



Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)

(Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

SOMMAIRE

Introduction générale	5
Synthèse du rapport	11
1 La gestion de la campagne budgétaire et tarifaire.....	14
1.1 La régulation macro-budgétaire dans une optique de maîtrise des risques financiers..	14
1.1.1 La gestion des tarifs est articulée avec les arbitrages relatifs aux autres enveloppes de l'ONDAM hospitalier	14
1.1.2 La régulation prix-volume et la constitution de réserves prudentielles visent à garantir le respect de l'ONDAM	16
1.2 Une campagne 2011 marquée par la stabilité	17
1.2.1 Les évolutions de la classification et de la liste des prestations sont limitées	17
1.2.2 La construction des tarifs tient compte des orientations des politiques de santé	18
1.3 L'aboutissement du processus de convergence intra sectorielle.....	20
1.4 La gestion de la liste en sus dans le cadre du Conseil de l'hospitalisation.....	20
1.4.1 Vers plus de lisibilité du financement des médicaments et des dispositifs médicaux onéreux et innovants	20
1.4.2 Vers plus de transparence et d'échanges avec les professionnels	21
2 L'extension du modèle	23
2.1 La préparation du passage des ex hôpitaux locaux à la T2A	23
2.2 Les premiers développements en soins de suite et de réadaptation	24
3 La prise en compte de la qualité dans le système de financement.....	27
4 L'évolution de l'activité de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2010	29
4.1 Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité	29
4.1.1 Un nombre de séjours en légère hausse	29
4.1.2 Evolution du volume économique	30
4.1.3 Répartition et évolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD).	31
4.1.4 Répartition des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)	33
4.2 Zooms sur quelques activités spécifiques	34
4.2.1 La chirurgie ambulatoire.....	34
4.2.2 Les soins palliatifs	36
5 La situation financière des établissements de santé en 2009 et 2010	39
5.1 Situation financière des établissements <i>ex-DG</i>	39
5.1.1 Des résultats contrastés selon les établissements.	39
5.1.2 Une capacité d'autofinancement (CAF) en légère baisse, mais une nette réduction du déficit structurel.....	40
5.2 La situation financière des établissements privés MCO.	42
6 La T2A est indissociable de l'organisation territoriale de l'offre de soins.....	43
7 Annexes.....	45

Annexe 1 : recommandation 2010-25 du Conseil de l'hospitalisation, relative à la gestion de la liste en sus	45
Annexe 2 : schéma de construction tarifaire.....	51
Annexe 3 : structure de l'activité en 2010	52
Annexe 4 : liste des racines concernées par la convergence des tarifs des niveaux J et 1 (incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire).....	55
Annexe 5 : détail de l'activité de soins palliatifs en 2010	56
Annexe 6 : schéma de la gouvernance de la T2A	58

Introduction générale aux rapports au Parlement sur la convergence, la tarification à l'activité et le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé pour l'année 2011.

L'état des lieux de la réforme du dispositif de financement des établissements de santé publics et privés est présenté au Parlement au moyen de trois rapports annuels distincts, relatifs :

- ✓ A la tarification à l'activité (T2A) ;
- ✓ Aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), incluant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ;
- ✓ A la convergence tarifaire.

Ces rapports constituent une synthèse de l'évaluation interne opérée par le ministère chargé de la santé, responsable de la mise en œuvre du dispositif de financement de l'hospitalisation sur la base des choix votés par le législateur, ainsi que des évolutions projetées de ce dispositif. Mais il convient de rappeler l'étendue des évaluations externes diverses et approfondies menées sur le modèle de financement, ses évolutions et ses impacts.

Peuvent être évoqués, principalement : les auditions parlementaires, les travaux et rapports de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), ainsi que les nombreuses questions parlementaires auxquelles il est répondu tout au long de la législature et en particulier lors des phases préparatoires aux projets de loi de financement de la sécurité sociale ; les rapports annuels ou thématiques de la Cour des comptes, qui s'est tout particulièrement attachée au secteur de l'hospitalisation depuis la mise en œuvre de la T2A ; les missions et rapports de l'Inspection générale des affaires sociales réalisés à son initiative ou en réponse à une demande d'appui au profit du Ministère de la santé ; les autres rapports ou missions spécifiques dont, par exemple en 2009 le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie consacré à un état des lieux de l'hôpital ou, notamment en 2010, la mission présidée par Monsieur Briet et relative aux moyens de garantir le respect de l'ONDAM.

TARIFICATION A L'ACTIVITE ET RESPECT DE L'ONDAM

Si la tarification à l'activité (T2A)¹ ne peut, à elle seule, déterminer la performance, elle constitue un système de financement devant permettre de révéler, à mesure que les déterminants historiques des financements s'estompent, les qualités et les limites des stratégies et des gestions hospitalières. Néanmoins, et comme le paiement à l'acte pour les activités réalisées dans les cabinets libéraux, le paiement au séjour des hospitalisations, base de la tarification à l'activité, peut constituer une incitation à la croissance de l'activité. La T2A doit donc être accompagnée de dispositifs qui permettent de vérifier et garantir l'exactitude du codage d'une part, et, d'autre part, la pertinence et l'efficacité des prises en charge en regard des pathologies considérées.

La rémunération des activités hospitalières doit, en outre, être soutenable et contenue strictement dans le cadre de l'ONDAM, alors que la progression de celui-ci est inférieure à l'augmentation tendancielle des charges. Ceci n'est possible que si la performance médico-économique de la production de soins connaît une amélioration. Or, le système de financement à l'activité doit permettre d'identifier les leviers de performance. Pour cette raison, il est mis en œuvre par la quasi-totalité des pays dont le système de santé est comparable au nôtre.

Ainsi, depuis la généralisation de la T2A pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les établissements, notamment publics, ont dû faire face à des défis majeurs, source de transformations rapides et profondes de leur pilotage et de leur gestion. Le maintien, dans la durée, du sens et de l'intensité de ces transformations, constitue la double condition du retour à l'équilibre financier des établissements et du respect de l'ONDAM, alors que s'améliorent aussi la qualité et la sécurité des soins.

❖ La mobilisation des établissements pour l'amélioration de leur performance globale n'a pas connu d'équivalent avant la T2A, en particulier celle des hôpitaux publics.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a induit et accompagné une révolution profonde des modes de gestion de l'hôpital public dont certains chantiers, compte tenu de leur ampleur, ne vont aboutir qu'au cours des prochaines années. Accompagnant la T2A, est ainsi mobilisée la totalité des leviers de la performance, c'est-à-dire ceux permettant d'améliorer à la fois la qualité et la sécurité des soins et l'efficacité des structures :

- Ne sont plus autorisées des structures, mais des activités ; ne sont plus financés des lits (éventuellement vides), mais les séjours des patients réellement hospitalisés ;
- La convergence intra-sectorielle achevée début 2011 a mis fin, au sein de chacun des deux secteurs, aux iniquités historiques de sur- et sous-dotation des établissements ;
- L'ensemble des dotations ont été révisées aux fins de s'affranchir des bases historiques au profit de l'objectivation des déterminants des financements et du suivi de leur utilisation (avec un développement en cours des systèmes d'information de l'ATIH) : budget base zéro pour les MERRI dès 2011, pour les autres MIG en 2012 ; passage à la T2A des établissements SSR en 2013, psychiatriques et USLD ensuite ;

¹ La T2A s'entend comme le paiement à l'activité (séjours, séances, actes et consultations externes, actes techniques), complété par des dotations (missions d'intérêt général, médicaments, aides à la contractualisation..).

- La répartition de l'activité entre établissements publics et privés n'est plus contrainte, au détriment des premiers, par leur budget limitatif ; en revanche, la convergence intersectorielle impose aux deux secteurs de tendre vers les tarifs les plus efficaces ;
- Une double contractualisation a été mise en place sur les dix priorités nationales de gestion du risque : Etat-ARS et ARS-établissements, pour accélérer la transformation des pratiques ;
- Dynamisation des politiques d'achat ; création de groupements et de centrales d'achats ;
- Encouragement et facilitation des coopérations, des mutualisations (GCS, CHT) ;
- Développement des compétences liées au pilotage stratégique des établissements, concrétisé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les agences régionales de santé ; diffusion de la culture de la performance médico-économique au sein des établissements notamment par la création des pôles et leur responsabilisation *via* les contrats de pôle ; généralisation en cours de la comptabilité analytique ; lancement des contrats de performance par les ARS avec l'appui de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) ;
- Le budget global a été remplacé par un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) : l'évaluation prospective de l'activité permet d'effectuer une prévision de recettes autorisant les dépenses ; les contraintes liées au caractère limitatif des ressources précédemment allouées à l'année disparaissent ; le lien entre résultat d'exploitation et capacité d'investir est établi par la capacité d'autofinancement ;
- Amélioration de la qualité comptable : interdiction des reports de charge ; amélioration des processus de contrôle interne et de recouvrement dans la perspective de la facturation directe des séjours dès 2013 et de la certification des comptes pour les premiers établissements à partir de 2015 ;
- Renforcement du suivi et de l'accompagnement individualisé des établissements : revue annuelle au niveau national des projets d'investissements aidés ; déploiement sous l'égide des ARS des contrats ou des plans de retour à l'équilibre financier ; mise sous administration provisoire des établissements défilants ;
- Renforcement des exigences et des résultats attendus dans le domaine de la qualité par la certification obligatoire et périodique par la Haute Autorité de santé, l'obligation de publicité d'indicateurs et bientôt des incitations financières liées aux résultats dans ce domaine ; possibilité de mise sous administration provisoire en cas de manquement grave à la qualité des soins ;
- Gestion dynamique de la liste des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des séjours ; contrats de bon usage du médicament ; création des OMEDIT (observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de innovations thérapeutiques).

❖ **L'évolution des dépassements de l'ONDAM et celle des déficits hospitaliers confirment les résultats positifs de l'ensemble de ces efforts qui doivent être poursuivis**

Chaque année, l'évolution tendancielle des charges hospitalière fait l'objet d'un calcul prospectif dont le résultat, mis en regard de l'évolution de l'ONDAM hospitalier, permet d'approcher l'effort de productivité global à réaliser pour atteindre l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Cet effort est ensuite réparti entre les différents compartiments du système

de financement. Il est donc possible d'individualiser les efforts attendus de chacun des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN²).

Le respect de l'ONDAM ou son dépassement, rapproché de l'évolution des déficits hospitaliers, constitue un bon indicateur de l'effectivité des économies retenues en début d'exercice. L'intensité des efforts, qui doivent être maintenus dans la durée à un niveau adapté aux capacités d'adaptation des établissements, peut être jugée à son optimum si le retour à l'équilibre financier est conjugué au respect de l'ONDAM.

Ainsi, s'agissant des hôpitaux publics :

- En 2007, l'ONDAM a été respecté, mais le déficit cumulé du secteur a été important ;
- En 2009, l'ONDAM a été dépassé, mais le déficit consolidé a régressé fortement.

L'année 2010 a donc constitué un rendez-vous majeur : la diminution sensible du taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier s'est traduite, mécaniquement, par une augmentation conséquente de l'effort de productivité imposé, alors même que tout dépassement de l'ONDAM était pour la première fois strictement proscrit. Or, malgré ces contraintes fortes, le déficit consolidé des établissements devrait se stabiliser au même niveau que celui de 2009³. Cette stabilité ne rend d'ailleurs pas justice aux efforts réalisés : neutralisé des aides au retour à l'équilibre versées à certains établissements en difficulté, le déficit structurel continue de se réduire de 14% en 2010, après s'être déjà considérablement réduit de 23% en 2009.

	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM hospitalier	+3,5%	+3,2%	+3,2%	+2,8%	+2,8%
Economies en construction*	460,00	405,06	302,56	444,51	365,73
Dont ex-DG**	345,41	335,46	250,65	401,52	327,66
Dépassement ONDAM part établissements publics*	0	154	390	0	0
Déficit consolidé établissements publics*	-475	-360	-185	-180***	nc

*en M€ **source DGOS *** données provisoires source DGFIP

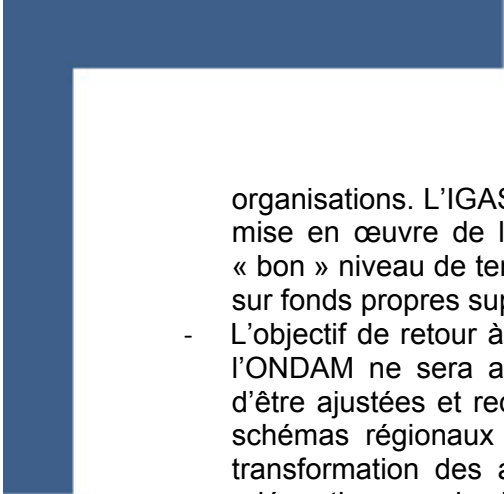
Cependant, la répartition de ce déficit évolue fortement entre 2009 et 2010 : si les CHU réduisent leur déficit global de 85 M€ en 2010 et les centres hospitaliers de grande taille progressent et atteignent l'équilibre, la situation des établissements hospitaliers présentant un budget inférieur à 70 M€ se dégrade nettement. Ainsi, le nombre d'établissements publics en déficit passe de 338 en 2009 à 434 en 2010, soit 41% des établissements publics. Il convient d'indiquer que, selon la fédération de l'hospitalisation privée, le pourcentage des cliniques en situation de déficit était compris entre 31% et 36% en 2009 ; selon des chiffres encore provisoires, elles pourraient être jusqu'à 39% dans ce cas en 2010 (source : FHP/MCO).

Deux enseignements essentiels peuvent être avancés :

- L'effort soutenu d'adaptation des établissements publics et privés mérite d'être souligné : les gains de productivité sont réels, les déficits cumulés se réduisent fortement et l'ONDAM est respecté ; mais la proportion d'établissements en déficit montre que sont atteintes les limites du rythme auquel peuvent évoluer les

² Désigne les établissements privés à but lucratif relevant, antérieurement à la T2A, de l'objectif quantifié national (OQN).

³ Source : Direction générale des finances publiques – données provisoires 2010



organisations. L'IGAS recommandait dans son rapport de 2005 « mission d'appui à la mise en œuvre de la convergence intersectorielle » que l'indicateur retenu pour le « bon » niveau de tension devait être le fait qu'un tiers des cliniques ait une rentabilité sur fonds propres supérieure à 5%. Aujourd'hui, cette situation est atteinte ;

- L'objectif de retour à l'équilibre global des établissements publics dans le respect de l'ONDAM ne sera atteint que si, d'une part, les ressources financières continuent d'être ajustées et redéployées en regard des coûts des activités et, d'autre part, les schémas régionaux d'organisation des soins en cours d'élaboration accélèrent la transformation des activités pour optimiser en la rationalisant une offre en stricte adéquation avec les besoins des populations sur les territoires de santé.

CONCLUSION COMMUNE AUX TROIS RAPPORTS

LA SOUPLESSE DE LA T2A PERMET UN PILOTAGE FIN DE LA REGULATION FINANCIERE DES ACTIVITES HOSPITALIERES, INSEPARABLE CEPENDANT DE CELUI DE L'ORGANISATION TERRITORIALE POUR RESPECTER L'ONDAM

Parce qu'elle repose sur des études de coûts annuelles et que la rémunération des activités peut être révisée chaque année, la T2A permet des ajustements avec une réactivité inégalée à ce jour dans le secteur hospitalier.

La T2A ne peut cependant garantir à elle seule la pertinence de l'activité dans un domaine où, parce qu'elle est solvabilisée par des financements collectifs, la demande de soins est très élastique à l'offre. Cette pertinence doit pouvoir être vérifiée au niveau individuel du séjour : les contrôles opérés par les services de l'assurance maladie ou des ARS et les référentiels de la Haute Autorité de santé visent cet objectif. Elle doit aussi être garantie par l'organisation de l'offre de soins sur le territoire : la qualité et la sécurité de certaines interventions ne peut être assurée que si le professionnalisme des équipes soignantes est entretenu par un volume minimal d'activité. Les redondances inutiles doivent donc céder devant la nécessité des coopérations et des mutualisations et de l'optimisation des parcours de soins des patients. Or, la densité de l'offre hospitalière reste supérieure, en France⁴, à celle des pays comparables à l'exception de l'Allemagne : des marges importantes existent donc pour qu'elle continue d'être rationalisée.

C'est tout l'enjeu des futurs schémas régionaux d'organisation des soins, lesquels porteront pour la première fois à la fois sur les soins reçus en établissements et auprès des professionnels de ville, et seront articulés avec les schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Cette nouvelle approche globale des prises en charge est menée dans le cadre du projet régional de santé. Elle doit faciliter le recentrage de l'hôpital sur le soin en phase aiguë, sans négliger ses missions de proximité, par une optimisation de l'amont (soins de premier recours) et de l'aval, comme de la prise en charge des pathologies chroniques (soins de suite et de réadaptation, établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, soins et hospitalisation à domicile, *etc.*) permettant d'éviter les hospitalisations non pertinentes et de réduire la durée des hospitalisations inévitables.

⁴ Lits d'hôpital pour 1000 habitants en 2009 (source OCDE 2011) : France/ 6,6 ; Allemagne / 8,2 ; Italie/ 3,7 ; Pays-Bas/ 4,7 ; Espagne/ 3,2 ; Suède/ 2,8 ; Suisse/ 5,1 ; Royaume-Uni/ 3,3 ; Etats-Unis/ 3,1.

SYNTHESE DU RAPPORT T2A

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Le présent rapport détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en œuvre de la T2A.

a) La tarification à l'activité est entrée dans une phase de maturité et de stabilité

Les premières années de la T2A ont vu se superposer, en grand nombre, des changements importants. Les réformes (ou ajustements) initiés étaient rendus incontournables par la nécessité de gérer une transition complexe, à la fois du fait de son incidence financière, mais aussi à cause de son impact direct sur les modes de gestion et d'organisation des établissements, lesquels ont fait l'objet d'un accompagnement volontariste de la part du ministère de la santé. Ces adaptations successives du modèle de financement étaient inéluctables, le modèle de financement à l'activité initial ne pouvant créer une rupture trop forte en regard du modèle antérieur, au risque de déstabiliser excessivement les établissements, et de compromettre la pérennité de l'offre de soins là où elle est indispensable. Par l'ampleur des changements introduits, la version 11 de la classification des GHM, appliquée en 2009 alors que le passage en T2A à 100% des établissements ex-DG avait été réalisé en 2008, constitue ainsi une illustration du caractère nécessairement évolutif du modèle initial.

La T2A est aujourd'hui entrée dans la culture managériale des établissements de santé. Elle a déjà transformé la manière dont ils sont gérés et pilotés, ainsi qu'induit une nouvelle structuration de l'offre de soins. Il est donc désormais temps de stabiliser la réforme, comme tous les acteurs le souhaitent, tout en achevant la suppression du caractère « historique » de certains financements : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire la fin du mécanisme de transition mis en place en 2004, a été achevée en 2011 avec un an d'avance. Mais la gestion de la classification des séjours est désormais effectuée dans une optique d'évolution progressive. La campagne budgétaire et tarifaire de 2011 est marquée par cette volonté de tirer les conséquences de la maturité du système, comme le montre la partie 2 du rapport.

b) La tarification à l'activité, un système nécessairement complexe mais transparent

La production de soins hospitaliers relève de processus complexes qui résistent à la modélisation, notamment du fait de la diversité des paramètres permettant de qualifier la ou les morbidités des patients, ainsi que de la diversité des acteurs et des réponses et stratégies thérapeutiques qu'ils mettent en œuvre.

Cependant, pour mettre en place une tarification à l'activité, il est nécessaire de regrouper les patients en ensembles statistiquement pertinents : les catégories majeures de diagnostic (CMD) permettent le regroupement de patients en groupes homogènes de malades (GHM) à partir desquels sont déterminés les composants d'une prise en charge type ou « panier de soins ». Cette charge en soins type, à son tour, permet de calculer un tarif de prise en charge ou groupe homogène de séjours (GHS). Tous les pays qui ont mis en œuvre la tarification à l'activité des soins hospitaliers suivent peu ou prou cette méthodologie. Le nombre de groupes homogènes de malades est souvent retenu comme un indicateur de cette complexité. 2200 GHM existent aujourd'hui dans la classification hospitalière française, ce

qui correspond à un degré de complexité modéré. En témoigne d'ailleurs l'importance du recours à la CMD 23, laquelle recueille tous les séjours non décrits par ailleurs.

Même si les systèmes ne sont pas exactement comparables du fait d'architectures dont les détails varient, il est intéressant de noter que le système allemand, par exemple, comporte plus de 20 000 *diagnosis related groups* (DRG, notion internationale qui correspond aux GHM français). La classification hospitalière peut également être comparée à la CCAM (classification commune des actes médicaux), qui ne couvre pourtant qu'une partie de l'activité médico-technique et décrit et tarifie plus de 7000 actes.

Au-delà de ces comparaisons, la complexité est en réalité le corollaire de la transparence que permet la T2A. La dotation globale était à cet égard très simple ; elle n'était pas pour autant satisfaisante car, insuffisamment transparente, elle ne garantissait pas que la ressource financière soit strictement dirigée là où se réalisaient les prises en charge des patients. La T2A est au contraire un système dont les principes et les paramètres sont soumis à discussion de manière transparente avec l'ensemble des acteurs. En effet, le ministère de la santé s'est attaché à rendre accessible la dimension technique de la T2A auprès des établissements et de leurs fédérations représentatives, mais également vis-à-vis de la représentation nationale au travers des rapports annuels mais aussi des réponses aux questions parlementaires qui lui sont adressées, notamment lors de la préparation du PLFSS.

c) La tarification à l'activité évolue pour s'adapter aux pratiques des établissements et aux orientations des politiques publiques

Le système de la T2A, pour être abouti, n'en est pas moins en évolution progressive, pour plusieurs raisons. La T2A n'est tout d'abord pas complètement déployée : d'importants travaux préparatoires sont conduits pour l'extension de la T2A aux hôpitaux locaux, aux soins de suite et de réadaptation (SSR) puis à la psychiatrie et enfin aux soins de longue durée.

Le modèle comporte ensuite un certain nombre de limites, auxquelles se sont heurtés les autres pays qui ont introduit le financement à l'activité pour leurs hôpitaux. La plus importante, qui est avant tout une interrogation, tient à la manière dont la qualité des soins peut être prise en compte non pas en dehors du système de financement (*via* la certification des établissements, ou l'évaluation des pratiques professionnelles par exemple) mais par le système de financement en lui-même, ce que les anglo-saxons nomment *pay for performance*. Enfin, la partie de l'activité tarifiée au séjour n'est pas toute la T2A et les évolutions de la gestion des dotations finançant les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), retracées dans un rapport spécifique adressé en parallèle au Parlement, sont également essentielles à l'équilibre du système.

Enfin, la T2A, les grilles tarifaires et les divers composants du modèle (MIGAC, liste en sus) ont toujours été gérés dans l'optique de ne pas laisser perdurer de surfinancement pour certaines activités, tout en marquant les efforts commandés par les priorités de santé publique.

La souplesse, la capacité d'adaptation du système, sa réactivité très supérieure à celle permise pour le financement des activités libérales encadrées par les conventions médicales et paramédicales, impliquent une certaine diversité de paramètres. Le présent rapport illustre cet état de fait : mobilisation de la politique tarifaire en vue d'accompagner les évolutions de l'offre de soins et des plans de santé publique, réflexions relatives à la prise en compte de la qualité dans le financement, en constituent les exemples les plus marquants. Ces quelques dimensions, parmi d'autres, sont représentatives de la labilité de ce système de tarification à l'échelle nationale.

d) La tarification à l'activité inscrite dans une gestion responsable des finances publiques

Le respect de l'ONDAM est désormais un impératif absolu. La T2A, système de financement à la prestation et par principe financé sur une enveloppe ouverte, doit être articulée avec cette priorité afin de ne pas devenir un facteur de dépassement de l'ONDAM, du fait de difficultés à anticiper les évolutions de l'activité ou de l'optimisation du codage.

Les campagnes 2010 et 2011 ont été l'occasion de perfectionner des outils à cette fin. La régulation prix-volume, inscrite dans les principes constitutifs de la T2A, a été renforcée. La gestion des dotations en regard des évolutions d'activité a également été dynamisée. Ce rapport présente donc également la manière dont la T2A *stricto sensu*, soit la tarification au séjour, respecte désormais cet impératif.

1 La gestion de la campagne budgétaire et tarifaire

1.1 La régulation macro-budgétaire dans une optique de maîtrise des risques financiers

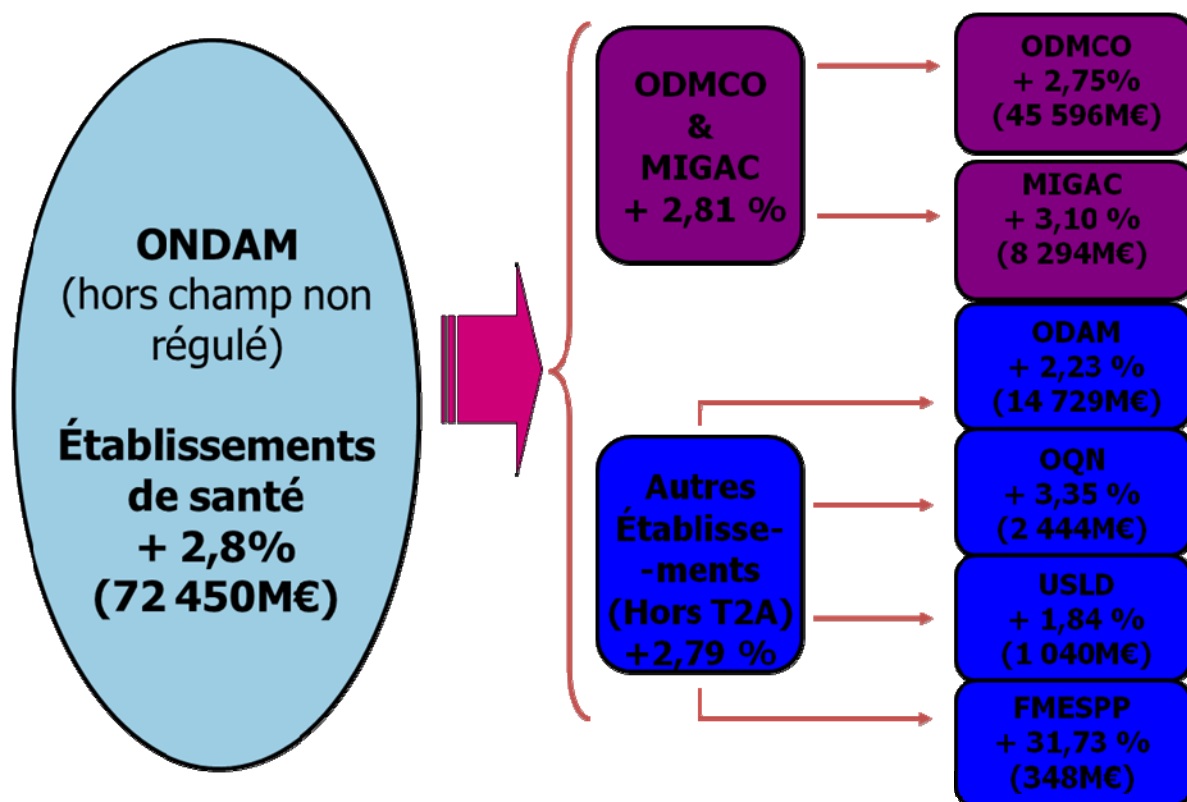
Le rapport au Parlement relatif à la tarification à l'activité présenté en 2010 avait montré comment la T2A s'intégrait dans une perspective de gestion du risque financier cohérente. L'enjeu de la maîtrise des risques financiers s'est alourdi récemment, du fait de l'impératif de respect de l'ONDAM. La fin de la campagne 2010 et les paramètres de la campagne 2011 constituent une bonne illustration de la manière dont tous les leviers du modèle T2A ont pu être actionnés afin de respecter cet enjeu, en cohérence avec les préconisations du rapport relatif au pilotage de l'ONDAM, dit « rapport Briet »⁵.

1.1.2 La gestion des tarifs est articulée avec les arbitrages relatifs aux autres enveloppes de l'ONDAM hospitalier

En 2011, l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) hospitalier évolue de +2,78% (pour atteindre 72 851 M€) soit 2,8% hors champ non régulé. Les principales enveloppes constituant l'ONDAM hospitalier ont progressé de la manière suivante en 2011⁶ :

⁵ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie, avril 2010

⁶ La liste des abréviations et leur explication figure en annexe.



Ces objectifs tiennent compte de 365,7 M€⁷ de mesures d'économies sur :

- la convergence ciblée (150M€) ;
- la liste en sus (45,7M€) ;
- les MIGAC (54M€) ainsi que sur l'ODAM et l'OQN (46M€) soit 100M€ ;
- le passage de 91€ à 120€ du seuil d'application du forfait de 18€ (70M€).

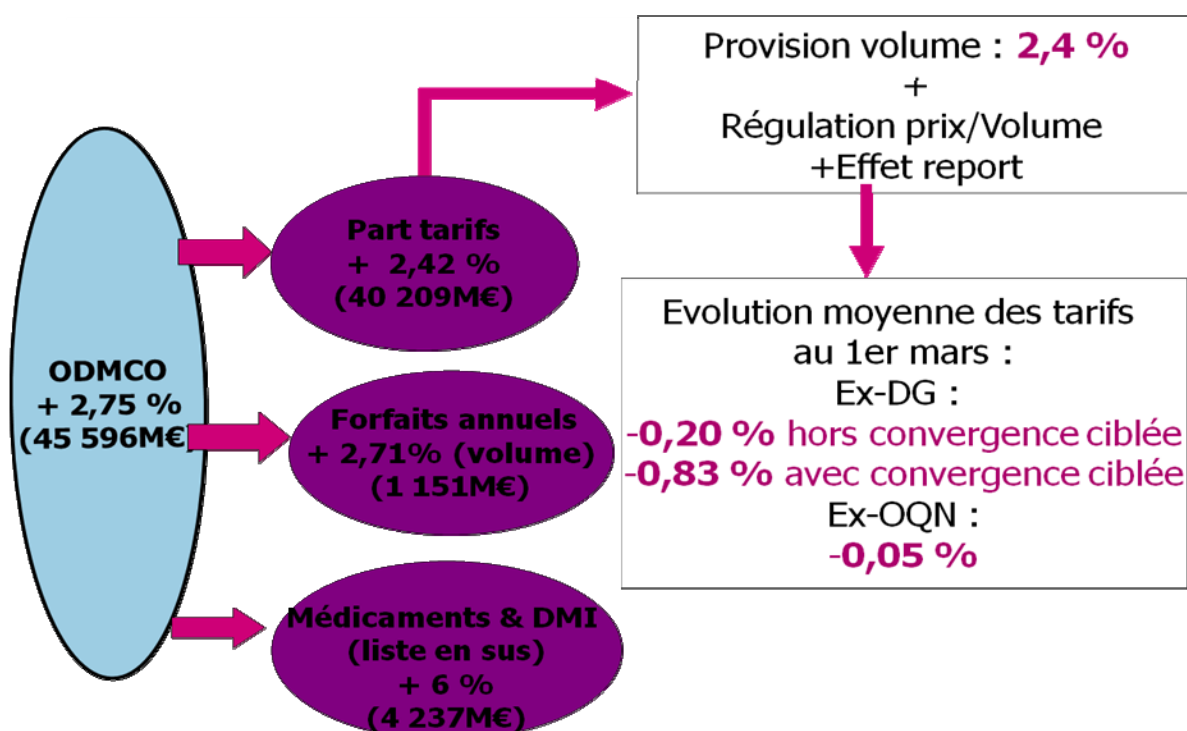
La T2A ne concerne que le deuxième sous-objectif de l'ONDAM (ODMCO + MIGAC). Au sein de ce sous-objectif, la prise en compte du volume économique lié à l'activité facturée au séjour (qui se traduit par une augmentation de la provision volume de +1,7% à + 2,4%) a fait porter les efforts de régulation sur les crédits d'accompagnement (AC) par plusieurs mécanismes :

- le fléchage prioritaire des mesures d'économies sur les AC et, au sein de l'ODMCO, sur la liste en sus. Les seules mesures d'économie imputées sur la part tarifs correspondent à la convergence ciblée. Il en résulte que le tendanciel de progression global des MIGAC a été plus nettement infléchi que celui de l'ODMCO. Ainsi, le rythme de progression des MIGAC hors mesures de périmètre (financement de nouvelles actions et débasages) est en 2011 inférieur à celui de l'ODMCO ;
- la compensation du dépassement enregistré sur l'ODMCO au cours de la campagne 2010 par un transfert à hauteur de 200 M€ depuis les MIGAC vers l'ODMCO ;
- enfin, le mécanisme de régulation prudentiel mis en place suite au rapport Briet a consisté à geler des montants d'AC importants (cf. infra).

⁷ Différence entre l'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2011 (3,3%) et le taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement.

1.1.3 La régulation prix-volume et la constitution de réserves prudentielles visent à garantir le respect de l'ONDAM

Suite aux recommandations du rapport relatif au pilotage de l'ONDAM rédigé sous l'égide de M. Raoul Briet, la deuxième conférence sur le déficit public du 20 mai 2011 a fait du respect de l'ONDAM un des enjeux principaux du rééquilibrage des finances publiques. La campagne 2011 a été construite dans cette perspective. La provision volume a ainsi été nettement augmentée par rapport aux années antérieures : l'augmentation de l'activité en volume économique anticipée est de +2,4%, contre +1,7% depuis 2007 (à l'exception de 2009 où +2,1% avait été retenu, de manière à anticiper « l'effet codage » lié au passage à la version 11 de la classification).



Conformément aux principes de la régulation prix-volume qui gouvernent la T2A, il en résulte une quasi-stabilité des tarifs :

- Taux d'évolution du secteur ex-DG : -0,2% hors convergence ciblée et -0,83% avec convergence ciblée
- Taux d'évolution du secteur ex-OQN : -0,05%

Par ailleurs, des mises en réserve ont été effectuées en début de campagne :

- 300 M€ sur la marge AC régionale (non délégués aux ARS),
- 50 M€ sur la marge AC nationale,
- 50 M€ de crédits issus de la procédure de déchéance quadriennale des crédits du FMESPP adoptée en LFSS pour 2010 et qui n'ont pas été réaffectés.

Ainsi, tous les compartiments du modèle de financement contribuent-ils à l'objectif de respect de l'ONDAM hospitalier voté. La gestion de la liste en sus a par ailleurs été réorientée de manière à en garantir l'efficacité, la meilleure maîtrise, et la transparence des décisions vis-à-vis des professionnels et des industriels.

1.2 Une campagne 2011 marquée par la stabilité

Pour la réforme de la T2A, 2011 sera la 8^{ème} année d'application. Il est apparu essentiel d'en faire une année de stabilisation d'un modèle parvenu à maturité. La ligne directrice de cette campagne est donc une volonté de stabilité et de lisibilité du modèle pour les établissements de santé. Il a notamment été décidé, dans ce cadre :

- De stabiliser la classification en se contentant d'opérations de « maintenance » ;
- De ne pas procéder par recalcul intégral de tous les tarifs à partir d'une « base zéro », mais par modulations des tarifs 2010 mis en regard des coûts observés ;
- De faire aboutir le processus de convergence intra-sectorielle.

1.2.1 Les évolutions de la classification et de la liste des prestations sont limitées

La classification des GHM fait l'objet d'adaptations annuelles. Ces adaptations n'ont pas vocation à opérer une remise à plat complète, comme l'avait fait la version 11. Celle-ci présentait en effet un caractère très particulier, puisqu'elle constituait un élément indispensable à la poursuite de la convergence tarifaire sur des bases solides. Les adaptations conduites depuis (versions 11b et 11c respectivement en 2010 et 2011) visent plutôt, dans une optique de maintenance, à actualiser la classification afin de prendre en compte l'évolution des pratiques de soins et de codage.

La révision de la liste des comorbidités associées est à cet égard illustrative des travaux menés. Les comorbidités associées (CMA) désignent les diagnostics associés qui peuvent notamment conduire à augmenter le degré de sévérité d'un GHM. Un important travail de fond a été mené en vue de la campagne 2011, visant à :

- valider la liste de CMA introduite en V11 ;
- reprendre l'étude des CMA sur des bases plus récentes (2007-2009 et 2010 partiellement) et avec le changement des règles de codage du diagnostic principal⁸.

Seule l'activité de radiothérapie fait l'objet d'une évolution significative avec la mise en place d'une nouvelle classification. En effet, les évolutions de la CCAM relatives à la radiothérapie et applicables depuis le 1^{er} mai 2010 ont conduit à élaborer une nouvelle classification des GHM de radiothérapie pour les établissements ex-DG à partir du 1^{er} mars 2011 assise sur les nouveaux actes CCAM. Les tarifs de radiothérapie associés à cette nouvelle classification ont donc été revus afin, notamment, de mieux valoriser les techniques innovantes.

Enfin, a été créée une nouvelle prestation d'hospitalisation permettant l'administration de dispositifs médicaux en environnement hospitalier. Cette prestation vise à accompagner le développement de prises en charge qui ne nécessitent pas d'hospitalisation *stricto sensu*, mais peuvent être réalisées lors de consultations externes, tout en nécessitant l'administration de produits ou dispositifs très coûteux et non couverts par le tarif de la consultation. Cela évite pour les établissements de devoir recourir à une hospitalisation et donc à la facturation d'un séjour. *In fine*, il en résulte des économies pour l'assurance-maladie.

De plus, la facturation des chambres particulières pour exigence particulière du patient est désormais ouverte au secteur ambulatoire. Cette nouvelle modalité vise à accompagner le

⁸ Ces travaux sont détaillés dans la notice technique de l'ATIH du 30 décembre 2010 relative aux évolutions du PMSI, disponible sur <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3097>

développement des prises en charge en ambulatoire ou de très courte durée sans pénaliser financièrement les établissements.

1.2.2 La construction des tarifs tient compte des orientations des politiques de santé

La volonté de stabilité a conduit à ne pas procéder au recalcul de l'ensemble des tarifs, contrairement aux années précédentes, mais de procéder à des modulations tarifaires à partir des tarifs 2010. En effet, les années précédentes, les tarifs étaient tous calculés sous la forme d'une équation. Chaque tarif était donc automatiquement modifié et il était difficile d'expliquer la source des variations de chaque tarif.

Bien qu'elle ne suive pas strictement la démarche présentée dans le rapport précédent, la démarche suivie en 2011 s'inscrit dans une grande continuité tout en cherchant à améliorer sa lisibilité.

a) *Une construction 2011 structurée autour de deux étapes*

En 2011, une série d'opérations successives a été appliquée. Il en résulte que les tarifs ont pratiquement tous été modifiés, mais que l'impact des différentes opérations peut être décomposé. Le schéma présenté en annexe 2 illustre le processus 2011.

La construction 2011 repose donc principalement sur :

- une première étape tenant compte des changements de périmètre imposés par différentes mesures (par exemple le transfert depuis la masse tarifaire vers les MIGAC lié à la réforme des internes, ou les changements de classification des GHM). Les tarifs 2010 impactés par un changement de périmètre ont dans un premier temps été modifiés.
- une deuxième étape tenant compte des politiques publiques à mettre en œuvre (cf. point b) mais également du coût ajusté à la masse tarifs (point c). Contrairement aux années 2009 et 2010, il n'est pas procédé à un recalcul automatique de l'ensemble des tarifs mais à une simple modulation de ceux-ci.

b) *Identification des activités ou GHM soutenues au plan tarifaire pour des raisons de santé publique ou d'incitation à l'évolution de certains modes de prises en charge.*

Certains tarifs sont modifiés par rapport à ce qui résulte de l'approche par le coût moyen, de manière à inciter les établissements à favoriser certains modes de prise en charge, à soutenir le développement de l'offre (par exemple, les unités neuro-vasculaires dans le cadre du plan AVC) ou à anticiper sur l'alourdissement thérapeutique de certaines prises en charge (par exemple, les séjours d'hospitalisation complète pour cancer, qui font l'objet d'un soutien dans le cadre du plan cancer). Deux exemples peuvent être plus spécifiquement détaillés :

- **La chirurgie ambulatoire** : en 2009, a été mis en place un tarif unique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète pour 19 GHM dont la pratique est substituable, de manière à inciter les établissements à mettre en place les organisations adaptées à l'extension de la chirurgie ambulatoire. Il a été décidé en 2011 d'étendre les incitations tarifaires en faveur de ce mode de prise en charge. En effet, il s'agit de favoriser son développement en procédant à une revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire inférieurs aux coûts observés, par redéploiement d'autres tarifs élevés par rapport aux coûts observés.

- **La dialyse hors centre** : afin d'encourager la pratique de la dialyse hors centre, le tarif de l'hémodialyse en centre du secteur ex-OQN (honoraires inclus) a été ramené à hauteur de celui du secteur ex-DG, sachant que la masse financière ainsi dégagée a permis de revaloriser les tarifs de la dialyse hors centre du secteur ex-OQN.
- **La poursuite des politiques en matière de santé publique** : Ces évolutions tarifaires ont principalement été réalisées dans le cadre des plans de santé publique. A titre d'exemple, dans le domaine des soins palliatifs, AVC, activités lourdes les tarifs des deux secteurs ont été préservés alors même qu'il existe un écart positif par rapport aux coûts ajustés (cf. infra).

Enfin, dans le domaine du cancer, il est procédé à la revalorisation des séjours en hospitalisation complète et à une légère baisse tarifaire des séances de chimiothérapie, de manière à rééquilibrer le financement entre les activités tout en préservant la masse financière.

c) La modulation des tarifs par rapport aux coûts « ajustés à la masse tarifaire »

Afin d'éclairer les choix relatifs aux modulations tarifaire, l'ATIH a réalisé une étude portant sur l'adéquation des financements par rapport aux charges des établissements. Cette étude se base sur les coûts issus des études nationales de coût à méthodologie commune (ENCC).

Le périmètre de ces coûts est ajusté à celui couvert par les tarifs afin que la masse représentée par les coûts ajustés soit directement comparable à la masse distribuée par les tarifs, c'est-à-dire au montant défini dans le cadre de l'ODMCO. L'échelle de coût ainsi obtenue par ajustement à la masse tarifaire est l'équivalent des « tarifs bruts » utilisés en 2009 et 2010.

Pour chaque GHM, le tarif en vigueur est comparé au coût ajusté. En fonction de cette comparaison, il est décidé de moduler ou non certains tarifs.

Par exemple, pour les GHM non concernés par les plans de santé publique, la comparaison des coûts ajustés avec les tarifs a conduit, après concertation avec les fédérations hospitalières, à augmenter le tarif de 43 GHM du secteur « public » (ex-DG), notamment au sein de la catégorie majeure de diagnostic 5 (affections du système circulatoire).

A contrario, certains tarifs réellement trop élevés par rapport aux coûts ajustés ont été diminués, de manière à limiter les rémunérations nettement plus élevées que les coûts observés. Il s'agit en effet de ne pas figer la hiérarchie des tarifs, dans la mesure où les évolutions technologiques et des modes de prise en charge peuvent amener à une diminution du coût de certaines prises en charge, parfois rapide. Ainsi, les tarifs des chimiothérapies ont été diminués dans le secteur ex-DG, tandis que dans le secteur ex-OQN, les cataractes voyaient leurs tarifs diminuer⁹.

d) La convergence ciblée : poursuite de l'effort d'économie à hauteur de 150M€

A l'issue de l'étape consacrée aux ajustements entre les coûts et les tarifs, certains tarifs du secteur public, non impactés par l'étape précédente, se sont vus appliquer la convergence ciblée.

La campagne 2011 est en effet marquée par la poursuite du processus de convergence intersectorielle ciblée. En 2010, 150M€ d'économies ont été réalisées sur une liste restreinte

⁹ L'ensemble de ces modulations sont détaillées dans la fiche documentaire en annexe 2.

de 35 GHM comparables en termes de prise en charge médicale. 150 M€ d'économies au titre de la convergence ciblée ont également été réalisées en 2011.

La démarche de sélection des activités soumises à convergence est cependant différente de celle retenue en 2010. En effet, une concertation avec les fédérations hospitalières a été mise en place dès l'automne 2010 afin de déterminer le périmètre le plus pertinent de la convergence intersectorielle. En sont exclues toutes les activités relevant de politiques publiques (chirurgie ambulatoire, soins palliatifs, activités lourdes, cancer et AVC, *cf. b) supra*) afin de ne pas engendrer des effets contradictoires entre les différentes mesures.

Au total, 193 GHS sont ainsi concernés par la mesure de convergence ciblée 2011. Les détails de la démarche sont précisés dans le rapport au Parlement pour 2011 relatif à la convergence.

Par ailleurs, un certain nombre de tarifs du secteur ex-OQN ont diminué pour se rapprocher des tarifs du secteur ex-DG, conformément au VII de l'article 33 de la LFSS pour 2004 (modifié par la LFSS pour 2011), voulant que la convergence se fasse vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus. C'est le cas par exemple du tarif des cataractes, ou de la dialyse en centre.

1.3 L'aboutissement du processus de convergence intra sectorielle

Dans le cadre de la poursuite d'un processus de convergence linéaire, il a été décidé, pour la campagne 2011, de réaliser un effort identique en volume à celui de 2010 en fixant le taux moyen régional de convergence à hauteur de 100%, commun aux deux secteurs, soit la totalité de l'effort résiduel pour atteindre la cible.

1.4 La gestion de la liste en sus dans le cadre du Conseil de l'hospitalisation

La liste en sus constitue un important élément du modèle de financement T2A, qui a permis d'améliorer considérablement l'accès aux traitements de pointe ou innovants. Les premières années de la T2A ont toutefois vu son montant progresser très rapidement, au détriment de la soutenabilité de l'ONDAM et de la politique tarifaire. Les années 2009, 2010 et 2011 ont donc permis de modifier considérablement la gestion de la liste en sus, de manière à la dynamiser, à limiter les rentes de situation et à la rendre plus transparente. Sa gestion est aujourd'hui devenue une mission essentielle du Conseil de l'hospitalisation.

1.4.1 Vers plus de lisibilité du financement des médicaments et des dispositifs médicaux onéreux et innovants

Certains médicaments et dispositifs médicaux onéreux (DM) sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Néanmoins, cela ne signifie pas que les médicaments et DM qui ne sont pas inscrits sur la liste ne sont pas pris en charge : ils sont alors compris dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (GHS). Il est cependant impératif que le mode de financement de ces produits soit lisible pour les établissements et équitable pour les industriels.

Pour plus de lisibilité des conditions de financement des produits de santé, le conseil de l'hospitalisation a demandé la refonte des critères permettant l'inscription et la radiation des médicaments à la liste en sus en 2010 et le même exercice concernant les DM en 2011.

Cette refonte a abouti en ce qui concerne les médicaments à la recommandation 2010-25 du 18 novembre 2010¹⁰. Cette recommandation a permis d'explicitier en matière de méthodologie la démarche d'inscription, la démarche de radiation et de les individualiser pour en faciliter la lecture et l'application. Les principes essentiels de gestion sont l'égalité de traitement des produits comparables, l'usage attendu du médicament, le niveau de Service Médical Rendu (SMR) apprécié par l'avis de la Commission de la Transparence (CT) de la Haute Autorité de santé, le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) apprécié par le même avis, l'estimation de la fréquence de la prescription au sein des groupes homogènes de malades (GHM) et enfin, l'estimation du coût de traitement moyen par séjour de la spécialité concernée.

Il est également important de noter que la recommandation a ouvert la possibilité de traiter un médicament indication par indication. De ce fait, un médicament peut être inscrit en sus dans une ou plusieurs de ses indications.

D'autre part, les travaux visant à la refonte de la recommandation relative à l'inscription ou à la radiation des DM sont en cours.

Enfin, pour faire suite à l'arrêt du Conseil d'Etat dit « Ecalta » un guichet unique pour demander l'inscription ou la radiation d'un médicament sur la liste en sus a été mis en place et adopté par le conseil de l'hospitalisation le 1^{er} juillet 2011. Ce guichet unique est assuré par le secrétariat du conseil de l'hospitalisation.

1.4.2 Vers plus de transparence et d'échanges avec les professionnels

a) *Les professionnels de l'industrie pharmaceutique*

Le regroupement « les entreprises du médicament » (LEEM) a exprimé le vœu de rencontres régulières entre le Ministère et l'industrie du médicament afin d'échanger sur le sujet du financement des médicaments onéreux. Dès l'automne 2010, une première rencontre a eu lieu pour présenter au LEEM les critères précités, alors à l'étude. Le LEEM a ainsi pu proposer des changements et améliorations avant adoption de la recommandation par le conseil de l'hospitalisation. Par la suite, une nouvelle rencontre a eu lieu le 16 juin 2011 en vue de répondre aux questions pratiques des industriels et d'expliquer, par une approche pédagogique, la démarche du Ministère. Il a été convenu de revoir le LEEM afin de faire un bilan de la mise en œuvre de cette recommandation en 2012.

b) *Les professionnels du dispositif médical*

L'existence du protocole DMI de 2006 et du groupe opérationnel réunissant à la fois les professionnels du DM et les sociétés savantes permettait déjà de disposer d'un lieu d'échanges concernant le DM. De ce fait, les réunions se sont poursuivies régulièrement entre 2006 et 2010, et se poursuivront dans le cadre de la refonte de la recommandation. Il est à noter que le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) propose et présente ses propres analyses médico-économiques au Ministère. La qualité des

¹⁰ En annexe 1.

échanges étant déjà riche, ce modèle pourrait être instauré dans le cadre des échanges avec les professionnels du médicament.

c) Les fédérations

Les fédérations hospitalières sont consultées par le conseil de l'hospitalisation avant toute proposition d'inscription ou de radiation d'un produit de santé sur la liste en sus. Par ailleurs, elles sont également informées chaque année des travaux de radiation envisagés pour l'année suivante.

2 L'extension du modèle

La T2A (y compris les aspects extratartarifières du modèle : MIGAC, liste en sus, *etc.*) concerne aujourd'hui la quasi-intégralité des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (dites « MCO »). Le service de santé des armées, qui dispose de 7 établissements, est passé à la T2A en 2009. Les 3 établissements ex-DG de Guyane appliquent la T2A depuis le 1^{er} janvier 2010.

L'extension du modèle passera désormais par l'extension aux activités MCO des anciens hôpitaux locaux et surtout à d'autres activités de soins : les soins de suite et de réadaptation (SSR) dans un premier temps, la psychiatrie et les soins de longue durée ensuite.

2.1 La préparation du passage des ex hôpitaux locaux à la T2A

La catégorie des hôpitaux locaux, financés par dotation globale, a été supprimée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, ce qui ne justifie plus leur spécificité en matière de financement. Les ex hôpitaux locaux devront donc rejoindre le droit commun et passer à la T2A pour ce qui concerne leurs activités MCO (en pratique, de la médecine)¹¹. En 2010, la part de la dotation de financement (DAF) des ex-hôpitaux locaux qui finançait des activités de médecine a représenté 275 M€¹².

L'offre et d'activité des ex-hôpitaux locaux est relativement spécifique : ils disposent de 14 lits en moyenne pour les services de médecine, 23 lits en moyenne pour les SSR, et 36 lits en USLD. Il convient de noter en revanche, qu'ils possèdent une capacité moyenne de 145 lits d'EHPAD. S'agissant de leur activité, ils enregistrent moins de 250 séjours par an en moyenne. La patientèle est âgée (78 ans en moyenne). En raison du nombre de comorbidités associées et de l'âge de la population, ils présentent un niveau de sévérité moyen des séjours élevé : les niveaux 3 et 4 sont 3 à 4 fois plus fréquents par rapport à l'ensemble des ex-DG. Pour les mêmes motifs, la durée moyenne des séjours est relativement longue (15,3 jours vs 6 jours pour la moyenne nationale sur la partie médecine). Ces spécificités, pour être réelles, ne rendent pas la catégorie homogène et ne permettent pas de tracer une frontière nette avec les petits centres hospitaliers.

Les actions engagées en 2009 ont été poursuivies en 2010 et ont permis de dégager les principaux enseignements suivants :

- les ARS sont mobilisées et ont, la plupart, engagé un travail spécifique sur les hôpitaux locaux :
 - tenant compte, dans le cadre des SROS, de leur positionnement dans l'offre de soins (soins de proximité, soins non programmés hors urgences, filières gériatriques....) et de leurs spécificités ;
 - finançant ou mutualisant le financement de postes de DIM ;
 - entreprenant des réflexions sur les modalités d'intégration des ex hôpitaux locaux dans les réseaux de télémedecine
- les établissements sont impliqués et ont significativement amélioré la transmission de leurs données PMSI et de leurs résultats comptables. 90% des établissements ont

¹¹ Article 33 de la loi n°2003-119 de financement de la sécurité sociale pour 2004

¹² Il convient de considérer ce montant comme un majorant : dans de nombreux établissements, le partage de la DAF entre activités MCO et SSR, qui n'a pas d'existence juridique, est relativement imprécis. La DAF finançant le MCO se situe entre 230 et 275 M€.

ainsi fourni leurs informations médico-économiques pour 2010 alors qu'ils étaient à peine 60% à l'avoir fait en 2009 ; les sites n'ayant pas communiqué leurs données l'expliquent par des difficultés techniques et/ou des reconversions en cours d'activité MCO en activité SSR;

- les anciens hôpitaux locaux exercent des missions entrant globalement dans le champ de la T2A et plus particulièrement dans la nomenclature des MIG (PASS, équipes mobiles de soins palliatifs, maisons de santé pluri professionnelle....), les spécificités géographiques liées à l'isolement de certains sites ou au caractère saisonnier de certains autres pouvant, si nécessaire, faire l'objet d'un financement adapté.

Ces travaux ont été entrepris en relation avec les ARS, la fédération hospitalière de France (FHF), l'association nationale des ex hôpitaux locaux (ANHL) ainsi que l'association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux (AGHL).

Enfin, les résultats des simulations réalisées pour connaître les conséquences du passage à la T2A sur les recettes des établissements devraient permettre de dégager les ressources nécessaires pour :

- faire bénéficier d'emblée les établissements gagnants de la plus grande partie de leurs gains liés au passage à la T2A ;
- ne pas fragiliser les établissements perdants et qui sont indispensables à l'équilibre de l'offre.

Les mécanismes applicables seront d'autant moins difficiles à mettre en œuvre que depuis 2009, les ARS modulent la dotation annuelle de financement des ex hôpitaux locaux sur la base d'une valorisation de leur activité de médecine et, pour ce qui concerne leur activité SSR, sur la base du modèle IVA (indice de valorisation de l'activité) décrit dans le présent document (point 3.2).

La place des anciens hôpitaux locaux est beaucoup plus importante en SSR qu'en médecine. En 2009, ils représentaient ainsi 3,6% de l'offre de médecine des établissements publics de santé alors qu'ils comptaient 15,3% des lits de soins de suite et de réadaptation des établissements publics¹³. Les modalités de transition à la T2A MCO devront donc être relativement prudentes, de manière à ne pas risquer de contradiction avec les futurs choix adoptés s'agissant de la T2A en SSR.

2.2 Les premiers développements en soins de suite et de réadaptation

Le secteur des soins de suite et de réadaptation vit, depuis 2008, des évolutions successives particulièrement structurantes : clarification des missions de l'activité de soins de suite et de réadaptation avec les décrets du 17 avril 2008, suivie de la définition de nouveaux volets du SROS SSR et de la délivrance des autorisations subséquentes et, enfin, engagement de nombreux travaux pour permettre la mise en œuvre d'un nouveau système d'allocation des ressources.

Tous ces chantiers, dans un laps de temps assez court, traduisent l'importance que les pouvoirs publics accordent au secteur des soins de suite et de réadaptation compte-tenu de son positionnement de plus en plus stratégique, entre le secteur MCO, dans lequel les

¹³ *Hôpital local - Une nouvelle étape vers des centres hospitaliers de proximité*, Association nationale des hôpitaux locaux et Association des généralistes des hôpitaux locaux, 2010.

patients séjournent moins longtemps, et le retour au domicile, qu'il soit personnel ou qu'il relève du secteur médico-social.

La réforme du mode de financement des SSR qui va lier directement les recettes des établissements à leur activité, telle que redéfinie par les décrets de 2008, repose, comme c'est le cas en MCO, sur un système d'informations médicalisées (« programme de médicalisation des systèmes d'informations » (PMSI) et classification des actes) commun à l'ensemble des établissements SSR. Remplaçant les modes de financement disparates existant aujourd'hui tant entre secteur public et privé qu'au sein parfois d'un même secteur, elle a pour objectif de renforcer l'équité de traitement des SSR et, dans une optique de fluidité des parcours de soins, de mettre un terme à la coexistence de deux systèmes d'allocation de ressources entre MCO et SSR qui freine les coopérations entre ces champs d'activité.

Ont ainsi été engagés ou accélérés en 2010 d'importants travaux préparatoires à un modèle de financement dont les fondements doivent intégrer les spécificités et la lourdeur des prises en charge en SSR ainsi que leur évolution dans le temps. Ce modèle, tel qu'envisagé à ce jour, s'articule autour de quatre compartiments :

- Le compartiment à l'activité, qui représentera la composante essentielle et dont la définition reposera sur l'élaboration en cours d'une nouvelle classification médico-économique dont une première version sera présentée dans les prochains mois, elle-même assise sur une multiplicité de travaux : exploitation des données PMSI, de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCc) - refondue en 2009 et ajustée en 2010, la précédente datant de 2000/2001- , avec de premiers résultats fin 2011, refonte du catalogue des actes de rééducation et réadaptation préparée avec les sociétés savantes et testée auprès des établissements volontaires dès juin 2011 ; entretiens auprès de praticiens représentant tous les types d'activité des SSR.
- Un compartiment relatif aux plateaux techniques devant concerner les équipements très spécialisés qui ne peuvent rentrer dans la tarification à l'activité, du fait de leur rareté, de leur degré d'innovation et/ou de leur hétérogénéité. Ces équipements font l'objet d'une enquête déployée auprès de tous les établissements de SSR au cours du 1^{er} semestre 2011 et dont les résultats sont en cours de traitement.
- Un compartiment relatif aux molécules onéreuses ou atypiques qui ne pourront intégrer les tarifs. Ces molécules font également l'objet d'un recueil des consommations en 2011 incluant la liste en sus MCO ainsi que des molécules spécifiques aux prises en charge en SSR.
- Un compartiment MIGAC (dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, MERRI) qui s'appuiera, d'une part, sur les MIGAC ouvertes au secteur MCO et dont la pertinence de l'application au SSR est en cours d'évaluation et, d'autre part, sur des missions spécifiques au SSR faisant l'objet, depuis le 1^{er} trimestre 2011, de groupes d'études *ad hoc* avec des experts et d'enquêtes auprès des établissements.

L'ensemble de ces travaux sont menés en concertation avec les fédérations et les établissements du secteur. Ainsi chaque outil, chaque méthode de travail, est discuté avec leurs représentants et les experts qu'ils ont désignés. Le corollaire de cette transparence est la grande implication qu'elle suppose de la part des acteurs, sans laquelle les travaux ne sauraient avancer dans de bonnes conditions.

Le calendrier de déploiement de la réforme est directement corrélé aux délais incompressibles de réalisation et d'exploitation des travaux techniques nombreux et interdépendants évoqués ci-dessus. La qualité des données, exhaustivité et robustesse, est en effet primordiale pour fonder de manière durable le futur modèle. Ainsi, la diversité de l'activité à appréhender et la nécessaire mise à niveau des systèmes d'information dans les établissements, tout comme l'harmonisation des dispositifs juridiques SSR en articulation avec ceux relatifs au champ MCO, conduisent à fixer l'année 2013 comme objectif du début du passage effectif à la T2A SSR.

Dans l'attente de cet aboutissement, il a été décidé de prolonger l'application d'un modèle intermédiaire mis en œuvre en 2009, appelé IVA (Indice de valorisation de l'activité) reposant sur un scoring par addition de critères considérés comme représentatifs de la lourdeur de la prise en charge (morbidité, âge, dépendance physique, dépendance cognitive...). Le scoring en points permet de déterminer un IVA qui se traduit par un coefficient de sur ou sous dotation par rapport à une référence nationale. *In fine*, le modèle se traduit par une modulation des DAF et des tarifs de prestations (pour les établissements sous OQN) à l'image du système de points ISA préalable au passage à la T2A en MCO.

En 2011, la modulation pour le secteur sous DAF a consisté en une modulation de la base DAF des établissements à hauteur de 5 % en fonction de leur sous ou sur-dotation. Pour le secteur sous OQN, la modulation a porté sur l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs (soit 0,51%) en répartissant la marge disponible uniquement entre les établissements sous-dotés en fonction de leur positionnement « IVA ».

3 La prise en compte de la qualité dans le système de financement

Comme énoncé lors de l'allocution ministérielle prononcée dans le cadre d'Hôpital Expo 2010, il a été souhaité que le ministère engage, en lien avec les fédérations hospitalières, une réflexion quant à la prise en compte de la qualité des soins dans le mode de financement des établissements de santé.

En effet, alors que certaines expériences étrangères (Etats-Unis, Grande Bretagne...) montrent qu'il est possible de créer un lien entre financement et qualité¹⁴, cette dimension qualité, avec ou sans incidence sur le financement, est de plus en plus prégnante dans le système de soins français.

La question de la prise en compte de la qualité n'est pas nouvelle et a été posée dès l'origine des travaux préparatoires à la mise en place de la T2A ; depuis l'absence de la prise en compte d'une mesure spécifique de la qualité des séjours fait partie des principales critiques exprimées. Pour autant, un des principes structurants de la T2A est que les tarifs servis permettent aux établissements d'assurer le meilleur niveau de qualité en l'état de l'art médical. C'est notamment à cette fin que la classification est régulièrement amendée et précisée, de manière à donner aux établissements les moyens d'assurer la qualité de toutes les prises en charge, même les plus lourdes.

Cela n'interdit pas d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements, soit des sanctions pour la non qualité, soit des incitations à aller au-delà pour faire progresser le niveau de qualité souhaité, au bénéfice d'établissements précurseurs ou expérimentateurs par exemple.

Depuis quelques années ont été mis en œuvre des moyens d'apprécier, à l'échelle de chaque établissement le niveau de qualité de l'ensemble de ses activités : certification HAS, contrats de bon usage, accréditation des spécialités à risque, publication d'indicateurs rendue obligatoire par la loi HPST, programmes de recherche *ad hoc*.... Parallèlement ont été déployés les outils permettant de disposer maintenant d'une batterie d'indicateurs valides (plateforme « QUALHAS » développée par la HAS, Tableau de Bord des Infections Nosocomiales, programmes de recherche COMPAQH¹⁵.....) et accessibles (sites « Platines », « Hospidiag » ...). S'agissant de la médecine de ville, les contrats incitatifs à l'amélioration des pratiques (CAPI) ont été développés par la CNAMTS, avec des objectifs comparables, et désormais inscrits dans la convention médicale.

De fait, les conditions techniques et juridiques semblent désormais remplies pour que puisse être explorée la possibilité d'une prise en compte de la qualité des soins dans le financement des établissements de santé.

La concertation avec les fédérations d'établissements de santé a permis d'obtenir un accord de principe pour engager une réflexion ; un groupe de travail technique chargé d'élaborer les propositions de modalités opérationnelles a donc été mis en place. Ce groupe, piloté par la

¹⁴ Cf. une présentation de ces dispositifs dans *Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères*, IGAS, PL Bras et Dr G. Duhamel, 2008.

¹⁵ COordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité

DGOS, a associé la HAS, COMPAQ-hpst, l'ATIH, l'ANAP, la DREES ainsi que les différentes fédérations hospitalières.

A l'issue des travaux a été élaborée une proposition DGOS de scénario expérimental correspondant aux principes structurants et éléments opérationnels. Ce scénario expérimental correspond à une première étape d'un dispositif évolutif qui pourra monter en charge progressivement, notamment afin d'intégrer le plus possible de dimensions de la qualité (indicateurs, mais aussi certification, démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, *etc.*).

Dans l'optique d'une mise en œuvre de ce scénario expérimental, une mission d'expertise technique pour la construction d'un modèle opérationnel avec simulations, analyses d'impact et dispositif d'évaluation, doit être confiée à COMPAQ-hpst, dans la suite de la mission d'appui au développement d'indicateurs de qualité qui lui a été confiée.

Ce modèle opérationnel de financement à la qualité devrait permettre de transformer les résultats des indicateurs généralisés DGOS – HAS en nombre de points, de distribuer ces points en fonction des niveaux de performance pour aboutir à un score établissement. Les modalités de conversion de ce score en impacts financiers sont actuellement en cours d'étude et de discussion avec les fédérations hospitalières, l'objectif étant de conduire de premières expérimentations lors de la campagne 2013.

En parallèle à la construction du modèle il est prévu d'engager un certains nombre d'autres travaux relatifs notamment au développement de nouveaux indicateurs susceptibles d'être pris en compte, à la pertinence et à la faisabilité d'un lien avec la certification, aux modalités de prise en compte de la pertinence des soins...

4 L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2010

Les données présentées dans cette partie proviennent des travaux de l'ATIH, présentés plus en détail dans le rapport d'exécution de la campagne 2010 disponible sur le site Internet de l'agence. L'étude a porté sur l'ensemble des séjours MCO pour les établissements *ex-DG*¹⁶ soumis à la T2A, à l'exception des établissements de Guyane qui n'y sont soumis que depuis 2010 ainsi que sur l'activité des établissements du secteur *ex-OQN*.

4.1 Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité

4.1.1 Un nombre de séjours en légère hausse

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2010 sont les suivants :

- 22,5 millions de séjours, en légère hausse par rapport à 2009 : +1,3% ;
- Cette hausse concerne essentiellement les séances au nombre de 5,8 millions tous secteurs confondus (+3,6% dont +4,2% dans les *ex-DG*) ;

Tableaux n° 1 : Evolution du nombre de séjours

Ex DG + ex-OQN	Séjours en milliers		Evolution 2010/2009	
	2010	2009	En milliers	En %
<i>Séjours sans nuitée</i>	5 927,7	5 812,6	115,1	+2,0%
<i>Hospitalisation complète</i>	10 805,3	10 818,9	-13,6	-0,1%
Total hospitalisation	16 733,0	16 631,5	101,5	+0,6%
Séances	5 763,6	5 566,0	197,6	+3,6%
TOTAL	22 496,6	22 197,5	299,1	+1,3%

EX DG	Séjours en milliers		Evolution 2010/2009	
	2010	2009	En milliers	En %
<i>Séjours sans nuitée</i>	2 836,1	2 808,0	+28,1	+1,0%
<i>Hospitalisation complète</i>	7 709,8	7 670,7	+39,1	+0,5%
Total hospitalisation	10 545,9	10 478,7	+67,2	+0,6%
Séances	5 007,9	4 808,1	+199,8	+4,2%
TOTAL	15 553,8	15 286,7	+267,0	+1,7%

Ex OQN	Séjours en milliers		Evolution 2010/2009	
	2010	2009	En milliers	En %
<i>Séjours sans nuitée</i>	3 091,6	3 004,6	+86,9	+2,9%
<i>Hospitalisation complète</i>	3 095,5	3 148,2	-52,7	-1,7%
Total hospitalisation	6 187,1	6 152,8	+34,2	+0,6%
Séances	755,7	757,9	-2,2	-0,3%

¹⁶ « Ex-DG » désigne les établissements antérieurement financés par dotation globale, usuellement dénommés « secteur public » bien qu'ils incluent des établissements privés à but non lucratif. « Ex OQN » désigne les établissements antérieurement financés dans le cadre de l'objectif quantifié national, soit les cliniques.

TOTAL	6 942,8	6 910,8	+32,0	+0,5%
--------------	----------------	----------------	--------------	--------------

Source : ATIH 2010

- La part des modes de prise en charge par secteur, stable par rapport à 2009

Tableau n° 2 : Part des modes de prise en charge par secteur

	Part 2009		Part 2010	
	Ex DG	Ex OQN	Ex DG	Ex OQN
Séjours sans nuitée	18%	43%	18%	44%
Hospitalisation complète	50%	46%	50%	45%
Séances	32%	11%	32%	11%

Source : ATIH 2010

- Une durée moyenne de séjour (calculée hors séjours sans nuitée) stable entre 2009 et 2010 : 6,2 jours dans les ex-DG et de 4,6 jours dans les ex-OQN
- Par classe d'âges, les personnes âgées de plus de 80 ans représentent 14% des séjours dans les ex-DG et 10% dans les ex-OQN. En volume économique, ils représentent respectivement 21,4% et 15,4% de l'activité de chaque secteur.

4.1.2 Evolution du volume économique

Le « volume économique » traduit à la fois les évolutions :

- du nombre de séjours ;
- de la structure d'activité résultant :
 - soit de l'évolution de la lourdeur des prises en charge ;
 - soit d'une amélioration du codage des informations médicales.

Il est obtenu en pondérant les séjours par leur tarif. Il apporte donc un éclairage sur l'évolution de la masse financière en termes d'activités mais ne peut pas être interprété directement en termes de recettes pour les établissements ; en effet, la valorisation monétaire, réalisée pour le présent rapport à classification constante des GHM en V11b, inclut les extrêmes mais ne tient pas compte des suppléments journaliers, des taux de remboursement par l'assurance maladie et des coefficients de transition. En revanche, le transfert vers l'enveloppe MIGAC de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière et à la précarité, l'intégration de certains dispositifs médicaux et molécules onéreuses dans les tarifs et, pour le secteur ex-OQN, la réintégration de la haute technicité ont été neutralisés.

Le volume économique des ex-DG a progressé de +3,1% en 2010 dont +1,4% d'effet lié à la structure d'activité. Cette progression concerne l'ensemble des modes de prise en charge.

Tableau n° 3 : évolution du volume économique des ex-DG

EX DG	Volume éco en M€		Evolution 2010/2009		Dont effet structure
	2010	2009	en M€	En %	
Séjours sans nuitée	2 122,2	2 055,4	+66,9	+3,3%	+2,2%
Hospitalisation complète	23 387,7	22 726,1	+661,6	+2,9%	+2,4%
Total hospitalisation	25 509,9	24 781,5	+728,4	+2,9%	+2,3%
Séances	1 587,7	1 495,1	+92,5	+6,2%	+2,0%

TOTAL	27 097,6	26 276,6	+821,0	+3,1%	+1,4%¹⁷
--------------	-----------------	-----------------	---------------	--------------	---------------------------

Source : ATIH 2010

Le volume économique des ex-OQN a légèrement progressé (+1,2% correspondant à + 79M€). Il convient de noter que l'évolution est nettement plus marquée pour les séjours sans nuitée en hausse de près de 5%.

Tableau n°4 : évolution du volume économique des ex-OQN

EX OQN	Volume économique en M€		Evolution 2010/2009		Dont effet structure
	2010	2009	en M€	En %	
Séjours sans nuitée	1 556,6	1 486,2	+70,4	+4,7%	+1,8%
Hospitalisation complète	4 773,4	4 763,7	+9,8	+0,2%	+1,9%
Total hospitalisation	6 330,0	6 249,8	+80,2	+1,3%	+0,7%
Séances	216,9	218,1	-1,2	-0,6%	-0,3%
TOTAL	6 546,9	6 467,9	+78,9	+1,2%	+0,8%

Source : ATIH 2010

4.1.3 Répartition et évolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD)¹⁸.

S'agissant de la répartition des séjours, le tableau ci-après montre pour chaque secteur d'hospitalisation les 10 CMD¹⁹ représentant les séjours (et donc souvent aussi les masses financières) les plus importants. Les données de l'ensemble des CMD figurent en annexe 3.

Hors séances (32% des séjours ex-DG et 11% des séjours ex-OQN), les séjours les plus fréquents en 2010 concernent :

- Pour les ex-DG :
 - Les affections du tube digestif
 - Les affections de l'appareil circulatoire
 - Les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif
 - Les grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum
 - Les affections du système nerveux
- Pour les ex-OQN :
 - Les affections du tube digestif
 - Les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif
 - Les affections de l'œil
 - Les affections de l'appareil circulatoire
 - Les affections ORL

¹⁷ L'effet structure de l'ensemble n'est pas la moyenne pondérée des effets structures de chacune des composantes.

¹⁸ Les CMD correspondent dans la quasi-totalité des cas à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, du tube digestif....).

¹⁹ Sur 27 au total

Tableau n°5a : CMD les plus fréquentes en 2010 (par ordre décroissant des ex-DG) et part des séjours dans le total « hospitalisations + séances »

Libellés des CMD	EX DG		EX OQN	
	Nombre de séjours en milliers	Part des séjours dans le total	Nombre de séjours en milliers	Part dans le total
Affections du tube digestif	1 049,30	6,7%	1 472,32	21,2%
Affections de l'appareil circulatoire	1 035,69	6,7%	538,02	7,7%
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	996,65	6,4%	850,83	12,3%
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	830,23	5,3%	305,36	4,4%
Affections du système nerveux	808,22	5,2%	188,58	2,7%
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	733,69	4,7%	139,63	2,0%
Affections de l'appareil respiratoire	709,99	4,6%	106,71	1,5%
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	625,03	4,0%	231,15	3,3%
Affections du rein et des voies urinaires	416,23	2,7%	223,68	3,2%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	405,57	2,6%	272,07	3,9%
Sous total des 10 CMD les plus fréquentes	7 610,59	48,9%	4 328,35	62,3%
TOTAL HOSPITALISATIONS	10 545,93	67,8%	6 187,06	89,1%
Séances	5 007,86	32,2%	755,75	10,9%
HOSPITALISATIONS + SEANCES	15 553,79	100,0%	6 942,81	100,0%

Source : ATIH

L'activité des établissements ex-DG est bien entendu moins concentrée que celle des établissements ex-OQN. Si le nombre de séjours d'hospitalisation augmente de manière identique dans les deux secteurs (+0,6 % se référer au tableau 1), les 10 CMD les plus importantes (hors séances) du secteur ex-DG augmentent légèrement davantage en nombre de séjours en 2010 que dans le secteur ex-OQN (cf tableau infra).

Tableau n°5b : Evolutions du nombre de séjours par CMD entre 2008 et 2010 pour les 10 CMD

CMD		Secteur ex DG		Secteur ex OQN	
		Evolution 2008/2009 du nombre de séjours	Evolution 2009/2010 du nombre de séjours	Evolution 2008/2009 du nombre de séjours	Evolution 2009/2010 du nombre de séjours
06	Affections du tube digestif	3,8%	3,3%	3,2%	0,7%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1,3%	0,9%	0,1%	0,5%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1,8%	1,0%	1,7%	1,3%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	-0,8%	0,5%	-3,1%	-0,6%
01	Affections du système nerveux	4,6%	1,4%	2,9%	1,1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	-14,6%	-4,4%	-6,0%	-3,9%
04	Affections de l'appareil respiratoire	5,4%	-1,7%	4,4%	-0,8%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	0,1%	1,9%	-1,5%	-0,3%
11	Affections du rein et des voies urinaires	2,8%	2,7%	5,5%	-0,8%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	0,7%	0,0%	-0,5%	-0,3%
SOUS TOTAL		0,2%	0,6%	1,3%	0,3%
28	Séances	3,7%	4,2%	-2,6%	-0,3%
Total France		1,6%	1,7%	0,5%	0,5%

Source : ATIH

Le dynamisme de la CMD 28 s'explique avant tout par l'augmentation du nombre de patients et non par l'augmentation du nombre de séances par patient. La décroissance en nombre de séjours pour la CMD 23 s'explique par l'amélioration de la classification qui reporte les séjours sur les autres CMD.

4.1.4 Répartition des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)²⁰

Les catégories d'activités de soins constituent une nomenclature en 8 classes permettant de suivre l'activité en croisant les principales activités de soins et les modes de prise en charge. Les catégories prépondérantes sont :

- les séjours sans acte classant pour les *ex-DG* (39%) ;
- la chirurgie (44%) pour les *ex-OQN*.

Tableau n° 6 : séjours par catégorie d'activité de soins

2010	Séjours		Volume économique en M€	
	Ex DG	<i>ex-OQN</i>	Ex DG	Ex OQN
Chirurgie	15%	44%	32%	61%
Séjours sans acte classant	39%	13%	49%	14%
Obstétrique	8%	7%	8%	7%
Techniques peu invasives	6%	25%	5%	15%
Séances	32%	11%	6%	3%

Source : ATIH

Dans le tableau ci-dessus, les écarts, plus ou moins importants entre les % en séjour et les % en volume économique (par exemple 39 % des séjours correspondent à 49 % du volume économique) s'explique par la valorisation économique propre à chaque CAS.

²⁰ Les CAS se décomposent en chirurgie (ambulatoire et non ambulatoire), séjours sans acte classant (avec et sans nuitée), obstétrique (enfant et mère), techniques peu invasives, et séances.

4.2 Zooms sur quelques activités spécifiques

Certaines activités ou modes de prise en charge font l'objet d'incitations tarifaires, c'est-à-dire que les tarifs servis aux établissements pour certains types de séjours sont volontairement plus élevés que ce qu'ils seraient si les tarifs étaient uniquement fixés en fonction des coûts. Les exemples de la chirurgie ambulatoire et des soins palliatifs sont présentés ici.

4.2.1 La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4 du code de la santé publique). Des politiques tarifaires incitatives sont mises en place depuis plusieurs années pour renforcer son attractivité en raison des avantages qu'elle présente par rapport à la chirurgie traditionnelle, en termes de satisfaction des patients, de qualité des soins et d'efficience économique.

L'analyse ci-après concerne 19 racines (définition et liste des racines en annexe), les séjours étant classés en ambulatoire (niveau J) et en hospitalisation complète (niveau 1). Ces 19 racines sont celles qui ont fait l'objet d'incitations tarifaires de 2009 à 2010 par la mise en place de tarifs uniques entre les séjours ambulatoires et les séjours d'hospitalisation complète de niveau 1 de sévérité.

En 2011, la politique de tarif unique a été poursuivie sur ces 19 couples de GHM et de nouvelles mesures d'incitations ont été mises en œuvre, *via* une revalorisation des tarifs des séjours de chirurgie ambulatoire au moins au niveau de leurs coûts ajustés à la masse tarifaire

Ces incitations tarifaires constituent l'un des leviers pluriels mis en œuvre dans le cadre de la priorité nationale que constitue le développement de la chirurgie ambulatoire.

a) Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire en 2010

Le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire a progressé en 2010 dans des proportions supérieures à la hausse du total de l'activité, conformément aux orientations souhaitées. Ainsi, au sein des 19 racines étudiées (GHM à tarifs uniques) :

- Dans les ex-DG :
 - 561 230 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2010, en hausse de 2,7% par rapport à 2009 ;
 - Ils représentent 3,7% du total des séjours ;
 - 69% de ces séjours étaient de niveau J, en augmentation de +8,7% par rapport à 2009, les séjours de niveau 1 ayant diminué de -8,7%.
- Dans les ex-OQN :
 - 1 427 930 séjours ont été réalisés, en hausse de 1,4% par rapport à 2009
 - Ils représentent 20,7% du total des séjours ;
 - 80% de ces séjours étaient de niveau J, en hausse de 6% par rapport à 2009 alors que le niveau 1 a diminué de 14,3%.

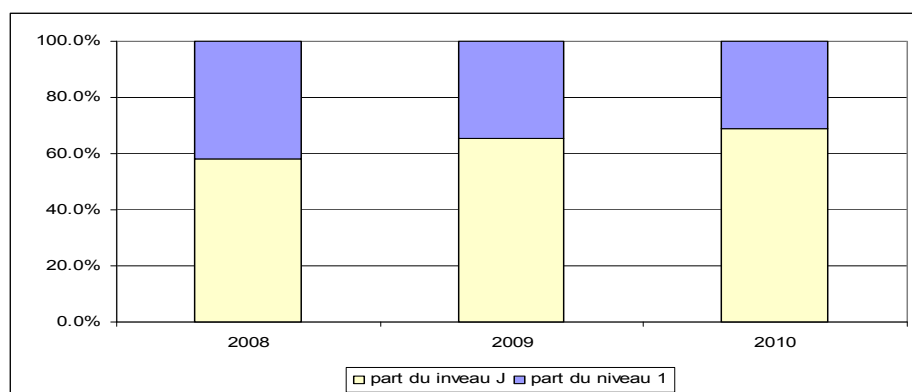
Tableau 7 : Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les secteurs ex-DG et ex-OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Nbre de séjours en milliers	Evolution /2009	Nbre de séjours en milliers	Evolution /2009
Niveau J	387,41	8,70%	1 155,92	6,00%
Niveau 1	173,82	-8,70%	272,01	-14,30%
Niveaux J + 1	561,23	+2,7%	1427,93	+1,4%
TOTAL SEJOURS	15 553,79	+1,7%	6 942,81	+0,5%

Source : ATIH

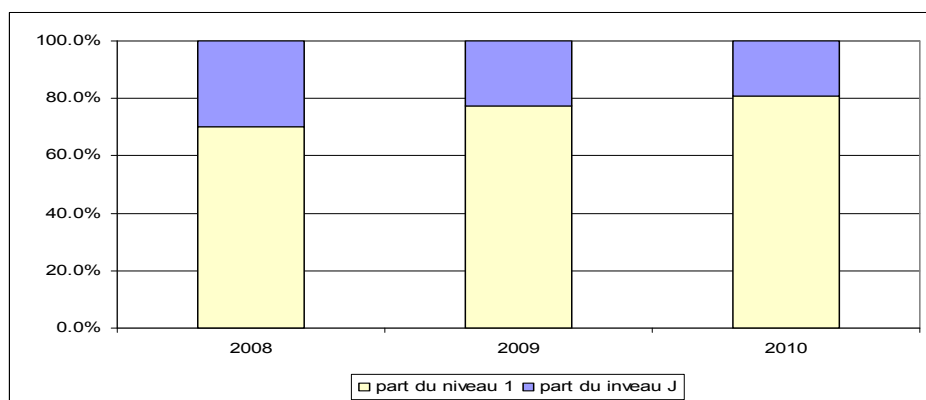
On constate ainsi une augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire sur les séjours substituables (ambulatoire/hospitalisation à temps complet) dans les deux secteurs d'hospitalisation. Toutefois, cette progression apparait plus importante dans le secteur ex-DG qui tend à rattraper son retard sur le secteur ex-OQN, l'activité de chirurgie ambulatoire demeurant cependant majoritairement réalisée dans ce dernier secteur (cliniques privées).

Figure 1 : Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) dans le secteur ex-DG, sur 19 racines de GHM



Source : ATIH

Figure 2 Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) dans le secteur ex-OQN, sur 19 racines de GHM



Source : ATIH

On constate sur ces prises en charge que la politique de tarif unique a porté ses fruits, même s'il demeure encore des marges de progression pour certains GHM incités.

Cette politique d'incitation tarifaire sera poursuivie et intensifiée dans les années à venir afin de faire progresser le taux global de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du champ de l'activité de chirurgie pour tous les patients éligibles.

b) Evolution du volume économique en chirurgie ambulatoire en 2010

- Dans les ex-DG :
 - Le volume économique de la chirurgie ambulatoire a représenté 2,4% du volume économique total ;
 - Entre 2009 et 2010, il a progressé de 2,7%, de même que le nombre de séjours ;
 - Les volumes économiques les plus importants ont concerné :
 - les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie », c'est-à-dire les « cataractes » (223,2 M€ sur un total de 713 M€) ;
 - Les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » (107,6 M€).
- Dans les ex-OQN
 - Le volume économique de la chirurgie ambulatoire a représenté 15% du volume économique total ;
 - il a augmenté plus vite que le nombre de séjours (+ 2% et + 1,4% respectivement) ;
 - comme dans le secteur ex-DG, les volumes économiques les plus importants ont concerné :
 - les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » (461M€) ;
 - dans une bien moindre mesure, les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » (91 M€).

Tableau 8 : Evolution du volume économique de la chirurgie ambulatoire dans les secteurs ex-DG et ex-OQN

2010	Ex DG		Ex OQN	
	Volume éco en M€	Evolution /2009	Vol éco en M€	Evolution /2009
Niveau J	440,40	10,20%	458,42	7,80%
Niveau 1	226,38	-9,30%	206,77	-14,90%
Niveaux 1 + J	666,78		665,19	
Total séjours	27 097,60	3,10%	6 546,88	1,20%

Source : ATIH

4.2.2 Les soins palliatifs

L'activité de soins palliatifs peut être codée :

- en **diagnostic principal** identifiée par le GHM 23Z02Z « Soins Palliatifs, avec ou sans acte ». Il existe alors 4 GHS associés correspondant respectivement aux séjours de très courte durée, aux séjours standard, aux séjours en lit identifié et aux séjours en unité dédiée. Les séjours en lit ou unité dédiée font l'objet d'une surtarification visant à encourager le développement de ces prises en charge.

- en **diagnostic associé**, et dans ce cas, classée dans un autre GHM.

a) Etablissements ex-DG

➤ *Séjours ayant un diagnostic principal de soins palliatifs (GHM 23Z02Z)*

Dans les ex-DG, 66 393 séjours ont donné lieu à un diagnostic principal de soins palliatifs, en diminution de 11,8% en nombre de séjours et de 7,8% en volume économique. Cette diminution ne correspond toutefois pas à une réelle baisse de l'activité mais plutôt au fait que les séjours sont désormais codés dans d'autres GHS (cf. infra, les séjours ayant un diagnostic associé de soins palliatifs).

Par ailleurs, cette évolution diffère selon les GHS :

- baisse pour les séjours de courte durée,
- hausse pour les séjours en unité de soins palliatifs, ce qui était le résultat souhaité et qui a motivé la politique d'incitation tarifaire.

Tableau 9 : évolution des séjours classés dans le GHM 23Z02Z

GHS de soins palliatifs (SP)	Année 2010		Evolution 2009/2010		
	Nbre de séjours	Volume économique en M€	Volume économique	dont nbre de séjours	- dont effet structure
7991-SP. avec ou sans acte très courte durée	3 281	1.87	-13.4%	-13.9%	0.5%
7992-SP. avec ou sans acte	14 062	86.83	-26.5%	-26.7%	0.4%
7993-SP. avec ou sans acte dans un lit identifié	36 460	314.86	-8.8%	-10.2%	1.5%
7994-SP. avec ou sans acte dans une unité de soins palliatifs	12 580	136.48	13.4%	14.0%	-0.6%
Sous-total lit identifié et USP	49 040	451.34	-3.1%	-5.0%	2.0%
Total SP ex-DG	66 383	540.04	-7.8%	-11.0%	3.6%

Source : ATIH

➤ *Séjours ayant un diagnostic associé de soins palliatifs*

En 2010, 68 000 séjours ont été codés en diagnostic associé de soins palliatifs, résultat pratiquement similaire à celui des séjours ayant un code de soins palliatifs en diagnostic principal (GHM 23Z02Z). Ce nombre est en constante augmentation depuis 2008 : +8,9% entre 2008 et 2009 et +14,1% entre 2009 et 2010.

Tableau 10 : Evolution de l'activité de soins palliatifs dans le secteur ex-DG

Soins palliatifs	Année 2010		Evolution 2009/2010		
	Séjours	Volume économique en M€	Volume économique	Dont nbre de séjours	Dont effet structure
En diagnostic principal	66 383	540,04	-7,80%	-11%	3,60%
En diagnostic associé	67 936	358,08	21,30%	14,10%	6,30%
Total	134 319	898.11	1.9%	-0.1%	2.1%

Source : ATIH

b) Etablissements ex-OQN

Peu d'établissements du secteur ex-OQN sont autorisés à avoir des unités de soins palliatifs ; aussi leur part dans l'activité de soins palliatifs est-elle modérée (12% des séjours et 15% du volume économique).

En 2010 comme en 2009 :

- les soins palliatifs codés en diagnostic principal ont diminué : -5% en séjours et - 3% en volume économique ;
- ils ont, en revanche, progressé en diagnostic associé (+19% en séjours et + 27% en volume économique) mais cette activité ne représente que 5 700 séjours et 31M€.

Tableau 11 : Evolution de l'activité de soins palliatifs en DP et en DAS – secteur ex-OQN (montants en M€)

Soins palliatifs	Année 2010		Evolution 2009/2010		
	Séjours	Volume éco en M€	Volume économique	Dont nbre séjours	Dont effet structure
En diagnostic principal (GHM 23Z02Z)	19 023	88,43	-2,6%	-4,8%	2,4%
En diagnostic associé	5 651	33,98	27,3%	19,2%	6,9%
Total	24 674	122,41	4,2%	-20,0%	4,5%

Source : ATIH

Les contrôles de l'Assurance maladie ainsi que le passage à la classification V11 des GHM avec le changement de règle sur le diagnostic principal peuvent expliquer la diminution globale du nombre de séjours identifiés dans le GHM de soins palliatifs. En effet, les établissements codent désormais davantage les soins palliatifs en diagnostic associé (DAS) et non plus en diagnostic principal (DP), de ce fait la **diminution observée sur les GHS de soins palliatifs ne correspond pas à une réelle baisse de l'activité mais plutôt au fait que certains séjours sont désormais codés dans d'autres GHM.**

L'activité en soins palliatifs doit donc désormais être analysée en prenant en compte les diagnostics associés.

La diminution globale du nombre de séjours de soins palliatifs ne doit cependant pas masquer le fait que le nombre de séjours en unités de soins palliatifs continue d'augmenter dans les établissements ex-DG et ex-OQN ainsi que le nombre de séjours en lits identifiés de soins palliatifs dans les établissements ex-OQN.

5 La situation financière des établissements de santé en 2009 et 2010

5.1 Situation financière des établissements ex-DG²¹

L'analyse ci-après porte sur les données de 1 263 établissements, extraites à champ constant des comptes financiers 2007, 2008 et 2009 et du rapport infra annuel (RIA) au 31 décembre 2010²². Elle fait apparaître des résultats très hétérogènes selon les catégories d'établissements.

5.1.1 Des résultats contrastés selon les établissements.

Les résultats **provisoires** (source DGFIP) au 31 décembre 2010 font apparaître une stabilisation du déficit arrêté à fin 2009 pour les hôpitaux publics, et une dégradation des résultats des établissements privés à but non lucratif :

- La stabilisation du déficit consolidé des hôpitaux publics à environ 180 M€ constitue un résultat très encourageant, si l'on considère qu'en 2009 ces établissements ont dépassé de 590 M€ un ONDAM hospitalier qui avait progressé de + 3,2%, alors qu'en 2010 l'ONDAM hospitalier n'a progressé que de 2,8% et a été respecté. En outre, ces établissements ont poursuivi la réduction de leur déficit structurel : - 14% en 2010 après une réduction de près du quart en 2009. Toutefois, la répartition de ce déficit entre sous-catégories d'établissements évolue fortement :
 - une forte aggravation pour les centres hospitaliers de petite et moyenne taille : + 74M€ par rapport à 2009;
 - une nette amélioration pour les CHU dont le déficit est passé de -412M€ à - 344M€ : - 68M€ soit une réduction de leur déficit de -17%.
- une dégradation de 40 M€ (157%) pour les établissements privés à but non lucratif ex-DG avec un déficit s'établissant à -66M€ en 2010 *versus* -26M€ en 2009.

Il en est résulté une augmentation du nombre d'établissements devant déclencher un plan de redressement, passés de 190 en 2009 à plus de 260 en 2010.

Pour mémoire, les critères de déclenchement des plans de redressement sont les suivants :

- *pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal dépasse 10 M€ :*
 - *Si le compte de résultat principal présente un déficit supérieur à 2% du total des produits pour les centres hospitaliers universitaires et régionaux*

²¹ Les données présentées excèdent celles du seul champ de la T2A puisque les catégories traitées sont les suivantes : Médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, centres hospitaliers spécialisés, ex hôpitaux locaux, CLCC et établissements privés à but non lucratif.

²² Les rapports infra annuels (RIA) de l'année 2010 sont établis par les établissements en février 2011 après leur journée de clôture. Les résultats seront légèrement différents de ceux apportés par les comptes financiers qui seront connus durant l'été 2011 ; mais les écarts sont relativement faibles (16M€ en 2009) et, de ce fait, les résultats suffisamment robustes pour fournir les grandes tendances.

- et les établissements dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels, 3% pour les autres établissements publics de santé : 3 % ;
- Si le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire et :
 - soit sa capacité d'autofinancement représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues,
 - soit il existe une insuffisance d'autofinancement ;
 - quel que soit le montant des produits du compte de résultat principal : la capacité d'autofinancement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Tableau n° 1 : Résultats des comptes de résultat principal

Catégories	Résultat principal en millions d'euros				Evolution 2010/2009	
	CF 2007	CF 2008	CF 2009	RIA3 2010		
CH	-303,646	-167,181	-88,815	-141,117	58,89%	-52,302
20M<CH<70M	-86,651	-77,158	-43,384	-98,469	126,97%	-55,085
CH<20M	0,386	3,443	12,516	-6,682	153,39%	-19,198
CH>70M	-217,38	-93,466	-57,947	-35,966	-37,93%	21,981
CHS	17,093	20,403	28,502	7,575	-73,42%	-20,927
CHU	-392,549	-409,71	-412,486	-344,167	-16,56%	68,319
Sous total 1 EPS hors ex HL et SIH	-679,102	-556,488	-472,799	-477,709	1,04%	-4,91
Ex hôpitaux locaux	15,969	17,146	18,025	14,983	-16,88%	-3,042
Syndicats interhospitaliers	-0,915	2,701	0,473	-1,632	445,03%	-2,105
Unités de soins de longue durée	0,008	0,001	0,008	0,003	-62,50%	-0,005
Sous total 2 (ex HL+SIH+USLD)	15,062	19,848	18,506	13,354	-27,84%	-5,152
CLCC	-16,489	2,085	-1,732	-12,612	628,18%	-10,88
EBNL - PSPH	-13,675	-26,826	-25,039	-47,028	87,82%	-21,989
EBNL - non PSPH	5,008	-0,443	0,881	-6,968	890,92%	-7,849
Sous total privés ex-DG	-25,156	-25,184	-25,89	-66,608	157,27%	-40,718
TOTAL GENERAL	-689,196	-561,824	-480,183	-530,963	10,58%	-50,78

Source : ATIH

5.1.2 Une capacité d'autofinancement (CAF) en légère baisse, mais une nette réduction du déficit structurel en baisse

Comme pour les résultats du compte de résultat principal, la CAF varie selon les catégories d'établissements :

- elle est en hausse de 1,80% dans les CHU (+21,64 M€)
- en revanche elle diminue :
 - dans les centres hospitaliers de petite et moyenne taille : - 6% (-51M€)
 - dans les établissements privés ex-DG : -9,4% (-36M€).

1 167 établissements pourront se prévaloir d'une CAF et 96 dont 65 privés ex-DG prévoient une insuffisance d'autofinancement.

Tableau n° 2 : capacités d'autofinancement

Catégorie	Capacité d'autofinancement (CAF) en M€				Evolution 2010/2009	
	CF 2007	CF 2008	CF 2009	RIA3 2010		
CH	1 395,8	1 691,0	1 921,5	1 871,1	-2,62%	-50,37
20M<CH<70M	485,2	532,8	574,2	539,5	-6,04%	-34,67
CH<20M	172,3	194,4	227,1	210,5	-7,32%	-16,62
CH>70M	738,3	963,7	1 120,1	1 121,1	0,08%	0,92
CHS	217,9	258,8	288,2	271,4	-5,84%	-16,82
CHU	780,4	947,4	1 204,0	1 225,7	1,80%	21,64
Sous total 1 EPS hors ex HL et SIH	2 394,1	2 897,2	3 413,8	3 368,2	-1,33%	-45,55
HL	154,5	169,3	191,0	188,9	-1,13%	-2,15
SIH	4,6	10,4	5,5	6,1	10,23%	0,57
USLD	2,9	3,3	4,4	6,3	44,67%	1,95
Sous-total 2 ex HL + SIH + USLD	162,0	183,0	200,9	201,3	0,18%	0,36
CLCC	70,4	111,3	104,8	96,9	-7,50%	-7,86
EBNL - PSPH	212,8	225,8	238,2	213,4	-10,42%	-24,82
EBNL - non PSPH	42,8	40,0	43,5	39,9	-8,21%	-3,57
Sous total privés ex-DG	326,0	377,0	386,5	350,2	-9,38%	-36,25
TOTAL GENERAL	2 882,1	3 457,2	4 001,1	3 919,7	-2,04%	-81,43

Source : ATIH

Le résultat, comptable intègre les aides allouées au titre des retours à l'équilibre et des restructurations²³ qui viennent amoindrir les déficits. Celles-ci sont en nette diminution en 2010 (environ 90M€ d'aides en moins en 2010 pour les établissements étudiés), en raison de transferts de crédits d'aides à la contractualisation vers le financement des séjours d'hospitalisation, pour respecter l'ONDAM.

Lorsque ces aides sont neutralisées à la fois sur 2009 et 2010, le résultat structurel hors aide s'améliore fortement (-6,6% de déficit, soit 70M€ environ) et témoigne d'une réelle politique de redressement des établissements.

Cette amélioration se vérifie pour les établissements publics (7,2% de réduction du déficit global) et pour les ESPIC (8,3% d'amélioration). Les CLCC voient par contre leur déficit structurel se creuser (35%, soit environ 7M€).

²³ Les aides allouées en troisième circulaire ont bien été intégrées dans les comptes des établissements. Les aides contractuelles déclarées par les établissements sont en parfaite cohérence avec celles recensées dans Arbust, à l'exception de quelques établissements, mais pour lesquels les différences sont minimales (HCL pour 1M€, CHU de Reims pour 3M€),

Cette réduction continue du déficit structurel des établissements publics est concomitante avec un effort de productivité marqué sur la période puisque les montants d'économie inscrits dans l'ONDAM, qui correspondent de fait à des gains de productivité pour les établissements, ont été importants :

	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM hospitalier	+3,5%	+3,2%	+3,2%	+2,8%	+2,8%
Economies en construction* Dont ex-DG**	460,00 345,41	405,06 335,46	302,56 250,65	444,51 401,52	365,73 327,66
Dépassement ONDAM part établissements publics*	0	154	390	0	0
Déficit consolidé établissements publics*	-475	-360	-185	-180***	nc

*en M€ **source DGOS *** données provisoires source DGFIP

5.2 La situation financière des établissements privés MCO.

S'agissant des cliniques privées, les dernières données disponibles de la DREES concernent l'année 2008²⁴, des résultats provisoires pouvant être extraits, pour 2009, du rapport élaboré en 2010 par l'Observatoire économique et financier des cliniques privées MCO.

En 2008, la situation est apparue globalement favorable même si le ralentissement constaté depuis 2006 s'est poursuivi. Le chiffre d'affaires des cliniques (plus de 9 milliards d'euros) a augmenté de 2,8% en ralentissement de 1,3 point par rapport à 2007 ; leur rentabilité économique s'est établie à 2,1% du CA *versus* 2,9% en 2007, ces résultats étant toutefois marqués par une forte hétérogénéité : plus de 25% des établissements avaient subi des pertes, 1 sur 10 (essentiellement les cliniques de petite taille) ayant affiché des rentabilités économiques supérieures à 12%.

En 2009, il semblerait que les tendances se soient inversées et que les résultats marquent un retour à la hausse avec notamment un résultat d'exploitation en augmentation de 0,4 point à 2,1% du chiffre d'affaires et une capacité d'autofinancement en augmentation.

²⁴ DREES - Etudes et résultats n°740 «la rentabilité des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008 ».

6 La T2A est indissociable de l'organisation territoriale de l'offre de soins

La mise en place de la T2A visait à faciliter les transformations souhaitées de l'offre de soins, de manière à adapter la répartition des capacités aux besoins réels de la population. Toutefois, un certain nombre de craintes avaient pu se manifester quant à l'impact potentiel de la T2A sur l'accès géographique aux soins, notamment *via* la fermeture de structures selon une logique purement économique. De plus, dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire, la question du maintien de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale.

Des études ponctuelles ont été conduites sur le sujet, qui permettent d'apporter quelques éclairages. Une étude conjointe de la DREES et de l'IRDES²⁵ dresse ainsi un état des lieux des distances et temps d'accès aux soins de ville et à l'hôpital en France métropolitaine, à partir de données recueillies au 1er janvier 2007, soit 3 ans après la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A).

Cette étude conclut à un accès aux soins en termes de distance et de temps globalement satisfaisant mais souligne la subsistance de disparités régionales.

Ainsi, concernant les spécialités et disciplines médicales et chirurgicales, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants (scanners et IRM) sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Et la quasi-totalité (95%) de la population française peut accéder à un service de chirurgie orthopédique ou digestive, une maternité, un service d'endoscopie digestive, d'hépto-gastro-entérologie, de cardiologie, de néphrologie ou de pneumologie, en moins de 45 minutes par la route, les trois quarts de la population y accédant même en moins de 25 minutes.

Toutefois, des disparités régionales existent au détriment des régions rurales à faible densité de population. Ainsi, concernant les maternités de niveau 3 (par exemple celles qui accueillent les grossesses à plus haut risque), 94% des Françaises peuvent y accéder en moins d'1 heure 30.. Quant à la chirurgie orthopédique, la part de la population résidant à plus de 45 minutes d'un service de ce type est faible.

Cette étude méritera d'être actualisée régulièrement de manière à percevoir les évolutions d'ensemble en ce domaine.

Une autre étude de la DREES²⁶, dont les données s'arrêtent également en 2007 mais qui traite de l'évolution du nombre de maternités depuis 30 ans, insiste sur le fait que les politiques tarifaires ont eu un impact très limité sur l'évolution de l'offre en termes d'accès : ce sont plutôt les politiques d'amélioration de la qualité, et notamment le renforcement progressif des normes d'implantation et de fonctionnement des maternités, qui ont abouti à une diminution rapide du nombre de structures (passé de 1369 à 572 entre 1975 et 2007). La DREES notait que cette diminution s'était accompagnée d'une amélioration de la sécurité de

²⁵ « Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Questions d'économie de la santé*, Irdes n° 164. Avril 2011, [Coldefy M.](#), [Com-Ruelle L.](#), [Lucas-Gabrielli V.](#)

²⁶ Séverine Arnault et Albane Exertier, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », in DREES, 2009, *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*.

l'environnement de la naissance, d'une homogénéisation du nombre de structures par région, et d'une bonne satisfaction des patientes.

Enfin, les données administratives de la DGOS permettent, *via* les opérations de fongibilité budgétaire, de connaître le nombre de restructurations d'établissements.

Ces approches sont convergentes pour montrer que la tarification à l'activité n'a pas produit d'effet indésirable sur l'offre de soins. Les aspects hors activité du modèle, notamment les MIGAC, ont permis d'assurer le maintien des établissements dont l'activité trop faible n'aurait pas permis de couvrir les charges fixes mais qui pour autant apparaissent indispensables pour offrir un bon accès géographique à l'offre.

7 Annexes

Annexe 1

Recommandation 2010-25 du Conseil de l'hospitalisation, relative à la gestion de la liste en sus



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

CONSEIL DE L'HOSPITALISATION

Recommandation n° 2010 -25 en date du 18 novembre 2010 relative à la liste des médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisation

Le conseil de l'hospitalisation,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.162-21-2 , L.162-22-7 et R.162-42-7;

Vu la recommandation du conseil de l'hospitalisation n° 2008-12 en date du 25 juin 2008 relative à la liste des médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisation ;

La Fédération hospitalière de France, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés, la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et la Fédération de l'hospitalisation privée ayant été saisies pour avis le 5 novembre 2010 ;

a délibéré le 18 novembre 2010 sur les points qui suivent.

Dans sa recommandation n° 2008-12 susvisée, le conseil a rappelé que les spécialités pharmaceutiques administrées à un patient hospitalisé ont vocation à être financées par les tarifs des séjours (GHS) ou, en ce qui concerne les spécialités sous ATU, par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Toutefois, l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques qui peuvent être prises en charge sur facture, en sus des prestations d'hospitalisation.

Conformément à l'article R. 162-42-7 du même code, cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur recommandation du conseil de l'hospitalisation.

Le conseil considère qu'il convient de prendre une nouvelle recommandation relative à la liste des médicaments facturés en sus, se substituant à la recommandation n° 2008-12 notamment afin de :

- préciser la méthodologie selon qu'elle est dédiée à l'inscription ainsi qu'au refus d'inscription sur la liste en sus ou à la radiation de cette liste ;
- clarifier la mise en œuvre de certains des principes retenus par la recommandation n° 2008-12, notamment ceux concernant la prise en compte de l'usage majoritairement hospitalier, de l'ASMR, de l'hétérogénéité de la prescription, et du coût de traitement.

I – Méthodologie à mettre en œuvre en vue de recommander l'inscription et le refus d'inscription des médicaments sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation

Il convient de fonder la recommandation d'inscription, ou de refus d'inscription, des médicaments sur la liste en sus sur la prise en compte de l'ensemble des éléments ci-dessous. Cet examen est conduit pour chacune des indications thérapeutiques de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- l'usage attendu du médicament;
- le niveau de Service Médical Rendu (SMR) apprécié par l'avis de la Commission de la Transparence (CT) de la Haute Autorité de Santé;
- le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) apprécié par le même avis ;
- l'estimation de la fréquence de la prescription au sein des groupes homogènes de malades (GHM) ;
- l'estimation du coût de traitement moyen par séjour de la spécialité concernée ;
- l'application du principe d'égalité de traitement des produits comparables.

Toute modification des indications thérapeutiques de l'AMM donne lieu à un nouvel examen

I-1 Critères à examiner avant de recommander le refus d'inscription d'un médicament

La recommandation du refus d'inscription d'un médicament sur la liste hors TAA doit se fonder sur l'examen d'un faisceau de critères.

I-1-1 Usage attendu du médicament

Les médicaments dont l'usage attendu à l'hôpital est marginal n'ont pas vocation à être inscrits sur la liste en sus. Le coût du médicament peut être supporté par les tarifs des prestations d'hospitalisation dans la mesure où la dépense reste globalement marginale.

I-1-2 Niveau de service médical rendu (SMR) apprécié par la commission de transparence

Un niveau de service médical rendu **insuffisant** justifie la non inscription du médicament sur la liste hors TAA.

Un niveau de service médical rendu **faible** constitue un élément en défaveur de l'inscription.

I-1-3 Niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) apprécié par la commission de transparence

Un médicament pour lequel **aucune amélioration du service médical rendu (ASMR de niveau V)**, ou bien une **amélioration mineure du service médical rendu (ASMR de niveau IV) portant sur l'ensemble de la population cible de l'indication concernée**, a été reconnue par la Commission de la transparence (CT) par rapport à tous les comparateur(s) ou alternatives thérapeutiques (médicaments, dispositifs médicaux, actes), financé(s) dans les tarifs des prestations d'hospitalisation, ne doit pas être inscrit sur la liste hors TAA.

On entend par comparateurs ou alternatives thérapeutiques :

- a) Le ou les médicament(s) explicitement cités par la CT, dans son avis, comme référence pour apprécier le niveau d'ASMR du médicament, **ou à défaut,**
- b) Le ou les médicament(s) utilisé(s) dans les essais cliniques et sous réserve que la CT ait considéré comme satisfaisants les résultats de ces essais et en fasse mention ou s'y réfère dans les conclusions de son avis, **ou à défaut,**
- c) Le ou les médicaments de comparaison figurant dans l'avis de CT à la rubrique 2, intitulée « médicaments comparables » et sous réserve qu'ils soient par ailleurs mentionnés dans la rubrique 4.3 de cet avis, intitulée « place dans la stratégie thérapeutique », à l'exclusion des médicaments dont la CT considère qu'ils sont utilisés en dehors des indications de leur AMM, **ou à défaut,**
- d) Les alternatives autres que médicamenteuses (actes ou DM) retenues par la CT dans la rubrique 4.3 de l'avis.

En l'absence d'alternative au sens des a), b), c) ou d) ci-dessus ou lorsque l'ASMR de niveau IV *versus* un ou des médicaments financés par les tarifs des prestations résulte d'un avantage spécifique, dans l'indication considérée, pour une population cible plus restreinte que celle de son ou ses comparateur(s), la procédure d'examen en vue de l'inscription sur la liste hors TAA peut être poursuivie.

I-2 Critères à examiner avant de recommander l'inscription d'un médicament

Cette phase concerne les seuls médicaments pour lesquels l'examen des conditions de non inscription précitées n'a pas conduit à recommander un refus d'inscription. Il convient alors de procéder aux estimations suivantes.

I-2-1 Estimation de la fréquence de prescription dans les GHM

Cette fréquence est évaluée notamment par rapport aux traitements similaires déjà inscrits sur la liste en sus. Cette étude est réalisée par l'ATIH.

Sont exclus du champ de cette étude, les GHM marginaux (prescriptions justifiées mais en nombre limité).

On apprécie alors pour chacun des GHM retenus, le pourcentage de séjours susceptibles de comporter, la prescription.

Si pour un GHM donné, le taux est élevé et dépasse 80 %, le médicament peut être financé par les tarifs du GHS correspondant, sous réserve, si besoin, d'une réévaluation du tarif.

Dans le cas contraire, si l'étude prévoit des prescriptions dispersées dans de nombreux GHM, il est nécessaire de procéder à une évaluation du coût du traitement par séjour.

I-2-2 Evaluation du coût moyen de traitement par séjour

Le coût moyen de traitement par séjour est estimé sur la base de la collecte d'indices de coût du médicament : prix européens disponibles, indemnité pratiquée pour les médicaments ayant bénéficié d'une ATU.

On évalue le rapport entre le coût du traitement par le médicament dont on étudie l'inscription et le(s) tarif(s) du (des) GHS dans le(s)quel(s) il est susceptible d'être prescrit

- a. Un coût moyen de traitement par séjour inférieur à 30% du tarif dans l'un des GHS concernés constitue un élément en faveur de la prise en charge du produit par le tarif de ce GHS ;
- b. Un coût moyen de traitement par séjour supérieur à 30% du tarif dans l'un des GHS concernés est un élément en faveur de l'inscription sur la liste en sus dans ce GHS.

Si le rapport entre le coût moyen de traitement par séjour et le tarif est variable selon les GHS concernés, il convient a priori de ne pas recommander d'inscrire et d'examiner, le cas échéant, l'opportunité d'une inscription partielle.

Si aucune information ne permet d'évaluer le coût de traitement, le Conseil de l'Hospitalisation n'est pas en mesure de se prononcer et l'inscription ne peut pas être recommandée en l'absence d'éléments relatifs à ce coût.

II - Méthodologie à mettre en œuvre avant de recommander la radiation des médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisation

Il convient dans tous les cas d'examiner la situation des médicaments à même visée thérapeutique afin de préserver une égalité de traitement.

Les recommandations de radiation de médicaments de la liste en sus se fondent sur :

- l'appréciation de la fréquence de prescription au sein des GHM ;
- le coût moyen de traitement des spécialités rapporté au tarif des GHS concernés.

II-1 Analyse de la fréquence de prescription dans les GHM et du coût de traitement

Il s'agit de calculer le pourcentage de séjours du ou des GHM concernés comportant la prescription du médicament :

Sont pris en compte, pour la suite de l'étude, les GHM qui, en cumul, représentent 80% des séjours concernés par la prescription du produit étudié (suppression des GHM minoritaires),

- Si le pourcentage de prescriptions est élevé dans l'ensemble de ces GHM (au moins 80% des séjours), le médicament peut être radié et intégré quel que soit son prix, avec revalorisation éventuelle des tarifs des GHS en conséquence ;

- Si le pourcentage est élevé dans une partie des GHM concernés (prescription dans au moins 80 % des séjours de ce groupe de GHM), le médicament peut être intégré partiellement pour l'indication correspondant à ces GHMs quel que soit son prix, avec si besoin, revalorisation du ou des tarifs en conséquence ; le périmètre de la radiation peut donc être limité à une ou quelques indications de la spécialité concernée ;
- Dans les autres cas, on calcule le rapport entre le coût de traitement moyen par séjour et le ou les tarifs du ou des GHS. Ce calcul s'effectue à partir du prix d'achat déclaré par les établissements de santé :
 - a) Un coût de traitement moyen par séjour inférieur à 30% du (des) tarif(s) dans un des GHS concernés constitue un élément déterminant de la prise en charge du produit par le(s) tarif(s) de ce(s) GHS ;
 - Si le rapport entre le coût de traitement par séjour et le tarif est variable selon les GHS concernés, il convient d'examiner, le cas échéant, l'opportunité d'une radiation partielle.
 - b) Un coût moyen de traitement par séjour supérieur à 30 % du (des) tarif(s) dans tous les GHS concernés est un élément déterminant du maintien sur la liste en sus.

Il convient dans tous les cas d'effectuer une étude approfondie mesurant l'impact de la radiation sur l'évolution prévisible des coûts (évolution attendue des prix d'achat tenant compte de la place prise par les génériques ou les biosimilaires), de la classification des GHM et de l'évolution des tarifs.

2- Analyse du risque de report de la prescription vers des produits maintenus sur la liste en sus

Il conviendra dans tous les cas d'examiner la situation des médicaments à même visée thérapeutique afin de préserver une égalité de traitement. L'analyse préalable de la radiation d'un produit donné doit toujours s'accompagner de l'analyse des produits maintenus sur la liste ayant les mêmes indications thérapeutiques.

Il convient à cet égard de rechercher s'il existe des risques de report de prescription vers une indication restant facturée en sus et/ou vers la ville. La révision de la situation d'un panier de médicaments génériques – comarketing – biosimilaires doit ainsi être accompagnée d'une évaluation de son impact en matière de prescription. Les agences sanitaires (INCA, AFSSAPS) chargées d'élaborer les référentiels de bon usage (RBU) doivent être systématiquement saisies en vue de recueillir leur expertise en termes de risque de report de prescription. Cette évaluation doit également être effectuée en cas de réintégration partielle.

Conclusion

Le conseil considère qu'il convient de retenir la méthode décrite ci-dessus :

- 1) pour rechercher, au cas par cas, la modalité de prise en charge des médicaments onéreux la plus adaptée et garantissant l'accès des patients éligibles à ces thérapeutiques ; l'impact financier de la modalité de financement sur les établissements devra être pris en compte ;
- 2) pour revoir l'ensemble des médicaments actuellement inscrits sur la liste en sus et identifier les médicaments ayant vocation à être radiés de cette liste.

Par ailleurs, le conseil **recommande** :

1) d'inscrire sur la liste des médicaments en sus dans le cadre d'une procédure de consultation allégée analogue à celle déjà mise en œuvre pour les dispositifs médicaux de même nature et de coût similaire à des dispositifs déjà inscrits en sus:

- les génériques et les biosimilaires (copies de médicament de biotechnologie) de médicaments déjà inscrits ;
- les compléments de gamme (nouveaux dosages d'une spécialité déjà inscrites sur la liste en sus) ;

2) d'effectuer un suivi régulier des coûts de traitement par séjour des médicaments pour lesquels des génériques sont commercialisés en vue d'engager une radiation de ces produits ;

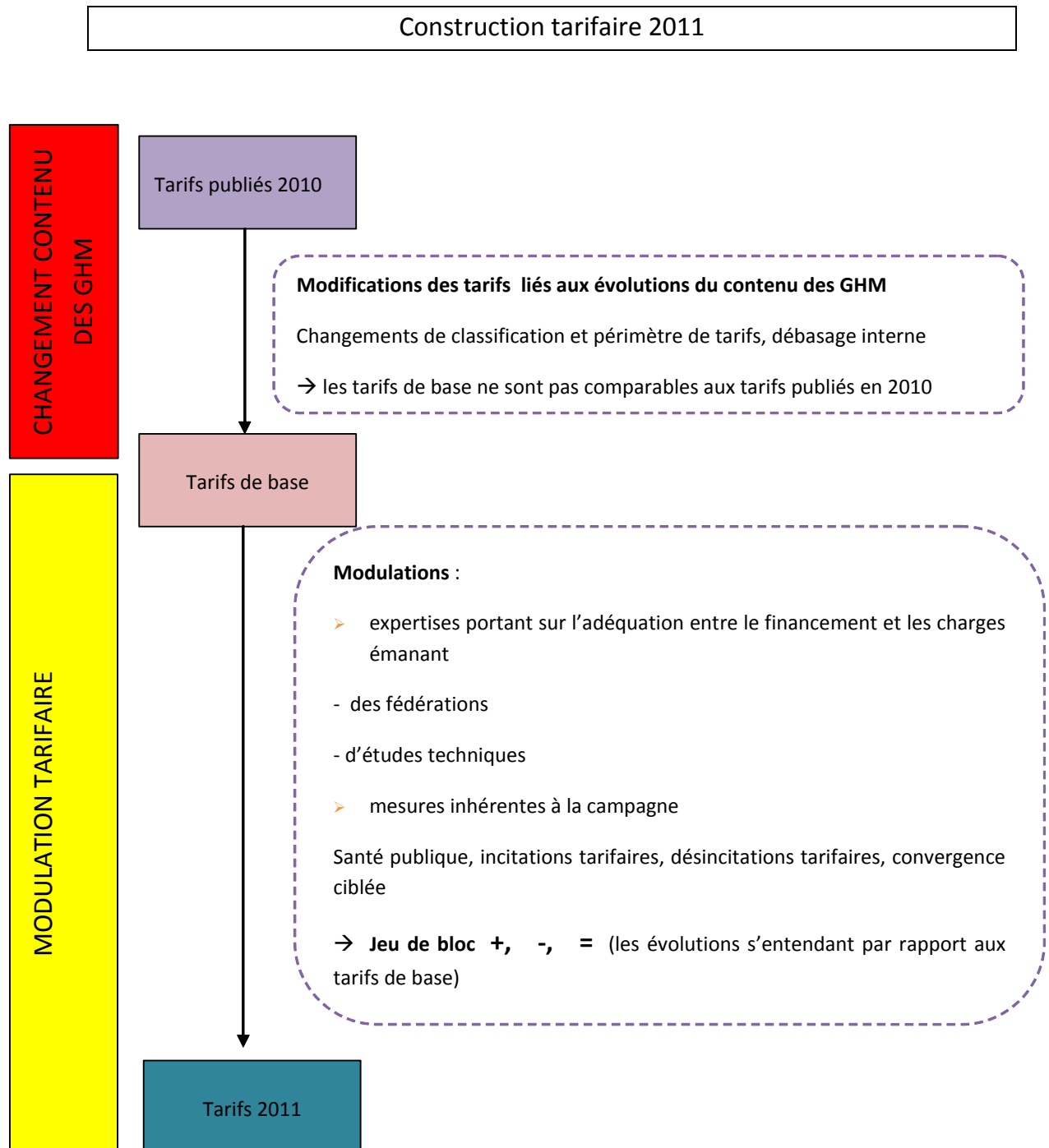
Fait à Paris, le 18 novembre 2010

La directrice générale de l'offre de
soins,
présidente du conseil
de l'hospitalisation

Annie PODEUR

Annexe 2

Schéma de construction tarifaire





Annexe 3

Structure de l'activité en 2010

CMD en 2010		Ex DG		Ex OQN	
Code	Libellé	Séjours en milliers	Part des séjours	Séjours en milliers	Part des séjours
01	Affections du système nerveux	808,22	5,2%	188,58	2,7%
02	Affections de l'oeil	273,17	1,8%	600,77	8,7%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	365,46	2,3%	532,59	7,7%
04	Affections de l'appareil respiratoire	709,99	4,6%	106,71	1,5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 035,69	6,7%	538,02	7,7%
06	Affections du tube digestif	1 049,30	6,7%	1 472,32	21,2%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	303,49	2,0%	116,60	1,7%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	996,65	6,4%	850,83	12,3%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	405,57	2,6%	272,07	3,9%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	373,39	2,4%	73,83	1,1%
11	Affections du rein et des voies urinaires	416,23	2,7%	223,68	3,2%
12	Affections de l'appareil génital masculin	126,37	0,8%	180,82	2,6%
13	Affections de l'appareil génital féminin	257,64	1,7%	235,84	3,4%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	830,23	5,3%	305,36	4,4%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	625,03	4,0%	231,15	3,3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	171,17	1,1%	33,63	0,5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	277,51	1,8%	35,98	0,5%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	128,79	0,8%	7,81	0,1%
19	Maladies et troubles mentaux	247,60	1,6%	7,46	0,1%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	182,96	1,2%	6,90	0,1%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	187,80	1,2%	25,72	0,4%
22	Brûlures	11,98	0,1%	0,38	0,0%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	733,69	4,7%	139,63	2,0%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	10,62	0,1%	0,17	0,0%
26	Traumatismes multiples graves	8,09	0,1%	0,20	0,0%
27	Transplantations d'organes	9,31	0,1%	0,00	0,0%
	TOTAL HOSPITALISATIONS	10 545,93	67,8%	6 187,06	89,1%
28	Séances	5 007,86	32,2%	755,75	10,9%
	HOSPITALISATIONS + SEANCES	15 553,79	100,0%	6 942,81	100,0%

Définition des racines de GHM

Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants²⁷ réalisés au cours du séjour hospitalier²⁸. Elles comportent 5 caractères correspondant :

- les 2 premiers à la catégorie majeure de diagnostic (28 CMD dont la liste est jointe en annexe),
- le troisième au type d'activité : médecine (M), chirurgie ©, interventionnel hors bloc opératoire (K), indifférencié (Z),
- les deux derniers à un numéro de référence.

Elles sont complétées par un sixième caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z).

Exemple :

02C02 Interventions sur la rétine

02C02J Interventions sur la rétine, en ambulatoire

02C021 Interventions sur la rétine, niveau 1

02C022 Interventions sur la rétine, niveau 2

02C023 Interventions sur la rétine, niveau 3

02C024 Interventions sur la rétine, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM en ambulatoire

02M04 Affections oculaires d'origine neurologique

02M04T Affections oculaires d'origine neurologique, très courte durée

02M041 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 1

02M042 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 2

02M043 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 3

02M044 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée

02M09 Explorations et surveillance pour affections de l'œil

02M09Z Explorations et surveillance pour affections de l'œil

Cette racine n'est pas éligible aux niveaux de sévérité.

²⁷ Acte susceptible de modifier le classement en GHM ; il peut-être opératoire ou non.

²⁸ L'algorithme est disponible sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr>

Annexe 4

Liste des racines concernées par la convergence des tarifs des niveaux J et 1 (incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire)

01C13 : Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
02C05 : Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
03C10 : Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans
03C22 : Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire
03C14 : Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
03C15 : Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans
03C21 : Interventions pour oreilles décollées
03K02 : Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
05C17 : Ligatures de veines et éveinages
06C10 : Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans (depuis 2010)
06C12 : Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
08C38 : Autres arthroscopies du genou
08C44 : Autres interventions sur la main
08C45 : Ménisectomie sous arthroscopie
09C07 : Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein
09C08 : Interventions sur la région anale et périanale
12C06 : Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans
12C08 : Circoncision 13C08 : Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin
13C12 : Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes

Annexe 5

Détail de l'activité de soins palliatifs en 2010

Tableau 1 : les 10 GHM présentant le plus grand nombre de séjours avec un diagnostic associé de soins palliatifs dans les ex-DG.

Les premiers GHM sont des GHM de séances (chimiothérapie et radiothérapie).

GHM	2 010		Evolution 2009/2010	
	Nbre de Séjours	Volume éco (en M€)	Nbre de Séjours	Volume éco (en M€)
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	4 709	1,81	-12,20%	-11,80%
Autres techniques d'irradiation externe, en séances	2 396	0,32	14,50%	14,30%
Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	1 454	10,87	42,00%	42,00%
Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	1 365	0,22	40,70%	41,10%
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	1 354	4,95	6,40%	11,10%
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	1 212	8,37	42,40%	43,90%
Transfusions, en séances	1 196	0,76	-10,20%	-9,80%
Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 2	1 194	6,6	9,70%	9,00%
Pneumonies et pleurésies banales, âge > à 17 ans, niveau 3	1 138	5,45	28,30%	27,90%
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 2	1 063	5,49	5,90%	5,40%

Tableau 2 : les 10 GHM présentant le plus grand nombre de séjours avec un code diagnostic associé de soins palliatifs dans les ex-QQN.

Parmi les premiers GHM figurent des GHM de séances (radiothérapie, chimiothérapie et transfusion).

Ex QQN	2010		Evolution 2009/2010	
GHM	Nbre de séjours	Volume éco en M€	Nbre de séjours	Volume éco en M€
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	225	0,72	21,00%	25,60%
Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 2	134	0,68	52,30%	53,30%
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	129	0,05	-49,20%	-49,10%
Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	109	0,81	36,30%	37,20%
Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 2	101	0,55	55,40%	57,50%
Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	93	0,08	25,70%	25,70%
Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 2	92	0,27	48,40%	44,60%
Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3	83	0,54	25,80%	31,70%
Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	78	0,95	21,90%	21,90%
Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 2	78	0,38	69,60%	75,30%

Source : ATIH

Annexe 6

Schéma de la gouvernance de la T2A

