

INTRODUCTION GENERALE AUX RAPPORTS AU PARLEMENT SUR LA CONVERGENCE, LA TARIFICATION A L'ACTIVITE ET LE FINANCEMENT DES MISSIONS D'INTERET GENERAL DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PREAMBULE

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose que le rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé est présenté au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence. Dès lors, il a paru utile de leur adjoindre le rapport annuel sur le financement des missions d'intérêt général et de les faire précéder d'une introduction générale commune. En effet, ces trois sujets permettent, ensemble, d'appréhender globalement les dispositifs d'allocation de ressources et de régulation du financement de l'hospitalisation publique et privée mis en œuvre par l'Etat en application des lois relatives au financement de la sécurité sociale .

La création des agences régionales de santé (ARS) consacre la volonté de considérer l'organisation des soins comme un ensemble où domine désormais la transversalité du parcours de soins du patient, dont la fluidité requiert la meilleure articulation possible entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Longtemps marquée par les césures liées en particulier à la diversité des modes de prises en charge, l'organisation des soins requiert aujourd'hui une approche plus intégrée et systémique, tant au niveau du patient au profit duquel les interventions des professionnels de santé doivent être mieux coordonnées, qu'à celui de la régulation régionale et supra régionale de l'offre de soins aux fins d'optimiser l'allocation des ressources contraintes et de garantir leur bon emploi.

Pour assurer la performance sociale, médicale et économique du système de soins et pour tendre à un équilibre entre les logiques médicoéconomiques d'acteurs de statuts divers et les exigences de la société, la fonction de régulation exercée par l'Etat sur le champ de l'organisation des soins se déploie selon deux dimensions, complémentaires :

- ✓ la production de normes, aux fins à la fois d'encadrer le jeu des acteurs tout en libérant leur initiative à l'intérieur du cadre ainsi déterminé, et de garantir la prise en compte, notamment, des critères de qualité et de sécurité à appliquer à l'offre de soins ;
- ✓ une capacité d'intervention financière aux niveaux national et régional reposant sur des leviers d'action mis au service d'une stratégie globale.

Cette fonction de régulation s'exerce dans une logique de subsidiarité entre l'administration centrale du ministère chargé de la santé et les agences régionales. Elle respecte les conditions qui permettent de clairement distinguer, d'une part, l'exercice impartial de la fonction régaliennne de régulation et, d'autre part, les modalités selon lesquelles l'Etat assume ses responsabilités envers les opérateurs placés directement sous sa responsabilité.

1. UN BESOIN DE SOINS INEXORABLEMENT GRANDISSANT

Au cœur du contrat social qui fonde notre République, figurent les grands principes qui gouvernent l'organisation des soins : garantir un accès universel à des soins pertinents, sûrs et de qualité, dans la limite des ressources collectives accordées par le législateur au système de santé. En effet, seule la représentation nationale peut arbitrer les grands équilibres à établir entre l'efficacité de l'offre de soins et l'équité des réponses apportées aux demandes de soins.

Cette accessibilité quasi universelle à des soins de qualité constitue l'une des caractéristiques du système de soins en France et explique pour l'essentiel la bonne place de notre pays dans les classements internationaux dans le domaine de la santé. En effet, si l'offre de soins n'est pas le seul déterminant de l'espérance de vie, elle contribue certainement à placer la France au 5^o rang mondial et au premier rang européen en la matière.

Un accès universel aux soins pertinents :

Les politiques de santé ont constamment visé à ce qu'aucune catégorie sociale ne soit exclue du système de soins (Couverture maladie universelle, PASS¹...), ni même les étrangers en situation irrégulière (AME²). Une vigilance toujours accrue a pour but d'éviter les phénomènes de sélection des patients, notamment pour des raisons économiques, et de contenir leur « reste à charge », surtout en regard des risques les plus lourds.

La démocratie sanitaire, dont les « états généraux » thématiques et les conférences nationale et régionales de santé forment des illustrations, permet aux usagers du système de soins ou aux associations qui les représentent de porter l'expression de leurs attentes jusqu'aux plus hauts niveaux décisionnels et d'assurer qu'il y soit répondu par les politiques menées dans le domaine de la santé.

Parallèlement, les plans nationaux ont à la fois pour ambition de répondre à des problèmes de santé majeurs tels le cancer, la maladie d'Alzheimer, l'obésité..., et d'assurer une prise en charge adaptée aux personnes atteintes de maladies rares ou orphelines jusqu'alors exclues du système de soins. La réussite de ces plans se traduit par une augmentation très significative du nombre de patients inscrits dans les files actives des centres de traitement référents. Ainsi, les priorités affichées au moyen de ces plans ne se traduisent jamais, en France, par un relâchement des efforts sur les autres sujets.

Le système de santé, et plus particulièrement le système de soins qui en est l'une des composantes, connaît donc un élargissement continu des populations prises en charge, dont le vieillissement constitue un autre vecteur d'augmentation des besoins de soins, auxquels les progrès thérapeutiques permettent de répondre par une offre en constant élargissement.

Depuis la prise en charge de premier niveau par le médecin traitant ou par un service d'urgences, jusqu'au plateau technique le plus sophistiqué, du médicament de base qui ne coûte que quelques euros à la molécule ou au dispositif médical dont l'administration conduit à un traitement dont le coût représente annuellement plusieurs dizaines de milliers d'euros par patient, la seule limite opposée, en France, à la demande de soins est d'ordre médical et éthique : non pertinence du soin sollicité ou refus de l'acharnement thérapeutique.

Des soins sûrs et de qualité, dans le respect de l'ONDAM voté par le Parlement :

La recherche clinique et la diffusion des innovations thérapeutiques sont puissamment aidées dans notre pays. Ainsi, la diffusion de l'innovation thérapeutique s'effectue à un rythme rapide et des dispositifs juridiques permettent le financement d'activités nouvelles sans attendre leur complète intégration dans les tarifs hospitaliers.

La transparence des établissements de santé sur le niveau d'atteinte d'objectifs qualitatifs, comme par exemple la prévention des infections nosocomiales, est désormais imposée par la loi. Des pénalités peuvent être appliquées aux établissements qui ne s'y soumettraient pas. Dès lors, les producteurs de soins déjà soucieux de la qualité de leur activité bénéficient d'un encouragement supplémentaire s'ils souhaitent aussi préserver leur image et la réputation de leur établissement.

¹ Permanences d'accès aux soins de santé

² Aide médicale de l'Etat

Cependant, l'effet de ciseaux entre, d'une part, l'expansion continue de la demande et, d'autre part, les contraintes financières et la raréfaction relative de la ressource médicale, impose de contenir l'augmentation des dépenses du système de soins et de faire évoluer son organisation pour allouer du mieux qu'il est possible les ressources les plus rares. Mais ceci ne peut s'opérer au détriment de la satisfaction des besoins : c'est pourquoi l'activité, dès lors qu'elle est nécessaire et justifiée, doit générer la ressource et non l'inverse. L'arbitrage rendu par le Parlement entre les besoins et les moyens se traduit par les objectifs de dépense votés chaque année et qui obligent l'ensemble des acteurs.

C'est à l'intérieur de ce cadre de contraintes que se déploie le dispositif de régulation du système de soins hospitaliers.

2. PRINCIPES GENERAUX DE LA REGULATION DU FINANCEMENT DE L'HOSPITALISATION

Pour qu'une offre de soins aussi ouverte reste soutenable sur le long terme, la régulation du système de soins doit viser à l'équilibre dynamique de forces parfois complémentaires et souvent dialectiques : la liberté d'accès des patients et la responsabilisation des prescripteurs ; la responsabilisation du patient, qui n'arbitre pas ses dépenses de santé en fonction de son budget individuel, et la solvabilisation de sa demande par des ressources collectives ; l'élargissement des moyens thérapeutiques et l'individualisation des traitements ; le respect du secret médical et le partage de l'information administrative ; la recherche du meilleur rapport coût-efficacité de l'offre et l'amélioration des garanties de qualité et de sécurité ; la proximité géographique des lieux de prise en charge et la qualité de celle-ci etc....

La liberté des offreurs de soins conduit donc à la mise en place de dispositifs de régulation qui s'articulent et se complètent aux fins de maintenir et développer une dynamique propre à assurer la recherche de la performance globale du système de soins hospitalier, entendue comme la conjonction de l'efficacité médico-économique et de la qualité et la sécurité des soins.

Nécessaire complémentarité de la planification territoriale et de la tarification à l'activité (T2A) :

Ainsi, pour éviter la redondance de l'offre, facteur de déficits en cas de surcapacités inemployées ou bien de surcoûts par la multiplication ou l'allongement des séjours sans justification médicale, il est indispensable, en regard des besoins de soins des territoires considérés, à la fois de spécifier les activités autorisées (Schémas régionaux et interrégionaux de l'offre de soins / SROS et SIOS) et de leur fixer des objectifs capacitaires limitatifs (Objectifs quantifiés de l'offre de soins / OQOS). Le pilotage des différents niveaux de la planification territoriale permet aussi d'aider à réduire les inégalités injustifiées entre les régions et entre les territoires de santé.

En répartissant ainsi a priori les parts de marché, est atténuée la concurrence au plan local puisque, en regard des besoins de soins de la population d'un territoire donné, le nombre d'acteurs produisant des prestations identiques est incité à la réduction. Il est vrai cependant que la liberté de choix des patients, qui se traduit par des flux³ entre les territoires et les

³ Ou taux de fuite

régions, atténue l'impact de la relative spécialisation des acteurs visée en première intention par la planification territoriale. Mais le régulateur régional dispose de ressources propres pour peser sur les termes de la concurrence, s'il en décide ainsi : aides à la reconversion ou soutien à l'activité pour maintenir une activité de proximité et éviter une sous-densité de l'offre.

Il est donc indispensable, pour maintenir la dynamique, de recourir à un dispositif permettant d'analyser, sur l'échelle la plus large et sur la base d'un traitement équitable des acteurs, les processus de formation des coûts associés à des processus de production de soins comparables. C'est l'objet des études nationales permettant l'observation des coûts et de leur formation, avec une méthodologie identique pour les secteurs public et privé (ENCC / études nationales de coûts à méthodologie commune). Ces études forment la base de la hiérarchisation des tarifs servis en regard des séjours hospitaliers correspondant à une patientèle dont la prise en charge nécessite globalement la mise en œuvre d'un même panier de prestations (groupements homogènes de séjours / GHS).

D'une certaine façon, la planification territoriale apporte une garantie supplémentaire contre la pénurie localisée de l'offre (équité de sa répartition géographique), alors que la T2A permet d'optimiser l'emploi des ressources allouées et de lutter contre les situations de rente (cf. infra).

Pour organiser une double convergence aux effets maîtrisés :

La réduction des écarts entre les tarifs résultant de ces études et ceux précédemment pratiqués s'organise à la fois à l'intérieur de chacun des secteurs (convergence intra-sectorielle) et entre les secteurs public et privé (convergence intersectorielle).

Le pilotage de cette réduction est progressif et modulé dans le respect de deux impératifs.

Le premier consiste à tenir compte des priorités de santé publique (cancers, greffes, par exemple) en veillant à l'intégration du financement des mesures, le plus souvent inscrites dans des plans nationaux spécifiques, dans les tarifs qui en assurent la redistribution, ou bien dans une logique d'amorçage en pratiquant des tarifs incitatifs pour encourager au développement rapide des réponses à un besoin insuffisamment couvert (soins palliatifs, prise en charge des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives par exemple).

Le second vise globalement à contenir l'amplitude des variations tarifaires opérées d'une année sur l'autre dans les limites de la capacité d'adaptation des établissements ; la mise en difficulté au plan économique de certains d'entre eux pourrait en effet se traduire par une réduction de l'offre de soins inopportune au plan local ou régional.

A cet effet, le rapprochement entre les montants financiers reçus par les établissements avant la réforme et ceux obtenus par la T2A a été opéré progressivement, au moyen d'un coefficient de transition, réduit chaque année et individualisé pour chaque établissement. En 2012, la convergence au moins intra sectorielle et tous les coefficients de transition pour les hôpitaux en dotation globale d'une part et privés d'autre part seront égaux à 1. A noter que les agences régionales disposent de crédits d'aide à la contractualisation permettant d'accompagner ponctuellement les établissements dont les évolutions structurelles sont les plus difficiles à engager à court terme.

La convergence intra-sectorielle sera donc achevée avec la publication des tarifs de 2012. D'ici là, l'accent sera mis sur la consolidation d'un dispositif de tarification profondément remanié avec la publication d'une nouvelle classification des séjours et des tarifs de 2009, et sur la poursuite du déploiement de la tarification à l'activité sur le champ des activités de SSR (soins de suite et de réadaptation) et sur l'élaboration du modèle de financement de la psychiatrie.

Pour être réalisée, la convergence intersectorielle nécessite au préalable que soient totalement clarifiées les bases de comparaison entre les secteurs public et privé, exercice rendu difficile par leur forte différenciation, tant au plan de l'activité produite et des processus de formation des coûts y afférant, que des contraintes assumées (obligation d'accueil, permanence des soins...), que du champ couvert par les tarifs (inclusion des salaires dans les tarifs du publics, alors que les professionnels du secteur privé sont rémunérés hors tarifs par leurs honoraires, par exemple).

Qui requiert la clarification du financement des missions d'intérêt général au sens large :

C'est donc progressivement que s'effectue ce rapprochement des éléments de comparaison intersectorielle pertinents. D'une part, en isolant les financements relatifs aux missions d'intérêt général (MIG) ainsi qu'aux missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) et, d'autre part, en clarifiant au moyen d'études approfondies, dont la complexité est aussi un gage de traitement équitable des acteurs, les processus de formation des coûts propres à chacun des secteurs relativement à des processus de production de soins rendus comparables.

Mais aussi celle de la dimension qualitative et de la sécurité de la production des soins :

La question de la prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins par la T2A n'est pas nouvelle et a été posée dès les travaux préparatoires à sa mise en place. Or, la qualité des soins constitue la première des attentes des usagers⁴ (avant l'accès et la gratuité des soins médicaux ou la rapidité d'accès aux examens).

Mais, compte tenu des moyens, des données et des capacités de traitement disponibles au moment où a débuté la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé, il n'était possible de retenir pour l'analyse des séjours, réalisée au moyen du PMSI⁵ et des études nationales de coûts, que la performance médico-économique des établissements.

Depuis, se sont progressivement mis en place les moyens d'apprécier, à l'échelle de chaque établissement, le niveau de qualité de l'ensemble de ses activités : procédures d'accréditation / certification de plus en plus affinées conduites sous l'égide de la Haute autorité de santé, tableau de bord des infections nosocomiales, programme de recherche COMPAQH⁶,

⁴ Source BVA, baromètre des services publics, octobre 2008

⁵ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁶ Compaqh : (coordination pour la mesure de la performance et de la qualité hospitalière) est une structure de recherche qui poursuit des objectifs ambitieux de mesure de la qualité en sélectionnant une batterie d'indicateurs dans les domaines reconnus prioritaires comme lieux de marquage de la qualité hospitalière. Actuellement 16 sont considérés comme généralisable et une quarantaine sont en cours d'étude.

plateforme QUALHAS⁷ portée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et opérationnelle depuis cette année, site PLATINES⁸ etc...

Parallèlement, l'ATIH a achevé cette année la montée en puissance prévue par son contrat d'objectifs et de moyens : le régulateur dispose désormais d'un outil robuste et professionnalisé pour le traitement de l'ensemble des informations liées à l'activité de chaque établissement de santé public ou privé, au-delà du seul PMSI. Le chaînage des séjours permet déjà, par exemple, de connaître les taux de réadmissions, indicateur probant de la qualité des résultats atteints par les prises en charge hospitalières.

Enfin, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, promulguée le 21 juillet 2009, permet de franchir un pas supplémentaire en rendant annuellement obligatoire, pour chaque établissement de santé, la mise à la disposition du public des résultats « des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé » (Art. 5).

Désormais, les bases techniques et juridiques sont en place pour que puisse être explorée la possibilité de prendre en compte le non respect des garanties de qualité des prises en charge au sein d'un même groupe homogène de séjours. Ainsi, le système actuel de tarifs construits à partir des coûts moyens observés en regard d'un séjour hospitalier et qui inclut le financement des exigences de qualité et de sécurité, doit pouvoir être complété à terme par un dispositif, simple mais robuste, qui permettrait de sanctionner au travers du financement les établissements qui ne respecteraient pas ces exigences.

Cette nouvelle dimension devrait conduire à avoir sur la convergence intersectorielle une vision plus large de la performance du système de soins et apportant des garanties supplémentaires pour que soient bien conjuguées la qualité et l'efficacité conformément aux attentes de nos concitoyens.

La complexité du sujet, qui rend sa mise en œuvre nécessairement prudente et progressive, constitue un argument supplémentaire pour que soit reportée à 2018 l'échéance de l'aboutissement de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés sur une base tarifaire commune, comme annoncé à l'occasion des débats parlementaires relatifs à la loi HPST.

⁷ Qualhas : plateforme sécurisée sur internet qui permet la généralisation des indicateurs de qualité issus du dossier patient (actuellement 11). Elle est développée par la HAS en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Leurs résultats seront intégrés dans la prochaine version de la certification « V2010 » et sur le site Platines

⁸ Platines : plate-forme internet d'information sur les établissements de santé développée par la Drees qui présente des valeurs de référence pour les principaux indicateurs des établissements (MCO), renseignés à partir des bases de données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

3. LES IMPACTS DE LA T2A SUR LA PRODUCTION DE SOINS

De la forte spécialisation des secteurs public et privé générée par les modes de financement antérieurs à la T2A

Le système préexistant de dotation globale pour le financement des établissements de santé publics et PSPH pouvait paraître dans son principe très efficace en termes de régulation financière à court terme : déterminées sous une forme limitative dès le début de l'exercice, les recettes des établissements s'inscrivaient parfaitement dans le respect de l'ONDAM.

Mais, construit sur la base de dotations historiques, ce régime de financement a contribué à figer la situation des établissements publics et PSPH (qu'ils soient sur ou sous dotés en regard de l'offre de soins à produire) et à rendre plus difficile, pour les sous dotés, l'adaptation à l'évolution des besoins de soins à satisfaire, que ce soit en termes d'investissements ou de réorientation d'activités, sans être réellement incitatif à la modernisation pour les sur-dotés.

Notamment, la pratique des reports de charges, faute de crédits suffisants en cours d'exercice pour comptabiliser certaines charges, a conduit à fausser l'information des conseils d'administration et celle de l'autorité de régulation sur la situation réelle de certains établissements.

Ainsi, la T2A et les réformes qui l'ont accompagnée, notamment le nouveau cadre budgétaire et comptable, n'ont pas provoqué les difficultés et notamment les déficits qui grèvent les comptes de certains établissements, mais elles ont révélé à la fois des impasses résultant de certaines pratiques antérieures dont le poids va durablement peser sur certains établissements, quelle que soit la qualité de leurs équipes de direction actuelles, des surcapacités excédant la demande de soins et des modes de gestion sous-optimaux. En 2008, sur un total de 1504 établissements publics MCO, 548 (36 %) étaient déficitaires, chiffre à pondérer par le fait que seuls 260 établissements, soit 17 %, présentaient un déficit supérieur à 1,5 % de leurs recettes.

Le dégel de l'investissement des établissements publics de santé depuis la T2A se lit nettement dans les chiffres. Alors que celui-ci n'avait jamais passé le seuil des 3 milliards d'euros avant 2003, il a pratiquement doublé en 5 ans, passant de 2,82 milliards d'euros en 2002 à 5,62 milliards d'euros en 2007, notamment grâce à l'effet de levier du plan Hôpital 2007⁹, lequel visait à la fois la réforme du dispositif de financement des établissements de santé, celle du régime d'autorisation passant d'une approche par structures à une approche par activité, et le rattrapage du retard des investissements.

Avant la T2A, les établissements privés à but lucratif n'étant pas soumis aux pesanteurs de la dotation globale ont pu plus aisément s'adapter et choisir avec une relative liberté les activités les mieux susceptibles de satisfaire leurs objectifs économiques. Ainsi, en 2005 ces acteurs représentaient 38,4 % de l'activité MCO globale, mais assuraient 60,10 % des activités de chirurgie¹⁰. En revanche, les établissements publics ont assumé la quasi-totalité des obligations du service public hospitalier : obligation d'accueil, permanence des soins, gamme d'activités largement ouverte etc....

⁹ Le total des investissements hospitaliers publics pour 2007 se décompose comme suit : 1,67 Md € aidés directement par le plan H 07, 3,95 Md € hors plan. Sources : DGCP et SIDONIH 2008.

¹⁰ En 2007, les ratios sont respectivement de 37,27 % du MCO et de 58,19 % de la chirurgie.

Pour autant, la rentabilité économique¹¹ des cliniques privées est restée faible pendant la période précédant la T2A : elle a toujours été inférieure à 2% entre 1996 et 2004. Le seuil des 3% a été franchi à la hausse en 2005 et la rentabilité économique des cliniques privées s'est maintenue à ce niveau depuis la réforme, malgré une tendance globale à l'érosion et de fortes disparités. Ainsi, en 2007, le taux de rentabilité des cliniques spécialisées en dialyse s'est établi à 17,3% de leur chiffre d'affaires, alors qu'il était de 2,9% pour la moyenne des cliniques du secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il convient de noter que 25% des cliniques privées subit des pertes en 2007, alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,4%.

Il importe donc de souligner que les deux secteurs connaissent une proportion d'établissements en difficulté non négligeable et dont les facultés d'adaptation structurelle sont fortement sollicitées.

Ainsi, avant la réforme de la tarification à l'activité, la régulation opérée jusqu'alors par l'Etat avait conduit à une forte différenciation des secteurs public et privé. C'est pourquoi, au moins dans un premier temps, on ne saurait faire abstraction de cette quasi-spécialisation dans le cadre de la convergence intersectorielle entendue comme le moyen d'organiser une saine concurrence, gage de compétitivité de l'offre de soins, entre des activités à la fois comparables et suffisamment représentatives de l'activité globale de chacun des secteurs.

Vers une réduction des spécificités sectorielles

Le rapprochement des modes de gestion

Avec la T2A, le premier rapprochement opéré dès 2006 entre les deux secteurs a consisté à mettre en place un outil budgétaire dans le secteur public (l'état prévisionnel des recettes et des dépenses / EPRD) plus proche des modes de gestion du secteur privé et privilégiant une vision financière tout en permettant une responsabilisation accrue des établissements et une plus grande souplesse de gestion. Dès lors, les ressources ne sont plus garanties ex ante mais sont fonction de l'activité médicale réellement effectuée. Les notions de capacité d'autofinancement et de fonds de roulement ont également pris une place importante dans cette nouvelle logique de gestion fondée sur un pilotage par les recettes.

Le rattachement de la totalité des charges à l'exercice, rendu obligatoire par l'EPRD, a sensiblement amélioré la sincérité des comptes des hôpitaux. L'objectif de certification des comptes des établissements publics, inscrit dans la loi HPST, participe aussi de cette volonté de rendre mieux comparables les deux secteurs, y compris en termes financiers et bilanciaux.

La lutte contre les inégalités, les niches et les situations de rente

La recherche de l'efficacité du système de production de soins impose de lutter contre les gaspillages et les situations de rente, condition de l'identification des marges permettant de procéder aux redistributions donc à la réduction des inégalités.

Comme indiqué supra, la tarification à l'activité s'est mise en place à partir des situations historiques de sur et sous dotation des établissements dont l'activité est comparable, à

¹¹ Résultat net / chiffre d'affaires

l'intérieur de chacun des secteurs, public ou privé. Les redéploiements opérés au moyen du coefficient de transition ont démontré que la T2A est, dans son principe, un puissant vecteur de réduction des inégalités. L'extension de la T2A aux SSR et à la psychiatrie permettra de conduire sur ces secteurs la même démarche, avec les adaptations nécessaires.

Au-delà de ce rapprochement systémique vers la moyenne des coûts observés (pondérés des priorités de santé publique, cf. supra), les études nationales des coûts permettent d'identifier des activités ponctuelles à rentabilité élevée, soit que les processus de production de soins aient bénéficié de forts gains de productivité, soit que certains intrants aient connu de fortes baisses de prix, alors que les tarifs qui les rémunèrent ont été établis sur une base historique.

Pour le secteur privé, l'ENCC a produit son effet pour la première fois avec les tarifs publiés en 2009, alors que le secteur public a bénéficié d'ENC depuis le début de la mise en œuvre de la réforme.

Dans un système très sollicité et dont la demande est solvabilisée par des mécanismes de financement collectif, il est légitime que l'amélioration de l'efficience passe aussi par la réduction des situations de rente, sans nuire cependant aux équilibres économiques des acteurs. Il convient de souligner qu'en pratique, le rapprochement de l'échelle tarifaire vers les tarifs cibles optimisés s'opère progressivement et dans la limite de la capacité d'adaptation des secteurs concernés.

La juste rémunération des missions de service public

La loi HPST substitue la notion de mission de service public à celle de service public hospitalier. Elle définit quatorze missions de service public pouvant être prises en charge par les établissements de santé.

Actuellement pour la majorité des missions de soins, la tarification n'opère pas de distinction selon qu'elles sont réalisées avec ou sans sujétion particulière. Le surcoût occasionné par cette mission de soins lorsqu'elle est exercée dans le cadre d'une mission de service public peut être selon les cas inclus dans le tarif, dans une mission d'intérêt général ou non pris en compte.

Le financement des surcoûts des missions de service public conduira donc à une modification des tarifs des prestations de soins pour les recentrer sur le coût de la prestation stricto sensu. Les surcoûts feront l'objet d'un financement spécifique distinct des tarifs, sous la forme, selon les cas, d'un forfait annuel, d'un financement au sein de la dotation de financement des missions d'intérêt général ou d'un supplément de tarif, par exemple pour tenir compte de l'obligation d'assurer la permanence des soins la nuit, le week-end et les jours fériés.

Dans l'attente des modifications induites par cette réforme, la loi a prévu des dispositions transitoires qui permettent aux établissements de santé concernés de continuer à bénéficier des financements actuels jusqu'à la modification de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui précisera les missions exercées.

CONCLUSION : LA LOI HPST ET LES PERSPECTIVES NOUVELLES DE LA REGULATION

Inscrite dans la continuité des réformes qui ont profondément transformé l'ensemble du système de santé, la loi HPST produit un décloisonnement dans de multiples dimensions : entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, entre les services déconcentrés de l'Etat et les services régionaux de l'Assurance maladie, entre la prévention, les soins curatifs et l'accompagnement social etc... Utilisée depuis longtemps, l'expression « système de santé » prend désormais tout son sens, dès lors que, parallèlement à ce décloisonnement est mis en place un dispositif de pilotage profondément renouvelé.

En effet, la création des ARS donne naissance, avec une gouvernance régionale profondément renouvelée qui organise la coopération et la coordination de l'ensemble des acteurs et des institutions, à un lieu de mise en cohérence à la fois des politiques de santé nationales et de leur déclinaison régionale, et entre les différents volets régionaux de ces politiques et les besoins de santé des populations.

Pour sa part, l'Etat central, tout en assurant la conception des politiques de santé qui forment le cadre des initiatives régionales ainsi que le traitement des sujets qui ne trouvent pas de pertinence à un niveau déconcentré, se consacre davantage à la régulation et au pilotage d'ensemble, dans le double souci de l'équité de l'allocation des ressources et de l'efficacité de leur utilisation, tout en renforçant ses capacités d'évaluation et de mesure de la réalisation des objectifs assignés.

L'offre de soins prend ainsi toute sa place au sein d'une organisation désormais réellement systémique de la santé et qui clarifie les rôles subsidiaires des échelons centraux et régionaux en charge de sa régulation.