p.5. https://chu-2022.fr/wp-content/uploads/2022/01/Propositions_quinquennat.pdf [Consulté le 10 août 2022].

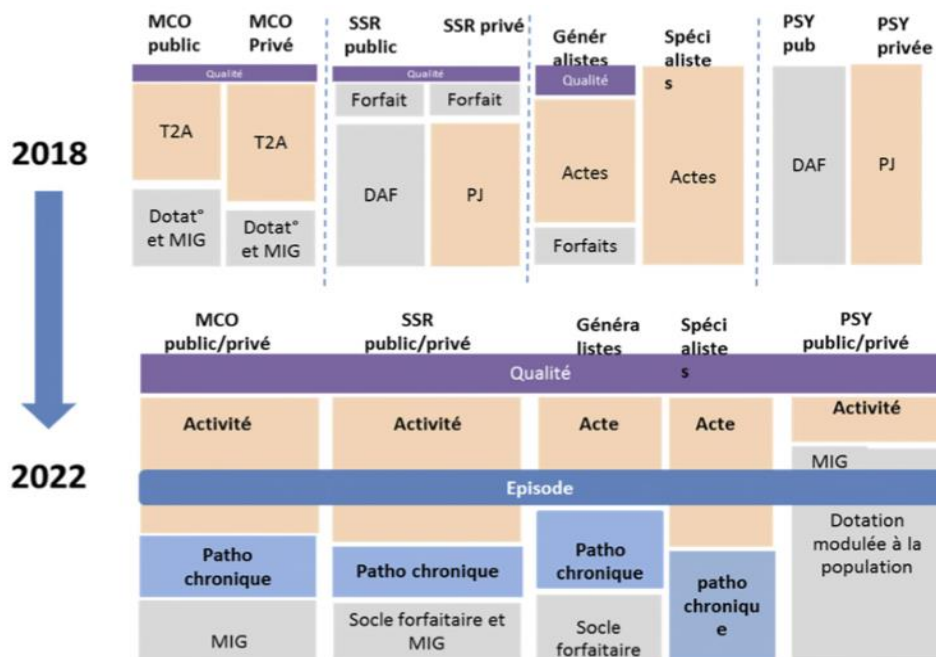
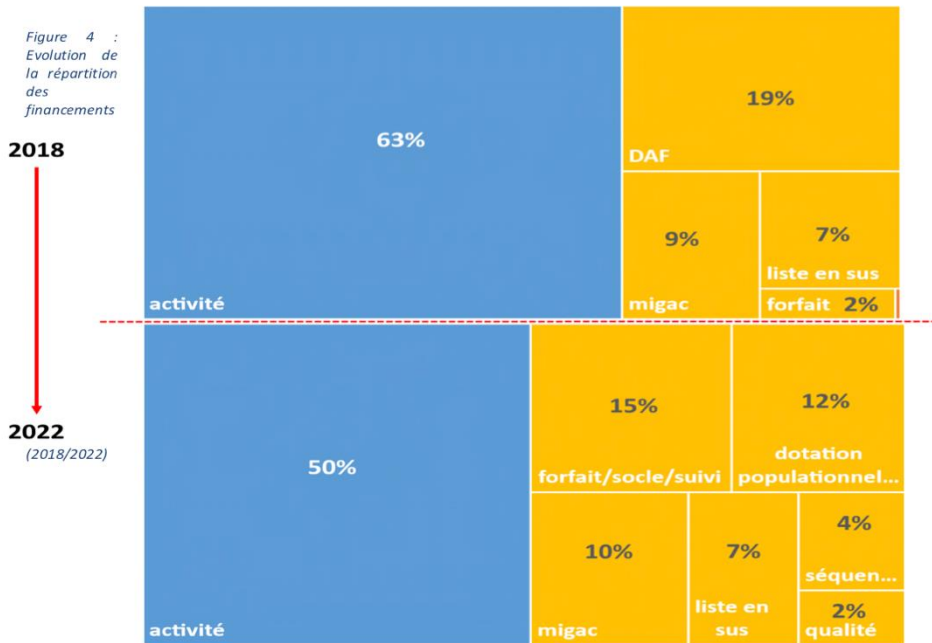
²⁹⁸ INSTITUT MONTAIGNE, *Présidentielle 2022*. <https://www.institutmontaigne.org/presidentielle-2022/> [Consulté le 10 août 2022].

CONCLUSION GÉNÉRALE

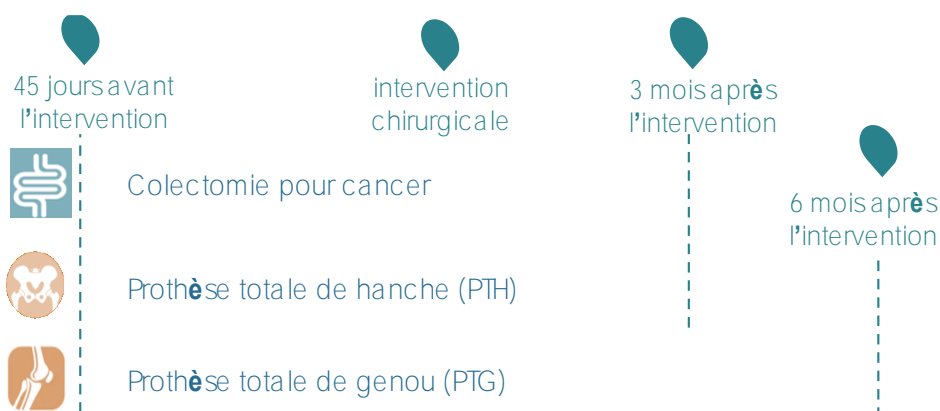
242. Le cheminement tracé par les dernières LFSS répond largement à la volonté de pondérer la tarification à l'activité et de modifier les règles de répartition et de partage de l'enveloppe des dépenses.
243. La crise sanitaire a décalé un certain nombre de réformes. Tout n'a pas été mis en œuvre, mais plusieurs pistes ont été explorées et divers changements ont été opérés. Il est toutefois difficile de s'assurer que le plafond de 50 % a été atteint.
244. L'expérimentation d'un modèle de financement mixte pour les activités de médecine annoncée pour l'année 2021 n'a pas pu débuter du fait du prolongement de la garantie de financement.
245. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, dont débattront les parlementaires en octobre prochain, devrait contenir de nouvelles mesures. Mais la route de la réforme du financement des hôpitaux paraît encore longue et incertaine.

ANNEXES

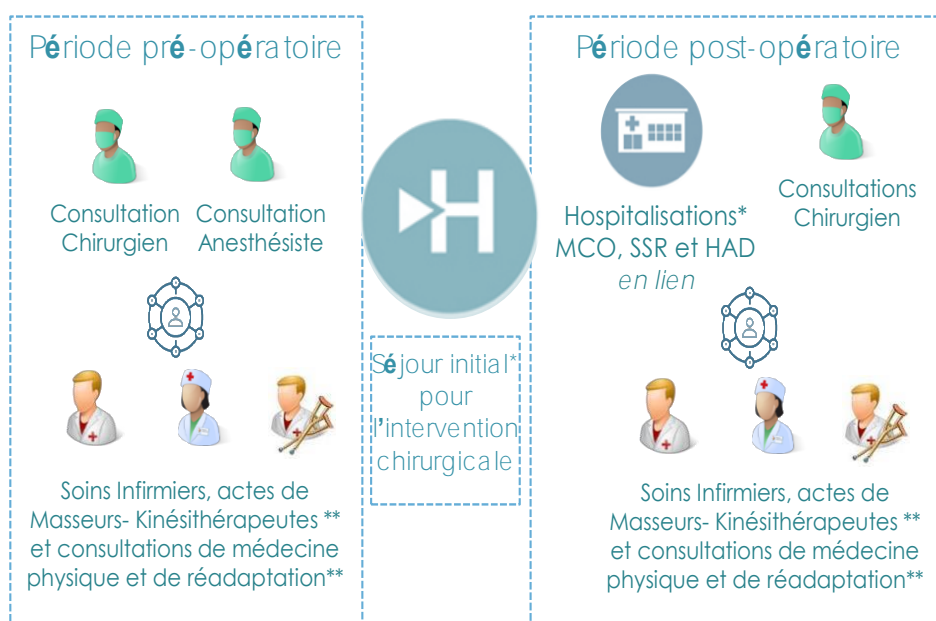
Annexe I : Évolution de la répartition des financements



Annexe II : Que comprend le forfait à l'épisode de soins ?



Certaines interventions d'acteurs concernés par la prise en charge en amont, pendant et après l'intervention chirurgicale.



* Hors molécules onéreuses et dispositifs médicaux de la liste en sus

** Pour les épisodes de soins PTH et PTG uniquement

N.B. Les structures SSR/HAD et professionnels libéraux sont considérés comme des partenaires des porteurs de projet MCO

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

HOLCMAN (R.), *Management hospitalier - Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Paris, Dunod, coll. « Guides Santé Social », 2019, 992p.

LAMI (A.), VIOUJAS (V.), *Droit hospitalier*, Bruylant, coll. « Paradigme », 2020, 580p.

NEZOSI (G.), *La protection sociale (Découverte de la vie publique)*, Paris, La Documentation française, 2021, 357p.

HUTEAU (G.), *Chapitre 7. La protection sociale de la santé*, in RAIMONDEAU (J), dir., *Manuel de santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p.199-230.

GRIMALDI (A.), *L'hôpital malade de la rentabilité*, in WILLY (P.) et al., dir., *L'État démantelé*, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, 324p.

II. Ouvrages spéciaux

ANGELLOZ-NICOUD (M.), *La réforme du mode de financement des établissements de santé*, LEH, 2005, 177p.

DOUMAIL (K.), *Guide pratique de la tarification à l'activité*, LEH, 2009, 188p.

DURANT (G.), LECLERCQ (P.), PIRSON (M.), *Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale*, Mardaga, coll. « Santé en soi », 2021, 307p.

GIRAULT (A.), LALLOUÉ (B.), et al., *Réformer la T2A : les nouveaux modes de paiement et leurs usages dans les établissements de santé*, in MINVIELLE (É) et al., dir., *Manager une organisation de santé*, Presses de l'EHESP, coll. « Recherche, santé, social », 2018, p.139-155.

PELJAK (D.), *Traité de finances publiques hospitalières*, LEH, 2011, 784p.

III. Sources juridiques

– Lois

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, *JO* n° 0348 du 30 décembre 1941.

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, *JO* n° 0016 du 20 janvier 1983.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *JO* n° 0179 du 2 août 1991.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, *JO* n° 293 du 19 décembre 2003.

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, *JO* n° 0296 du 22 décembre 2015.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO* n° 0167 du 22 juillet 2009.

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, *JO* n° 0302 du 15 décembre 2020.

– Ordonnances

Ordonnance n° 45-2250, du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, *JO* n° 0235 du 6 octobre 1945.

Ordonnance n° 96-344, du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, *JO* n° 0098 du 25 avril 1996.

Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, *JO* n° 0111 du 13 mai 2021.

– Décrets

Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, *JO* n° 180 du 5 août 1994.

Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, *JO* n° 0228 du 30 septembre 2021.

Décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, *JO* n° 0094 du 22 avril 2022.

– Arrêtés

Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie,

obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, *JO* n° 0046 du 24 février 2015 modifié.

Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19, *JO* n° 0112 du 7 mai 2020.

Arrêté du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [...], *JO* n° 0167 du 21 juillet 2021.

Arrêté du 25 mars 2022 portant détermination pour 2022 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0075 du 30 mars 2022.

Arrêté du 28 juillet 2022 fixant, pour l'année 2022, [...], les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, [...], ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0181 du 6 août 2022.

Arrêté du 19 juillet 2022 portant détermination pour 2022 du montant de la dotation nationale forfaitaire garantie visé au I de l'article R. 162-33-24 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité, *JO* n° 0169 du 23 juillet 2022.

Arrêté du 26 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 21 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'une incitation à une prise en charge partagée et fixant la liste des groupements expérimentateurs, *JO* n° 0186 du 12 août 2022.

Arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, *JO* n° 0302 du 29 décembre 2021.

– Circulaire

Circulaire DH/DSS n° 23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts à l'aide des informations provenant du système médicalisé.

IV. Mémoires

BAYOD (S.), *Assurer la fiabilité du RIMP-P à l'approche de la valorisation de l'activité en psychiatrie : analyse pour le centre hospitalier Guillaume Régnier*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, sous la direction de MONTIER (J.) et PEREZ (C.), Université de Caen, 2009, 55p.

BIREMBAUX (M.), *La tarification à l'activité dix ans après sa mise en œuvre : enjeux et perspectives pour le service public hospitalier*, mémoire : droit, sous la direction de Saison (J.), Université de Lille, 2015, 76p.

V. Rapports et documents officiels

ANAP, *Article 51 : EDS, IPEP et PEPS*, 2020, 42p.

ASSURANCE MALADIE, *Guide du contrôle externe*, 2018, p.8.

ATIH, *Financement qualité dotation IFAQ*, document pédagogique, 2022, 12p.

ATIH, *Forfaits pathologies chroniques Maladie rénale chronique stade 4 ou 5*, 2021, 12p.

ATIH, *Guide de l'étude nationale des coûts*, mai 2022, 134p.

ATIH, *La valorisation à l'activité en psychiatrie*, document pédagogique, 2005, 19p.

AUBERT (J.-M.), *Réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné*, 2019, 47p.

CESE, Molinié (É.), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2005, 274p.

DGOS, *Réformes de financement*, 2021, 11p.

DREES, Évain (F.), *Hospitalisation de court séjour, évolution des parts de marché entre 2003 et 2011*, 2013, p11.

FEHAP, *Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière*, 2020, 16p.

FHP, Véran (O.), *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2016, 70p.

IGAS, Bruant-Bisson (A.), Castel (P.), Panel (M.-P.), *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, 2012, 97p.

IGF, Pascal (P.), Coutard (J.) et al., *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, 2012, 526p.

IRDES, Or (Z.), Häkkinen (U.), *Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?*, n° 53, 2012, 24p.

IRDES, Or (Z.), Renaud (T.), *Principes et enjeux de la T2A à l'hôpital*, 2009, 29p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges IPEP*, 2021, 58p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Cahier des charges orthopédie*, 2021, 54p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *EDS, c'est quoi ?* 9p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales*, 2022.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022*, 2018, 50p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur le financement des établissements de santé*, 2020, 42p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Rapport au parlement sur les innovations en santé*, 2021, 140p.

SÉNAT, Le Menn (J.), Milon (A.), *au nom de la Mecss sur le financement des établissements de santé*, 2012, 341p.

SÉNAT, Vasselle (A.), *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 adopté par l'Assemblée nationale*, session ordinaire de 2002-2003, 163p.

VÉRAN (O.), *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, 2016, 71p.

VI. Revues et articles

BATIFOULIER (P.), CASTIEL (D.), BRÉCHAT (P.-H.), « La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations », *Les Tribunes de la santé*, n° 54, 2017, p.61-78.

BRAS (P.-L.), « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35, 2017/6, p.245-263.

GOURIEUX (B.), DUVERNOY (T.), « Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35, 2017/6, p.287-304.

DE POUVOURVILLE (G.), « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas », *Revue économique*, Vol. 60, 2009/2, p.457-470.

DOMIN (J.-P.), « La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2020, p.475-486.

DORMONT (B.), PIERRU (F.), « La tarification à l'activité à la française », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2020, p.487-497.

GUERIN (O.), HUSSER (J.), « Les effets de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? », *Vie et sciences de l'entreprise*, n° 189, 2011, p.12-22.

IRDES, Bonastre (J.), Journeau (F.), Nestrigue (C.), Or (Z.), « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », *Questions d'économie de la santé*, n° 186, 2013, 8p.

MARIN (P.), « Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé », *RDSS*, n° 03, 2021, p.415-424.

MOISDON (J.C.), TONNEAU (D.), « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/1, 2008, le 20 juin 2022.

SAISON (J.), « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », *RDSS*, n° 3, 2021, p.395-404.

VIOUJAS (V.), « Le report de la convergence intersectorielle public/privé », *RDSS*, n° 06, 2009, p.1075-1088.

VII. Sites internet

MACRON (E.), discours sur la transformation du système de santé « prendre soin de chacun », septembre 2018. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron> [Consulté le 24 juin 2022].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation*, 2022. [Consulté le 24 juin 2022].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Article 51 LFSS 2018 innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé*, foire aux questions, 2022.

FHP, *Élections présidentielle et législatives 2022, 30 ambitions pour la santé et l'autonomie*, 2022, 64p. <https://www.fhf-hdf.fr/2022/03/11/la-fhf-publie-ses-30-ambitions-pour-la-sante-et-lautonomie/> [Consulté le 10 août 2022].

CHU, *Huit propositions pour le quinquennat 2022-2027*, 2022, 8p. https://chu-2022.fr/wp-content/uploads/2022/01/Propositions_quinquennat.pdf [Consulté le 10 août 2022].

INSTITUT MONTAIGNE, *Présidentielle 2022*. <https://www.institutmontaigne.org/presidentielle-2022/> [Consulté le 10 août 2022].

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE. DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ COMME PRINCIPAL MODE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX.....	15
CHAPITRE I. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ : MODE DE FINANCEMENT PRINCIPAL MAIS NON EXCLUSIF DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	17
SECTION I : Le fonctionnement de la tarification à l'activité.....	17
Paragraphe 1 : Principes généraux de la tarification à l'activité	17
A. La mise en œuvre de la T2A en France.....	17
1) Une mise en œuvre progressive de la T2A	18
2) À l'origine, une mise en œuvre limitée à certaines activités hospitalières.....	19
B. Les outils de la tarification à l'activité	19
Paragraphe 2 : Les différents modes de financement de la tarification à l'activité.....	23
A. Les financements directement liés à l'activité	23
1) Le financement au séjour par le « GHS »	23
2) Fixation et contenu du tarif des séjours.....	23
3) Les tarifs annexes modulant le tarif du GHS	25
B. Les financements annexes dédiés à certaines activités.....	26
1) Les forfaits en fonction de l'activité	26
2) Les financements par dotation	27
SECTION II : Les autres compartiments de financement.....	29
Paragraphe 1 : La difficile extension de la tarification à l'activité.....	29
A. Un système mixte en soins de suite et de réadaptation	29
B. L'inapplicabilité de la T2A en psychiatrie	30
Paragraphe 2 : La détermination des tarifs par l'État	32
Paragraphe 3 : Le contrôle de la juste application des règles de la tarification à l'activité.....	33
CHAPITRE II. LES PRINCIPAUX EFFETS DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	36
SECTION I : Les objectifs de la mise en place de la tarification à l'activité.....	36
Paragraphe 1 : Les objectifs poursuivis.....	36
A. Inciter les établissements à développer leur productivité.....	37
B. Promouvoir une équité et une harmonisation entre les établissements	37
C. Poursuivre la médicalisation du système de financement	38

Paragraphe 2 : Des effets positifs notables.....	38
A. Augmentation de l'activité.....	38
B. Développement des systèmes d'information et augmentation de la qualité de gestion hospitalière.....	39
C. Égalité de traitement des hôpitaux et responsabilisation des acteurs	40
SECTION II : La prise en compte insuffisante de la qualité et de la pertinence des soins	41
Paragraphe 1 : Les risques de la T2A sur la qualité des soins et la pertinence des actes	42
A. Une course sans fin à la rentabilité	42
B. Une sélection des patients les plus « rentables »	43
Paragraphe 2 : Un mode de financement inadapté à certaines activités.....	44
A. Les activités difficilement évaluables	44
B. Les répercussions de la T2A sur l'organisation interne des hôpitaux	46
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE	48
DEUXIÈME PARTIE. À LA DIVERSIFICATION DES MODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX	51
CHAPITRE I. LA LIMITATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ.....	53
SECTION I : Des modes de financement centrés sur la qualité et le parcours de santé	53
Paragraphe 1 : L'incitation financière à l'amélioration de la qualité	54
A. Le recueil des indicateurs liés à la qualité.....	54
B. Les modalités de calcul de la dotation.....	55
C. Le renforcement de la part de financement liée à la qualité.....	55
Paragraphe 2 : Le paiement au suivi des pathologies chroniques	56
A. Le forfait pathologie chronique comme levier de la prise en charge coordonnée.....	56
B. L'évolution de l'organisation interne de l'hôpital au bénéfice du patient.....	57
C. Les conditions d'attribution du forfait.....	58
SECTION II : La poursuite des réformes	59
Paragraphe 1 : La réforme des urgences en MCO.....	59
Paragraphe 2 : La réforme en soins de suite et de réadaptation SSR	60
SECTION III : Le processus d'exclusion de la tarification à l'activité des hôpitaux de proximité....	62
Paragraphe 1 : La restructuration de l'offre de soins des hôpitaux de proximité.....	62
Paragraphe 2 : Un modèle de financement adapté aux nouvelles missions des hôpitaux de proximité	63
CHAPITRE II. LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION DES HÔPITAUX	66
SECTION I : Le recours à l'expérimentation	66
Paragraphe 1 : Le financement à l'épisode de soins (EDS)	67
A. L'enjeu du financement à l'épisode de soins en chirurgie	67
B. La durée de l'expérimentation.....	68
C. Le périmètre couvert par le forfait	69
Paragraphe 2 : L'incitation à une prise en charge partagée (IPEP).....	71
A. Les principes du modèle IPEP	71
B. Les principes de l'intéressement financier	72
Paragraphe 3 : Les premiers retours d'expérience	73

SECTION II : Les perspectives pour le système de santé.....	74
Paragraphe 1 : Les apports des expériences étrangères.....	75
Paragraphe 2 : L’avenir de la tarification des hôpitaux.....	77
CONCLUSION GÉNÉRALE	79
ANNEXES	80
Annexe I : Évolution de la répartition des financements	81
Annexe II : Que comprend le forfait à l’épisode de soins ?	82
BIBLIOGRAPHIE	83
I. Ouvrages généraux.....	83
II. Ouvrages spéciaux.....	83
III. Sources juridiques	83
– Lois.....	83
– Ordonnances.....	84
– Décrets.....	84
– Arrêtés	84
– Circulaire.....	85
IV. Mémoires	85
V. Rapports et documents officiels	86
VI. Revues et articles	87
VII. Sites internet	88
TABLE DES MATIÈRES	89