



**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
DES FINANCES  
ET DE L'INDUSTRIE**

**MINISTÈRE DU BUDGET  
DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT**



**RAPPORT**

**N° 2011-M-056-01**

**Évaluation de la tarification des soins  
hospitaliers et des actes médicaux**

Établi par

**PHILIPPE PASCAL**  
Inspecteur des finances

**JUSTINE COUTARD**  
Inspectrice des finances

**EMMANUEL DUPUY**  
Inspecteur des finances

**FRÉDÉRIC VARNIER**  
Inspecteur des finances

**GÉRALDINE WELTER**  
Inspectrice des finances

**AVEC L'ASSISTANCE DE  
MATTHIEU OLIVIER**  
Inspecteur adjoint des finances

**SOUS LA SUPERVISION DE  
BRUNO DURIEUX**  
Inspecteur général des finances

**- AVRIL 2012 -**



## SYNTHÈSE

Les systèmes de financement de soins comportent deux principaux outils tarifaires : la tarification à l'activité (T2A) applicable aux prestations des établissements de santé dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et la classification commune des actes médicaux (CCAM) applicable aux actes techniques réalisés en ville.

La mission s'est attachée à évaluer la capacité de ces deux outils à répondre aux objectifs qui leur sont assignés. Dans leur modèle d'origine, les instruments de tarification visent, dans une logique principalement médico-économique, à financer la production du meilleur soin au meilleur coût (efficacité productive) et à assurer l'équité dans la répartition des moyens qui en est le corollaire (efficacité allocative). Parallèlement, l'État a souhaité poursuivre un objectif de maîtrise budgétaire des dépenses d'assurance maladie et un objectif de structuration de l'offre de soins en établissement, pour l'adapter progressivement aux besoins de santé et aux évolutions des modalités de prise en charge.

Au-delà d'une synthèse des constats et des recommandations figurant dans le rapport ci-après, la mission souhaite attirer l'attention des ministres sur certains aspects qui lui paraissent majeurs.

Les constats étayés de la mission montrent que **la T2A comme la CCAM tendent progressivement, et sous l'effet de corrections techniques répétées, à perdre leur logique médico-économique.**

En effet leurs conditions de mise en œuvre, leur maintenance, leur combinaison avec d'autres enveloppes budgétaires et le contexte général dans lequel ils s'inscrivent, conduisent peu à peu à écarter ces instruments du modèle initial :

- ◆ la T2A s'oriente vers une simple clé de répartition budgétaire de plus en plus éloignée de toutes références économiques. Elle s'apparente à une dotation globale sophistiquée indexée sur l'activité. Il en résulte que, pour les établissements, la logique de maximisation des recettes tend à prévaloir sur celle de maîtrise des coûts et d'efficacité productive ;
- ◆ la CCAM, comme tarif cible, n'est utilisée et mise à jour que ponctuellement, car elle ne permet pas de lutter efficacement contre les iniquités entre les spécialités, c'est-à-dire de tarifier l'acte à son juste-coût.

En cherchant à faire un état des lieux précis sur la capacité des outils tarifaires à remplir les objectifs qui leur sont assignés, les constats de la mission peuvent paraître sévères :

- ◆ l'objectif d'efficacité productive ne peut pas être rempli du fait de la mauvaise qualité du signal-prix. Les établissements ne sont pas en mesure de l'interpréter, en mettant en relation leurs charges et leurs revenus, pour en tirer les conséquences pertinentes ;
- ◆ l'objectif de juste répartition des financements s'est heurté, pour la T2A, à l'existence de financements complémentaires atténuant fortement son caractère redistributif et, pour la CCAM, au jeu de la négociation conventionnelle, qui allié à des problèmes de périmètres et à la contrainte budgétaire, a conduit à neutraliser ces effets ;
- ◆ l'objectif budgétaire est rempli de manière insatisfaisante : si l'ONDAM est respecté, la pression exercée sur les établissements peut pénaliser les plus efficaces ou favoriser les solutions de court terme (augmentation des déficits et de l'endettement) ;
- ◆ l'objectif d'amélioration de l'offre de soins a des résultats contrastés. Dès lors que les outils tarifaires permettent de financer une offre plus qu'un besoin, ils supposent que des outils complémentaires, modulables par les ARS, soient mis en place notamment pour favoriser les restructurations et la qualité. Or les dispositifs existants sont limités.

## Rapport

En définitive, l'examen croisé de ces résultats montre que :

- ◆ dans le cas de la T2A, les objectifs assignés sont en partie discordants et aucun n'est véritablement atteint. Pour améliorer son efficacité, le principe « un outil – un objectif » devrait s'appliquer. S'il peut paraître légitime que les arbitrages soient complexes les premières années, la mission est convaincue que l'absence de choix politiques cohérents sur les objectifs de la T2A conduira, à terme, à lui ôter toute portée et donc toute utilité ;
- ◆ dans le cas de la CCAM, l'outil est pertinent mais insuffisant pour atteindre l'objectif d'équité inter-spécialités qui lui a été fixé initialement : la mission conclut en faveur de la démarche de financement diversifié retenue par la CNAMTS, qui s'appuie notamment sur les évolutions des revenus des praticiens, tout en préconisant une rénovation de l'outil et une meilleure transparence dans la gestion.

**Cette étude ne remet donc pas en cause la pertinence de la T2A et de la CCAM.** Bien au contraire, **elle conclut, dans le schéma qu'elle privilégie, à la nécessité de revenir aux fondamentaux de ces outils**, de manière réaliste et adaptée à la situation actuelle, notamment en matière de maîtrise des dépenses publiques.

Il est en effet possible de sauvegarder la logique tarifaire dans un cadre régulé global. En ce sens, la mission s'inspire de l'exemple allemand. Dans le schéma de raisonnement médico-économique qu'elle promeut, la mission présente un ensemble de mesures cohérentes qui s'appuient sur deux piliers :

- ◆ le premier pilier repose exclusivement sur les outils tarifaires : ces derniers auraient vocation à poursuivre l'objectif d'optimisation du système de production de soins et donc la répartition équitable des financements ; les tarifs seraient conformes aux coûts efficaces des établissements sans aucune correction ; la CCAM cible serait actualisée pour venir s'inscrire dans une démarche plus globale de la CNAMTS ;
- ◆ le second pilier repose sur des mécanismes complémentaires aux outils tarifaires orientant davantage le financement vers les besoins. Ils viseraient à financer :
  - les activités sous-efficaces nécessaires et justifiées, au sein de « missions d'intérêt général » mieux encadrées ;
  - la restructuration des établissements, en finançant transitoirement une sous-efficacité non-justifiée et en la mettant sous pression budgétaire ;
  - une politique de qualité, de pertinence et de coordination des soins, notamment *via* un fonds d'intervention régional.

Un **nouvel équilibre entre régulation nationale et incitations micro-économiques** serait ainsi rendu possible :

- ◆ le premier pilier relèverait, comme aujourd'hui, d'une politique nationale. En effet, conformément au modèle de concurrence par comparaison, une même prestation doit être financée au même prix. Fixée en fonction de coûts réputés efficaces et non plus de coûts moyens, l'enveloppe tarifaire serait de fait réduite, permettant ainsi de financer les mesures du second pilier ;
- ◆ le second pilier comporterait des mesures définies au plan national mais déclinées localement par les agences régionales de santé (ARS) ; ces dernières verraient ainsi leurs moyens renforcés pour conduire leur mission de restructuration de l'offre de soins en veillant à la qualité et à la définition de parcours de soins.

Le respect de l'ONDAM demeurerait une priorité. La régulation prix-volume serait remplacée, à la fois par des tarifs dégressifs s'appliquant aux volumes jugés excessifs et par une pression différenciée sur l'enveloppe finançant transitoirement la sous-efficacité non-justifiée. Il s'agirait ainsi d'éviter qu'une application homothétique de l'ONDAM sur les tarifs, ne pénalise les acteurs de soins les plus efficaces.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. UN ABANDON PROGRESSIF DE LA LOGIQUE D'EFFICIENCE MÉDICO-ÉCONOMIQUE.....</b>	<b>3</b>
1.1. Une description médico-économique devenue incontournable.....	4
1.1.1. <i>La T2A a permis d'améliorer la collecte des données d'activités .....</i>	<i>4</i>
1.1.2. <i>La CCAM a permis une connaissance détaillée des actes réalisés en ville.....</i>	<i>5</i>
1.2. Une appréhension très imparfaite des coûts.....	6
1.2.1. <i>La T2A repose sur des coûts moyens non-significatifs et contestables.....</i>	<i>6</i>
1.2.2. <i>La CCAM repose sur une cible imparfaite et non atteinte .....</i>	<i>8</i>
1.3. Une incitation à l'efficacité largement perfectible.....	10
1.3.1. <i>L'écart entre coût et tarif remet en cause la logique médico-économique .....</i>	<i>10</i>
1.3.2. <i>Le pilotage des établissements est contraint.....</i>	<i>13</i>
1.3.3. <i>La logique de recettes tend à prévaloir sur celle de diminution des coûts .....</i>	<i>14</i>
<b>2. DES INÉQUITÉS PERSISTANTES DANS UN CADRE BUDGÉTAIRE CONTRAINT .....</b>	<b>16</b>
2.1. Une répartition des financements toujours inéquitable.....	16
2.1.1. <i>La réallocation des financements par la T2A est largement neutralisée.....</i>	<i>16</i>
2.1.2. <i>Les divergences de revenus entre spécialités se sont accrues malgré la mise en place de la CCAM.....</i>	<i>17</i>
2.2. Une priorité budgétaire accentuée mais contournée.....	22
2.2.1. <i>La T2A intègre une forte contrainte budgétaire, sans garantir l'équilibre financier du secteur hospitalier .....</i>	<i>22</i>
2.2.2. <i>La CCAM privilégie l'objectif budgétaire au prix d'une absence de convergence et de multiples corrections techniques.....</i>	<i>23</i>
<b>3. DES CONSÉQUENCES HÉTÉROGÈNES SUR L'OFFRE DE SOINS .....</b>	<b>25</b>
3.1. Un effet hétérogène sur la structure de l'offre de soins .....	25
3.1.1. <i>La T2A a eu un effet dynamisant mais contrasté sur l'offre.....</i>	<i>25</i>
3.1.2. <i>La CCAM n'a pas permis de résorber les déséquilibres de l'offre.....</i>	<i>26</i>
3.2. Des outils axés sur le financement d'une offre et non d'un besoin .....	27
3.2.1. <i>Les outils tarifaires ne prennent pas en compte la qualité et la pertinence .....</i>	<i>27</i>
3.2.2. <i>Les outils tarifaires par acte ou séjour ne favorisent pas les parcours de soins coordonnés.....</i>	<i>28</i>
3.2.3. <i>Les outils tarifaires peuvent entrer en contradiction avec l'appréhension locale des besoins.....</i>	<i>29</i>
<b>4. UNE STRATÉGIE D'ÉVOLUTION DES OUTILS TARIFAIRES À DÉFINIR .....</b>	<b>30</b>
4.1. Un schéma possible : poursuivre la logique actuelle d'outils tarifaires comme clé de répartition relative .....	30
4.1.1. <i>La détermination des tarifs par une échelle de coûts.....</i>	<i>31</i>
4.1.2. <i>La distinction entre l'outil technique et l'outil budgétaire .....</i>	<i>31</i>
4.2. Un schéma à privilégier : revenir à la logique initiale d'outils médico-économiques .....	32
4.2.1. <i>La construction des tarifs dans une approche médico-économique.....</i>	<i>33</i>
4.2.2. <i>La définition de mécanismes de régulation complémentaires.....</i>	<i>34</i>
4.2.3. <i>L'instauration de nouveaux mécanismes de maîtrise budgétaire .....</i>	<i>35</i>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>37</b>

### Encadré 1 : Présentation sommaire des principales notions et chiffres clés

#### **I – LA TARIFICATION À L’ACTIVITÉ (T2A)**

**(A) Définition de la T2A.** Mise en place à compter de 2004, la T2A désigne :

- au sens large, le nouveau « système de financement » des soins qui a succédé à la dotation globale dans les établissements publics et privés non lucratif (**ex-DG**) et aux tarifs fixés par un accord national, au travers de l’objectif quantifié national, pour les établissements privés lucratifs (**ex-OQN**). Elle comprend à ce titre, outre une tarification au séjour (la T2A au sens strict), des modes de financement complémentaires, tels que les dotations « missions d’intérêt général et aide à la contractualisation » (**MIGAC**) et les mécanismes forfaitaires *ad hoc* ;
- au sens strict une « tarification au séjour ». Dans cette acception, la T2A consiste en une tarification prospective – les tarifs étant connus avant la réalisation de l’activité – et forfaitaire des prestations d’hospitalisation, conduisant à financer les établissements de santé, publics et privés, en fonction du volume et du type d’activité (**casemix**) qu’ils réalisent. L’outil s’applique uniquement aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (**MCO**) et d’hospitalisation à domicile (**HAD**). Des travaux sont en cours pour l’étendre aux anciens hôpitaux locaux, aux activités de soins de suite et de réadaptation (**SSR**) et aux activités de psychiatrie.

**(B) Fonctionnement de la T2A.** La T2A consiste à fixer un prix unique pour un même type de service pour tous les fournisseurs de soins. Le tarif est fixé par groupes homogènes de malades (**GHM**). La nomenclature des GHM cherche à ramener la très grande diversité des prestations médicales à une liste finie de groupes, pertinents sur le double plan médical et économique (séjours pour lesquels les consommations de ressources constatées sont globalement similaires).

Pour asseoir cette légitimité économique, les tarifs correspondants à chaque GHM sont définis à partir d’une étude nationale des coûts (**ENC**) réalisée auprès d’un échantillon d’établissements publics et privés. L’agence technique de l’information sur l’hospitalisation (**ATI**) collecte ces coûts (*via* un système d’information dénommé « programme de médicalisation des systèmes d’information » **PMSI**), opère un certain nombre de retraitements et détermine des tarifs au séjour (groupement homogène de séjours **GHS**), à partir de ces données retraitées et corrigées d’une régulation budgétaire prix-volume pour tenir compte de l’objectif national des dépenses d’Assurance maladie (**ONDAM**) et de politiques publiques.

Le financement T2A versé aux établissements est calculé en multipliant le tarif de chaque GHM par le nombre de séjours correspondants.

**(C) Ordre de grandeur de la T2A.** Elle représente :

- une enveloppe financière de 40,2 Mds€ en 2011, soit 88 % de l’objectif de dépenses MCO et 55 % de l’enveloppe des établissements de santé dans le cadre de l’ONDAM ;
- une part des ressources perçues par les établissements de santé dans le secteur public en 2010, en moyenne de 45 %. Le reste du budget des établissements provient de ressources diverses (**MIGAC** : 13 % ; recettes versées par le patient : 8 % ...).

#### **II – LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)**

**(A) Définition de la CCAM.** La CCAM ne s’applique qu’aux actes techniques (« **CCAM technique** ») et non aux actes cliniques (consultations), pour laquelle une « **CCAM clinique** » est à l’étude. Mis en place à compter de 2005, cet outil comprend deux volets :

- une nomenclature des actes dite « **CCAM descriptive** » permettant d’améliorer la connaissance de l’activité et des coûts des actes techniques réalisés en ville et en établissement (la CCAM entre dans l’algorithme de définition des GHM), qui s’est en partie substituée à la nomenclature générale des actes professionnels (**NGAP**) ;
- un instrument de tarification dit « **CCAM tarifante** » des actes techniques réalisés par les praticiens en ville et dans les établissements ex-OQN ainsi que pour les actes et consultations externes (**ACE**) dans les établissements ex-DG.

**(B) Fonctionnement de la CCAM.** La mise en place de la CCAM tarifante a conduit à distinguer :

- le tarif cible élaboré pour chaque acte technique (à partir d’une évaluation du travail médical et des charges) fixant le prix de la prestation de soins de manière neutre et équitable, c’est-à-dire sans distorsion tarifaire par rapport aux ressources mobilisées par le spécialiste qui le réalise ;
- le tarif appliqué effectivement par les médecins, qui doit en principe se rapprocher progressivement du tarif cible.

**(C) Ordre de grandeur.** La CCAM couvre seulement 9 % des dépenses de soins de médecine de ville, soit 5,7 Mds€ sur 60,5 Mds€ de dépenses des caisses primaires d’Assurance maladie en 2010.

## INTRODUCTION

Par lettre en date du 12 septembre 2011, les ministres en charge de la santé et du budget ont confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) une mission d'évaluation de deux mécanismes de tarification des soins :

- ◆ la tarification à l'activité (T2A) applicable à partir de 2004 aux prestations des établissements de santé publics et privés dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- ◆ la classification commune des actes médicaux (CCAM) tarifante, applicable depuis 2005 aux actes techniques réalisés en ville et pour l'activité externe.

Cette lettre précise notamment que la mission doit analyser les conditions de construction des tarifs, leurs modalités de pilotage (y compris le rôle éventuel des agences régionales de santé - ARS) et les interactions entre ces deux outils. Elle doit également se prononcer sur une meilleure orientation des outils pour inciter à l'évolution de l'organisation du système de soins, notamment sur la prise en compte des actions de coordination pour l'optimisation des parcours de soins et le financement des consultations lourdes et/ou pluridisciplinaires. Enfin, la mission doit s'assurer de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de régulation (voir la lettre de mission en *Annexe VII*).

Large dans les problématiques qu'elle aborde, la mission IGF a articulé ses travaux autour d'une question essentielle : **quelle est la capacité des instruments tarifaires à répondre aux objectifs qui leur sont assignés ?**

À l'origine, les outils tarifaires T2A et CCAM poursuivent simultanément trois objectifs :

- ◆ disposer d'une liste exhaustive, codée et actualisée de l'activité médicale en établissement et en ville ;
- ◆ donner un signal-prix unique à l'ensemble des établissements pour les inciter à l'efficacité du système de production de soins ;
- ◆ améliorer l'équité de la répartition des financements entre praticiens (inter-spécialités) et entre établissements de santé.

Ces objectifs initiaux, qui reposent sur une démarche de tarification, ont, de fait, été combinés avec une démarche de régulation au travers de :

- ◆ la maîtrise budgétaire, pour garantir le respect de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) ;
- ◆ la participation à la (re)structuration d'une offre de soins adaptée aux besoins et aux priorités de santé publique.

La mission a cherché à évaluer la réalisation de chacun de ces objectifs, en examinant notamment les choix techniques de construction des tarifs, la place de ces outils tarifaires dans les financements de l'offre de soins et en mesurant les premières conséquences observables. Elle s'est appuyée en cela sur l'exploitation de données chiffrées (*voir encadré 2*).



### Encadré 2 : Méthodologie de la mission

Pour réaliser ces travaux, la mission a retraité d'importants volumes de données :

- **données de l'ATIH :** (i) données de l'étude nationale des coûts 2006, 2007 et 2008 pour les deux secteurs ex-DG et ex-OQN ; (ii) données relatives aux tarifs pour les années 2009, 2010 et 2011 par étape de la construction tarifaire ; (iii) casemix au titre des mêmes années ; (iv) données PMSI au titre des mêmes années (soit 26 millions de séjours/an) ; (v) totalité des données Hospidag ;
- **données brutes extraites des systèmes d'information de la CNAMTS :** (i) panorama de l'ensemble des actes inscrits à la CCAM (soit 11 000 libellés d'actes), ainsi que, pour chaque acte, le tarif cible, le tarif NGAP, le tarif en vigueur dans les 24 versions successives de la CCAM, les volumes d'actes réalisés et les honoraires associés ; (ii) montant des honoraires sans dépassement et des revenus pour chaque spécialité entre 2002 et 2010 ainsi que la décomposition entre les effets prix et les effets volumes ; (iii) décomposition des dépenses de ville à la charge des caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) ;
- **données de la DGFIP :** (i) rémunérations et taux de charges des différentes spécialités de médecins issus des déclarations sur les bénéficiaires non commerciaux (BNC), leur dispersion au sein de chaque spécialité et la répartition géographique ; (ii) données financières des établissements publics et privés de santé.

Elle a accompagné ces analyses d'entretiens et de visites d'un panel d'établissements de santé (*voir Annexe VI – Personnes rencontrées*). Elle a conduit des travaux de benchmark au Royaume-Uni et en Allemagne. La mission a enfin cherché à associer des chercheurs et professeurs d'université. Elle tient en particulier à remercier M<sup>me</sup> Zeynep Or de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et M<sup>me</sup> Brigitte Dormont de l'Université Paris-Dauphine. Elle tient également à remercier l'ATIH et la CNAMTS qui ont répondu à de nombreuses sollicitations de la mission.

Le rapport présente pour chacun des principaux objectifs les conclusions de la mission : la réalité économique (1.) ; la répartition des financements et la maîtrise budgétaire (2.) et l'offre de soins (3.). Il dresse enfin des pistes d'évolution des outils tarifaires (4.).

Pour chacune de ces conclusions, des analyses détaillées figurent en annexe. Ainsi, cinq annexes problématisées sont jointes au présent rapport :

- ◆ *Annexe I : « Architecture et fonctionnement de la tarification à l'activité T2A » :* en examinant les différentes étapes de construction de la T2A, cette annexe constate notamment l'importante fragilité des données de coûts servant de base à la construction tarifaire et l'éloignement progressif des références économiques au profit d'une logique de clé de répartition ;
- ◆ *Annexe II : « Architecture et fonctionnement de la classification commune des actes médicaux CCAM » :* cette annexe présente notamment les conditions de mise en œuvre de la CCAM et les difficultés, voire l'impuissance, auxquels cet outil se heurte pour remplir à lui seul son objectif de tarification équitable, conduisant la CNAMTS à adopter une démarche diversifiée de tarification ;
- ◆ *Annexe III : « Tarification à l'activité, maîtrise budgétaire et incitation à l'efficacité » :* cette annexe étudie le rôle de la T2A dans la maîtrise budgétaire, dans le financement des structures et dans l'incitation à l'efficacité ; elle constate notamment l'existence de zones de fuite et de compensation, limitant l'impact que pourrait avoir la T2A ;
- ◆ *Annexe IV : « Outils tarifaires et offre de soins » :* cette annexe étudie les conséquences hétérogènes de ces outils sur l'offre de soins et leur difficulté à prendre en compte les objectifs de qualité, de pertinence et de coordination des soins ;
- ◆ *Annexe V : « Schémas d'évolution des outils tarifaires » :* cette annexe élabore deux schémas de raisonnement qui visent à caractériser l'alternative pour le décideur entre deux visions : des outils tarifaires comme clé de répartition budgétaire ; des outils tarifaires recentrés sur une logique « médico-économique » et complétés par d'autres mécanismes de régulation, notamment en faveur de la qualité et la pertinence.



## 1. Un abandon progressif de la logique d'efficacité médico-économique

La capacité des outils tarifaires à refléter la réalité médico-économique est un préalable indispensable :

- ◆ pour la T2A, la connaissance de l'activité et de ses coûts est essentielle à la mise en œuvre du modèle de concurrence par comparaison sur lequel l'outil repose (*voir encadré 3*) : elle doit conduire à l'optimisation du système de production de soins, et à son corollaire qui est celui de l'équité entre les établissements ;
- ◆ pour la CCAM, l'appréhension de la réalité économique est déterminante pour l'atteinte de l'objectif d'équité tarifaire entre les spécialités.

### Encadré 3 : La T2A et le modèle économique de concurrence par comparaison

#### **A – La T2A et le modèle de concurrence par comparaison**

La tarification à l'activité présente, dans son modèle d'origine, différentes caractéristiques : il s'agit d'un paiement prospectif au séjour, permettant d'assurer une meilleure transparence du financement des établissements de santé (*voir Annexe I – 1.1.1.*), fondé sur une classification médico-économique des prises en charge, favorisant tout à la fois la médicalisation du système de paiement et son appropriation par le corps médical (*voir Annexe I – 1.1.2.*). Son fonctionnement repose sur l'uniformisation des tarifs, de manière à assurer l'efficacité et l'équité du système (*voir Annexe I – 1.1.3.*).

Les systèmes de tarification à l'activité visent à payer, du point de vue de l'organisme financeur, un même montant pour une même prestation. Ils introduisent ainsi une stimulation de l'efficacité des établissements, par opposition à un financement *ex post* en introduisant une forme de concurrence entre eux. Dans une logique d'efficacité, le tarif devrait être fixé au coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales de production. Ce niveau est évidemment difficile à déterminer *ex ante* par le régulateur, en raison de l'asymétrie d'information qui existe entre ce dernier et les offreurs de soins. D'où la nécessité de recueillir des informations fiables quantifiées et standardisées sur les pratiques médicales comme sur les structures de coûts des établissements afin de réduire cette asymétrie d'information (*voir Annexe I – 1.1.1. et Annexe III – 3.1.1.*).

#### **B – La transposition du modèle T2A dans le contexte français**

La tarification au séjour a été mise en œuvre pour la première fois aux États-Unis par l'équipe du Professeur Fetter dans le cadre du programme *Medicare*. Le système de soins français et les choix opérés lors de sa transposition en France ont éloigné la T2A de son modèle d'origine. En particulier :

- le système français diffère du « modèle » *Medicare* notamment par le fait que le système d'Assurance maladie repose sur un payeur en position de monopole qui, avec sa tutelle étatique, doit également veiller à la maîtrise des dépenses hospitalières (*voir Annexe I – 1.2.1.*) ;
- le système français est également moins armé que d'autres modèles étrangers dans la lutte contre certaines dérives : absence de contrôle de la pertinence des soins ; absence de contrôle de l'accès à l'hôpital (au Royaume-Uni les médecins généralistes, « *general practitioners* » (GP), assurent un rôle de « *gatekeepers* ») ; absence de coordination entre soins de ville et soins à l'hôpital ; absence de régulation par les volumes comme en Allemagne (*voir Annexe I – 1.2.1.*) ;
- surtout le système français se caractérise par la coexistence de deux secteurs distincts, l'un public ou privé non lucratif, l'autre privé à but lucratif. Les tarifs n'ont pas vocation à financer le même champ de dépenses dans les deux secteurs. Deux échelles de tarifs ont donc été mises en place. Dans ce contexte, la problématique de la convergence inter-sectorielle cristallise les débats (*voir Annexe I – 1.2.2.*) ;
- enfin, la tarification à l'activité ne couvre pas, pour l'instant, l'ensemble des activités hospitalières. Elle ne s'applique pas aux activités MCO des anciens hôpitaux locaux et surtout aux soins de suite et de réadaptation, à la psychiatrie et aux soins de longue durée (*voir Annexe I – 1.2.2.*).

## Rapport

La mission constate que si la connaissance de l'activité médicale a fortement progressé (11), celle des coûts est très imparfaite (12) ce qui, conjugué aux défauts de la comptabilité analytique et aux distorsions entre les coûts et les tarifs, rend peu lisible et pertinente l'incitation à l'efficacité et transforme peu à peu l'outil tarifaire en une simple clé de répartition relative. Dès lors, il est inévitable que le pilotage des établissements se fonde plus sur une logique de recettes que sur une diminution des charges (13).

### 1.1. Une description médico-économique devenue incontournable

Les outils tarifaires T2A et CCAM se sont imposés comme deux instruments clés de description de l'activité sous l'angle médico-économique.

#### 1.1.1. La T2A a permis d'améliorer la collecte des données d'activités

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité *via* le « Programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI). **Avec l'instauration de la T2A en 2004, qui donne un caractère tarifant aux données collectées, le PMSI a gagné en exhaustivité et en fiabilité.**

Le processus de codage repose sur la saisie par les praticiens de chaque unité médicale et pour chaque patient, d'informations administratives et médicales, notamment les diagnostics constatés et les actes techniques réalisés. Les pratiques de codage ne sont pas sans impact sur la connaissance précise de l'activité.

Il suppose ensuite le regroupement de ces données au sein d'un « résumé de sortie standardisé » et sa classification en groupes homogènes de malades (GHM) à l'aide d'un algorithme. La classification des séjours hospitaliers en GHM a été construite sur le modèle des *diagnosis related groups* (DRG) américains pertinents sur le double plan médical et économique. La logique économique devrait conduire à disposer de GHM regroupant des séjours pour lesquels les consommations de ressources constatées au sein des établissements sont globalement similaires (*voir Annexe I – 2.1.1.*).

Avec le temps, la classification a tendance à se raffiner pour, d'une part, prendre en compte l'évolution des techniques médicales et, d'autre part, réduire la variabilité économique jugée trop importante dans certains GHM. Même si elle permet d'affiner la description de l'activité, la multiplication du nombre de GHM – qui sont passés de 800 à 2 300 – présente certains inconvénients, notamment sur la capacité des acteurs hospitaliers à anticiper les changements et sur la qualité de l'enquête de coûts qui se réduit au fur et à mesure de sa sophistication (*voir infra et Annexe I – 2.1.2.*). Pour autant, l'activité hospitalière reste concentrée sur un nombre restreint de GHM (*voir encadré 4*).

#### Encadré 4 : Une activité hospitalière très concentrée

Sur plus de 22 millions de séjours effectués en 2009 dans l'ensemble des établissements de santé, 40 GHM représentent la moitié des séjours. Toutefois, les GHM de séances, réunis au sein de la CMD 28, constituent une large part de ces 40 premiers GHM, puisqu'ils totalisent un quart de l'activité en 2009, avec plus de 5,5 millions de séjours comptabilisés.

Abstraction faite des séances, 90 GHM sont à l'origine de la moitié des séjours en 2009. Ce « noyau » de GHM diffère selon les secteurs, puisque dans les établissements ex-OQN, seuls 43 GHM hors séances permettent de réaliser 50 % de l'activité, tandis que 338 GHM sont nécessaires dans le secteur ex-DG pour atteindre 50 % de l'activité (*voir Annexe I – 2.1.3.*).

### 1.1.2. La CCAM a permis une connaissance détaillée des actes réalisés en ville

En se substituant à des nomenclatures antérieures inadaptées, hétérogènes et sectorielles (et au système de cotation par lettres-clefs et coefficients), **la CCAM donne aujourd'hui une information précise sur le type d'actes médicaux pratiqués en ville et sur la structure des coûts associés.** La CCAM ne s'applique toutefois pas à certains actes techniques et aux consultations (actes cliniques) (*voir encadré 5*). Au total, elle couvre 93 % des actes techniques mais seulement 9 %<sup>1</sup> des dépenses de soins de médecine de ville.

La CNAMTS dispose ainsi d'un outil statistique et de contrôle indispensable pour la gestion de l'offre de soins en ville mais aussi pour le pilotage des dépenses d'Assurance maladie. C'est à partir de la CCAM qu'elle réalise notamment ses projections d'évolution des dépenses et qu'elle établit son besoin tendanciel pour l'ONDAM de ville.

#### Encadré 5 : La CCAM descriptive

- **une classification commune** : la CCAM s'est substituée au catalogue des actes médicaux (CdAM), qui servait à la définition des GHM dans tous les établissements publics et privés, ainsi qu'à une partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui servait à la tarification des prestations des médecins du secteur libéral et des consultations externes au sein des hôpitaux publics (*voir Annexe II – 1.1.1.*) ;
- **une classification des actes techniques** : la CCAM ne couvre que le périmètre des actes techniques délivrés par les médecins. Ainsi, elle exclut de son champ d'application : (i) les consultations (actes cliniques) qui relèvent toujours de la NGAP ; (ii) les visites et actes des sages femmes et auxiliaires médicaux qui restent également soumis à la NGAP ; (iii) les actes de médecine biologiste qui relèvent d'une troisième classification : la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). Bien que constituant des actes techniques, certains actes ne sont pas encore tarifés en CCAM, comme certains actes dentaires et les actes communs avec les paramédicaux (*voir Annexe II – 1.1.2.*) ;
- **une classification descriptive** : la CCAM procède d'une refonte globale de la nomenclature en recensant, classant et codifiant plus de 7 700 actes différents sur une échelle unique. Elle a ainsi permis d'affiner sensiblement le niveau de description des actes par rapport à la NGAP qui comptait environ 1 500 actes. La chirurgie est notamment une spécialité qui a vu le niveau de détail de description de son activité s'accroître. Surtout, la CCAM s'applique sans prendre en considération la discipline ou la spécialité qui réalise l'acte médical, ce qui suppose un codage par grands appareils et non par spécialités, répartis en 17 chapitres. Les actes codés sont gérés, au niveau national, par le système national d'information de l'Assurance maladie, le SNIIRAM (*voir Annexe II – 1.1.3.*)

En 2010, la classification recense environ 120 millions d'actes réalisés pour un montant des honoraires sans dépassement<sup>2</sup> de 5,7 Mds € et un montant remboursé par l'Assurance maladie de 4,9 Mds €.

L'activité est très concentrée : 67 libellés d'actes (sur plus de 7 700) représentent 50 % des honoraires et 500 libellés d'actes plus de 85 % des honoraires. La radiologie et l'imagerie médicale concentrent la part la plus significative de la CCAM à la fois en activité puisqu'elles représentent 40 % des actes réalisés en 2010 (soit plus de 40 millions d'actes) et en montant en couvrant un tiers des honoraires sans dépassement (1,9 Md€). Elles se distinguent nettement des autres spécialités qui ne dépassent pas 15 % d'activité ou de volume (14 % de l'activité et 8 % des honoraires pour l'ophtalmologie ; 3 % de l'activité et 10 % des honoraires pour la chirurgie) (*voir Annexe II – 1.2.3.*).

<sup>1</sup> Pourcentage calculé sur la base des dépenses des Caisses primaires d'Assurance maladie en 2010.

<sup>2</sup> Pour le régime général et hors forfaits techniques, vidéocapsules et forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement.

### 1.2. Une appréhension très imparfaite des coûts

Si la connaissance de l'activité s'est améliorée, celle des coûts reste encore très imparfaite tant pour la construction des tarifs T2A que pour la définition de la CCAM cible.

#### 1.2.1. La T2A repose sur des coûts moyens non-significatifs et contestables

L'étude nationale des coûts (ENC) vise notamment à construire une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, pour servir de fondement à la fixation des tarifs. Cette étude présente plusieurs défauts.

**Tout d'abord, la représentativité des échantillons est perfectible.** L'ENC se fonde sur deux échantillons d'établissements de santé volontaires, publics et privés de taille réduite : 51 établissements du secteur ex-DG en 2009 (taux de sondage de 18 % des séjours) et 20 établissements du secteur ex-OQN au titre de la même année (taux de sondage de moins de 4 %, victime d'un appel au boycott de l'ENC en 2008). La composition de l'échantillon ex-DG peut conduire à une surreprésentation des hôpitaux innovants (centres hospitaliers universitaires notamment).

Or le modèle de concurrence par comparaison nécessite une évaluation la plus précise possible des coûts. Il suppose *a minima* un élargissement de l'échantillon (300 établissements en Allemagne pour une seule échelle) voire, idéalement, une exhaustivité de la collecte. À cet égard, l'ATIH cherche à améliorer la représentativité de ces échantillons, notamment pour le secteur ex-DG. L'inclusion de 30 nouveaux établissements présenterait un coût externe supplémentaire d'environ 2 M€ (*voir Annexe I – 2.2.1.*).

L'amélioration de l'échantillon n'a toutefois d'utilité que si la mesure des coûts est satisfaisante. Or, **les coûts collectés sont de mauvaise qualité compte tenu notamment des règles de comptabilité analytique.** Ces dernières ne permettent pas la restitution d'une image fidèle et harmonisée des coûts (*voir Annexe I – 2.2.3. et Encadré 6*).

#### Encadré 6 : La qualité de la comptabilité analytique des établissements de l'ENC

Les deux principaux points de fragilité de la comptabilité analytique des établissements de l'ENC sont les suivants :

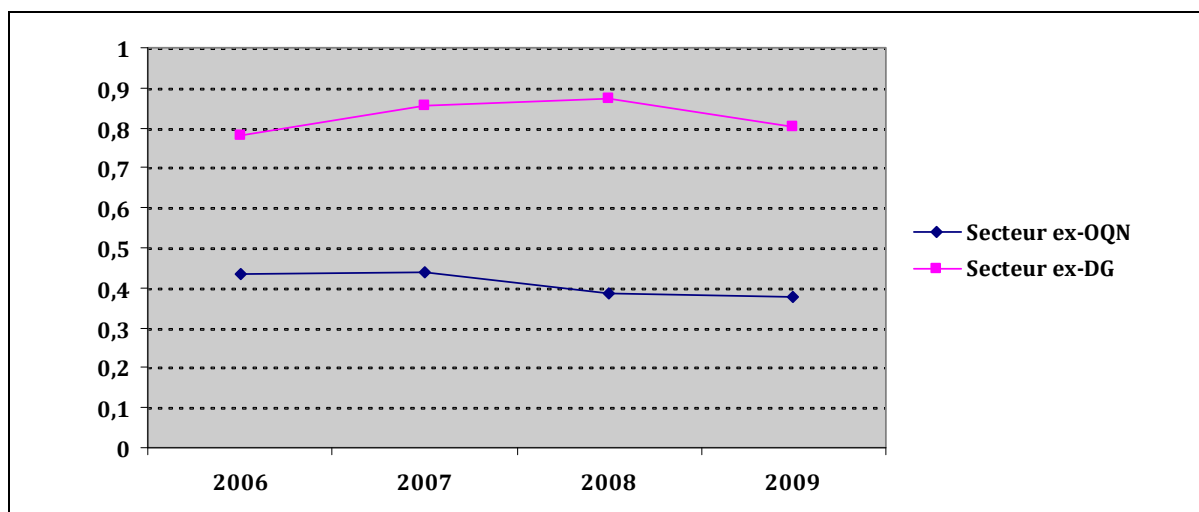
**(1) La comptabilité analytique est hétérogène.** Les établissements de l'échantillon procèdent au découpage de leur activité en sections d'analyse (SA), qui correspondent à des compartiments d'affectation des charges analytiques supposant une homogénéité de l'activité. Or, les établissements opèrent le découpage en tenant compte des spécificités de leur fonctionnement et de leur organisation. En bénéficiant ainsi d'une grande latitude, le découpage analytique n'est pas homogène (*voir Annexe I – 2.2.3.*).

**(2) La comptabilité analytique est en partie biaisée.** Une proportion importante des coûts sont calculés au *pro rata* de la durée de séjour des patients dans l'établissement. Tel est notamment le cas des charges de personnel qui représentent en moyenne près de 60 % des charges des établissements de santé dans le secteur ex-DG sur la période 2003-2010. Or, la pertinence de cette clé de répartition est discutable. La répartition des charges de personnel par SA à la journée et non au séjour conduit à attribuer la même valeur de la journée à des séjours qui peuvent nécessiter une intensité quotidienne de soins très contrastée. Ces règles d'imputation conduisent à surdéterminer les coûts en fonction de la durée des séjours (pénalisation des séjours courts intensifs en soins). Les modèles prédictifs de la charge en soins étudiés par l'ATIH en 2010 esquissent une solution permettant de répondre en partie à ces critiques. Ils devraient donc faire l'objet de travaux complémentaires (*voir Annexe I – 2.2.3.*).

**La fragilité des données de coûts utilisées pour la construction tarifaire, n'est pas gommée par les retraitements statistiques réalisés par l'ATIH** qui cherchent à corriger ces imperfections : un abattement par établissement vise à neutraliser certains effets réputés exogènes aux coûts des soins hospitaliers, tels que la localisation géographique et le poids des dépenses d'enseignement et de recherche, sans que son utilité soit avérée (*voir Annexe I – 3.1.1.*) ; les opérations qui visent à écarter les séjours atypiques ne sont pas d'une grande portée et ne réduisent par notablement la dispersion des coûts (*voir Annexe I – 3.1.2.*) ; le calage, qui modifie le poids des sondages initiaux, cherche à améliorer la représentativité des coûts en se référant notamment à la durée moyenne de séjour (*voir Annexe I – 3.1.3.*).

**L'étude laisse ainsi apparaître une dispersion des coûts des séjours très élevée.** Dans les travaux conduits par la mission, le coefficient de dispersion est égal à 1 lorsque l'écart type des coûts du GHM est du même ordre de grandeur que la moyenne, ce qui tend à donner au coût moyen servant à la construction des tarifs un sens très approximatif. Or, en 2009, dans l'ensemble du secteur public et privé non lucratif, les GHM ayant un coefficient de dispersion supérieur à 0,75 représentent plus de 45 % de l'ensemble des GHM, et les GHM ayant un coefficient de dispersion supérieur à 1 en représentent 18 %. Les coûts des établissements ex-OQN présentent une dispersion moindre (*voir Annexe I – 2.3.1.*).

**Graphique 1 : Évolution de l'indice moyen pondéré de dispersion des coûts dans les secteurs public et privé**



*Source : Données ATIH. Retraitement mission IGF.*

Ainsi, par exemple, les coûts des séjours au sein du GHM « intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie en ambulatoire », qui correspond pour l'essentiel à la cataracte, s'étale en 2009 de 193 à 16 556 € dans le secteur ex-DG, soit un rapport de 1 à 86 entre les valeurs extrêmes, et de 143 à 2 699 € dans le secteur ex-OQN, soit un rapport de 1 à 19. Les coûts des séjours du GHM « prostatectomies transurétrales, niveau 1 », qui correspond à l'ablation de la prostate, varient de 503 à 48 707 €, dans le secteur ex-DG, en 2009, soit un rapport de 1 à 97. Ils varient, dans le secteur ex-OQN, de 304 à 9 637, soit un rapport de 1 à 32.

La mission s'interroge sur les facteurs explicatifs de cette dispersion. Celle-ci peut provenir de facteurs légitimes, comme les pratiques médicales ou des éléments exogènes (caractéristiques sanitaires et socio-économiques de la patientèle par exemple), de la collecte elle-même qui peut être améliorée (comme les imperfections de la comptabilité analytique et de la nomenclature évoquées *supra*) ou des facteurs illégitimes, comme des niveaux variables d'organisation et d'efficacité des établissements contenus dans les coûts collectés (*voir Annexe I – 2.3.2.*).

**Si, en tant que telle, une dispersion des coûts n'est donc pas nécessairement injustifiée, l'imprécision des coûts collectés ne permet pas d'identifier les facteurs explicatifs.**

## Rapport

La mission a d'ailleurs observé que les niveaux variables de dispersion ne font pas l'objet d'une interrogation particulière par les établissements, qui ne calculent pas, sauf exception, leurs coûts par GHM.

Le seul facteur explicatif des coûts clairement identifiable est celui de la durée de séjour. La durée des séjours expliquerait en moyenne un tiers de la dispersion des coûts observée dans les GHM du secteur public et privé non lucratif (*voir Annexe I - 2.3.2.*), ce qui résulte pour une large part de l'emploi de cette variable comme clé de répartition en comptabilité analytique (*voir supra*). Ainsi, l'ombre du « prix de journée », qui a précédé le mécanisme de dotation globale que la T2A a remplacé, plane toujours sur le financement des établissements de santé.

### 1.2.2. La CCAM repose sur une cible imparfaite et non atteinte

Pour assurer l'objectif de neutralité et d'équité entre les spécialités et mettre fin aux distorsions antérieures, les tarifs CCAM devaient en principe représenter strictement le coût des actes. En pratique, la mise en place de la CCAM tarifante a conduit à distinguer, d'une part, le tarif cible élaboré pour chaque acte technique fixant le prix de la prestation de soins de manière neutre et équitable et, d'autre part, le tarif appliqué effectivement par les médecins, qui doit en principe se rapprocher progressivement du tarif cible.

Le souci d'objectivité s'est notamment traduit dans la construction des tarifs cibles par une approche transversale inter-spécialités, et par une refonte globale et synchrone du tarif de l'ensemble des actes quelle que soit leur spécialité. Pour autant, longue de près de dix ans, **la procédure de construction tarifaire a comporté plusieurs imperfections, si bien que les tarifs cibles ne représentent aujourd'hui qu'imparfaitement les coûts** (*voir encadré 7*).

En outre, les tarifs en vigueur ne reflètent pas la réalité économique pour trois raisons essentielles.

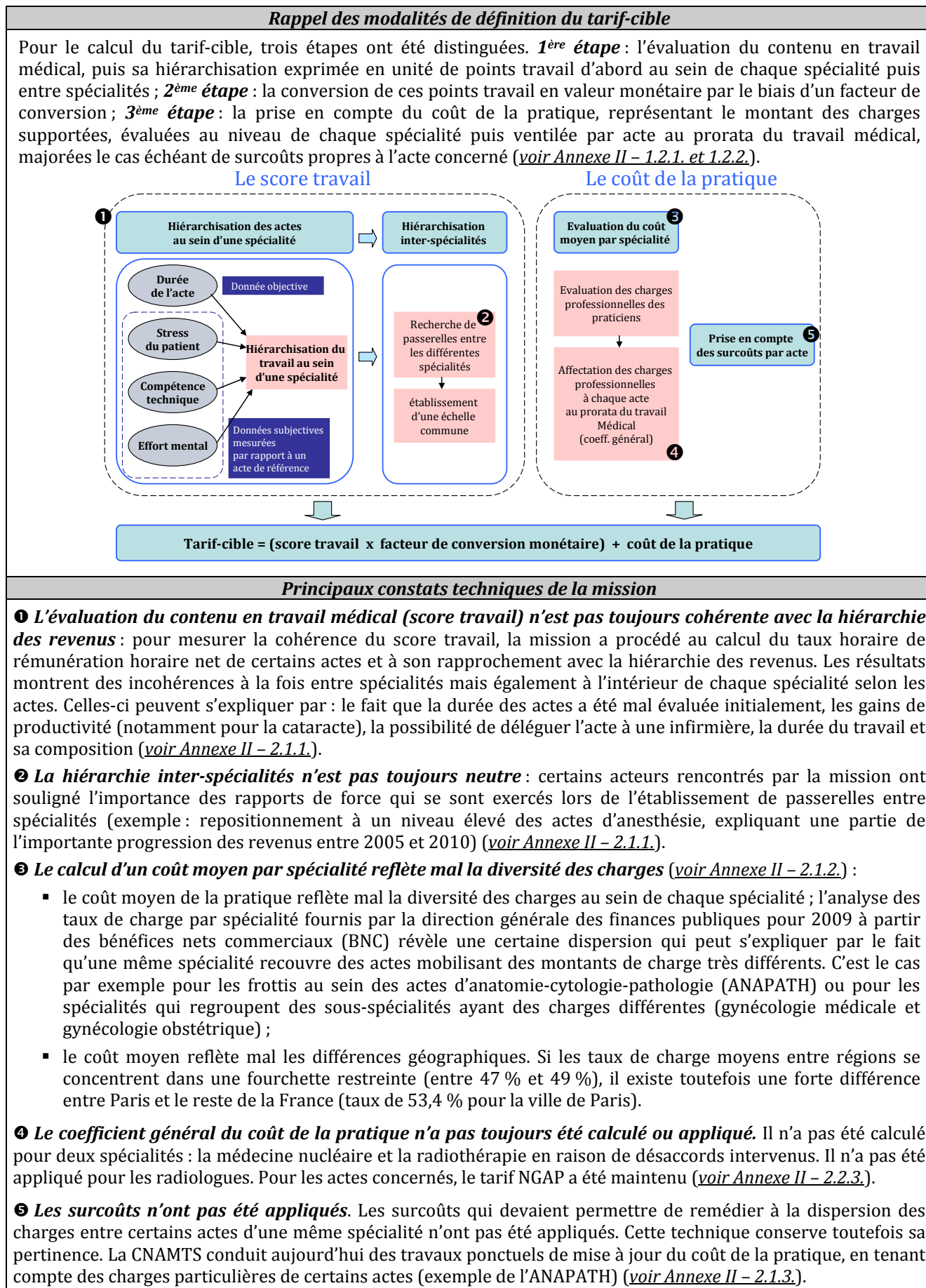
**Tout d'abord, la convergence des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles n'a pas abouti.**

Un transfert de financement entre disciplines, notamment entre la radiologie et la chirurgie, était sous-jacent au projet. Or les deux étapes de convergence réalisées en 2005 et en 2007/2008 ont revalorisé les spécialités sous-tarifées, sans réduire les tarifs des spécialités sur-tarifées, **ce qui s'est traduit par un coût de 214 M€** pour l'Assurance maladie (*voir Annexe II - 2.2.1.*). Le refus de faire des « perdants », la nécessité d'une négociation conventionnelle et les préoccupations budgétaires ont conduit à ne pas engager de nouvelle étape de convergence (*voir infra*). Les tarifs en vigueur présentent donc toujours un écart sensible avec les tarifs cibles. Un alignement sur cette cible (avec suppression des modificateurs Y et Z) représenterait aujourd'hui une économie nette de 285 M€ (*voir Annexe II - 2.2.4.*).

**Ensuite, la CCAM n'a été que partiellement mise en œuvre.** En particulier, certaines majorations additionnelles au tarif, qui préexistaient, ont été maintenues voire développées, notamment pour éviter de créer des « perdants ». Il s'agit notamment : (i) des modificateurs visant à tenir compte de conditions particulières de réalisation de certains actes par certains praticiens, cassant ainsi la logique inter-spécialité, (ii) des suppléments, en principe transitoires, facturés en plus de l'acte technique, au cours de la même séance et bénéficiant dans les faits plus particulièrement à la radiologie et à l'oncologie ainsi que (iii) des règles d'association dérogatoires (*voir Annexe II - 2.2.2.*).



Encadré 7 : La définition du tarif-cible et la réalité économique





### Enfin, la CCAM n'a pas été correctement entretenue et mise à jour :

- ◆ aucun des composants du tarif cible n'a été revu depuis l'origine, alors qu'il est établi à partir des charges et de pratiques médicales anciennes parfois de plus de dix ans. Or plusieurs facteurs conduisent à penser que la hiérarchie du travail médical a évolué depuis le début des années 2000. *Idem* pour le coût de la pratique qui a été calculé sur le montant des charges 2002, ajusté en 2003 (*voir Annexe II – 2.3.1.*) ;
- ◆ les modifications d'actes déjà codés sont réalisées de manière ponctuelle et marginale et n'ont pas donné lieu à des modifications de tarifs (exemple : nouvelle classification des actes de radiothérapie en 2010) (*voir Annexe II – 2.3.2.*) ;
- ◆ l'introduction d'actes nouveaux dans une architecture d'ensemble non actualisée a été source de distorsions tarifaires. En particulier, ces actes, selon qu'ils soient alternatifs ou non, s'intègrent de manière différente dans la hiérarchisation globale, soit sur la base d'un score travail datant de 2004, soit sur la base d'un score travail actualisé (*voir Annexe II – 2.3.3.*).

En définitive, la question se pose de l'utilité d'une tarification dont la cible est imparfaite, non atteinte et non mise à jour. Pour autant, la question de la maintenance de la CCAM reste d'actualité et des pistes de réflexion ont d'ores et déjà été formulées (*voir Annexe II- 2.3.4.*).

### 1.3. Une incitation à l'efficience largement perfectible

La problématique de l'efficience médico-économique est au cœur du système de la T2A. Elle ne concerne pas, dans ces termes, la CCAM.

Les effets médico-économiques vertueux attendus de la tarification à l'activité se heurtent aujourd'hui à la mauvaise lisibilité du signal-prix et à la faible capacité des établissements à l'interpréter correctement et à en tirer parti. Aussi la réaction des établissements au nouveau système tarifaire se traduit-elle davantage par l'augmentation du volume d'activité que par la maîtrise des coûts. Autrement dit, les conditions imparfaites de la mise en œuvre de la T2A relativisent l'incitation à l'efficience et sont à l'origine, *in fine*, de la pression sur les volumes d'activité.

#### 1.3.1. L'écart entre coût et tarif remet en cause la logique médico-économique

Le système de tarification à l'activité adresse des incitations *via* les tarifs aux établissements de santé. Or, la force du signal-prix, nécessaire à une concurrence par comparaison, est altérée non seulement par la qualité de la mesure des coûts servant à la fixation des tarifs (*voir supra*) mais aussi par les nombreux retraitements opérés lors du passage des coûts aux tarifs.

Le système de construction tarifaire est devenu d'une redoutable complexité. Sa sophistication est aujourd'hui totalement disproportionnée par rapport à la qualité des données économiques de base.

Alors que le modèle initial de la T2A voudrait que les coûts collectés, les tarifs et les revenus perçus par les établissements coïncident, la décomposition de la chaîne de construction des tarifs (*voir Encadré 8*), met en évidence : (i) la différence entre les coûts collectés et les coûts qui servent de base à la construction tarifaire, liée notamment à des questions de périmètre et de millésime ; (ii) l'existence de plusieurs tarifs établis à partir d'un seul coût moyen ; (iii) la pression que subissent les coûts pour les faire rentrer dans une masse financière fermée (« régulation prix-volume ») ; (iv) la distorsion des tarifs pour tenir compte de politiques de santé publique, de la convergence, ou encore du lissage des revenus des établissements.

## Rapport

### Encadré 8 : La construction tarifaire et l'éloignement progressif entre les coûts et les tarifs

<b>Coûts collectés</b>	<p><b>Les coûts collectés sont de mauvaise qualité</b> compte tenu notamment de la représentativité de l'échantillon et des règles de comptabilité analytique utilisée (<i>voir supra et Annexe I – 2.3.</i>).</p> <p>↳ collecte défaillante des coûts</p>
<b>Millésime des coûts retenus</b>	<p><b>Les coûts utilisés sont de plus en plus anciens.</b> Alors qu'il était de 3 ans en 2009, l'écart temporel n'a cessé de s'accroître avec la prise en compte de coûts plus anciens, datant de 3 à 6 ans pour la campagne 2012 (<i>voir Annexe I – 2.2.2. et 4.1.1.</i>).</p> <p>↳ allongement de l'écart temporel entre coûts de référence et tarifs</p>
<b>Moyenne des coûts</b>	<p><b>La moyenne est construite à partir de coûts très dispersés.</b> La moyenne des coûts est dans une large proportion du même ordre de grandeur que l'écart-type (<i>voir infra et Annexe I – 2.3.</i>).</p> <p><b>Les coûts moyens ne correspondent pas aux coûts optimaux.</b> Le coût moyen intègre des facteurs qui peuvent être liés à certaines défaillances ou mauvaises pratiques, c'est-à-dire à de la sous-efficience illégitime (<i>voir Annexe I – 3.2.</i>).</p> <p>↳ fragilité de la moyenne des coûts</p>
<b>Mise au périmètre tarifaire</b>	<p><b>Le périmètre des « coûts ENC » n'est pas identique à celui des « coûts T2A »</b> qui servent à la construction des tarifs : certains coûts n'ont pas vocation à être financés par la T2A ; inversement la T2A finance certains coûts qui ne sont pas comptabilisés dans l'ENC. Le périmètre tarifaire est instable rendant complexes les comparaisons entre les années (<i>voir Annexe I – 4.1.1. et 4.1.2.</i>).</p> <p>↳ disjonction entre l'instrument de gestion interne et l'outil de tarification, rendant impossible la comparaison des charges et des recettes</p>
<b>Définition d'une échelle de tarifs</b>	<p><b>Les coûts moyens servent essentiellement à la construction d'une échelle de tarifs bruts moyens.</b> Il s'agit de distribuer une masse financière définie par rapport à l'ONDAM à partir d'un coefficient d'ajustement unique. La régulation prix-volume s'effectue de manière homothétique alors que les marges d'efficience par établissement sont différentes (<i>voir infra</i>).</p> <p><b>Les tarifs moyens de campagne sont parfois inférieurs aux coûts T2A.</b> L'impact financier sur les établissements dépend étroitement de la nature de leur activité (casemix) (<i>voir Annexe I – 4.3.1.</i>).</p> <p>↳ pression homothétique de l'ONDAM alors que les marges d'efficience sont différentes</p>
<b>Sophistication de l'échelle des tarifs</b>	<p><b>Construction des extrêmes hauts et bas.</b> L'ATIH définit des bornes par GHM qui ont vocation à repérer les séjours dont la durée est éloignée de la durée moyenne ; les durées extrêmes donnent lieu à une facturation spécifique dite « extrême haut » ou « extrême bas » (<i>voir Annexe I – 4.2.1.</i>).</p> <p><b>Des exceptions à la règle d'équivalence entre GHM et GHS.</b> Certains GHM donnent lieu à plusieurs tarifs afin de répondre à un besoin spécifique, à l'apparition d'une technique particulière ou à des dispositions organisationnelles non transposables dans la classification. Le nombre de GHM, pluri-GHS est en augmentation régulière depuis 2009.</p> <p>↳ multiplicité des tarifs applicables à partir de la détermination d'un seul tarif moyen</p>
<b>Application des coefficients géographiques</b>	<p><b>Application des coefficients géographiques.</b> Les tarifs sont augmentés en Île-de-France, en Corse et dans les départements d'outre-mer afin de tenir compte de surcoûts (<i>voir Annexe I – 4.3.2.</i>).</p> <p>↳ pertinence à étudier des coefficients géographiques</p>
<b>Prise en compte des priorités de santé publique</b>	<p><b>Correction de certains tarifs pour tenir compte de priorités de santé publique.</b> Dès lors que ces incitations sont réalisées à enveloppe fermée, elles supposent que certains tarifs soient diminués pour dégager une masse financière. Limitées en montant et compensées par d'autres corrections tarifaires (lissage), ces mécanismes ont un effet relatif (<i>voir Annexe I – 4.3.2.</i>).</p> <p>↳ distorsion de l'échelle des tarifs par rapport à l'échelle de coûts</p>
<b>Lissage des effets revenus</b>	<p><b>Lissage des évolutions tarifaires.</b> Pour éviter les effets revenus trop brutaux pour les établissements les modifications tarifaires sont lissées (<i>voir Annexe I – 4.3.2.</i>).</p> <p>↳ lissage des conséquences économiques des évolutions tarifaires</p>
<b>Convergence ciblée</b>	<p><b>Mesure de convergence entre les tarifs ex-DG et ex-OQN.</b> Pression à la baisse sur certains GHM dans une logique différente de l'adéquation à une réalité économique (<i>voir Annexe I – 4.3.2.</i>).</p> <p>↳ distorsion de l'échelle et éloignement des tarifs des coûts constatés</p>
<b>Nouvelle méthode tarifaire</b>	<p><b>Modulation des tarifs antérieurs.</b> Depuis la campagne 2011, afin de privilégier une stabilisation des tarifs, l'ATIH ne procède pas par recalcul intégral des tarifs à partir d'une nouvelle base de coûts, mais par modulation des tarifs antérieurs mis en regard des coûts observés (par une étude dite « adéquation charges financement »). L'abandon des précédentes étapes de construction au profit d'une méthode plus intégrée rend le processus opaque (<i>voir Annexe I – 4.2.2. et 4.2.3.</i>).</p> <p>↳ nouvelle distanciation entre coûts et tarifs et opacité</p>

**La logique médico-économique, déjà fortement compromise par les défaillances de la collecte des coûts, ne résiste pas aux multiples corrections liées aux autres objectifs que le régulateur veut faire jouer à l'outil T2A :** objectif budgétaire ; orientation de l'offre en fonction de priorités de santé publique et adaptations aux évolutions et aux besoins de prise en charge ; logique de stabilisation des tarifs d'une année sur l'autre, dont témoigne le changement de méthode de construction tarifaire retenue à partir de 2011.

Enfin, l'existence de financements complémentaires qui compensent les effets de la tarification à l'activité (voir *infra*) **réduit in fine la portée et la signification du signal-prix.** Un tel constat conduit à s'interroger sur la pertinence du maintien de l'étude nationale des coûts, dont la construction annuelle est coûteuse, alors que son utilité devient marginale.

**Au-delà de la qualité du signal-prix, c'est la nature même de l'outil qui est en cause. L'éloignement des références de coûts témoigne en effet d'un glissement de l'instrument d'efficience vers un outil d'allocation budgétaire.**

En prenant de moins en moins en compte la réalité des coûts, la T2A tend à devenir une « échelle » de tarifs construite à partir d'une « échelle de coûts » relatifs, c'est-à-dire un ensemble de coefficients dont la signification médico-économique est, pour les acteurs hospitaliers, obscure sinon opaque. Complexe et souple, une telle échelle permet d'ailleurs au régulateur de prendre certaines libertés avec l'outil : elle autorise une pression budgétaire homothétique, conçue comme une donnée exogène ; elle permet également de modifier le périmètre des outils et de lisser les revenus des établissements.

Dans cette logique, l'absence de distorsion entre l'une et l'autre de ces échelles devient le gage d'une « neutralité » dans la répartition des financements. Cette dernière donne l'illusion d'une répartition équitable dans un environnement budgétaire de plus en plus contraint. Pour autant, au regard des conclusions de la mission, il semble hasardeux de réputer « neutres » des tarifs aussi artificiels. Si l'efficacité budgétaire immédiate d'une telle approche peut paraître rassurante, le fait de s'écarter des notions médico-économiques peut, à terme, se révéler coûteux.

Il semble en effet délicat de laisser penser que la régulation budgétaire peut s'appliquer indistinctement à tous les établissements sans dommage, dès lors qu'elle respecte une « hiérarchie » des coûts. La mission a d'ailleurs montré qu'**une régulation prix-volume qui s'effectue de manière homothétique alors que les marges d'efficience par établissement sont différentes, peut pénaliser les établissements les plus efficaces (voir Encadré 9 et Annexe III – 3.2.2.).**

Ainsi, comme le note l'IRDES, « *[le fait que ce dispositif] ne prend pas en compte l'effort individuel des établissements, est problématique et peut engendrer des effets pervers. Ceci génère un système extrêmement opaque pour les établissements avec des évolutions peu prévisibles du marché. De plus, à niveau et gamme d'activité équivalente, un établissement peut se voir « sanctionné » dans son financement, à cause des décisions stratégiques de production des autres établissements.* »<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> IRDES – « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) – Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères » mars 2009 DT n°23 - Zeynep Or et Thomas Renaud.

### Encadré 9 : Discordance entre l'objectif d'efficacité et la pression de l'ONDAM

Le processus de fixation des tarifs annuels prévoit un ajustement des tarifs en fonction des prévisions de volume d'activité de façon à respecter l'enveloppe budgétaire de l'ONDAM. Cette compression des tarifs s'applique de façon homogène sur les GHM.

Or, les différences très prononcées entre GHM qui s'observent sur l'échantillon de l'ENC à la fois sur la variabilité du coût des séjours et sur la variabilité des coûts moyens par établissements laissent supposer que les marges d'efficacité, autrement dit la distance entre le coût moyen et le coût de production optimal, varient fortement entre les différents GHM.

De manière schématique, les établissements sous-éfficaces vont avoir tendance, compte tenu de la difficulté à lire le signal-prix, à développer leur activité pour équilibrer leurs comptes. Cet accroissement des volumes va conduire le régulateur national à faire pression sur l'ensemble des tarifs pour respecter l'ONDAM. Cette pression « homothétique » va peser y compris sur les établissements plus efficaces, c'est-à-dire sur ceux qui présentent des possibilités de gains d'efficacité plus faibles. En outre, l'augmentation des volumes porte sur certains types d'activité seulement, alors que la régulation prix-volume s'applique de la même manière à tous les GHM.

En cela, la régulation prix-volume est contraire à l'objectif d'efficacité. Elle peut même rendre difficilement soutenables des activités initialement efficaces (*voir Annexe III – 3.2.2.*).

#### 1.3.2. Le pilotage des établissements est contraint

En se fondant sur des données d'activité, la T2A a renforcé l'importance des gestionnaires au sein des établissements et a permis, par sa logique de médicalisation du financement, une appropriation de ces problématiques par le corps médical.

Les visites effectuées par la mission ont de fait permis de **confirmer le développement d'une nouvelle culture de gestion dans les établissements**. La diffusion de tableaux de bord, le développement des outils de gestion et les actions conduites sur les organisations permettent aujourd'hui aux établissements d'étudier les projets de développements d'activité (*voir Annexe IV – 1.1.2.*).

Cela étant, bien qu'en net progrès, la culture de gestion des établissements publics présente encore d'importantes marges d'évolution.

Tout d'abord, les établissements ne connaissent pas leurs coûts par GHM de sorte qu'ils ne sont pas en mesure d'interpréter le signal-prix. S'ils disposent en général d'outils de comptabilité analytique, **des progrès sont indispensables pour aboutir à un usage pertinent et harmonisé de ces outils** et pour disposer d'outils permettant de connaître les coûts élémentaires par GHM (*voir Annexe III – 3.3.1.*) et de les mettre en regard des tarifs. Ces progrès supposent bien entendu une amélioration préalable de la qualité des coûts et de la construction tarifaire.

En outre, les différences de périmètre entre les coûts de l'ENC et les tarifs constituent un obstacle majeur, pour les établissements à une comparaison de leurs charges et de leurs ressources (*voir supra et Annexe I – 4.1.1. et 4.1.2.*), pourtant indispensable dans une logique de recherche d'efficacité.

Par ailleurs, **les référentiels de comparaison qui sont une condition essentielle à la recherche d'efficacité, sont encore insuffisamment développés** pour permettre une analyse par GHM. Le référentiel « Hospi Diag », mis en place récemment regroupe une soixantaine d'indicateurs. L'élaboration de pratiques médicales standards par la Haute autorité de santé est nécessaire, *a minima* pour les GHM les plus fréquents (qui sont le plus souvent ceux qui présentent les enjeux financiers les plus importants et ceux dont les pratiques sont les plus « standardisables »). C'est le cas au Royaume-Uni, avec l'instauration de *best practice tariffs*, pour lesquels la non-conformité est sanctionnée par un abaissement du tarif versé à l'établissement (*voir Annexe III – 3.3.2.*).

## Rapport

En outre, **le calendrier du processus budgétaire ne permet pas un pilotage satisfaisant des établissements**. Alors que l'exercice budgétaire des hôpitaux court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, les tarifs des séjours sont fixés par arrêté publié au mois de février (pour une entrée en application au 1<sup>er</sup> mars). La fixation des dotations complémentaires des établissements nécessite la fixation des enveloppes régionales, puis la répartition locale de ces enveloppes par les ARS. De ce fait, les états de prévision des recettes et dépenses (EPRD) sont fréquemment finalisés à l'été de l'exercice auquel ils se rapportent, ce qui en limite considérablement le caractère prospectif et rend le pilotage budgétaire des établissements largement artificiel (*voir Annexe III – 2.4.1.*). L'instabilité tarifaire et l'instabilité du périmètre tarifaire ne permet pas non plus un pilotage financier pluri-annuel.

Enfin, **les marges de manœuvre des gestionnaires hospitaliers sont limitées**. La prépondérance des dépenses de personnel dans les charges d'exploitation des établissements de santé (60 % pour les établissements ex-DG ; environ 42 % pour les ex-OQN), couplée à la gestion centralisée des praticiens hospitaliers, limite fortement les marges de manœuvre à court et moyen terme. En effet, la réallocation des personnels en fonction de l'offre de soins peut se révéler difficile, que ce soit pour des raisons de rareté de certaines spécialités, de pyramide des âges ou de contexte social tendu (gestion de la réforme du temps de travail). (*voir Annexe III- 2.4.2.*). De plus, les charges des hôpitaux présentent de forts effets de seuils : le coût marginal d'une prise en charge est faible tant qu'une embauche supplémentaire n'est pas nécessaire, alors que le maintien d'une équipe médicale représente un coût fixe important. Tout ceci explique que le pilotage budgétaire des établissements passe pour l'essentiel par une politique d'augmentation du volume d'activité.

### 1.3.3. La logique de recettes tend à prévaloir sur celle de diminution des coûts

Sans dispositif de régulation complémentaire, les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité poussent naturellement à l'augmentation des volumes. De fait, depuis la mise en place de la T2A, cette tendance a été constatée :

- ◆ le nombre de séjours est passé de 18 millions en 2002 à 21,5 millions en 2009 (en métropole hors hôpitaux locaux). Rapprochée de l'évolution démographique, l'évolution du nombre de séjours par habitant connaît également une pente ascendante ;
- ◆ l'activité hospitalière progresse, selon l'IRDES, entre 2002 et 2009 : le nombre de points de l'indice synthétique d'activité (ISA ; valorisation de l'activité en fonction du niveau/complexité de production réalisée) est passé de 16,7 milliards à 18,7 milliards de points (*voir Annexe IV – 1.1.2.*).

Toutefois, l'« effet T2A » est complexe à isoler. La hausse peut résulter d'une meilleure couverture des besoins de santé (en partie par l'effet des plans nationaux de santé publique comme le plan Cancer ou le plan Alzheimer) ou de l'évolution de la structure de ces besoins (vieillesse, développement des maladies chroniques). À cet égard, la T2A a sans doute permis un plus grand dynamisme dans la réponse apportée (oncologie par exemple).

Durant les premières années d'application de la tarification à l'activité, l'augmentation peut également provenir d'une amélioration quantitative (exhaustivité) et qualitative (optimisation) du codage, comme le montrent les expériences étrangères.

Enfin, l'augmentation des volumes d'activité peut être le résultat d'une induction de la demande ou d'interventions non pertinentes. La réalisation de certains actes s'avère ainsi très variable, sur le plan quantitatif, d'un point du territoire à l'autre. Ces écarts peuvent être liés à une segmentation des séjours ou à des taux de recours variables à certaines techniques (forte variation des endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie).

## Rapport

L'effet sur les volumes est davantage marqué pour certains actes. En effet, le potentiel d'induction de la demande n'est pas identique pour tous les GHM. Il est notamment plus marqué pour les endoscopies et les séances.

De même, ce phénomène n'est pas valable pour tous les établissements. Il ne fonctionne que pour les structures ayant des capacités d'hospitalisation non utilisées et pour les activités qui peuvent faire l'objet d'actes non pertinents, telles que les prises en charges légères, les séjours avec beaucoup d'actes techniques, peu invasifs, en médecine notamment, ou encore les séances dont le nombre est parfois multiplié malgré une utilité médicale relative (*voir Annexe IV – 1.1.2.*).

**De fait, si l'on ne peut pas conclure à un effet inflationniste majeur lié à la T2A, il paraît incontestable qu'un changement de logique est intervenu.**

**À défaut de véritable signal-prix et compte tenu des difficultés pour les établissements à adopter des outils pertinents, il est évident que le pilotage des structures s'opère aujourd'hui moins par la rationalisation des coûts que par l'augmentation du volume d'activité.** Les plans d'investissement (hôpital 2007 et 2012) ont certainement alimenté cette tendance. De même, la compensation des effets réallocatifs de la T2A par des financements complémentaires (*voir infra*) réduit encore l'incitation à la baisse des charges.

Parallèlement à l'accroissement des volumes, les charges correspondantes ont augmenté en proportion, de sorte que les gains d'efficacité mesurables globalement sur cette période restent modérés. On peut en effet considérer que les gains d'efficacité réalisés par les établissements de santé sont de l'ordre de 3,5 % entre 2006 et 2010, soit 0,9 % annuels (*voir Annexe III – 3.4.2.*).



## 2. Des iniquités persistantes dans un cadre budgétaire contraint

La T2A comme la CCAM ont pour objectif initial de répartir plus équitablement les financements entre établissements ou entre spécialités. Cet objectif n'est toutefois pas atteint (21).

À cet objectif initial, s'est ajouté celui de concourir à la maîtrise budgétaire des dépenses d'Assurance maladie. Cette priorité a une influence déterminante sur les outils, soit en éloignant les coûts et les tarifs, soit en nécessitant des corrections techniques (voir *supra*). Pour autant, même si la contrainte budgétaire a été intégrée par les outils tarifaires, les zones de contournement sont telles que leur rôle doit être relativisé (22).

### 2.1. Une répartition des financements toujours inéquitable

La T2A et la CCAM sont deux instruments redistributifs. Mais leurs effets sont soit, dans le cas de la T2A, largement compensés par des financements complémentaires, soit, dans le cas de la CCAM neutralisés par le jeu de la négociation conventionnelle et l'évolution des volumes et de la structure des actes.

#### 2.1.1. La réallocation des financements par la T2A est largement neutralisée

En accordant aux différents établissements de santé des financements proportionnés à la nature et au volume de l'activité, la mise en place de la T2A présentait parmi ses objectifs la recherche d'une meilleure équité dans la répartition des ressources.

De fait, d'importantes différences de niveau de financement entre établissements sont constatées avant la mise en place de la T2A (voir *Annexe III – 2.2.1.*). Le processus de transition vers les tarifs nationaux devait s'accompagner de redéploiements financiers entre établissements de l'ordre de 1,2 Md€ dans le secteur public et 140 M€ dans le secteur privé, soit environ 1,6 % de la base tarifaire<sup>4</sup>.

Autrement dit, la réallocation devait en principe se traduire par des évolutions différenciées des budgets des établissements. Pour mesurer cette réallocation, la mission a donc comparé l'évolution des recettes d'un panel d'établissements ex-DG entre 2003 et 2010 (voir *Annexe III – 2.2.2. et 2.2.3.*). Il en ressort que :

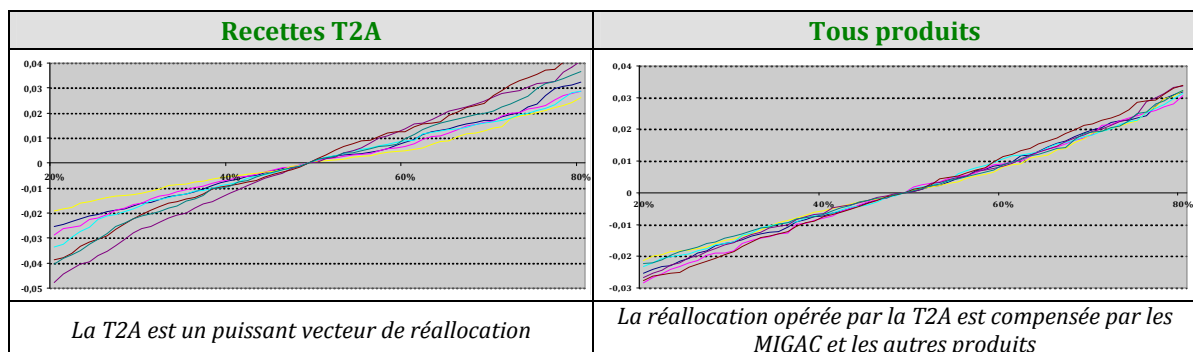
- ◆ en retenant les seules recettes T2A, la réallocation a eu lieu, puisque les recettes d'activité des établissements connaissent des évolutions de plus en plus contrastées au fur et à mesure de la mise en place de l'outil ;
- ◆ en considérant l'ensemble des recettes versées par l'Assurance maladie, la réallocation des recettes entre établissements est moins nette. Ainsi, une partie des transferts attendus, a été compensée pour les établissements « perdants » (ou historiquement « sur-dotés ») par une augmentation de leurs autres recettes, et notamment les MIGAC, qui sont passés de 4,8 à 8,2 Mds € entre 2005 et 2011 ;
- ◆ en tenant compte de la totalité des produits, c'est-à-dire notamment les produits du titre 2 (prise en charge par les patients ou leurs assurances complémentaires), les financements des établissements connaissent des évolutions globalement similaires.

---

<sup>4</sup> D'après le rapport au Parlement du ministère de la santé et des sports à propos de la tarification à l'activité pour l'année 2009.



**Tableau 1 : Évolution de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements publics entre 2003 et 2010 (échantillon de plus de 400 établissements)**



Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP – clé de lecture : voir Annexe III – 2.2.2. – 2.2.3.

Ces éléments sont confirmés en comparant les parts respectives des MIGAC et des produits de titre 2 dans le budget des établissements : celles-ci sont plus importantes dans les structures mises sous tension par la T2A (établissements présentant un coefficient de transition initialement élevé).

En définitive, la réduction, par le changement de mode de tarification des hôpitaux, des écarts de financement entre établissements a été compensée par les enveloppes forfaitaires, et par les ressources ne provenant pas de l'Assurance maladie.

Autrement dit, la mission constate que **la T2A peut effectivement être un important vecteur de réallocation des financements, mais que celle-ci a été en très grande partie gommée, de manière légitime ou non, par des éléments exogènes à l'outil.**

### 2.1.2. Les divergences de revenus entre spécialités se sont accrues malgré la mise en place de la CCAM

La construction des tarifs vise, par l'évaluation du travail médical et des charges, à garantir une équité entre spécialités (*voir supra et Annexe II – 1.2.2.*). Or les divergences de revenus entre spécialités se sont accrues, montrant la difficulté de la CCAM à poursuivre son objectif.

**En premier lieu, la convergence vers la CCAM cible et son actualisation doivent être relativisées :**

- ◆ **la CCAM s'articule mal avec l'existence du secteur 2.** En effet, les dépassements d'honoraires qui peuvent être pratiqués dans ce secteur représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins. Cette part est en augmentation, compte tenu de la progression du nombre d'installations en secteur 2 (la part des spécialistes en secteur 2 est passée de 38 % en 2000 à 41 % en 2009) et de la hausse du montant des dépassements (en euros constants et pour l'ensemble des médecins, les montants de dépassements moyens ont progressé de 50 % entre 2000 et 2010). Il paraît donc illusoire de vouloir garantir une équité entre praticiens à l'aide de la seule CCAM qui fixe des honoraires par voie conventionnelle, alors que des dépassements non encadrés augmentent (*voir Annexe II – 3.1.1.*) ;
- ◆ **la CCAM se limite aux actes techniques.** Or les principaux écarts de revenus se concentrent entre spécialités techniques et spécialités cliniques et continuent de s'accroître. Entre 2002 et 2010, d'après les chiffres fournis par la CNAMTS, les revenus (en euros courants) des spécialistes ont crû de 3,2 % en moyenne annuelle tandis que les revenus des généralistes n'ont progressé que de 1,8 % par an ; les principales progressions de revenus sont constatées sur les spécialités relevant majoritairement de la CCAM tandis que les spécialités qui ont connu les plus faibles taux de progression sont les spécialités à dominante clinique (*voir Annexe II – 3.1.2.*).

## Rapport

Dès lors que le périmètre restreint de la CCAM ne permet pas d'appréhender correctement la problématique de l'équité tarifaire, la solution généralement préconisée est celle de l'élargissement de cet outil aux consultations cliniques. Cette mesure paraît toutefois complexe à mettre en œuvre et facteur de risques (*voir Encadré 10*).

### Encadré 10 : Faut-il mettre en place une CCAM clinique ?

Les actes cliniques des généralistes et des spécialistes sont aujourd'hui cotés sur la base de lettres clés : C et CS, V et VS. Le C et le CS sont tarifés à 23 € et 25 €. Il existe cependant une série de majorations ou de rémunérations annexes à la consultation (exemple du forfait de 40 € par patient ALD).

Les exemples étrangers montrent que la CCAM clinique ne s'impose pas de manière évidente : déport massif sur les consultations longues ; lourdeur administrative liée aux obligations de codage des consultations ; difficulté à refléter malgré le raffinement l'ensemble du travail effectué par le médecin traitant. L'Allemagne est revenue sur son modèle de CCAM clinique détaillée : les consultations sont désormais retracées au sein d'un code unique alors qu'elles étaient auparavant ventilées au sein d'une nomenclature, le tarif unique constituant un tarif moyen.

En France, plusieurs solutions sont en débat : (i) la construction d'une CCAM clinique sur plusieurs niveaux en fonction uniquement de la durée des consultations n'apparaît pas pertinente ; (ii) la différenciation tarifaire en fonction d'une description fine et détaillée des composantes de la séance serait lourde à mettre en place avec un résultat incertain ; (iii) bien que s'apparentant à une solution de compromis, la mise en place d'un système intermédiaire différenciant le tarif des consultations en fonction de la durée et de la complexité de la séance sur un faible nombre de niveaux, présente également des inconvénients et des risques inflationnistes.

Dans le cadre de la convention de juillet 2011 qui relance le projet d'élaboration d'une CCAM clinique, la CNAMTS a chargé l'IPSOS de mener une enquête sur la caractérisation de l'activité clinique. Les études montrent que les écarts à la moyenne en terme de pénibilité et de durée sont soit en nombre limité, soit bien identifiés en termes de situation clinique. **Le maintien d'un tarif unique et l'extension progressive de majorations pour tenir compte des situations cliniques particulières semble donc être la meilleure option.** La mise en place de ce dispositif suppose cependant qu'il soit davantage formalisé qu'actuellement.

En effet, la création en continu de majorations présente deux inconvénients : la cohérence dans le temps risque d'être mise à mal du fait de la superposition des différentes majorations et les effets de cliquet de chaque majoration seraient très importants, rigidifiant le dispositif qui a au contraire besoin de souplesse pour tenir compte de l'évolution des pratiques médicales. Il conviendrait donc de **dresser dès à présent une cartographie de l'ensemble des majorations à mettre en place**, de chiffrer leur impact sur les dépenses et de prioriser leur mise en œuvre. Ces majorations correspondraient à des **majorations-cibles** et seraient mises en œuvre progressivement selon un calendrier prévisionnel, en fonction des contraintes budgétaires et de la négociation conventionnelle (*voir Annexe II – 313*).

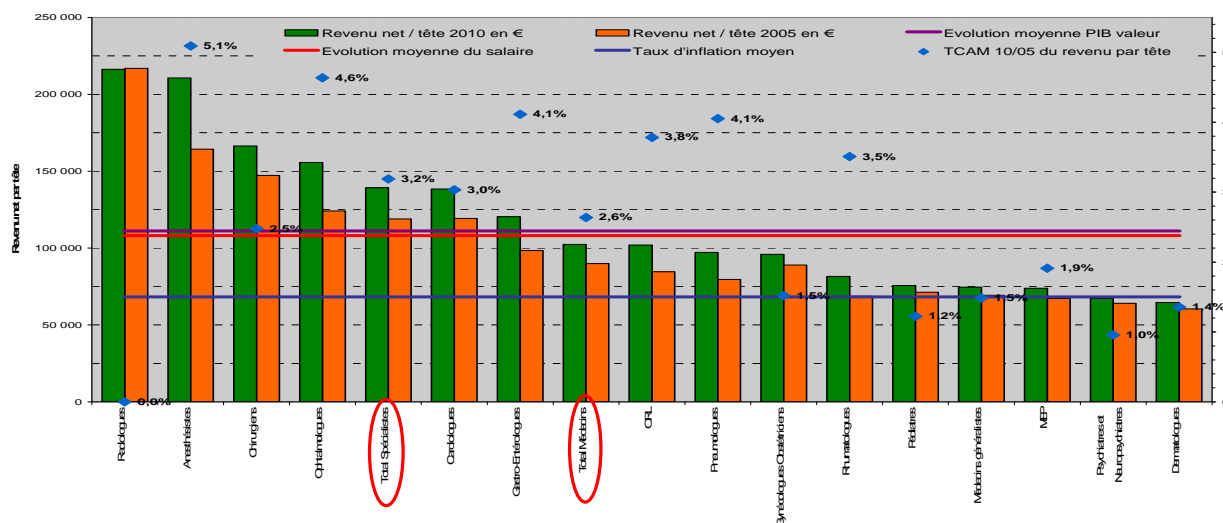
Au sein du périmètre de la CCAM technique, les revenus des médecins ont sensiblement progressé mais de manière hétérogène, y compris après le gel des tarifs depuis 2008.

**Cette progression s'explique principalement par des gains de productivité et le recours croissant aux dépassements d'honoraires** (*voir Encadré 11*).

Encadré 11 : L'évolution des rémunérations des praticiens

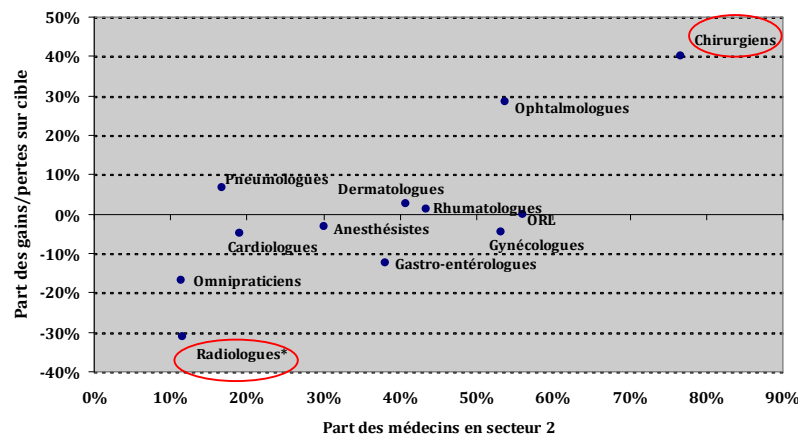
**Une progression des revenus hétérogène (évolution moyenne des revenus entre 2005 et 2010)**

- **Une progression globale.** La progression moyenne des revenus des médecins libéraux entre 2005 et 2010 (en € courants) est de 2,6 % au total (3,2 % pour les spécialités). Elle est plus importante que l'inflation (1,5 %) ou que le salaire moyen observé sur la période (2,4 %). Bien que les tarifs de la CCAM aient été gelés depuis 2008, les revenus de médecins ont continué de progresser de 1,1 % en moyenne entre 2008 et 2010 pour l'ensemble des médecins et de 2 % pour les spécialistes (voir Annexe II – 3.4.1.)
- **Une progression hétérogène.** Cette progression est hétérogène au sein des spécialités techniques (ex : anesthésistes +5,1 % / chirurgiens + 2,5 %) et entre les spécialités techniques et cliniques (ex : ophtalmologistes +4,6 % / pédiatres + 1,2 % ; généralistes +1,5 %). Certaines spécialités ont connu des niveaux de progression inférieurs ou égaux à l'inflation (pédiatre, généralistes, gynécologues) (voir Annexe II – 3.4.1.)



**Une progression liée à des gains de productivité et au recours croissant aux dépassements d'honoraires**

- **L'effet limité des augmentations de tarifs.** Limitée aux deux étapes de convergence en 2006 et 2007 (gel à partir de 2008) et à certaines spécialités (notamment aux anesthésistes, ophtalmologistes et chirurgiens), la revalorisation des tarifs CCAM n'explique que partiellement cette progression. (voir Annexe II – 3.4.2.1.)
- **L'absence d'effet structure.** La progression globale des revenus ne s'explique pas par une augmentation des effectifs totaux de médecins (qui sont globalement stables sur la période), ni par celle du nombre d'heures travaillées annuellement par les médecins (voir Annexe II – 3.4.2.2.).
- **Le nombre d'actes réalisés est en augmentation sensible :** au total 13 millions d'actes supplémentaires ont été réalisés entre 2007 et 2010 dont 11,5 millions réalisés par les spécialistes (croissance de 15 %). La progression la plus importante concerne l'ophtalmologie (+ 4,3 millions d'actes supplémentaires). Le nombre d'actes réalisés annuellement par médecin est passé, pour les seuls spécialistes, de 1 466 à 1 666 actes entre 2007 et 2010, soit 200 actes supplémentaires par an (voir Annexe II – 3.4.2.2.).
- **La réduction de la durée des actes.** Celle-ci explique l'augmentation du nombre d'actes à structure inchangée. Elle s'observe par la progression du nombre de points travail par médecins, dès lors que les scores travail n'ont pas été actualisés et que ces derniers ne supportent pas la déformation de la structure des actes. Cette progression du nombre de points est variable en fonction des spécialités (+45 % pour l'ophtalmologie ; +3 % pour la gastro-entérologie ; -1 % pour la chirurgie) (voir Annexe II – 3.4.2.2.).



▪ **La progression des revenus s'explique également par une progression du secteur 2** (passant de 38 % en 2000 à 41 % en 2009) **et une augmentation des taux de dépassement d'honoraires** (passant de 27,9 % à 34,7%). Les taux de dépassement apparaissent plus élevés pour les spécialités ayant les niveaux de rémunération les moins élevés (psychiatres, gynécologues, dermatologues) (voir Annexe II – 3.4.2.3.).

## Rapport

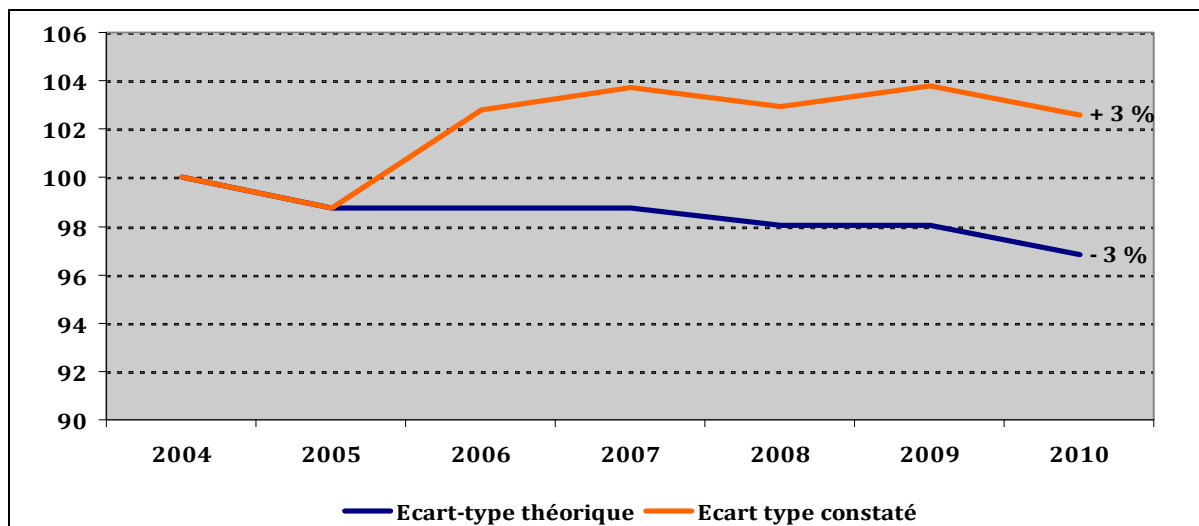
**Cette progression contrastée aggrave les inégalités entre praticiens.** L'analyse des honoraires totaux sans dépassement (HSD) montre que la divergence entre les différentes spécialités s'est accrue entre 2004 (avant la mise en place de la CCAM) et 2010. Cette divergence peut être mesurée à la fois par la variance qui a augmenté de 5,5 % entre 2004 et 2010 ou par l'écart type qui a progressé de 2,7 % sur la même période. Autrement dit, les honoraires sans dépassement des différentes spécialités sont plus éloignés de la moyenne en 2010 qu'en 2004. Le même constat peut être fait sur les honoraires sans dépassement rapportés aux seuls actes techniques.

Si la divergence des revenus des HSD a crû entre 2004 et 2010, la progression n'a pas été continue. L'analyse de la variance par année montre ainsi que les années où se sont déroulées les étapes de convergence (2005 et 2008<sup>5</sup>) correspondent à des années de réduction de la variance c'est-à-dire de convergence des honoraires. Pour ces années, les effets prix ont été prédominants sur les autres effets (volume et structure) et permettent conformément à l'objectif de la CCAM de réduire les écarts. L'année 2010 correspond également à une année de réduction de la divergence entre les honoraires.

Si l'on fait l'hypothèse que la réduction des divergences en 2005 et 2008 résulte de l'effet tarifaire (revalorisation des actes sous-tarifés), ce seul effet prix aurait effectivement permis de réduire l'écart type de 3 % des revenus et de faire converger les revenus. Ce constat est illustré dans le graphique ci-dessous par la courbe du bas qui représente l'évolution d'un écart type théorique, c'est-à-dire l'évolution de l'écart type si seuls les effets tendant à la réduction des écarts avaient joué.

Cependant, en tenant compte de l'ensemble des effets (volume et structure), les honoraires ont divergé (voir courbe du haut dans le graphique ci-dessous). **Les effets volume et structure ont donc contribué à la divergence des revenus et ont eu un impact plus important que les effets tarifaires des étapes de convergence (voir Annexe II - 3.4.3.).**

**Graphique 2 : Évolution de l'écart-type entre les honoraires sans dépassement (HSD) des médecins libéraux<sup>6</sup>**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

<sup>5</sup> La deuxième étape de convergence s'est décomposée en deux phases : la première phase est intervenue en septembre 2007 mais son effet en année pleine ne s'est fait ressentir qu'en 2008, la seconde est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

<sup>6</sup> Ensemble des spécialités, y compris médecins généralistes et MEP, hors dentistes, infirmières et professions paramédicales.

## Rapport

Les 25 % de spécialités les moins rémunératrices<sup>7</sup> ont vu leurs revenus progresser de 6 % tandis que les 25 % de spécialités les plus rémunérées<sup>8</sup> ont progressé de 17 %. Les spécialités les mieux rémunérées ont connu une progression de leurs revenus plus de deux fois plus rapide que les spécialités les moins bien rémunérées<sup>9</sup> (*voir Annexe II – 3.4.3.*).

**Face à ces difficultés et aux contraintes budgétaires croissantes, la CNAMTS a retenu une approche diversifiée s'appuyant davantage sur les revenus que sur les tarifs cibles de la CCAM et ayant pour objectif principal la maîtrise des dépenses sans renoncer pour autant à l'objectif d'équité entre spécialités.**

Autrement dit, plutôt que de partir des tarifs à l'acte, la CNAMTS examine les évolutions tarifaires à partir des effets revenus constatés pour chaque spécialité.

Bien que les tarifs de la médecine libérale relèvent de la négociation conventionnelle, la CNAMTS dispose de toute une série d'outils tarifaires directs ou indirects (règles d'association, introduction et tarification des actes nouveaux...) que lui confèrent notamment l'ambiguïté des textes juridiques et le faible formalisme de certains aspects de la gouvernance. Outre les outils qui relèvent de sa compétence exclusive, la CNAMTS procède également à des ajustements tarifaires par le biais de négociations bilatérales (*voir Annexe II – 3.3.1.*).

Le résultat de cette approche par les revenus menée par la CNAMTS a ainsi permis :

- ◆ de tenir, depuis 2009, l'objectif de croissance des dépenses de ville (dont le périmètre est plus large que celui de la CCAM) (*voir Annexe II – 3.2.2.*);
- ◆ de limiter la progression des honoraires sans dépassement de la CCAM. Celle-ci est moins rapide que celle des volumes, traduisant une maîtrise des prix (pas de revalorisation des tarifs depuis 2008, baisses ciblées principalement sur les radiologues) (*voir Annexe II – 3.3.4.*);
- ◆ de tenter un rééquilibrage de la hiérarchie des revenus : l'indice des prix montre que les revalorisations tarifaires ont bénéficié principalement aux chirurgiens et aux médecins généralistes tandis que cet indice est négatif pour les radiologues. Cet effort est cependant limité puisqu'il se concentre aux deux extrémités de la hiérarchie des revenus (*voir Annexe II – 3.3.3.*).

---

<sup>7</sup> Il s'agit des endocrinologues, des dermatologues, des psychiatres et des MPR. Hors spécialité à faibles effectifs, il s'agit des dermatologues, des psychiatres, des pédiatres et des rhumatologues.

<sup>8</sup> Il s'agit des radiologues, des anesthésistes, des chirurgiens et des néphrologues. Hors spécialité à faibles effectifs, il s'agit des radiologues, des anesthésistes, des chirurgiens et des ophtalmologues.

<sup>9</sup> En enlevant les spécialités dont les effectifs sont réduits (endocrinologues, MPR, neurologues et néphrologues), le constat est identique : le revenu des spécialités les mieux rémunérés a progressé de 18 % contre 9 % pour les spécialités les moins rémunérées.

### 2.2. Une priorité budgétaire accentuée mais contournée

La T2A ne détermine pas les ressources globales affectées aux établissements de santé, tout comme la CCAM ne fixe pas le niveau général des honoraires des médecins libéraux effectuant des actes techniques. Ces outils de tarification ne conduisent pas, par eux-mêmes, à fixer une enveloppe budgétaire globale. Celle-ci dépend de l'ONDAM qui détermine le niveau global de ces dépenses.

Pour autant, il est difficile de considérer que l'ONDAM est un facteur complètement exogène aux outils tarifaires. La maîtrise de l'enveloppe budgétaire dépend entre autres de la capacité de ces outils à contenir les dépenses.

#### 2.2.1. La T2A intègre une forte contrainte budgétaire, sans garantir l'équilibre financier du secteur hospitalier

Ces dernières années ont vu un renforcement de la contrainte budgétaire portant sur les dépenses publiques de santé, matérialisée par l'ONDAM.

Le respect de l'ONDAM (qui n'est pas une enveloppe limitative de crédits) est devenu un enjeu fort de crédibilité de la maîtrise des finances publiques. Son taux d'évolution annuel a été fortement contraint, passant de plus de 5 % en 2003 à 2,5 % pour 2012. Évoluant vers une logique de crédits contraignants, l'ONDAM a été respecté pour la première fois en 2010 (*voir Annexe III – 1.1.1.*).

Étant donné le volume financier lié au périmètre de la T2A (près de 40 Mds € en 2010, soit plus de la moitié de l'ONDAM hospitalier et un quart de l'ONDAM total), **ce nouvel outil tarifaire a naturellement été amené à participer à la logique contraignante, à travers une régulation prix-volume** qui consiste à moduler les tarifs des séjours pour respecter une enveloppe globale de financement (*voir Annexe III – 1.1.2. et 1.2.1.*).

Par ailleurs, la tarification à l'activité tient une place importante dans le budget des établissements. En 2010, les produits versés par l'Assurance maladie, dits « produits de titre 1 », représentent 79 % des financements apparaissant au compte de résultat principal des établissements anciennement financés par dotation globale. Parmi ces produits de titre 1, les tarifs au séjour représentent en moyenne le poste le plus important, soit 45 % des recettes totales dans les comptes de l'exercice 2010 des établissements concernés par la T2A, devant les dotations MIGAC (13 %) et la dotation annuelle de financement (10 %) (*voir Annexe III - 2.1.*).

La T2A est un outil paramétrable et qui concourt à ce titre au respect de l'ONDAM. L'accentuation de la participation des outils tarifaires à la maîtrise des dépenses a d'ailleurs une influence très forte sur la construction des tarifs.

Or, ce mécanisme n'a pas fait la preuve de son efficacité à réguler la dépense, notamment en raison d'erreurs de prévision dans l'augmentation du volume d'activité des établissements. L'enveloppe prévue pour financer l'activité MCO a ainsi été dépassée de près de 1 Md€ en 2010, et le respect de l'ONDAM comme sa modération reposent principalement sur les baisses de prix des médicaments et la maîtrise médicalisée en ville (*voir Annexe III – 1.2.2.*).

De façon plus générale, la maîtrise totale de la dépense sur le périmètre T2A *via* la régulation prix-volume apparaît comme largement artificielle.



## Rapport

En effet, l'augmentation de l'enveloppe finançant l'activité MCO est inférieure à l'augmentation du volume d'activité des établissements, ce qui implique une baisse des tarifs unitaires. Or, les charges des établissements présentent une augmentation structurelle, indépendamment de la variation du volume d'activité. Afin de couvrir cette augmentation, les établissements sont incités à développer encore leur activité, ce qui, d'une part, participe à l'augmentation des charges, et d'autre part entraîne un effet négatif supplémentaire sur les tarifs unitaires *via* la régulation prix-volume. En d'autres termes, sauf volonté et possibilité de réduire les charges (ce qui suppose que le signal-prix soit lu, voir *supra*), la régulation prix-volume engendre une sorte de « fuite en avant » (*voir Annexe III – 1.2.3.*).

Par ailleurs, **il existe de nombreuses zones de fuite qui relativisent l'importance de la contribution de la T2A au respect de l'objectif budgétaire.** En particulier des ajustements existent entre périmètre tarifaire et dotations complémentaires, notamment *via* l'augmentation continue de l'enveloppe des financements « MIGAC » (*voir Annexe III – 1.2.4. et supra 2.1.1.*).

Parallèlement, la santé financière des établissements s'est fortement dégradée, notamment pour les centres hospitaliers régionaux (*voir Annexe III – 2.3.*) :

- ♦ **une forte augmentation des déficits est constatée** : sur le périmètre des comptes de résultat principaux des établissements pratiquant les activités de médecine – chirurgie de 2003 à 2010 et sur l'échantillon observé par la mission, le résultat est passé d'un bénéfice d'environ 100 M€ à un déficit de plus de 700 M€ ;
- ♦ **l'endettement des établissements a également augmenté de manière préoccupante** : en 2004 la part des dettes financières représentait 38 % des ressources stables des établissements retenus dans l'échantillon, alors que cette part atteint 55 % en 2010.

### 2.2.2. La CCAM privilégie l'objectif budgétaire au prix d'une absence de convergence et de multiples corrections techniques

La priorité donnée à la contrainte budgétaire favorise le respect depuis 2009 de l'ONDAM de ville. Ainsi, après une période de croissance des dépenses supérieure à l'objectif fixé, l'ONDAM de ville est non seulement respecté à partir de 2008 mais les dépenses ont même été inférieures de 427 M€ à l'objectif en 2010. Sur la période 2006/2010, les dépenses de soins de ville ont ainsi progressé moins rapidement que les objectifs d'évolution fixés par l'ONDAM (respectivement 2,8 % contre 3,6 % en taux moyen linéaire) (*voir Annexe II – 3.2.2.*).

Au sein de l'ONDAM de ville, les dépenses CCAM ont progressé moins vite que les volumes depuis 2007, témoignant d'une maîtrise des prix, en partie liée à l'absence de revalorisation, au gel du facteur de conversion monétaire et aux baisses ponctuelles, principalement pour les radiologues (*voir Annexe II – 3.3.4.*).

Les outils de maîtrise des dépenses sont théoriquement plus limités pour la CCAM que pour la T2A : la tarification des soins de ville relève d'après les textes de loi de la négociation conventionnelle ; l'ONDAM ville n'est pas structuré selon le découpage des différentes nomenclatures tarifantes constituant les soins de ville ; l'élaboration des tarifs T2A est calée sur le calendrier de la fixation de l'ONDAM et non sur une négociation quinquennale ; les tarifs des soins de ville n'intègrent pas une régulation « quasi-automatique » prix-volume.



## Rapport

Mais, en pratique, l'ambiguïté des textes juridiques et l'organisation de la gouvernance de la CCAM **confèrent à la CNAMTS une large palette d'outils de pilotage des tarifs**. Ainsi, bien que partagée entre l'Assurance maladie et les partenaires conventionnels, l'UNCAM conserve un rôle central (*voir Annexe II – 3.3.1.*) :

- ◆ **dans la fixation des tarifs.** En particulier, la procédure d'introduction et de tarification des actes nouveaux, qui relève d'une décision unilatérale de l'UNCAM, fait l'objet d'une appréciation extensive. Sont par exemple traités comme des actes nouveaux, les modifications d'actes liées à l'intégration du progrès technique ou les compléments apportés à la nomenclature. En outre, l'introduction des actes nouveaux est pilotée par l'UNCAM, aidée en cela par le fait qu'aucune contrainte de délai ne s'impose à elle ;
- ◆ **dans la fixation des compléments aux tarifs que sont les modificateurs et les suppléments.** Ces règles, qui ont un impact majorant ou minorant sur les tarifs, sont également partagées entre UNCAM et les partenaires conventionnels et suivent en pratique le même régime que les tarifs ;
- ◆ **dans les règles d'association.** La jurisprudence du Conseil d'État précise qu'il ne s'agit pas de modifications de tarifs mais d'« *une règle particulière de hiérarchisation des actes visant à tenir compte des conditions de leur réalisation* ». Dès lors, l'UNCAM est seule compétente pour édicter ces règles ;
- ◆ **dans la fixation des forfaits.** Ces derniers n'étant pas rattachés aux actes de la CCAM, la fixation de leur tarif n'est pas soumise à une décision de l'UNCAM et relève des conventions médicales. En revanche, la fixation des règles de tarification de ces forfaits relève quant à elle de l'UNCAM. À ce titre, la minoration à 50 % du second forfait technique de scannographie résulte d'une décision UNCAM en 2011.

La CNAMTS pilote également, dans une moindre mesure, les dépenses des soins de ville par les volumes avec la mise en place de la « maîtrise médicalisée ». Elle a notamment initié une série de travaux sur la pertinence des actes. L'un des principaux chantiers a porté sur la régulation de l'imagerie conventionnelle. La HAS, saisie par l'UNCAM, a élaboré des fiches de bon usage concernant les indications et/ou les non indications des actes de radiologie suivants à partir d'évaluations technologiques. Ainsi, en conditionnant le remboursement des actes de radiographies du thorax, du crâne et de l'abdomen au respect de certaines indications médicales, le nombre de radiographies non pertinentes diminuerait sensiblement, laissant espérer une économie de totale de près de 70 M€ en trois ans (*voir Annexe II – 3.3.5.*).

En définitive, la maîtrise des dépenses a conduit progressivement la CNAMTS à corriger les tarifs CCAM ou à les compléter ou conditionner. Ces corrections, de nature technique, ont nécessairement une influence sur la neutralité tarifaire. Pour autant, en retenant une approche diversifiée relativisant la place de l'outil CCAM, la CNAMTS n'a pas renoncé à la poursuite de l'objectif d'équité inter-spécialités.

### 3. Des conséquences hétérogènes sur l'offre de soins

La T2A a souvent été mobilisée par d'autres pays afin de répondre à une offre lacunaire. En France, sa mise en œuvre n'avait pas pour objectif premier de restructurer l'offre de soins.

Cela étant, tant la T2A que la CCAM ont des conséquences souhaitées ou subies sur l'organisation des soins en établissement et en ville. Ces dernières apparaissent hétérogènes (31). Une analyse approfondie montre que les outils tarifaires ne permettent pas à eux seuls de répondre correctement aux besoins de santé (32).

#### 3.1. Un effet hétérogène sur la structure de l'offre de soins

L'effet de la T2A et de la CCAM sur l'offre de soins ne sont pas comparables. La T2A a eu incontestablement un effet dynamisant sur l'activité hospitalière, mais ses conséquences sur l'offre sont hétérogènes. La mise en place de la CCAM ne répondait à aucun objectif sous-jacent de structuration de l'offre. Mais en ne permettant pas de résorber les iniquités entre spécialités, elle a également un impact sur l'organisation des soins.

##### 3.1.1. La T2A a eu un effet dynamisant mais contrasté sur l'offre

L'analyse de la structure du parc hospitalier français fait apparaître un enjeu important d'adaptation des modalités de prise en charge et d'anticipation des besoins futurs. La restructuration de l'offre hospitalière est un enjeu tant en termes quantitatifs, qualitatifs qu'organisationnels (*voir Annexe IV – 1.1.1.*).

La période récente est marquée par trois évolutions :

- ◆ **les volumes d'activité** des établissements de santé ont fortement augmenté : entre 2002 et 2009, l'activité hospitalière a progressé de 3 millions de séjours. En nombre de points ISA, cette activité a progressé, selon l'IRDES, de 16,2 milliards à 18,7 milliards de points ISA (*voir supra et Annexe IV – 1.1.2.*).
- ◆ entre 2005 et 2009, **les parts de marché du secteur public ont augmenté** de 4,1 %, poursuivant la tendance engagée depuis le début des années 2000. Examinée par type d'activité, cette évolution est contrastée (forte progression dans le secteur public des activités chirurgicales et obstétricales notamment) (*voir Annexe IV – 1.1.2.*).
- ◆ **les stratégies de réorganisation et de spécialisation d'activité se sont développées dans une logique de recettes.** La mise en œuvre de la T2A en 2004 ne marque pas de rupture majeure dans les grands équilibres de la répartition de l'activité entre le secteur public, le secteur privé et le secteur privé d'intérêt collectif. Toutefois une étude du phénomène d'entropie (variété de la production médicale) par l'IRDES montre une spécialisation et une concentration de l'offre au sein du secteur privé (*voir Annexe IV- 1.1.3.*).

Dans ce contexte, il paraît incontestable que la T2A a eu **un effet dynamisant sur les volumes et les parts d'activité**. Rien n'indique toutefois qu'elle puisse à elle seule restructurer l'offre existante dans le sens souhaité par les pouvoirs publics, notamment dans un souci de gradation et de permanence des soins. Au contraire, la T2A peut s'avérer un frein aux restructurations compte tenu des leviers de recettes qu'elle offre aux établissements (*voir Annexe IV – 1.1.4.*).

## Rapport

Comme tarification nationale, la T2A n'obéit à aucun schéma d'organisation territoriale. Même si elle peut parfois servir de révélateur, les restructurations sont plutôt liées à d'autres facteurs que l'incitation tarifaire. En particulier, les réorganisations de l'offre de soins (fermeture, fusion ou conversion d'établissements) sont davantage le fruit de décisions de la tutelle, notamment au motif de normes de qualité ou de non respect de seuils d'activités minimaux comme pour la chirurgie carcinologique, la radiothérapie et les maternités (*voir Annexe IV – 1.3.1.*).

### 3.1.2. La CCAM n'a pas permis de résorber les déséquilibres de l'offre

L'offre de soins en ville présente des enjeux majeurs en termes d'égalité d'accès aux soins. Si la France connaît en 2011 un niveau historiquement élevé du nombre de médecins, d'importantes disparités géographiques et de spécialités existent. La réduction du temps de travail médical et l'ampleur des départs en retraite laissent entrevoir des difficultés importantes pour la permanence des soins, notamment dans les zones rurales (*voir Annexe IV – 1.2.1.*). Un scénario de référence élaboré par la DREES<sup>10</sup> estime par ailleurs que les inégalités régionales de densité médicale seraient fortement modifiées mais pas réduites à horizon 2030.

Alors que la CCAM avait pour objectif de réduire les iniquités, l'exercice médical est encore caractérisé par une importante variation des revenus selon la spécialité (*voir supra*). Ces inégalités ne sont pas sans incidence sur la structure de l'offre de soins. Elles ont un effet sur :

- ◆ **l'attractivité des spécialités** : les écarts de revenus peuvent s'avérer structurants dans les choix que les étudiants en médecine opèrent en matière de spécialité bien que la rémunération ne soit pas le seul élément intervenant dans le choix de spécialisation ;
- ◆ **l'équilibre entre spécialistes et généralistes** : ce constat peut être démontré par une réduction relative du nombre de généralistes, un accroissement de l'écart de revenu entre spécialistes et généralistes, un effet de substitution des actes cliniques par les actes techniques et un taux de dépassement plus élevé pour les actes cliniques ;
- ◆ **l'équilibre pour certaines disciplines entre le secteur hospitalier et le secteur libéral** : un trop grand écart entre les revenus issus d'une activité libérale et ceux générés par une activité hospitalière est susceptible de désorganiser l'offre de soins. Par exemple, les radiologues ont une préférence pour l'exercice libéral tout comme les chirurgiens qui exercent davantage en établissements privés (*voir Annexe IV – 1.2.2.*).

La CCAM finance par ailleurs les actes et consultations externes à l'hôpital. Pour autant, elle est définie et calibrée sur le coût de la pratique des actes en ville (*voir supra*). Un déséquilibre de financement parfois dénoncé, mais non encore intégralement étayé, peut naître au détriment des établissements. Au-delà de la question tarifaire, le positionnement des ACE dans l'offre de soins doit être examiné au regard de leur pertinence et de leur valeur ajoutée (*voir Annexe IV – 1.2.3. et Encadré 12*).

---

<sup>10</sup> La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.

### Encadré 12 : Les actes et consultations externes

Les actes et consultations externes à l'hôpital (ACE) ne concernent que les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif. Dans les cliniques, les consultations et les actes « externes » sont dispensés par des praticiens libéraux dans des cabinets installés dans l'établissement de soins, mais juridiquement différents de celui-ci et assimilables à des cabinets de ville.

Dans le secteur public, 80 % du financement des ACE provient de la facturation des actes *via* la NGAP et la CCAM. En 2010, en montants Assurance maladie, les actes NGAP ont représenté 1,4 Md€ et les actes CCAM 1 Md€.

Cette activité serait déficitaire, compte tenu notamment des coûts de structures. Ce mouvement pourrait s'accroître avec la hausse du volume des actes délivrés sous l'effet du transfert d'une partie de l'activité d'hospitalisation vers une prise en charge externe. Aucune étude précise et documentée ne permet toutefois d'apprécier avec certitude l'éventuel sous-financement des ACE (*voir Annexe IV - 1.2.3.*).

Compte tenu du principe de liberté d'installation, la régulation du secteur libéral (répartition des professionnels, permanence des soins, équilibres entre les spécialités) repose quasi exclusivement sur des mécanismes incitatifs. Ceux-ci ont toutefois un impact limité (*voir Annexe IV - 1.3.2.*).

Autant la T2A, incertaine dans ses effets, peut être compensée par une action réglementaire, planificatrice voire financière, autant la CCAM doit s'accompagner d'outils négociés à dimension incitative (aide à l'installation, rémunération à la performance par exemple).

### 3.2. Des outils axés sur le financement d'une offre et non d'un besoin

Puisque les outils tarifaires financent un acte ou une activité et non un besoin, leur impact en termes de régulation et d'organisation de l'offre de soins doit s'évaluer sur leur capacité à financer une offre conforme aux besoins.

Les instruments existants souffrent de plusieurs défauts : **ils financent un acte ou un séjour et non un parcours de soins coordonné ; ils présentent des risques sur la qualité, la pertinence et le volume d'activité ; ils participent à une régulation nationale et non à une action régionale conduite par les ARS au plus près des besoins.**

Ces limites conduisent la mission à étudier des solutions alternatives aux instruments existants par la détermination de compléments de rémunération pour les professionnels ou les établissements, parallèles aux outils tarifaires. Ceux-ci peuvent être des instruments de planification classiques ou des enveloppes budgétaires réservées ou modulées en fonction des priorités affichées.

Il s'agit dans ce dernier cas de relativiser la part des outils tarifaires dans le financement de l'offre de soins pour permettre de mieux cibler les incitations souhaitées au travers d'autres mécanismes.

#### 3.2.1. Les outils tarifaires ne prennent pas en compte la qualité et la pertinence

Les tarifs ne sont pas calculés en tenant compte de la qualité du service rendu et de la pertinence des actes. Ils n'intègrent pas non plus de mécanisme visant à maîtriser le volume des séjours ou des actes.

Pourtant, la mise en œuvre des outils tarifaires peut induire des effets pervers sur chacune de ces questions. La correction de ces effets ne semble pas pouvoir venir des outils eux-mêmes. Il est également complexe de faire jouer à ces outils un rôle incitatif en matière de qualité et de pertinence.

## Rapport

Dès lors, la mise en place d'outils complémentaires s'avère nécessaire. Ainsi :

- ◆ la maîtrise des volumes pourrait notamment être assurée à l'aide de critères de pertinence. Il s'agirait de s'appuyer sur les instructions récentes de la DGOS relatives au pilotage par les ARS des établissements à partir d'analyse de l'offre et de la pertinence des soins (*voir Annexe IV – 2.4.1. et 2.4.2.*) ;
- ◆ le renforcement des contrôles qualité dans la délivrance des soins (mesure du taux de réhospitalisation par exemple) ainsi que le développement de mécanismes incitatifs en complément des outils tarifaires pour promouvoir la qualité (*voir Annexe IV – 2.3.1.*) ;
- ◆ le renforcement de la réglementation et le développement de la rémunération à la performance (*voir Annexe IV – 2.3.2.*).

Enfin, des tarifs T2A dégressifs au-delà d'un volume d'activité déterminé pourraient être mis en œuvre (*voir infra*).

### 3.2.2. Les outils tarifaires par acte ou séjour ne favorisent pas les parcours de soins coordonnés

Le mode de paiement à l'acte ou au séjour favorise le développement de l'activité et la fragmentation des soins plutôt que la prévention, l'éducation, la surveillance, la coordination et les parcours de soins. La notion de parcours de soins envisage à l'inverse la prise en charge d'un patient dans sa globalité, c'est-à-dire par les actions de prévention, d'éducation, de diagnostic, de surveillance, de traitement et de rééducation.

L'augmentation du nombre de maladies chroniques et le vieillissement de la population donnent une acuité particulière à cette problématique puisque ces évolutions requièrent plus que d'autres encore, une prise en charge coordonnée. Une meilleure coordination est par ailleurs susceptible de réduire le recours à l'hospitalisation, le nomadisme médical et certains examens inutiles. Autrement dit, l'optimisation des parcours de soins, bénéfiques à la prise en charge des patients, pourrait se révéler également source d'économies pour l'Assurance maladie.

Malgré l'existence de certaines majorations et le développement de la rémunération à la performance pour les médecins libéraux, la CCAM et la T2A sont en décalage par rapport à ces nouvelles exigences du système de santé.

Dès lors, des rémunérations complémentaires voire alternatives aux outils tarifaires devraient être développées. Ainsi l'approche coordonnée peut schématiquement prendre trois formes, d'ambition croissante :

- ◆ la première consisterait à développer les actions de coordination des acteurs. La mission propose de renforcer le poids des rémunérations complémentaires hors outils tarifaires : coordination, performance, télémédecine ... (*voir Annexe IV – 2.1.1.*) ;
- ◆ la deuxième approche ferait émerger une tarification à « l'épisode de soins », c'est-à-dire le paiement d'un ensemble d'actes ou de consultations normés. La mission propose d'expérimenter cette nouvelle modalité de tarification pour certaines maladies chroniques et pour les grossesses sans complication (*voir Annexe IV – 2.1.2.*) ;
- ◆ enfin, la troisième approche, la plus intégrée, consisterait à mettre en place de véritables parcours de soins, déclinés le cas échéant en épisodes de soins. Sans élaborer des parcours de soins types, la mission propose plutôt d'expérimenter un mécanisme de financement alternatif sous la forme d'une enveloppe régionale répartie sur appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs de soins (*voir Annexe IV – 2.1.3. et Annexe V- 2.2.3.*).

### 3.2.3. Les outils tarifaires peuvent entrer en contradiction avec l'appréhension locale des besoins

La T2A peut entrer en contradiction avec la logique d'intervention régionale qui vise à un meilleur calibrage de l'offre de soins aux besoins. Les plans régionaux de santé (PRS) et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) déterminent à l'avance l'organisation souhaitée de cette offre alors que la T2A introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dynamique et évolutive de l'activité (voir *supra*). La question de la place des ARS par rapport aux outils tarifaires se pose au regard des équilibres micro et macro économiques.

La réduction des marges de manœuvre financières du régulateur régional, induite par la mise en place de la T2A, nécessite de trouver d'autres formes de relations entre le régulateur régional et les établissements, notamment entre une dynamique de l'activité initiée de façon décentralisée dans le cadre d'orientations générales et des interventions *a posteriori* ou par exception en cas de désajustements<sup>11</sup>.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité, couplée à la contrainte budgétaire et à la régulation prix-volume place aujourd'hui les ARS dans une posture ambivalente, voire parfois contradictoire. En effet, l'équilibre budgétaire des établissements de santé dont elles assurent la tutelle repose en partie sur le dynamisme de leurs recettes. Or, ce dynamisme est constitutif des dépenses de l'ONDAM qu'elles doivent contribuer à réguler.

Les ARS sont dotées de moyens importants mais relatifs eu égard aux flux T2A dont elles sont par définition exclues. Les crédits d'intervention des ARS, pour 2011, s'élèvent à environ 287 M€ qu'il faut rapprocher des 40 Mds€ de T2A (voir *Annexe IV – 1.3.3.*).

Les mesures de correction envisageables sont de deux ordres :

- ◆ il peut s'agir, tout d'abord, d'adapter les instruments de financement eux-mêmes, afin qu'ils participent à une offre de soins plus adaptée, notamment aux besoins de santé. Plusieurs types de modulations tarifaires sont envisageables ;
- ◆ il peut s'agir ensuite d'étudier des solutions alternatives aux instruments existants, par la détermination de compléments de rémunération pour les professionnels ou les établissements, parallèles aux outils tarifaires. Ceux-ci peuvent être des instruments de planification classiques ou des enveloppes budgétaires réservées ou modulées en fonction des priorités affichées, *via* par exemple le fonds d'intervention régional.

---

<sup>11</sup> Rapport 2009 du comité d'évaluation de la T2A.

## 4. Une stratégie d'évolution des outils tarifaires à définir

Compte tenu des objectifs discordants et partiellement atteints, la mission a élaboré deux schémas de raisonnement qui visent, non à définir une liste de préconisations indissociables, mais à caractériser l'alternative pour le décideur entre deux visions des instruments tarifaires :

- ◆ le premier schéma conçoit les outils tarifaires comme des instruments d'allocation des ressources dans une logique budgétaire ;
- ◆ le second schéma conçoit les outils tarifaires comme des instruments de pilotage médico-économique sur la base de l'efficacité.

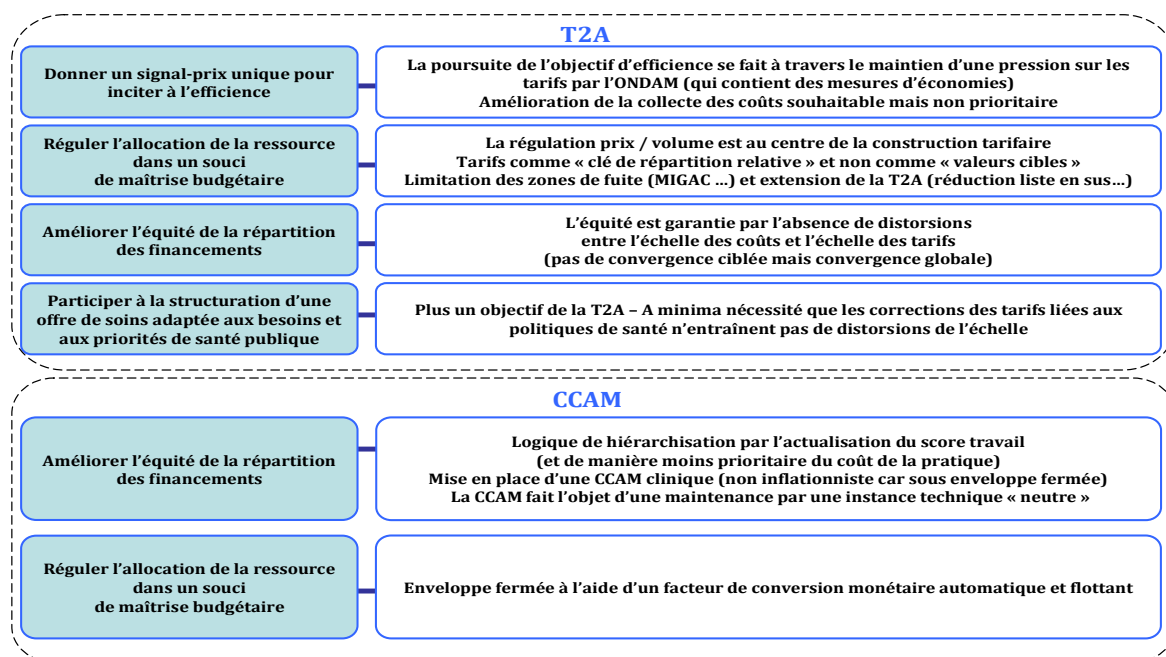
Bien entendu, ces schémas, à l'état pur, sont simplificateurs. La mission propose donc des corrections aux outils tarifaires ou des compléments à ces outils.

### 4.1. Un schéma possible : poursuivre la logique actuelle d'outils tarifaires comme clé de répartition relative

Dans ce premier schéma, les outils tarifaires seraient conçus comme des instruments de répartition des financements, garantissant le respect d'une enveloppe budgétaire fermée. Ce modèle s'inscrit dans la continuité du système actuel. Des corrections seraient apportées afin de combler une partie des faiblesses constatées.

Le principal objectif serait de répartir au mieux les financements dans les limites de l'ONDAM à l'aide d'une clé de répartition élaborée à partir d'une échelle de coûts. L'application d'un taux d'ONDAM, augmentant moins vite que les charges des établissements, tiendrait lieu d'incitation à l'efficacité. En médecine de ville, une enveloppe fermée serait mise en place, facilitant l'instauration d'une CCAM clinique, qui avec l'actualisation de la CCAM technique devrait permettre de répartir plus équitablement les financements entre spécialités.

Graphique 3 : Présentation synthétique du schéma 1





### 4.1.1. La détermination des tarifs par une échelle de coûts

En cherchant à répartir de manière équitable une enveloppe budgétaire fermée, ce n'est pas la valeur absolue du coût ou du tarif qui serait importante mais son positionnement relatif par rapport aux autres GHM ou actes.

Pour la T2A, cette approche conduirait notamment à considérer que la collecte et le retraitement des coûts devraient servir en premier lieu à établir une échelle de coûts et non à fixer un coût moyen, efficient ou repère ; il s'agirait de déterminer « une clé de répartition » et non une valeur cible. Certes la collecte des coûts pourrait être améliorée, mais il ne s'agirait pas d'une condition prioritaire à la mise en œuvre de ce schéma.

L'éloignement progressif entre les coûts et les tarifs ne serait pas une problématique majeure si la hiérarchie des coûts et des tarifs était respectée. Ainsi, la régulation prix/volume devrait être confirmée à la condition qu'elle comprime l'échelle de coûts de manière homothétique ; l'absence de distorsion entre l'échelle des coûts et des tarifs devrait être le gage de la satisfaction de l'objectif de juste répartition budgétaire ; la correction des tarifs pour tenir compte des politiques publiques devrait être supprimée ; la convergence ciblée serait abandonnée au profit d'une convergence globale sur tous les GHM (*voir Annexe V – 1.1.1.*).

Pour la CCAM, il s'agirait notamment (i) d'actualiser la hiérarchisation du score travail, (ii) de fixer et de faire voter par le Parlement une enveloppe fermée sur le périmètre des actes techniques au sein de l'ONDAM et (iii) de mettre en place un facteur de conversion monétaire qui s'ajuste automatiquement à l'ONDAM, laissant à la négociation conventionnelle le soin de fixer les priorités d'allocation (*voir Annexe V – 1.1.2.*).

Les « zones de fuite » que sont les aides à la contractualisation, certaines missions d'intérêt général et les politiques d'endettement devraient être réduites et la tarification à l'activité développée (*voir Annexe V – 1.1.3.*).

### 4.1.2. La distinction entre l'outil technique et l'outil budgétaire

Le schéma exclusivement budgétaire trouverait rapidement ses limites, en gommant tout signal-prix. Dans cette approche, la question du pilotage par les établissements poserait problème : les coûts utilisés pour la construction de l'échelle ne seraient pas nécessairement fiables ; les tarifs prenant en compte la contrainte budgétaire ne recouvriraient aucune réalité économique sous-jacente. De plus, même si la pression de l'ONDAM pourrait constituer une incitation à l'efficacité, celle-ci resterait grossière et introduirait des effets pervers.

Une variante pourrait alors consister à conserver la logique de clé de répartition d'une enveloppe fermée tout en s'assurant, plus qu'aujourd'hui, que cette clé repose sur une prise en compte objective des coûts des facteurs de production des soins. Il s'agirait d'éviter les biais sanitaires, d'assurer l'équité entre praticiens et entre établissements tout en permettant une identification claire de son « efficacité relative ».

Dans cette hypothèse, il conviendrait de distinguer une première étape de la construction tarifaire intégrant uniquement des préoccupations médico-économiques et une seconde étape tenant compte des préoccupations budgétaires par la régulation prix-volume.

Autrement dit, il s'agirait de restaurer une échelle de tarifs repères en établissement et en ville. La gouvernance devrait évoluer : la hiérarchisation et la valorisation des actes seraient confiées à une instance de nature essentiellement technique indépendante du pouvoir politique ; la régulation budgétaire continuerait à relever du pouvoir politique ou de la négociation conventionnelle (*voir Annexe V – 1.2.1.*).

## Rapport

Il s'agirait dans cette seconde phase de construire des tarifs applicables en faisant jouer la régulation prix/volume et en corrigeant ces tarifs des politiques de santé publique. S'ajouterait le cas échéant une prime à la performance pour les établissements qui se seraient rapprochés des coûts repères et un accompagnement à la restructuration (*voir Annexe V-1.2.2.*).

Enfin, sous réserve de ne pas modifier l'échelle tarifaire (pas de distorsion entre les racines de GHM), il serait possible de moduler à la marge les tarifs afin de mieux cibler la pression budgétaire. Il s'agirait par exemple de diminuer de manière sélective certains tarifs sur les activités dont le constat de pratiques non-pertinentes est étayé (*voir Annexe V - 1.2.3.*).

### 4.2. Un schéma à privilégier : revenir à la logique initiale d'outils médico-économiques

Il s'agirait, dans ce second schéma, de concevoir les outils tarifaires comme des instruments de financement poursuivant prioritairement un objectif d'efficacité médico-économique. Ce modèle présenterait d'importantes similitudes avec celui observé, par la mission, en Allemagne.

La tarification à l'activité serait un outil au service de l'efficacité du système de production de soins, par une optimisation de la ressource financière. Dans ce cadre, l'Assurance maladie s'acquitterait uniquement du « juste coût » des soins pratiqués dans les établissements de santé comme en ville :

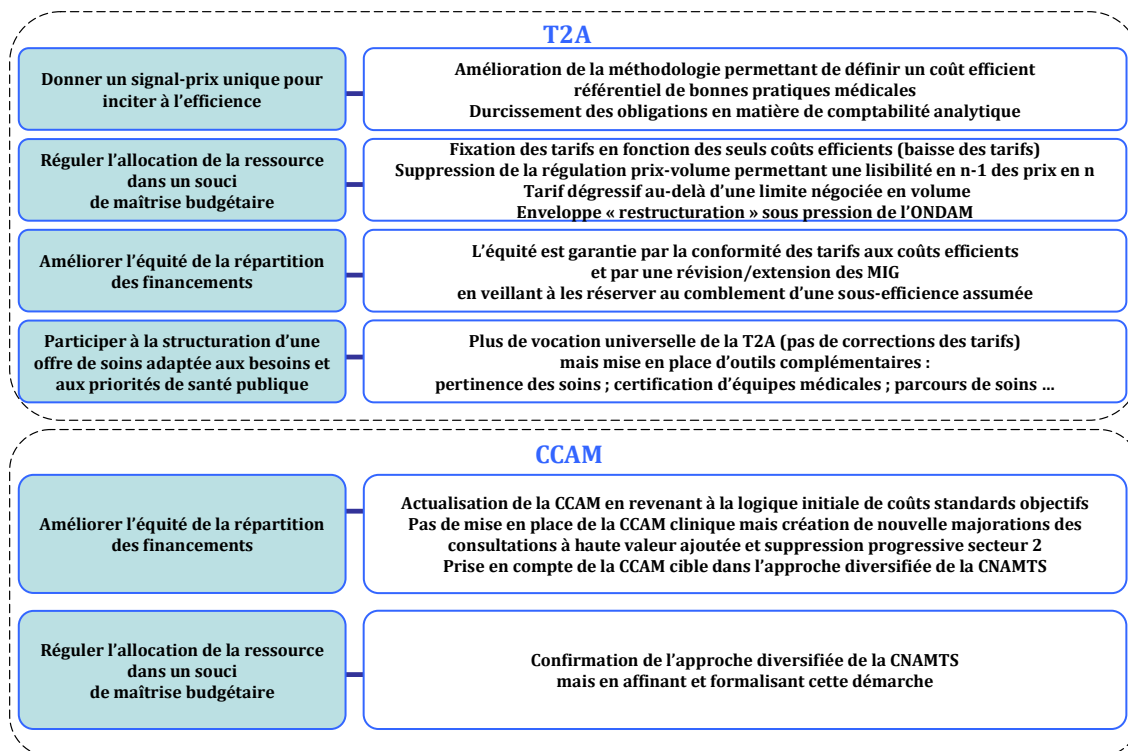
- ◆ pour les établissements de santé, l'outil tarifaire constituerait, à la différence d'aujourd'hui, une incitation à la performance, en révélant les efforts et les difficultés de gestion de chaque structure. La T2A conduirait les établissements à faire des gains d'efficacité productive de façon à aligner leurs coûts sur les tarifs nationaux fixés aux « justes coûts ». Ce schéma suppose que les établissements améliorent la connaissance des coûts élémentaires par GHM ;
- ◆ pour les soins en ville, l'outil tarifaire serait recentré sur sa vocation initiale, afin de garantir une équité entre spécialités techniques, rémunérant le travail et couvrant les coûts de la pratique au « juste-coût ».

**Les outils tarifaires ne pourraient pas couvrir l'ensemble des besoins de financement des actes de soins : le « juste coût » n'est pas toujours définissable ou ne s'adapte pas à la variété des situations.** Il peut conduire à des comportements non-conformes à la politique d'égal accès aux soins (fermeture de structures non efficaces mais nécessaires à une bonne couverture du territoire), de sécurité des soins (alignement sur les pratiques les moins onéreuses aux dépens de la qualité des soins) ou de segmentation de l'activité (contraire aux souhaits de s'inscrire dans une logique de parcours de soins).

**Dès lors, la tarification à l'activité serait complétée par d'autres formes de dotation ou de réglementation permettant d'orienter l'offre de soins vers plus de qualité, de pertinence et de favoriser la logique de parcours de soins.** Pour la ville, des mécanismes complémentaires seraient également nécessaires pour garantir la réalisation de l'objectif d'équité.

Enfin, en supprimant la régulation prix/volume applicable à la T2A, cette approche présenterait, en l'absence de garde-fous, des risques budgétaires. Cette préoccupation devrait donc conduire à mettre en place, à côté des instruments tarifaires et des instruments de régulation de l'offre de soins, des mécanismes permettant de respecter l'ONDAM en établissement.

Graphique 4 : Présentation synthétique du schéma 2



#### 4.2.1. La construction des tarifs dans une approche médico-économique

Il s'agirait de redonner une légitimité médico-économique à la tarification à l'activité en revenant aux principes qui fondent, pour les établissements, le modèle de concurrence par comparaison et, en ville, la hiérarchisation des actes.

Tout d'abord, les imperfections actuelles de l'étude nationale des coûts T2A et de la définition du tarif cible CCAM seraient, dans la mesure du possible, corrigées afin de recueillir des informations fiables quantifiées et standardisées sur les pratiques médicales comme sur les coûts. Il s'agirait en particulier de fiabiliser les règles de comptabilité analytique de l'ENC en remplaçant la ventilation des charges de personnels selon la durée du séjour par une méthodologie fondée sur la charge en soins. En outre, un travail devrait être engagé sur le périmètre tarifaire, afin que les établissements puissent comparer leurs charges et leurs ressources (*voir Annexe V – 2.1.1.*).

Ensuite, les tarifs T2A seraient fixés aux coûts efficients, c'est-à-dire à un coût réputé être le coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales. Deux définitions statistiques ont été testées par la mission. La mission retient un coût de référence correspondant au premier décile de la dispersion des coûts moyens calculés par établissement, le cas échéant corrigés des éléments de patientèle (*Voir Annexe III – 3.5.1., 3.5.2. et 3.5.3.*). Aucune distorsion n'existerait entre les coûts et les tarifs, ce qui supposerait de supprimer la régulation prix-volume et de ne plus tenir compte, dans les tarifs, des politiques de santé publique.

## Rapport

Pour lire correctement le signal-prix ainsi envoyé, les établissements devraient poursuivre les efforts déjà engagés pour développer une culture de gestion. Il s'agirait d'améliorer la connaissance des coûts par les établissements ce qui supposerait de :

- ◆ publier les coûts au périmètre tarifaire de la T2A afin de permettre aux établissements de mettre en relation directement leurs charges et leurs recettes, de manière à supprimer la disjonction entre l'instrument de gestion interne que constitue l'ENC et l'outil de tarification ;
- ◆ durcir les obligations en matière de comptabilité analytique, afin que les établissements soient en mesure de connaître leurs coûts, par pôle mais aussi par épisode de soins et par GHM à enjeu ;
- ◆ homogénéiser les méthodes d'élaboration de la comptabilité analytique, notamment en déterminant une méthode harmonisée de répartition des recettes ;
- ◆ établir et communiquer au-delà des seuls tarifs liés aux coûts efficients, des référentiels d'organisation et de pratiques médicales par GHM pour mieux interpréter le « signal-prix » (*voir Annexe III – 3.3.2.* et l'expérience des *best practice tariffs* au Royaume-Uni) ; ces référentiels devraient être compatibles avec la comptabilité analytique des établissements (fourniture d'une boîte à outils par l'ANAP par exemple).

Les établissements devraient être en mesure de construire leurs budgets en n-1 en connaissant les tarifs applicables en n. Pour cela, il conviendrait de revoir le calendrier de construction tarifaire rendu possible par la suppression de la régulation prix/volume. Une publication des tarifs avant le 30 novembre N-1 devrait constituer une priorité (*voir Annexe V – 2.1.2.*).

Enfin, même si la convergence vers la CCAM au tarif cible serait conforme à ce schéma, la nécessité de poursuivre une équité au-delà des spécialités techniques, la présence de zones de fuites, l'importance de la négociation conventionnelle et la nécessité de maîtriser l'enveloppe budgétaire, conduisent la mission à proposer une solution alternative consistant à confirmer l'approche diversifiée retenue aujourd'hui par la CNAMTS pour la fixation des tarifs, tout l'assortissant de certaines conditions et en exigeant plus de transparence (*voir Annexe V – 2.1.3.*).

### 4.2.2. La définition de mécanismes de régulation complémentaires

La construction d'une tarification à l'activité en fonction de coûts « efficients » accentuerait la réallocation des financements entre établissements. Elle aurait pour mérite d'accélérer le mouvement de restructuration des établissements de santé, notamment dans le secteur public. Le maintien de structures légitimement sous-efficientes, en particulier pour des raisons d'égal accès aux soins, nécessiterait des compléments de financement, sans toutefois que ceux-ci compensent la sous-efficience illégitime (*voir infra* – les missions d'intérêt général).

La poursuite d'une logique médico-économique aboutirait nécessairement à concevoir les outils de tarification à l'acte ou au séjour comme un élément important mais non exclusif du financement de l'offre de soins. Elle devrait donc conduire à stabiliser, voire à baisser légèrement le financement à l'activité dans la part des budgets des établissements ou des rémunérations des praticiens.

La tarification à l'activité souffre en effet de plusieurs écueils qui doivent être corrigés par une adaptation des outils ou la mise en place d'instruments complémentaires, comme le prévoit le modèle initial de la T2A (*Voir Annexe III – 3.1.2. et 3.1.4.*) :

- ◆ en remplaçant la régulation prix-volume dans les établissements de santé par un mécanisme de régulation par les volumes, sur le modèle allemand (*voir encadré et Annexe V – 2.2.1.*) ;

## Rapport

- ◆ en ville, il s'agirait de renforcer l'approche par la maîtrise médicalisée et d'accélérer la mise en place d'une part de rémunération à la performance (*voir Annexe V – 2.2.2.*) ;
- ◆ en ne couvrant que le coût efficient, le risque d'une dégradation de la qualité des soins n'est pas absent, ce qui suppose de durcir les conditions réglementaires (*voir Annexe V - 2.2.3.*) ;
- ◆ en favorisant la logique de parcours de soins pour éviter la segmentation des financements, dont découle une allocation des crédits à l'acte ou au séjour (*voir Annexe V – 2.2.4.*).

S'agissant des activités et consultations externes, il s'agirait de clarifier leur positionnement dans l'offre de soins territoriale en les incluant au sein des SROS ambulatoires.

### Encadré 13 : La maîtrise des volumes en établissement par des tarifs dégressifs sur le modèle allemand

En Allemagne, une régulation des volumes existe au niveau régional au sein de chaque caisse d'Assurance maladie. Elle consiste à fixer une limitation par spécialité : au-delà d'un certain seuil, le financement est réduit à 35 % du tarif fixé. Aucune limitation quantitative n'est toutefois appliquée durant les 12 premiers trimestres d'activité de l'établissement.

La mesure proposée consisterait, à l'instar de cette solution, à mettre en place un système dégressif, au-delà d'une limite de volume d'activité définie par établissement et par grandes familles de GHM. Les ARS négocieraient, de manière pluriannuelle et auprès de chaque établissement public ou privé, un seuil d'activité au-delà duquel les séjours ne seraient plus intégralement financés. Si la limite est négociée, le taux réduit de financement au-delà de cette limite serait en revanche défini de manière nationale. Ainsi, pour une limite fixée, pour un GHM donné, à 100 séjours entre l'ARS et un établissement et une activité réalisée de 110 séjours, les dix derniers séjours pourraient être financés à raison seulement de 50 % du tarif, niveau fixé nationalement.

En l'absence de limite prévue dans le contrat d'objectif, le seuil applicable serait la moyenne des volumes réalisés les deux dernières années, majorée de 1 %. Les ARS et l'établissement pourraient retenir une limite supérieure, afin d'accompagner l'évolution de l'activité liée aux besoins du territoire et/ou d'inciter à une plus grande spécialisation de l'établissement. Ils pourraient également convenir d'une limite inférieure afin d'accompagner la restructuration de l'activité ou d'améliorer la pertinence des soins dans une logique territoriale. Ainsi, cette maîtrise des volumes pourrait être couplée avec une approche par la qualité, de la pertinence ou à des programmes de gestion du risque : il s'agirait notamment de pénaliser les soins dont les prévisions d'augmentation de volumes, supérieure à la moyenne nationale, sont corrélées à des atypies en termes de pertinence des actes. Ce dispositif aurait par ailleurs pour objectif de tenir compte des économies d'échelle que les établissements spécialisés peuvent réaliser. Enfin, la mise en place d'un tarif dégressif aurait, au-delà d'une application effective, le mérite d'émettre un signal fort à l'encontre de la logique de volume, consubstantielle à un financement à l'activité et d'autant plus prégnante que la régulation prix-volume serait supprimée.

### 4.2.3. L'instauration de nouveaux mécanismes de maîtrise budgétaire

Si les modalités de construction tarifaire retenues dans ce schéma répondent à une logique exclusivement médico-économique, les outils complémentaires de régulation devraient, en plus de leurs objectifs propres, participer à la maîtrise budgétaire. Ces derniers ne devraient toutefois pas avoir d'effets financiers immédiats. En outre, les effets budgétaires du tarif dégressif seront fonction de la qualité de la négociation contractuelle entre l'ARS et les établissements sur la détermination de la limite en volume.

Il paraît donc difficile de garantir, *a priori*, que ces nouveaux dispositifs permettront de dégager suffisamment de marges de manœuvres pour respecter l'ONDAM. Dès lors, ce schéma devrait être complété par un nouveau dispositif de régulation budgétaire. Celui-ci comprendrait trois aspects.

## Rapport

D'une part, les missions d'intérêt général seraient redéfinies et encadrées. Elles seraient réservées à des prestations clairement identifiées ainsi qu'à la satisfaction de contraintes exprimées par le régulateur (couverture géographique ; gamme des soins offerts...). Elles seraient aussi encadrées, de telle manière qu'elles ne constituent plus une zone de fuite budgétaire ou un mécanisme de compensation limitant la réallocation des ressources entre établissements entraînée par la tarification à l'activité. Les établissements sous-efficaces ne devraient pas être mis à l'abri des efforts nécessaires à leur réorganisation (voir Annexe V - 2.3.1.).

D'autre part, les financements accordés *via* l'aide à la contractualisation seraient conditionnés à des opérations de restructurations lourdes. Il s'agirait d'accompagner la réponse des établissements au signal-prix en leur donnant le temps de s'adapter. Les plans devraient, certes tenir compte d'une évolution des volumes, mais surtout se fonder sur des mesures de réorganisation des établissements. Une telle action, couplée avec un plan de retour à l'équilibre, devrait conduire à éviter d'autres zones de fuite, comme l'aggravation des déficits et l'endettement des établissements. Cette enveloppe, pilotée par les ARS, serait mise sous contrainte progressivement. Dès lors que les aides à la contractualisation regrouperaient l'enveloppe budgétaire correspondant à la sous-efficacité, la réduction progressive de ces aides devrait contribuer au respect de l'ONDAM, afin de donner une visibilité aux ARS et aux établissements pour la négociation des plans de restructuration (voir Annexe V - 2.3.2.).

Enfin, en confirmant, sous conditions, l'approche diversifiée de la CNAMTS, l'ensemble des leviers actuellement utilisés pour garantir le respect de l'ONDAM serait préservé. Subsisterait notamment la possibilité de corriger les tarifs pour des raisons budgétaires et le gel du facteur de conversion (qui resterait à la main de l'UNCAM). Une telle démarche s'accompagnerait toutefois d'une réactualisation progressive des tarifs cibles (voir *supra*). Par ailleurs, la mission préconise la montée en charge de la rémunération à la performance qui permet d'une part, de relativiser le paiement à l'acte et ses inégalités, et, d'autre part, la fixation de bonnes pratiques professionnelles. En particulier, la fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée (prescription médicamenteuse ou d'actes médico-techniques ou de laboratoire) serait à prendre en compte (voir Annexe V - 2.3.3.).

\* \*  
\*

En définitive, ce second schéma cherche à redonner du sens aux outils tarifaires. Une tarification à l'efficacité, assortie de mécanismes complémentaires, permettrait de satisfaire à la fois une logique économique globale et à une approche médicale locale.

En cela, ce schéma pourrait être directement appréhendé par les acteurs de l'offre de soins :

- pour le corps médical, il révélerait les différences de pratiques médicales, faciliterait les comparaisons et donnerait du sens au financement à l'activité des établissements. Autrement dit, il serait de nature à mettre fin au sentiment de décalage entre la nature et le volume d'activité réalisée et le financement effectivement obtenu ;
- pour les gestionnaires des établissements, il légitimerait un dialogue de gestion avec les services de nature à favoriser les réorganisations et/ou restructurations d'activités. Autrement dit, il faciliterait la recherche de l'efficacité par une information plus juste et transparente des financements.



## CONCLUSION

Au terme de ce rapport, il apparaît que, malgré une certaine complexité technique, les choix à effectuer peuvent se formuler en termes relativement simples :

- ◆ **Quelles perspectives pour la T2A ?** Deux orientations sont possibles :
  - prolonger la situation actuelle où les préoccupations d'efficacité médico-économique et d'équité tendent à s'effacer au profit d'une technique d'allocation budgétaire qui incite en fait les établissements à jouer sur les volumes d'activité pour optimiser leurs budgets ;
  - revenir à la conception initiale de la T2A où la connaissance, la mesure, la comparaison et la maîtrise des coûts est au centre d'un dispositif de « concurrence par comparaison » tendant à assurer l'efficacité médico-économique de l'activité hospitalière, cette orientation comportant également des outils garantissant la pertinence, la qualité et l'offre coordonnée de soins.
- ◆ **Faut-il maintenir et actualiser la CCAM ?** Trois réponses sont envisageables :
  - le *statu quo* de cet outil conduirait à terme à lui ôter toute pertinence ;
  - l'extension de la CCAM aux consultations cliniques pourrait faciliter la poursuite de l'objectif d'équité mais serait inflationniste et complexe à mettre en place ;
  - l'actualisation de l'outil serait possible afin de l'inscrire dans une démarche diversifiée et transparente au service de l'équité inter-spécialités.

La mission préconise de retenir pour chacune de ces questions, le dernier type de réponse.

Faute de choix clair, les instruments tarifaires dériveraient lentement en répondant partiellement à des objectifs discordants, au risque d'être de plus en plus contestés par les acteurs du système de santé et de moins en moins en mesure de servir l'efficacité de notre système de santé.

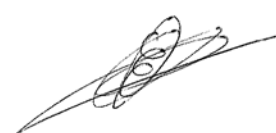
A Paris, le 13 avril 2012



PHILIPPE PASCAL  
Inspecteur des finances



JUSTINE COUTARD  
Inspectrice des finances



EMMANUEL DUPUY  
Inspecteur des finances



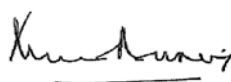
FRÉDÉRIC VARNIER  
Inspecteur des finances



MATTHIEU OLIVIER  
Inspecteur adjoint des finances



GÉRALDINE WELTER  
Inspectrice des finances



Sous la supervision de  
BRUNO DURIEUX  
Inspecteur général des finances



# **ANNEXES**



# **LISTE DES ANNEXES**

- ANNEXE I : ARCHITECTURE ET FONCTIONNEMENT DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)**
- ANNEXE II : ARCHITECTURE ET FONCTIONNEMENT DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)**
- ANNEXE III : TARIFICATION À L'ACTIVITÉ, MAÎTRISE BUDGÉTAIRE ET INCITATION À L'EFFICIENCE**
- ANNEXE IV : OUTILS TARIFAIRES ET OFFRE DE SOINS**
- ANNEXE V : SCHÉMAS D'ÉVOLUTION DES OUTILS TARIFAIRES**
- ANNEXE VI : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- ANNEXE VII : LETTRE DE MISSION**





## **ANNEXE I**

### **Architecture et fonctionnement de la tarification à l'activité (T2A)**



# SOMMAIRE

<b>1. LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA T2A EN FRANCE NE SONT PAS EN ADÉQUATION AVEC LE MODÈLE INITIAL .....</b>	<b>5</b>
1.1. Le modèle initial de la T2A repose sur le principe d'un paiement à l'acte, prospectif, médicalisé et uniformisé .....	5
1.1.1. <i>Un paiement prospectif à l'acte assurant une lisibilité du financement.....</i>	<i>5</i>
1.1.2. <i>Une médicalisation du système de financement .....</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>Une uniformisation des tarifs sous-tendue par une hypothèse d'homogénéité des fonctions de production.....</i>	<i>7</i>
1.2. La transposition dans le contexte français a nécessité des ajustements qui l'éloignent du modèle initial .....	7
1.2.1. <i>Une mise en œuvre adaptée à la situation française .....</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>Un périmètre tarifaire marqué par la problématique de la convergence .....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Une gouvernance marquée par la prédominance de l'ATIH face à l'éclatement du pilotage public.....</i>	<i>16</i>
<b>2. LA NOMENCLATURE DES GHM SE RAFFINE SANS POUR AUTANT ASSURER UNE HOMOGENÉITÉ ÉCONOMIQUE .....</b>	<b>19</b>
2.1. La classification traduit une ambition de description médico-économique qui conduit à la multiplication du nombre de GHM.....	19
2.1.1. <i>Une classification médico-économique par nature complexe .....</i>	<i>20</i>
2.1.2. <i>Une multiplication du nombre de GHM.....</i>	<i>26</i>
2.1.3. <i>Une concentration de l'activité sur un nombre réduit de GHM.....</i>	<i>31</i>
2.2. Le processus de collecte des coûts laisse apparaître de multiples défaillances .....	33
2.2.1. <i>Une représentativité perfectible des échantillons.....</i>	<i>33</i>
2.2.2. <i>Un écart croissant entre données collectées et construction tarifaire .....</i>	<i>38</i>
2.2.3. <i>Des règles de comptabilité analytique qui ne permettent pas la restitution d'une image fidèle et harmonisée des coûts.....</i>	<i>40</i>
2.3. La dispersion des coûts, en partie liée à l'imprécision de leur collecte, affecte l'homogénéité des GHM.....	51
2.3.1. <i>Une dispersion des coûts qui relativise l'intérêt d'un raffinement de la classification .....</i>	<i>51</i>
2.3.2. <i>Une identification difficile des facteurs de dispersion des coûts compte tenu des défaillances de la collecte.....</i>	<i>59</i>
<b>3. LES RETRAITEMENTS DES COÛTS TÉMOIGNENT DU GLISSEMENT D'UNE RÉFÉRENCE ÉCONOMIQUE VERS UNE CLÉ DE RÉPARTITION RELATIVE .....</b>	<b>67</b>
3.1. Les retraitements statistiques effectués ne corrigent pas les défauts de la collecte des coûts.....	67
3.1.1. <i>Des retraitements par établissement qui visent à neutraliser des facteurs exogènes.....</i>	<i>67</i>
3.1.2. <i>Une exclusion des données atypiques par un trimage sans grande portée .....</i>	<i>69</i>
3.1.3. <i>Un calage qui tend à améliorer la représentativité des coûts .....</i>	<i>73</i>
3.2. L'échelle de coûts moyens trouve ses limites sur le plan de la pertinence économique .....	76

<b>4. LA CONSTRUCTION DES TARIFS EST MARQUÉE PAR UNE RUPTURE CROISSANTE ENTRE COÛTS ET TARIFS AU SERVICE DE LA STABILISATION TARIFAIRE .....</b>	<b>78</b>
4.1. La rupture fondamentale entre les coûts et les tarifs repose sur des questions de périmètre.....	78
4.1.1. <i>Des différences entre coûts de l'ENC et coûts T2A, reflets de la disjonction entre l'instrument de gestion interne et l'outil de tarification.....</i>	<i>78</i>
4.1.2. <i>Une disjonction entre les périmètres de coûts et de tarifs, renforcée par l'instabilité du périmètre tarifaire.....</i>	<i>79</i>
4.2. La décorrélation entre les coûts et les tarifs s'accroît au fil des évolutions méthodologiques.....	80
4.2.1. <i>Une échelle tarifaire marquée par la multiplicité des tarifs applicables .....</i>	<i>80</i>
4.2.2. <i>Une méthode de construction tarifaire en constante évolution .....</i>	<i>84</i>
4.2.3. <i>Une volonté de stabilisation des tarifs source d'opacité et d'instabilité.....</i>	<i>89</i>
4.3. Le passage des coûts aux tarifs résulte de modulations qui tendent à se neutraliser, sous l'influence d'objectifs contradictoires .....	93
4.3.1. <i>Des tarifs unitaires inférieurs à leurs coûts de référence, dont l'impact financier dépend étroitement du case mix.....</i>	<i>93</i>
4.3.2. <i>Des modulations tarifaires qui tendent à se compenser mutuellement, au détriment de leur portée et de leur lisibilité .....</i>	<i>98</i>
4.3.3. <i>Une contrainte budgétaire qui prend la forme d'une régulation prix-volume dont les effets sont difficiles à isoler .....</i>	<i>114</i>

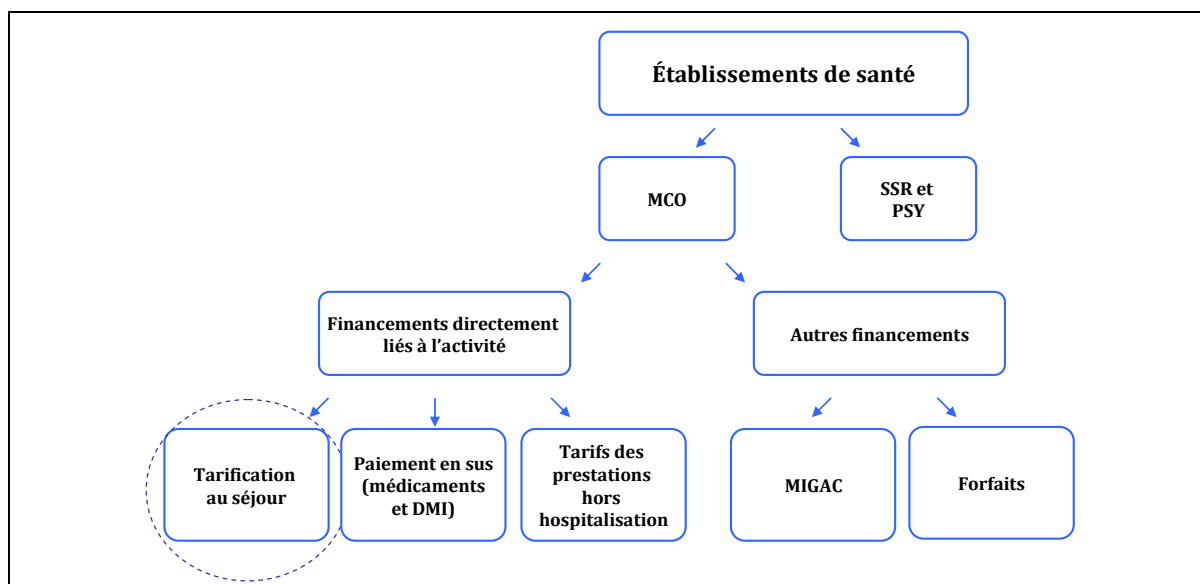
## INTRODUCTION

La tarification à l'activité des soins hospitaliers (T2A) a été instaurée par la loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004. Elle désigne :

- ♦ au sens large, le nouveau « système de financement » des soins qui a succédé à la dotation globale dans les établissements publics et aux tarifs fixés par un accord national, au travers de l'objectif quantifié national, pour les établissements privés lucratifs. Elle comprend à ce titre, outre une tarification au séjour (la T2A au sens strict), des modes de financements complémentaires, tels que les dotations « missions d'intérêt général et aide à la contractualisation » (MIGAC) et les mécanismes forfaitaires *ad hoc* (voir *infra*) ;
- ♦ au sens strict, une « tarification au séjour ». Dans cette acception, la T2A consiste en une tarification prospective – les tarifs étant connus avant la réalisation de l'activité – et forfaitaire des prestations d'hospitalisation, conduisant à financer les établissements de santé, publics et privés, en fonction du volume et du type d'activité qu'ils réalisent.

La présente annexe porte sur les caractéristiques de la tarification au séjour des soins hospitaliers, c'est-à-dire sur l'outil tarifaire T2A au sens strict. Celui-ci s'applique aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), y compris les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile. Des travaux sont en cours pour l'étendre aux anciens hôpitaux locaux, aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et aux activités de psychiatrie (PSY).

**Graphique 1 : Tarification à l'activité**



*Source : Mission IGF.*

En 2011, la tarification au séjour s'applique à une enveloppe financière de 40,2 milliards d'euros, qui représente 88 % de l'objectif de dépenses MCO et 55 % de l'enveloppe des établissements de santé dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) (cf. annexe III).

## Annexe I

Cet instrument de tarification, qui a profondément modifié la logique de financement des établissements de santé, poursuit, selon le ministère chargé de la santé<sup>1</sup>, trois objectifs principaux :

- ◆ **assurer une plus grande transparence** dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins et à son coût effectif, dans une logique de médicalisation du financement des établissements ;
- ◆ **rendre le financement plus équitable** dans la mesure où le même prix est payé pour un même service pour tous les fournisseurs de soins, dans le cadre plus général d'un objectif de convergence des secteurs public et privé, mais également au sein de chaque secteur ;
- ◆ **améliorer l'efficience**, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du système de production de soins, en adaptant au mieux les ressources hospitalières à l'évolution de la demande en soins de la population dans la limite de la masse tarifaire définie dans le cadre de l'ONDAM.

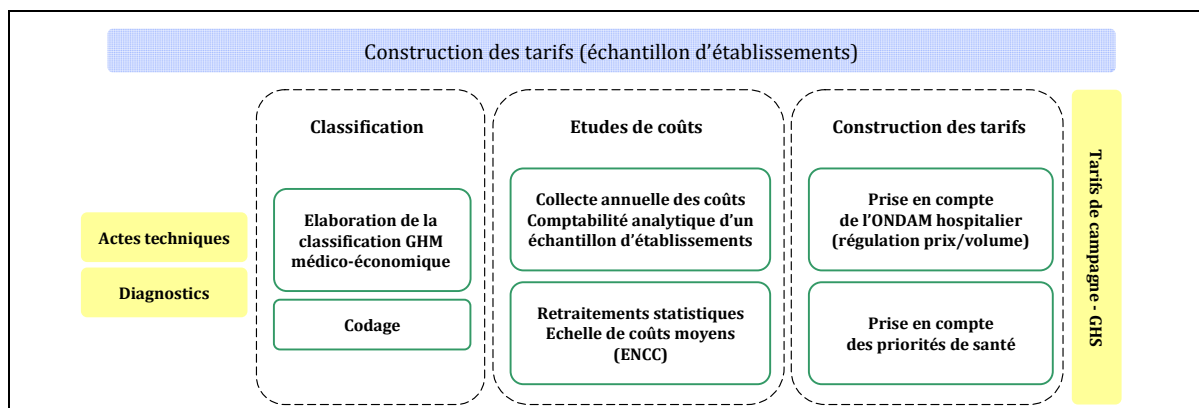
Pour cela, les tarifs T2A doivent en théorie présenter les caractéristiques suivantes, qui relèvent tant de l'efficience allocative que de l'efficience productive :

- ◆ **refléter les coûts** associés au fonctionnement efficient des établissements ;
- ◆ **donner un signal-prix unique** à l'ensemble des établissements ;
- ◆ participer à la **maîtrise des dépenses** d'assurance maladie ;
- ◆ **orienter les pratiques des établissements en fonction des incitations tarifaires** qu'ils véhiculent et favoriser, par leur **stabilité**, la pérennisation de pratiques efficientes.

La présente annexe a pour objet d'analyser la manière dont la construction des tarifs répond effectivement à ces objectifs – complémentaires et parfois discordants – de financement et de régulation. Elle cherche ainsi à identifier parmi les choix techniques d'élaboration des tarifs, les éléments qui caractérisent ou qui font obstacle à la réalisation de l'un ou l'autre de ces objectifs.

À cette fin, elle décrit l'ensemble de la chaîne de construction des tarifs, de l'amont jusqu'à l'aval : l'élaboration d'une classification médico-économique de groupes homogènes de malades (GHM) ; l'étude des coûts qui se rapportent à ces GHM sur un échantillon d'établissements ; le retraitement de ces coûts et la construction d'une échelle de coûts ; le passage de l'échelle de coûts à l'échelle des tarifs par la prise en compte de la contrainte budgétaire et des politiques de santé.

**Graphique 2 : Représentation schématique du processus de construction de la T2A**



Source : Mission IGF.

<sup>1</sup> Rapport au Parlement relatif à la T2A – 2010.



## Annexe I

La mission a utilisé, pour l'établissement de ses constats, les données communiquées par l'ATIH (voir encadré 1), avec pour l'essentiel deux grandes sources d'informations :

- ◆ les données de l'étude nationale des coûts (ENC), qui ne portent que sur les établissements de l'échantillon, constituent la « matière première » à partir de laquelle sont construits les coûts moyens puis les tarifs ;
- ◆ les données contenues dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui concernent l'ensemble des établissements de santé, permettent davantage de mettre en lumière l'application de la tarification et ses effets.

### Encadré 1 : Les données retraitées par la mission

L'ATIH a fourni différents types de données à la mission, permettant de mener des analyses quantitatives robustes.

- Les premières données utilisées sont issues de l'enquête nationale des coûts (ENC). L'ensemble des données collectées lors des ENC 2006, 2007, 2008 et 2009 pour les deux secteurs ex-DG et ex-OQN ont été communiquées à la mission. Pour chaque séjour de l'ENC, la mission a disposé :
  - de son GHM/GHS d'appartenance pour les différentes versions de la classification ;
  - de son poids de sondage ;
  - de la mention du fait qu'il a été « trimé » ou non ;
  - de l'ensemble des variables de coût, composant le coût complet.
- La mission a également utilisé, pour l'ensemble des séjours de l'ENC :
  - les coûts complets abattus des coefficients géographiques et des coefficients correspondant aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ;
  - les coûts adaptés au périmètre T2A, également abattus des coefficients géographiques et MERRI.

Ces bases ont notamment été utilisées dans la partie 2.3. relative à la dispersion des coûts.

Les données relatives au secteur ex-OQN pour l'ENC 2008 doivent être interprétées avec précaution, leur qualité ayant souffert de la grève des établissements du secteur ex-OQN cette année-là.

- Par ailleurs, la mission a disposé des données relatives aux tarifs pour les années 2009, 2010 et 2011 par étape de la construction tarifaire : les tarifs bruts, les tarifs repères, et les tarifs de campagne pour les années 2009 et 2010 ; les tarifs de base, les tarifs modulés et les tarifs de campagne pour 2011. Deux types de tarifs ont été mobilisés :
  - les tarifs faciaux, qui correspondent aux tarifs de l'arrêté, hors extrêmes hauts, bas et forfaits bas ;
  - les tarifs moyens, c'est-à-dire la moyenne des tarifs appliqués par GHS (tarifs faciaux, extrêmes hauts, bas, forfaits bas) en fonction du casemix. Ils sont calculés en divisant la masse tarifaire du GHS par le nombre de séjours pondéré par le coefficient géographique pour une année considérée.
- La mission a également utilisé les casemix 2009 et 2010 :
  - le casemix « séjour », qui correspond au nombre de séjours qui se sont réellement déroulés, à partir duquel est effectuée la procédure de calage sur marge (*via* la macro SAS CALMAR de l'INSEE) ;
  - le casemix « séjour pondéré des coefficients géographiques » dans lequel chaque séjour est pondéré du coefficient géographique afin de prendre en compte, lors de la valorisation, la majoration apportée aux séjours d'Île-de-France, de Corse ou d'Outre-mer ;
  - le casemix « tarif » qui correspond au nombre de séjours utilisé pour la tarification, les interventions en sus étant également comptabilisées.

Ainsi, un séjour ayant donné lieu à une dialyse en sus à Paris, compte pour un séjour pour le casemix « séjour », pour 1,07 séjour pour le casemix « séjour pondéré des coefficients géographiques » et pour 2,14 pour le casemix « tarif ».

## Annexe I

La décomposition de la chaîne de construction des tarifs, étayée par l'analyse des bases de données fournies par l'ATIH, a permis de mettre en évidence que les conditions de mise en œuvre de la T2A en France l'éloignaient des hypothèses du modèle théorique de concurrence par comparaison, qui a pourtant irrigué le discours sur les objectifs (1.).

Les différentes étapes de la construction tarifaire témoignent à la fois de cet écart entre les conditions théoriques et réelles de mise en œuvre, mais également du passage progressif d'une logique économique à une logique de répartition budgétaire. Ainsi, malgré les raffinements successifs de la classification médico-économique en groupes homogènes de malades (GHM), la dispersion des coûts demeure considérable, ce qui s'explique notamment par l'imprécision de leur collecte (2.).

Les retraitements statistiques dont ces coûts font l'objet ne permettent pas de réduire significativement leur dispersion et traduisent le glissement d'une référence économique vers une clé de répartition relative (3.).

Les étapes de passage des coûts aux tarifs confirment cette évolution, au service de la stabilisation des tarifs et de la maîtrise budgétaire (4.).

## **1. Les conditions de mise en œuvre de la T2A en France ne sont pas en adéquation avec le modèle initial**

Inspirée du modèle théorique de « concurrence par comparaison », la tarification au séjour a été mise en œuvre pour la première fois aux États-Unis par l'équipe du Professeur Fetter sous la forme d'un paiement à l'acte prospectif, médicalisé et uniformisé (1.1.). Le système de soins français et les choix opérés lors de sa transposition en France éloignent la T2A de ce modèle théorique (1.2.).

### **1.1. Le modèle initial de la T2A repose sur le principe d'un paiement à l'acte, prospectif, médicalisé et uniformisé**

La tarification à l'activité présente, dans son modèle d'origine, différentes caractéristiques : il s'agit d'un paiement prospectif au séjour, permettant d'assurer une meilleure transparence du financement des établissements de santé (1.1.1.), fondé sur une classification médico-économique des prises en charge, favorisant tout à la fois la médicalisation du système de paiement et son appropriation par le corps médical (1.1.2.). Son fonctionnement repose sur l'uniformisation des tarifs, de manière à assurer l'efficacité et l'équité du système (1.1.3.).

#### **1.1.1. Un paiement prospectif à l'acte assurant une lisibilité du financement**

La tarification à l'activité a été introduite pour la première fois aux États-Unis en 1983 dans le cadre du programme *Medicare*. L'objectif principal était de contrôler l'augmentation des dépenses hospitalières qui avaient quasi doublé entre 1970 et 1982 lorsque les hôpitaux étaient remboursés sur la base de leurs coûts réels.

La situation américaine illustre parfaitement l'enjeu d'une répartition efficace des financements entre les établissements de santé. Le coût de production dans chaque établissement n'étant pas parfaitement observable, le régulateur de l'offre de soins se trouve confronté à un problème d'asymétrie d'information. Comme le rappellent Evelyne Cash, Roland Cash et Catherine Dupilet dans leur article « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires »<sup>2</sup>, le régulateur se heurte à deux risques :

- l'aléa moral, quand le niveau du coût peut être modifié par les actions du producteur de soins inobservables par le régulateur. Le régulateur doit, dans ce cas, inciter à un effort maximal en définissant un prix fixe indépendant du coût de production, au risque toutefois de concéder une rente au producteur, quand les conditions de production s'améliorent de manière exogène ;
- l'anti-sélection, quand le niveau de coût est variable sans que cette variabilité soit imputable à une action particulière du producteur. Le régulateur peut alors adapter la nomenclature des tarifs pour tenir compte des facteurs indépendants de l'action du producteur, tels que les caractéristiques des patients.

---

<sup>2</sup> Evelyne Cash, Roland Cash et Catherine Dupilet, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, n°21, 2011.

## Annexe I

La tarification à l'activité, inspirée du modèle de « concurrence par comparaison » de Schleifer (1985)<sup>3</sup>, a précisément pour objet de répondre à cette problématique d'asymétrie d'information. Ce mode de régulation consiste à évaluer et rémunérer les performances d'un agent relativement à celles enregistrées par d'autres agents, ayant des caractéristiques suffisamment proches pour permettre des comparaisons. Il s'agit, pour le régulateur, d'introduire une forme de concurrence fictive. Auriol (2000) explique ainsi qu'« *une façon astucieuse de réduire les asymétries informationnelles consiste à exploiter la corrélation qui existe entre des entreprises produisant le même type de bien ou service. On suppose dans ce cas qu'elles font face au même coût, ou du moins à des coûts comparables. Même si le régulateur ignore la valeur de ces coûts, il lui est possible d'exploiter leur structure commune pour surmonter son désavantage informationnel, et se rapprocher de l'optimum social* ».

Ainsi le tarif ne rémunère-t-il pas les coûts effectivement engagés pour chaque séjour : fixé *ex ante* pour chaque groupe de séjours à partir de caractéristiques prédictives et classantes, il constitue l'assise d'un « paiement prospectif ».

Un tel système de paiement a pour principal atout d'assurer la transparence et la lisibilité des financements pour le régulateur, mais également pour les établissements de santé. A ce titre, selon Schleifer, une condition essentielle à l'efficacité de la concurrence par comparaison repose sur la « crédibilité » du régulateur, et plus exactement sur la crédibilité de son engagement à ne pas modifier les règles du jeu durant la période de régulation.

### 1.1.2. Une médicalisation du système de financement

La T2A répond à l'objectif affiché de médicalisation du système de financement : l'allocation de ressources doit se fonder sur l'activité de soins produite. La tarification n'est plus fonction de données historiques, mais de l'activité réelle des établissements.

Pour ce faire, les séjours sont classés en *diagnosis-related groups* (DRG), permettant de forfaitiser les dépenses afférentes à une prise en charge, ce qui allie deux avantages :

- rémunérer les établissements en fonction du type et du volume d'activité effectivement réalisée ;
- contenir les dépenses occasionnées par chaque prise en charge.

Les DRG reposent sur une description clinique des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé (cf. 2.1.). Une définition homogène des prises en charge est une condition primordiale de fonctionnement de la logique médico-économique de la T2A.

Zeynep Or et Thomas Renaud<sup>4</sup> identifient à cet égard plusieurs défis pour la mise en place d'une T2A, qui conditionnent son efficacité : « *La qualité des données servant à la construction et à l'application de la T2A, ainsi que les choix de classification et de méthode effectués, sont essentiels à son bon fonctionnement. Les deux éléments essentiels dans ce contexte sont les règles de la construction des GHM et le mode de calcul des coûts (sources de données employées, méthode de calcul, définition et prise en compte des séjours extrêmes). Une autre source de différence entre systèmes peut provenir du lien opéré entre les coûts et les tarifs.* »

---

<sup>3</sup> A. Shleifer, A theory of yardstick competition, Rand journal of economics, vol. 16, n°3, 1985.

<sup>4</sup> Zeynep Or et Thomas Renaud, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) », IRDES, mars 2009.

### **1.1.3. Une uniformisation des tarifs sous-tendue par une hypothèse d'homogénéité des fonctions de production**

La concurrence par comparaison sous-jacente à la tarification à l'activité équivaut à une concurrence fictive. Comme le soulignent Michel Mougeot et Florence Naegelen dans leur article « La règlementation hospitalière : tarification par pathologie ou achat de soins ? »<sup>5</sup>, « *le marché est seulement imité : le prix fixé reçu plaçant l'hôpital en position de price-taker l'incite à réduire ces coûts, les établissements dont les coûts dépassent le tarif devant fermer ou se restructurer* ».

Le modèle de concurrence par comparaison poursuit donc un objectif d'efficacité productive, consistant à favoriser la production de soins au coût le plus faible, mais également un objectif d'efficacité allocative, correspondant à une allocation optimale et équitable des ressources entre les établissements. Il vise ainsi la réduction des disparités de ressources dont bénéficient les établissements de santé pour produire la même activité de soins.

La T2A répond ainsi aux problématiques d'aléa moral : il s'agit d'allouer un paiement fixe par type de séjour pour inciter à l'effort. Afin de limiter la rente octroyée au producteur, ce tarif est défini sur la base de l'observation du coût, qui est la combinaison d'un coût exogène – paramètre d'anti-sélection – et de gains de productivité dépendants d'efforts de gestion – paramètre d'aléa moral –.

Toutefois, l'efficacité théorique de ce système de paiement repose sur l'hypothèse de l'homogénéité des fonctions de production des établissements et l'absence de toute source légitime d'hétérogénéité des coûts. Le modèle de concurrence par comparaison se place en effet dans un cadre dans lequel les établissements utilisent la même technologie de production. Si tel n'est pas le cas, il faut constituer des groupes d'offres présentant les mêmes structures de coût auxquels la régulation sera appliquée indépendamment.

Par ailleurs, en cas de coût exogène inobservable et variable entre les établissements, la comparaison des coûts n'apporte rien et le régulateur doit trouver d'autres mécanismes d'allocations de ressources.

## **1.2. La transposition dans le contexte français a nécessité des ajustements qui l'éloignent du modèle initial**

La T2A a été mise en place en France, au prix d'une adaptation à l'environnement particulier de son système d'offre de soins (1.2.1.), dont les particularités resurgissent tant sur les choix retenus en matière de périmètre tarifaire (1.2.2.) que de gouvernance (1.2.3.).

### **1.2.1. Une mise en œuvre adaptée à la situation française**

- ◆ Une réforme commune à de nombreux pays

En adoptant la tarification à l'activité des soins hospitaliers, la France a rejoint une vingtaine de pays qui ont déjà mis en place ce mode de paiement. Malgré des principes de base communs, ces systèmes de tarification à l'activité varient néanmoins dans leur architecture globale et chaque pays adopte les paramètres de fixation des tarifs en fonction de ses besoins et contraintes propres.

---

<sup>5</sup> Michel Mougeot, Florence Naegelen, « La règlementation hospitalière : tarification par pathologie ou achat de soins ? », in *Economie & prévision*, numéro 129-130, 1997-3-4.

## Annexe I

Ainsi, les motifs pour lesquels ce mode de financement a été mis en œuvre diffèrent-ils d'un pays à l'autre. Les Anglais et Scandinaves ont adopté la tarification à la pathologie pour résoudre les problèmes de files d'attente : à la différence du budget global qui induit un rationnement des quantités, la tarification à l'activité peut en effet être conçue comme un moyen d'inciter les établissements à mieux satisfaire la demande.

Les Français sont passés à la tarification à l'activité, après une longue phase de réflexion sur sa mise en place, avec le souci qu'elle contribue à la maîtrise des coûts et à l'équité entre établissements, en s'adaptant plus précisément à la réalité de l'activité des établissements, face à l'augmentation des dépenses de santé.

### ◆ Un système antérieur de financement inefficace et coûteux

Jusqu'à la mise en place de la T2A, les modalités de financement des établissements de santé étaient différentes selon les secteurs : les établissements publics et privés sans but lucratif percevaient une dotation globale (secteur DG), et les établissements privés lucratifs percevaient le remboursement de prestations hospitalières fondées sur des tarifs fixés par un accord national, au travers de l'objectif quantifié national (secteur OQN).

La dotation globale présentait des inconvénients importants. En particulier, elle ne tenait pas compte de l'évolution du niveau et de la structure de l'activité des établissements. Calculée sur des bases historiques, elle conduisait à offrir une rente à certains établissements mais également à entraver le développement des hôpitaux dont l'activité était fortement croissante.

A partir de 1997, la réduction des écarts de dotations – tant entre les régions qu'entre les établissements – ainsi que la maîtrise des dépenses sont devenues des objectifs prioritaires. Un système de péréquation interrégional a été mis en place afin de faire converger le budget des établissements vers une dotation nationale cible.

L'efficacité limitée de ce dispositif a conduit à l'instauration d'une tarification à l'activité.

### Encadré 2 : Historique du financement des établissements de santé

- Le **système de paiement rétrospectif** était en vigueur dans les années 1970. Il prenait la forme du paiement d'un prix de journée complet, calculé pour chaque établissement et égal au budget des dépenses divisé par le nombre de journées d'hospitalisation réalisées. Le secteur privé était également financé de manière rétrospective, à partir d'un tarif *per diem*, d'un forfait journalier de dépenses de médicaments, d'un forfait de salle d'opération et d'un paiement à l'acte des médecins libéraux intervenant dans les cliniques.

L'impossibilité de contrôler la qualité des soins et l'évolution des dépenses hospitalières par les paiements rétrospectifs a conduit à l'introduction de modes de paiement prospectifs.

- Le **budget global** a été mis en place en France en 1983 pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) et en 1984 pour les autres établissements publics. Les établissements se voyaient allouer un montant de dépenses autorisées en début d'année, calculé sur la base des coûts historiques. Les dotations étaient réévaluées chaque année en fonction d'un taux directeur d'augmentation des dépenses fixé au niveau national, jusqu'en 1995.
- Parallèlement, les établissements privés à but lucratif étaient financés par des **paiements à l'activité**, répartis entre des forfaits de prestations rémunérant la structure et des honoraires correspondant aux actes des médecins. Les forfaits de prestations, encadrés par l'OQN, résultaient de négociations entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les fédérations régionales.

A partir de 1996, le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) a été utilisé pour calculer les dotations budgétaires des établissements relevant de la dotation globale (DG), avant de permettre en 2004 la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

## Annexe I

- En 1997, un système de **péréquation interrégionale** a été mis en place. Le calcul des dotations régionales était effectué par la direction de l'hospitalisation (DHOS) à partir du ratio de population hospitalisable et d'un indicateur de coût de production issu du PMSI (le point ISA). Un indice comparatif de mortalité et une prise en compte du flux des patients entre régions ont été rajoutés ultérieurement. Les dotations limitatives qui résultaient de ces calculs étaient notifiées aux ARH qui modulaient ensuite les budgets des établissements de leur ressort. Une procédure d'inspiration similaire a été introduite dans le secteur privé à but lucratif.

Toutefois, l'augmentation du budget des hôpitaux en 2001, couplée à l'allongement de la durée de la convergence interrégionale, ont accéléré le passage à la T2A.

*Source : Gérard de Pouvourville, « Le financement des hôpitaux » in Traité d'économie et de gestion de la santé, 2009.*

La réforme de la T2A comporte certains éléments de continuité avec les précédents modes de financement : le dispositif de péréquation budgétaire mis en œuvre de 1997 à 2003 utilisait déjà le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) pour mesurer la production et la productivité des établissements et poursuivait les mêmes objectifs généraux de réduction des disparités de coûts pour l'assureur et de convergence vers une moyenne nationale des ressources allouées.

Toutefois, la T2A traduit un renversement de la logique de financement, qui la distingue d'une dotation globale qui aurait été assise sur les indicateurs d'activité des établissements de santé : en fixant une grille nationale de tarifs opposables, le nouveau dispositif cherche à optimiser par des prix homogènes l'offre de soins hospitalière, à instaurer une alternative à la seule démarche d'encadrement budgétaire et à améliorer l'équité du système de soins.

### Encadré 3 : Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « *les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité* » (articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique). À cette fin ils doivent « *mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge* », ce qui correspond à la définition du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le PMSI était à l'origine conçu comme le complément de la dotation globale de financement et le préalable indispensable à une introduction de la tarification à la pathologie, en permettant une allocation plus transparente et plus équitable des ressources aux établissements, en fonction de données médicalisées et non d'indicateurs administratifs.

Son développement s'est toutefois révélé difficile et les objectifs qui lui ont été assignés n'ont cessé d'être revus : en 1989, l'outil n'est plus destiné à calculer les budgets hospitaliers mais un instrument destiné à améliorer la gestion interne des établissements, en permettant le suivi de l'activité des différents services.

Depuis 2004, le PMSI est devenu le principal vecteur de la facturation des établissements de santé pour le champ MCO. Il a progressivement gagné en exhaustivité. La qualité de ses données demeure toutefois soumise aux pratiques de codage des cliniciens et des départements d'information médicale (cf. partie 2.1.1.).

Dans le cadre de la T2A, la communication des données à l'ARS s'effectue par télétransmission grâce à une plateforme électronique dite e-PMSI. Les informations doivent être transmises mensuellement depuis 2007 – alors qu'elles l'étaient trimestriellement auparavant – dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil.



## Annexe I

### ◆ La mise en œuvre de la T2A dans le système français d'offre de soins

L'organisation du système de soins en France relève d'une logique centralisée, dans laquelle l'État et l'Assurance maladie jouent un rôle primordial. La planification multiforme de l'offre hospitalière<sup>6</sup> couplée à la prédominance des acteurs publics, qu'il s'agisse des établissements ou des personnels hospitaliers, donnent au paysage français une physionomie particulière.

Comme le souligne Gérard de Pouvourville dans son article « Le financement des hôpitaux »<sup>7</sup>, le système de financement des hôpitaux à l'activité français diffère du « modèle » Medicare sur plusieurs points. « *Il s'inscrit dans un système d'assurance maladie universel avec un payeur en position de monopole, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis. De ce fait, le payeur (l'Assurance maladie et sa tutelle étatique) doit s'assurer de l'équilibre des comptes sociaux et de la maîtrise des dépenses hospitalières.* »

De cette particularité, résulte la mise en place d'un instrument original, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), visant à contrôler les volumes et la dépense totale. Appliquée à la T2A, la contrainte budgétaire de l'ONDAM débouche de fait sur une régulation « prix-volume », conduisant à diminuer les tarifs en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale, et non en fonction des évolutions d'activité de chaque établissement. Comme le mettent en évidence Zeynep Or et Thomas Renaud<sup>8</sup>, « *la philosophie de la régulation prix-volume choisie en France ne correspond pas du tout à la logique économique des contrats volume-prix* », qui constitue en effet le socle d'une régulation incitative par comparaison, associant un prix prédéterminé et fixe à un volume constaté pour chaque établissement.

Loin d'assurer le fonctionnement de la T2A, la régulation prix-volume peut entraîner des effets pervers, contrecarrant les objectifs mêmes du système : « *à enveloppe globale constante, certains établissements vertueux peuvent être pénalisés lorsque d'autres établissements, pratiquant le cas échéant la sélection de patients et l'induction de la demande, voient leurs recettes augmenter sans pour autant être plus efficaces du point de vue de la collectivité.* » (cf. annexes III et IV).

Par ailleurs, le système d'offre de soins français se caractérise par la coexistence de deux secteurs distincts, l'un public ou privé non lucratif (secteur ex-DG), l'autre privé à but lucratif (secteur ex-OQN). Cette dualité entre public et privé constitue l'une des particularités du système hospitalier français qui présente un paysage varié en faisant cohabiter des établissements de trois types – les établissements publics, les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés à but lucratif –. La France possède le système hospitalier privé le plus important en Europe tant en termes d'établissements que de lits. Ainsi, au 31 décembre 2009, le territoire national compte, toutes entités confondues :

- 966 établissements publics pour 307 358 lits et places ;
- 734 ESPIC pour 70 757 lits et places ;
- 1 051 établissements privés pour 109 663 lits et places<sup>9</sup>.

Ce paysage segmenté a conduit à intercaler, au sein des enjeux de mise en place de la T2A en France, la problématique de la convergence entre les deux secteurs. Pour l'heure, les deux secteurs disposent de tarifs différenciés, la convergence étant mise en œuvre progressivement sur des GHM ciblés (cf. *infra*).

---

<sup>6</sup> La planification de l'offre hospitalière prend notamment la forme des autorisations d'activité, des schémas régionaux d'offre de soins (SROS), mais également des contrats d'objectifs et de moyens qui sont conclus entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS).

<sup>7</sup> Gérard de Pouvourville, « Le financement des hôpitaux » in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville et Didier Tabuteau, 2009.

<sup>8</sup> Zeynep Or et Thomas Renaud, *ibidem*.

<sup>9</sup> DREES, « Le panorama des établissements de santé 2011 ».



Or, l'efficacité théorique de ce système de paiement, fondé sur des tarifs prospectifs et fixes, repose sur l'hypothèse de l'égalisation des fonctions de production des établissements et la suppression de toute source légitime d'hétérogénéité des coûts. La dichotomie de fait de l'offre de soins entre un secteur public et un secteur privé crée un premier obstacle à cette homogénéité, que la dispersion plus générale des coûts intrasectorielle observée dans l'échantillon de l'étude nationale des coûts ENC (cf. partie 2.3.1.) redouble.

Enfin, il convient de noter que le système français est moins armé que d'autres modèles étrangers dans la lutte contre certaines dérives. La T2A peut en effet inciter à différentes formes d'opportunisme, en l'absence de contrôles stricts de la tutelle, qu'il s'agisse de la sélection des patients, de la multiplication des séjours, d'une moindre qualité des soins ou de l'affectation des séjours dans des GHM mieux valorisés. L'absence de contrôle de la pertinence des soins et de l'accès à l'hôpital, ainsi que l'absence de coordination entre soins de ville et soins à l'hôpital, peuvent en effet représenter des faiblesses. Comme le soulignent Zeynep Or et Thomas Renaud<sup>10</sup>, « sans une planification rigoureuse et efficace de la capacité d'accueil et de prise en charge des patients, la T2A peut donc à la fois affaiblir la maîtrise des dépenses hospitalières et distordre le financement des soins en fonction des besoins ».

#### Encadré 4 : Les outils des modèles étrangers pour favoriser la maîtrise des volumes et le contrôle de la pertinence

- Au Royaume-Uni, différentes formes de « filtres » existent, permettant à la fois de contrôler l'accès aux établissements de santé et de maîtriser les volumes :
  - l'hôpital est contrôlé par les médecins généralistes, « *general practitioners* » (GP), qui assurent un rôle de « *gatekeepers* » ;
  - le financement des soins primaires et secondaires est placé sous la responsabilité des groupements de soins primaires, les *Primary care trusts* (PCT), qui gèrent 80 % des budgets du *National health system* (NHS). Les PCT sont responsables de l'achat de l'ensemble des soins médicaux pour la population qu'ils couvrent et négocient les contrats de soins avec les hôpitaux.
- En Allemagne, une régulation des volumes existe au niveau régional au sein de chaque caisse d'Assurance maladie. Elle consiste à fixer une limitation par spécialité : au-delà d'un certain seuil, le financement est réduit à 35 % du tarif fixé. Aucune limitation quantitative n'est toutefois appliquée durant les 12 premiers trimestres d'activité de l'établissement.

### 1.2.2. Un périmètre tarifaire marqué par la problématique de la convergence

- ◆ La généralisation de la T2A a été effectuée rapidement au sein du périmètre MCO

La réforme introduite par la LFSS de 2004 s'est appliquée aux établissements de santé, quel que soit leur statut juridique, dans les disciplines de court séjour – médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) –. Les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie demeurent pour l'heure soumises aux dispositifs antérieurs d'allocation de ressources.

Initialement, le législateur avait fixé le terme de la mise en œuvre progressive de la T2A en 2012<sup>11</sup>. Chaque établissement devait converger vers des tarifs nationaux, calculés à la moyenne nationale de son secteur. Dans cette opération, un transfert de ressources s'est opéré entre les établissements historiquement surdotés et ceux historiquement sous-dotés.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait que « le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012 ».

## Annexe I

Inscrite dans un contexte de décélération du taux de croissance de l'ONDAM, cette progressivité a pourtant été accélérée, avec une mise en œuvre de la T2A à 100 % pour l'ensemble des établissements dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et la suppression des coefficients de transition dès 2011.

La T2A a en effet été mise en place :

- dans les établissements privés anciennement sous objectifs quantifiés nationaux de dépenses (secteur ex-OQN) directement à 100 % en 2005 ;
- dans les établissements de santé publics et privés anciennement sous dotation globale (secteur ex-DG) à hauteur de 10 % du financement des activités en 2004, à hauteur de 50 % en 2007 et à 100 % en 2008, avec des coefficients de transition par établissement, qui ont convergé vers 1 pour la campagne 2011 (cf. annexe III).

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011, ce processus de transition, s'il est globalement neutre pour les finances sociales, devait induire des transferts de ressources importants entre les établissements : « *sur la période 2008-2011, les redéploiements financiers devraient atteindre 1,2 milliard d'euros pour les établissements du secteur public et près de 140 millions d'euros dans le secteur privé.* »

Certains de ces transferts ont toutefois été compensés par les MIGAC, notamment les aides à la contractualisation (AC) accordées par les ARS (cf. annexe III).

- ◆ La mise en place de la T2A se fonde sur des périmètres différenciés entre les secteurs ex-DG et ex-OQN

Les tarifs n'ont pas vocation à financer le même champ de dépenses dans les deux secteurs. Les honoraires des praticiens exerçant en établissements privés à but lucratif sont exclus des tarifs, alors que les tarifs du secteur public intègrent la rémunération des médecins. Les honoraires perçus dans le secteur ex-OQN pour les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont également exclus de la base tarifaire, de même que les frais de transport secondaire survenus au cours d'une hospitalisation.

Ces divergences de périmètres supposent la constitution de deux échelles de coûts distinctes qui, elles-mêmes, n'intègrent pas les mêmes éléments : l'échelle nationale de coûts du secteur ex-DG prend en compte les salaires des personnels médicaux, contrairement à celle du secteur ex-OQN dans laquelle les redevances pour activité libérale sont intégrées comme des atténuations de charges. Toutefois, la construction des deux échelles de coûts fait désormais l'objet d'une méthodologie commune (cf. partie 2.2.2).

## Annexe I

**Tableau 1 : Différences de périmètre entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN**

		Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN		
		Tarifs	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée	Tarifs	Coûts complets ENCC	Convergence ciblée
Rémunération personnels médicaux	Salaires	X	X	X			
	Honoraires médecins (part AMO)	non	X	non	non	X	X
	Redevances pour activité libérale	non	non	non	X	X	X
	Dépassements	non	non	non	non	non	X
Rémunération personnels non médicaux		X	X	X	X	X	X
Liste en sus médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI)		non	X	non	non	X	Non
Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		X	X	X	non	X	X
Charges logistiques, hôtelières et générales		X	X	X	X	X	X
Charges de structure		X	non	X	X	non	X
Frais de transport des patients		X	X	X	non	X	X

*Source : Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2011, chapitre VII « Tarification à l'activité et convergence tarifaire »*

L'objectif de répartition équitable entre les secteurs public et privé conduit à deux mouvements de convergence complémentaires :

- la convergence intrasectorielle, propre à chaque secteur, achevée en 2011 (cf. *supra*) ;
- la convergence intersectorielle tendant à unifier la grille tarifaire de l'ensemble des établissements de santé (cf. encadré 5).

### Encadré 5 : La convergence intersectorielle

La LFSS pour 2004, qui a introduit la tarification à l'activité, posait le principe d'une harmonisation des règles de financement entre secteur public et secteur privé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoyait un achèvement en 2012 du processus de convergence entre les tarifs nationaux du secteur public et ceux du secteur privé, « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

La LFSS pour 2010 a reporté à 2018 la fin du processus de convergence, de manière à mener à bien les études « d'objectivation » des écarts de coûts entre les deux secteurs. En contrepartie, une convergence dite « ciblée » devait être réalisée dès la campagne tarifaire 2010 sur un nombre limité de tarifs et contribuer à hauteur de 150 millions d'euros aux économies imposées au secteur hospitalier. Ce dispositif a été reconduit par la LFSS pour 2011 pour un montant d'économies comparable. Ce texte prévoit en outre que la convergence pourra se faire par l'alignement sur le tarif le plus bas et non plus uniquement par l'alignement sur le tarif des établissements privés à but lucratif.

*Source : Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2011, chapitre VII « Tarification à l'activité et convergence tarifaire ».*

La convergence intersectorielle se heurte à plusieurs difficultés, qui tiennent à la fois aux différences de périmètres entre les deux secteurs (cf. *supra*) mais également à leurs logiques propres. Quand bien même il remplit des missions de service public, le secteur privé à visée lucrative a vocation à dégager une marge financière sur son activité, contrairement au secteur public.

## Annexe I

Par ailleurs, l'application d'une logique d'alignement des tarifs sur les coûts, inhérente au modèle de la T2A, pourrait conduire à reporter, pour les établissements du secteur ex-OQN, la recherche de rentabilité sur les financements extra-T2A, au risque de renforcer les différences de périmètres et leurs conséquences sur le modèle de financement des deux secteurs.

Brigitte Dormont et Carine Milcent ont montré<sup>12</sup> que, alors que la convergence intersectorielle revient à supposer que les différences de coûts entre les deux secteurs sont dues à des différences d'efficacité, la plus faible productivité des hôpitaux du secteur public s'explique principalement par des établissements sur-dimensionnés, les caractéristiques des patients, la composition de la production<sup>13</sup> et non par de l'inefficacité, sauf pour de petits établissements.

La fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP) a déposé un recours contre les arrêtés tarifaires de 2009 et de 2010, notamment au motif que les établissements de santé du secteur ex-DG bénéficieraient de tarifs plus élevés que ceux du secteur ex-OQN, dont il résulterait un avantage constituant une aide d'État. Dans sa décision du 16 février 2011, le Conseil d'État a rejeté cette requête, considérant notamment que par une décision 2005/842/CE du 28 novembre 2005, la Commission européenne avait exempté de l'obligation de notification les compensations de service public octroyées aux hôpitaux qui exercent des activités qualifiées de services d'intérêt économique (SIEG) dans des conditions qui étaient, en l'espèce, satisfaites.

Dans la continuité de ces recours, la FHP a déposé une plainte devant la cour de justice de l'union européenne (CJUE) le 18 novembre 2011 sur la question du respect de la jurisprudence Altmark, relative à la définition des aides d'État et à son application aux tarifs hospitaliers.

Parallèlement, la fédération hospitalière de France (FHF) a émis des critiques répétées sur la mise en œuvre de la convergence ciblée. Dans un document d'août 2011 intitulé « la convergence », la FHF considère que « *la poursuite du processus de convergence ne peut que conduire à une convergence des contraintes (des obligations de service public pour le secteur commercial) ou à un ajustement de l'activité des établissements publics afin de correspondre à la structure sous-jacente au tarif appliqué, c'est-à-dire à une diminution de l'offre d'un point de vue qualitatif et quantitatif* ». À l'appui de cette position, la FHF a mené des analyses sur les parts d'activité des deux secteurs en fonction de l'âge des patients, sur les différences de concentration d'activité par type d'établissement, sur la proportion de séjours « lourds » par type d'établissement. Ces différentes études tendent à montrer que l'hétérogénéité des fonctions de production entre les deux secteurs résulte pour l'essentiel des contraintes liées aux missions de service public qu'assume le secteur public et aux particularités de sa patientèle (cf. partie 4.3.4).

### ◆ La T2A s'articule avec d'autres modes de financement des établissements

La tarification au séjour nécessite des mécanismes complémentaires pour garantir la qualité des soins et un accès équitable.

Comme dans les pays étrangers qui ont choisi d'introduire une tarification à l'activité, le dispositif de financement des établissements de santé ne se limite pas à la fixation des GHS. La T2A s'inscrit dans un ensemble complexe permettant de financer également :

- les missions d'intérêt général (MIG) et les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI), indépendantes de l'activité de soins ;

---

<sup>12</sup> Présentation de Brigitte Dormont au séminaire de l'ENCC 2011 « Productivité à l'hôpital ».

<sup>13</sup> Les variables utilisées pour caractériser la composition de la production sont : la proportion de séjours dans 10 CMD importantes, la proportion de séjours en ambulatoire, le degré de spécialisation et la proportion de séjours chirurgicaux.

## Annexe I

- les facteurs d'hétérogénéité éliminés des tarifs nationaux des GHS, qu'il s'agisse :
  - de soins nécessaires à certains patients, mais non systématiquement liés au GHM auquel ils ressortissent, tels que les suppléments de réanimation, les extrêmes, les produits facturés en sus (certains dispositifs médicaux implantables -DMI- et molécules onéreuses MO) ou les séances (radiothérapie, dialyse) ;
  - ou des disparités structurelles de coûts résultant de la géographie (coûts de l'immobilier et de la main d'œuvre) traduites en coefficients ;
- les activités de soins ne relevant pas du PMSI comme les urgences, les greffes ou l'hospitalisation à domicile, rémunérées par des tarifs ou des forfaits annuels spécifiques ;
- l'aide à la contractualisation (AC) qui accompagne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements.

En 2010, en moyenne, les ressources liées à la tarification au séjour, versées par l'Assurance maladie, représentent 45 % de l'ensemble des ressources perçues par les établissements de santé dans le secteur public (cf. annexe III, 2.1.).

### ◆ L'extension de la T2A aux activités PSY et SSR fait l'objet de travaux en cours

Le périmètre de la T2A devrait s'étendre 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.

La catégorie des hôpitaux locaux, financés par dotation globale, a été supprimée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, ce qui ne justifie plus leur spécificité en matière de financement. Le rapport au Parlement 2011 sur la T2A indique que « *les ex hôpitaux locaux devront donc rejoindre le droit commun et passer à la T2A pour ce qui concerne leurs activités MCO* » sans préciser toutefois la date de ce passage. Il est également mentionné, par mesure de précaution, que « *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* ».

Dans le même rapport, il est indiqué que le début du passage effectif à la T2A SSR a été finalement fixé en 2013 et que, d'ici là, 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, etc.) Ce scoring permet de définir un IVA se traduisant par un coefficient de sur ou sous-dotation par rapport à une référence nationale, à l'image du système de points ISA (cf. annexe III).

L'extension du modèle de la T2A au-delà du périmètre MCO et HAD demeure donc pour l'heure à l'état de projet, compte tenu des multiples difficultés inhérentes à la transposition du modèle dans des champs marqués par la plus grande variabilité des durées de séjours et le moindre poids des actes techniques dans les déterminants de la tarification.

### 1.2.3. Une gouvernance marquée par la prédominance de l'ATIH face à l'éclatement du pilotage public

L'organisation et la coordination des activités de santé en France sont caractérisées par une multiplicité d'autorités administratives ayant compétence dans ce domaine.

#### ◆ L'intervention de multiples acteurs institutionnels

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers. Elle assure ainsi la préparation des arrêtés tarifaires, définissant les montants et les conditions de mise en œuvre des tarifs chaque année.

La direction de la sécurité sociale (DSS) assure la tutelle des organismes de sécurité sociale, conçoit et assure la mise en œuvre des politiques relatives à la sécurité sociale. A ce titre, elle pilote le projet de loi de financement de la sécurité sociale, au sein duquel est défini l'ONDAM, et participe au cadrage des dépenses des établissements de santé.

À l'échelon régional, les agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'assurer le pilotage de la politique de santé publique, ainsi que la régulation de l'offre de santé, avec pour principaux instruments l'autorisation de la création des établissements, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

Ces différentes administrations interviennent donc à des étapes diverses de la construction tarifaire, qu'il s'agisse de la définition de la contrainte budgétaire, de l'élaboration des tarifs eux-mêmes, ou du contrôle de leur mise en œuvre, au prix d'un pilotage fragmenté.

Par ailleurs, la technicité croissante du processus de construction tarifaire conduit à donner un rôle prépondérant à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

#### ◆ Le rôle central de l'ATIH

L'ATIH est un établissement public administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (articles R. 6113-33 à R. 6113-52 du code de la santé publique).

Elle a été créée par le décret du 26 décembre 2000 afin d'unifier les structures chargées de mettre en place et de gérer le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le décret du 22 mai 2008 lui a rattaché la mission nationale « tarification à l'activité », jusqu'alors placée auprès du ministre chargé de la santé, qui avait pour rôle de mettre en œuvre l'expérimentation de la réforme du financement en 2003 et de préparer sa généralisation à l'ensemble des établissements de santé.

L'ATIH est chargée des missions suivantes :

- du pilotage, de la mise en œuvre, et de l'accessibilité aux tiers du dispositif de recueil de l'activité médico-économique des établissements de santé, ainsi que du traitement des informations le concernant ;
- de la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé ;
- de l'analyse financière et médico-économique de l'activité des établissements de santé ;
- d'un concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé.



## Annexe I

L'ATIH est statutairement placée sous la double tutelle administrative de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS). Le rapport de l'IGAS de février 2011 « ATIH : évaluation de la première convention d'objectifs et de moyens, propositions-cadre pour le contrat d'objectifs et de performance » relève que l'organisation institutionnelle de l'ATIH n'assure pas l'équilibre entre les deux directions. Depuis 2002, la présidence du conseil d'administration est confiée à la DGOS, ce qui est jugé « *antinomique, pour l'opérateur, de l'autonomie de gestion en principe instituée, et pour la tutelle, de la fonction essentielle de pilotage stratégique* ».

Par ailleurs, la mission IGAS a conclu que la gestion de la campagne tarifaire faisait l'objet d'une distribution opaque des fonctions entre l'opérateur et sa tutelle, l'ATIH étant à la fois « *concepteur des nomenclatures, opérateur de collecte de données, producteur d'informations sur la performance économique et médicale, et partie prenante à l'évaluation du système ainsi mis en place* ». Cet enchevêtrement des niveaux de décision technique et politique, à l'œuvre notamment dans la construction des tarifs repères et des tarifs de campagne, conduit à « *gommer la distinction indispensable entre maîtrise d'ouvrage, aide à la maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre* ».

À l'aune des conclusions du rapport de l'IGAS et du contrôle de la Cour des comptes sur l'activité de l'ATIH de 2002 à 2010, un nouveau contrat d'objectifs et de performance a été signé le 23 mai 2011 et un projet de décret relatif à l'agence est en cours de préparation. Trois grands axes d'évolution de l'organisation de l'établissement ont été retenus :

- confier la présidence du conseil d'administration à une personnalité qualifiée, extérieure aux directions de tutelle et aux organismes de sécurité sociale, conformément à la recommandation de la mission IGAS ;
- associer les fédérations des établissements de santé au conseil d'administration, sur le modèle de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ou du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) ;
- prendre acte de l'extension des missions de l'agence vers le champ médico-social.

L'organigramme a également été refondu, afin de tenir compte des conclusions de l'audit organisationnel de l'agence.

L'ATIH joue donc un rôle de premier plan dans le domaine de la tarification, en concentrant l'essentiel de l'expertise technique sur ces sujets. Cette situation conduit à confier à la même agence la conception et la gestion technique des outils de tarification, mais également leur évaluation et la recherche de voies d'amélioration.

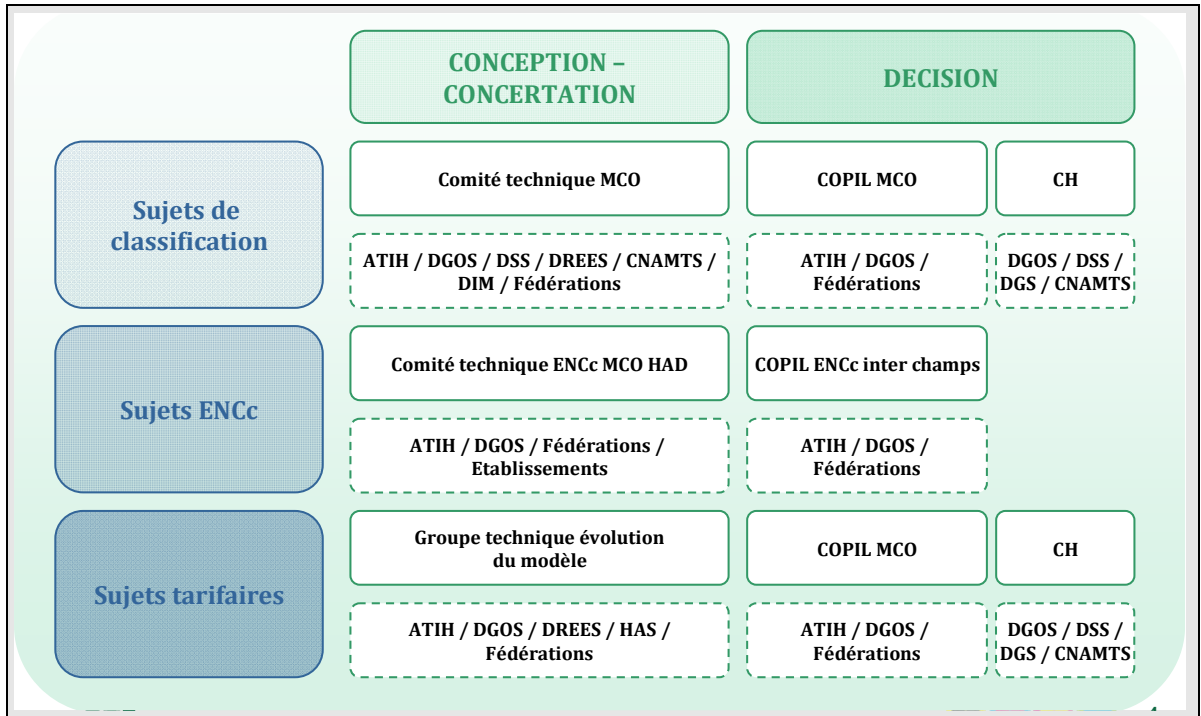
### ◆ Les instances de concertation avec les établissements et leurs fédérations

Les établissements de santé et leurs fédérations sont consultés à des étapes diverses de la construction tarifaire, tant sur les sujets de raffinement de la classification, sur les remontées de l'ENC que sur les modulations imprimées aux tarifs, comme le schéma suivant le met en évidence. Les acteurs hospitaliers jouent notamment un rôle d'alerte à propos des pratiques innovantes justifiant de nouvelles formes de tarification, telles que des dédoublements de GHS (cf. partie 4.1.1.).



## Annexe I

**Encadré 6 : Schéma de la gouvernance de la T2A**



*Source : Rapport au Parlement sur la T2A, 2011.*

## 2. La nomenclature des GHM se raffine sans pour autant assurer une homogénéité économique

La classification des séjours hospitaliers en groupes homogènes de malades (GHM) a été construite sur le modèle des *diagnosis related groups* (DRG) américains. Elle est effectuée à l'aide d'une arborescence reposant à la fois sur des diagnostics et des actes techniques pratiqués au cours du séjour.

La nomenclature des GHM cherche à ramener la très grande diversité des prestations médicales à une liste finie de groupes, pertinents sur le double plan médical et économique<sup>14</sup> :

- sur le plan médical, la pertinence est en principe assurée par l'application de critères médicaux, notamment par une première classification en catégories majeures de diagnostic (CMD) ;
- sur le plan économique, la pertinence devrait conduire à disposer de GHM regroupant des séjours pour lesquels les consommations de ressources constatées au sein des établissements sont globalement similaires.

Comme le rappelle le manuel des GHM en V11c<sup>15</sup>, les GHM constituent donc un « *système de classification médicoéconomique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)* ».

Pour asseoir cette légitimité économique, les tarifs correspondants à chaque GHM sont définis à partir d'une étude nationale des coûts (ENC) réalisée auprès d'un échantillon d'établissements publics et privés.

La mission ne s'est pas prononcée sur l'homogénéité et la pertinence des groupes sur le plan médical ; elle a en revanche cherché à apprécier l'homogénéité des coûts par GHM.

À ce titre, elle constate que la classification, par nature complexe, se raffine encore pour parvenir à décrire de manière de plus en plus précise l'activité des établissements (2.1.). Or, la collecte des coûts auprès d'un échantillon d'établissements ne permet pas de retracer fidèlement les consommations de ressources mises en œuvre, au risque de porter atteinte à la qualité des données de coûts des GHM (2.2.). Ainsi, les coûts observés des séjours de l'échantillon se révèlent fortement dispersés, si bien qu'il n'est pas possible d'affirmer aujourd'hui que les séjours sont classés dans des groupes économiquement homogènes (2.3.).

### 2.1. La classification traduit une ambition de description médico-économique qui conduit à la multiplication du nombre de GHM

La classification GHM répond à une double logique médicale et économique, complexe à opérer (2.1.1.). Afin de réduire la variabilité des coûts au sein de chaque GHM, et donc de mieux prendre en compte la réalité économique, la classification a tendance à se sophisticationner (2.1.2.). Pour autant, l'activité des établissements se concentre sur un nombre réduit de GHM (2.1.3.).

---

<sup>14</sup> Présentation de la classification des groupes homogènes de malades, in « Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », sur le site [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr).

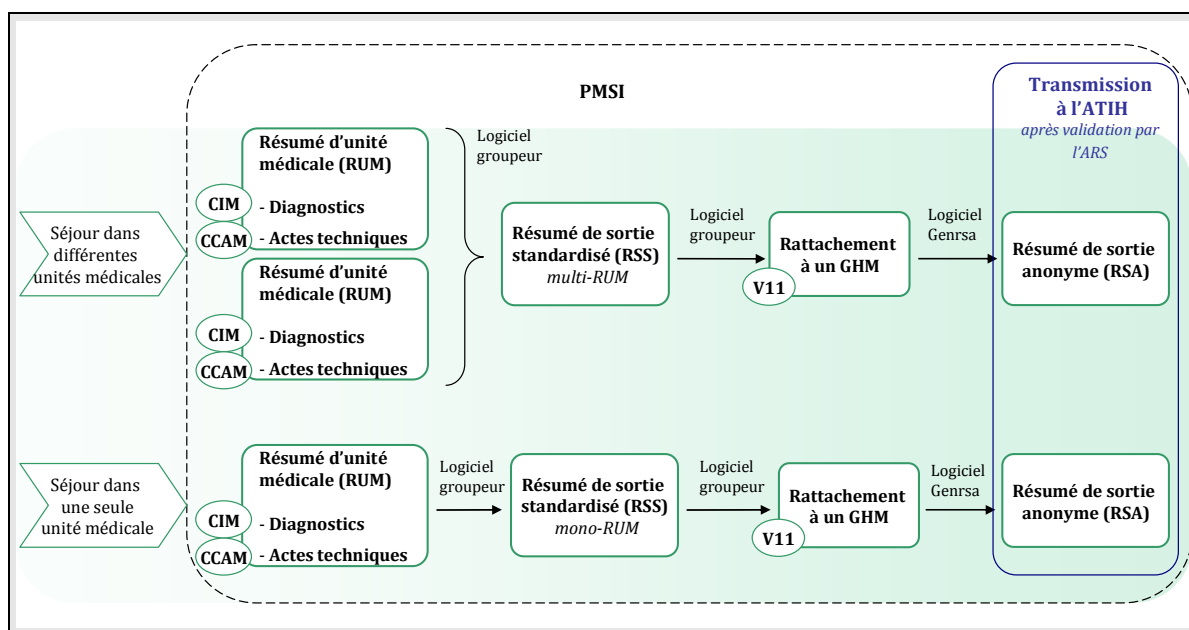
<sup>15</sup> Manuel des groupes homogènes de malades, 11ème version de la classification, 2ème révision (11c), version 13.11c de la fonction groupage, mise à jour au 1er mars 2011, volume 1.

### 2.1.1. Une classification médico-économique par nature complexe

Une définition homogène des prises en charge étant une condition primordiale de la T2A (cf. partie 1.1.2.), la classification en GHM est conçue à l'aune de cette ambition d'exhaustivité et de précision médico-économique. Il en résulte un processus de codage et de construction des GHM particulièrement complexe.

Le processus de codage s'effectue en trois temps : (i) la saisie, par les praticiens de chaque unité médicale et pour chaque patient, d'informations administratives et médicales, notamment les diagnostics constatés et les actes techniques réalisés ; (ii) le regroupement de ces données au sein d'un résumé de sortie standardisé et sa classification en GHM ; (iii) l'anonymisation des données et sa transmission à l'ATIH.

**Encadré 7 : Regroupement des séjours par GHM dans un établissement**



Source : Mission IGF.

#### ◆ Les résumés d'unité médicale

Chaque séjour d'un patient hospitalisé donne lieu à un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM) effectués dans chaque unité médicale dans laquelle le patient a été pris en charge.

Les RUM contiennent des informations administratives : (1) le numéro administratif local de séjour et le numéro de résumé de sortie standardisé, qui sont les identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement ; (2) le numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ; (3) la date de naissance du patient ; (4) le sexe du patient ; (5) le code postal de résidence du patient ; (6) le numéro de l'unité médicale d'hospitalisation ; (7) les dates et modes d'entrée et de sortie, la provenance et la destination du patient ; (8) le nombre de séances.

Les RUM contiennent également des informations médicales :

- les diagnostics principaux, associés et reliés, codés en fonction de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) dans sa version 10, éditée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- les actes techniques, codés en fonction de la classification commune des actes médicaux (CCAM – cf. annexe II) ;
- le poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né.

## Annexe I

En pratique, les établissements ont retenu deux modalités de saisie des données au sein du PMSI : (1) une organisation décentralisée qui consiste à faire coder les actes techniques CCAM et les diagnostics CIM au plus près de leurs réalisations, c'est-à-dire au sein de chaque unité médicale ; (2) une pratique plus répandue qui consiste à faire coder les actes techniques CCAM dans les unités médicales mais les diagnostics CIM au sein des départements d'information médicale (DIM) sur la base des comptes rendus établis par les praticiens (voir encadré 8).

### Encadré 8 : L'organisation du codage

Le codage des séjours fait l'objet d'une attention croissante de la part des établissements de santé, depuis la mise en œuvre de la T2A en 2004. Il constitue à la fois :

- un enjeu financier, pour l'Assurance maladie comme pour les établissements, puisque les données du PMSI, qui constituent l'assise d'une part grandissante des recettes des établissements, sont utilisées dans l'élaboration des états de prévision des recettes et des dépenses (EPRD) ;
- un enjeu de connaissance de l'état de santé de la population et de ses besoins, puisque les données du PMSI sont également mobilisées pour l'élaboration des schémas de planification de l'offre de soins.

Des contrôles externes sont régulièrement organisés par l'Assurance maladie afin de repérer et de sanctionner les erreurs ou les pratiques abusives. Mis en œuvre au niveau régional, ils se décomposent en deux étapes : une procédure de ciblage, destinée à orienter le travail des contrôleurs, qui consiste à balayer la totalité des informations transmises et permettre le ciblage des établissements et activités "atypiques", puis un contrôle approfondi, sur pièces et sur place, des établissements et des activités dépistés auparavant.

Il existe deux modes d'organisation du codage au sein des établissements de santé :

- le codage centralisé, qui consiste en un codage des données transmises par le corps médical, notamment sous forme de comptes-rendus d'hospitalisation, par des personnels spécialement formés au codage, les techniciens de l'information médicale (TIM), sous le contrôle du médecin DIM ;
- le codage décentralisé, qui correspond à un codage direct par les médecins, au niveau des unités de soins, avant transmission au médecin DIM.

Il existe toutefois plusieurs degrés dans l'organisation des modalités de codage au sein d'un établissement. En effet, si la centralisation du codage est souvent mise en œuvre dans un souci de professionnalisation de la fonction de codeur, il n'est pas rare d'associer centralisation et décentralisation en fonction de l'investissement des médecins dans le codage de leur activité.

Il en va de même pour le modèle décentralisé, qui est souvent associé à l'assistance régulière d'un TIM, dans chaque unité de soins. Ce type d'organisation requiert une implication de l'ensemble du corps médical et s'accompagne souvent de la mise à disposition d'un outil d'aide au codage. Il participe d'une sensibilisation des professionnels aux problématiques médico-économiques. Une forme intermédiaire d'organisation consiste ainsi à décentraliser la saisie des actes et de centraliser celle des diagnostics.

Dans tous les cas, le rôle du département d'information médicale est central, tant pour la diffusion des dernières nouveautés en matière de classification, que pour la formation des équipes médicales et soignantes. La confidentialité des données médicales relatives aux patients a justifié leur création au sein de chaque établissement (circulaire du 6 janvier 1989), pour procéder au recueil de l'information médicale dans le cadre du PMSI. Il apporte par ailleurs conseil et expertise en matière d'analyse de l'information médicale.

Dans certains cas, la fonction du DIM est externalisée. Le centre hospitalier de Melun a par exemple recours à un prestataire externe afin d'exercer ces missions.

## Annexe I

### ◆ Le groupage des séjours en GHM

Les données codées dans le ou les RUM d'un même séjour, sont exportées vers un logiciel « groupeur », qui les regroupe et confectionne le résumé de sortie standardisé (RSS), puis affecte ce dernier à un GHM.

La classification par GHM, qui est décrite dans le manuel des GHM publié au Bulletin officiel, doit conduire à une répartition exhaustive et unique. Ainsi tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et un seul. Une étape importante consiste à orienter le séjour correspondant au RSS vers une des 28 catégories majeures de diagnostic (CMD)<sup>16</sup>.

#### Encadré 9 : Présentation des logiciels groupeurs

Le logiciel groupeur initial, outil de classification des GHM, développé par l'équipe du Professeur Fetter, a été adapté aux particularités de la classification française des GHM au milieu des années 1980 par le Centre national de l'équipement hospitalier.

À partir de 1989, dans le prolongement de la circulaire relative à l'informatisation des hôpitaux publics qui visait à stimuler le marché de l'informatique hospitalière, de nombreuses sociétés de service informatique ont développé des logiciels groupeurs concurrents.

Pour éviter des différences de classification qui auraient empêché de comparer l'activité entre les établissements, le ministère chargé de la santé a décidé en 1990 de mettre à la disposition des sociétés informatiques développant des logiciels groupeurs le « noyau de programmation » nécessaire, composé :

- des tables de la classification en GHM (tables de diagnostics, d'actes, de l'arbre de décisions notamment) ;
- et d'un « moteur de groupage », qui gère les tables et assure en amont des contrôles sur les informations et la sélection du diagnostic principal en cas de RSS multiRUM.

C'est ce noyau qui constitue la fonction groupage. Les informaticiens ont ainsi pu l'intégrer dans leurs logiciels groupeurs, et obtenir un groupage conforme à la classification des GHM.

En 1996, le ministère de la Santé a mis le programme source de la fonction de groupage à la disposition des intégrateurs. Toutefois, aucune obligation n'est faite d'avoir recours à lui, et certains développent leur propre moteur de groupage.

*Source : ATIH.*

Le classement de chaque RSS dans un GHM résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification, fondé sur un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision :

<sup>16</sup> Les différentes CMD sont : CMD 1 affections du système nerveux ; CMD 2 affections de l'œil ; CMD 3 affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents ; CMD 4 affections de l'appareil respiratoire ; CMD 5 affections de l'appareil circulatoire ; CMD 6 affections du tube digestif ; CMD 7 affections du système hépatobiliaire et du pancréas ; CMD 8 affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ; CMD 9 affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ; CMD 10 affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ; CMD 11 affections du rein et des voies urinaires ; CMD 12 affections de l'appareil génital masculin ; CMD 13 affections de l'appareil génital féminin ; CMD 14 grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum ; CMD 15 nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale ; CMD 16 affections du sang et des organes hématopoïétiques ; CMD 17 affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus ; CMD 18 maladies infectieuses et parasitaires ; CMD 19 maladies et troubles mentaux ; CMD 20 troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci ; CMD 21 traumatismes, allergies et empoisonnements ; CMD 22 brûlures ; CMD 23 facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé ; CMD 25 maladies dues à une infection par le VIH ; CMD 26 traumatismes multiples graves ; CMD 27 transplantations d'organes ; CMD 28 séances ; CMD 90 erreurs et autres séjours inclassables. La CMD 24, relative aux séjours en ambulatoire, a été supprimée avec le passage à la V11 et la création de GHM ambulatoires au sein des autres CMD.

## Annexe I

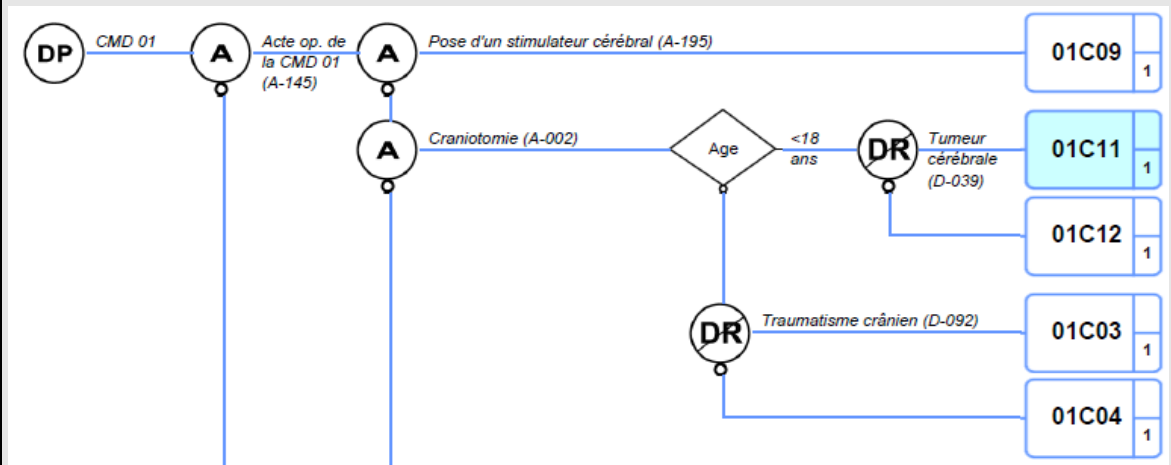
- le premier test effectué sur le RSS lors du groupage concerne la mention de séances. En leur présence le RSS est classé dans la catégorie majeure de diagnostic n°28 (CMD 28 Séances), puis dans un GHM fonction de la nature des séances ;
- en l'absence de séances, un traitement algorithmique permet d'orienter ou non vers les catégories majeures dites « transversales », qui rassemblent les cas pour lesquels le diagnostic principal n'est pas la donnée la plus déterminante. Les catégories majeures *transversales* sont les CMD 25 (maladies dues à une infection par le VIH), les CMD 26 (traumatismes multiples graves) et les CM 27 (transplantations d'organes) ;
- pour les RSS qui n'ont pas été classés dans les catégories 25 à 27, c'est le diagnostic principal<sup>17</sup> qui est alors testé, pour les orienter au sein des 23 catégories majeures de diagnostic (CMD) ;
- l'examen des actes classants permet ensuite d'orienter le séjour dans une racine de GHM. Chaque acte classant, au sens de la classification des GHM, est affecté d'une ou de plusieurs caractéristiques<sup>18</sup>.

### Encadré 10 : Exemple de la craniotomie

Le séjour dans lequel une craniotomie a été réalisée peut être classé dans différentes racines de la CMD « 01 Affections du système nerveux » :

- 01C03 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans ;
- 01C04 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans ;
- 01C11 Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans ;
- 01C12 Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans.

Lorsque la fonction groupage a reconnu un diagnostic principal (DP) orientant dans cette catégorie majeure, elle recherche si un acte (A) a la caractéristique Craniotomies. Le cas échéant, le RSS est orienté dans l'un des GHM de craniotomies, le choix se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme, selon l'âge du malade et selon la présence d'une complication ou d'une morbidité associée. De ce fait, les diagnostics reliés (DR) sont pris en compte.



Source : Manuel des GHM V11c, volumes 1 et 3.

<sup>17</sup> Dans le cas d'un RSS *monoRUM*, le diagnostic principal est celui de l'unique RUM qui le constitue. Dans le cas d'un RSS *multiRUM*, le diagnostic principal du RSS est obtenu automatiquement grâce à un algorithme qui tient compte de la présence d'un acte classant, du rang du RUM dans le RSS, de la durée partielle de séjour propre au RUM et de la nature du diagnostic principal du RUM.

<sup>18</sup> Une même caractéristique permet de classer le séjour contenant l'acte dans un ou plusieurs GHM. Le caractère classant ou non d'un acte n'exprime pas sa complexité technique ni sa consommation de ressources propre ; il est avant tout un marqueur du coût global du séjour. Certains actes non classants sont du reste susceptibles de jouer un rôle dans la valorisation des séjours, tels les actes marqueurs de suppléance vitale (réanimation) et de prélèvement d'organes.

## Annexe I

Par ailleurs, dans la majorité des CMD, il existe des GHM dont l'intitulé commence par « Autres interventions » et « Autres affections ». Les prototypes en sont les GHM « Autres interventions pour blessures ou complications d'actes » de la CMD 21 pour lesquels le nombre d'actes classants est supérieur à 2 000. Ils se caractérisent souvent par leur hétérogénéité, mais également par un coût supérieur aux autres GHM médicaux, dont le contenu est plus standardisé. Ils sont cependant indispensables pour respecter le caractère exhaustif de la classification.

Une fois le RSS classé dans une racine de GHM, d'autres variables interviennent, notamment :

- les complications ou morbidités associées (CMA) permettent de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité qui segmentent les racines de GHM en GHM<sup>19</sup> ;
- l'âge du patient intervient également dans la classification des GHM. Deux sortes de limites d'âge sont prévues : des limites susceptibles d'accroître le niveau de sévérité (moins de 2 ans, 69 et 79 ans) et une limite propre à certaines prises en charge (par exemple 18 ans pour les affections touchant fréquemment les enfants), résultat de l'analyse statistique et donc corrélée à la consommation de ressources.

En définitive, la construction même de la nomenclature des GHM, laisse une marge d'appréciation non négligeable aux praticiens dans leurs pratiques de codage, voire une marge d'optimisation permettant aux établissements d'augmenter leurs recettes (cf. encadré 11).

### Encadré 11 : L'impact des pratiques de codage

Le codage des séjours ayant une influence directe sur le niveau de recettes des établissements de santé, différentes pratiques peuvent viser à améliorer la valorisation de l'activité, de la simple optimisation du codage, au « surcodage » (*upcoding*), en passant par la fragmentation des séjours en différents GHM.

Par ailleurs, des logiciels de codage à destination des départements d'information médicale (DIM) ont été développés pour favoriser le classement des séjours dans les GHM les plus lucratifs. Ils se fondent notamment sur une optimisation des diagnostics principaux et associés.

Le tableau suivant met en évidence, à partir de l'exemple d'un patient se présentant pour une opacité parahilaire droite et ayant bénéficié des mêmes actes au cours de son séjour – une résection anastomose et un curage ganglionnaire – les différentes modalités possibles de codage de ce séjour et les valorisations différentes qui en découlent. Ainsi, selon la nature des diagnostics principaux et associés renseignés lors du codage, le tarif peut varier de 3 583,05 € à 13 916,26 €. Cette évaluation, effectuée par le département d'information médicale du CHU de Limoges, témoigne du poids déterminant des modalités de codage dans la valorisation des séjours, et l'incitation qui en résulte pour les établissements à une optimisation de ce codage.

---

<sup>19</sup> Une liste d'exclusion énumère les affections qui perdent leur caractère de CMA lorsqu'elles sont associées à une morbidité principale donnée. Par exemple, les hémorragies digestives, du fait des listes d'exclusion, perdent leur caractère de CMA lorsque le code du diagnostic principal est celui d'un ulcère gastroduodéal hémorragique, la notion d'hémorragie digestive étant déjà incluse dans le diagnostic principal.



**Annexe I**

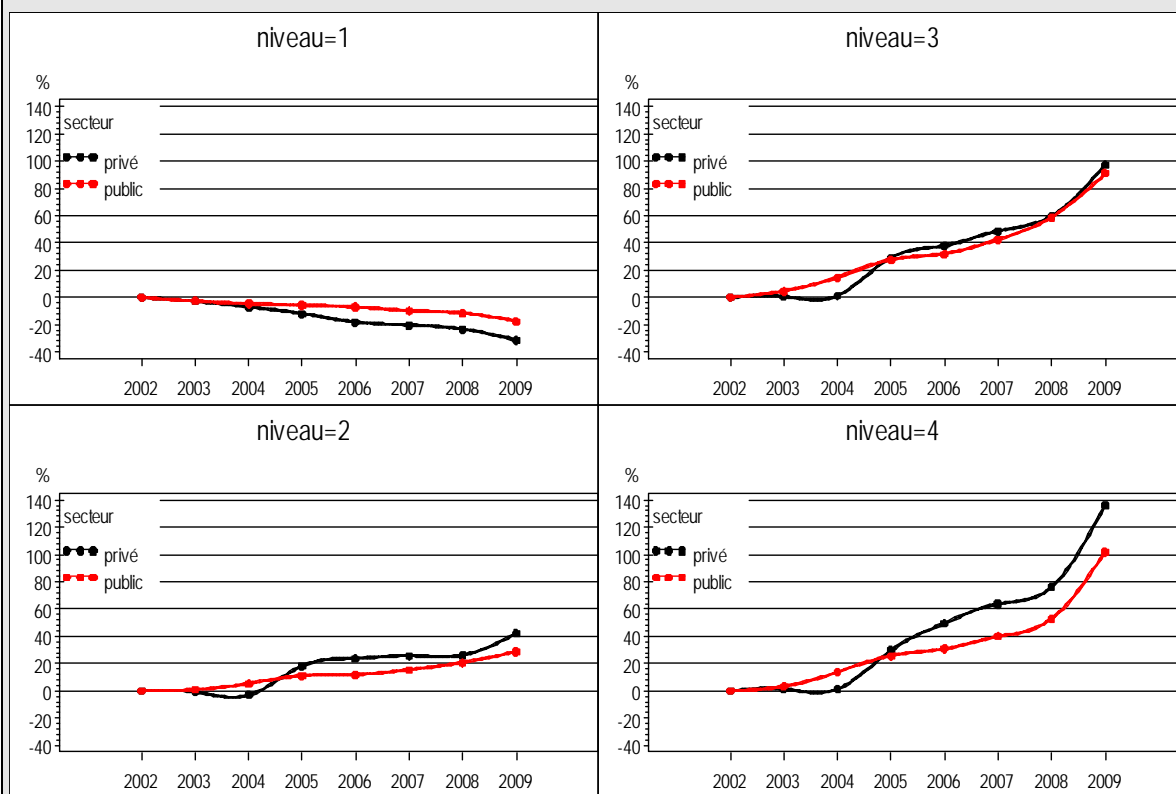
**Tableau 2 : Exemple des différentes modalités possibles de codage du séjour d'un patient se présentant pour opacité parahilaire droite**

	Réponse n°1		Réponse n°2		Réponse n°3		Réponse n°4	
<b>DP</b>	Cancer épidermoïde stade II (C 349++20)		Opacité pulmonaire (R91)		Cancer épidermoïde stade II (C 349++20)		Cancer épidermoïde stade II (C 349++20)	
<b>DA</b>	Phlébite du membre inférieur gauche (I803) Broncho-pneumopathie (J180)		Phlébite du membre inférieur gauche (I803) Broncho-pneumopathie (J180)		Phlébite du membre inférieur gauche (I803)		/	
<b>Actes</b>	Résection-anastomose (GFFA004) Curage ganglionnaire (FCFA004)	/	GFFA004 FCF A004	/	GFFA004 FCF A004	/	GFFA004 FCF A004	/
<b>GHS</b>	Interventions majeures sur le thorax, niveau 3 (04C023)	Tumeur de l'appareil respiratoire, niveau 3 (04M093)	Interventions majeures sur le thorax, niveau 2 (04C022)	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD4 (04M23Z)	Interventions majeures sur le thorax, niveau 2 (04C022)	Tumeur de l'appareil respiratoire, niveau 2 (04M092)	Interventions majeures sur le thorax, niveau 1 (04C021)	Tumeur de l'appareil respiratoire, niveau 1 (04M091)
<b>Tarif (€)</b>	13 916,26	7 128,51	9 496,33	4 845,45	9 496,33	5 292,13	7 065,70	3 583,05

Source : CHU de Limoges, Département d'information médicale.

Les phénomènes d'optimisation du codage ou de surcodage sont difficiles à évaluer globalement. L'ATIH a mené différentes études sur ce sujet, notamment lors de l'introduction de la V11, pour estimer les changements de codage que provoqueraient les nouvelles listes de sévérité. Cette étude a fait l'objet d'une présentation aux journées EMOIS 2010, permettant de mettre en évidence l'augmentation tendancielle du codage, notamment dans les GHM de niveaux de sévérité élevés.

**Graphique 3 : Évolution du nombre de séjours par niveau en % d'augmentation par rapport à 2002**



Source : Présentation aux journées EMOIS 2010, évolution du codage 2002-2009, ATIH.

## Annexe I

Pour autant, l'ATIH n'a pas d'accès direct aux dossiers patients et ne peut donc produire que des indicateurs indirects du surcodage. Pour ce faire, deux voies ont été pratiquées, l'une consistant à analyser les affections en augmentation dans les RSA, l'autre à construire des indicateurs reliant les diagnostics associés et les durées de séjours. Aussi, l'étude menée sur l'évolution du codage des diagnostics entre la version 10 et la version 11 des GHM ne permet pas de conclure à un sur-codage : comme l'indique le rapport, « *l'exploration statistique et la lecture des RSA montrent que si on observe des modifications qui peuvent justifier la recherche d'une cause, il n'y a aucune raison de penser que l'augmentation globale du nombre de codes est la conséquence d'une recherche de recettes supplémentaires qui ne peut être mise en évidence que par un contrôle sur site* ».

Le retour des contrôles de l'assurance maladie permettrait probablement de recueillir des informations pertinentes sur cette question. L'ATIH reçoit des informations détaillées sur ces contrôles, notamment depuis 2011 les traductions tarifaires des modifications de codage entraînées par les contrôles.

### ◆ L'anonymisation et la transmission à l'ATIH

Les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel. Le service ou département d'information médicale (SIM ou DIM) qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les RSS sont anonymisés et deviennent alors des résumés de sortie anonymes (RSA), transmis pour validation à l'ARS, puis à l'ATIH, *via* la plateforme de télétransmission e-PMSI.

Dans les établissements privés à but lucratif, chaque RSS est associé à un résumé standardisé de financement (RSF) qui reproduit la facture du séjour adressée par la clinique à l'Assurance maladie. De même que le RSA est obtenu par anonymisation du RSS, de l'anonymisation du RSF résulte le résumé standardisé de financement anonyme (RSFA).

### Encadré 12 : Transmission de données à l'ATIH

Les hôpitaux transmettent à l'ATIH un fichier de RSA et les fichiers FICHSUP, FICHCOMPA (FICHCOMP anonyme) et RAFAEL (RSF-ACE anonyme). L'ATIH procède à la valorisation des séjours et les adresse à l'Assurance maladie.

Les cliniques transmettent un fichier de couples RSA-RSFA. Elles sont donc astreintes à une double transmission d'information, chaque séjour donnant lieu, d'une part à l'émission d'une facture destinée à l'Assurance maladie (bordereau S3404), d'autre part à la transmission à l'agence régionale de santé et à l'ATIH d'un RSA et d'un RSFA.

L'expérimentation d'une facturation individuelle et directe des hôpitaux à l'Assurance maladie, prévue par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et le décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011, a été lancée au début de l'année 2010 pour trois ans, en cinq phases, pour une généralisation au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### 2.1.2. Une multiplication du nombre de GHM

La classification a tendance à se sophistiquer avec le temps selon deux modes principaux constatés dans tous les pays qui pratiquent la tarification à l'activité :

- d'une part en augmentant le nombre de GHM ou en introduisant plusieurs niveaux tarifaires pour un même GHM ;
- d'autre part en externalisant, hors du forfait, des dépenses considérées comme porteuses d'une variabilité trop importante dans les GHM.

## Annexe I

De 1992 à 2003, l'actualisation de la classification des GHM a été confiée au Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de Santé (PERNNS) qui, avec l'appui du Centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) pour la partie informatique, réalisait la mise à jour régulière de la classification.

Depuis 2004, l'ATIH assure ces travaux. La classification par GHM, qui sous-tend le financement des établissements depuis cette date a connu un profond bouleversement à compter de 2009 par l'introduction de la version 11 comprenant quatre niveaux de sévérité par racine de GHM, portant ainsi le nombre total de GHM de 800 à 2 300 (voir encadré).

### Encadré 13 : Historique des versions de GHM

La classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG), élaborée par le professeur Robert Fetter et son équipe de l'université de Yale, a inspiré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La version française, dite version « 0 » de la classification des GHM, publiée en 1986, était l'adaptation de la deuxième révision de la quatrième version des DRG.

La version 9 de la classification, publiée en 2004, constitue la première étape de l'adaptation à la T2A. La plupart des révisions de la classification des GHM sont issues de mises à jour de routine destinées à corriger les anomalies signalées par les utilisateurs et à introduire les nouveautés de codage (par exemple celles dues aux mises à jour de la CIM). Pour la version 9, les travaux ont été directement menés dans la perspective de la mise en place de la T2A.

Depuis la version 9 de la classification, la numérotation des GHM retenue utilise six caractères se décomposant comme suit : les deux premiers sont numériques et indiquent le numéro de la CM ; le troisième est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification avec les conventions suivantes :

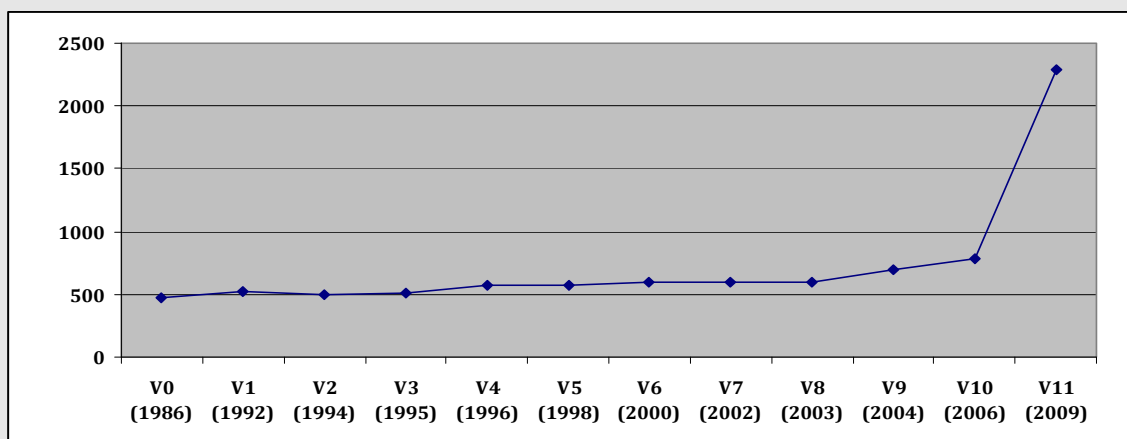
- C groupe chirurgical avec acte classant opératoire ;
- K groupe avec acte classant non opératoire ;
- M groupe médical sans acte classant ;
- Z groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire ;
- H groupe de la CM 90 dont groupe avec Actes sans relation avec le diagnostic principal et groupe d'erreurs dépistées par le logiciel de mesure de l'activité hospitalière.

Les quatrième et cinquième caractères sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer tous les numéros qui ont la même combinaison des trois premiers caractères.

La version 11 de la classification est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2009. Elle a introduit quatre niveaux de sévérité par racine de GHM, portant le nombre total de GHM de 800 à 2 300, avec pour objectif de mieux hiérarchiser la valorisation des séjours en fonction de leur lourdeur.

Des ajustements réguliers sont effectués et la dernière version de la classification, la version V11c a été appliquée le 1<sup>er</sup> mars 2011.

**Graphique 4 : Évolution du nombre de GHM par version**



Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.

## Annexe I

Le modèle du paiement prospectif repose sur la suppression tendancielle de toute variance illégitime inter-établissements, l'enjeu étant d'améliorer la classification des GHM pour supprimer toute hétérogénéité médico-économique.

Toutefois, il existe une variance inter-établissement, dont une partie est justifiée (cf. *infra*). Par conséquent, l'enjeu est-il de poursuivre la subdivision des GHM pour tenter de diminuer la variance intra-GHM, si une variance inter-établissements importante et légitime persiste ? Est-il légitime d'appliquer un tarif hospitalier unique à l'ensemble des établissements si cette variabilité est le résultat de contraintes subies par les établissements ?

À ce sujet, le rapport de la mission conjointe IGF-IGAS relative au pilotage des dépenses hospitalières de 2005 soulignait d'ores et déjà, dans le cadre de la version 9 de la classification, que les phénomènes de bi et multi-modalité (concentration de la distribution des coûts au sein des GHM autour de deux points ou plus) restaient limités et s'expliquaient souvent par de l'hétérogénéité inter-établissements dans les coûts pour un même acte et un même diagnostic principal.

Par ailleurs, certains travaux ont montré que les GHM sont plus adaptés à la description de patients requérant des soins aigus pour lesquels les coûts sont bien déterminés par le diagnostic ou la procédure de soins employée qu'à celle de soins « médicaux », plus génériques et pour lesquels il est plus difficile de créer des groupes réellement homogènes (Street *et al.*, 2007).

La classification des GHM oscille donc entre des objectifs contradictoires qui conditionnent sa segmentation et sa précision :

- réduire l'hétérogénéité des groupes en affinant de plus en plus les GHM et en multipliant ainsi le nombre de groupes et les tarifs correspondants ;
- forfaitiser le coût des séjours selon des prises en charge homogènes et standardisées volontairement limitées en nombre, afin de changer les comportements de production hospitalière et d'améliorer la pratique médicale ;
- assurer la stabilité de la classification et des anticipations des acteurs hospitaliers.

Aux risques d'instabilité et d'individualisation excessive induits par une classification de plus en plus sophistiquée, s'ajoutent également d'autres effets potentiels :

- sur la qualité de l'enquête de coûts, la réduction du nombre de séjours par GHM, entraînant une diminution de la représentativité ;
- sur les ressources des différents types d'établissements de santé et l'équité intersectorielle du financement (cf. encadré) ;
- sur le pouvoir de négociation du régulateur public, dont certains travaux de théorie économique ont montré qu'il diminuait lorsque le nombre de catégories de paiement augmente dans un système de paiement prospectif (Newhouse, 2003 ; Cash *et al.*, 2003). Comme le rappellent Zeynep Or et Thomas Renaud<sup>20</sup>, « plus le nombre de tarifs augmente en différenciant non seulement les situations cliniques mais aussi les choix thérapeutiques, plus le financeur (acheteur) perd en pouvoir de négociation ».

La question de la classification et de la multiplication du nombre de GHM doit donc faire l'objet d'une étude coûts-avantages, reposant notamment sur une analyse de l'évolution de la part de variance expliquée (PVE) du fait des changements de classification. L'ATIH a procédé à cette analyse, dont la mission a reproduit les principaux résultats ci-après.

---

<sup>20</sup> Zeynep Or et Thomas Renaud, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) », IRDES, mars 2009.

## Annexe I

**Tableau 3 : Évolution du nombre de séjours et de la part de variance des coûts expliquée (PVE) depuis 2004, en fonction des versions de la classification, dans le secteur ex-DG**

Version	Année	Nombre de séjours				PVE (en %)			
		M	C	O	Total	M	C	O	Total
V9	2004	6 796 766	1 840 633	1 511 477	10 148 876	38,2	39,4	53,9	40,0
	2005	7 069 737	1 892 704	1 549 024	10 511 465	39,3	39,2	55,2	40,9
V10a	2006	7 249 953	1 946 047	1 603 451	10 799 451	39,8	39,9	55,1	41,4
V10b	2007	7 074 278	1 969 315	1 589 606	10 633 199	40,2	40,3	56,8	41,7
V10c	2008	7 150 305	2 033 620	1 614 522	10 798 447	41,1	40,5	56,6	42,4
V11a	2009	7 017 085	2 114 232	1 634 430	10 765 747	45,1	50,6	57,4	47,8
V11b	2010	7 039 408	2 154 530	1 655 430	10 849 368	47,3	52,4	57,6	49,7

Source : ATIH.

**Tableau 4 : Évolution du nombre de séjours et de la part de variance des coûts expliquée (PVE) depuis 2004, en fonction des versions de la classification, dans le secteur ex-OQN**

Version	Année	Nombre de séjours				PVE (en %)			
		M	C	O	Total	M	C	O	Total
V9	2004	2 582 087	2 901 976	623 507	6 107 570	45,4	55,8	39,0	52,0
	2005	2 851 849	3 071 660	636 230	6 559 739	48,7	59,5	38,9	55,2
V10a	2006	3 007 927	3 098 349	654 964	6 761 240	53,6	61,5	49,8	59,2
V10b	2007	2 754 441	2 989 363	597 712	6 341 516	52,3	61,0	47,5	58,1
V10c	2008	2 705 468	2 951 566	581 627	6 238 661	53,5	60,9	45,4	58,3
V11a	2009	2 701 838	3 010 060	575 434	6 287 332	56,4	66,8	44,4	62,3
V11b	2010	2 695 189	3 034 829	571 972	6 301 990	57,1	67,1	47,2	62,8

Source : ATIH.

Sur l'ensemble des établissements de santé des deux secteurs confondus, le passage à la V11 a conduit à une augmentation de plus de 5 points de la part de variance expliquée par la classification, passée de 45,5 % en 2008 à 50,9 % en 2009.

D'après les prévisions de l'ATIH, le passage à la V11d, marqué notamment par l'évolution des CMD 14 et 15, devrait permettre la poursuite de l'amélioration de la PVE. En effet, la V11d provisoire appliquée sur les données 2010 donnerait lieu à une PVE de 52,9 % en moyenne, dans l'ensemble des secteurs, et plus particulièrement une PVE de 60,8 % dans l'obstétrique.

La part de variance expliquée par la classification des GHM demeure significativement inférieure dans le secteur de la médecine que dans celui de la chirurgie et de l'obstétrique. Alors qu'elle atteint respectivement 52 % et 58 % en chirurgie et en obstétrique en 2010, elle demeure inférieure à 50 % en médecine. Cet écart illustre la difficulté à réduire l'hétérogénéité médico-économique des prises en charge médicales.

La PVE est plus élevée dans le secteur ex-OQN, où elle atteint 62,8 % en moyenne en 2010, que dans le secteur ex-DG, où elle s'élève à 49,7 %. Ces résultats se trouvent confirmés par l'analyse de la dispersion des coûts des séjours, significativement moins importante dans le secteur privé lucratif que dans le secteur public et privé non lucratif (cf. *infra*).

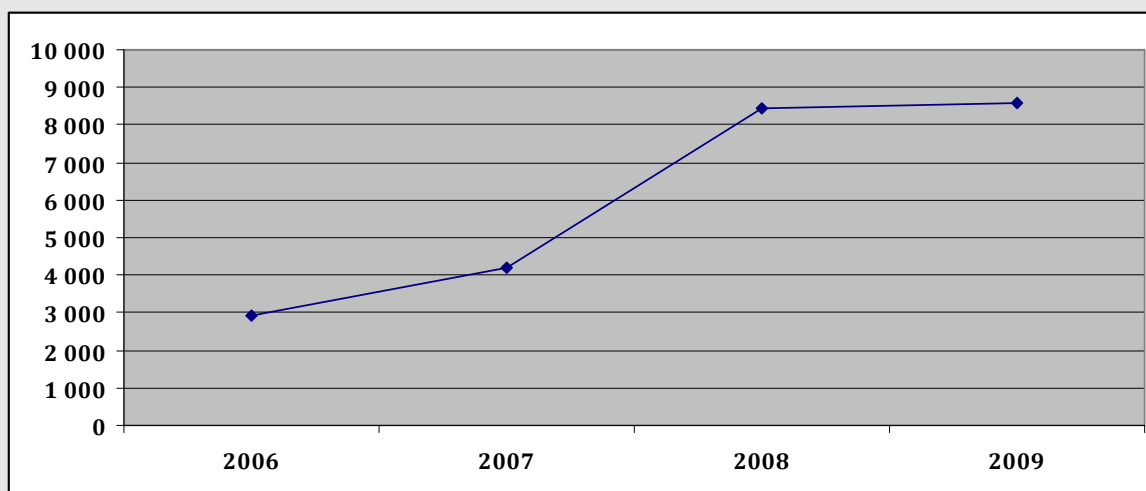
Ces résultats doivent être mis en regard de l'augmentation du nombre de GHM et de l'ensemble des conséquences dommageables qui pourraient en découler (cf. *supra*) : alors que le nombre de GHM a été multiplié par 3 entre 2004 et 2010, la PVE par la classification n'a progressé que de 10 points dans les deux secteurs, et demeure inférieure en moyenne à 50 % dans le secteur ex-DG. Au regard de ces éléments d'analyse, la poursuite d'un raffinement de la classification paraît donc peu opportune.

## Encadré 14 : Évaluation de l'impact du passage à la V11 sur les ressources des CHU

La mise en place de la V11 en 2009 a conduit à l'introduction de quatre niveaux de sévérité à l'intérieur d'un même GHM afin de mieux prendre en compte la complexité des prises en charge. Ce changement devait bénéficier aux CHU, qui le réclamaient, car ils étaient réputés prendre en charge les cas les plus sévères au sein d'une même activité.

L'introduction de la nouvelle version de la classification aurait donc dû conduire à une augmentation des ressources liées à l'activité des CHU.

Graphique 5 : Évolution des produits liés à l'activité des CHU entre 2006 et 2009



Source : Données DGFIP – Retraitements mission IGF.

L'évolution des produits liés à l'activité, c'est-à-dire de l'ensemble des financements liés aux séjours, aux actes et consultations externes, dans les 30 CHU hors AP-HP montre que l'introduction de la V11 en 2009 n'a pas conduit à une augmentation massive. L'enveloppe globale n'a augmenté que de 1,5 % entre 2008 et 2009, alors qu'elle avait connu une hausse considérable de plus de 100 % entre 2007 et 2008, liée à la suppression de la dotation annuelle complémentaire (DAC) et au passage à 100 % de la T2A, contre 50 % en 2007.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011, note que « l'impact de la V11 a été plus limité que celui escompté car la proportion des niveaux 4 -les plus sévères- s'est révélée très faible : elle représente 2,2 % des séjours en moyenne dans les CHU et 2 % dans les hôpitaux généraux les plus importants. Si les CHU prennent en charge légèrement plus de cas sévères que les autres EPS, plus de 90 % de leur activité concerne des patients classés dans les niveaux faibles de sévérité (1 et 2) »<sup>21</sup>. Le rapport précise ainsi que les CHU réalisent 50 % de leurs recettes avec moins de 200 GHM et pour certains avec moins de 100, alors qu'ils en utilisent 2 188 pour décrire l'ensemble de leur activité. Ainsi les CHU ont-ils bénéficié des dotations forfaitaires, notamment de la MIG précarité, de la MIG pour la permanence des soins hospitaliers (PDSH), ainsi que d'une enveloppe vouée à financer certaines activités de recours exceptionnel, mises en place en 2009.

<sup>21</sup> Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2011, chapitre VIII « Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU) ».

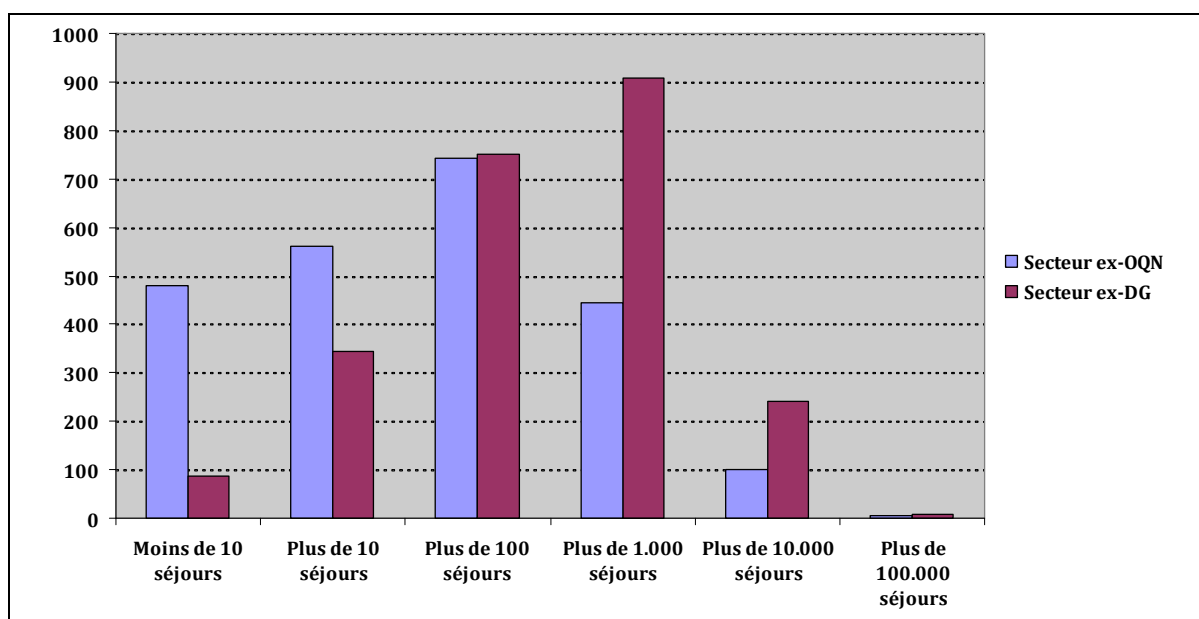
### 2.1.3. Une concentration de l'activité sur un nombre réduit de GHM

Sur les 22 225 488 séjours effectués en 2009 dans l'ensemble des établissements de santé du territoire, seuls 40 GHM représentent la moitié des séjours.

Toutefois, les GHM de séances, réunis au sein de la CMD 28, constituent une large part de ces 40 premiers GHM, puisqu'ils totalisent un quart de l'activité en 2009, avec plus de 5,5 millions de séjours comptabilisés.

Ainsi, abstraction faite des séances, 90 GHM sont à l'origine de la moitié des séjours en 2009. Ce « noyau » de GHM diffère selon les secteurs, puisque dans les établissements ex-OQN, seuls 43 GHM hors séances permettent de réaliser 50 % de l'activité, tandis que 338 GHM sont nécessaires dans le secteur ex-DG pour atteindre 50 % de l'activité.

**Graphique 6 : Répartition des GHM en fonction du nombre de séjours par GHM en 2009 dans les deux secteurs**



*Source : PMSI 2009 - Retraitements mission IGF.*

La répartition des GHM en catégories définies par le nombre de séjours effectués en 2009, montre que le secteur public et privé non lucratif est à l'origine d'une majorité de GHM totalisant plus de 100 séjours au moins, contrairement au secteur privé lucratif, dans lequel près de 45 % des GHM ont donné lieu à moins de 100 séjours en 2009.

Cette différence dans les profils de répartition des GHM en fonction de l'activité est étroitement liée aux parts respectives des secteurs public et privé dans l'activité totale : en nombre de séjours, le secteur ex-DG représente 68,8 % de l'activité en 2009.



## Annexe I

**Tableau 5 : Liste des 10 premiers GHM en nombre de séjours dans les deux secteurs en 2009**

Libellé du GHM	Nb de séjours en 2009	Secteur privé		Secteur public	
		Nombre de séjours	% des séjours du secteur	Nombre de séjours	% des séjours du secteur
Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	824 836	674 031	10,91	150 805	1,44
Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	583 110	161 711	2,62	421 399	4,02
Accouchements par voie basse, sans complication significative	539 762	159 117	2,58	380 645	3,63
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	497 039	386 375	6,25	110 664	1,06
Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	405 583	324 777	5,26	80 806	0,77
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	235 335	192 596	3,12	42 739	0,41
Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	161 675	12 197	0,20	149 478	1,43
Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	149 704	51 052	0,83	98 652	0,94
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	136 256	99 504	1,61	36 752	0,35
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1	130 666	97 806	1,58	32 860	0,31

*Source : PMSI 2009. Retraitement mission IGF.*

La liste des dix GHM donnant lieu au plus grand nombre de séjours en 2009 montre que les GHM les plus répandus peuvent être classés pour l'essentiel en trois grandes catégories :

- les GHM des CMD 14 et 15 relatifs aux accouchements et aux nouveaux nés, qui représentent des parts à peu près équivalentes dans les secteurs public et privé ;
- les endoscopies digestives diagnostiques et thérapeutiques, qui constituent plus de 16 % des séjours du secteur privé lucratif, contre un peu plus de 2 % des séjours du secteur public et privé non lucratif ;
- les interventions ciblées et fréquentes, effectuées pour l'essentiel en ambulatoire, telles que les interventions sur le cristallin, sur la bouche et les dents, ou sur le canal carpien, qui totalisent près de 13 % des séjours du secteur ex-OQN, contre un peu plus de 2 % dans le secteur ex-DG.

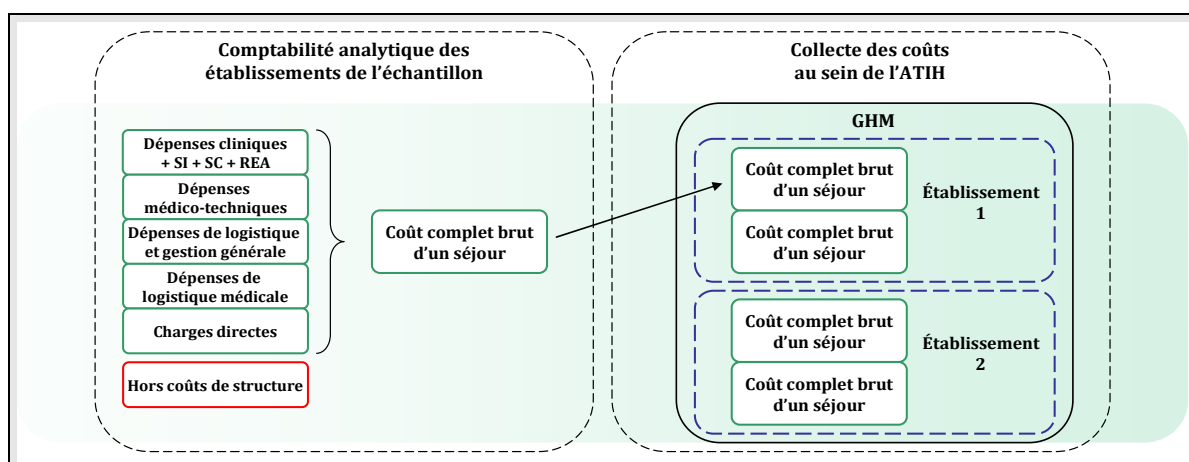
À l'autre bout du spectre, dans le secteur ex-DG, 204 GHM sont à l'origine de moins de 30 séjours chacun, parmi lesquels 3 GHM ne sont à l'origine d'aucun séjour en 2009. Dans le secteur privé lucratif, les GHM de moins de 30 séjours sont au nombre de 686, dont 172 n'ayant donné lieu à aucun séjour.

## 2.2. Le processus de collecte des coûts laisse apparaître de multiples défaillances

L'étude nationale des coûts (ENC), mise en place par une circulaire du 28 février 1992 de la direction des hôpitaux, vise par l'observation d'un échantillon d'établissements publics et privés à :

- construire une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, pour servir de fondement à la fixation des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;
- publier des coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, permettant aux établissements de comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne, par le biais de tableaux coûts case mix (TCCM) ;
- constituer une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

**Encadré 15 : Schéma de la collecte des coûts au sein des établissements de l'échantillon**



*Source : Mission IGF.*

*SI : soins intensifs ; SC : surveillance continue ; REA : réanimation.*

Cette étude, effectuée à partir d'un échantillon dont la représentativité est discutable (2.2.1.), se fonde sur des données anciennes (2.2.2.) de comptabilité analytique qui reflètent imparfaitement les coûts réels par GHM (2.2.3.).

### 2.2.1. Une représentativité perfectible des échantillons

- ◆ Les établissements constituant les échantillons

L'ENC se fonde sur deux échantillons d'établissements de santé volontaires, publics et privés. En 2009, l'échantillon se compose de :

- 51 établissements validés du secteur ex-DG, pour un total de 2,8 millions de séjours, soit un taux de sondage de 18 % par rapport au nombre de séjours nationaux ;
- 20 établissements validés du secteur ex-OQN, soit la moitié du nombre d'établissements de l'année précédente, pour un total de 320 850 séjours, qui correspondent à un taux de sondage de moins de 4 %.

## Annexe I

**Tableau 6 : Évolution de l'échantillon ENC dans le secteur ex-DG**

Année	2006	2007	2008	2009
Nombre d'établissements intégrés	42	55	53	51
Dont CHU*	10	13	17	16
Nombre de séjours/séances ENC**	1 523 062	2 258 903	2 700 611	2 872 127
Nombre de GHM	2 190	2 189	2 282	2 318
Nombre de séjours/séances national	13 609 899	14 629 117	15 003 052	15 544 969
Taux de sondage*** (en %)	11,19	15,44	18,00	18,48

*Source : ATIH.*

*\*Les établissements comptabilisés sont les établissements géographiques. Chaque établissement de l'AP-HP participant compte donc pour un établissement.*

*\*\*Le nombre de séjours et séances de l'ENC est produit après trimage.*

*\*\*\*Le taux de sondage correspond au nombre de séjours et séances de l'ENC par rapport au nombre de séjours et séances au niveau national.*

Dans le secteur ex-DG, même si le nombre d'établissements intégrés a diminué depuis 2007, passant de 55 à 51 en 2009, le nombre de séjours et de séances augmente, conduisant à une amélioration du taux de sondage de 11,19 % à 18,48 %. Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation du nombre de CHU, dont la « palette » de GHM est plus large que celle des autres établissements de santé.

**Tableau 7 : Évolution de l'échantillon ENC dans le secteur ex-OQN**

Année	2006	2007	2008	2009
Nombre d'établissements intégrés	32	44	11	20
Nombre de séjours/séances ENC	661 026	845 922	177 776	320 850
Nombre de GHM	1 747	1 796	1 520	1 626
Nombre de séjours/séances national	7 120 617	8 536 419	8 607 803	8 717 942
Taux de sondage (en %)	9,28	9,91	2,07	3,68

*Source : ATIH.*

Dans le secteur ex-OQN, le nombre d'établissements participant a fortement diminué en 2008, puisque la FHP-MCO a appelé au boycott de l'ENC, revendiquant une évolution de la méthodologie de l'enquête. Elle demandait notamment une prise en compte de la participation des salariés, du montant de l'impôt sur les sociétés, mais également une modification de certaines clés de répartition des charges.

Suite à la levée de ce boycott en 2009, les établissements ex-OQN intégrés ont été plus nombreux – 20 en 2009 – mais le taux de sondage n'est passé que de 2,07 % à 3,68 %, les établissements de l'échantillon étant plutôt de taille réduite.

◆ **Les critères de constitution de l'échantillon de l'ATIH**

La stratégie de fixation de l'échantillon repose à la fois sur des considérations de qualité et sur des éléments de charge de gestion pour l'ATIH.

En ce qui concerne la qualité, l'ATIH appuie sa démarche de sélection sur trois principes de base :

- plus l'échantillon est de grande taille, plus les estimations de coûts moyens sont précises. Ce principe trouve néanmoins ses limites au niveau de la gestion de l'étude : plus l'échantillon est important, moins l'ATIH peut consacrer de moyens d'accompagnement et de contrôle par établissement, au risque d'une dégradation de la qualité des données collectées ;
- plus l'échantillon est stable dans le temps, plus les évolutions de coûts moyens d'une année sur l'autre sont précises et plus, compte tenu du mécanisme d'apprentissage, les données sont fiables ;

## Annexe I

- la mise en place d'un système d'information et de comptabilité analytique adapté au processus de collecte des données dans les établissements est une condition essentielle de la qualité.

L'analyse de la composition de l'échantillon et de son évolution au cours du temps tend à montrer que l'objectif de stabilité s'est effectivement traduit par une part fixe de l'échantillon correspondant à 60 % d'établissements, entre 2006 et 2009 pour le secteur ex-DG<sup>22</sup>.

La priorité de l'ATIH est l'amélioration de la représentativité de l'échantillon en termes de GHM, bien davantage qu'en termes d'établissements. Le « calage » des coûts a précisément pour objet de retraiter les coûts collectés par établissement afin de modifier les poids de sondage initiaux et les rapprocher des caractéristiques de l'ensemble des établissements de santé (cf. partie 3.1.1.3.).

Il convient de remarquer que les travaux réalisés par la mission montrent que, dans l'échantillon ENC, le taux de variance des coûts des séjours expliquée par l'effet établissement est très faible en moyenne (cf. partie 2.3.1). Ces résultats mettent en évidence le fait que, compte tenu de la qualité des données collectées et de leur très forte dispersion, une individualisation totale des tarifs par établissement, c'est-à-dire une neutralisation totale de l'effet établissement, ne permettrait de supprimer qu'une part réduite de la variance des coûts au sein des GHM. Aussi, un raffinement du calcul des coûts et des tarifs en fonction des établissements représenterait un coût de maintenance totalement disproportionné au regard du bénéfice sur la précision de l'adaptation des tarifs aux facteurs de coûts.

### ◆ La pertinence d'un élargissement de l'échantillon

L'élargissement de l'échantillon des établissements de l'ENC est fréquemment présenté comme un facteur d'amélioration de sa représentativité, tant au regard des établissements que des GHS qui sont pratiqués en leur sein.

Toutefois, l'analyse du casemix de l'ensemble des établissements de santé en 2009 montre qu'un nombre non négligeable de GHM représentent moins de 30 séjours dans chacun des deux secteurs : dans le secteur ex-DG, 204 GHM sont à l'origine de moins de 30 séjours chacun, et dans le secteur privé lucratif, 686 GHM ont donné lieu à moins de 30 séjours, dont 172 sans aucun séjour (cf. 2.1.2). Par conséquent, même dans l'hypothèse d'une collecte exhaustive des coûts dans l'ensemble des établissements français, près de 9 % des GHS de l'échelle nationale des coûts du secteur ex-DG et plus de 29 % des GHS de l'échelle du secteur ex-OQN feraient l'objet d'une estimation statistique<sup>23</sup> de leur coût.

Aussi, l'analyse d'un élargissement de l'échantillon suppose de prendre en considération à la fois la capacité pour les établissements de développer un système de comptabilité analytique performant, le gain marginal apporté par l'intégration d'établissements supplémentaires et le coût de l'élargissement.

La démarche dite « d'échantillon raisonné » permet à l'ATIH d'identifier les établissements permettant d'améliorer la qualité de l'échantillon, au-delà du seul critère du volontariat. Dans une note de décembre 2011 relative à l'échantillon raisonné MCO pour la campagne 2012, l'ATIH précise que la démarche initiée en ce sens n'a apporté, jusqu'à présent, que des améliorations quantitatives, sous la forme d'une augmentation du taux de sondage et du nombre de séjours recueillis.

---

<sup>22</sup> De 2006 à 2009, 69 établissements différents du secteur ex-DG ont appartenu à l'échantillon ENC. Sur ces 69 établissements, 30 ont été intégrés tous les ans, 17 ont été interrogés trois fois, 8 à deux reprises et 14 une seule fois.

<sup>23</sup> Pour les GHM de moins de 30 séjours, l'ATIH ne calcule pas le coût moyen, mais utilise une procédure d'estimation statistique visant à déterminer le coût du GHM en fonction de sa place dans la hiérarchie des racines de la nomenclature de la V11 de la classification (cf. 3.1.1.3.)

## Annexe I

Toutefois, l'ATIH entreprend désormais d'introduire la notion de type d'établissement et d'environnement dans la problématique d'échantillonnage. Cette nouvelle méthode de sélection ne s'applique néanmoins qu'au secteur ex-DG, la priorité étant d'améliorer le taux de sondage et le nombre de séjours recueillis – encore beaucoup trop faibles – dans le secteur ex-OQN. Comme le précise la note précitée, « suite à l'intégration de grands CHU dans l'échantillon (HCL, CHU de St-Etienne, AP-HM en test sur 2010), la réflexion ne doit plus porter uniquement sur l'amélioration du taux de sondage, mais sur l'amélioration de la qualité de l'estimation (mesurée à travers l'ERE) et sur la représentativité de l'ENC en termes de type d'établissement et de caractéristiques médicales du GHM (durée de séjour,...) et sur d'autres critères propres à l'établissement ».

Quatre critères de sélection ont été envisagés pour l'évolution de l'échantillon du secteur ex-DG :

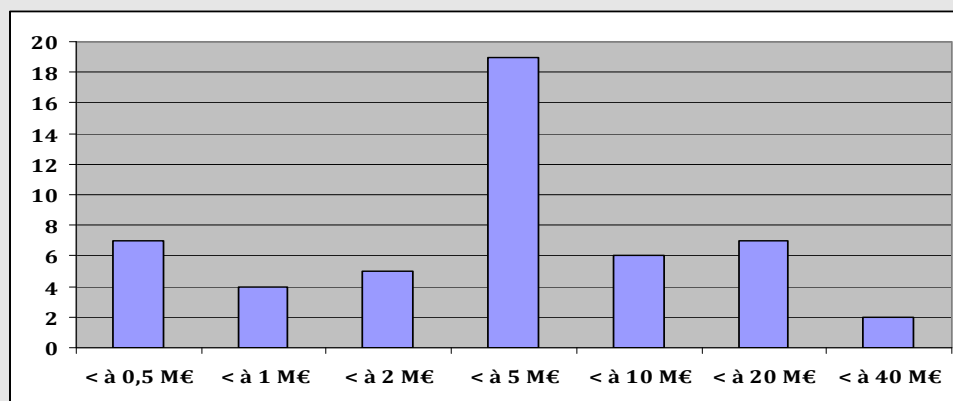
- amélioration du taux de sondage, c'est-à-dire de la proportion de séjours de l'ENC dans le nombre total de séjours ;
- amélioration sur le critère de l'erreur relative d'échantillonnage (ERE), définie comme le rapport entre l'écart type associé à l'erreur d'échantillonnage et le coût moyen pour chaque GHM ou GHS<sup>24</sup>, qui n'est pas forcément garantie par l'augmentation du nombre de séjours ;
- amélioration de la représentativité des cinq types d'établissements par GHM ;
- amélioration de la représentativité en termes de variables dites de calage, c'est-à-dire de sélection des GHM qui présentent des écarts significatifs entre les données ENC et les données nationales.

Ce dernier critère n'a pas été retenu par l'ATIH, l'introduction d'un établissement pouvant diminuer l'écart entre les durées moyennes de séjours sur quelques GHM, tout en entraînant des effets contraires sur d'autres.

### Encadré 16 : Liste des GHM dont l'ERE est supérieure à 20 % dans le secteur ex-DG

La note de l'ATIH relative à l'échantillon MCO pour la campagne 2012 comporte en annexe la liste des GHM présentant une ERE supérieure à 20 % dans le secteur ex-DG. Ces GHM sont au nombre de 50, ils représentent 48 781 séjours dans l'ENC et 175 744 séjours au niveau national.

**Graphique 7 : Répartition des GHM dont l'ERE est supérieure à 20 % en fonction de leur coût total estimé en 2009**



Source : Données ATIH – Retraitement mission IGF.

<sup>24</sup> Exprimée en pourcentage, l'ERE permet d'apprécier l'incertitude relative qui entoure l'estimation du coût moyen  $\hat{C}$  du GHM. Comme l'indique la notice technique de l'ATIH relative au référentiel de l'ENC, en ordre de grandeur, il est estimé qu'il existe environ 95 chances sur 100 pour que le vrai coût moyen – celui qui serait par définition obtenu à partir de l'ensemble des séjours produits par l'ensemble des établissements du champ MCO – soit compris dans l'intervalle de confiance :  $[\hat{C}(1-2.ERE) ; \hat{C}(1+2.ERE)]$

## Annexe I

Le graphique précédent met en évidence la répartition de ces 50 GHM en fonction de leur coût total estimé en 2009, défini comme le nombre de séjours au niveau national multiplié par le coût moyen de l'ENC. Il apparaît que les GHM dont la qualité de l'échantillonnage est faible représentent des enjeux financiers importants : 34 GHM ont un coût total estimé supérieur à 2 millions d'euros en 2009, dont 9 GHM avec un coût supérieur à 10 millions d'euros.

Les deux GHM dont les enjeux financiers sont les plus importants sont les autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 (06M092) et les prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire (13C16)), dont le coût estimé s'élève à 32 millions d'euros en 2009.

À partir de la combinaison des trois premiers critères, l'ATIH est parvenue à une liste d'établissements, dont avaient été exclus l'APH-HP – qui fait l'objet d'une analyse spécifique -, les établissements qui n'ont jamais été validés et ceux qui sont sortis de l'ENC. L'étude conclut à une augmentation souhaitable du nombre de grands CH et de CLCC de grande taille, les CHU étant par ailleurs surreprésentés et les PSPH correctement représentés, tout comme les CH de petite taille.

Pour le secteur ex-OQN, la priorité demeure l'amélioration du taux de sondage. Pour ce faire, l'ATIH a croisé la liste des plus gros établissements du secteur qui n'avaient pas été proposés l'année dernière, avec la liste de 99 GHM dont il faudrait améliorer la représentativité<sup>25</sup>. Douze établissements ont ainsi pu être identifiés.

À la demande de la mission, l'ATIH a réalisé une évaluation du coût d'un élargissement de l'échantillon correspondant aux améliorations qualitatives et quantitatives identifiées précédemment. Les modifications proposées de l'échantillon consistent donc en :

- l'intégration de quatre grands CH : les CH de Valenciennes, de Saint Briec, du Mans et de Bretagne Atlantique ;
- le remplacement de deux CLCC par trois CLCC plus grands ;
- l'intégration de douze nouveaux établissements ex-OQN.

Le coût externe d'un échantillon élargi hors ETP, composé de la rémunération de l'établissement et du coût de la supervision, s'établirait à 5,7 millions d'euros, soit une hausse de 1,6 million d'euros hors ETP par rapport au coût actuel. Par ailleurs, un tel élargissement engendrerait également des surcoûts internes à l'ATIH, estimés à 1 ETP supplémentaire.

**Tableau 8 : Évaluation par l'ATIH du coût de l'élargissement de l'échantillon**

	Échantillon 2010	Échantillon élargi
Nombre d'établissements	89	119
Nombre de RSA pondéré	3 241 681	4 204 567
Éléments de coûts :		
<b>- Coûts internes</b>		
Personnel ATIH	3,3 ETP	4,4 ETP
Frais divers	7 000 €	9 000 €
<b>- Coûts externes</b>		
Rémunération Établissements	3 636 183 €	4 672 027 €
Part fixe	2 152 164 €	2 684 571 €
Part variable	1 390 182 €	1 861 785 €
Éléments variables	93 837 €	125 671 €
Supervision	525 000 €	987 184 €
<b>Coût total (hors ETP)</b>	<b>4 168 183 €</b>	<b>5 668 211 €</b>

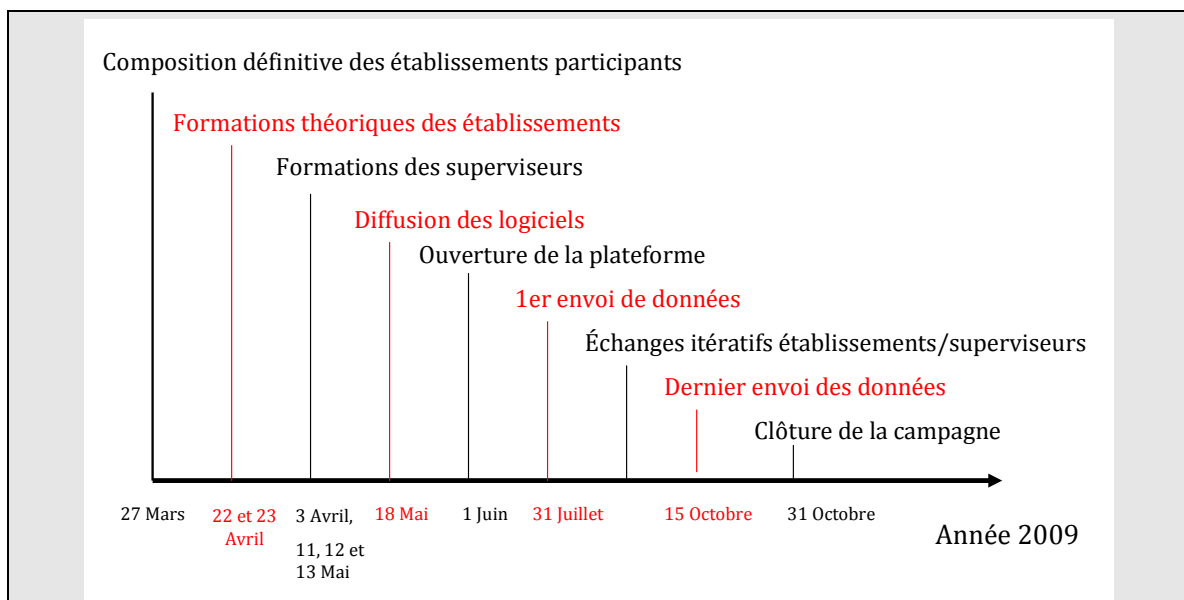
*Source : ATIH.*

<sup>25</sup> Les critères définis pour filtrer les GHM sont : un coefficient de variation (CV) supérieur à 20 % ou vide, un taux de sondage de séjour inférieur à 30 %, un nombre de séjours nationaux supérieur à 500, une masse tarifaire supérieure à 100 000 € et un nombre d'établissements produisant le GHM inférieur à 200.

### 2.2.2. Un écart croissant entre données collectées et construction tarifaire

Le temps de collecte et de retraitement des données de coûts dans les établissements de santé de l'échantillon conduit à un écart de 2 à 3 ans entre les coûts de référence et les tarifs calculés.

**Encadré 17 : Calendrier de la campagne de collecte des coûts de l'ENC 2008**



Source : ATIH.

Le passage des coûts T2A aux tarifs bruts repose sur un coefficient d'ajustement calculé à partir des coûts collectés à des dates différentes selon l'année. Aussi, les tarifs bruts ont été calculés :

- pour 2009, à partir des coûts 2006 ;
- pour 2010, à partir des coûts 2006 et 2007 ;
- pour 2011, dans le secteur ex-DG, à partir des coûts 2006, 2007 et 2008, et dans le secteur ex-OQN, à partir des coûts 2006 et 2007 ;
- pour 2012, dans le secteur ex-DG, partir des coûts 2006, 2007, 2008 et 2009, et dans le secteur ex-OQN, à partir des coûts 2006, 2007 et 2009.

L'étape de construction des tarifs bruts moyens témoigne de l'ancienneté croissante des coûts de référence utilisés. Alors que l'écart était de 3 ans en 2009 entre les coûts collectés et les tarifs, il n'a cessé de s'accroître avec la prise en compte de coûts plus anciens, datant de 3 à 6 ans pour la campagne 2012.

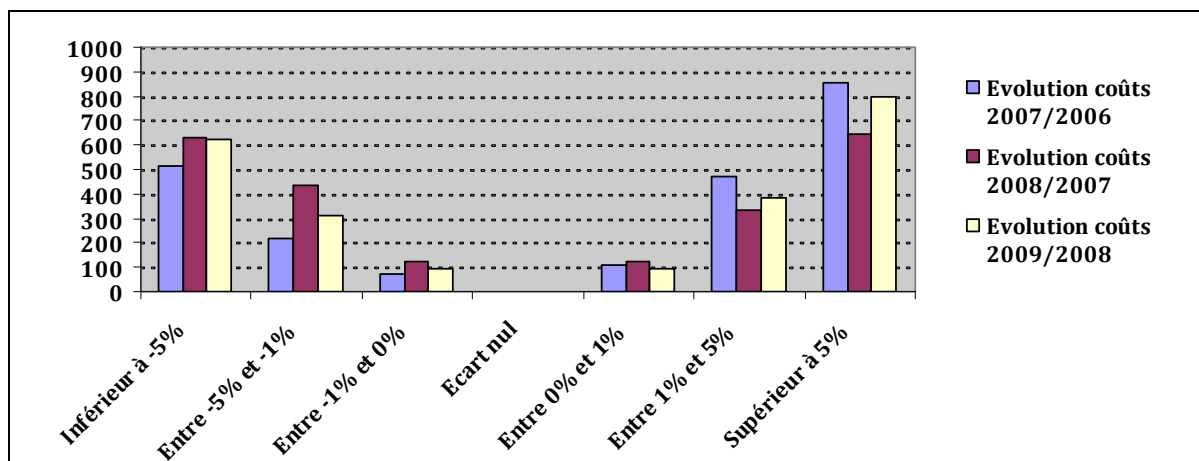
L'analyse des coûts après abattements au séjour correspondant à l'alignement sur le périmètre T2A (cf. partie 4.1.1.), avant abattements par GHM et débasage<sup>26</sup>, de 2006 à 2009 témoigne d'évolutions erratiques. Ainsi, appliquée au même case-mix de l'année 2009, il apparaît que l'enveloppe des coûts a augmenté de 2,83 % entre 2006 et 2007, puis a diminué de 0,43 % entre 2007 et 2008, avant d'augmenter de nouveau de 0,44 % entre 2008 et 2009, dans le secteur ex-DG. Dans le secteur ex-OQN, les coûts T2A ont augmenté de manière plus significative, puisqu'ils ont progressé de 5,10 % entre 2006 et 2007 et de 5,26 % entre 2007 et 2009. Ces évolutions peuvent s'expliquer en partie par le poids des suppléments journaliers, qui peuvent varier dans des proportions importantes d'une année sur l'autre.

<sup>26</sup> Les coûts utilisés dans cette analyse sont les coûts des ENC 2006 à 2009, après abattements au séjour, permettant de les rapprocher du périmètre tarifaire de la T2A. Ils correspondent toutefois à l'étape précédant les



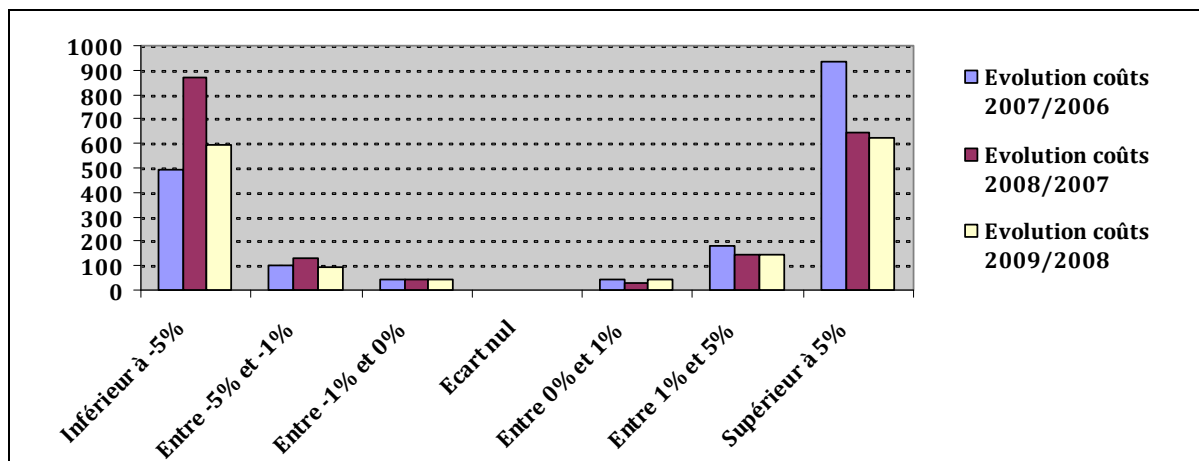
## Annexe I

**Graphique 8 : Répartition des GHM en fonction de l'évolution de leurs coûts T2A dans le secteur ex-DG**



*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Graphique 9 : Répartition des GHM en fonction de l'évolution de leurs coûts T2A dans le secteur ex-OQN**



*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Les graphiques précédents relatifs à la répartition des GHM en fonction de l'évolution de leurs coûts T2A montrent que les coûts des GHM subissent des évolutions très contrastées :

- dans le secteur ex-DG, entre 500 et 650 GHM chaque année ont vu leur coût diminuer d'au moins 5 % entre 2006 et 2009, tandis que 650 à 850 GHM ont connu une hausse de leur coût de plus de 5 % ;
- dans le secteur ex-OQN, entre 500 et 900 GHM ont vu leur coût baisser d'au moins 5 % entre 2006 et 2009 d'une année sur l'autre, alors que 600 à 950 GHM ont connu une augmentation de leur coût de plus de 5 %.

---

abattements au GHM, notamment la déduction des suppléments journaliers, et le débasage des montants liés à la permanence des soins hospitaliers (PDSH) et à la précarité, financés par des MIG.

Ces évolutions reflètent davantage, outre l'influence des suppléments journaliers, la qualité incertaine des données collectées que les évolutions de coûts. Par conséquent, la question de la prise en compte du progrès technique, pour laquelle le *lag* de trois ans ou plus entre les coûts et les tarifs pourrait constituer un obstacle, paraît relativement anecdotique au regard de ces résultats. En outre, la reconnaissance des techniques innovantes passe par d'autres biais : les dédoublements de GHS permettent de diviser les tarifs en fonction des techniques de prise en charge utilisées (cf. partie 4.1.1.), sans attendre leur répercussion dans l'étude nationale des coûts.

### **2.2.3. Des règles de comptabilité analytique qui ne permettent pas la restitution d'une image fidèle et harmonisée des coûts**

#### **2.2.3.1. Présentation de la comptabilité analytique hospitalière**

- ◆ Le cadre juridique de la comptabilité analytique hospitalière

Les établissements publics de santé sont soumis à l'instruction M21, inspirée du plan comptable général et rénovée le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Des travaux de fiabilisation sont en cours, dans le cadre de l'objectif de certification des comptes hospitaliers à horizon 2014.

En matière de comptabilité analytique, le décret n°2010-425 du 29 avril 2010 modifie le code de la santé publique pour préciser les obligations des établissements publics de santé et des établissements de santé privés ex-PSPH. Ainsi :

- « le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement (...) » dont il communique les résultats au conseil de surveillance ;
- « le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement (...), un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement », qu'il doit transmettre à l'ARS au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos. Ce tableau est communément désigné sous l'expression de retraitements comptables (RTC).

L'article R.6145-7 du code de la santé publique prévoit également que les modalités de construction de la comptabilité analytique, ainsi que le modèle du tableau, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, élaboré par la DGOS, a été publié au mois d'octobre 2011. Dépourvu de caractère contraignant, il constitue un encouragement à une harmonisation des méthodes de comptabilité analytique hospitalière en les faisant converger vers les règles applicables dans le cadre de l'étude nationale des coûts. Des études complémentaires seraient nécessaires pour apprécier l'utilisation qu'en font les établissements.

**Encadré 18 : Historique de la comptabilité analytique hospitalière**

- Avant 1983, les établissements étaient dotés d'instruments de comptabilité analytique qu'ils partageaient avec leurs tutelles. La première instruction comptable M21 applicable aux hôpitaux et hospices publics comportait des développements de comptabilité analytique inspirée de la méthode des coûts complets, permettant aux établissements de calculer les prix des journées sur la base desquels ils facturaient leurs prestations à l'Assurance maladie, aux autres tiers payants et aux patients. La feuille de répartition et d'imputation était une méthode largement déployée de connaissance des coûts hospitaliers, directs et indirects, et de leur imputation.
- A partir de 1983, la dotation globale a fait perdre de son intérêt à cette comptabilité analytique, à visée essentiellement tarifaire.
- Des dispositifs d'incitation à la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière ont été mis en œuvre successivement :
  - le décret du 11 août 1983 prévoyait que les établissements devaient s'organiser en centres de responsabilité, pour lesquels seraient établis des tableaux comportant des éléments relatifs à leur activité, aux moyens mis en œuvre et aux consommations d'actes, de biens et de services ;
  - la circulaire du 21 avril 1997 rappelle la nécessité de développer une comptabilité analytique, notamment dans le cadre de la contractualisation interne ;
  - un guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière a été diffusé par l'administration centrale en 1997 et mis à jour en 2004. Ce document, dépourvu de caractère normatif, proposait différents modèles plus ou moins élaborés, fondés sur une nomenclature unique et un ensemble de règles d'affectation des charges.
- Le passage à la T2A a accéléré le recours à des outils de comptabilité analytique hospitalière, nécessaires pour permettre la valorisation de l'activité des services. La mise en place des pôles et la loi HPST du 21 juillet 2009 ont également renforcé la nécessité du recours à la CAH.
- Le décret n°2010-425 du 29 avril 2010 a introduit l'obligation de tenir une comptabilité analytique pour les établissements du secteur ex-DG, mais n'a pas imposé de cadre harmonisé, permettant des comparaisons entre hôpitaux.

*Source : Rapport IGAS, « Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé », 2010*

◆ Les différents modes d'affectation des coûts

Les méthodologies de comptabilisation des coûts se déclinent en deux grandes catégories :

- dans un modèle d'identification des coûts à un niveau macro (*gross costing*) les coûts sont calculés à partir des données comptables des hôpitaux à un niveau agrégé alors que dans le modèle d'identification des coûts à un niveau micro (*micro-costing*) tous les déterminants du coût sont mesurés au niveau le plus détaillé possible ;
- dans une démarche descendante (utilisée en France) les coûts sont distribués d'abord sur les services et ensuite sur les séjours à l'aide d'une clé de répartition, conduisant *in fine* à un coût moyen par patient, alors que dans une démarche ascendante, les coûts sont calculés en identifiant les ressources réelles utilisées pour chaque patient.

Plusieurs méthodes de comptabilité analytique se sont développées au fil du temps, comme le précise le rapport de l'IGAS sur les pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé<sup>27</sup> de décembre 2010 :

<sup>27</sup> Rapport de l'IGAS, Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé, décembre 2010.

## Annexe I

- le dispositif des retraitements comptables a pour but d'isoler, à l'intérieur des comptes des établissements, les charges correspondant aux activités MCO financées par la T2A. Les informations provenant de ce recueil font l'objet d'une centralisation nationale, après validation par les ARS ;
- les études nationales de coûts ont pour objet de déterminer une échelle de coûts servant de base au calcul des tarifs. L'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCc) succède à deux études distinctes : l'étude nationale de coûts en vigueur dans le secteur ex-DG depuis 1996, qui avait permis à l'origine le calcul des points ISA (dont le mode de calcul est détaillé en annexe III), et l'étude de coûts dans le secteur ex-OQN menée pour les années 2004 et 2005. La même démarche s'est appliquée aux soins de suite et de réadaptation (SSR), avec un guide publié par l'ATIH en février 2010, et à l'hospitalisation à domicile (HAD), avec un guide publié par l'ATIH en mars 2009 ;
- la base de données du CHU d'Angers repose sur le calcul des coûts par activités. Il s'agit d'une démarche volontaire, comparative et non normative. Actuellement 200 établissements participent à la base ;
- la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH, ex-ANAP), dans le cadre de la mise en place des pôles, a déployé deux outils, le tableau dit « coûts case mix » (TCCM) qui a pour objectif de comparer les pôles MCO de l'établissement avec des pôles théoriques valorisés aux coûts de l'ENC, et le compte de résultat analytique par pôle (CREA).

Le modèle de la CAH, défini dans le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, s'apparente à un modèle de coût complet issu de la méthode des sections homogènes. Le tarif des GHS finance en effet l'ensemble des moyens nécessaires à la production de soins mobilisés dans le cadre du séjour d'hospitalisation. Il couvre non seulement la production directe de soins, réalisée en unité d'hospitalisation, mais également l'utilisation d'activités indirectes comme les prestations médico-techniques, sans oublier les fonctions support liées à l'hôtellerie, l'administration et aux infrastructures.

La méthode des sections homogènes a pour corollaire la définition de deux natures distinctes de sections d'analyse :

- sections d'analyse principales ou définitives, SA collectant l'ensemble des coûts associés à la production de soins. Il s'agit des sections d'analyse recouvrant les activités cliniques, destination finale de l'ensemble des charges d'un établissement de santé ;
- sections d'analyse auxiliaires, SA collectant le coût des activités non cliniques, appelées en comptabilité analytique activités supports. Elles sont destinées à être réparties vers les SA principales.

La ventilation d'une section d'analyse auxiliaire vers les sections d'analyse définitive nécessite de définir une clé de ventilation pertinente et signifiante au regard de l'activité de la section considérée, permettant de ventiler les charges nettes d'une activité sur les différentes sections d'analyse bénéficiaires de sa prestation.

Pour obtenir le coût complet d'une activité, on recueille toutes les informations économiques et financières engagées, qu'il s'agisse de charges directes, imputables sans ambiguïté, ou de charges indirectes, issues des activités supports et ventilées au moyen des clés.

Le coût de production d'une activité (charges directes et indirectes) se mesure au moyen des unités d'œuvre. L'unité d'œuvre (UO) permet de mesurer la production d'une activité dont on veut calculer le coût unitaire.

### 2.2.3.2. Analyse de la qualité de la comptabilité analytique

◆ Les règles de comptabilité analytique de l'ENC

La mission s'est employée, dans cette partie, à apprécier la qualité et la cohérence des règles de comptabilité analytique de l'ENC, et non des pratiques de comptabilité analytique hospitalière mises en œuvre par les établissements de santé (cf. annexe III sur la lecture du signal prix). Elle prétend ainsi mesurer la pertinence de la méthodologie prescrite aux établissements de l'échantillon pour la collecte des coûts et la construction de l'outil tarifaire. L'utilisation effective des outils de l'ENC par les établissements, notamment des tableaux coûts case mix (TCCM)<sup>28</sup>, fera l'objet de développements dans l'annexe III.

Le principe général de l'ENC est de suivre et d'affecter directement au séjour, grâce à un suivi par patient, tout ce qui représente un facteur de coût significatif du séjour (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins, etc.). En revanche, les autres catégories de coûts sont réparties sur les séjours de manière plus globale, en fonction de clés de répartition.

Les établissements de l'échantillon procèdent ainsi au découpage de leur activité en sections d'analyse (SA), qui correspondent à des compartiments d'affectation des charges analytiques, supposant une homogénéité de l'activité.

Les rubriques du découpage, définies pour l'ENCC, s'articulent directement avec l'arbre analytique du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière (CAH) et avec les règles de financement de la tarification à l'activité. Les grandes rubriques sont les suivantes :

- fonction clinique ;
- fonction médico-technique ;
- fonctions logistiques ;
- redevances des praticiens libéraux et remboursements des budgets annexes ;
- activités subsidiaires (rétrocessions de médicaments) ;
- missions d'intérêt général (hors MERRI fixes) MCO ;
- dotation nationale pour le développement des réseaux.

L'établissement opère le découpage en tenant compte des spécificités de son fonctionnement et de son organisation. Le découpage analytique est imposé ou en saisie libre selon les catégories de sections : pour les SA cliniques, médico-techniques et mixtes, le découpage est libre et propre à l'établissement ; pour l'ensemble des autres sections, le découpage est soit imposé, soit défini au moyen de listes fermées.

Les établissements bénéficient ainsi d'une grande latitude dans la définition de leur découpage analytique.

Les règles d'affectation des charges, issues du plan comptable simplifié, aux sections, ont pour objectif de favoriser la connaissance et l'analyse du coût médical. Elles sont décrites au sein du guide de l'ENCC-MCO, dont la dernière actualisation date d'avril 2010 et s'articulent autour des étapes suivantes :

---

<sup>28</sup> Le tableau coût case-mix (TCCM) permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'ENC. Cet outil a été conçu pour identifier les spécificités, en termes de structure de coûts ou d'activité, d'un établissement par rapport à l'échantillon des établissements de l'ENC faisant office de référentiel. Le principe du TCCM consiste donc à comparer - pour les séjours d'un établissement donné (case-mix) - les coûts et l'activité observés dans l'établissement avec ceux calculés dans le référentiel.

## Annexe I

- répartition de l'ensemble des charges entre les SA<sup>29</sup>, hors charges non incorporables<sup>30</sup>, et une fois l'affectation réalisée, regroupement des charges des sections en un nombre limité de postes ;
- répartition des produits hors T2A (produits admis en atténuation des coûts de l'étude, produits des redevances des praticiens libéraux par exemple) entre les SA ;
- ventilation des fonctions logistiques entre les champs d'activité des établissements et, dans le champ MCO, sur les SA d'hospitalisation MCO. Les clés de répartition utilisées sont :
  - l'euro de charges de dépenses médicales gérées par la pharmacie, pour la pharmacie et la section hygiène hospitalière et vigilances ;
  - le mètre cube stérilisé pour la stérilisation ;
  - le montant d'actif brut médical immobilisé pour le génie biomédical ;
  - le nombre de repas servis aux patients pour la restauration ;
  - le nombre de kilos de linge pour la blanchisserie ;
  - l'euro de charges brutes pour les services administratifs à caractère général et pour la section structures-financier ;
  - les effectifs pour les services administratifs liés au personnel ;
  - le nombre de dossiers créés pour l'accueil et la gestion des malades ;
  - le mètre carré SHOB des services de soins et des plateaux médico-techniques pour les services hôteliers, la section entretien/maintenance et pour la section structure-immobilier ;
  - le nombre de postes informatiques pour la section des systèmes d'information et de l'organisation ;
  - le nombre de résumés PMSI pour le département de l'information médicale (DIM) ;
  - le nombre de courses de brancardage et de courses motorisées pour le brancardage et le transport motorisé des patients ;
- valorisation des séjours à partir du déversement des coûts des sections d'activité cliniques (SAC), médico-techniques (SAMT) et mixtes (SAMX), au prorata des unités d'œuvre (UO) qu'ils ont consommées. Cette étape suppose à la fois de recueillir le nombre total d'UO produites au cours de l'année et le nombre d'UO consommées par chaque séjour PMSI. Le coût unitaire de l'UO s'obtient ainsi en divisant le total des dépenses de la SA par le nombre d'UO produites<sup>31</sup>. Les unités d'œuvre varient en fonction des SA :
  - la journée, pour les SAC ;

---

<sup>29</sup> Le modèle ENC prévoit, parallèlement à l'affectation systématique des charges aux sections, d'affecter certaines d'entre elles directement aux séjours MCO qui les ont consommées. Il s'agit notamment des médicaments, produits sanguins, DMI et de la sous-traitance à caractère médical, ainsi que des honoraires médicaux pour les établissements ex-OQN.

<sup>30</sup> Certaines charges, présentant un caractère inhabituel ou exceptionnel, sont considérées comme non incorporables dans l'ENC. Il s'agit notamment d'une partie des charges financières, des charges exceptionnelles et des dotations aux provisions. La participation des salariés au fruit de l'expansion et l'impôt sur les bénéfices, éléments hors exploitation subordonnés à la réalisation d'un bénéfice fiscal, sont aussi considérés comme non incorporables.

<sup>31</sup> Le double recueil des UO entraîne un écart entre le total des dépenses par SA et le montant réparti par séjour. Le dénombrement des UO se fait en effet pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, alors que les UO consommées correspondent aux UO enregistrées sur les séjours clos au cours de l'année. Ces écarts doivent toutefois être faibles, les séjours en cours en début d'année se compensant généralement avec les séjours en cours en fin d'année.

## Annexe I

- l'indice de coût relatif (ICR), pour les blocs opératoires, imagerie, anesthésiologie, explorations fonctionnelles, radiothérapie, dialyse et chirurgie ambulatoire ;
- le passage, pour les urgences ;
- le temps de transport, pour les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- le P/PHN et le B/BHN, pour les laboratoires d'anatomo-pathologie et de biologie médicale ;
- l'oméga CCAM et la journée, pour la réanimation ;
- déversement des coûts de logistique et gestion générale (LGG) et de structure (STR) sur les séjours, au moyen de trois clés : la durée de séjour, le nombre de RSA et l'euro de charge de séjour, selon le type de séjour/séance.

Ces différentes étapes permettent d'obtenir pour chaque établissement et pour chaque exercice comptable, un coût du GHM.

Pour toutes les sections d'activité cliniques, pour une partie de l'activité de réanimation, et pour une partie des coûts de logistique et de gestion générale, les coûts sont donc calculés au prorata de la durée de séjour des patients dans l'établissement.

### **Encadré 19 : L'expérimentation de la prise en compte du coût du capital investi dans l'exploitation**

L'ENC repose sur le principe de coûts constatés, issus d'exercices clôturés. La rémunération des capitaux investis dans l'exploitation n'est certaine et incorporée dans les charges financières que pour les capitaux empruntés. Elle est aléatoire et exclue des coûts pour les capitaux propres.

Il subsiste donc une incertitude économique si des établissements de même nature, l'un fortement endetté, l'autre riche en fonds propres, sont comparés : les coûts du premier, plus lourds toutes choses égales par ailleurs, risquent de conduire à des appréciations erronées.

L'ENC a entrepris de corriger ce biais, en expérimentant la prise en compte d'un coût des capitaux investis dans l'exploitation sans distinction de leur nature (propres ou empruntés). Cela implique le retrait des charges d'intérêt et la substitution à celles-ci du coût financier des capitaux investis dans l'exploitation, sur la base d'un taux moyen annuel fixé chaque année en fonction du marché financier.

Pour l'heure, la notion de capitaux investis dans l'exploitation est limitée à l'actif net immobilisé employé dans les activités d'hospitalisation et les fonctions cliniques, médico-techniques et logistiques qui s'y rattachent. La trésorerie en est exclue et la prise en compte des besoins en fonds de roulement est subordonnée aux résultats d'études complémentaires.

*Source : Guide de l'ENCC MCO d'avril 2010.*

Les règles de comptabilité analytique de l'ENC ont fait l'objet de critiques, relatives tant aux options méthodologiques retenues, qu'au manque de transparence dont elles sont parfois assorties.

La FHP a notamment commandé une étude au cabinet KPMG sur ces questions, conduisant à déplorer plusieurs biais méthodologiques. Outre la question de la prise en compte de la sous-activité des établissements dans les coûts moyens de l'ENC, l'étude avait notamment conduit à soulever les points suivants :

- la non incorporation des charges relatives à la participation des salariés et à l'IS, pourrait induire une différence de traitement entre les établissements privés qui les supportent et les établissements publics ;
- la non incorporation de certains produits et charges exceptionnels pourrait nuire à l'exhaustivité des coûts collectés ;
- les règles de répartition de certaines charges indirectes sur les séjours ambulatoires pourraient être biaisées, puisqu'elles s'appuient sur le poids relatif des charges déjà affectées à ces séjours.



## Annexe I

### ◆ La fiabilité des données communiquées par les établissements de l'échantillon

Les établissements de l'échantillon ENC sont suivis par des « superviseurs », qui constituent leurs interlocuteurs privilégiés pour les questions de comptabilité analytique et de qualité des données. Ces derniers remettent des rapports réguliers à l'ATIH sur les deux à trois établissements dont ils ont la charge :

- un bilan préalable, remis en juin,
- un bilan intermédiaire à mi-parcours,
- un rapport de supervision dans lequel le superviseur exprime sa position sur la qualité des données et à partir duquel l'ATIH décide de valider ou non les données produites par l'établissement.

L'activité de supervision est confiée à la fois à un organisme superviseur, le centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), et à des superviseurs vacataires, qui sont pour la plupart des contrôleurs de gestion des établissements de santé. Malgré la meilleure qualité des rapports produits par le CNEH, la supervision demeure confiée à ces deux types de prestataires, en raison du coût plus important du CNEH (cf. encadré).

L'ATIH s'efforce toutefois d'homogénéiser au mieux la qualité de la supervision et, corrélativement des données produites par les établissements, en définissant des règles précises de contrôle et de restitution, et en maintenant les superviseurs auprès des mêmes établissements d'une année sur l'autre.

#### Encadré 20 : Évaluation du coût de la supervision des établissements de l'échantillon

Le coût de la supervision des établissements de l'échantillon se décompose en deux grands postes :

- le coût du suivi des établissements :
  - le coût de l'organisme superviseur (le CNEH) : 468 000 € répartis sur les exercices 2011 et 2012 ;
  - le coût des superviseurs vacataires : 57 000 €, pour 189 journées à 300 € ;
  - le coût du pôle ENC de l'ATIH : 2 ETP de contrôleurs de gestion, 0,9 ETP répartis sur trois statisticiens et 0,4 ETP d'encadrement ;
  - les frais divers de déplacement et de location de salles estimés à 7 000 € ;
- le coût de la rémunération des établissements participant à l'ENC :
  - la part fixe de 24 000 € par établissement ;
  - la part variable correspondant au nombre de RSA pondérés<sup>32</sup> multiplié par 0,45 € ;
  - le montant des intéressements et des pénalités<sup>33</sup>.

Le coût du suivi des établissements s'établit donc approximativement à 298 000 €, auxquels s'ajoutent les 49 500 € de coûts de personnel de l'ATIH<sup>34</sup>, pour l'année 2011.

Le coût de la rémunération des établissements s'est élevé à 3,6 millions d'euros en 2010.

Le coût de l'échantillon s'établit donc approximativement à 4,1 millions d'euros par an.

*Source : Données ATIH.*

<sup>32</sup> Nombre de RSA pondérés = nombre de RSA (hors séances) + (nombre de séances \* 0,1)

<sup>33</sup> Des intéressements et des pénalités sont versés aux établissements en fonction du respect des dates de validation, de la méthodologie et de l'exhaustivité des données produites. Ces sommes diffèrent selon que l'établissement est ancien dans l'ENC ou nouveau. Même lorsqu'elles sont conçues comme forfaitaires, les pénalités peuvent faire l'objet d'adaptation ou de plafonnement. Ainsi, les établissements de l'AP-HP bénéficient de dates de validation différées.

<sup>34</sup> Les 49 500 € de coûts de personnel sont évalués approximativement, en prenant un coût moyen annuel de 15 000 € pour un ETP.

## Annexe I

Malgré la supervision étroite des établissements participant à l'ENC, la collecte des coûts demeure soumise à de nombreux biais méthodologiques. La répartition des effectifs et – par conséquent – l'imputation des dépenses de personnel s'effectue notamment en fonction de la durée de séjour des patients.

Sans prétendre à une évaluation exhaustive de la qualité des règles de comptabilité analytique prescrites par l'ATIH dans le cadre de l'ENC, la mission s'est employée à mettre en lumière certains biais méthodologiques, qui peuvent porter préjudice à la qualité et à l'homogénéité de la collecte des coûts.

### ◆ La question des coûts de structure

Comme l'avait souligné la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2009, les coûts de structure (charges d'amortissement immobilier et charges financières des emprunts), sont présentés dans l'ENCc, mais ils ne sont pas inclus dans les « coûts complets », ni dans les « coûts T2A ». Les coûts de structure étant très dépendants de la composition de l'échantillon, l'ATIH a fait le choix de ne pas les inclure dans le coût total qui est présenté dans le référentiel. Le coût présenté dans l'ENC est donc le coût complet hors structure.

Or, les charges de structure sont financées à la fois par le biais des tarifs des GHS et des aides à la contractualisation (AC). De façon ponctuelle et non pérenne, des AC viennent ainsi compléter le financement en cas d'importantes restructurations ou d'accompagnements spécifiques décidés par les ARS.

Ainsi, les charges de structure sont-elles censées être financées pour une part majoritaire – mais non précisément déterminée – par la T2A, alors que les coûts T2A n'intègrent pas les charges de structure.

Les coûts de structure sont pris en compte dans la construction des tarifs. Ils ne sont pas recalculés d'année en année mais intégrés dans le calcul des tarifs bruts par le biais du coefficient d'ajustement, qui intègre les tarifs de l'année antérieure<sup>35</sup>.

Malgré les demandes répétées de la mission, la DGOS n'a fourni aucun élément relatif au calibrage initial de la part des coûts de structure dans le montant des tarifs

### ◆ L'hétérogénéité du découpage en sections d'activité au sein de l'échantillon d'établissements

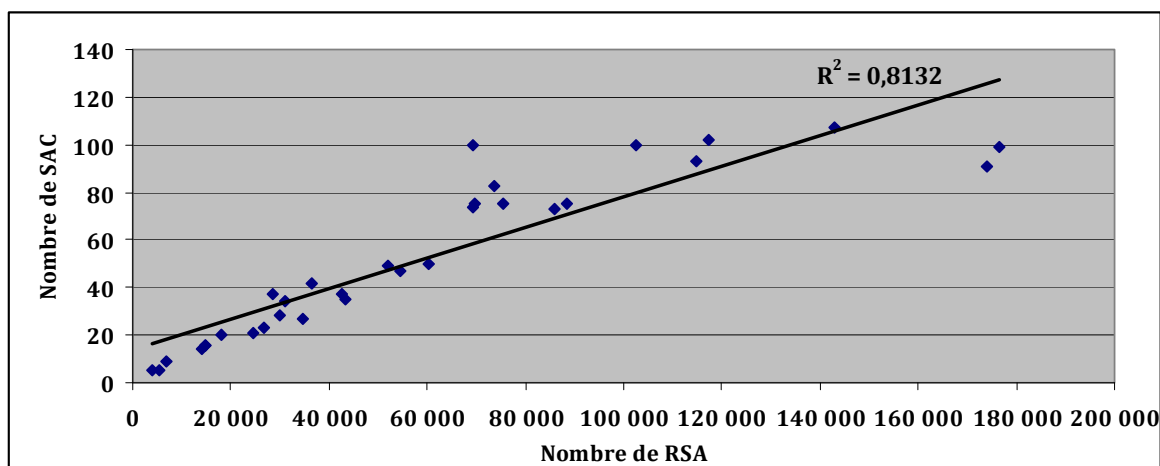
Le découpage des sections d'activité est laissé à la libre appréciation des établissements de l'échantillon, afin d'adapter au mieux les contours de la comptabilité analytique à la gamme d'activité des établissements. Les superviseurs s'emploient toutefois, dans le suivi et l'accompagnement des établissements de l'ENC, à conseiller les établissements dans ce domaine. Ils peuvent notamment formuler des recommandations personnalisées de découpage analytique dans les chartes qualité, incitant par exemple les établissements à créer des SA spécifiques pour toutes les activités à suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatalogie), à isoler l'activité ambulatoire dans des SA spécifiques ou plus généralement à affiner les découpages en fonction de la gamme d'activité déployée.

La mission s'est livrée à une première évaluation exploratoire du découpage des sections d'activités cliniques (SAC), pour apprécier la cohérence des pratiques au sein de l'échantillon de l'ENC. S'il semble que les SAC soient très différentes d'un établissement à l'autre, il apparaît néanmoins que leur nombre est corrélé au nombre de résumés de sorties standardisés, ce qui tendrait à montrer que le découpage est bien lié au volume d'activité des établissements.

---

<sup>35</sup> Le coefficient d'ajustement permettant le passage des coûts T2A aux tarifs bruts est égal à (casemix n-1 x coût T2A) / (casemix n-1 x tarif n-1).

**Graphique 10 : Régression du nombre de sections d'activités cliniques en fonction du nombre de résumés de sorties anonymes pour les établissements publics de santé en 2010**



*Source : Données e-PMSI et Hospidiag – Retraitements mission IGF.*

Le graphique montre en effet qu'il existe une corrélation nette entre le nombre de SAC et le nombre de RSA des établissements, le coefficient de corrélation entre les deux variables étant élevé (0,81).

Ces premières analyses ne permettent pas, toutefois, de se prononcer sur l'adaptation du découpage analytique à la gamme d'activité de l'établissement. Cette question mériterait d'être approfondie à partir de données relatives à la nature de la gamme d'activité, à son étendue et aux types de prises en charge des établissements.

◆ La répartition des charges de personnel à la journée

La proportion importante de charges des établissements de santé imputées en fonction de la durée des séjours des patients explique pour une large part la corrélation constatée par la mission entre la durée moyenne de séjour (DMS) et la dispersion des coûts au sein du secteur public et privé non lucratif (*cf. infra*). Les règles mêmes d'imputation comptable conduisent à surdéterminer les coûts en fonction de la durée des séjours.

En effet, les charges de personnel, qui sont imputées en fonction du nombre de journées passées dans l'établissement par le patient, représentent en moyenne près de 65 % des charges des établissements de santé dans le secteur ex-DG sur la période 2003-2010 (*cf. annexe III*).

Pourtant, la pertinence de cette clé de répartition est discutable. La répartition des charges de personnel par SA à la journée et non au séjour conduit à attribuer la même valeur de la journée à des séjours qui peuvent nécessiter une intensité quotidienne de soins très contrastée. Par ailleurs, ce type de répartition pèse plus particulièrement sur les activités de médecine, pour lesquelles les coûts de personnel représentent une proportion très majoritaire des coûts totaux, que sur celles de chirurgie, dont une partie des charges – notamment liées aux équipements et aux consommables – est comptabilisée avec plus de fiabilité.

## Annexe I

La mise en place d'une ventilation des soins infirmiers plus précise qu'à la journée constitue donc une interrogation récurrente quant à l'ENC. Aux États-Unis, le programme Medicare utilise une pondération à partir d'une évaluation à dire d'experts de la charge en soins infirmiers de chaque GHM (« *nursing weights* »). Une tentative de transposition de cette méthode a eu lieu en France dans les années 1990, en construisant les indices de pondération des soins infirmiers (IPSI), variant de 2 à 8 selon les GHM. Ces études ont toutefois conduit à invalider cette méthodologie et à l'abandonner, au motif notamment que la part de variance des coûts expliquée par les IPSI était très faible.

Une étude a été menée par l'ATIH en octobre 2004 sur l'impact sur les coûts des GHM de deux modèles alternatifs de répartition des charges de personnels soignants : les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS)<sup>36</sup>, qui affectent un coefficient d'intensité pour chaque jour du séjour et le programme de recherche en nursing (PRN)<sup>37</sup>. Elle a mis en évidence la sur-évaluation des coûts de GHM pour les GHM présentant la plus faible intensité en charges de personnels soignants, et la sous-évaluation des autres GHM.

Une étude sur la charge en soins MCO a également été menée par l'ATIH en 2010. Elle consiste notamment à évaluer la pertinence de modèles prédictifs de la charge en soins, construits à partir de données PMSI, mais également de variables complémentaires relatives à l'état de santé du patient. La réunion de clôture au CNEH au mois de décembre 2010 a montré que les séjours d'ambulatoire ou les séances présentent un SIIPS journalier inférieur aux autres séjours, à l'exception du SIIPS technique journalier des séances.

Une évolution de la méthodologie ENCC MCO, qui consisterait à remplacer la journée par le point SIIPS total dans le calcul du coût du personnel soignant par SAC, supposerait de modéliser le point SIIPS pour les établissements ne pouvant le recueillir. Les modélisations effectuées ont montré que 11 variables PMSI sur 12 sont significatives pour les SAC médecine et chirurgie et que les variables complémentaires suivantes sont significatives sur 5 ou 6 catégories de SAC :

- incapacité à effectuer ses soins d'hygiène ;
- altération de la mobilité physique ;
- atteinte à l'intégrité de la peau ;
- manque de connaissance ;
- altération des opérations de la pensée.

Le découpage des SAC devrait être redéfini, afin de distinguer la chirurgie ambulatoire des autres SAC. L'étude conduit à la proposition de découpage des SAC en médecine, chirurgie ambulatoire, chirurgie autre, pédiatrie, chirurgie infantile ambulatoire, chirurgie infantile autre, soins intensifs / surveillance continue, UHCD, gynécologie / obstétrique.

---

<sup>36</sup> Le calcul des SIIPS est une méthode d'origine française, distinguant les soins de base, les soins relationnels et éducatifs et les soins techniques. Pour chaque type de soins, quatre niveaux sont distingués, en fonction du degré de dépendance du patient pour les soins de base et relationnels, et du temps requis sur 24 heures pour les soins techniques. Un coefficient d'intensité est ainsi calculé pour chaque jour du séjour.

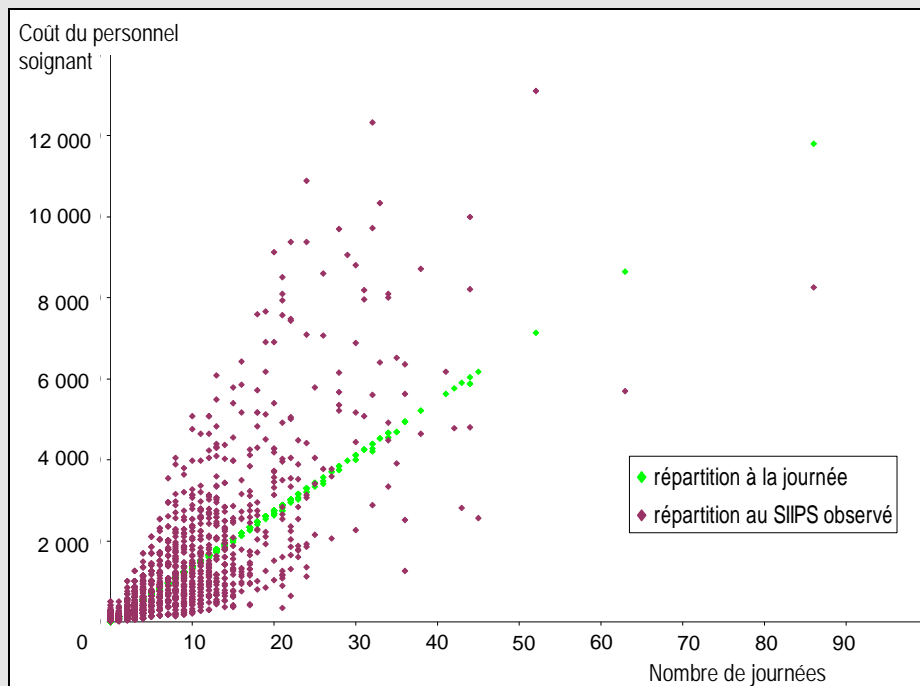
<sup>37</sup> Le PRN est une méthode d'origine canadienne, qui répartit au séjour les soins, mais également les autres activités (notamment administratives) des personnels soignants.

**Encadré 21 : Analyse de l'impact de la charge en soins sur les coûts  
Exemple de la SAC de médecine**

Dans le cadre de l'étude sur la charge en soins de 2010, l'impact sur les coûts a été évalué à partir des données de coûts du personnel soignant par SAC, remontées dans l'ENCc MCO 2008, dans trois établissements ayant participé à la fois à l'ENCc et à l'expérimentation charge en soins, soit 7 237 séjours SIIPS.

Il ressort de cette étude que la répartition à la journée favoriserait plutôt les séjours courts, le coût du personnel soignant se concentrant sur les premiers jours, comme le met en évidence le graphique suivant :

**Graphique 11 : Évolution du coût du personnel soignant au cours du séjour, selon les deux modalités de calcul (répartition à la journée et répartition au SIIPS observé)**



*Source : Étude de l'ATIH sur la charge en soins MCO, 2010.*

L'étude demanderait toutefois à être poursuivie pour augmenter le nombre de données SIIPS collectées, et tester la pertinence de nouvelles clés de répartition des charges. Une expérimentation menée sur une centaine d'établissements, pendant une période d'au moins deux mois, permettrait d'affiner les conditions de calcul de la charge en soins.

Pour l'heure, aucune nouvelle expérimentation n'a été lancée sur ce sujet par la DGOS. Pourtant, la construction d'une clé de répartition plus pertinente pour les charges de personnel représente un enjeu majeur d'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière et de qualité des coûts.

## 2.3. La dispersion des coûts, en partie liée à l'imprécision de leur collecte, affecte l'homogénéité des GHM

### 2.3.1. Une dispersion des coûts qui relativise l'intérêt d'un raffinement de la classification

Afin de mesurer la dispersion des coûts des séjours au sein de l'ENC, la mission a procédé au calcul d'un indicateur de dispersion<sup>38</sup>. Ce ratio a permis de classer les GHM en plusieurs grandes catégories, correspondant à des degrés de dispersion. Il a également permis de calculer un indicateur synthétique de la dispersion des coûts par GHM dans l'échantillon, défini comme la moyenne des S des GHM pondérée par le coût total du GHM au sein de l'échantillon. Ne sont pris en considération que les coûts non trimés des GHM ayant au moins une occurrence au sein de chaque sous-ensemble de l'échantillon, par type d'établissement.

Sept classes de dispersion ont été définies :

- la classe 0 correspond à un coefficient de dispersion nul, c'est-à-dire à un écart-type nul, indiquant que le GHM n'a fait l'objet que d'un seul séjour ;
- la classe 1 correspond à un coefficient de dispersion compris entre 0 et 0,25 ;
- la classe 2 correspond à un coefficient de dispersion compris entre 0,25 et 0,5 ;
- la classe 3 correspond à un coefficient de dispersion compris entre 0,5 et 0,75 ;
- la classe 4 correspond à un coefficient de dispersion compris entre 0,75 et 1 ;
- la classe 5 correspond à un coefficient de dispersion compris entre 1 et 1,5 ;
- la classe 6 correspond à un coefficient de dispersion supérieur à 1,5.

La classe 0 représente une part non négligeable des GHM, témoignant de la proportion de GHM n'ayant fait l'objet que d'un seul séjour, par type d'établissement. Ainsi, près de 13 % des GHM n'ont donné lieu qu'à un seul séjour dans l'échantillon d'établissements du secteur privé lucratif en 2009. Dans l'échelle de coûts du secteur ex-DG, l'agrégation des séjours dans les différents types d'établissements permet de restreindre ces GHM mono-séjours à une fraction faible de l'échantillon, de l'ordre de 1,6 % en 2009. Toutefois, cette proportion masque des disparités fortes d'un type d'établissement à l'autre, puisque des établissements spécialisés tels que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) totalisent plus de 23 % de GHM mono-séjour.

---

<sup>38</sup> L'indicateur de dispersion est égal à : (écart-type du coût des séjours au sein d'un GHM) / (coût moyen du GHM).

Annexe I

**Tableau 9 : Part des GHM par classe de dispersion par an et par type d'établissement au sein de l'ENC**

Année	Type d'établissement	Proportion de GHM par classe de dispersion sur le total des GHM présents dans l'échantillon							Coefficient de variation pondéré par les coûts
		Classe 0	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	
2006	Privé	9,05	8,71	37,56	30,50	9,98	3,75	0,44	0,44
	Public (total)	2,88	2,53	20,25	31,01	25,96	14,27	3,10	0,78
	CHU	4,66	4,71	21,07	29,71	22,99	13,57	3,29	0,81
	CH de grande taille	8,65	5,41	28,41	31,65	16,53	7,58	1,77	0,72
	CH de petite taille	13,35	11,17	31,13	28,82	10,65	4,24	0,64	0,59
	CLCC	21,27	11,84	31,47	22,81	9,34	3,18	0,10	0,61
	PSPH	9,74	11,26	33,90	29,11	10,59	4,90	0,51	0,55
2007	Privé	7,25	9,94	37,29	31,70	9,78	3,33	0,70	0,44
	Public (total)	1,84	1,79	18,38	32,25	25,60	16,46	3,68	0,85
	CHU	2,86	3,04	19,87	31,26	24,03	15,14	3,80	0,92
	CH de grande taille	6,95	5,59	23,92	33,16	19,20	9,19	1,99	0,73
	CH de petite taille	12,98	11,62	31,44	29,50	10,72	3,49	0,26	0,58
	CLCC	21,60	11,55	28,73	25,35	8,54	3,76	0,47	0,65
	PSPH	9,36	11,08	35,05	28,79	11,77	3,26	0,70	0,55
2008	Privé	13,37	16,70	41,10	21,92	4,83	1,76	0,3	0,38
	Public (total)	1,73	1,73	16,33	31,72	28,60	16,55	3,34	0,87
	CHU	2,58	2,28	18,35	30,57	27,24	15,29	3,68	0,90
	CH de grande taille	7,17	5,66	24,50	32,45	18,98	9,32	1,90	0,79
	CH de petite taille	12,61	12,10	32,45	28,52	10,14	3,55	0,63	0,59
	CLCC	20,78	12,67	29,64	26,00	7,18	3,17	0,56	0,63
	PSPH	11,54	11,65	35,67	27,22	9,88	3,48	0,55	0,55
2009	Privé	12,79	14,51	42,56	22,76	6,27	0,98	0,12	0,38
	Public (total)	1,64	1,77	17,57	33,51	27,48	14,64	3,40	0,80
	CHU	2,43	2,04	19,17	33,20	25,99	13,39	3,78	0,82
	CH de grande taille	5,53	6,22	26,92	33,97	18,36	7,59	1,42	0,73
	CH de petite taille	11,84	11,08	35,64	28,02	9,95	3,09	0,38	0,59
	CLCC	23,34	13,26	28,52	23,80	7,63	3,09	0,36	0,63
	PSPH	8,41	12,88	38,58	27,83	8,78	3,19	0,32	0,51

Source : Données ATIH - Calcul mission IGF.

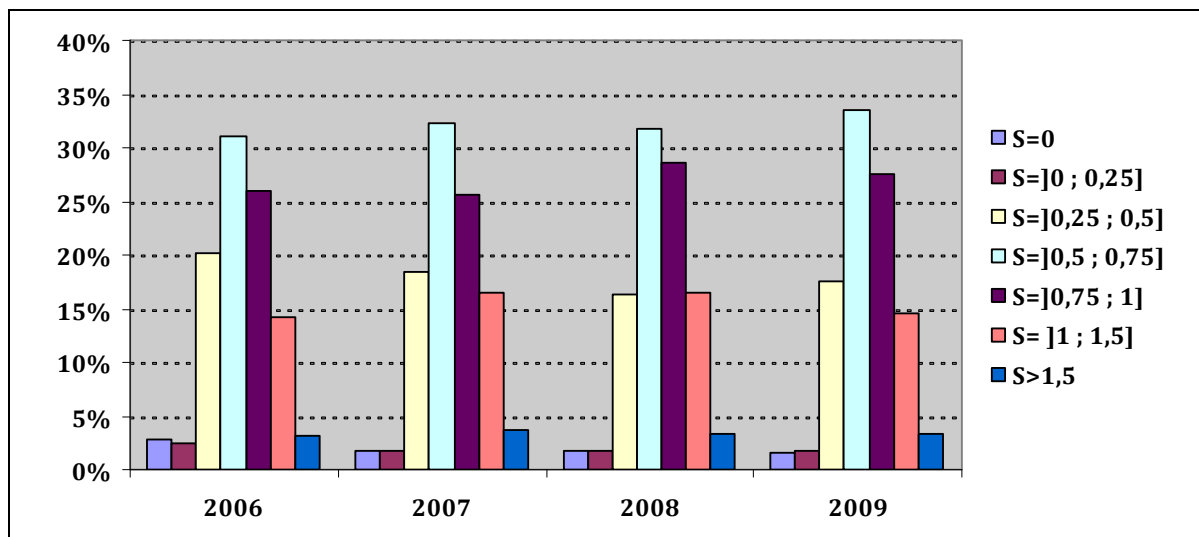


## Annexe I

L'indice de dispersion des coûts est très élevé pour une large majorité de GHM.

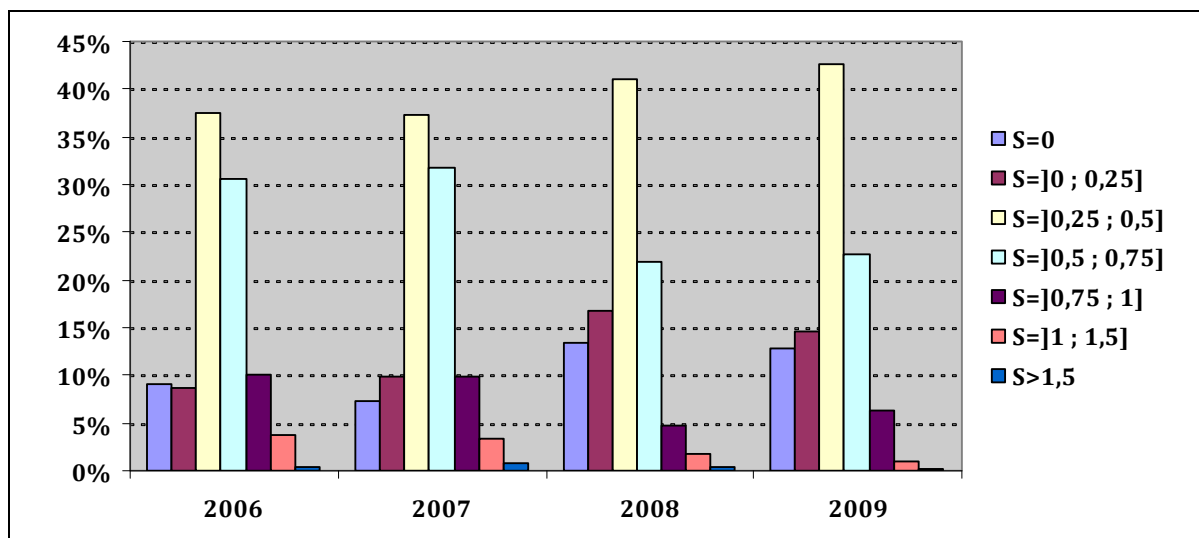
Lorsque le coefficient de dispersion est égal à 1, l'écart type des coûts du GHM est du même ordre de grandeur que la moyenne, ce qui tend à donner au coût moyen un sens très approximatif. Or, en 2009, dans l'ensemble du secteur public et privé non lucratif, les GHM ayant un coefficient de dispersion supérieur à 0,75 représentent plus de 45 % de l'ensemble des GHM, et les GHM ayant un coefficient de dispersion supérieur à 1 en représentent 18 %.

**Graphique 12 : Proportion de GHM par classe de dispersion dans le secteur ex-DG**



*Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.*

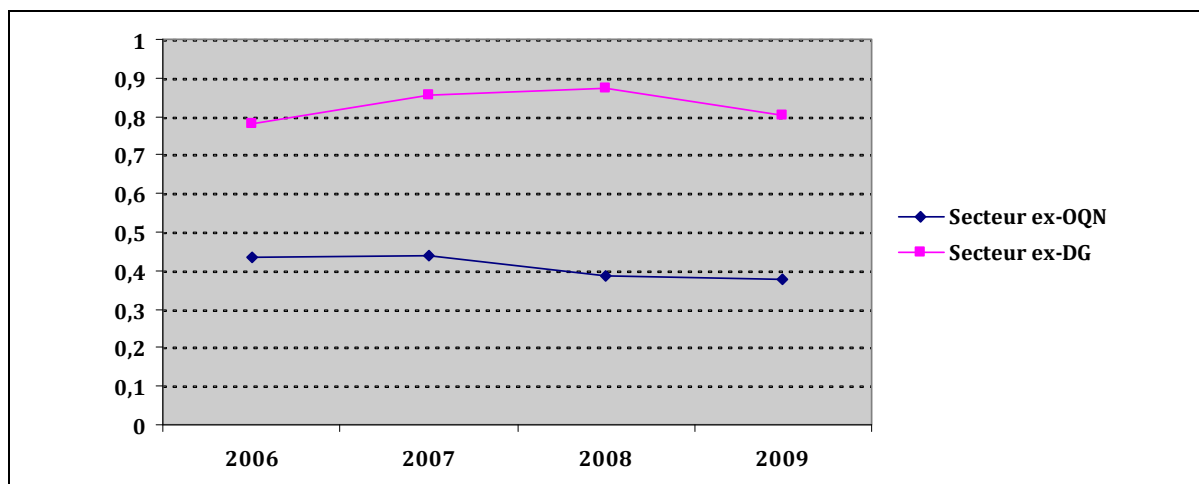
**Graphique 13 : Proportion de GHM par classe de dispersion dans le secteur ex-OQN**



*Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.*

Les deux graphiques permettent de comparer le profil de dispersion des deux secteurs, à partir de la proportion de GHM dans chaque classe de dispersion. Il apparaît nettement que la répartition des GHM se déplace vers la gauche, lorsque l'on passe du secteur ex-DG au secteur ex-OQN, c'est-à-dire qu'une proportion nettement plus importante de GHM présentent un coefficient de dispersion compris entre 0 et 0,5.

**Graphique 14 : Évolution de l'indice moyen pondéré de dispersion dans les secteurs public et privé**



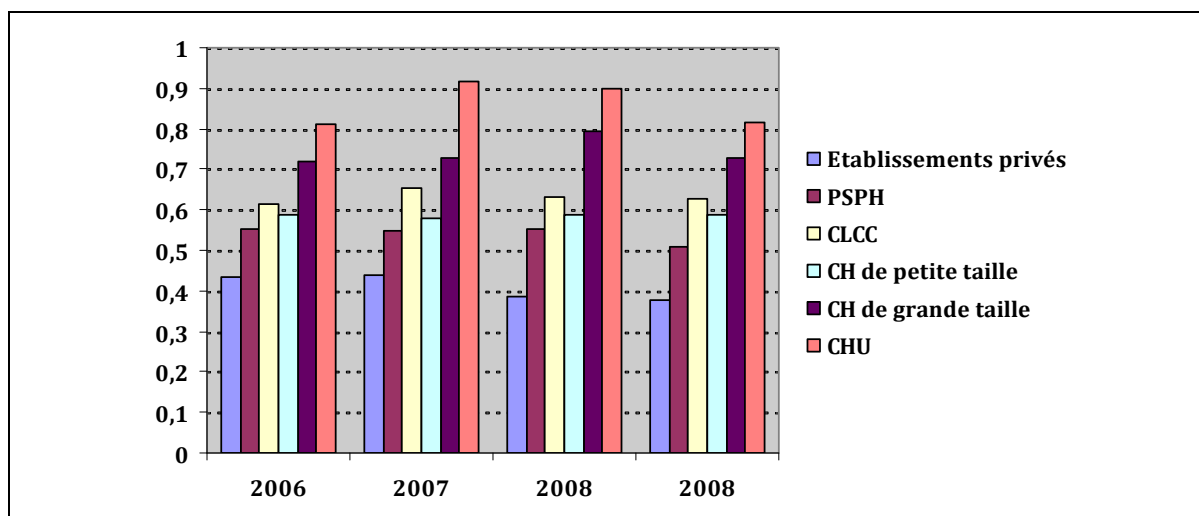
Source : Données ATIH – Calcul mission.

Le graphique met en évidence le différentiel de dispersion moyenne entre les secteurs ex-DG et ex-OQN, qui demeure à peu près constant entre 2006 et 2009. En effet, alors que le coefficient de dispersion moyen du secteur ex-DG oscille entre 0,78 et 0,87, celui du secteur ex-OQN se maintient entre 0,38 et 0,44. Cet écart tient à la fois à :

- la plus grande « spécialisation » du secteur privé sur des interventions fréquentes, comme en témoigne la concentration de l'activité sur un nombre plus réduit de GHM, tels que les interventions sur le cristallin, sur la bouche et les dents ou sur le canal carpien, en ambulatoire, que dans le secteur public et privé non lucratif (cf. 2.1.2.) ;
- la plus grande homogénéité des moyens de productions et des pratiques médicales dans le secteur privé, qui en résulte ;
- la plus grande homogénéité du secteur privé, par rapport au secteur ex-DG qui réunit des types d'établissements très différents.

La part de variance expliquée par la classification des GHM étant plus élevée dans le secteur ex-OQN que dans le secteur ex-DG (cf. *supra*), il est cohérent que la dispersion des coûts des séjours s'en trouve réduite.

**Graphique 15 : Évolution de l'indice moyen pondéré de dispersion par type d'établissement**



Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

## Annexe I

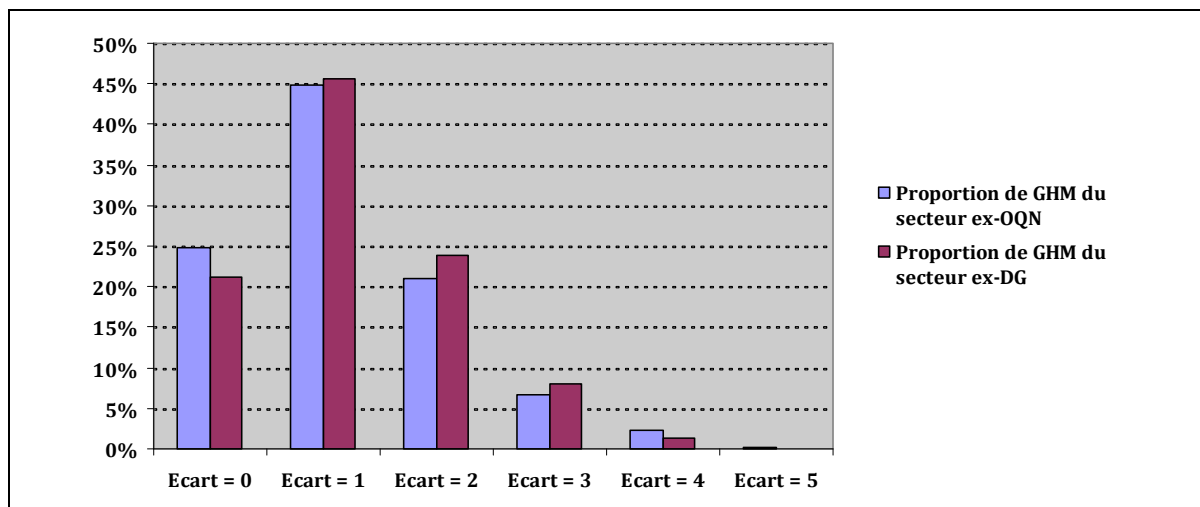
Le graphique témoigne du maintien entre 2006 et 2008 des différences de dispersion des coûts en fonction du type d'établissement. Ainsi, au sein du secteur ex-DG :

- les centres hospitaliers universitaires (CHU) se distinguent nettement par un coefficient de dispersion compris entre 0,81 et 0,92 ;
- les centres hospitaliers (CH) de grande taille ont le deuxième coefficient de dispersion le plus élevé, oscillant entre 0,72 et 0,79 ;
- les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont un coefficient de dispersion compris entre 0,61 et 0,65 ;
- les centres hospitaliers de petite taille ont un coefficient de dispersion moindre, compris entre 0,58 et 0,59 ;
- les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) ont un coefficient de dispersion qui tend à se rapprocher du secteur privé lucratif, puisqu'il demeure compris entre 0,51 et 0,55.

Afin de déterminer si la dispersion de coût des séjours est le fait de l'ensemble des GHM ou de quelques GHM bien ciblés, la mission a identifié la part de GHM qui avaient changé ou non de classes de dispersion entre 2006 et 2009.

Ainsi, hors classe 0, il apparaît que, dans le secteur public et privé non lucratif, 456 GHM n'ont pas changé de classe entre 2006 et 2009.

**Graphique 16 : Proportion de GHM ayant changé de classe de dispersion de 2006 à 2009, en fonction de l'écart maximal entre les classes de dispersion, dans les secteurs ex-DG et ex-OQN, hors GHM de classe 0**



*Source : Données ATIH et calcul mission IGF.*

Les deux tiers des GHM du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN n'ont changé que d'une classe de dispersion au plus au cours des années 2006 à 2009. Le degré de dispersion des GHM tend donc à se maintenir au cours du temps, pour une majorité d'entre eux.

Au sein du secteur ex-DG, sur les 456 GHM n'ayant pas changé de classe de dispersion :

- 2 GHM appartiennent à la classe 1 ;
- 149 GHM appartiennent à la classe 2 ;
- 163 GHM appartiennent à la classe 3 ;
- 89 GHM appartiennent à la classe 4 ;
- 50 GHM appartiennent à la classe 5 ;
- 3 GHM appartiennent à la classe 6.

## Annexe I

Les trois GHM dont le coefficient de dispersion s'est maintenu au-delà de 1,5 depuis 2006 sont les autres troubles de la coagulation de niveau 1 (16M131), les leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans, de niveau 1 (17M091), les anorexies mentales et boulimies de niveau 1 (19M121).

D'après l'ATIH, la dispersion élevée de ces trois cas extrêmes s'explique par la grande hétérogénéité des séjours qu'ils recouvrent. Ainsi, le GHM 16M131 peut correspondre à des cas d'urgences vitales, nécessitant une réanimation, ou à des patients hémophiles ; le GHM 17M091 recouvre également des séjours sur lesquels la variable de l'âge influe fortement et le GHM 19M121 concerne des patients dont l'urgence de la prise en charge est très variable, certaines allant jusqu'à nécessiter une réanimation.

Les deux GHM dont le coefficient de dispersion s'est maintenu en deçà de 0,25 depuis 2006 sont les hépatites chroniques de niveau 4 (07M094) et les ménisectomies sous arthroscopie en ambulatoire (08C45).

Inversement, le GHM dont le degré de dispersion a le plus varié entre 2006 et 2009 – passant de la classe 6 en 2007 à la classe 1 en 2009 – correspond aux entraînements à l'hémodialyse en séances (28Z03Z). En sens contraire, le GHM dont le degré de dispersion n'a cessé d'augmenter depuis 2006 – passant de la classe 2 en 2006 à la classe 6 en 2009 – correspond aux autres affections non malignes du pancréas de niveau 4.

Au sein du secteur ex-OQN, 294 GHM n'ont pas changé de classe de dispersion au cours des années 2006 à 2009, dont :

- 25 GHM en classe 1 ;
- 205 GHM en classe 2 ;
- 58 GHM en classe 3 ;
- 6 GHM en classe 4.

Le GHM dont le degré de dispersion n'a cessé de diminuer au cours de la période – passant de la classe 6 en 2006 à la classe 1 en 2009 – correspond aux épilepsies, âge supérieur à 17 ans, de niveau 3.

Une part de la dispersion observée est imputable à une hétérogénéité médicale difficilement réductible, la différenciation en fonction des niveaux de sévérité des prises en charge dans la V11 ne permettant pas d'épuiser la diversité et la lourdeur des pathologies. Toutefois, la variabilité des coûts intra-GHM demeure conséquente pour des GHM fréquemment pratiqués et programmables.

Dans les tableaux présentés ci-après, figure la répartition des coûts des séjours pour trois GHM correspondant à des interventions chirurgicales, *a priori* programmables, et réalisées en ambulatoire ou au cours de séjours classés dans le niveau de gravité le plus bas : le GHM 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » qui recoupe pour l'essentiel les cataractes, le GHM 03K02J « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire », et le GHM 12C041 « prostatectomies transurétrales, niveau 1 ».

Les coûts observés sont les coûts des ENC 2006, 2007, 2008 et 2009 après trimage, c'est-à-dire après suppression des séjours extrêmes.

## Annexe I

**Tableau 10 : Distribution des coûts des séjours au sein du GHM 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » dans le secteur ex-DG**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	3 824	1 107	1 272	1 496	131	6 222
2007	5 957	1 228	1 467	1 706	216	7 629
2008	11 127	1 268	1 465	1 644	170	6 017
2009	16 733	1 287	1 487	1 677	193	16 556

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Tableau 11 : Distribution des coûts des séjours au sein du GHM 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » dans le secteur ex-OQN**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	17 991	931	1 014	1 097	140	2 215
2007	25 084	993	1 057	1 122	138	4 558
2008	9 493	1 050	1 120	1 164	366	2 522
2009	19 058	1 022	1 086	1 141	143	2 699

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Outre le fait que la variabilité des coûts est beaucoup plus réduite au sein du secteur ex-OQN que du secteur ex-DG – ce qui avait déjà été observé par ailleurs (cf. *supra*) – ces deux graphiques montrent que les coûts des séjours relevant du GHM 02C05J dans le secteur ex-DG vont de 193 à 16 556 euros en 2009, soit un rapport de 1 à 86 entre les extrêmes. Outre ces valeurs extrêmes, la moitié des séjours ont des coûts compris entre 1 287 et 1 677 euros en 2009. Dans le secteur ex-OQN, les coûts des séjours vont de 143 à 2 699 euros en 2009, soit un rapport de 1 à 19 entre les extrêmes. La moitié des séjours ont des coûts compris entre 1 022 et 1 141 euros.

Ces tableaux montrent également que les coûts extrêmes sont beaucoup moins élevés dans le secteur ex-OQN que dans le secteur ex-DG, puisqu'ils s'échelonnent de 2 000 à 4 500 € dans le secteur ex-OQN depuis 2006, contre 6 000 à 16 500 € dans le secteur ex-DG. De tels résultats témoignent des différences de « contenu » des mêmes GHM dans les deux secteurs : la sévérité des prises en charge, dont la V11 tient compte, n'épuise pas totalement la variabilité des pathologies et des patients entre le secteur public et le secteur privé lucratif.

**Tableau 12 : Distribution des coûts au sein du GHM 03K02J « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » dans le secteur ex-DG**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	3 649	521	1 010	1 267	56	6 918
2007	5 782	941	1 321	1 451	223	21 156
2008	5 419	888	1 287	1 419	267	34 128
2009	6 480	995	1 333	1 530	162	33 569

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

## Annexe I

**Tableau 13 : Distribution des coûts des séjours au sein du GHM 03K02J « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » dans le secteur ex-OQN**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	11 955	453	685	834	105	2 913
2007	17 061	482	677	824	111	2 701
2008	5 048	457	662	797	123	1 635
2009	8 721	667	759	846	114	2 158

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Ces deux graphiques montrent que, dans le secteur ex-DG, les coûts des séjours relevant du GHM 03K02J « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire » varient de 162 à 33 569 euros, soit un rapport de 1 à 207 entre les extrêmes en 2009. Outre ces valeurs extrêmes, la moitié des séjours présentent des coûts compris entre 995 et 1 530 euros.

Dans le secteur ex-OQN, les coûts varient dans des proportions beaucoup moins importantes, entre 114 et 2 158 euros, soit un rapport de 1 à 19. La moitié des séjours ont des coûts compris entre 667 et 846 euros, en 2009.

Comme pour le GHM précédent, les coûts extrêmes sont beaucoup moins élevés dans le secteur ex-OQN, où ils sont compris entre 1 600 et 2 900 €, que dans le secteur ex-DG, où ils varient entre 7 000 et 34 000 €. Une nouvelle fois, ces fortes disparités témoignent de la variabilité des séjours pris en charge dans les deux secteurs pour un même GHM.

**Tableau 14 : Distribution des coûts des séjours au sein du GHM 12C041 « prostatectomies transurétrales, niveau 1 » dans le secteur ex-DG**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	1 302	2 269	2 943	3 417	645	8 005
2007	1 604	2 424	3 062	3 466	586	10 623
2008	1 899	2 410	3 064	3 586	355	9 934
2009	1 901	2 410	3 091	3 467	503	48 707

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Tableau 15 : Distribution des coûts des séjours au sein du GHM 12C041 « prostatectomies transurétrales, niveau 1 » dans le secteur ex-OQN**

Année	Nombre de séjours	Coût du seuil des 25 %	Moyenne	Coût du seuil des 75 %	Coût le moins élevé	Coût le plus élevé
2006	1 219	1 931	2 225	2 468	871	4 457
2007	2 169	1 868	2 164	2 397	424	6 501
2008	529	1 886	2 191	2 457	397	4 854
2009	868	1 798	2 098	2 407	304	9 637

*Source : Données ATIH - Retraitements mission IGF.*

Dans le secteur ex-DG, les coûts des séjours du GHM 12C041 « prostatectomies transurétrales, niveau 1 » varient de 503 à 48 707 euros en 2009, soit un rapport de 1 à 97. Ces rapports sont inférieurs les années précédentes, de l'ordre de 1 à 20. La moitié des séjours ont des coûts s'échelonnant de 2 410 à 3 467 euros en 2009.

## Annexe I

Dans le secteur ex-OQN, les coûts varient de 304 à 9 637 en 2009, soit un rapport de 1 à 32 entre les valeurs extrêmes. La moitié des séjours ont des coûts variant entre 1 798 et 2 407 euros.

### 2.3.2. Une identification difficile des facteurs de dispersion des coûts compte tenu des défaillances de la collecte

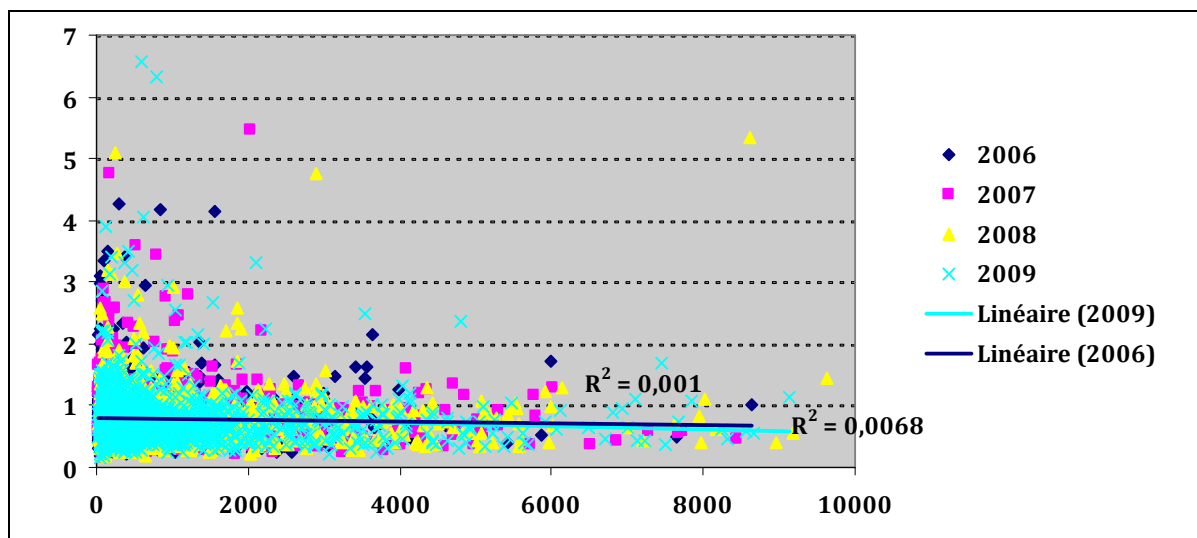
#### 2.3.2.1. Analyse de certains facteurs explicatifs de la dispersion dans l'ENC

Le modèle de la T2A repose sur la suppression tendancielle de toute dispersion légitime des coûts entre les établissements (cf. *supra*). Il suppose, par ailleurs, que les facteurs de coûts exogènes soient « neutralisés » ou pris en charge par d'autres types de financements, de manière à ce que, sur la partie de l'activité financée par la T2A, les fonctions de production des établissements soient le plus homogènes possibles.

Or, les facteurs de coûts exogènes et endogènes sont très difficiles à distinguer et à mesurer, à partir des données collectées au sein des ENC. La mission s'est en effet employée à mesurer l'effet du nombre de séjours, l'effet établissement – c'est-à-dire la variance des coûts imputable à l'établissement dans lequel ils ont été collectés – et la durée des séjours sur la dispersion des coûts des séjours. Aucun de ces facteurs n'apporte une explication satisfaisante à leur variabilité, qui renvoie donc à d'autres explications, qu'il s'agisse des pratiques de codage, des modalités de comptabilité analytique, des pratiques médicales ou encore des caractéristiques de la patientèle.

- ◆ Examen de la corrélation entre la dispersion des coûts et le nombre de séjours

**Graphique 17 : Indice de dispersion moyenne en fonction du nombre de séjours par GHM**



*Source* : Données ATIH – Calcul mission IGF.

*Périmètre* : La régression linéaire a été effectuée sur les GHM de plus de 30 séjours et de moins de 10 000 séjours, hors séjours (CMD 28) et erreurs (CMD 90).

La régression linéaire des indices de dispersion sur le nombre de séjours des GHM, hors extrêmes, ne laisse pas apparaître de relation évidente entre les deux variables. Les coefficients  $R^2$  sont en effet beaucoup trop faibles pour conclure à une relation linéaire entre le degré de dispersion et le volume des GHM.

La fréquence des séjours, qui pourrait être associée à une standardisation des prises en charge et des pratiques, ne réduit donc pas de manière significative la dispersion des coûts.



## Annexe I

### ◆ Examen de la corrélation entre la dispersion des coûts et l'effet établissement

Les facteurs de dispersion des coûts directement liés aux établissements recouvrent des éléments divers, qui ne peuvent pas tous être distingués et observés. À caractéristiques des patients donnés, la variabilité des coûts peut en effet trouver sa source dans les caractéristiques des établissements, citées par Brigitte Dormont et Carine Milcent dans leur article « Quelle régulation pour les hôpitaux publics français »<sup>39</sup> : existence d'effet de taille ou de gamme, types de missions assurées, diversité des pathologies traitées, qualité des soins délivrés, niveau de capital humain du personnel soignant, qualité de gestion des ressources humaines, qualité de gestion au sens large de l'établissement.

Dans ce même article, Brigitte Dormont et Carine Milcent décrivent l'hétérogénéité non observée des établissements comme la résultante de trois composantes :

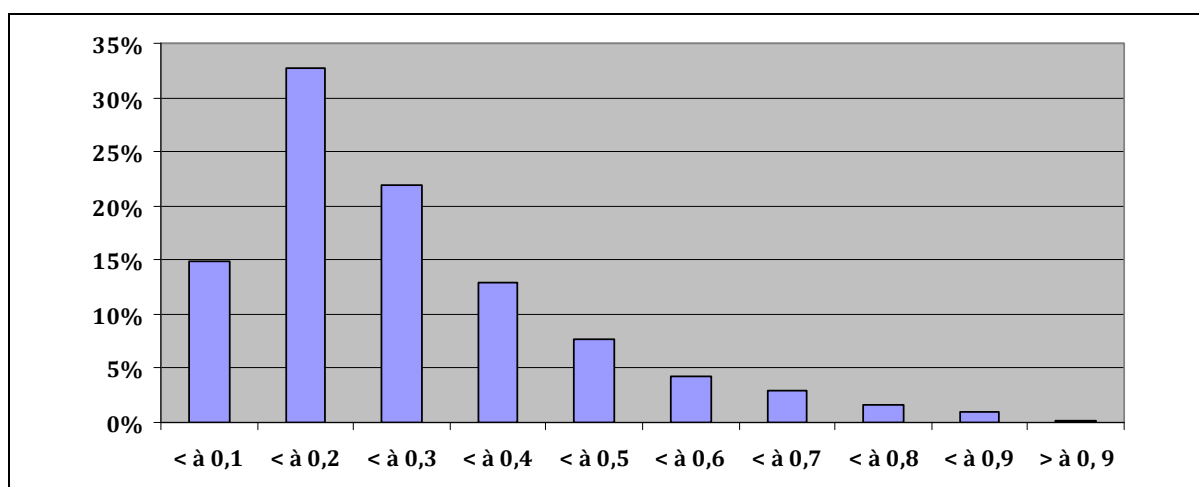
- « un paramètre d'antisélection », correspondant aux économies d'échelle ou de gamme induites par le fonctionnement plus ou moins coûteux auquel conduisent les infrastructures de l'hôpital ;
- « le hasard moral de long terme », lié aux caractéristiques de la gestion de l'hôpital ;
- « la qualité », qui peut recouvrir à la fois la performance des soins, l'accueil, le mode de prise en charge de la douleur.

Afin d'évaluer l'effet « établissement » dans son ensemble, c'est-à-dire le rôle de toutes les particularités propres à chaque établissement, dans la dispersion des coûts, la mission a comparé pour chaque GHM :

- la variance, c'est-à-dire la moyenne, sur l'ensemble des coûts des séjours, des carrés des écarts à la moyenne ;
- la variance « corrigée de l'effet établissement », c'est-à-dire la moyenne, sur l'ensemble des coûts des séjours, des carrés des écarts à la moyenne des coûts pour l'établissement dans lequel le séjour a eu lieu.

Le rapport entre ces deux variables a été calculé sur l'ensemble des GHM, afin d'apprécier la part de variance expliquée par l'effet établissement.

**Graphique 18 : Répartition des GHM dans le secteur ex-DG en fonction du taux de variance des coûts expliquée par l'effet établissement**

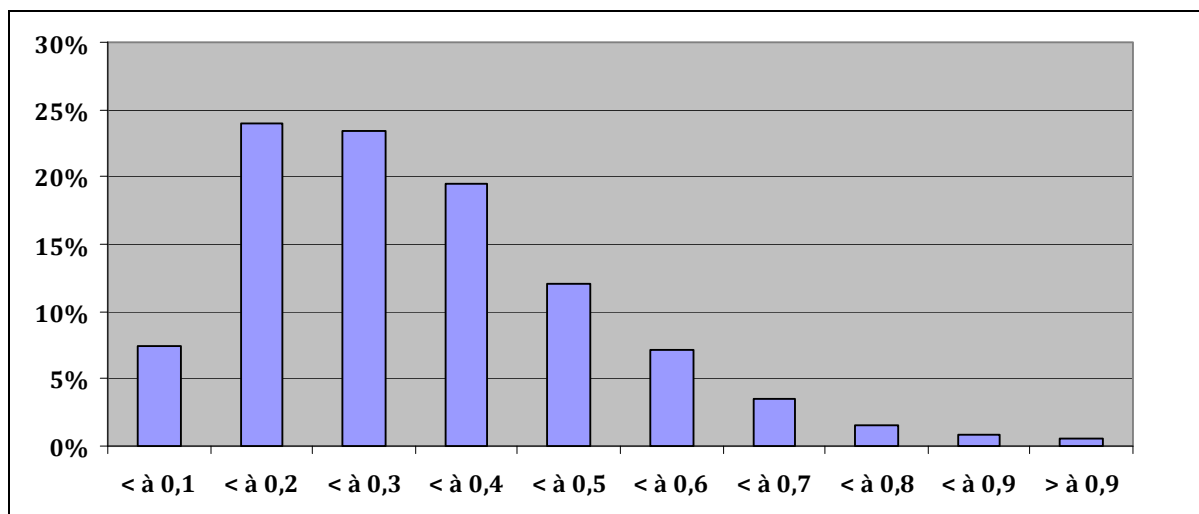


Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

<sup>39</sup> Brigitte Dormont, Carine Milcent, « Quelle régulation pour les hôpitaux publics français ? », in Revue française d'économie, volume 17, n°2, 2002.

## Annexe I

**Graphique 19 : Répartition des GHM dans le secteur ex-OQN en fonction du taux de variance des coûts expliquée par l'effet établissement**



Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

Le taux de variance des coûts expliquée par l'établissement est en moyenne très bas, tant au sein du secteur ex-DG que du secteur ex-OQN. Il n'atteint que 26 % dans le secteur public et privé non lucratif et 30 % dans le secteur privé lucratif.

Les deux graphiques précédents mettent en évidence la distribution des GHM en fonction de leur taux de variance des coûts expliquée par l'établissement, dans les deux secteurs. Il apparaît que 90 % des GHM du secteur public et privé non lucratif voient la dispersion de leurs coûts expliquée à moins de 50 % par l'effet établissement. Plus de la moitié de ces GHM ont une dispersion expliquée à moins de 20 % par l'établissement. Dans le secteur privé lucratif, 86 % des GHM ont une variance des coûts expliquée pour moins de la moitié par l'effet établissement et plus de 31 % expliquée à moins de 20 % par cet effet.

**Graphique 20 : Liste des GHM du secteur public et privé non lucratif dont le taux de variance expliquée par l'effet établissement est supérieur à 80 %**

GHM	Libellé	Nombre de séjours	Coût total	Taux de variance expliquée par l'établissement
01K05J	Séjours pour douleurs chroniques rebelles comprenant un bloc ou une infiltration, en ambulatoire	822	256 123	87,52
02C06J	Interventions primaires sur l'iris, en ambulatoire	36	31 069	82,80
03C073	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	33	275 173	89,30
05C172	Ligatures de veines et éveinages, niveau 2	37	159 138	84,33
06C124	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	39	316 799	89,04
06M092	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1036	4 899 086	88,68
06M114	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, niveau 4	45	380 190	82,54
08C274	Autres interventions sur le rachis, niveau 4	44	818 320	85,46
08C32J	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	35	78 339	84,92
09C063	Interventions sur le sein pour des affections non malignes Autres que les actes de biopsie et d'excision locale, niveau 3	31	181 478	89,83
11M03T	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	456	253 712	80,98

## Annexe I

GHM	Libellé	Nombre de séjours	Coût total	Taux de variance expliquée par l'établissement
12M073	Autres infections et inflammations de l'appareil génital masculin, niveau 3	34	174 200	90,94
13C13T	Autres interventions sur l'appareil génital féminin, très courte durée	54	83 015	86,87
17K051	Curiéthérapies de la prostate, niveau 1	542	3 261 344	87,27
19M15T	Autres psychoses, âge supérieur à 79 ans, très courte durée	107	46 616	83,83
21K02J	Traumatismes, allergies et empoisonnements sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	151	178 160	87,87
23M02Z	Rééducation	121	443 712	98,08
28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances	62	29 657	80,43
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	232899	92 924 009	93,29
28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	227908	26 596 989	92,04
28Z13Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	107894	9 835 680	83,61

Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

**Graphique 21 : Liste des GHM du secteur privé lucratif dont le taux de variance expliquée par l'effet établissement est supérieur à 80 %**

GHM	Libellé	Nombre de séjours	Coût total	Taux de variance expliquée par l'établissement
01K04J	Injections de toxine botulique en ambulatoire	47	14 887	93,16
01M22T	Migraines et céphalées, très courte durée	34	20 766	91,74
06M07T	Maladies inflammatoires de l'intestin, très courte durée	206	213 485	82,61
07M023	Affections des voies biliaires, niveau 3	35	121 998	83,40
13K04Z	Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie, séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	522	348 324	81,96
21C04J	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, en ambulatoire	44	45 926	87,71
28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	50	9 953	83,19
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	13 883	4 614 921	98,56

Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

Les GHM faisant l'objet d'un taux de variance expliquée par l'effet établissement supérieur à 80 % sont issus de catégories majeures de diagnostics très variées, à partir desquelles il est malaisé de conclure à un hypothétique effet « pratique médicale » en fonction du type d'intervention.

Il convient toutefois de remarquer que plusieurs de ces GHM relèvent de la CMD 28, c'est-à-dire de séances :

- la variance en coûts des hémodialyses en séances s'explique à 93 % par l'effet établissement dans le secteur ex-DG et près de 99 % dans le secteur ex-OQN, et celle des entraînements à l'hémodialyse en séances à plus de 80 % dans le secteur ex-DG ;
- la variance des entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire en séances s'explique à 83 % par l'effet établissement dans le secteur ex-OQN ;
- la variance des techniques complexes d'irradiation externe en séances et des autres techniques d'irradiation externe en séances s'expliquent respectivement à hauteur de 92 % et 84 % par l'effet établissement dans le secteur ex-DG.

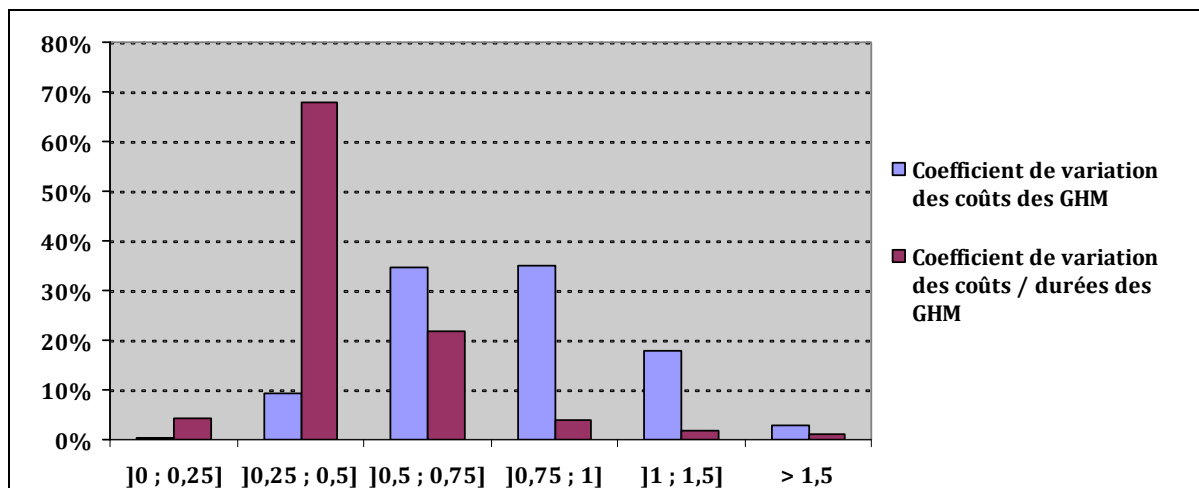
## Annexe I

Une large proportion d'entre eux appartiennent également à des GHM en ambulatoire ou de très courte durée : 7 GHM sur les 21 du secteur ex-DG et 4 GHM sur les 8 du secteur ex-OQN.

### ◆ Examen de la corrélation entre la dispersion des coûts et la durée des séjours

Afin de tester l'influence de la durée des séjours sur la dispersion des coûts, la mission a procédé à l'analyse du degré de dispersion de la variable « coût du séjour divisé par la durée du séjour » pour tous les séjours de durée non nulle, au sein de l'échantillon hors séjours trimés et GHM de moins de trente séjours. Aussi, l'échantillon est circonscrit à un nombre de GHM beaucoup plus restreint, dont ont été exclus tous les GHM de durée nulle, parmi lesquels figurent pour l'essentiel des GHM en ambulatoire (J), de très courte durée (T), les décès (E), les explorations effectuées en ambulatoire au sein de la catégorie Z, mais également des GHM de niveau 1 relevant de racines pour lesquelles des GHM d'ambulatoire ou de très courte durée n'ont pas été créés, tels que les GHM 13C171 et 13M081<sup>40</sup>.

**Graphique 22 : Répartition des GHM de durée non nulle dans le secteur ex-DG en fonction du coefficient de variation de leurs coûts et de leurs coûts divisés par la durée**



Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

Le graphique permet de comparer la répartition des GHM en fonction :

- du coefficient de variation des coûts des GHM ;
- du coefficient de variation des coûts divisés par la durée des séjours des GHM.

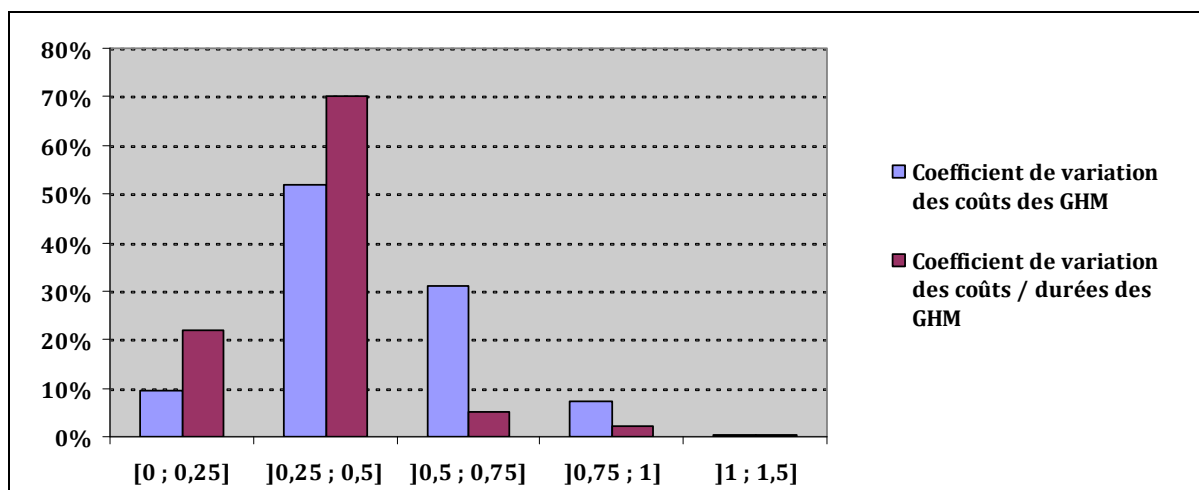
Il met ainsi en évidence l'effet de la durée de séjour sur la dispersion des coûts, par contraste. La dispersion se trouve réduite dans des proportions importantes lorsque les coûts sont divisés par les durées des séjours : 72 % des GHM ont un coefficient de variation inférieur à 0,5, quand il s'agit des coûts divisés par les durées, contre 10 % des GHM lorsqu'il s'agit des coûts bruts. Inversement, moins de 3 % des GHM présentent un coefficient de variation supérieur à 1 pour les coûts divisés par les durées, contre 21 % pour les coûts bruts.

<sup>40</sup> La création de GHM en ambulatoire (J) ou de très courte durée (T) n'est pas systématique, mais soumise à l'existence d'un nombre minimal de séjours relevant de ces deux modes de prise en charge. Aussi, pour ces racines de GHM, les séjours de très courte durée se trouvent classés dans les GHM de niveau 1.

## Annexe I

Il importe toutefois de relativiser cet écart entre les deux coefficients de variation, en prenant en considération le poids relatif des différents GHM en fonction de leur coût total, et donc de leur nombre de séjours. Ainsi, la dispersion des coûts divisés par les durées représente encore les deux tiers de la dispersion observée sur les coûts<sup>41</sup>, pour l'ensemble des GHM pondérés par leurs coûts, ce qui tend à montrer que la durée des séjours expliquerait en moyenne un tiers de la dispersion des coûts observée dans les GHM du secteur public et privé non lucratif.

**Graphique 23 : Répartition des GHM de durée non nulle dans le secteur ex-OQN en fonction du coefficient de variation de leurs coûts et de leurs coûts divisés par la durée**



Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.

Dans le secteur ex-OQN, les résultats sont assez différents : la dispersion des coûts divisés par la durée des séjours apparaît inférieure à celle des coûts bruts, mais dans des proportions moindres que dans le secteur ex-DG. Plus de 92 % des GHM ont un coefficient de variation des coûts divisés par la durée inférieur à 0,5, contre 61 % des GHM pour le coefficient de variation des coûts bruts.

La dispersion des coûts divisés par les durées représente 101 % de la dispersion observée sur les coûts, pour l'ensemble des GHM pondérés par leurs coûts, ce qui tend à démontrer que la durée des séjours n'explique aucunement en moyenne la dispersion des coûts observée dans les GHM du secteur privé lucratif, voire pourrait l'accroître pour certains GHM.

Il semble donc que la durée des séjours soit une variable explicative de la variabilité du coût dans le secteur public et privé non lucratif, et dans une moindre mesure dans le secteur privé lucratif. Ces résultats trouvent en partie leur explication dans l'utilisation de la journée comme clé de répartition des charges de personnel dans la comptabilité analytique de l'ENC. L'imputation des coûts de personnel, qui représentent en moyenne 65 % des dépenses des établissements de santé (cf. annexe III), en fonction de la durée des séjours conduit de fait à donner un poids déterminant au facteur « durée de séjour » dans les coûts des GHM. Dans les établissements du secteur ex-OQN participant à l'ENC, la méthode d'imputation est différente puisque les honoraires des médecins sont directement imputés au séjour, et non dans les sections d'activité. Il n'existe donc pas, pour ces dépenses, l'équivalent d'une unité d'œuvre « journée » puisqu'elles sont directement affectées. Les dépenses de personnel non médical sont toutefois également imputées en fonction de la durée des séjours, ce qui explique les résultats observés.

<sup>41</sup> Le différentiel de dispersion est calculé en prenant la moyenne pondérée des taux de dispersion, définis comme (coefficients de variation des coûts divisés par les durées)/(coefficients de variation des coûts).

Ces différentes analyses tendent à montrer que la dispersion des coûts ne saurait se résumer à un facteur explicatif aisément modélisable ou calculable. Ni la prise en considération de l'effet établissement, ni les caractéristiques de durée ou de nombre de séjours, ne permettrait de réduire significativement la dispersion des coûts. Ainsi la collecte des coûts au sein de l'ENCc souffre-t-elle d'une dispersion difficilement réductible, qui hypothèque pour une large part la qualité et la pertinence d'un calcul de coûts moyens.

Si en tant que telle une dispersion des coûts n'est pas nécessairement illégitime et pourrait s'observer avec une collecte améliorée, l'imprécision des coûts de l'ENC ne permet pas de distinguer les facteurs d'explication de la dispersion légitime et illégitime.

### 2.3.2.2. Analyse théorique des inducteurs de coûts

Différents facteurs peuvent expliquer les variations de coûts au sein des établissements, notamment :

- les caractéristiques de l'établissement (statut juridique, taille, proportion des missions d'intérêt général, importance du personnel para-médical, localisation géographique, etc.) ;
- le mode de gestion de l'établissement (utilisation des moyens de production, notamment des blocs opératoires, qualité des politiques d'achat, intensité des soins infirmiers, etc.) ;
- les caractéristiques des séjours et les profils d'activité des établissements (durée moyenne de séjour, gravité moyenne, part des séjours complexes, nombre de GHM différents par établissement, spécialisation, proportion d'interventions programmées ou non programmées, etc.) ;
- les caractéristiques sanitaires et socio-économiques de la patientèle.

La distinction entre les facteurs de coûts endogènes et exogènes est malaisée dans les établissements de santé, comme le souligne Gérard de Pourville dans sa communication au séminaire de l'ENC de 2010 : « *dans un système administré, notamment soumis à une planification de l'offre, des leviers d'action qui relèveraient dans l'économie de marché de l'espace de liberté d'une entreprise relèvent de la contrainte imposée ou négociée* ». Il propose ainsi de distinguer trois types de facteurs :

- les facteurs exogènes « purs » : les caractéristiques démographiques et sociales de la population desservie, les données épidémiologiques telles que l'incidence et la prévalence des affections requérant une hospitalisation, dont l'impact n'est pas indépendant de l'offre de soins sur les segments en amont (médecine de ville) et en aval (SSR, EHPAD) ;
- les facteurs exogènes « tutelle » : la taille, la gamme des services offerts, l'état de la concurrence, le plateau technique et l'accès aux équipements lourds, qui dépendent des décisions prises en termes de planification sanitaire, du régime d'autorisation d'ouverture de lits et d'accès aux équipements, des différences de statut et des dotations budgétaires passées ;
- les facteurs endogènes : les pratiques médicales, les effectifs dans une certaine mesure, le mix des qualifications du personnel soignant, la gestion des ressources humaines, la politique de sous-traitance et, de manière globale, l'effort d'efficacité réalisé par l'établissement.

Toutefois, l'identification théorique des déterminants de la variabilité des coûts ne préjuge pas de leur observabilité. En effet, les données de coût de l'ENC ne permettent pas de mettre en évidence des facteurs explicatifs déterminants.

## Annexe I

La dispersion des coûts au sein des établissements de santé a fait l'objet de nombreuses études économétriques et qualitatives approfondies, permettant d'identifier le poids respectif de différents facteurs. Ainsi, Brigitte Dormont et Carine Milcent, dans leur article précédemment cité, ont notamment conduit une analyse de la variabilité des coûts hospitaliers sur un échantillon de 7 314 séjours pour infarctus du myocarde aigu observés dans 36 hôpitaux publics français sur la période 1994-1997. Dans cette étude, elles observent notamment que l'hétérogénéité des patients expliquait plus de 50 % de la variance des coûts.

Cet exemple montre que, y compris sur des bases de données plus restreintes et plus homogènes, la dispersion des coûts demeure très élevée, et se voit pour une large part expliquée par les caractéristiques des patients et des pathologies. Toutefois, ces études ne portent pas sur les bases de coût de l'ENC. Il serait donc utile de les prolonger dans le cadre de l'ENC afin de distinguer la proportion d'hétérogénéité légitime et illégitime, ce qui suppose au préalable que la collecte des coûts soit plus robuste et plus fiable.



### 3. Les retraitements des coûts témoignent du glissement d'une référence économique vers une clé de répartition relative

#### 3.1. Les retraitements statistiques effectués ne corrigent pas les défauts de la collecte des coûts

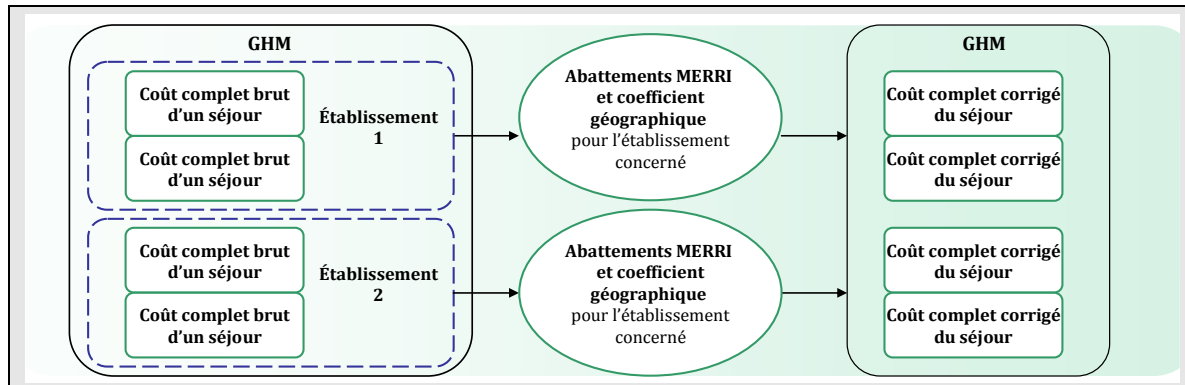
Les coûts issus de l'enquête nationale des coûts, auprès des établissements de l'échantillon font l'objet de trois mesures de correction : un abattement pour neutraliser certains effets réputés exogènes aux coûts (3.1.1.) ; une sélection des séjours pertinents par la technique du trimage (3.1.2.) ; un calage pour améliorer la représentativité statistique de l'échantillon (3.1.3.).

La mission constate que, bien que ces opérations soient réalisées avec une grande rigueur par l'ATIH, elles n'améliorent que faiblement la qualité des coûts collectés servant de base à l'établissement des échelles de coûts et des tarifs.

##### 3.1.1. Des retraitements par établissement qui visent à neutraliser des facteurs exogènes

Deux abattements sont effectués par établissement afin de neutraliser au sein des coûts des séjours collectés, ceux qui sont pris en charge par l'enveloppe mission enseignement, recherche, recours, innovation (MERRI) et ceux réputés liés à la localisation géographique.

**Encadré 22 : Les retraitements de coûts effectués par établissement**



Source : Mission IGF.

- ◆ La neutralisation des dépenses d'enseignement et de recherche couvertes par les MERRI

Chaque séjour de la base ENC voit son coût minoré du taux de financement des MERRI dont l'établissement a bénéficié. Les taux MERRI fixés par le Ministère se situent entre 1,2 % et 16,6 % et s'appliquent sur l'intégralité des tarifs des GHM. Cet abattement concerne tous les postes de dépenses, hors éléments facturés en sus.

**Encadré 23 : Les MERRI**

Les dotations de missions d'intérêt général (MIG), constituées en 2005, se décomposent en :

- une enveloppe visant à financer une cinquantaine de missions d'intérêt général, dont la liste est fixée par arrêté. Les principales sont l'aide médicale d'urgence, c'est-à-dire les SAMU ou les SMUR, les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues ou encore la lutte contre le cancer ;
- l'enveloppe MERRI visant à financer les activités d'enseignement et de recherche, mais également les activités de recours et liées à l'innovation. En 2011, elle représente 2,6 milliards d'euros.

Comme le met en évidence le rapport de l'IGAS de novembre 2009 relatif au financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, l'enveloppe MERRI est fondée sur « *un calcul économétrique réalisé en 1995, calcul dont il est admis qu'il était frustré* ». Il visait à déterminer les surcoûts des CHU et des CLCC, considérés comme étant liés aux missions de recherche et d'enseignement. Ces surcoûts, destinés à corriger la valeur du point ISA, ont été exprimés en pourcentage des dépenses globales. Le taux de 13 % alors défini a été modulé en distinguant différents types d'établissements, puis refondu en 2008 entre :

- un socle fixe destiné à financer une partie des charges de personnels médicaux, une proportion des charges des services médico-techniques et une proportion des charges générales ;
- une part modulable en fonction des résultats de la recherche, du nombre d'étudiants, du score SIGREC destiné à mesurer l'engagement dans les activités de recherche en fonction du nombre pondéré d'études interventionnelles et de l'effort d'innovation et de valorisation ;
- une part variable répartie en une fraction « activités innovantes et expérimentales » (médicaments sous ATU, actes hors nomenclature, laboratoires d'oncogénétiques, etc.), une fraction « enseignement, expertise, référence, recours » (centres de référence pour l'essentiel) et une fraction « recherche médicale et innovation notamment recherche clinique » (centres d'investigation clinique, délégations interrégionales à la recherche clinique, etc.)

De plus, « *ce mode de fixation de l'enveloppe conduit de fait à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle aux dépenses de soins. Or, il semble admis que la recherche clinique constitue un investissement stratégique ce qui devrait conduire à calibrer l'enveloppe qui lui est consacrée, non en fonction des dépenses de soins, mais en fonction des opportunités et donc des projets de recherche* ».

La mission IGAS de 2009 avait recommandé de faire évoluer ce mode de financement, en :

- finançant à leur coût les structures transversales supports de la recherche sous la réserve de leur évaluation régulière ;
- finançant la recherche par projet, de manière à permettre une évaluation préalable des surcoûts et leur financement intégral ;
- constituant un forfait par étudiant et par interne pour financer l'enseignement, modulé en fonction de leur ancienneté et de leur densité dans les services.

La mission n'a pas exploré plus avant cette question, un rapport de l'IGAS ayant été publié sur ce sujet en 2009 avec des recommandations précises (cf. encadré).

Il convient néanmoins de relever, dans le cadre de ce rapport, que l'application homothétique d'un coefficient par établissement entre en contradiction avec la concentration de fait des dépenses d'enseignement, et surtout de recherche, sur certains GHM.

◆ La neutralisation des coefficients géographiques

Dans la mesure où certaines zones géographiques donnent lieu à des surcoûts dont il convient de ne pas répercuter l'effet dans le référentiel national, les coûts des séjours des établissements concernés sont diminués à l'aide du coefficient géographique correspondant, appliqué sur les tarifs.

Ainsi, les coûts des établissements de la région Ile de France sont-ils minorés de 7 % et ceux des établissements de la Réunion de 30 % dans l'ENC 2009, l'échantillon ne comportant aucun établissement de Corse ou d'autres départements d'Outre mer.

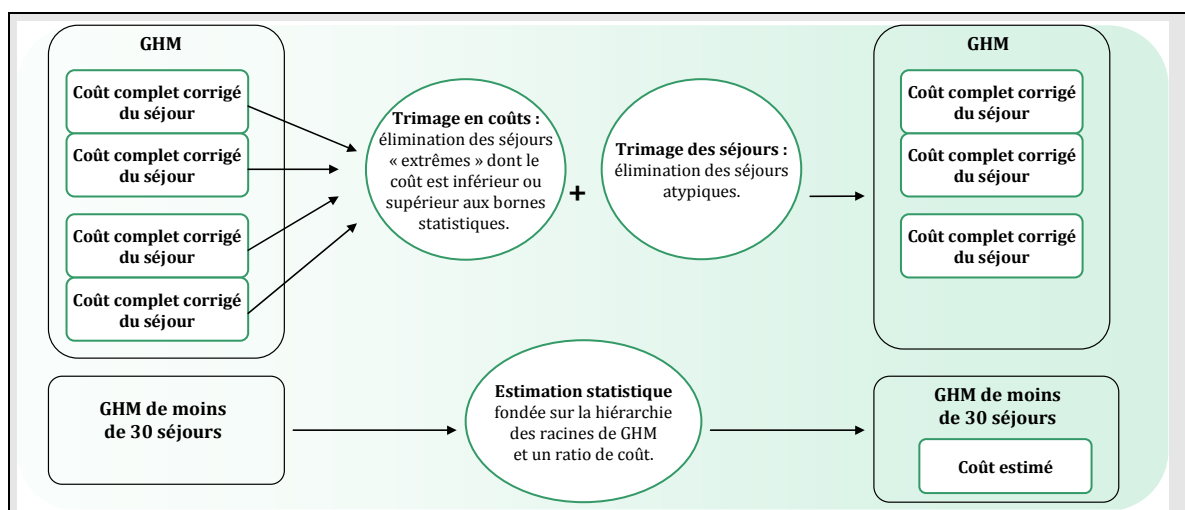
Cette opération de retraitement statistique est effectuée de manière cohérente, « en miroir » de l'application des coefficients géographiques sur les tarifs : il paraît en effet cohérent de soustraire en amont la part imputable à la localisation géographique, si celle-ci fait l'objet d'un coefficient de sur-tarification en aval.

Toutefois, l'examen de la pertinence d'un tel coefficient est conduit au stade de son application sur les tarifs (cf. partie 4.3.1.).

### 3.1.2. Une exclusion des données atypiques par un trimage sans grande portée

Avant de calculer un coût moyen par GHM, un trimage en coûts et un trimage de séjours atypiques sont appliqués au préalable.

Encadré 24 : La sélection des séjours pertinents



Source : Mission IGF.

#### ◆ Le trimage en coûts

L'objectif de cette opération est d'éliminer des séjours classés dans un mauvais GHM ou ayant fait l'objet d'une mauvaise affectation des charges. Tous les séjours extrêmes dont le coût est en-deçà d'une borne inférieure ou au-delà d'une borne supérieure sont supprimés<sup>42</sup>. Dans un second temps, l'influence sur le coût moyen de la suppression des séjours repérés est étudiée : les séjours ne sont trimés que lorsque l'écart entre le coût moyen calculé sur tous les séjours et le coût moyen calculé hors séjours extrêmes est supérieur à 10 %.

<sup>42</sup> Les bornes inférieure et supérieure de coût sont calculées comme suit :

$borne\_sup = \text{Exp}(\text{moyenne}(\text{LC}) + \text{écartype}(\text{LC}) + \text{centil}_{95} \%(\text{LC}) - \text{médiane}(\text{LC}))$

$borne\_inf = \text{Exp}(\text{moyenne}(\text{LC}) - \text{écartype}(\text{LC}) + \text{centil}_{5} \%(\text{LC}) - \text{médiane}(\text{LC}))$

où LC est le logarithme du coût complet.

## Annexe I

Si cette méthode est appliquée de manière systématique aux GHM de moins de 80 séjours, sensibles aux coûts extrêmes, elle n'est introduite que pour les séjours ayant subi une erreur de codage du GHM ou une erreur d'affectation des charges. La méthode de détection, décrite *supra*, ne peut être appliquée que sur les GHM ayant une distribution log-normale. Le calcul des bornes n'est donc mis en œuvre que pour le sous-ensemble des GHM ayant une distribution log-normale. Par ailleurs, les séjours se trouvant en dehors des bornes et ayant un impact de plus de 10 % sur le coût moyen du GHM ne sont pas systématiquement trimés comme pour les GHM de moins de 80 séjours. Les séjours extrêmes en coût sont étudiés un à un par des médecins de l'ATIH afin de déterminer si ces coûts extrêmes sont médicalement fondés ou non. Les erreurs de codage du GHM ou d'affectation des charges ne peuvent pas être identifiées *a priori*. En effet, pour détecter les erreurs *a posteriori* les médecins étudient le RSA du séjour et notamment les diagnostics et actes effectués.

Toutefois, une telle méthode d'identification au cas par cas ne garantit pas un trimage systématique et exhaustif. Certains séjours qui ne présentent aucune atypie pourraient également comporter des erreurs de codage, sans que ces dernières puissent être identifiées.

### ◆ Le trimage des séjours

Les causes de trimage des séjours dits atypiques sont diverses dans le secteur ex-DG :

- durée de séjour longue par rapport au niveau de sévérité ;
- séjour sans coût clinique ;
- séjour dont le coût est extrêmement bas ou élevé ;
- séjour avec anomalie de codage.

Outre le trimage en coût (cf. *supra*), le trimage est également effectué sur les séjours dont le coût est extrême, c'est-à-dire inférieur à 50 euros ou supérieurs à un million d'euros. Ces trimages sont complémentaires et permettent d'identifier les cas les plus atypiques.

Au total, pour le secteur ex-DG, ce sont 5 861 séjours (soit 0,2 % des séjours ENC) qui sont trimés du fait de leur atypie. Pour le secteur ex-OQN, seuls 18 séjours sont concernés.

Les différentes opérations de trimage relèvent *in fine* d'un avis médical, puisque les séjours identifiés sur des critères statistiques sont soumis systématiquement aux médecins de l'ATIH qui évaluent la vraisemblance des coûts extrêmes et leur justification médicale. Le trimage consiste donc davantage à éliminer les séjours aberrants que les séjours atypiques.

### ◆ L'influence du trimage sur la qualité des données collectées

La mission s'est employée à évaluer l'influence des opérations de trimage et d'éviction des GHM de moins de trente séjours sur la dispersion des coûts.

Une analyse de la dispersion des coûts des séjours a été effectuée sur l'échantillon de coûts, auxquels ont été soustraits les GHM de moins de 30 séjours et les séjours trimés. Ces dernières données ont en effet vocation à disparaître de l'ENC lors des retraitements effectués par l'ATIH, afin d'améliorer la qualité et la robustesse des données collectées.

Le trimage s'effectuant en partie en fonction des coûts, de manière à éliminer les séjours extrêmes dont le coût est en-deçà d'une borne inférieure ou au-delà d'une borne supérieure, la dispersion des coûts devrait se trouver réduite par l'exclusion des séjours trimés.

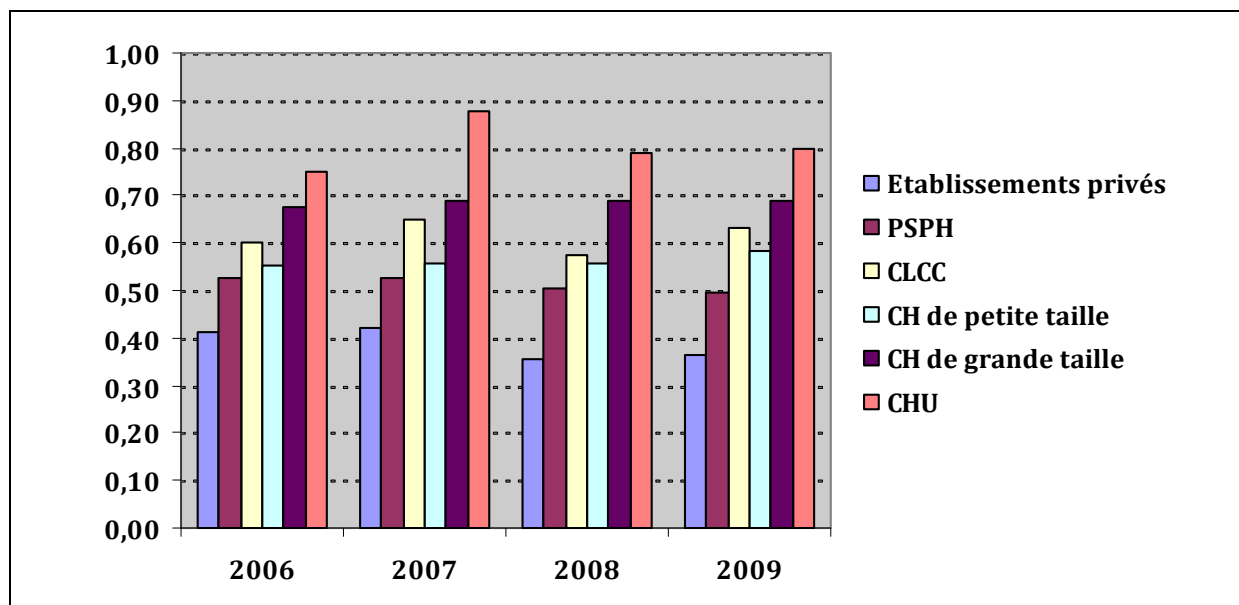
Annexe I

**Tableau 16 : Part des GHM par classe de dispersion par an et par type d'établissement au sein de l'ENC,  
hors GHM de moins de trente séjours et séjours trimés**

Année	Type d'établissement	Proportion de GHM par classe de dispersion sur les GHM présents dans l'échantillon hors GHM de moins de 30 séjours et séjours trimés						Coefficient de dispersion moyen
		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	
2006	Privé	6,98	48,28	35,50	7,57	1,54	0,12	0,41
	Public (total)	0,89	22,68	37,25	24,92	11,82	2,43	0,73
	CHU	1,73	25,10	36,03	22,58	11,57	2,99	0,75
	CH de grande taille	1,88	33,30	38,93	17,19	7,51	1,19	0,67
	CH de petite taille	5,93	36,70	39,56	10,99	5,49	1,32	0,55
	CLCC	3,02	38,36	42,24	12,07	4,31	0,00	0,60
	PSPH	7,25	41,74	34,93	11,74	3,77	0,58	0,52
2007	Privé	6,26	47,83	34,46	8,38	2,55	0,53	0,42
	Public (total)	0,65	20,39	36,35	26,18	13,12	3,31	0,82
	CHU	0,88	22,22	37,24	23,10	12,59	3,97	0,88
	CH de grande taille	2,99	28,21	39,57	18,89	8,21	2,14	0,69
	CH de petite taille	4,60	35,15	43,10	14,23	2,72	0,21	0,56
	CLCC	2,73	37,89	38,67	16,80	3,52	0,39	0,65
	PSPH	6,51	43,62	35,59	10,84	2,55	0,89	0,52
2008	Privé	15,40	58,65	21,52	2,74	1,27	0,42	0,36
	Public (total)	0,67	20,67	35,92	26,31	13,97	2,46	0,77
	CHU	1,15	21,69	36,27	25,03	12,94	2,92	0,79
	CH de grande taille	2,52	30,19	38,94	17,83	9,00	1,51	0,69
	CH de petite taille	5,94	34,61	43,95	11,46	2,97	1,06	0,56
	CLCC	2,82	43,55	38,31	10,48	4,03	0,81	0,58
	PSPH	8,84	43,60	34,76	10,06	2,59	0,15	0,51
2009	Privé	12,73	55,35	24,96	5,60	1,19	0,17	0,36
	Public (total)	0,71	16,18	36,06	29,52	14,65	2,89	0,77
	CHU	0,64	17,29	35,27	28,77	14,62	3,42	0,80
	CH de grande taille	2,60	25,02	40,95	21,04	9,35	1,04	0,69
	CH de petite taille	4,90	31,43	42,86	15,31	5,31	0,20	0,58
	CLCC	4,18	35,98	40,59	12,97	5,44	0,84	0,63
	PSPH	8,64	43,18	34,95	10,66	2,29	0,27	0,50

Source : Données ATIH et calcul mission.

**Graphique 24 : Évolution de l'indice moyen pondéré de dispersion par type d'établissement pour les GHM hors séjours trimés et GHM de moins de 30 séjours**



*Source : Données ATIH – Calcul mission IGF.*

Le graphique met en évidence le maintien de la hiérarchie des types d'établissement en termes de degré de dispersion des coûts, avec un indice moyen pondéré de dispersion très légèrement inférieur aux précédents résultats :

- pour les CHU, l'indice S demeure compris entre 0,75 et 0,88 ;
- pour les CH de grande taille, il se maintient entre 0,67 et 0,69 ;
- pour les CLCC, l'indice oscille entre 0,58 et 0,65 ;
- pour les CH de petite taille, il reste compris entre 0,55 et 0,58 ;
- pour les PSPH, il se maintient entre 0,50 et 0,52 ;
- pour les établissements privés à but lucratif, il varie entre 0,36 et 0,42.

Ainsi, en moyenne, le coefficient de variation ne varie que de 0,04 point selon qu'il est appliqué à l'ensemble des données de coût de l'ENC ou aux données hors GHM de moins de trente séjours et séjours trimés.

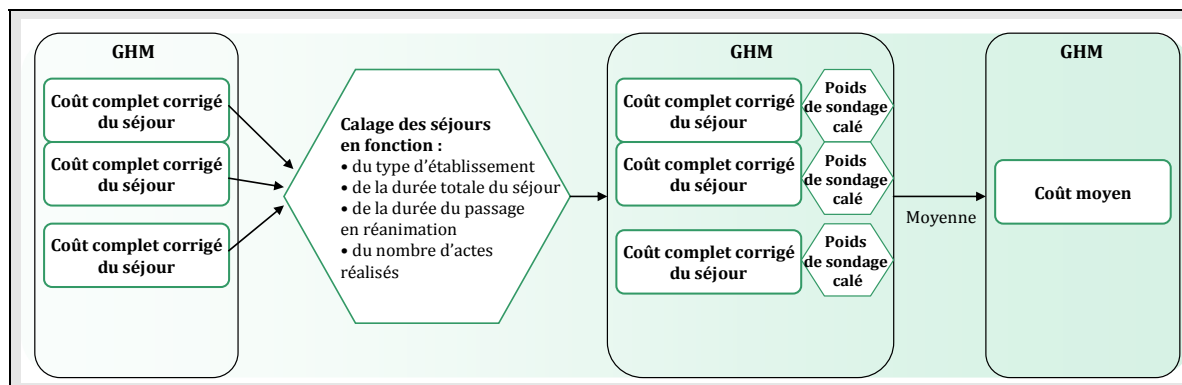
La dispersion des coûts demeure donc extrêmement élevée, lorsque sont exclus les séjours dont les coûts sont jugés aberrants ou dont le nombre n'est pas significatif. La dispersion des coûts n'est pas seulement la résultante d'artefacts statistiques ou de séjours aux coûts extrêmes.

Les opérations de trimage n'améliorent donc qu'à la marge la qualité des données collectées.

### 3.1.3. Un calage qui tend à améliorer la représentativité des coûts

Les coûts moyens calculés sont sensibles à la composition de l'échantillon d'établissements. Cette variabilité est réduite grâce à une technique de redressement, appelée « calage ».

**Encadré 25 : Les retraitements de coûts par séjour à des fins de représentativité (calage)**



Source : Mission IGF.

Le principe du calage consiste à tirer profit d'une information auxiliaire – l'ensemble des variables corrélées au coût complet – afin de modifier le poids des sondages initiaux. Les poids calés ont pour propriété :

- d'être proches des poids initiaux, qui reflètent directement la méthode d'échantillonnage ;
- de produire des estimations de totaux égales aux vrais totaux des variables auxiliaires, contenues dans le PMSI.

L'ATIH, dans une note de mars 2011 destinée aux établissements et aux fédérations, illustre cette procédure à partir de l'exemple de la durée moyenne de séjour (DMS) : « Si pour un GHM donné, la DMS observée dans l'échantillon ENC est inférieure à la DMS observée au niveau national, la procédure CALMAR fera en sorte d'appliquer un poids plus important aux séjours avec une forte DMS, afin de relever la DMS ENC. Le coût étant corrélé de façon positive à la DMS, le coût moyen calé du GHM sera donc plus important que le coût brut ».

Le calage permet une stabilisation des estimations de coût moyen, d'autant plus que les variables auxiliaires sont corrélées au coût complet. Pour réaliser les calages sur plusieurs variables auxiliaires, la macro SAS CALMAR développée par l'INSEE est utilisée. Les variables de calage utilisées sont :

- pour les établissements du secteur ex-DG : (1) le type de l'établissement (centre hospitalier universitaire, centre hospitalier de moins de 16 000 RSA annuels, centre hospitalier de plus de 16 000 RSA annuels, centre de lutte contre le cancer, établissement privé participant au service public hospitalier) ; (2) la durée totale du séjour par type d'établissement ; (3) la durée du passage en réanimation ; (4) le nombre d'actes réalisés.
- pour les établissements ex-OQN : (1) la durée totale du séjour ; (2) la durée du passage en réanimation, soins intensifs et soins continus ; (3) le nombre d'actes réalisés.

Le calage s'effectue GHM par GHM, pour les GHM présentant plus de 30 séjours.



**Encadré 26 : La procédure d'estimation des GHM à effectifs insuffisants**

Pour les GHM de moins de 30 séjours, le coût n'étant pas calé par CALMAR, une autre procédure d'estimation statistique est utilisée. Cette procédure utilise la hiérarchie des racines de la version 11 des GHM et permet ainsi d'estimer un niveau à partir du niveau directement inférieur ou supérieur et d'un ratio de coût calculé par sous-CMD. Les coûts ainsi affichés respectent la hiérarchie des niveaux.

**Tableau 17 : Nombre de GHM faisant l'objet d'une estimation statistique**

Année	Nombre de GHM par version	Nombre de GHM estimés - secteur ex-DG	Nombre de GHM estimés - secteur ex-OQN
2006	2 291 (V11a)	783	1 471
2007	2 363 (V11b)	670	1 414
2008	2 370 (V11c)	586	1 888
2009	2 470 (V11c)	631	1 879

Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.

D'après l'analyse de l'ATIH sur les données de l'ENC 2008, l'impact moyen du calage est positif : « le coût moyen brut (pondéré néanmoins de l'inverse du taux de sondage) des GHM de plus de 30 séjours est de 1 953 €. Le coût moyen calé de ces mêmes GHM est de 1 965 €. Le calage a donc un impact global positif de +0,6 %. Afin de s'assurer que ceci soit cohérent avec les variables de calage, les durées moyennes de séjour sont étudiées. La DMS globale observée sur l'ENC est 2,96 jours et la DMS nationale est de 3 jours. L'écart est donc de 1,5 %, ce qui justifie bien l'impact positif du calage ».

◆ La pertinence du calage pour estimer les coûts moyens nationaux

Le redressement de l'échantillon de l'ENC a fait l'objet de plusieurs analyses de la part de l'ATIH, visant à choisir les variables les plus explicatives du coût des séjours.

Dans une note récapitulative, l'ATIH précise la méthodologie de sélection réalisée pour la production des référentiels à partir de 2006<sup>43</sup>, ainsi que les améliorations qui ont été apportées pour la production des référentiels suivants.

Pour les référentiels 2006, la macro CALMAR a été mise en place pour améliorer le redressement. Le choix des variables a été effectué à partir de régressions effectuées sur les variables du PMSI, visant à expliquer le coût complet du séjour pour l'ensemble des séjours ENC et non GHM par GHM.

Les différentes variables testées étaient les suivantes :

- l'âge du patient ;
- le type d'établissement ;
- la durée totale du séjour ;
- le nombre d'actes réalisés au cours du séjour ;
- la durée du passage en réanimation ;
- la durée du passage en soins intensifs provenant de la réanimation ;
- la durée du passage en surveillance continue ;
- la durée du passage en soins intensifs ;
- le nombre de diagnostics associés significatifs ;

<sup>43</sup> Avant l'ENCc 2006, seul le secteur ex-DG participait à l'étude de coûts et les données étaient redressées en fonction de la durée moyenne de séjour du GHM et du type d'établissement.

## Annexe I

- le mode de sortie ;
- le mode d'entrée ;
- la provenance ;
- la destination ;
- le nombre de RUM composant le RSS d'origine ;
- la CMD ;
- le diagnostic principal ;
- le nombre de journées au-delà de la borne extrême haute.

La technique utilisée avant 2006 donnait lieu à un  $R^2$  légèrement inférieur à 0,52. Dans la mesure où la corrélation augmente de manière automatique dans les modèles dits « emboîtés » où les variables sont les plus nombreuses, l'ATIH a fait le choix de retenir, non pas le modèle donnant lieu au  $R^2$  le plus élevé, mais la combinaison permettant d'obtenir le  $R^2$  le plus élevé avec le moins de variables explicatives à intégrer.

Le modèle finalement retenu (cf. *supra*) permet d'obtenir un  $R^2$  de 0,59 dans le secteur ex-DG et de 0,79 dans le secteur ex-OQN.

Depuis lors, des travaux ont été menés par l'ATIH à la fois pour :

- tester l'apport de la variable « nombre d'actes classants » par rapport à la variable « nombre d'actes », ce qui a débouché sur un *statu quo*, la variable nombre d'actes permettant d'obtenir un  $R^2$  plus élevé ;
- déterminer des variables de calage par activité et non plus pour l'ensemble des GHM, afin d'adapter la liste des variables de calage par sous-ensemble de GHM réunis en 7 activités différentes.

**Tableau 18 : Présentation des variables utilisées en fonction de l'activité**

Activité	Type d'établissement (pour le secteur ex-DG)	Durée du séjour	Durée du passage en réanimation	Nombre d'actes
Chirurgie	X	X	X	X
Interventionnelle	X	X	X	X
Médecine	X	X	X	X
Obstétrique et Néonatalogie	X	X	X	X
Ambulatoire	X			X
Très courte durée	X	X		X
Séances	X			

*Source : ATIH.*

Cette nouvelle méthodologie permet d'adapter davantage le calage aux caractéristiques des séjours. Par ailleurs, l'ATIH envisage de prolonger cette approche à terme, en effectuant des régressions non plus par type d'activité, mais GHM par GHM. Cette méthode nécessiterait toutefois de définir une liste de variables par GHM, ce qui implique que la classification soit stabilisée et ne donne plus lieu à des variations chaque année.

### 3.2. L'échelle de coûts moyens trouve ses limites sur le plan de la pertinence économique

- ♦ La pertinence d'une moyenne des coûts

La moyenne a tendance à devenir une norme, qui n'incite pas à l'évolution des pratiques ou à la recherche de l'efficacité (voir annexe III). Loin de constituer un coût « optimal » de référence, le coût moyen intègre en effet des facteurs de coût qui peuvent être liés à certaines défaillances ou mauvaises pratiques.

Pour améliorer la robustesse des coûts de référence calculés, la médiane aurait pu être préférée au calcul d'une moyenne sur coûts trimés. Tout en évitant l'élimination de séjours de la base de référence, la médiane permet de retenir un chiffre pertinent, moins sensible que la moyenne aux distributions allongées et aux valeurs aberrantes<sup>44</sup>.

**Tableau 19 : Différence entre les coûts T2A abattus moyens et médians dans les deux secteurs confondus, de 2006 à 2009**

Année	Coût T2A total moyen (en M€)			Coût T2A total médian (en M€)			Écart (en %)		
	Ensemble	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Ensemble	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Ensemble	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
2006	31 566	25 456	6 110	26 595	21 014	5 581	- 15,7	- 17,4	- 8,7
2007	32 484	26 042	6 442	27 363	21 502	5 861	- 15,8	- 17,4	- 9,0
2008	33 606	27 274	6 333	28 367	22 520	5 847	- 15,6	- 17,4	- 7,7
2009	36 159	29 238	6 922	30 367	24 000	6 367	- 16,0	- 17,9	- 8,0

Source : Données ATIH – Retraitement mission IGF.

La comparaison entre les coûts moyens et médians a été effectuée par la mission à partir des coûts T2A abattus des quatre années 2006 à 2009, dans les deux secteurs.

Il apparaît que les coûts médians, calculés sur le même périmètre T2A abattu, sont en moyenne inférieurs de 16 % aux coûts moyens. Cet écart s'accroît dans le secteur ex-DG, où ils sont inférieurs de 17 % à 18 % aux coûts moyens, alors qu'il est plus restreint dans le secteur ex-OQN, où il ne s'établit qu'à 8 % en moyenne sur la période considérée. La différence entre les deux secteurs est sans doute imputable à la dispersion des coûts, beaucoup plus importante dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (cf. 2.3.1).

Ces résultats mettent en évidence le fait que le choix de la moyenne et non de la médiane emporte, outre des conséquences en termes de robustesse statistique, des effets non négligeables sur le montant des coûts de référence retenus pour le calcul des tarifs de la T2A. En effet, si les coûts T2A avaient été conçus comme des coûts médians, le montant de l'enveloppe de coût de référence aurait été en moyenne inférieur de 16 % à l'enveloppe actuellement retenue.

Néanmoins, l'ATIH a fait le choix de conserver des coûts moyens, afin de préserver les séjours extrêmes, atypiques mais justifiés médicalement, dans la construction des coûts de référence. Le trimage ayant vocation à éliminer les séjours aberrants, il est jugé cohérent de prendre en considération, dans la base de données, tous les séjours trimés dès lors que leur pertinence a été appréciée sur le plan médical.

<sup>44</sup> Lorsque la distribution des valeurs est symétrique, la médiane est la moyenne. En revanche, lorsque des valeurs extrêmes interviennent, la médiane se révèle un estimateur statistique beaucoup plus robuste, beaucoup moins impacté que la moyenne par ces valeurs.

## Annexe I

### ◆ La pertinence d'une échelle de coûts

Il importe de remarquer que les études nationales de coûts donnent lieu à la construction d'une « échelle » de coûts moyens, qui peut soulever des interrogations sur le sens de ces enquêtes. Ont-elles vocation à produire une hiérarchisation des séjours en fonction de leurs coûts ou d'estimer les coûts, afin de donner aux tarifs une justification économique ?

Les différentes étapes de construction des tarifs (cf. *infra*) tendent à confirmer cette évolution du rôle des coûts de l'ENC, d'une référence économique vers une clé de répartition relative.

#### **4. La construction des tarifs est marquée par une rupture croissante entre coûts et tarifs au service de la stabilisation tarifaire**

L'évolution des méthodes de construction tarifaire reflète le passage progressif d'une logique d'adéquation des tarifs aux coûts vers une logique de stabilisation des tarifs. Il en résulte à la fois :

- une référence plus ténue à l'échelle des coûts ;
- un allongement de l'écart temporel entre les coûts de référence et les tarifs ;
- des ajustements plus intégrés, qui renforcent l'opacité de la méthode de calcul.

#### **4.1. La rupture fondamentale entre les coûts et les tarifs repose sur des questions de périmètre**

##### **4.1.1. Des différences entre coûts de l'ENC et coûts T2A, reflets de la disjonction entre l'instrument de gestion interne et l'outil de tarification**

L'objectif du calcul des coûts T2A est d'obtenir des coûts de GHM ayant un périmètre de charges similaire à celui couvert par les tarifs.

Le processus de passage se décompose en plusieurs étapes, qui traduisent le fait que certains coûts de l'ENC n'ont pas vocation à être financés par la T2A et que, inversement, la T2A finance certains coûts qui ne sont pas comptabilisés dans l'ENC. Ainsi, sont successivement effectués :

- des abattements au séjour :
  - la déduction des composantes financées en sus du GHM – DMI et spécialités pharmaceutiques, montant de SMUR, montant lié aux dépenses du laboratoire hors nomenclature (BHN), médicaments ATU, séances de radiothérapie et de dialyse en sus du GHM, les honoraires des praticiens libéraux pour les établissements ex-DG et les honoraires pour les établissements ex-OQN – permettant d'obtenir un coût transitoire ;
  - le calage en fonction des poids calculés permettant d'obtenir des coûts moyens transitoires pondérés ;
- des abattements au GHM :
  - la déduction des suppléments journaliers et des prélèvements d'organes effectuée grâce à un poids de supplément par GHM<sup>45</sup> ;
- des procédures d'imputation et de hiérarchisation :
  - l'ajustement des coûts et des DMS, à partir de la procédure d'imputation, consistant à calculer un nouveau coût moyen à partir du coût d'un niveau voisin et d'un ratio d'imputation, lorsque les coûts des GHM ou des DMS paraissent peu fiables ou incohérents par rapport à la hiérarchie des niveaux ;
  - le calcul des GHS spécifiques ;
  - un contrôle de cohérence visant à vérifier à la fois la cohérence entre les ratios de coûts et de DMS, entre les deux secteurs et entre le niveau 1 et le J (ou le T) ;

---

<sup>45</sup> Le poids de suppléments par GHM correspond au ratio entre la valorisation des suppléments (nombre de suppléments \* tarif du GHM) et la valorisation du GHM (nombre de séjours \* tarif du GHS).

## Annexe I

- le débasage des montants correspondant à la permanence des soins hospitaliers (PDSH) et à la précarité, qui sont financés par deux MIG depuis la campagne tarifaire 2009.

En 2010, l'ATIH a utilisé les coûts 2006 et les coûts 2007 pour construire les coûts T2A. Entre la troisième et la quatrième étape, elle a donc procédé à l'application d'un arbre de décision, construit en fonction du nombre de séjours, de la valeur de la variabilité pour ces deux années et de l'évolution de ces deux variables entre 2006 et 2007.

En 2011, la méthode a de nouveau évolué puisque les données de coût 2006, 2007 et 2008 ont été utilisées. Au préalable, une actualisation des coûts a été opérée pour les bases 2006 et 2007, à partir de taux d'évolution par catégorie de soins. Un algorithme a ensuite été construit à partir de ces données afin d'identifier le point moyen comme la moyenne des coûts moyens des trois années, sauf si :

- le point est imprécis, c'est-à-dire que la variance des coûts est particulièrement importante une année ;
- le point est isolé par rapport aux autres, c'est-à-dire qu'il est très différent des autres mesures effectuées.

**Tableau 20 : Bilan du tendancier de coût utilisé en 2011**

Données de calcul du coût moyen	Nombre de GHM	% de GHM	Nombre de séjours nationaux	% de séjours
2006	3	0,2	2 757	0,0
2006 et 2007	150	9,6	1 676 057	11,5
2006, 2007 et 2008	1 132	72,8	11 901 693	81,4
2006 et 2008	97	6,2	224 733	1,5
2007 et 2008	167	10,7	817 584	5,6
2008	6	0,4	6 736	0,0
Total	1 555	100,0	14 629 560	100,0

Source : ATIH.

Le bilan du tendancier réalisé par l'ATIH montre que près de 73 % des GHM et 81 % des séjours dont l'objet de coûts moyens calculés à partir des données de coût des trois années et que, inversement, les données du référentiel de l'ENC 2008 ne servent seules au calcul des coûts moyens qu'à hauteur de 0,4 % des GHM.

Cette disjonction croissante entre les coûts de l'ENC et les coûts T2A peut constituer un obstacle à l'utilisation effective par les établissements de santé de l'ENC comme un instrument de gestion interne. Ces derniers ont en effet tendance à privilégier, dans leurs outils internes de contrôle de gestion, une approche par les recettes, par unité de soins (cf. annexe III).

La poursuite de l'objectif d'efficacité par l'outil de tarification supposerait pourtant que les établissements puissent comparer leurs charges et leurs recettes.

### 4.1.2. Une disjonction entre les périmètres de coûts et de tarifs, renforcée par l'instabilité du périmètre tarifaire

La rupture entre le périmètre des coûts de l'ENC et celui des coûts T2A reflète la disjonction existant entre les périmètres des coûts et des tarifs. Les charges de structure témoignent notamment de ces différences de périmètre (cf. partie 2.2.3.).

En outre, les modifications successives qu'a subies le périmètre tarifaire accroissent encore l'écart entre ces deux périmètres. En 2011 notamment, outre les changements de classification des GHM, de nombreuses modifications ont affecté le périmètre tarifaire lui-même (cf. encadré 27).

**Encadré 27 : Changements de périmètre tarifaire intervenus en 2011**

Lors de la campagne 2011, plusieurs modifications ont affecté le périmètre des tarifs :

- la masse financière associée aux défibrillateurs dans la liste en sus a été entièrement intégrée dans la racine 05C19 ;
- la masse financière associée aux anticancéreux dans la liste en sus a été intégrée dans les GHS auxquels ils sont affectés ;
- la réintégration du forfait de haute technicité a été poursuivie dans le secteur ex-OQN, avec l'achèvement du rebasage pour les GHM dits « haute technicité » et la réintégration de la moitié du reste à rebaser dans les autres GHM chirurgicaux. Parallèlement, les GHM ayant fait l'objet d'une convergence à 100 % en 2010, ont également été modifiés dans le secteur ex-DG, de manière identique ;
- le débasage des montants consacrés au financement des internes de l'enveloppe tarifaire du secteur ex-DG au profit des missions d'intérêt général, dont peuvent bénéficier l'ensemble des établissements ;
- le débasage des fonds dédiés à l'indemnisation des accidents médicaux des GHS au profit du financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

**Tableau 21 : Impact financier des changements de classification et de périmètre en 2011**

Étape	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Effet changements de classification	-198,91	-10,00
Effet intégration défibrillateurs	98,67	34,68
Effet intégration anticancéreux	28,14	8,39
Débasage internes et ONIAM	-98,51	-1,89
Intégration haute technicité	-	59,13
Correction haute technicité	4,38	-
<b>Total</b>	<b>-166,23</b>	<b>90,3</b>

*Source : ATIH.*

Ces évolutions répétées du périmètre des tarifs chaque année nuisent à la fois à la comparabilité des coûts et des tarifs, mais également à la comparabilité des tarifs d'une année sur l'autre.

## **4.2. La décorrélation entre les coûts et les tarifs s'accroît au fil des évolutions méthodologiques**

### **4.2.1. Une échelle tarifaire marquée par la multiplicité des tarifs applicables**

- ◆ Du coût d'un GHM à des tarifs de GHS multiples

Les tarifs de la T2A se décomposent en :

- tarifs de base ;
- extrêmes hauts et bas ;
- forfaits bas.

Dans la plupart des modèles étrangers de tarification à l'activité, notamment au sein du programme Medicare, des tarifications spécifiques (dites *outliers*) sont introduites pour les séjours « extrêmes hauts », i.e. les séjours d'une durée anormalement élevée.

En France, des tarifs spécifiques sont définis pour les extrêmes hauts et les extrêmes bas.



## Annexe I

Comme l'explique l'ATIH dans un document de présentation des bornes basses et hautes, les bornes ont été déterminées à partir de données d'activité 2007 regroupées en V11, lors de la campagne 2009. L'algorithme de construction reposait essentiellement sur la durée moyenne de séjour (DMS).

Une mise à jour des bornes a été réalisée lors de la construction de la campagne 2010. Cette mise à jour, a consisté à :

- d'une part, modifier l'algorithme de calcul des bornes basses pour mieux prendre en compte la réalité des distributions des durées de séjours sur la version 11 de la classification ;
- d'autre part, actualiser les DMS sur des données plus récentes, à savoir les données d'activités 2008.

Cette mise à jour a permis de réduire de manière importante le nombre de séjours bas. Il a notamment été décidé de raisonner en fonction de la médiane pour les GHM présentant des formes de distribution atypiques, dans lesquelles la moyenne et la médiane sont relativement éloignées. L'introduction de la médiane n'a toutefois pas été généralisée dans le calcul des bornes basses, pour éviter une modification de la quasi-totalité des bornes.

### Encadré 28 : Mode de calcul des bornes hautes et basses

Les bornes basses (BB) sont calculées selon les modalités suivantes :

- si le mode<sup>46</sup> appartient à l'intervalle inter quartile<sup>47</sup> (IQ),  $BB = E(DMS/2,5) + 1$  (*classique*)<sup>48</sup> ;
- si le mode n'appartient pas à l'intervalle IQ,  $BB = E(\text{médiane}/2,5)$  (*ajustement 1*) ;
- si le premier percentile est égal au premier quartile, il n'est pas calculé de borne basse. La normalité des séjours semble correspondre à des séjours dont la durée est basse (*ajustement 2*).

Les bornes hautes (BH) correspondent à l'entier inférieur du rapport  $(DMS * 2,5)$ .

Les bornes ont ainsi vocation à repérer les séjours dont la durée est éloignée de la durée moyenne.

Les bornes sont calculées pour l'ensemble des GHM, à l'exception :

- des GHM ambulatoires ;
- des GHM de très courte durée ;
- des GHM se soldant par des décès ;
- des GHM de séances ;
- des GHM dont l'effectif est inférieur à 30 séjours ;
- des GHM dont la DMS est inférieure ou égale à 1,4 jour.

Par ailleurs, il n'existe pas de borne basse pour les GHM dont la DMS est comprise entre 1,4 et 2,5 jours.

*Source : ATIH.*

Les durées de séjour extrêmes donnent lieu à une facturation de suppléments dits « extrêmes hauts » (EXH) lorsque la durée de séjour est supérieure à un seuil « haut ». La prestation EXH est donc calculée en fonction du nombre de journées d'hospitalisation réalisées au-delà de ce seuil.

<sup>46</sup> Le mode est la valeur de la variable statistique la plus fréquente.

<sup>47</sup> L'écart interquartile correspond à l'étendue de la série statistique après élimination de 25 % des valeurs les plus faibles et de 25 % des valeurs les plus fortes.

<sup>48</sup> BB : borne basse ; E : espérance ; DMS : durée moyenne de séjour.

## Annexe I

La fixation de la valeur de borne haute du niveau N-1 ne doit pas conduire les professionnels à privilégier le financement des séjours en EXH, c'est-à-dire à éviter de coder les diagnostics associés qui conduiraient le séjour dans un niveau de sévérité N. Ceci pourrait être le cas, si la somme du montant de la borne haute N-1 et du montant du niveau de sévérité N-1 était supérieure au montant du financement du niveau de sévérité N.

Inversement, les séjours dont la durée est inférieure à la borne basse donnent lieu à une facturation en « extrême bas » (EXB), dont les modalités de calcul sont détaillées dans l'encadré.

### Encadré 29 : Mode de calcul des extrêmes hauts et bas

Les EXH sont calculés de manière à ce que :

$$EXH_n = 0,75 * (Trf_n / DMS_n)$$

$$EXH_n^* = \min \left( EXH_n, \right. \\ \left. (Trf_{n+1} - Trf_n) / (BH_{n+1} - BH_n); \right. \\ \left. (Trf_{n+2} - Trf_n) / (BH_{n+2} - BH_n); \right. \\ \left. (Trf_{n+3} - Trf_n) / (BH_{n+3} - BH_n) \right)^{49}$$

Le calcul des tarifs EXB s'effectue selon deux modalités distinctes :

- pour les séjours relevant de GHM de niveau de sévérité 1, les tarifs EXB = (tarif<sub>niveau 1</sub> - tarif<sub>séjour sans nuitée</sub>) / borne basse ;
- pour les séjours relevant de GHM de niveau de sévérité 2,3 ou 4 : les séjours bas du niveau n sont payés au tarif du niveau n-1.

*Source : ATIH.*

#### ◆ Des exceptions à la règle d'équivalence entre GHM et GHS

Outre cette déclinaison tarifaire adaptée aux durées des séjours, certains GHM font l'objet de plusieurs GHS et inversement.

**Tableau 22 : Nombre de GHM pluri-GHS et de GHS pluri-GHM de 2009 à 2011**

	2009		2010		2011	
	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Nombre de GHM pluri-GHS	54	26	71	60	75	63
Nombre de GHS pluri-GHM	2	1	1	2	1	1

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Le nombre de GHM pluri-GHS a augmenté de manière continue depuis la mise en place de la V11 en 2009 : dans le secteur ex-DG, il est passé de 54 GHM en 2009 à 75 en 2011 ; parallèlement, dans le secteur ex-OQN, il est passé de 26 en 2009 à 63 en 2011.

En revanche, le phénomène de GHS pluri-GHM ne concerne qu'un ou deux GHS par an dans chaque secteur. Il s'agit des GHS 64 et 1522 qui se rapportent à 8 GHM en 2009 et 2010, le GHS 1522 correspondant en 2011 à 16 GHM :

<sup>49</sup> Trf<sub>n</sub> est le tarif du niveau de sévérité n ; Trf<sub>n+1</sub> est le tarif du niveau de sévérité n+1 ; BH<sub>n</sub> est la valeur de la borne haute du niveau de sévérité n ; BH<sub>n+1</sub> est la valeur de la borne haute du niveau de sévérité n +1 ; EXH<sub>n</sub> est le tarif de l'exh du niveau de sévérité n ; EXH<sub>n</sub><sup>\*</sup> est le tarif final de l'exh du niveau de sévérité n.

## Annexe I

- le GHS 64 a été créé en V9 pour tarifier la pose d'électrodes intracrâniennes, permettant un enregistrement de certaines formes d'épilepsie. La pose de ces électrodes étant un acte chirurgical, le séjour afférant est classé dans l'un des 8 GHM de craniotomie relevant de deux racines différenciées en fonction de l'âge du patient ;
- le GHS 1522 a été créé pour financer le remplacement d'une valve aortique par une bioprothèse implantée par cathétérisme. Ce GHS a été adossé à différents GHM compatibles, compte tenu des différentes voies d'abord ou situations médicales possibles (cf. PJ n°4).

Alors que la classification en GHM est du ressort de l'ATIH, la DGOS est responsable de la classification en GHS dans le cadre de l'arrêté tarifaire. Les GHS « dédoublés » sont ainsi créés pour répondre à un besoin spécifique, à l'apparition d'une technique particulière ou à des dispositions organisationnelles non transposables dans la classification.

A titre d'illustration, deux exemples peuvent être pris :

- un acte bien identifié a été effectué et entraîne le classement dans un GHS majoré : dans la campagne 2011, le GHM de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité en séances (28Z18Z) correspond à la fois :
  - au GHS 9625, lorsqu'un acte de séance d'irradiation externe par machine dédiée produisant des photons avec modulation d'intensité et contrôle de la position de la cible par imagerie (ZZNL051) a été réalisé ;
  - au GHS 9622 dans les autres cas ;
- le patient est hospitalisé dans une unité dédiée : dans la campagne 2010, le GHM de soins palliatifs, avec ou sans acte (23Z02Z) correspond à la fois :
  - au GHS 7994 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'ARS ;
  - au GHS 7993 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'ARS ;
  - au GHS 7992 dans les autres cas.

La liste exhaustive des GHS dédoublés en 2011 figure en pièce jointe (cf. PJ n°4).

L'ATIH précise toutefois qu'une veille active de ces situations est assurée, afin de supprimer les cas particuliers dès que les données enregistrées dans les bases permettent l'analyse et l'identification d'une solution alternative.

Par exemple, alors qu'un GHS « dédoublé » de rythmologie interventionnelle avait été créé en 2007 pour séparer procédures longues et courtes, deux racines de GHM distinctes ont été finalement conçues lors de la campagne 2011 pour distinguer ces deux formes de prise en charge.

Cette démultiplication des tarifs en fonction de la durée des séjours induit un décalage entre des données dont le modèle initial de la T2A voudrait qu'elles soient liées, voire qu'elles coïncident :

- les coûts moyens de l'ENCc, uniques pour chaque GHM ;
- les tarifs de campagne, qui correspondent aux tarifs de droit commun ;
- la rémunération effectivement perçue par les établissements, qui est la résultante des tarifs de droit commun, des tarifs EXH, des tarifs EXB et des forfaits bas.

Ce constat a conduit la mission à mener des analyses comparatives à partir à la fois des tarifs de droit commun, dits « tarifs faciaux » qui s'appliquent à la majorité des séjours, et des tarifs moyens, qui reflètent la multiplicité des tarifs en fonction du casemix (cf. encadré 1).

#### 4.2.2. Une méthode de construction tarifaire en constante évolution

L'échelle des tarifs, obtenue à partir des coûts calculés au périmètre T2A, est soumise à différentes « contraintes », qu'il s'agisse des contraintes liées aux priorités de santé publique, ou de la contrainte budgétaire définie dans le cadre de l'ONDAM.

Les méthodes d'application de ces contraintes et de construction des différentes échelles tarifaires ont toutefois évolué dans des proportions importantes au cours des trois dernières années, depuis la mise en place de la V11.

##### 4.2.2.1. La méthode de construction de 2009

Le schéma retenu en 2009, suite à la mise en place de la V11, et infléchi dès 2010, se décomposait en trois grandes étapes, décrites ci-après.

###### ◆ Le passage des coûts T2A aux tarifs bruts

La première étape d'élaboration des tarifs pour chacun des deux secteurs consiste à distribuer une masse financière donnée en tenant compte de manière systématique de la hiérarchie des coûts telle qu'elle ressort de l'ENCc 2006.

Le calcul des tarifs bruts moyens s'effectue à partir d'un coefficient d'ajustement unique (cf. encadré).

Les coûts T2A sont ensuite divisés par ce même coefficient d'ajustement pour obtenir les tarifs bruts moyens. Les coûts T2A utilisés pour procéder au calcul diffèrent d'une année sur l'autre :

- les tarifs de 2009 ont été calculés à partir des coûts 2006 ;
- les tarifs de 2010 à partir des coûts 2006 et 2007 ;
- les tarifs de 2011, dans le secteur ex-DG, à partir des coûts 2006, 2007 et 2008, et dans le secteur ex-OQN, à partir des coûts 2006 et 2007 ;
- les tarifs de 2012, dans le secteur ex-DG, à partir des coûts 2006, 2007, 2008 et 2009, et dans le secteur ex-OQN, à partir des coûts 2006, 2007 et 2009.

Les coûts 2008 n'ont pas été utilisés dans le secteur ex-OQN en raison du caractère lacunaire de la base ENC lié au boycott des établissements privés à but lucratif (cf. 2.2.1).

L'étape de construction des tarifs bruts moyens témoigne de l'ancienneté croissante des coûts de référence utilisés. Alors que l'écart était de 3 ans en 2009 entre les coûts collectés et les tarifs, il n'a cessé de s'accroître avec la prise en compte de coûts plus anciens, datant de 3 à 6 ans pour la campagne 2012 (cf. 2.2.2.).

Les tarifs bruts moyens sont ensuite déclinés en tarifs de base, extrêmes hauts et bas, et en forfaits (cf. *supra*), qui font également l'objet d'une valorisation en fonction du case-mix de l'année n-1.

Des coefficients d'ajustement par racine de GHM sont ensuite définis à partir du rapport entre cette nouvelle masse tarifaire et la masse des tarifs bruts moyens au niveau de chaque racine de GHM (cf. encadré).

**Encadré 30 : Présentation des coefficients d'ajustement permettant le passage des coûts T2A aux tarifs bruts**

Afin de passer des coûts au champ tarifaire aux tarifs bruts, l'ATIH détermine des coefficients d'ajustement à la fois sur la masse de l'ensemble des racines de GHM et sur la masse intra racine.

Le coefficient Béta qui est appliqué à l'ensemble des GHM est le rapport entre la masse tarif et la masse coût au champ tarifaire. La masse tarif correspond à la valorisation du casemix, avec spécification des séjours extrêmes bas et hauts, par les tarifs, tandis que la masse coût est issue de la multiplication du nombre de séjour par le coût au champ tarifaire.

Le calcul des tarifs bruts moyens s'effectue donc à partir d'un coefficient d'ajustement unique calculé comme suit :

$$\text{Beta} = \sum (\text{coûts T2A} \times \text{casemix n-1}) / \sum (\text{tarifs n-1} \times \text{casemix n-1})^{50}$$

Pour passer du coût au tarif brut, l'échelle de coût est également transformée afin de tenir compte des spécificités de financement des séjours extrêmes. L'échelle de tarifs bruts à construire doit prendre en compte ces modalités de financement, à savoir les journées « EXH », les journées « EXB » et les forfaits EXB. Ainsi, dans un premier temps, ces modalités sont calculées selon l'algorithme de financement mais en partant du coût moyen.

Cependant, cette transformation ne doit pas remettre en cause globalement la masse coût de la racine. Un coefficient d'ajustement par racine est donc calculé, comme le rapport, sur une racine donnée, entre la masse coût au format tarifaire et la masse coût initiale :

$$\text{Beta racine} = (\text{masse des coûts sous format tarifs}) / (\text{masse coût initiale})$$

Ainsi, les tarifs bruts sont calculés de la manière suivante :

$$\text{Tarif brut} = (\text{coût T2A} / \text{Beta racine}) / \text{Beta}$$

La formule est identique pour les différentes formes de tarifs, qu'il s'agisse du forfait bas, de l'EXH ou de l'EXB.

Après application de ces coefficients au sein des racines sur chaque GHM, les montants par racine sont modifiés sans que la masse tarifaire d'ensemble soit bouleversée par rapport aux tarifs bruts moyens.

◆ Le passage des tarifs bruts aux tarifs repères

Les deux échelles de tarifs obtenues sont ensuite ajustées afin de prendre en compte des objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives, par application de critères communs ou non aux deux secteurs, conduisant à deux échelles de tarifs dits « repères ».

Sans pour autant constituer une cible précise, ces tarifs repères sont censés donner les orientations des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme (cf. partie 4.3.2).

◆ Le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne

Les variations de recettes issues de la mise en place des nouvelles échelles de tarifs sont ensuite limitées, pour permettre aux établissements de s'adapter aux évolutions de la tarification.

Par ailleurs, les trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont au champ de l'exercice n-1 et n'intègrent pas encore les spécificités de la campagne n, qu'il s'agisse à la fois des changements de champ tarifaire, des mesures spécifiques de convergence ciblée, ou encore de l'application de l'ONDAM. La prise en compte de ces mesures s'effectue ainsi lors d'une ultime étape et permet d'obtenir les tarifs de l'arrêté.

<sup>50</sup> Le case-mix utilisé est le dernier connu de l'année n-1. En pratique, il s'agit du case-mix calculé à partir des dix premiers mois de l'année n-1. Il est ensuite corrigé en fin de construction tarifaire à partir du case-mix de l'ensemble de l'année n-1, au moment où est appliqué l'ONDAM (cf. *infra*).

## Annexe I

Les tarifs 2009 ont ainsi été calculés en prenant en compte :

- le transfert dans la dotation MIGAC des financements correspondant aux surcoûts liés à l'accueil de patients en situation de précarité et à certaines charges relatives à la permanence des soins hospitaliers (PDSH) ;
- l'harmonisation des listes de dispositifs médicaux implantables (DMI) payés en sus des GHS pour les deux secteurs ;
- la réintégration partielle du forfait de haute technicité dans les tarifs du secteur ex-OQN ;
- l'évolution en volume de l'activité résultant de l'ONDAM.

### 4.2.2.2. Évolution de la méthode de construction des tarifs

#### ◆ L'évolution de la méthode en 2010

Outre les modifications relatives à la classification en GHM et au mode de calcul des bornes basses (cf. *supra*), la méthode de construction des tarifs a été modifiée en 2010, sous l'influence du principe de stabilité tarifaire.

Si des tarifs bruts issus des données de coûts 2006 et 2007 ont été calculés, il a été arbitré de ne pas imputer les évolutions de coûts dans les tarifs et donc de répartir pour l'essentiel des données de coûts 2006. Ainsi, deux échelles de tarifs bruts ont été construites et comparées :

- une échelle de tarifs bruts 2009 convertis en V11b, reposant uniquement sur les données de coûts 2006. Cette échelle correspond aux valeurs des tarifs bruts de 2009, auxquels ont été appliqués les changements de classification des GHM, ainsi que les modifications portant sur les séjours bas ;
- une échelle de tarifs bruts actualisés, reposant sur l'échelle de coûts 2006/2007. Cette échelle correspond au recalcul systématique des tarifs en tenant compte de ces données de coûts panachées.

Lorsque le tarif 2009 converti en V11b repose sur des données de coût peu robustes, le tarif reposant sur l'échelle de coût 2006/2007 est alors privilégié. Ainsi, la sélection des tarifs bruts repose sur un algorithme décomposé en trois étapes :

- quand l'évolution des coûts est jugée stable, le tarif retenu est le tarif issu de l'échelle de coûts 2006 en V11b ;
- quand l'évolution des coûts est jugée instable,
  - pour les GHM dont le nombre de séjours est faible en 2006, le tarif retenu est le tarif issu de l'échelle de coûts 2006/2007, dès lors que le nombre de séjours de l'ENC 2007 est significativement plus élevé ;
  - pour les GHM dont la mesure de coût a été jugée plus fiable en 2007, le tarif retenu est le tarif issu de l'échelle de coûts 2006/2007.

En outre, l'actualisation s'étend aux racines de GHM lorsque la définition du coût reposait dans l'échelle 2006 sur une estimation statistique ou sur un faible nombre de séjours. Les tarifs des GHM de niveaux de sévérité supérieurs sont alors actualisés.

## Annexe I

### ◆ L'évolution de la méthode en 2011

Dans le prolongement de l'évolution initiée en 2010, l'objectif de stabilisation du modèle a primé dans le processus de construction tarifaire pour la campagne 2011. Comme le rappelle le rapport au Parlement 2011 sur la T2A, il a été décidé « *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 modulation des tarifs 2010 mis en regard des coûts observés ; de faire aboutir le processus de convergence intra-sectorielle* ».

La construction tarifaire s'articule désormais autour de la modulation des tarifs qui ne sont plus recalculés systématiquement d'une année sur l'autre.

Les tarifs de base n'ont donc pas été calculés sur le modèle des tarifs bruts des années antérieures, mais correspondent – à quelques exceptions près – aux tarifs de l'année antérieure.

À partir de ces données, l'ATIH a réalisé une étude relative à l'adéquation entre le financement et les charges pour chaque activité. Les coûts ajustés au périmètre T2A ont été ainsi comparés aux tarifs en vigueur (cf. encadré).

### Encadré 31 : Présentation de l'étude adéquation charge - financement

Pour la campagne tarifaire 2011, l'ATIH a réalisé une étude sur l'adéquation entre les charges et les financements, sur l'ensemble des GHM, en utilisant les données de la campagne tarifaire 2010 en V11b, le casemix de 2009 et les échelles de coûts pluriannuelles 2006, 2007, 2008 pour le secteur ex-DG et 2006, 2007 pour le secteur ex-OQN.

Cette étude consiste à mettre en regard les échelles de coûts et de tarifs appliquées à une même masse tarifaire, et non pas à mesurer strictement l'adéquation des charges aux financements pour chaque GHM. En effet, les discordances entre les périmètres des coûts et des tarifs les rendent incomparables terme à terme. Cette étude a donc vocation à identifier les GHM relativement défavorisés ou favorisés par rapport aux autres, lors de la construction tarifaire.

**Tableau 23 : Ventilation des GHM en fonction de leur statut  
d'après l'étude adéquation charges financements**

	Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN		
	Nombre de GHM gagnants	Nombre de GHM perdants	Total	Nombre de GHM gagnants	Nombre de GHM perdants	Total
GHM n'ayant pas fait l'objet de mesures de convergence	862	928	1790	204	732	936
GHM ayant fait l'objet de mesures de convergence	4	31	35	14	21	35
Ensemble	866	959	1825	218	753	971

*Source : ATIH Étude Adéquation charge financement – Retraitements mission IGF.*

L'étude adéquation charges financements montre que les GHM perdants ont été plus nombreux que les GHM gagnants, tant dans le secteur ex-DG – 959 perdants contre 866 gagnants – que dans le secteur ex-OQN – 753 perdants contre 218 gagnants – lors de la construction tarifaire de 2010.

Les GHM ayant fait l'objet de mesures de convergence ciblée sont très majoritairement perdants dans le secteur ex-DG (31 contre 4 gagnants) et se répartissent dans le secteur ex-OQN entre 14 GHM gagnants et 21 perdants.



## Annexe I

**Tableau 24 : Ventilation des gains et pertes des GHM  
d'après l'étude adéquation charges financements (en M€)**

	Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN		
	Gains	Pertes	Total	Gains	Pertes	Total
GHM n'ayant pas fait l'objet de mesures de convergence	698	- 463	235	270	- 340	- 70
GHM ayant fait l'objet de mesures de convergence	81	- 316	-235	121	- 51	70
Ensemble	779	-779	0	391	-391	0

*Source : ATIH Étude Adéquation charge financement- Retraitements mission IGF.*

Ce tableau ne permet pas de conclure à la stricte compensation des charges par les financements, puisqu'il a été établi à masse tarifaire constante et se trouve donc, par construction, équilibré. Il permet toutefois, lorsqu'il est rapproché des résultats précédents, de montrer que les « gains » - qui résultent notamment des mesures d'incitation tarifaire - sont concentrés sur un nombre de GHM plus réduit que les pertes, qui correspondent à la fois aux mesures de convergence ciblée dans le secteur ex-DG et aux compensations des mesures d'incitations tarifaires sur les autres GHM. Le tableau permet également d'observer que les mesures de convergence ciblée représentent une enveloppe de 235 millions d'euros dans le secteur ex-DG et 70 millions d'euros dans le secteur ex-OQN.

Cette étude a été prise en considération en :

- corrigeant les anomalies détectées intra-racines (à partir d'une étude des ratios DMS/coûts/tarifs entre les niveaux de sévérité) et inter-racines (à partir d'une étude du positionnement entre racines au vu de la lourdeur médicale et de la lourdeur économique) ;
- vérifiant le positionnement des tarifs par rapport aux coûts ajustés des GHM ciblés par les fédérations d'établissements de santé ;
- diminuant les tarifs des GHM pour lesquels l'écart tarif-coût est jugé important.

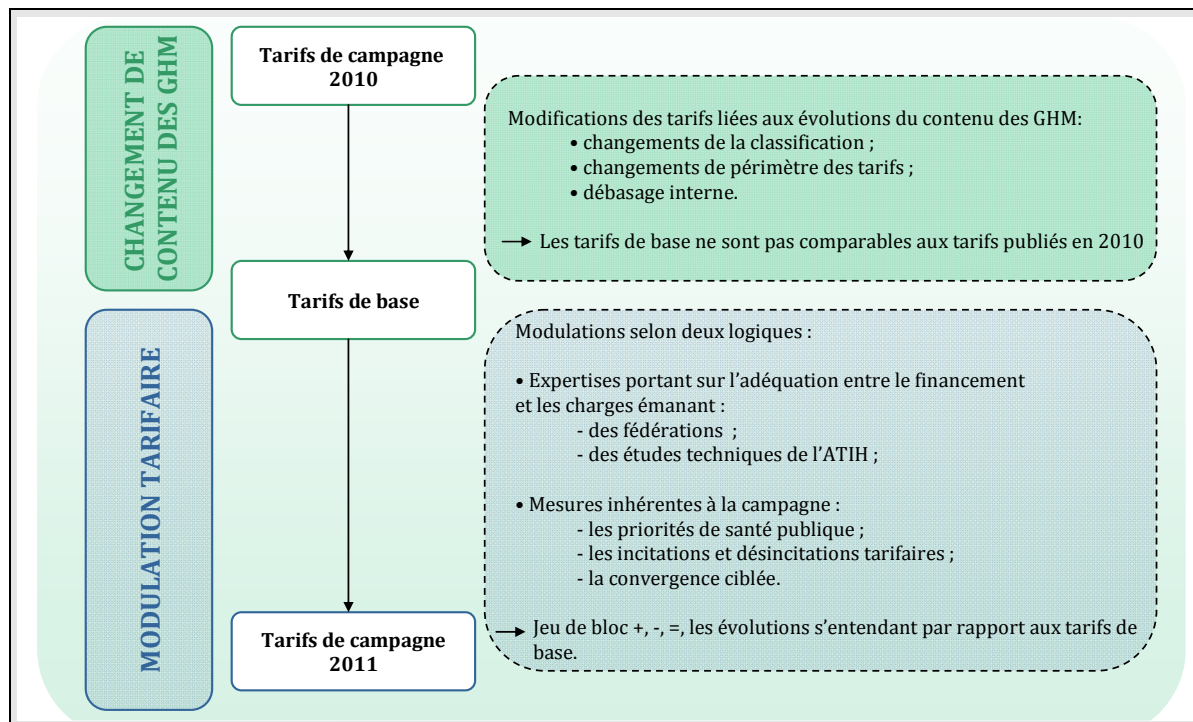
Le principe appliqué par l'ATIH dans cette étude consiste à considérer que l'intervalle de confiance entre le tarif et le coût ajusté à la masse est de plus ou moins 5 %. Ceci signifie que les corrections n'ont porté que sur les GHM dont le tarif était supérieur ou inférieur de plus de 5 % à son coût.

Ainsi, d'après l'ATIH, la maintenance tarifaire a conduit à augmenter d'1 million d'euros la masse tarifaire dans le secteur ex-DG et à le diminuer de 200 000 euros dans le secteur ex-OQN, tandis que les demandes des fédérations ont débouché sur une augmentation de 14 millions d'euros dans le secteur ex-DG.

Les tarifs ont été modulés en fonction de deux logiques complémentaires :

- d'une part, sur la base d'expertises portant sur l'adéquation entre le financement et les charges ;
- d'autre part, en fonction des mesures incitatives propres à la campagne, qu'il s'agisse de convergence ciblée ou de plans de santé publique.

Encadré 32 : Schéma de la construction tarifaire en 2011



Source : Rapport au Parlement sur la T2A 2011.

#### 4.2.3. Une volonté de stabilisation des tarifs source d'opacité et d'instabilité

- ◆ Une instabilité tarifaire atténuée par le changement de méthode

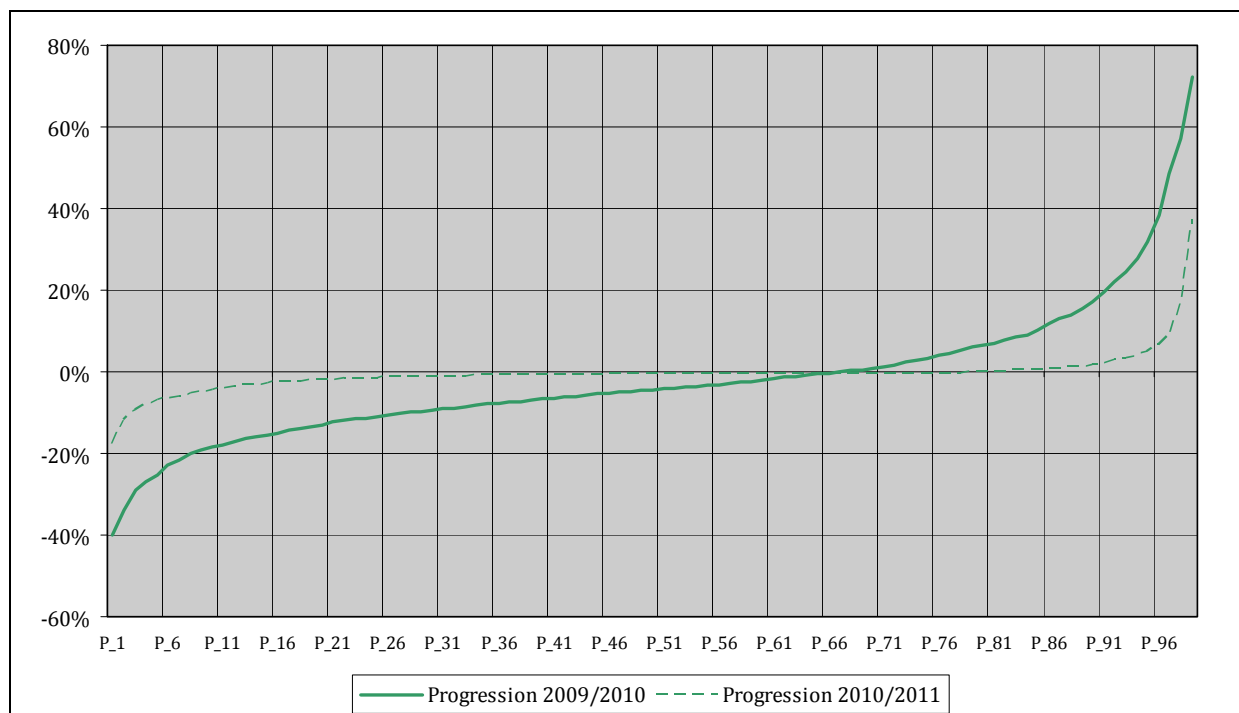
L'instabilité des tarifs, souvent déplorée par les établissements de santé et leurs fédérations, est un obstacle à la qualité de la gestion interne hospitalière. Cette instabilité est à la fois la résultante des changements de classification en GHM (cf. partie 2.1.2) et des variations tarifaires elles-mêmes.

Cette instabilité doit en outre être rapprochée de la publication tardive des tarifs, qui fait obstacle à une bonne anticipation par les établissements des évolutions de leurs recettes. Alors que l'exercice budgétaire des hôpitaux court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, les tarifs des séjours sont fixés par arrêté publié au mois de février, pour une entrée en application au 1<sup>er</sup> mars. En outre, l'instabilité des tarifs entrave la gestion pluriannuelle des établissements : la révision annuelle de la classification des séjours ainsi que des tarifs qui y sont liés rend difficile la définition d'une stratégie de moyen terme, notamment en matière d'investissement, de recrutements médicaux ou de plan de retour à l'équilibre financier. Les établissements relativement spécialisés - pratiquant une activité concentrée sur un nombre réduit de GHM - se trouvent particulièrement exposés à ces variations (cf. annexe III).

La comparaison des variations subies par les tarifs moyens d'une année sur l'autre, sur les GHM n'ayant pas connu de bouleversement de leur classification<sup>51</sup>, montre que les écarts se sont réduits entre 2010 et 2011, par rapport à l'année antérieure.

<sup>51</sup> Les GHM dont le périmètre a été modifié ont été exclus de l'analyse. Toutefois, les changements de classification peuvent également bouleverser les autres GHM, en déportant notamment certains séjours vers des GHM nouvellement créés.

**Graphique 25 : Répartition de la progression des tarifs moyens 2009/2010 et 2010/2011 par centile de GHM dans le secteur ex-DG**



*Source : Données ATIH – Retraitement mission IGF.*

*La distribution de la progression est représentée par centile de GHM, des 1 % dont la progression est la moins élevée aux 99 % dont la progression est la plus élevée.*

Si les tarifs moyens 2010 ont diminué en moyenne de 1,5 % par rapport aux tarifs 2009, et ceux de 2011 ont progressé de 1 % par rapport aux tarifs 2010, les écarts entre les médianes sont plus marqués. Alors que la médiane des écarts entre 2009 et 2010 s'établissait à -4,4 %, celle des écarts entre 2010 et 2011 a été réduite à -0,6 %.

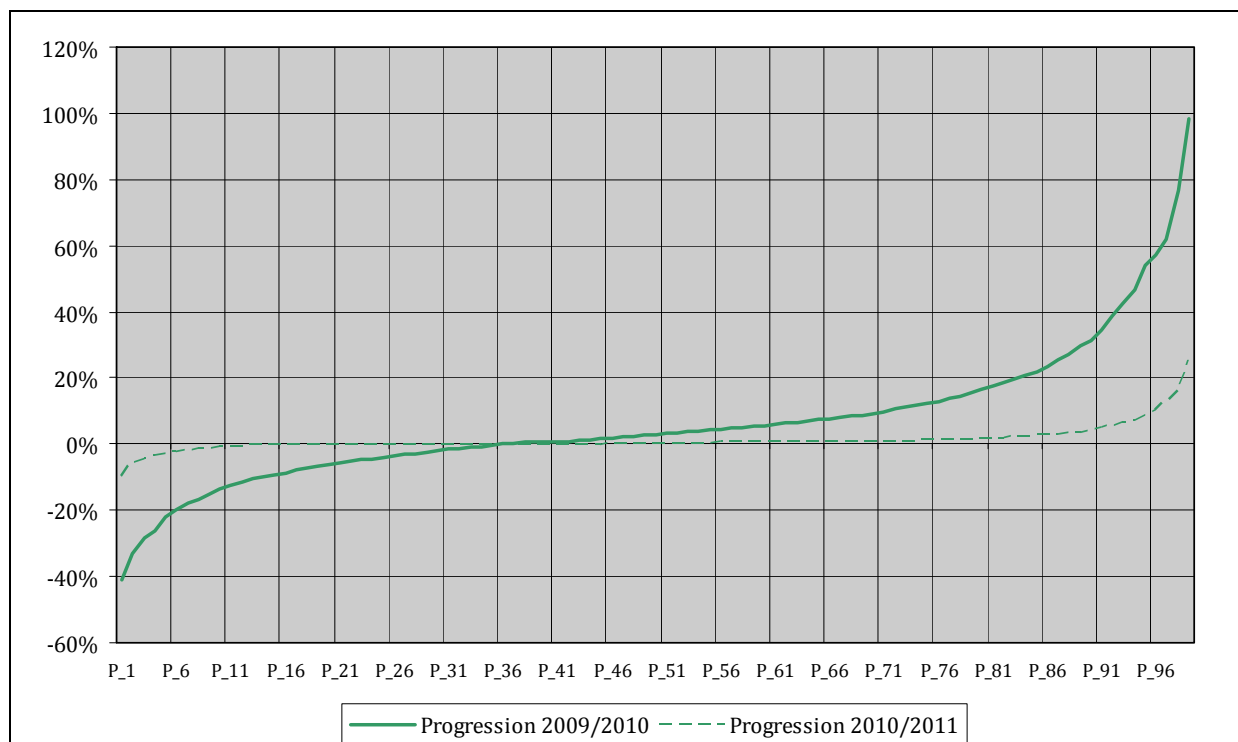
Le graphique précédent montre en effet que la courbe des écarts entre les tarifs 2010 et 2011 par centile est beaucoup plus proche de 0 que celle des écarts entre les tarifs 2009 et 2010 dans le secteur ex-DG.

La progression moyenne du premier centile des tarifs moyens s'établit à -40,2 % pour 2009/2010, contre -17,8 % pour 2010/2011 et celle du 99<sup>ème</sup> centile s'élève à 72,2 % pour 2009/2010 contre 37,5 % pour 2010/2011.

Toutefois, une partie de ces évolutions est imputable aux changements de périmètre tarifaire, notamment aux débasages (cf. *supra*) et de classification. En effet, les tarifs de campagne ne sont jamais comparables terme à terme d'une année sur l'autre, compte tenu de ces multiples évolutions annuelles.

Malgré ces réserves méthodologiques, la comparaison des deux courbes témoigne d'une stabilisation, qui est également le fruit d'un ciblage des évolutions de classification en 2011.

**Graphique 26 : Répartition de la progression des tarifs 2009/2010 et 2010/2011 par centile de GHM dans le secteur ex-OQN**



*Source : Données ATIH – Retraitement mission IGF.*

*La distribution de la progression est représentée par centile de GHM, des 1 % dont la progression est la moins élevée aux 99 % dont la progression est la plus élevée.*

Le graphique montre que les courbes de progression ont suivi le même écart dans le secteur ex-OQN que dans le secteur ex-DG. Les écarts entre les tarifs 2010 et 2011 par centile sont beaucoup plus proches de 0 que les écarts entre les tarifs 2009 et 2010.

La progression du premier centile s'établit à -41 % pour 2009/2010, contre -10 % pour 2010/2011 et celle du 99<sup>ème</sup> centile s'élève à 98 % pour 2009/2010 contre 25 % pour 2010/2011.

Le rapport de la mission IGAS-IGF sur le pilotage des dépenses hospitalières de 2005 concluait à la nécessité de stabiliser le référentiel tarifaire. La proposition n°11 de l'IGF pour 2006 consistait ainsi à supprimer le mécanisme de régulation annuelle et infra-annuelle et à assurer la stabilité des tarifs. Il précisait qu'une telle stabilisation « *supposait, outre la suppression de la régulation prix/volume, que les résultats de la nouvelle ENC ne soient pas pris en compte. Les inconvénients d'une modification des tarifs en termes de lisibilité outrepassent en effet largement les éventuels avantages liés à la prise en compte d'une nouvelle ENC, dont la fiabilité ne sera pas beaucoup plus grande que celle de l'ENC existante* ».

Toutefois, cette proposition n'avait pas vocation à être pérennisée et la mission préconisait qu'« *à moyen terme, une fois supprimée la régulation prix/volume, et après avoir fiabilisé l'ENC, il conviendrait de faire converger les tarifs vers les coûts moyens issus de la dernière étude de coûts, le cas échéant actualisés à partir de l'inflation des facteurs et des objectifs de gains de productivité* ».

## Annexe I

### ◆ Le changement de logique initié par la volonté de stabilisation des tarifs en 2011

Les évolutions de la méthode de construction des tarifs d'une année sur l'autre témoignent de la complexité croissante du processus de construction tarifaire. Si le rapport au Parlement de 2011 sur la T2A relève que « *la complexité est en réalité le corollaire de la transparence que permet la T2A* »<sup>52</sup>, il convient de noter que l'abandon des différentes étapes de construction des tarifs au profit d'une méthode plus intégrée ne constitue pas une amélioration majeure de la lisibilité du processus.

De surcroît, l'instabilité des méthodes redouble la difficulté des établissements de santé et de leurs fédérations à comprendre le mode de construction des tarifs et à mesurer l'impact des retraitements opérés, malgré leur association aux groupes de travail et comités de pilotage qui jalonnent ces différentes étapes (cf. partie 1.2.3.).

Aussi, il semble que le principe de stabilisation des tarifs d'une année sur l'autre, qui oriente les évolutions méthodologiques des dernières années, soit mis en œuvre au prix d'une instabilité des méthodes de construction. Loin de constituer un facteur de transparence, ces évolutions engendrent un sentiment d'incompréhension de la part des acteurs du système de santé à l'égard de la « boîte noire » de la tarification.

Par ailleurs, l'orientation vers une stabilisation des tarifs conduit de fait à consacrer la prédominance de l'objectif de répartition d'une enveloppe budgétaire, sur l'objectif de régulation économique des tarifs en fonction des coûts. Cette évolution tend à rapprocher le système actuel de construction tarifaire du processus de construction des tarifs de la CCAM, en distendant le lien entre les coûts de référence et les tarifs de campagne.

Cette évolution de la méthode conduit à conférer à l'ENC un rôle de clé de répartition d'une enveloppe budgétaire pré-déterminée par l'ONDAM, et non plus de données de référence pour le calcul des tarifs. Si les évolutions de la jurisprudence du Conseil d'État et de la législation ôtent tout obstacle juridique à ces évolutions méthodologiques (cf. encadré 32), il convient de souligner les paradoxes auxquels elles conduisent. Alors que le modèle initial de la T2A reposait sur une logique économique de concurrence par comparaison, le glissement opéré dans le processus de construction tend à déporter le système vers une logique d'allocation budgétaire.

Un tel constat conduit également à s'interroger sur la pertinence du maintien de l'échelle nationale des coûts, dont la construction annuelle est coûteuse, alors que son utilité devient marginale<sup>53</sup>. Or, tant les imperfections de leur collecte que les multiples retraitements auxquels ils sont soumis réduisent la portée et la signification des coûts (cf. partie 2.3.1. et partie 4.2.).

#### **Encadré 33 : Évolution de la jurisprudence du Conseil d'État relative à la construction tarifaire**

Le Conseil d'État a annulé les arrêtés tarifaires de 2007 et 2008, pour des motifs tenant à l'articulation insuffisante entre coûts et tarifs, notamment au défaut de représentativité de l'échantillon d'établissements de l'ENC. Le 21 novembre 2008, le Conseil d'État a annulé les deux arrêtés tarifaires de février 2007 et 2008 suite au recours de la fédération hospitalière privée (FHP-MCO) motivé par le non respect de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale qui précisait : « *Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements* ». Le commissaire du gouvernement relevait dans ses conclusions qu'il n'existait pas de données afférentes au coût relatif des prestations sur l'ensemble des prestations, puisque la seule échelle de coûts existante concernait les établissements de santé publics. L'indisponibilité d'une échelle des coûts relatifs pour le secteur privé constituait donc une cause d'illégalité, touchant à la méthodologie même du calcul des tarifs.

<sup>52</sup> Rapport au Parlement 2011 sur la T2A, p.11.

<sup>53</sup> En ce qui concerne l'utilité de l'ENC en termes de gestion interne des établissements de santé, une analyse est développée dans l'annexe III au rapport.

## Annexe I

Outre le fait que la constitution d'une échelle nationale de coûts du secteur ex-OQN et la construction d'une méthodologie commune de l'ENC répondent pour une large part aux motifs d'illégalité relevés par le Conseil d'État, l'article 53 de la LFSS 2009 a modifié en profondeur les dispositions du code de la sécurité sociale : « *Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations* » (1° du I de l'article L. 162-22-10). Par conséquent, le Conseil d'État a considéré, dans sa décision n°327388 du 7 juillet 2010, que « *contrairement à ce que soutient le syndicat FHP-MCO,*

- *les ministres compétents ne sont pas tenus de prendre en compte le coût relatif des prestations d'hospitalisation dans la fixation des tarifs ;*
- *ni, s'ils se fondent sur un tel élément, d'évaluer ce coût relatif sur la base d'un échantillon représentatif d'établissements de santé ;*
- *que ni ces dispositions, ni aucune autre disposition du code de la sécurité sociale ne font en outre obligation aux ministres compétents de tenir compte du coût réel des prestations ».*

La disposition de la LFSS pour 2009 a donc bien eu pour effet de transformer en simple faculté la prise en compte des données de coût relatif des prestations, sans plus aucune référence à un échantillon représentatif.

### **4.3. Le passage des coûts aux tarifs résulte de modulations qui tendent à se neutraliser, sous l'influence d'objectifs contradictoires**

#### **4.3.1. Des tarifs unitaires inférieurs à leurs coûts de référence, dont l'impact financier dépend étroitement du case mix**

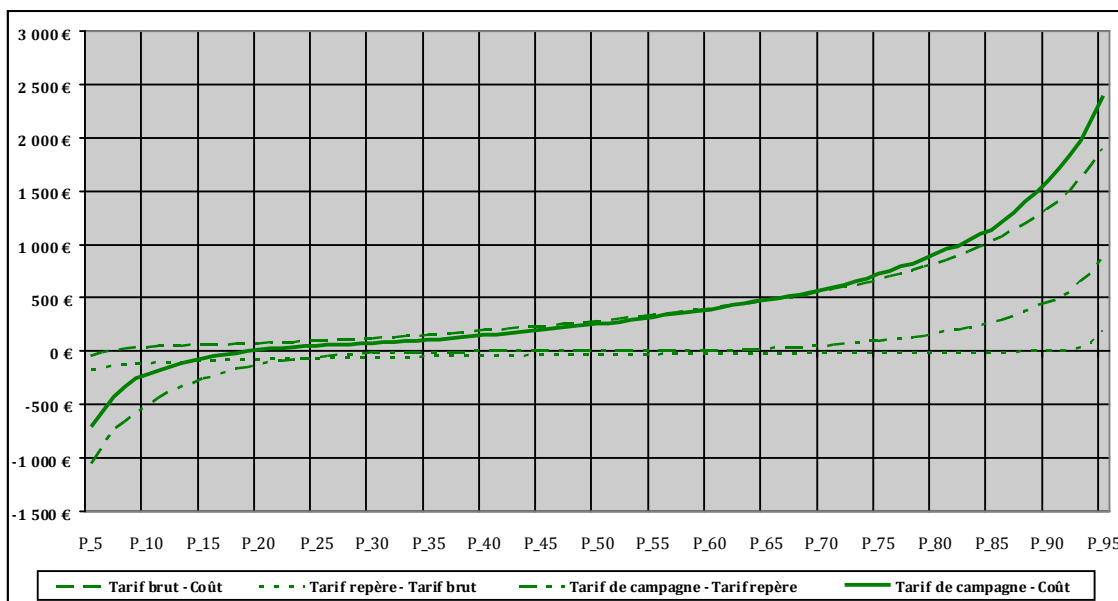
- ◆ Impact de la construction tarifaire sur l'écart coût-tarif des GHM

La construction tarifaire conduit, pour une majorité de GHM en 2009 et 2010, à une diminution des tarifs moyens de campagne par rapport aux coûts T2A. Cette analyse n'a pas pu être menée pour la campagne tarifaire 2011, dans la mesure où le changement de méthode a conduit à construire les tarifs de base à partir des tarifs de 2010, et non à partir de coûts T2A (cf. *supra*).

L'analyse de la répartition des GHM en fonction de l'écart existant entre leur coût T2A et leurs différents tarifs moyens – tarifs bruts, tarifs repères et tarifs de campagne – par centile témoigne ainsi d'un écart croissant à la baisse, au fur et à mesure des étapes de la construction tarifaire, entre les coûts et les tarifs.

## Annexe I

**Graphique 27 : Répartition des écarts entre les coûts T2A et les tarifs pour l'ensemble des GHM en 2009, par centile dans le secteur ex-DG**



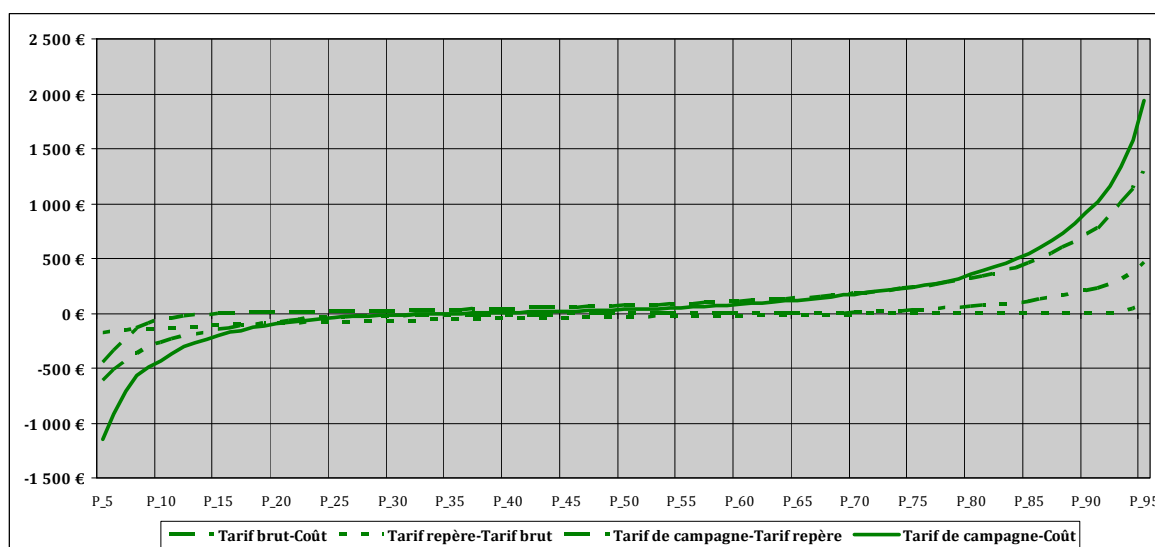
*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

*Les données utilisées sont les coûts T2A 2006 et les tarifs moyens bruts, repères et de campagne de 2009.*

*La distribution des écarts est représentée par centile de GHM, des 5 % dont l'écart est le moins élevé aux 5 % dont l'écart est le plus élevé.*

L'écart entre les coûts T2A et les tarifs moyens de campagne s'échelonne dans le secteur ex-DG en 2009 ainsi, pour les 90 % de GHM compris entre le 5<sup>ème</sup> et le 95<sup>ème</sup> centile, entre -702 et 2 395 euros. L'écart devient nul au niveau du 20<sup>ème</sup> centile, ce qui signifie que 80 % des GHM ont des tarifs de campagne inférieurs à leurs coûts T2A.

**Graphique 28 : Répartition des écarts entre les coûts T2A et les tarifs pour l'ensemble des GHM en 2010, par centile dans le secteur ex-DG**



*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

*Les données utilisées sont les coûts T2A 2006 et les tarifs moyens bruts, repères et de campagne de 2009.*

*La distribution des écarts est représentée par centile de GHM, des 5 % dont l'écart est le moins élevé aux 5 % dont l'écart est le plus élevé.*



## Annexe I

L'écart entre les coûts T2A et les tarifs moyens de campagne s'échelonne dans le secteur ex-DG en 2010 ainsi, pour les 90 % de GHM compris entre le 5<sup>ème</sup> et le 95<sup>ème</sup> centile, entre -1 153 et 1 943 euros. L'écart devient nul au niveau du 36<sup>ème</sup> centile, ce qui signifie que 64 % des GHM ont des tarifs de campagne inférieurs à leurs coûts T2A.

Toutefois, cette analyse des écarts unitaires entre les coûts T2A et les tarifs des GHM ne permet en rien de préjuger de l'impact financier de telles évolutions sur les recettes des établissements. Pour ce faire, il est nécessaire de multiplier ces variables par un casemix commun.

### ◆ Impact de la construction tarifaire sur l'écart coût-tarif en fonction du casemix

La mission s'est donc employée à mesurer l'écart entre les coûts T2A des GHM pour les années utilisées dans la construction tarifaire et les tarifs de campagne, multipliés par le casemix effectif de l'année considérée (année n).

**Tableau 25 : Comparaison des masses financières associées aux coûts T2A 2006 et aux tarifs de 2009, en fonction du casemix de 2009**

Secteur	Nombre de séjours (en M)	Valorisation des coûts (en Mds€)	Valorisation des tarifs de l'arrêté (en Mds€)
DG	15,9	26,8	28,9
OQN	7,0	5,8	6,2

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Dans le tableau précédent, il apparaît que :

- valorisés en fonction du case mix de 2009, les tarifs de 2009 représentent une enveloppe de 28,9 milliards d'euros, supérieure de plus de 2 milliards d'euros à celle des coûts T2A de référence dans le secteur ex-DG, et une enveloppe de 6,2 milliards d'euros dans le secteur ex-OQN, supérieure de 400 millions d'euros à celle des coûts T2A dans le secteur ex-OQN ;
- les masses financières résultant de l'application des tarifs bruts, repères et de campagne sur le case mix de 2009 sont identiques, ce qui signifie que les modulations tarifaires s'effectuent à somme nulle.

**Tableau 26 : Comparaison des masses financières associées aux coûts T2A 2006 et 2007 et aux tarifs de 2010, en fonction du casemix de 2010**

Secteur	Nombre de séjours (en M)	Valorisation des coûts (en Mds€)	Valorisation des tarifs de l'arrêté (en Mds€)
DG	16,1	26,6	27,0
OQN	7,1	5,8	6,5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Pour la campagne tarifaire de 2010, les tarifs de l'arrêté, valorisés en fonction du casemix effectif de 2010, représentent une enveloppe de 27 milliards d'euros dans le secteur ex-DG, légèrement supérieur de 400 millions d'euros à celle des coûts T2A de référence. Dans le secteur ex-OQN, les tarifs de l'arrêté représentent une enveloppe de 6,5 milliards d'euros, supérieure de 700 millions d'euros à celle des coûts T2A.

Ces résultats, s'ils témoignent du fait que globalement l'enveloppe tarifaire est d'un montant comparable à celui de l'enveloppe des coûts T2A de référence pour les années 2009 et 2010, ne permettent pas de conclure à un « gain » financier pour les établissements. En effet, ce dernier dépend étroitement du casemix appliqué (cf. encadré), puisque les évolutions subies entre les coûts T2A et les tarifs de l'arrêté varient étroitement d'un GHM à l'autre (cf. *infra*).

**Encadré 34 : Estimation de l'impact de l'écart coûts-tarifs  
sur les recettes des établissements de l'ENC**

L'impact financier des écarts observés entre les coûts T2A et les tarifs de campagne par GHM étant étroitement dépendant du casemix, la mission a souhaité apprécier l'influence de ces écarts sur les recettes de certains établissements, en fonction de leur casemix.

Aussi, les coûts T2A 2006 et les tarifs de campagne 2009 ont été appliqués aux différents casemix des établissements de l'ENC 2006 dans le secteur ex-DG, afin d'estimer cette influence.

Il résulte de ces simulations :

- que tous les établissements de l'ENC sont « bénéficiaires » lors du passage aux tarifs 2009, par rapport aux coûts 2006, c'est-à-dire que l'enveloppe budgétaire résultant de l'application des tarifs 2009 au nombre de séjours effectués en 2006 est toujours supérieure à l'enveloppe résultant de l'application des coûts T2A 2006 à ce même casemix ;
- les « gains » théoriques obtenus lors du passage des coûts T2A aux tarifs varient dans des proportions très importantes en fonction du casemix des établissements, puisqu'ils s'échelonnent de 4,2 % à 100,3 %, avec un écart moyen de 11 %.

Ces résultats laissent à penser que l'impact des écarts coûts-tarifs pourrait être tout autre avec des établissements disposant d'autres casemix. Il pourrait même être envisagé que des établissements puissent être perdants, si leur activité se concentre sur des GHM dont les tarifs sont inférieurs aux coûts T2A.

◆ **Impact de la construction tarifaire sur les échelles de coûts et de tarifs**

La mission s'est employée à évaluer l'ampleur de cette déformation de l'échelle des coûts, à partir d'un « taux de concordance » égal à (1-U de Theil), le U de Theil<sup>54</sup> étant un indice permettant de mesurer le degré de similarité ou de discordance entre deux variables nominales. Plus le U est proche de 1 et plus les deux variables diffèrent l'une de l'autre. Ce taux de concordance est calculé à la fois entre :

- les coûts T2A unitaires et les tarifs bruts moyens ;
- les tarifs bruts moyens et les tarifs repères moyens ;
- les tarifs repères moyens et les tarifs de campagne moyens.

**Tableau 27 : Taux de concordance entre les différentes échelles de coûts et de tarifs  
à chaque étape de la construction tarifaire**

Taux de concordance (en %)	2009		2010*		2011**	
	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
<b>Coûts T2A - Tarifs bruts</b>	80,3	89,1	96,6	92,7	-	-
<b>Tarifs bruts - Tarifs repères</b>	91,7	89,6	92,1	92,5	96,0	98,0
<b>Tarifs repères - Tarifs de campagne</b>	92,7	84,7	94,2	88,7	94,4	86,9

*Source : Données ATIH - Méthode IGF.*

\* En 2010, la comparaison a été faite pour la rubrique « coûts T2A-tarifs bruts » à partir des coûts T2A de 2006.

\*\* En 2011, la comparaison a été faite entre les tarifs de base et les tarifs modulés, puis entre les tarifs modulés et les tarifs de campagne.

$$^{54} \text{U de Theil} = \frac{\sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (X_i - Y_i)^2}}{\sqrt{\frac{1}{N} (\sum_{i=1}^N X_i^2 + \sum_{i=1}^N Y_i^2)}}$$

## Annexe I

L'écart le plus important s'observe entre les échelles de coûts T2A et les échelles de tarifs bruts, pour l'année 2009, puisqu'elles ne concordent qu'à hauteur de 80,3 % dans le secteur ex-DG et 89,1 % dans le secteur ex-OQN.

Cet écart entre les échelles s'explique notamment, après échange avec l'ATIH, par l'estimation statistique des GHM de moins de 30 séjours dont, par construction, les tarifs ne sont pas directement liés aux coûts, mais également par les distorsions induites par les coefficients d'ajustement appliqués par racine de GHM (cf. partie 4.1.2.), ce qui témoigne du poids déformant des tarifs « particuliers » – extrêmes hauts, extrêmes bas et forfaits bas – dans la construction des tarifs.

Par ailleurs, les échelles de tarifs sont assez proches les unes des autres puisque le taux de concordance est supérieur à 90 % dans le secteur ex-DG de 2009 à 2011, et supérieur à 84 % dans le secteur ex-OQN. Ces écarts relativement faibles témoignent du périmètre réduit de GHM auquel sont appliquées les modulations tarifaires, mais ne préjugent pas de leur ampleur sur les GHM concernés (cf. *infra*).

Toutefois, il apparaît que le passage des tarifs bruts aux tarifs repères induit légèrement plus de distorsions que le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne dans le secteur ex-DG, les taux de concordance des premiers étant inférieurs d'1 à 2 points aux seconds.

Dans le secteur ex-OQN, au contraire, les taux de concordance sont légèrement supérieurs, de 4 à 5 points, entre les échelles de tarifs bruts et de tarifs repères aux taux de concordance entre les échelles de tarifs repères et de tarifs de campagne. Ces résultats reflètent en partie l'ampleur des mesures de lissage appliquées sur les tarifs du secteur privé lucratif (cf. *infra*).

**Tableau 28 : Taux de concordance entre l'échelle des coûts et les différentes échelles de tarifs**

Taux de concordance (en %)	2009		2010*	
	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
<b>Coûts T2A - Tarifs bruts</b>	80,3	89,1	96,6	92,7
<b>Coûts T2A - Tarifs repères</b>	78,3	88,5	91,2	89,0
<b>Coûts T2A - Tarifs de campagne</b>	77,1	83,6	89,4	84,9

*Source* : Données ATIH – Méthode IGF.

\* En 2010, la comparaison a été faite pour la rubrique « coûts T2A-tarifs bruts » à partir des coûts T2A de 2006.

Le tableau précédent permet de compléter l'analyse en présentant les taux de concordance entre, d'une part, l'échelle des coûts T2A et, d'autre part, les différentes échelles de tarifs, en 2009 et 2010. Il met en évidence que les étapes de la construction tarifaire produisent successivement des distorsions par rapport à la hiérarchisation des coûts des GHM qui ne se compensent pas, mais se cumulent.

Aussi, à l'issue de la construction des tarifs dans le secteur ex-DG, l'échelle des tarifs de campagne ne concorde plus avec l'échelle des coûts T2A qu'à hauteur de 77 % en 2009 et 89 % en 2010. Dans le secteur ex-OQN, l'échelle des tarifs de campagne présente un taux de concordance avec celle des coûts T2A de 84 % en 2009 et 85 % en 2010.

Il apparaît ainsi que la construction tarifaire de 2009 a davantage distordu les échelles que lors de la campagne tarifaire de 2010. Ces résultats peuvent toutefois être imputés au biais introduit par les GHM de moins de 30 séjours (cf. *supra*) dont les tarifs ne sont pas construits à partir des coûts, mais à partir d'une estimation statistique.

### 4.3.2. Des modulations tarifaires qui tendent à se compenser mutuellement, au détriment de leur portée et de leur lisibilité

#### 4.3.2.1. La pertinence des coefficients géographiques

La tarification à l'activité est modulée par des coefficients correcteurs géographiques qui ont vocation à rendre compte « des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans une zone géographique considérée » (article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale). L'article R. 162-42-1 du même code dispose, dans son dernier alinéa : « Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées ». Ils sont fixés chaque année par le pouvoir réglementaire, dans l'arrêté tarifaire.

Les coefficients géographiques vont de 6 à 30 % en 2011. Ils n'ont pas évolué depuis 2009, à l'exception de celui des deux départements de Corse qui a été porté de 5 à 6 % en 2011 (cf. tableau 23).

**Tableau 29 : Montant des coefficients géographiques en 2011**

Zone géographique	Valeur du coefficient en 2009 (en %)	Valeur du coefficient en 2010 (en %)	Valeur du coefficient en 2011 (en %)
Corse du Sud	5	5	6
Haute-Corse	5	5	6
Paris	7	7	7
Seine-et-Marne	7	7	7
Yvelines	7	7	7
Essonne	7	7	7
Hauts-de-Seine	7	7	7
Seine-Saint-Denis	7	7	7
Val-de-Marne	7	7	7
Val d'Oise	7	7	7
Guadeloupe	25	25	25
Martinique	25	25	25
Guyane	25	25	25
La Réunion	30	30	30

*Source* : Arrêté tarifaire du 27 février 2009, arrêté tarifaire du 27 février 2010 et arrêté tarifaire du 1er mars 2011.

La Cour des comptes relevait, dans son rapport annuel de 2006 sur la sécurité sociale, que « les coefficients retenus ne reflètent pas la réalité des disparités de coûts constatées dans les études réalisées, lesquelles étaient fondées pour la métropole sur l'exploitation des transactions immobilières notariales, habitat compris. Exclusivement supérieurs à 1, ils ne bénéficient qu'à la seule région Île-de-France, en dehors de la Corse et des DOM, alors que certaines régions comme la PACA, enregistrent dans le secteur privé des surcoûts réels du même ordre d'importance ».

L'application de ces coefficients à l'ensemble des postes de charges, y compris la blanchisserie et la restauration, ne semble en effet ni logique ni cohérente avec leur mode de calcul initial.

## Annexe I

Toutefois, d'après la jurisprudence du Conseil d'État, rien ne s'oppose juridiquement à ce que les coefficients géographiques soient fixés de la sorte. Dans sa décision du 14 novembre 2007, le Conseil d'État a en effet rejeté la requête de l'association des cliniques privées de Haute-Savoie et autres demandant l'annulation des dispositions de l'arrêté tarifaire de 2005, en tant qu'elles n'attribuaient pas à la Haute-Savoie de coefficient géographique. A cette occasion, le Conseil d'État a retenu une interprétation des dispositions du code de la sécurité sociale, selon laquelle l'administration avait une grande latitude pour apprécier la pertinence d'une correction géographique et de son périmètre d'application, mais également pour choisir les modalités de son calcul. Le Conseil d'État a en effet considéré qu'il appartenait à l'administration à la fois :

- de vérifier s'il existait, zone par zone (sans que celle-ci corresponde nécessairement à un département) des facteurs spécifiques modifiant de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations, ces facteurs ne se limitant pas aux facteurs de nature immobilière, salariale et fiscale et ne devant pas nécessairement être réunis simultanément ;
- au vu de ces éléments, de fixer les coefficients géographiques, sans être tenue de compenser strictement l'impact de ces facteurs spécifiques affectant le prix de revient des prestations, mais en appréciant dans quelle mesure ils doivent l'être.

Au-delà de ces éléments jurisprudentiels, l'opportunité de la fixation de tels coefficients pourrait être discutée, tant leur mode de calcul et leur montant paraissent éloignés des différentiels de coûts liés à la localisation géographique.

Toutefois, malgré ses tentatives, la mission n'a pas pu mener à bien des investigations pertinentes sur ce sujet, visant à évaluer les surcoûts induits par la localisation géographique. En effet, la dispersion des coûts de l'ENC fait obstacle à la conduite d'analyses robustes sur ce sujet (cf. partie 2.3.1.). Une fiabilisation préalable de la collecte des coûts serait nécessaire pour évaluer les différentiels de coûts entre les zones géographiques.

### **4.3.2.2. La prise en compte des priorités de santé publique**

La définition des priorités de santé publique, dites « contraintes », au travers de la majoration et de la minoration des tarifs, peut être classée en trois grandes catégories :

- la chirurgie ambulatoire, en tant que mode de prise en charge plus efficient, fait l'objet de tarifs majorés par rapport aux prises en charge requérant au moins une nuit d'hospitalisation depuis plusieurs années ;
- les GHM relevant de domaines de santé publique prioritaires ont été identifiés en 2009, à l'occasion du passage à la V11. Les secteurs du cancer, des soins palliatifs, de la péri-natalité et de la prise en charge des AVC ont alors été reconnus comme des domaines prioritaires requérant une valorisation de leurs tarifs ;
- les GHM pratiqués dans certains types d'établissements seulement, tels que les CHU, donnent également lieu à des modulations tarifaires, afin que leur sous-représentation dans l'ENC n'entraîne pas une sous-évaluation de leurs tarifs. Il s'agit notamment des activités dites « lourdes » (cf. pièces jointes).

Depuis 2009, aucune contrainte nouvelle n'a émergé. Seul le maintien ou non des contraintes existantes est étudié au cours de la campagne tarifaire.

La mission s'est employée à apprécier l'impact de ces mesures à partir de l'analyse des tarifs de la campagne 2010, qui est la dernière année de calcul des tarifs repères, avant le bouleversement de la méthodologie de construction tarifaire en 2011 (cf. partie 4.1.).

## Annexe I

- ◆ Les incitations tarifaires ne portent pas sur le même périmètre selon qu'il s'agit du tarif repère ou du tarif de campagne

L'observation des écarts entre tarifs bruts, tarifs repères et tarifs de campagne permet d'illustrer la teneur de cette démarche selon deux logiques : d'abord, l'intention incitative du régulateur, qui doit procéder d'une maximisation du tarif repère par rapport au tarif brut ; ensuite, la perception de l'incitation par les établissements, qui doit procéder de la maximisation du tarif de campagne par rapport au tarif brut.

- *Analyse des incitations découlant d'un écart entre tarifs bruts et tarifs repères*

Pour le secteur ex-DG, 1 933 GHM font l'objet d'une désincitation, c'est-à-dire que leur tarif repère est inférieur à leur tarif brut ; 161 GHM font au contraire l'objet d'une incitation, tandis que 254 ont un tarif repère égal au tarif brut.

La politique d'incitation tarifaire pour l'exercice 2010 a donc porté sur un volume de 3,9 millions de séjours, sur un volume total de 16 millions de séjours dans le secteur ex-DG.

**Tableau 30 : Écart entre les tarifs repères et les tarifs bruts dans le secteur ex-DG en 2010**

Nature de l'écart entre le tarif repère et le tarif brut	Nombre de GHM	Nombre de séjours 2010
Désincitation	1933	11 513 297
Incitation	161	3 873 922
Neutralité	254	450 212

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Pour le secteur ex-OQN, 1 951 GHM font l'objet d'une désincitation, c'est-à-dire que leur tarif repère est inférieur à leur tarif brut ; 119 GHM font au contraire l'objet d'une incitation, tandis que 99 ont un tarif repère égal au tarif brut.

La politique d'incitation tarifaire pour l'exercice 2010 a donc porté sur un volume d'environ 2 millions de séjours, sur un total de 7 millions de séjours dans le secteur ex-OQN.

**Tableau 31 : Écart entre les tarifs repères et les tarifs bruts dans le secteur ex-OQN en 2010**

Nature de l'écart entre le tarif repère et le tarif brut	Nombre de GHM	Nombre de séjours 2010
Désincitation	1951	4 979 607
Incitation	119	2 046 787
Neutralité	99	38 474

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Chacun des GHM faisant l'objet d'une incitation devrait figurer au sein des priorités nationales de santé publique, puisqu'elles constituent le seul motif de sur-valorisation des tarifs.

- *Analyse des incitations découlant d'un écart entre tarifs bruts et tarifs de campagne*

Pour le secteur ex-DG, l'écart entre le tarif de campagne et le tarif brut montre que 1 321 GHM font l'objet d'une désincitation, 770 GHM d'une incitation et 257 GHM voient leur tarif faire l'objet d'une neutralité tarifaire. L'incitation tarifaire a donc porté sur plus de 6 millions de séjours en 2010, contre 3,9 millions de séjours incités au sens d'une sur-valorisation des tarifs repères par rapport aux tarifs bruts (cf. *supra*).

## Annexe I

**Tableau 32 : Écart entre les tarifs de campagne et les tarifs bruts dans le secteur ex-DG en 2010**

Nature de l'écart entre le tarif de campagne et le tarif brut	Nombre de GHM	Nombre de séjours 2010
Désincitation	1 321	9 110 067
Incitation	770	6 266 881
Neutralité	257	460 483

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Dans le secteur ex-OQN, l'écart entre le tarif de campagne et le tarif brut montre que 1 624 GHM, soit plus de 3 millions de séjours, ont fait l'objet d'une désincitation, 444 GHM, soit près de 4 millions de séjours, d'une incitation et 101 GHM ont vu leur tarif inchangé. Ces résultats sont à mettre en regard des 2 millions de séjours incités au sens d'une sur-valorisation des tarifs repères par rapport aux tarifs bruts (cf. *supra*).

**Tableau 33 : Écart entre les tarifs de campagne et les tarifs bruts dans le secteur ex-OQN en 2010**

Nature de l'écart entre le tarif de campagne et le tarif brut	Nombre de GHM	Nombre de séjours 2010
Désincitation	1 624	3 228 930
Incitation	444	3 797 451
Neutralité	101	38 488

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Ces deux analyses montrent que le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne conduit à un élargissement du nombre de GHM faisant l'objet d'une incitation, puisque 770 GHM dans le secteur ex-DG et 444 dans le secteur ex-OQN disposent de tarifs de campagne supérieurs à leurs tarifs bruts, alors que seulement 161 GHM dans le secteur ex-DG et 119 dans le secteur ex-OQN bénéficient de tarifs repères plus élevés que leurs tarifs bruts.

Par conséquent, les incitations tarifaires, telles qu'elles peuvent être perçues par les établissements, sont également le fruit des retraitements postérieurs à la construction des tarifs repères.

Il importe toutefois de constater que les transferts financiers associés à ces modulations tarifaires traduisent des évolutions différentes de celles constatées en fonction du nombre de GHM : ainsi le degré d'incitation – entendu comme la survalorisation des GHS par rapport à leur tarif brut – se trouve relativement réduit pour chaque GHM, lors du passage aux tarifs de campagne (cf. *infra*).

- ◆ Les modulations tarifaires liées aux priorités de santé publique n'ont pas la même portée selon que les tarifs moyens ou les tarifs faciaux sont pris en compte

L'ATIH a transmis à la mission une liste de 402 GHM pour les établissements ex-DG et de 392 GHM pour les établissements ex-OQN<sup>55</sup> faisant partie des priorités de santé publique identifiées par la DGOS, auxquels s'ajoutent les incitations à des prises en charge particulières :

- 19 GHM<sup>56</sup> de chirurgie ambulatoire identifiés par la circulaire DGOS/R3/2010/457 ;

<sup>55</sup> La différence vient de 10 GHM liés aux AVC, qui ne font l'objet d'incitations tarifaires que dans le secteur ex-DG.

<sup>56</sup> Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire ; Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire ; Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire ; Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire ; Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire ; Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire ; Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire ; Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire ; Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales,



## Annexe I

- les GHM « accouchements par voie basse sans complication significative » et « accouchements par voie basse avec autres complications », qui ont fait l'objet d'une politique d'incitation dans le cadre de la périnatalogie, consistant à décourager le recours aux césariennes « de confort »<sup>57</sup> (cf. pièce jointe n°2).

La mission s'est notamment attachée à évaluer l'impact de ces modulations tarifaires sur les tarifs moyens des GHM, qui intègrent à la fois les tarifs « faciaux » de droit commun, les extrêmes hauts, bas et les forfaits bas.

- *Analyse des modulations tarifaires dans le secteur ex-DG*

L'étude de l'ensemble des 423 GHM fait ressortir que 8 d'entre eux font l'objet d'une désincitation sur leurs tarifs moyens :

- les soins palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée ;
- les préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle ;
- les autres préparations à une irradiation externe ;
- les techniques spéciales d'irradiation externe, en séances ;
- la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances ;
- la circoncision en ambulatoire ;
- la ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire ;
- les drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire.

Si la neutralité est appréhendée comme une forme d'incitation, eu égard à la pression à la baisse appliquée à une majorité de tarifs, ce sont 415 GHM qui font effectivement l'objet d'une incitation sur les domaines ou les prises en charge prioritaires.

**Tableau 34 : Ventilation des GHM faisant l'objet d'une incitation tarifaire dans le secteur ex-DG**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours
Désincitation	8	333 267
Incitation	161	3 873 922
Neutralité	254	450 212
Ensemble	423	4 657 401

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire ; Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire ; Autres interventions sur la main, en ambulatoire ; Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire ; Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire ; Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire ; Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire ; Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire.

<sup>57</sup> Pour le secteur ex-OQN, la contrainte relative à la périnatalogie a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication ;
- maintenir un rapport tarifaire de 12 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

Pour le secteur ex DG, cette contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 40 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication ;
- maintenir un rapport tarifaire de 20 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

## Annexe I

- *Analyse des modulations tarifaires dans le secteur ex-OQN*

L'étude de l'ensemble des GHM fait ressortir que 126 d'entre eux font l'objet d'une désincitation. En considérant également la neutralité comme une forme d'incitation, ce sont 218 GHM qui font effectivement l'objet d'une incitation sur les domaines identifiés comme des priorités de santé publique.

**Tableau 35 : Ventilation des GHM faisant l'objet d'une politique d'incitation tarifaire dans le secteur ex-OQN**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours
Désincitation	126	188 526
Incitation	119	2 046 787
Neutralité	99	38 474
Ensemble	344 <sup>58</sup>	2 273 787

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

- *Analyse des incitations tarifaires liées à la prise en charge en ambulatoire*

L'incitation à des prises en charge en ambulatoire a pris la forme en 2009 et en 2010 de :

- l'identification d'une liste de GHM de chirurgie ambulatoire choisis sur la base de critères médicaux, pour lesquels l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables. Cette méthode a donné lieu à l'identification de 18 GHM en 2009 et de 19 GHM en 2010, pour lesquels un tarif unique a été appliqué, qu'il s'agisse de GHM en J ou de GHM de niveau 1 ;
- pour les racines dépourvues de GHM d'ambulatoire, un calcul de l'EXB conduisant à un rapprochement des tarifs des séjours pris en charge en ambulatoire et en niveau 1 dans les GHM de chirurgie dont la DMS est inférieure à 4 jours.

Les autres GHM en ambulatoire n'ont fait l'objet d'aucune politique incitative en 2009 et 2010. En revanche, en 2011, la méthodologie a évolué, au profit de la prise en compte des résultats de l'étude « adéquation charges / financements », pour l'ensemble des GHM chirurgicaux classés en J, sauf le GHM « prélèvements d'ovocytes » et celui « avortements ». Il a ainsi été décidé de procéder à une revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts ajustés, par ponction sur les tarifs d'hospitalisation complète dont le tarif est supérieur au coût ajusté. Une seconde source de compensation de ces revalorisations est provenue de la baisse du tarif unique pour les GHM pour lesquels le taux d'ambulatoire était supérieur ou égal à 80 % - taux considéré comme l'objectif cible en matière de chirurgie ambulatoire – et le tarif supérieur de 30 % au coût ajusté. Il s'agissait principalement, en l'occurrence, du GHM d'interventions sur le cristallin dans le secteur ex-OQN, dont la baisse limitée à un tiers de l'écart a permis de dégager une masse financière de l'ordre de 32 millions d'euros.

Un focus a été réalisé sur les 19 actes identifiés par l'instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire, ayant fait l'objet d'une incitation tarifaire en 2010.

<sup>58</sup> 69 GHM faisant l'objet d'une politique publique n'ont eu aucun séjour en 2010 dans le secteur ex-OQN.

## Annexe I

**Tableau 36 : Écarts de valorisation tarifaire pour les 19 GHM de chirurgie ambulatoire**

Secteur	Mode de prise en charge	Nombre de séjours	Écart entre tarif brut et tarif repère (en M€)	Écart entre tarif repère et tarif de campagne (en M€)	Écart entre tarif brut et tarif de campagne (en M€)
DG	Ambulatoire	393 302	26,7	17,0	43,7
	Niveau 1	149 054	-37,6	5,0	-32,6
OQN	Ambulatoire	1 174 599	39,9	117,4	157,3
	Niveau 1	245 786	-31,7	27,2	-4,5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

L'observation des écarts entre tarifs bruts, tarifs repères et tarifs de campagne sur ces 19 GHM permet de mettre en évidence que :

- dans le secteur ex-DG, l'écart entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur les GHM en ambulatoire est de 44 millions d'euros, compensée en partie par une baisse de 33 millions d'euros sur les GHM de niveau 1 ;
- dans le secteur ex-OQN, l'écart entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur les GHM en ambulatoire est de 157 millions d'euros sur ces 19 actes, alors que cet écart ne représente qu'une baisse de 4,5 millions d'euros pour les GHM de niveau 1 ;
- le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne conduit à une augmentation de 17 millions d'euros de l'effet incitatif auquel conduisait le passage des tarifs bruts aux tarifs repères dans les GHM en ambulatoire du secteur ex-DG ;
- au contraire, dans le secteur ex-OQN, c'est le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne qui représente l'essentiel de l'incitation contenue dans l'écart entre tarifs bruts et tarifs de campagne, à hauteur de 117 millions sur les 157 millions d'euros totaux.

Ainsi, il semble que les étapes de construction des tarifs intervenant entre les tarifs repères et les tarifs de campagne soient déterminantes dans la variation d'ensemble du tarif, et donc, par extrapolation, dans l'incitation tarifaire « perçue ».

Toutefois, l'incitation en faveur de la prise en charge en ambulatoire passe pour l'essentiel par un rapprochement entre les tarifs de campagne de l'activité en ambulatoire et de niveau 1. Les tarifs de campagne « faciaux », c'est-à-dire les tarifs de campagne tels qu'ils sont libellés dans l'arrêté pour les séjours hors extrêmes hauts, extrêmes bas et forfaits bas, sont donc identiques pour les GHM concernés qu'il s'agisse d'ambulatoire ou de niveau 1.

## Annexe I

**Tableau 37 : Tarifs et écarts tarifaires des 19 GHM de chirurgie ambulatoire faisant l'objet de tarifs uniques avec le niveau 1**

GHM	Libellé	Tarif brut (en €)	Tarif repère (en €)	Tarif de campagne moyen (en €)	Écart entre tarifs de campagne moyens en ambulatoire et de niveau 1
03C22J	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire	544,72	678,24	748,51	0,53 %
06C10J	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	1 136,04	1 349,46	1534,52	-0,10 %
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	1 332,98	1 450,81	1447,97	-0,25 %
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	800,25	794,31	830,08	-0,29 %
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire	852,89	899,49	905,61	-0,35 %
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	1 415,00	1 866,47	1843,32	-0,41 %
12C06J	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	1 313,73	1 422,72	1397,06	-0,45 %
09C08J	Interventions sur la région anale et périanale, en ambulatoire	873,21	1 166,08	1225,83	-0,48 %
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	1 229,76	1 290,22	1403,18	-0,56 %
09C07J	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire	993,01	1 346,55	1353,58	-0,81 %
03C21J	Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire	1 434,39	1 559,13	1454,80	-0,82 %
01C13J	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	978,42	1 002,46	918,83	-0,86 %
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	1 287,12	1 285,27	1335,82	-0,91 %
08C44J	Autres interventions sur la main, en ambulatoire	1 299,07	1 314,04	1372,59	-1,06 %
13C08J	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, en ambulatoire	826,58	955,25	939,47	-1,80 %
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	970,82	986,12	989,61	-2,12 %
08C38J	Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire	1 571,29	1 623,63	1598,36	-2,14 %
03C15J	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	533,66	549,8	632,10	-10,03 %
03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	605,05	599,12	652,02	-18,85 %

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

## Annexe I

Le tableau précédent montre que, si les tarifs faciaux sont effectivement identiques, les tarifs moyens diffèrent légèrement entre l'ambulatoire et le niveau 1 :

- un GHM d'ambulatoire dispose d'un tarif de campagne moyen légèrement supérieur à celui de niveau 1 ;
- 12 GHM d'ambulatoire ont un tarif de campagne moyen qui diffère de moins de 1 % de celui du niveau 1 ;
- 4 GHM d'ambulatoire ont un tarif de campagne moyen inférieur de 1 à 2 % à celui de niveau 1 ;
- les deux GHM correspondants aux « drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire » et aux « drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire » ont des tarifs de campagne inférieurs respectivement de 10 % et de 19 % aux GHM correspondants de niveau 1.

Pour les deux derniers GHM, la conséquence effective de l'application d'un tarif facial unique est donc sensiblement différente de l'effet escompté puisque la rémunération des établissements demeure supérieure de 10 à 20 % en moyenne, sur le case-mix de l'année 2010, pour l'activité de niveau 1 par rapport à l'activité ambulatoire. D'après l'ATIH, cet écart est lié aux tarifs EXH, intégrés dans les tarifs moyens du niveau 1, qui demeurent plus élevés que les tarifs d'ambulatoire.

- ◆ L'évaluation du poids financier de la politique d'incitation tarifaire montre que l'effet incitatif des tarifs repères se trouve lissé lors du passage aux tarifs de campagne

L'évaluation du poids financier de la politique d'incitation tarifaire peut être effectuée selon trois perspectives différentes :

- en évaluant le poids des incitations sur le périmètre des GHM faisant l'objet de priorités de santé publique ; il s'agit dans ce cas de mesurer l'impact financier des décisions annoncées et affichées en tant que politiques d'incitation tarifaire ;
- en évaluant le poids des incitations résultant de la différence entre les tarifs bruts et les tarifs repères sur l'ensemble des GHM ; il s'agit alors d'évaluer l'impact financier de l'étape de construction des tarifs repères sur l'ensemble des séjours ;
- en évaluant le poids des incitations résultant de la différence entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur l'ensemble des GHM ; il s'agit alors de mesurer l'impact financier des modulations tarifaires induites par l'ensemble des étapes de construction des tarifs, au-delà de la constitution des tarifs repères, qui s'apparente aux incitations « perçues » par les établissements.

**Tableau 38 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires liées aux politiques de santé publique en 2010 dans le secteur ex-DG**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère (en M€)	Écart brut/campagne (en M€)
Désincitation	8	333 267	195	178	181	-16	-13
Incitation	161	3 873 922	3 822	4 218	4 232	396	410
Neutralité	254	450 212	2 489	2 489	2 489	0	0
Ensemble	423	4 657 401	6 506	6 886	6 903	379	396

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

## Annexe I

**Tableau 39 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires liées aux politiques de santé publique en 2010 dans le secteur ex-OQN**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère (en M€)	Écart brut/campagne (en M€)
Désincitation	126	188 526	398	353	356	-46	-43
Incitation	119	2 046 787	1 072	1 227	1 340	155	267
Neutralité	99	38 474	156	156	156	0	0
Ensemble	344 <sup>59</sup>	2 273 787	1 627	1 736	1 851	110	225

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Ces deux premiers tableaux montrent que les politiques d'incitation tarifaire décidées en 2010 sur un périmètre de 423 GHM dans le secteur ex-DG et 344 dans le secteur ex-OQN correspondent à :

- une enveloppe de 380 millions d'euros d'incitations nettes dans le secteur ex-DG – soit 396 millions d'euros d'incitations brutes et 16 millions de désincitations brutes – et 110 millions d'euros d'incitations nettes dans le secteur ex-OQN – soit 155 millions d'euros d'incitations brutes et 45 millions d'euros de désincitations brutes –, au stade des tarifs repères ;
- une enveloppe de 396 millions d'euros d'incitations nettes dans le secteur ex-DG – soit 410 millions d'euros d'incitations brutes et 13 millions d'euros de désincitations brutes – et 225 millions d'euros d'incitations nettes dans le secteur ex-OQN – soit 267 millions d'euros d'incitations brutes et 43 millions d'euros de désincitations brutes –, au stade des tarifs de campagne.

**Tableau 11 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires en fonction des écarts entre les tarifs bruts et les tarifs repères sur l'ensemble des GHM dans le secteur ex-DG**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère (en M€)	Écart brut/campagne (en M€)
Désincitation	1933	11 513 297	20 969	20 569	20 565	-399	-404
Incitation	161	3 873 922	3 822	4 218	4 232	396	410
Neutralité	254	450 212	2 489	2 489	2 489	0	0
Ensemble	2348	15 837 431	27 280	27 277	27 286	-4	5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Tableau 12 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires en fonction des écarts entre les tarifs bruts et les tarifs repères sur l'ensemble des GHM dans le secteur ex-OQN**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère (en M€)	Écart brut/campagne (en M€)
Désincitation	1 951	4 979 607	5 217	5 073	4 954	-144	-263
Incitation	119	2 046 787	1 072	1 227	1 340	155	267
Neutralité	99	38 474	156	156	156	0	0
Ensemble	2 169	7 064 869	6 445	6 457	6 450	11	5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

<sup>59</sup> 69 GHM faisant l'objet d'une politique publique n'ont eu aucun séjour en 2010 dans le secteur ex-OQN.

## Annexe I

Les deux tableaux précédents montrent que l'évaluation est sensiblement différente lorsque l'incitation est entendue au sens de l'écart résultant des différents tarifs, à l'issue des étapes de construction. Dans cette perspective, l'incitation pourrait être évaluée à :

- une enveloppe de 396 millions d'euros plus que compensée par une désincitation de 399 millions d'euros sur l'ensemble des GHM, au stade des tarifs repères, dans le secteur ex-DG et une enveloppe de 11 millions d'euros d'incitation nette dans le secteur ex-OQN ;
- une enveloppe de 404 millions d'euros plus que compensée par une désincitation de 410 millions d'euros sur l'ensemble des GHM, au stade des tarifs de campagne, dans le secteur ex-DG, et une enveloppe de 5 millions d'euros d'incitation nette dans le secteur ex-OQN.

Ainsi, dans le secteur ex-DG, comme dans le secteur ex-OQN, l'enveloppe des incitations nettes est très réduite, ce qui témoigne du fait que les mesures d'incitations tarifaires sont compensées par des diminutions d'un montant global quasi équivalent sur les autres GHM. Les mouvements que subissent les tarifs lors de la construction tarifaire se traduisent donc dans l'ensemble par un jeu à somme nulle.

**Tableau 40 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires en fonction de la réalité des écarts entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur l'ensemble des GHM dans le secteur ex-DG**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne	Écart brut/repère	Écart brut/campagne
Désincitation	1 321	9 110 067	15 621	15 291	15 039	-330	-583
Incitation	770	6 266 881	9 154	9 481	9 743	327	589
Neutralité	257	460 483	2 505	2 504	2 505	0	0
Ensemble	2 348	15 837 431	27 280	27 277	27 286	-4	5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Tableau 41 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires en fonction de la réalité des écarts entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur l'ensemble des GHM dans le secteur ex-OQN**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère	Écart brut/campagne
Désincitation	1 624	3 228 930	4 069	3 945	3 645	-124	-424
Incitation	444	3 797 451	2 220	2 355	2 649	136	430
Neutralité	101	384 488	156	156	156	0	0
Ensemble	2 169	7 064 869	6 445	6 457	6 450	11	5

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Ces deux derniers tableaux présentent les mouvements de désincitation et d'incitation au sens des écarts existant entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne.

Il apparaît ainsi que si le nombre de GHM faisant l'objet d'une « désincitation » est moins important que lors du passage aux tarifs repères, et que celui de GHM faisant l'objet d'une incitation est plus important que lors du passage aux tarifs repères (cf. *supra*), les enveloppes tarifaires correspondantes montrent que les transferts financiers sont contraires à ces évolutions. En effet, dans le secteur ex-DG :

- alors que le nombre de GHM « désincités » passe de 1 933 à 1 321 selon que la désincitation s'entend au regard des tarifs repères ou des tarifs de campagne, l'écart final enregistré passe au contraire de 404 millions d'euros à 583 millions d'euros ;



## Annexe I

- alors que le nombre de GHM « incités » passe de 161 à 770 selon que la désincitation s'entend au regard des tarifs repères ou des tarifs de campagne, l'écart final enregistré passe seulement de 410 à 589 millions d'euros.

Parallèlement, dans le secteur ex-OQN :

- alors que le nombre de GHM « désincités » passe de 1 951 à 1 624 selon que la désincitation s'entend au regard des tarifs repères ou des tarifs de campagne, l'écart final enregistré passe au contraire de 263 millions d'euros à 424 millions d'euros ;
- alors que le nombre de GHM « incités » passe de 119 à 444 selon que la désincitation s'entend au regard des tarifs repères ou des tarifs de campagne, l'écart final enregistré passe seulement de 267 à 430 millions d'euros.

Par conséquent, la diminution des tarifs de campagne par rapport aux tarifs repères conduit à concentrer la « désincitation » sur un nombre de GHM beaucoup plus réduit que lors du passage des tarifs bruts aux tarifs repères, mais dans des proportions beaucoup plus importantes. Cette accentuation de la baisse des tarifs de quelques GHM témoigne ainsi des effets de la convergence ciblée dans le secteur ex-DG, mais également de ceux du lissage des effets revenu (cf. *infra*).

Parallèlement, le passage des tarifs repères aux tarifs de campagne conduit à une augmentation du nombre de GHM « incités », mais à une réduction relative de leur degré de sur-valorisation par rapport à leurs tarifs bruts.

Les étapes comprises entre la construction des tarifs repères et des tarifs de campagne conduisent donc bel et bien à une atténuation des effets incitatifs et désincitatifs induits par la construction des tarifs repères (cf. *infra*).

### **4.3.2.3. La prise en compte des éventuelles conséquences de l'évolution de la tarification sur les ressources des établissements de santé**

La convergence intrasectorielle des tarifs a été achevée par anticipation en 2011 après une période de lissage progressif des effets de report des recettes inter-établissements. La fin de cette période de convergence n'a toutefois pas été accompagnée d'une suppression de tous les types de lissage dans le processus de construction tarifaire.

Aussi, afin d'éviter les effets revenus trop brutaux pour les établissements d'une année sur l'autre, les modifications tarifaires, notamment induites par les contraintes des politiques de santé publique, sont également lissées.

#### ◆ Le lissage des effets revenus dans la campagne tarifaire de 2010

Pour la campagne tarifaire 2010, une note de la DHOS adressée à la ministre de la santé et des sports le 2 février 2010 sur la construction tarifaire 2010 et la validation des contraintes de campagne témoigne de la prise en considération de l'objectif d'atténuation des effets revenu des établissements. Il est ainsi indiqué que « *les tarifs initiaux de campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes par CMD ou sous-CMD dans un objectif d'atténuation des effets revenu des établissements* ».

L'étude de différents scénarios visant à moduler l'application des « contraintes » repères en fonction de l'effet redistributif sur les recettes des différentes catégories d'établissements – définies en fonction de leur statut et du montant de leurs recettes – débouche sur une proposition d'arbitrage, consistant à : « *appliquer directement les tarifs repères dans la mesure où l'effet redistributif est limité à 0,42 %* » dans le secteur ex-DG. La DHOS précise qu'un tel scénario permet de gagner en lisibilité pour les établissements qui seront dès cette année aux tarifs repères 2010.

## Annexe I

Dans le secteur ex-OQN, il est précisé, dans la proposition d'arbitrage, que « *l'application directe des tarifs repères est inenvisageable – en particulier pour les établissements spécialisés en interventionnelle – et nécessite d'être lissée* ».

L'objectif de lissage des effets revenu des établissements a donc pour conséquence de réduire l'impact des modulations tarifaires effectuées au service des objectifs de santé publique (cf. *supra*).

Alors que l'incitation nette réalisée sur le périmètre des 423 GHM faisant l'objet de priorités de santé publique représente un montant de 396 millions d'euros dans le secteur ex-DG et 225 millions d'euros dans le secteur ex-OQN, cette mesure incitative se trouve « brouillée » par d'autres mouvements à la hausse et à la baisse sur l'ensemble des GHM. Ainsi, à l'issue du processus de construction, entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne, l'ensemble des GHM connaît une incitation nette de 5 millions d'euros dans le secteur ex-DG et une incitation nette de 5 millions d'euros dans le secteur ex-OQN.

Cette évolution transparaît également dans le nombre de GHM, puisque le nombre de GHM incités ou désincités varie dans des proportions importantes d'une étape à l'autre :

**Tableau 42 : Nombre de GHM incités ou désincités en fonction des étapes de la construction**

Écart par rapport au tarif brut	Tarif repère		Tarif de campagne	
	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Désincitation	1 933	1 951	1 321	1 624
Incitation	161	119	770	444
Neutralité	254	99	257	101
Ensemble	2 348	2 169	2 348	2 169

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

Paradoxalement, dans le secteur ex-DG, le nombre de GHM incités a été multiplié par 5 entre la construction des tarifs repères et celle des tarifs de campagne, les montants associés n'ont été multipliés que par 1,4, ce qui témoigne d'un lissage des modulations tarifaires et d'un éparpillement des réallocations financières.

L'opération de lissage des effets revenus tend ainsi à relier les tarifs à des références historiques, au risque de faire passer la tarification d'une logique prospective à une logique rétrospective, qui s'apparente davantage au fonctionnement de la dotation globale.

Ces effets sont particulièrement manifestes dans le secteur ex-OQN pour les GHM 02C05 « interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie », qui regroupent pour l'essentiel les opérations de la cataracte, dont les tarifs sont largement supérieurs aux coûts, afin d'éviter les réallocations brutales sur cette activité (cf. encadré).

**Encadré 35 : L'exemple de la cataracte dans le secteur ex-OQN**

Au cours de ses analyses, la mission s'est livrée à un focus sur la racine de GHM 02C05, qui recouvre les interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire et à différents niveaux de sévérité, dans le secteur ex-OQN. Cette racine est illustrative des mesures de lissage mises en œuvre pour éviter des effets redistributifs trop brutaux pour certains secteurs d'activité ou certains établissements de santé.

**Tableau 43 : Comparaison des enveloppes financières résultant de l'application des tarifs bruts, repères et de l'arrêté 2009 sur le casemix 2009 pour la racine 02C05**

GHM	Nombre de séjours en 2009	Valorisation brut (en €)	Valorisation repère (en €)	Valorisation arrêté (en €)
02C05J	393 142	247 611 684	247 611 684	386 993 305
02C051	99 060	71 904 973	71 904 973	97 569 996
02C052	399	682 214	682 214	1 014 443
02C053	22	69 154	69 154	102 832
02C054	4	20 840	20 840	30 989

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

**Tableau 44 : Comparaison des enveloppes financières résultant de l'application des tarifs bruts, repères et de l'arrêté 2010 sur le casemix 2010 pour la racine 02C05**

GHM	Nombre de séjours en 2010	Valorisation brut (en €)	Valorisation repère (en €)	Valorisation arrêté (en €)
02C05J	419 816	271 793 163	277 741 656	377 372 313
02C051	91 354	68 597 829	60 508 335	82 221 655
02C052	366	656 698	650 336	883 624
02C053	25	96 805	95 867	130 257
02C054	4	20 898	20 696	28 120

Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.

Les tableaux précédents montrent que les mesures postérieures à la définition des tarifs repères, c'est-à-dire pour l'essentiel les mesures de lissage des effets revenus, conduisent à une forte augmentation de la masse tarifaire de la racine de GHM 02C05, en 2009 et 2010 dans le secteur ex-OQN.

Cette hausse est particulièrement manifeste pour le GHM d'ambulatoire (02C05J) qui est le plus fréquemment pratiqué, avec 393 000 séjours en 2009 et 420 000 séjours en 2010, ce qui représente plus de 6 % de l'activité totale du secteur en 2009 (cf. partie 2.1.3.).

En 2009, les masses tarifaires associées aux tarifs bruts et repères sont identiques, la racine n'ayant fait l'objet d'aucune forme d'incitation, mais la masse tarifaire associée aux tarifs de l'arrêté est supérieure de 139 millions d'euros par rapport à celle des tarifs bruts pour le seul GHM d'ambulatoire et de 166 millions d'euros pour l'ensemble de la racine.

En 2010, la masse tarifaire associée aux tarifs repères est légèrement supérieure à celle des tarifs bruts, ce qui semble témoigner du fait que cette racine fait l'objet d'une politique incitative. La masse tarifaire associée aux tarifs de l'arrêté est supérieure de 99 millions d'euros à celle des tarifs bruts pour le seul GHM d'ambulatoire et de 120 millions d'euros pour l'ensemble de la racine.

Source : ATIH.

Par ailleurs, les mesures d'incitation tarifaire qui portent sur les GHM de cancer et d'activités lourdes peuvent également s'apparenter, dans leurs effets, à des mécanismes de lissage des effets de revenus pour des établissements tels que les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ces modulations conduisent en effet à maintenir des niveaux de rémunération constants pour ces activités, sur lesquels les CLCC et, dans une moindre mesure, les CHU sont spécialisés.

#### ◆ Le lissage des effets revenus dans la campagne tarifaire de 2011

Depuis le changement de méthode de 2011, l'étape de lissage est intégrée dans les modulations tarifaires qui résultent de l'étude adéquation charges financements réalisée par l'ATIH. Pour les GHM « extrêmes », dont l'écart entre le coût moyen et le tarif est supérieur à 30 %, un rapprochement progressif vers le coût est réalisé.

Le maintien d'une telle logique de lissage est la résultante d'une volonté de stabilisation des tarifs d'une année sur l'autre. Les fédérations d'établissements de santé ont notamment plaidé pour une large part en faveur de la stabilité des tarifs, afin d'améliorer la lisibilité des décisions de financement.

Ainsi, alors même que la convergence intrasectorielle a été officiellement achevée par anticipation (cf. partie 1.2.1.), le processus de lissage des effets de la tarification sur les recettes se poursuit.

Cette évolution se reflète directement dans la stabilisation des tarifs entre 2010 et 2011, à laquelle a conduit le changement de méthodologie (cf. partie 4.1.3.).

#### 4.3.2.4. L'influence de la convergence

##### ◆ Méthode de sélection des GHM faisant l'objet d'une convergence ciblée

Troisième volet des modulations imposées aux tarifs, la convergence entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN s'effectue de manière « ciblée » sur certains GHM.

Les GHM ciblés doivent respecter des critères tels qu'un niveau médical similaire, ainsi que des pratiques et prises en charge semblables et relativement standardisées dans les deux secteurs. Ainsi, les GHM sélectionnés devaient présenter des effectifs nombreux et ce, au sein de chaque secteur, afin de garantir une homogénéité acceptable tant en termes médicaux qu'économiques.

La mesure de convergence ciblée en 2010 n'est intervenue que sur les tarifs du secteur ex DG puisqu'il s'agit de faire converger le tarif de ce secteur vers celui du secteur ex OQN après prise en compte des honoraires (y compris les dépassements). Deux types de modalités ont été mises en œuvre :

- la convergence totale, soit la fixation d'un tarif unique dans les deux secteurs ;
- le rapprochement tarifaire.

S'agissant du secteur ex OQN, les tarifs sont restés stables pour l'ensemble des prestations. Les GHM avaient alors été identifiés à partir de critères médicaux.

En 2011, la méthode de sélection des GHM devant faire l'objet d'une convergence ciblée a évolué. Afin de mettre en œuvre la mesure d'économie prévue pour 2011 de 150 millions d'euros sur 10 mois, un arbre de décision a été défini en 5 étapes après concertation avec les fédérations hospitalières. Cette nouvelle méthode, qui ne s'appuie plus seulement sur une analyse médicale, a abouti à un élargissement de l'assiette : 193 GHS en 2011, contre 35 GHS en 2010. Décrite dans les documents de présentation de la DGOS aux fédérations hospitalières de la campagne tarifaire 2011, la méthode a notamment consisté à distinguer différentes classes de GHM, en fonction de l'homogénéité des durées de séjours dans les deux secteurs.

Des taux de convergence différenciés ont alors été appliqués en fonction des classes de GHM :

**Tableau 45 : Définition des taux de convergence 2011 en fonction de la classe de DMS**

Classe	Nombre de GHM	Taux de convergence
0	37	35
1	15	35
2	51	32
3	27	28
4	22	19
5	41	10
Total	193	-

Source : DGOS.

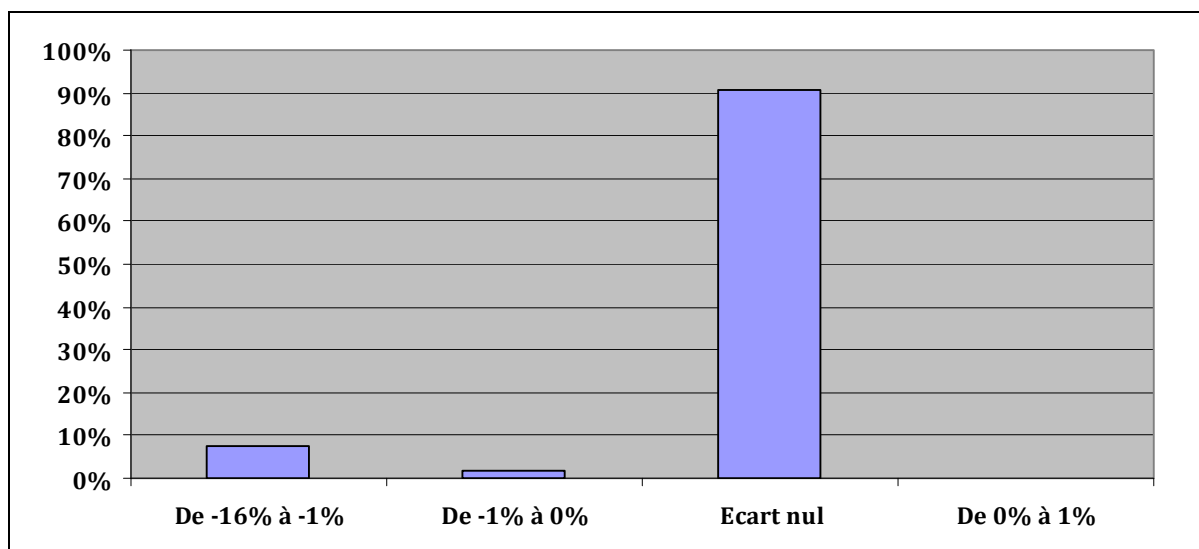
##### ◆ Impact de la convergence ciblée sur la construction tarifaire

L'effet propre de la convergence sur le niveau des tarifs est difficile à isoler, puisque les mesures spécifiques de convergence ciblée, tout comme les changements de champ tarifaire, et l'application de l'ONDAM s'effectuent lors d'une ultime étape, permettant d'obtenir les tarifs de l'arrêté (cf. partie 4.1.2.).

## Annexe I

Aussi, les tarifs pré-convergence et post-convergence ne sont directement identifiables que dans la campagne tarifaire de 2011. L'application des mesures de convergence a alors conduit à une diminution moyenne des tarifs de 0,71 % dans le secteur ex-DG. Cette diminution ne s'est concentrée que sur un nombre restreint de GHM.

**Graphique 29 : Répartition des GHM en fonction de l'impact de la convergence sur les tarifs en 2011 dans le secteur ex-DG**



*Source : Données ATIH – Retraitement mission IGF.*

Le graphique montre que les GHM ayant fait l'objet de mesures de convergence en 2011 se répartissent comme suit :

- 181 GHM ont connu une baisse de leurs tarifs de plus de 1 %, parmi lesquels le tarif du GHM « affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée » (03M10T) a diminué de 16 %, celui de « pose d'un stimulateur médullaire, niveau 1 » (01C101) de 14 % et celui de « traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée » (09M03T) de 12 % ;
- 48 GHM ont connu une baisse limitée comprise entre 0 et 1 % ;
- un GHM, « actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 », a bénéficié d'une augmentation de 0,4 %.

Ces mesures de convergence, couplées aux autres modulations tarifaires, ont des effets variables sur les tarifs :

- dans un rapport de la DREES de 2011<sup>60</sup>, il a notamment été démontré que la politique de convergence ciblée avait pu émettre des signaux contraires à ceux des autres modulations, notamment sur la chirurgie ambulatoire. Ainsi le rapprochement des tarifs du secteur public de ceux du secteur privé a conduit à baisser certains tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire, alors qu'ils faisaient l'objet d'une politique incitative par ailleurs ;
- plus généralement, les mesures de convergence ciblée ont été compensées par les mesures d'incitation tarifaire, de manière à ce que les modulations tarifaires dans leur ensemble s'effectuent à somme nulle.

<sup>60</sup> Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires, Evelyne Cash, Roland Cash et Catherine Dupilet, juillet 2011.

## Annexe I

Ces éléments témoignent ainsi du rôle « budgétaire » joué par les mesures de convergence ciblée, visant à compenser les mesures incitatives liées aux priorités de santé publique.

### Encadré 36 : Critiques formulées par la FHF à l'encontre des mesures de convergence ciblée en 2011

Dans un document intitulé « la convergence » d'août 2011, la FHF s'est employée à démontrer que les GHM qui avaient fait l'objet d'une convergence ciblée en 2011 n'étaient homogènes qu'en apparence entre les deux secteurs. Le GHM 03M111 « affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 » illustre l'hétérogénéité des prises en charge :

- l'analyse des diagnostics principaux (DP) montre de très importantes différences, puisque, « dans le privé, 85 % des séjours sont pris en charge pour « maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires (K00-K14) », contre 40 % dans le public. « A titre illustratif, le DP « caries dentaires (K02) » est retenu dans 30 % des cas dans le privé contre 9 % dans le public ». Inversement, les « lésions traumatiques de la tête (S00-S09) » représentent 40 % des patients du secteur public, contre 10 % de ceux du secteur privé ;
- l'âge de la patientèle varie également entre les deux secteurs, la population jeune, de moins de 50 ans, « typique des lésions traumatiques », constitue 57 % des prises en charge du public, contre 40 % de celles du privé ;
- les durées de séjour diffèrent de la même manière, 95 % des séjours du secteur privé présentant une durée d'une ou deux nuits, contre seulement 79 % dans le public. Une partie de cet écart « s'explique notamment par un accès par les urgences, dans 44 % des cas du public, contre seulement 5 % de ceux du privé ».

Les différentes mesures de modulations tarifaires ont donc des effets contradictoires sur les GHS et tendent à se compenser les unes les autres, au risque à la fois de brouiller leur lisibilité et leur portée. Les mouvements de va-et-vient qui émaillent la construction tarifaire traduisent une oscillation entre des objectifs de politique de santé publique, de stabilisation des tarifs et de modération budgétaire.

#### 4.3.3. Une contrainte budgétaire qui prend la forme d'une régulation prix-volume dont les effets sont difficiles à isoler

##### ◆ Modalités de prise en compte de l'ONDAM

L'ONDAM est compartimenté en six sous-objectifs, dont la segmentation ne recoupe ni les champs de responsabilité, ni les différents outils tarifaires. La tarification au séjour ne correspond ni au bloc ODMCO, qui comprend également une part de forfaits et le remboursement de médicaments et dispositifs médicaux n'entrant pas dans le champ des tarifs, ni même à l'enveloppe « tarifs » au sein du bloc ODMCO, qui comprend également, dans le secteur public, la CCAM versée au titre des consultations externes (cf. annexe III).

Le montant de l'enveloppe correspondant à la tarification à l'activité représente depuis 2008 et la suppression de la dotation annuelle complémentaire près de 90 % de l'objectif de dépense de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), 56 % de l'ONDAM hospitalier et près d'un quart de l'ONDAM total (cf. annexe III).

La prise en compte de cet objectif s'opère à la fin de la construction des tarifs, au début de l'année n. Les trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont en effet construites au champ de l'exercice n-1 et à la masse tarifaire n-1. Les changements de champ tarifaire et l'application du taux d'évolution des tarifs défini dans le cadre de l'ONDAM ne sont effectués qu'à la dernière étape de la construction tarifaire.



## Annexe I

Pour la campagne 2011, la méthode a évolué, puisque l'échelle de « tarifs de base » a été calée sur le champ de l'exercice n et sur une masse correspondant à la base tarifaire de l'ONDAM de l'année n (hors mesures nouvelles). Cette dernière est calculée à partir d'une estimation des réalisations de l'année n-1, à laquelle sont imputés les changements de champ tarifaire et les mesures de fongibilité. Seule l'application du taux d'évolution des tarifs défini dans le cadre de l'ONDAM, c'est-à-dire la masse tarif N, est dorénavant effectuée à la dernière étape.

La dernière étape consiste à faire évoluer les tarifs dans la limite définie par l'ONDAM. Ainsi, à partir de l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie, est déterminée l'évolution des dépenses des établissements de santé, décomposée entre les établissements tarifés à l'activité et les autres dépenses. S'agissant des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution est scindée entre l'ODMCO et l'enveloppe MIGAC, puis au sein de l'ODMCO entre les forfaits annuels, les médicaments/DMI et la part tarifs.

Cette déclinaison permet d'obtenir le taux d'évolution moyen des tarifs pour la part tarifs, une fois déduites les évolutions liées au volume et aux éventuelles provisions. Ce taux d'évolution concerne l'ensemble de la part tarifs y compris les consultations et actes externes. La déduction de la masse liée à ces dernières permet d'obtenir l'évolution moyenne de l'ensemble des tarifs sur 10 mois. Ensuite, est arbitrée l'évolution pour chaque type de prestations (suppléments journaliers, GHT, GHS, dialyse, etc.).

Pour 2010, pour le secteur ex DG, les tarifs des suppléments journaliers n'ont pas évolué, ni ceux des GHT, ni ceux des prestations D de la dialyse. S'agissant des GHS, leur évolution moyenne a été de -0,74 % ce qui correspond aux 150 millions d'euros prévus dans le cadre de la convergence ciblée.

### ◆ L'impact de l'ONDAM sur les tarifs

Compte tenu de l'imbrication des multiples étapes de la construction tarifaire qui, contrairement à ce que la séquence des différentes formes de tarifs reconstitués – exposés auparavant – laisse entendre, sont effectuées quasi simultanément par l'ATIH, la mission n'a pas pu isoler l'effet propre de l'ONDAM sur le niveau des tarifs.

Toutefois, les analyses menées (cf. *supra*) permettent de montrer que le différentiel entre la masse financière associée aux coûts T2A et celle associée aux tarifs de campagne dépend étroitement du casemix.

Par ailleurs, la mesure de l'impact de l'ONDAM supposerait que soit évaluée l'évolution du coût des facteurs de production des établissements de santé, permettant d'actualiser des coûts de référence de plus en plus éloignés de l'année de tarification (cf. partie 2.2.2.), afin d'apprécier le poids effectif de la contrainte budgétaire.

Ces divers obstacles témoignent une nouvelle fois des écarts de périmètres entre les coûts et les tarifs (cf. partie 4.1.1.), qui trouvent leur traduction directe pour les établissements de santé dans l'impossibilité de rapporter les charges qu'ils supportent de la rémunération qu'ils perçoivent pour leur activité. Cette disjonction croissante reflète un abandon progressif de l'objectif d'incitation à l'efficacité dans la gestion interne des établissements au profit d'une logique de répartition budgétaire, de moins en moins lisible pour les acteurs.



**PJ n°1 : Contraintes repères pour la campagne tarifaire 2009**

◆ **Les objectifs de santé publique ou les politiques tarifaires incitatives pris en compte dans le calcul des tarifs repères**

- La prise en charge du cancer : revalorisation des tarifs des séjours et diminution des tarifs de séances dans la contrainte globale d'une perte limitée pour l'activité « cancer » à 1 % pour chacun des secteurs.
- Les soins palliatifs :
  - création d'un GHM de soins palliatifs pour les séjours de très courte durée correspondant à un seul GHS (i.e. tarif unique) quel que soit le mode de prise en charge ;
  - révision des bornes basses et hautes du GHM pour les séjours « de durée moyenne » afin de ne pas pénaliser les séjours longs et de tenir compte de la création du GHM de très courte durée (i. e. Borne basse à 4 jours et borne haute à 12 jours).
  - rééquilibrage de l'écart entre les tarifs des trois GHS en faveur des unités dédiées (indice de tarif par rapport au tarif de base : tarif en lits non identifiés : 100 – tarif en lits identifiés : 130 – tarif en unités dédiées : 150).
- Les activités lourdes (38 racines) : les activités visées nécessitent une prise en charge très lourde et souvent très onéreuse (i.e. chirurgie de remplacement valvulaire, craniotomies, transplantations, pontages, etc.) :
  - les recettes actuelles sont maintenues pour les activités lourdes qui sont « perdantes » à la mise en œuvre de l'ENCC/V11.
  - les recettes issues de la mise en œuvre de l'ENCC/V11 sont garanties pour les activités qui sont « gagnantes » à cette mise en œuvre.
- La périnatalité :
  - maintien du rapport entre les tarifs de l'accouchement par voie basse et de l'accouchement par césarienne ;
  - maintien du rapport entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et de l'accouchement par voie basse avec complication.
- Le développement de la chirurgie ambulatoire : pour 18 racines comportant un potentiel de développement en chirurgie ambulatoire, le tarif de prise en charge ambulatoire est le même que celui de la prise en charge du GHM de niveau de sévérité 1.

◆ **Les contraintes appliquées en 2009 aux tarifs « repères »**

- Par CMD ou sous CMD :
  - limitation de l'incidence en 2009 sur les recettes d'assurance maladie des établissements de santé à une valeur comprise entre -2 % et +3 %.
  - toutefois, le cancer, les soins palliatifs et les activités lourdes ne sont pas concernés par cette limitation puisqu'ils ont fait l'objet d'une action spécifique au préalable.
- Pour la chirurgie ambulatoire (18 racines) : en 2009, le tarif unique (J et niveau de sévérité 1) est calculé en tenant compte d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Pour chacune des 18 racines, l'incidence en 2009 de la mise en œuvre de l'ENCC et de la V11 est limitée à 30 % de l'effet revenu. Pour l'intervention sur le cristallin dans les établissements du secteur ex OQN l'incidence en 2009 est limitée à 10 % des recettes de cette activité.

## PJ n°2 : Contraintes repères pour la campagne tarifaire 2010 (document de l'ATIH)

Les tarifs repères sont construits à partir de l'échelle des tarifs bruts sur laquelle est appliquée une distorsion pour tenir compte des politiques de santé publique, selon des contraintes spécifiques, communes ou propres à chacun des deux secteurs.

### ◆ **Contraintes communes aux deux secteurs**

- Soins palliatifs (1 racine concernée) : cette contrainte consiste à :
  - fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours ;
  - maintenir un rapport de 1,5 entre le tarif des séjours dans des unités et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié et un rapport de 1,3 entre le tarif des séjours dans des lits dédiés et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié ;
  - maintenir les valeurs des EXH ;
  - maintenir la masse finançant actuellement cette activité (i.e. : masse distribuée par les tarifs 2009 tels que fixés par l'arrêté).

Ces contraintes conduisent à fixer les tarifs repères 2010 comme égaux aux tarifs 2009.

- Activités lourdes (52 racines concernées) : la contrainte consiste à :
  - pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une hausse de recettes, entériner cette hausse, de manière à ce que les tarifs repères soient alors égaux aux tarifs bruts ;
  - pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une baisse de recettes à annuler cette hausse → les tarifs repères sont donc rehaussés par rapport à la valeur des tarifs bruts de sorte de redistribuer les recettes actuelles.

La liste des GHM concernés a été enrichie de 20 racines pour l'année 2010, en revanche 7 anciennes racines ont été retirées (séjours pour surveillance).

- Cancer (31 racines concernées) : la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant l'activité du cancer. Cette activité peut être décomposée entre les racines cancer hors séances et les racines correspondant aux séances. L'application des tarifs bruts à ces deux sous catégories induirait une hausse de recettes pour la première et une baisse pour la deuxième. Ainsi, même si globalement les ressources de l'activité cancer sont figées, la redistribution entre l'activité Cancer hors séances et les séances a été modifiée.

Pour le secteur ex DG, la hausse pour les racines cancer hors séances a totalement été entérinée dans les tarifs repères. Compte tenu de l'équilibre des masses, cette hausse a entraîné de faire baisser les recettes des séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Ainsi, en moyenne, les recettes des racines cancer hors séances augmenteraient de 1,2 % tandis que celles des séances diminueraient de 1,8 %.

Pour le secteur ex OQN, l'équilibre des masses a conduit à fixer les tarifs repères de sorte que les séances baissent en moyenne de 6,2 % ce qui permet de rehausser les recettes des autres activités de 5,1 %.

## Annexe I

- Chirurgie ambulatoire (19 racines concernées) : une liste de **19** racines<sup>61</sup> pour lesquelles l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables a été élaborée. Pour ces GHM, le tarif du niveau 1 et celui du niveau J sont identiques et valent la moyenne pondérée des deux tarifs bruts. Il convient de noter que la pondération cible (rapport entre l'effectif pris en charge en ambulatoire sur l'effectif total du couple '1 + J') pour chaque couple correspond à celle observée, sur les données d'activité 2009, dans le secteur où la part de chirurgie ambulatoire est la plus élevée.
- Périnatalogie (2 racines concernées) : si la contrainte a été la même sur les deux secteurs en terme de nature de traitements à savoir maintenir un ratio de tarifs entre deux activités, la valeur du ratio est différente entre les deux secteurs.

Ainsi, pour le secteur ex-OQN, la contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse et l'accouchement par césarienne ;
- maintenir un rapport tarifaire de 12 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

Pour le secteur ex DG, cette contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 26 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse et l'accouchement par césarienne ;
- maintenir un rapport tarifaire de 16 % entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

### ◆ **Contraintes propres au secteur ex DG**

- AVC (2 racines concernées) : la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant les racines d'AVC. Deux racines médicales sont concernées par la mise en place de cette contrainte en 2010 : 01M30 et 01M31.

### ◆ **Contraintes propres au secteur ex OQN**

Lors de la campagne 2010, ce secteur n'a pas fait l'objet d'une contrainte spécifique propre.

**Tableau 46 : Liste des GHM ayant fait l'objet d'une convergence ciblée**

GHM_v11	Libellé du GHM	Scénario convergence
01C131	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1	Convergence totale
01C13J	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	Convergence totale
03C101	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	Convergence totale
03C22J	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire	Convergence totale

<sup>61</sup> Par rapport à la liste 2009, une racine a été ajoutée 06C10

**Annexe I**

<b>GHM_v11</b>	<b>Libellé du GHM</b>	<b>Scénario convergence</b>
03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	Convergence totale
03C141	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	Convergence totale
05C171	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	Convergence totale
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	Convergence totale
06C121	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	Convergence totale
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	Convergence totale
08C451	Ménisectomie sous arthroscopie, niveau 1	Convergence totale
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	Convergence totale
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	Convergence totale
12C081	Circoncision, niveau 1	Convergence totale
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, en ambulatoire	Convergence totale
13C121	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, niveau 1	Convergence totale
11K08J	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	Convergence totale
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	Convergence totale
06C111	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	Convergence totale
13C031	Hystérectomies, niveau 1	Convergence totale
14C02A	Césariennes sans complication significative	Convergence totale
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	Taux de convergence à 50 %
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	Taux de convergence à 46 %
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	Taux de convergence à 35 %
03K021	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C141	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C481	Autres prothèses de hanche, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
09C051	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
11C051	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
28Z14Z	Transfusions, en séances	Taux de convergence à 35 %
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Taux de convergence à 25 %

**PJ n°3 : Présentation des modulations tarifaires effectuées lors de la campagne 2011**

◆ **Axe n°1 : mesures liées à des études médico-économiques**

- Maintenance tarifaire : correction des anomalies détectées :
  - anomalies intra racines : correction des GHM présentant des anomalies au vu des études des ratios de passage DMS/coûts/tarif d'un niveau de sévérité à l'autre, soit 45 GHS concernés pour le secteur ex-DG et 14 GHS pour le secteur ex-OQN ;
  - anomalies inter racines : correction des GHM présentant des anomalies au vu des études du positionnement entre racines au vu de la lourdeur médicale et de la lourdeur économique, soit une racine pour le secteur ex-DG et une racine pour le secteur ex-OQN.
- Analyse des demandes des fédérations relatives à certaines activités ou GHM :
  - CMD 05 : correction de 38 GHS ;
  - cancer : correction de 2 GHS (curiethérapie).

La mise en œuvre de ces mesures s'est traduite par la réduction d'un tiers de l'écart tarif/coût pour les GHM dont le tarif est inférieur aux coûts ajustés. Le besoin de financement a été compensé par la baisse des tarifs extrêmes. En effet, les GHM présentant un écart tarif/coût supérieur à 30 % ont vu cet écart ramené à 30 %.

◆ **Axe n°2 : mesures de campagne**

- Chirurgie ambulatoire : poursuite de la politique du tarif unique entre les séjours ambulatoires (J) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (1) pour 19 couples de GHM. Principes :
  - tarifs soumis à convergence ciblée 2010 figés en 2011 ;
  - si écart tarif/coût négatif sur le J : revalorisation du tarif à hauteur du coût ajusté.
  - si écart tarif/ coût positif sur le J : pas de modification de tarifs si l'écart est modéré ; baisse légère du tarif si le taux d'ambulatoire supérieur ou égal à 80 % et le tarif supérieur de 30 % au coût ajusté ;
  - extension de l'incitation aux autres GHM de chirurgie ambulatoire (J) : revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts ajustés sauf les GHM soumis à convergence ciblée en 2010, soit 39 GHM dans le secteur ex-DG et 25 dans le secteur ex-OQN ;
- Dialyse : convergence tarifaire du secteur ex-OQN (honoraires inclus) du forfait d'hémodialyse en centre vers le GHM du secteur ex-DG, et redistribution de la masse vers les tarifs des forfaits du secteur ex-OQN de dialyse hors centre
- Convergence ciblée : 193 GHS en 2011 (contre 35 GHS en 2010) du fait d'une méthode de sélection différente, non centrée sur l'analyse médicale, construite à partir d'un arbre de décision en 5 étapes.
- AVC et activités lourdes : stabilité des tarifs.
- Soins palliatifs : pour les ex-DG, stabilité des tarifs ; pour les ex-OQN, revalorisation des tarifs à hauteur de leurs coûts ajustés ;
- Cancer :
  - Secteur ex-DG : baisse du tarif de chimiothérapie ; hausse de 3 GHM d'hospitalisation complète ; Secteur ex-OQN : baisse du tarif de chimiothérapie ; hausse de 43 GHM d'hospitalisation complète
- Radiothérapie : évolution de la classification à enveloppe constante, à partir d'une revalorisation des tarifs de RCMI et de préparation à l'irradiation, et d'une diminution des tarifs de séance.

## Annexe I

### PJ n°4 : Liste des GHS dédoublés en 2011

GHS	Motif
<b>Les GHS majorés qui rémunèrent une structure de prise en charge réglementairement définie</b>	
Soins palliatifs	Le code de la santé publique distingue, pour la prise en charge des soins palliatifs en établissement d'hospitalisation de court séjour : - les unités spécialisées de soins palliatifs ; - les lits dédiés de soins palliatifs ; - ou la possibilité pour un service de médecine ou de chirurgie de prendre en charge un patient en soins palliatifs. À chacun de ces trois niveaux, la mobilisation de ressources, essentiellement en personnel dédié, mais aussi en équipement particulièrement adapté, est différente. Le financement est donc légitimement différent selon la structure de prise en charge, alors que les questions de cohérence médicale conduisent à affecter le séjour à un même GHM.
L'hémodialyse en centre	Le financement doit refléter la distinction entre - les centres pour adultes ; - les centres pour enfants ; - les unités de dialyse médicalisée. Ces structures, différenciés réglementairement, présentent des contraintes et des coûts de fonctionnement différents (cf. circulaire DHOS du 15 mai 2003).
Ethylisme avec dépendance et toxicomanies non éthyliques	Le financement doit refléter la distinction entre les différents types de structure prenant en charge le malade, définies par la circulaire du 16 mai 2007 prise en application du plan de santé publique « addiction » : - les structures de premier recours ; - des structures de référence, ces dernières mettant en œuvre des procédures complexes de sevrage, avec des durées de séjour très différentes.
<b>Les GHS majorés qui rémunèrent un surcoût lié à une technique particulière de traitement</b>	
IOA	Les infections ostéo articulaires complexes ne sont pas identifiables par la classification PMSI. Elles relèvent de protocoles de traitement issus de réunions de concertation pluridisciplinaire, faisant généralement appel à un centre de référence.
Radiothérapie	Les techniques spéciales d'irradiation font appel à des appareils spécifiques pour lesquels l'investissement et le temps d'utilisation de la machine pour un malade est très différent d'une technique à l'autre. Il est donc nécessaire de décliner les tarifs de la radiothérapie selon le type de machine utilisé.
Les transplantations cœur-poumons	En 2010 il y a eu en France 236 transplantations pulmonaires et 324 transplantations cardiaques. De plus, 7 établissements ont réalisé 21 transplantations cœur-poumon. Dans ce dernier cas, le surcoût lié à la difficulté de l'intervention, à l'alourdissement des procédures de suivi post opératoire et à l'allongement de la durée de séjour justifie une majoration tarifaire et les volumes d'activité sont incompatibles avec la création de GHM spécifiques.
Hémorroïdectomies	La chirurgie des thromboses hémorroïdaires peut nécessiter le recours à différentes techniques, selon le cas. L'une d'entre elle fait appel à un matériel à usage unique d'un coût unitaire de 350 € environ, qu'il est impossible de « lisser » dans l'ensemble du GHM.
TUNA	Le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate peut se faire soit par résection chirurgicale endoscopique de l'adénome, soit par destruction de l'adénome par application de radiofréquence. Cette dernière technique utilise des aiguilles à usage unique et un générateur qui majore le coût de la prise en charge.

## Annexe I

GHS	Motif
Épilepsie (GHS 64)	<p>Certaines formes d'épilepsie peuvent être guéries chirurgicalement. Pour identifier ces formes, un enregistrement spécifique est nécessaire, et comporte la pose d'électrodes intracrâniennes à usage unique, d'un prix de 7 000 € par malade, permettant un enregistrement sous surveillance clinique pendant 2 à 5 jours. L'acte de pose de ces électrodes étant un acte chirurgical, le séjour doit être classé dans l'un des GHM des deux racines de craniotomie, scindées en fonction de l'âge (plus ou moins 18 ans).</p> <p>Le GHS unique – GHS 64 – a été créé en version 9 de la classification et adossé à ces deux racines de GHM puisque l'examen pouvait être réalisé aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. (par exemple en 2010, 179 procédures France entière : 75 chez des enfants entre 5 mois et 17 ans et 104 chez des adultes, le tout dans 12 hôpitaux : de tels volumes ne sont pas compatibles avec la création de GHM spécifiques).</p>
Cœur artificiel avec ou sans transplantation cardiaque	<p>En cas de grande insuffisance cardiaque terminale, il est possible de mettre en place un appareil de suppléance circulatoire (« cœur artificiel »).</p> <p>Outre leur coût particulièrement élevé (mais ils sont inscrits sur liste en sus), ces appareils nécessitent des soins quotidiens cliniques et paracliniques beaucoup plus lourds.</p> <p>Les patients porteurs de ces dispositifs d'assistance peuvent, soit recouvrer une fonction cardiaque compatible avec un sevrage et une survie stabilisée, dans l'attente d'une transplantation secondaire, soit, si c'est possible, bénéficier d'une transplantation cardiaque au cours du même séjour.</p> <p>C'est l'ensemble de l'alourdissement de la charge en soins généré par le dispositif d'assistance que le GHS majoré rémunère. Le GHS est adossé à la fois aux GHM de transplantation cardiaques et à une racine de GHM de chirurgie cardiaque, dans laquelle mène la pose du dispositif.</p> <p>En 2010, 141 malades ont bénéficié d'un tel dispositif.</p>
Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact	<p>Certaines formes de fibromes utérins sont très superficielles et peuvent être traitées par destruction de la muqueuse utérine par thermocontact. Ce dispositif, forcément à usage unique, a un coût unitaire d'environ 600 €, et cette procédure, qui ne nécessite qu'une hospitalisation courte (0 jour dans 2/3 des cas, 1 jour dans les autres cas) peut remplacer l'hystérectomie, intervention beaucoup plus lourde nécessitant une hospitalisation beaucoup plus longue (4 à 10 jours). Du fait de la durée de séjour requise, l'acte est classé dans un GHM d'ambulatoire de faible niveau tarifaire, d'où la nécessité d'un GHS pour prendre en charge le consommable.</p>
Bio prothèse valvulaire aortique par cathétérisme (GHS 1522)	<p>Le remplacement d'une valve aortique par une bioprothèse implantée par cathétérisme est une innovation de haut niveau de service médical rendu, qui a fait l'objet de la première mise en œuvre du dispositif réglementaire d'encadrement des innovations, introduit par la loi HPST (art L 1151-1 du CSP).</p> <p>C'est donc un forfait unique qui a été créé pour financer cette technique, GHS qui a été adossé à tous les GHM « compatibles » compte tenu de différentes voies d'abord ou situations médicales possibles.</p> <p>Il est prévu que le dispositif soit inscrit sur la LPPR dans le courant 2012.</p> <p>Le GHS 1522 disparaîtra le lendemain de l'inscription de ces valves à la LPPR.</p>

*Source : ATIH.*



## **ANNEXE II**

### **Architecture et fonctionnement de la classification commune des actes médicaux (CCAM)**



# SOMMAIRE

<b>1. UN OBJECTIF INITIAL DE DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ ET DE TARIFICATION NEUTRE ET ÉQUITABLE.....</b>	<b>3</b>
1.1. Une nomenclature descriptive des actes techniques améliorant la connaissance de l'activité médicale .....	4
1.1.1. Une classification commune à la ville et aux établissements publics et privés .....	4
1.1.2. Une classification qui ne couvre pas tous les actes de soins .....	5
1.1.3. Un codage et des libellés améliorant la connaissance de l'activité médicale.....	7
1.2. Un outil de tarification théoriquement neutre et équitable entre spécialités .....	9
1.2.1. La tarification à l'acte constitue le mode de rémunération prédominant des médecins libéraux bien qu'une tendance à la mixité des modes de rémunération se dessine.....	10
1.2.2. La construction des tarifs vise, par l'évaluation du travail médical et des charges, à garantir une équité entre spécialités.....	13
1.2.3. Bien que comptant plus de 7 700 actes, la CCAM révèle une très forte concentration de ces actes en volume et en montant.....	20
<b>2. UNE MISE EN ŒUVRE PARTIELLE DE LA CCAM .....</b>	<b>27</b>
2.1. Les tarifs cibles ne représentent qu'imparfaitement les coûts .....	27
2.1.1. Le score travail et la hiérarchie-inter-spécialités ne sont pas toujours cohérents avec la hiérarchie des revenus ou avec les pratiques médicales actuelles .....	27
2.1.2. Le calcul d'un coût de la pratique moyen par spécialité prend mal en compte la diversité des charges.....	30
2.1.3. Le principe des surcoûts qui devait permettre de remédier à la dispersion des charges au sein d'une spécialité n'a pas été appliqué .....	33
2.2. La convergence vers les tarifs cibles n'a pas abouti .....	34
2.2.1. Une convergence partielle qui s'est traduite par un coût de 214 M€ pour l'Assurance maladie.....	34
2.2.2. Les principes de la CCAM ont été dévoyés par le maintien ou la création de majorations additionnelles au tarif.....	38
2.2.3. La mise en œuvre de la CCAM a également été partielle sur l'application du coût de la pratique.....	43
2.2.4. A l'issue de ces étapes de convergence, les tarifs en vigueur présentent toujours un écart sensible avec les tarifs cibles.....	45
2.3. La CCAM fait l'objet d'actualisations ponctuelles, principalement par l'introduction d'actes nouveaux.....	51
2.3.1. La CCAM n'a fait l'objet d'aucune actualisation globale.....	51
2.3.2. L'actualisation de la CCAM est principalement le fait de l'introduction d'actes nouveaux et plus marginalement de modifications tarifaires.....	53
2.3.3. L'insertion des actes nouveaux dans une architecture d'ensemble non actualisée est complexe et source de distorsions tarifaires.....	57
2.3.4. La question de la maintenance de la CCAM reste toutefois d'actualité et des pistes de réflexion ont d'ores et déjà été formulées pour définir une méthode d'actualisation.....	58

<b>3. LA DIFFICULTÉ POUR LA CCAM DE REMPLIR À ELLE SEULE SON OBJECTIF .....</b>	<b>60</b>
3.1. Le périmètre de la CCAM est insuffisant pour garantir l'objectif d'équité .....	60
3.1.1. <i>La CCAM s'articule mal avec l'existence du secteur 2.....</i>	<i>60</i>
3.1.2. <i>La convergence inter-spécialités doit être relativisée au regard des écarts entre spécialités techniques et cliniques.....</i>	<i>63</i>
3.1.3. <i>Pour autant, la mise en place d'une CCAM clinique ne semble pas être la solution privilégiée pour répondre aux écarts de revenus entre spécialités techniques et cliniques .....</i>	<i>70</i>
3.2. Les préoccupations budgétaires conjuguées à la négociation conventionnelle compliquent la mise en œuvre de la CCAM .....	76
3.2.1. <i>La négociation conventionnelle et l'objectif de maîtrise des dépenses se heurtent à l'existence de spécialités « perdantes » .....</i>	<i>76</i>
3.2.2. <i>La priorité donnée à la contrainte budgétaire s'est traduite par le respect depuis 2009 de l'ONDAM de ville.....</i>	<i>78</i>
3.3. Face à ces difficultés, la CNAMTS a retenu une approche diversifiée tenant compte des revenus plus que des tarifs cibles.....	79
3.3.1. <i>L'ambiguïté des textes juridiques et l'organisation de la gouvernance de la CCAM confèrent à la CNAMTS une large palette d'outils de pilotage des tarifs.....</i>	<i>79</i>
3.3.2. <i>La CNAMTS retient une approche alternant les outils techniques mis à sa disposition et la négociation informelle avec les professionnels de santé pour piloter les tarifs .....</i>	<i>93</i>
3.3.3. <i>Le résultat de la politique tarifaire de la CNAMTS montre des efforts de rééquilibrage des revenus qui restent cependant limités .....</i>	<i>94</i>
3.3.4. <i>La politique tarifaire menée dans le cadre de la CCAM a également permis de maîtriser les honoraires par rapport à la forte croissance des volumes.....</i>	<i>95</i>
3.3.5. <i>Au-delà des tarifs, la CNAMTS pilote également les dépenses des soins de ville par les volumes avec la mise en place de la « maîtrise médicalisée » .....</i>	<i>98</i>
3.4. Les revenus des médecins ont continué de progresser et les écarts de revenus se sont accrus.....	99
3.4.1. <i>Les revenus des médecins ont progressé de manière hétérogène, y compris après le gel des tarifs depuis 2008.....</i>	<i>99</i>
3.4.2. <i>La progression des revenus s'explique principalement par des gains de productivité sur les actes techniques et un recours croissant aux dépassements d'honoraires.....</i>	<i>104</i>
3.4.3. <i>La progression des revenus s'est accompagnée d'un accroissement des écarts entre médecins et d'une faible redistribution des revenus entre spécialités.....</i>	<i>112</i>

## INTRODUCTION

Cette annexe a pour objet d'évaluer la capacité de la classification commune des actes médicaux (CCAM) à atteindre ses objectifs. Pour cela, la mission a analysé successivement le processus d'élaboration des tarifs en vigueur dans le cadre de la négociation conventionnelle, la répartition des compétences entre les partenaires conventionnels et l'Assurance maladie ainsi que les actions de maintenance de la CCAM et leur processus de gouvernance. Enfin, elle a analysé les conséquences de la mise en place de la CCAM sur les honoraires et les revenus.

Le système français de tarification des soins de ville se caractérise à la fois par un pilotage des dépenses par les prix (tarifs) et non par les volumes contrairement par exemple à l'Allemagne, et par une tarification reposant sur la négociation conventionnelle, dans le cadre d'une enveloppe ONDAM « soins de ville » ouverte, contrairement aux tarifs des soins hospitaliers, ajustés pour respecter l'objectif de l'ONDAM. Les volumes d'actes restent donc libres, bien que la démarche de maîtrise médicalisée permette d'introduire un début de régulation. La mission a donc veillé à distinguer les effets prix qui traduisent le résultat des négociations et du pilotage des dépenses par la CNAMTS, des effets volume et structure dont l'impact peut être contraire à celui des prix.

Pour réaliser ces travaux, la mission s'est appuyée principalement sur les données fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les informations fournies peuvent être classées en deux grandes catégories :

- ◆ des données brutes extraites des systèmes d'information de la CNAMTS que la mission a exploitées et retraitées :
  - un panorama de l'ensemble des actes inscrits à la CCAM (soit 7 700 hors actes d'anesthésie et suppléments et plus de 11 000 libellés d'actes en les incluant), ainsi que, pour chaque acte, le tarif cible, le tarif NGAP, le tarif en vigueur dans les 24 versions successives de la CCAM, les volumes d'actes réalisés et les honoraires associés ;
  - l'évolution des honoraires sans dépassement et des revenus pour chaque spécialité entre 2002 et 2010 ainsi que la décomposition entre les effets prix et les effets structures ;
  - la décomposition des dépenses de ville à la charge des CPAM ;
- ◆ des données plus qualitatives, sous forme de notes, notamment sur les actions de maintenance effectuées sur la CCAM, sur la maîtrise médicalisée, sur les travaux initiés dans le cadre des réflexions sur la CCAM clinique.

En revanche, la CNAMTS n'a pas été en mesure de fournir à la mission les données sur le montant des charges propres au secteur 1 qui aurait permis de simuler les conséquences d'une actualisation du coût de la pratique.

## Annexe II

Outre les données fournies par la CNAMTS, la mission a également travaillé à partir des données communiquées par :

- ◆ la direction générale des finances publiques (DGFIP), en particulier sur les taux de charge des différentes spécialités de médecins, issus des déclarations sur les bénéfices non commerciaux (BNC 2035), leur dispersion globale et géographique ;
- ◆ l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), notamment sur les besoins d'actualisation de la CCAM descriptive émis par le secteur hospitalier et la liste des actes ayant fait l'objet d'une demande d'inscription à la CCAM non suivie à ce stade. Sur ce sujet, la mission n'a en revanche pas reçu de données détaillées de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en particulier sur les conséquences tarifaires de la non inscription de certains actes ;
- ◆ différents syndicats : la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) notamment sur la CCAM clinique, Le Bloc ;
- ◆ la fédération des sociétés médicales (FSM) sur les besoins d'actualisation de la CCAM descriptive et tarifante (hiérarchie des actes et coût de la pratique).

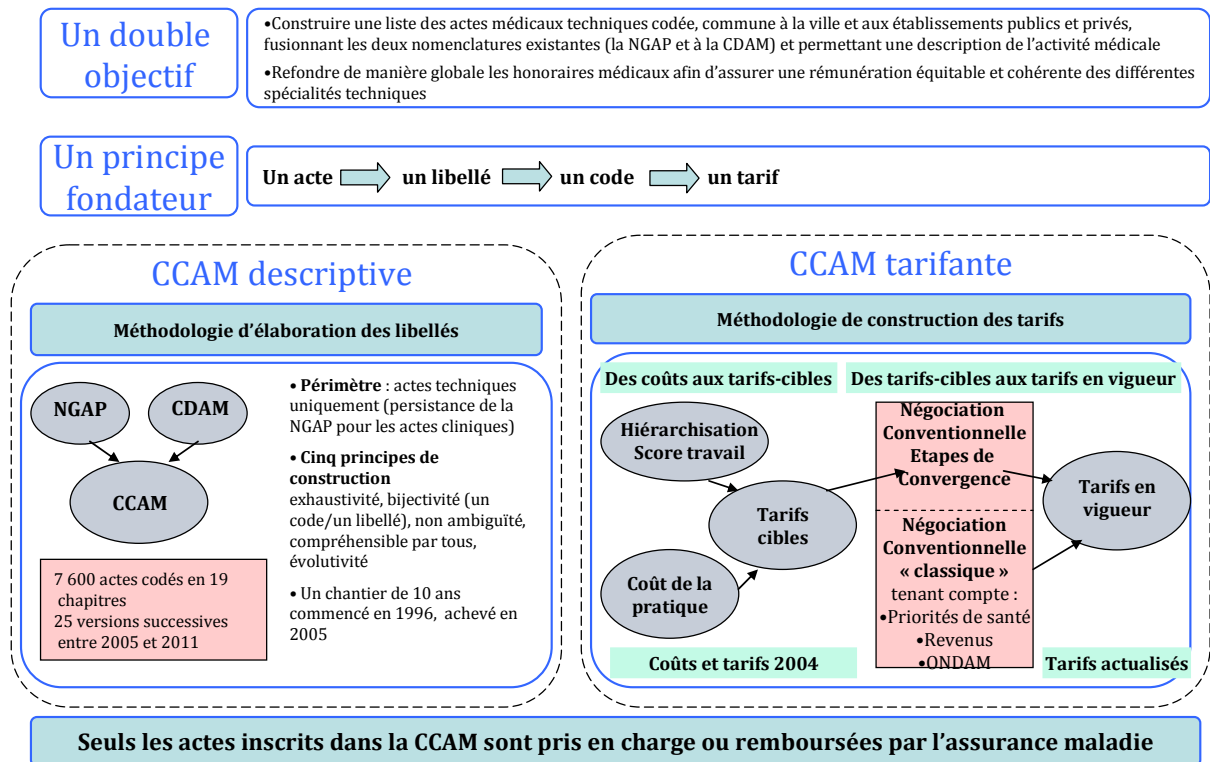
## 1. Un objectif initial de description de l'activité et de tarification neutre et équitable

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), mise en place en 2005, poursuit un double objectif :

- construire une liste d'actes codés, commune à la ville et aux établissements publics et privés, qui se substitue à celle du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) utilisé par les établissements publics et privés, et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui définissait les honoraires des praticiens du secteur libéral dans le cadre du paiement à l'acte ;
- refondre de manière globale les honoraires médicaux afin d'élaborer une nomenclature cohérente et neutre favorisant l'équité des tarifs d'actes entre spécialités. L'objectif était ainsi d'organiser progressivement la convergence des tarifs en vigueur vers des « tarifs cibles ».

En se substituant à des nomenclatures antérieures inadaptées, hétérogènes et sectorielles, qui se sont traduites par des dispersions de revenus entre spécialités, la CCAM a cherché à instaurer une classification unique, fondement d'un système de tarification équitable et neutre au regard des décisions médicales.

**Graphique 1 : La CCAM : un outil de tarification à l'acte neutre et de meilleure connaissance de l'activité médicale**



Source : Mission IGF.



## Annexe II

La CCAM comprend ainsi deux volets : une nomenclature des actes dite « CCAM descriptive » permettant d'améliorer la connaissance de l'activité et des coûts des actes techniques (11) ; un instrument de tarification dit « CCAM tarifante » des actes techniques réalisés en ville, y compris consultations externes, se fondant sur cette nomenclature (12).

### 1.1. Une nomenclature descriptive des actes techniques améliorant la connaissance de l'activité médicale

La CCAM constitue la liste des actes médicaux techniques, codée, commune à la ville et aux établissements publics et privés, qui permet la description et la tarification de l'activité médicale (111). Bien que codant plus de 7 600 actes, la CCAM ne couvre que le périmètre des actes techniques délivrés par les médecins. Elle s'applique sans prendre en considération la discipline ou la spécialité qui réalise l'acte médical (112). Grâce à un codage et un libellé précis, elle a permis d'améliorer la connaissance de l'activité médicale (113).

#### 1.1.1. Une classification commune à la ville et aux établissements publics et privés

La CCAM s'est substituée à deux nomenclatures existantes :

- ◆ le catalogue des actes médicaux (CdAM) : il était employé dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Il s'agit d'une liste des actes médicaux comportant pour chaque acte, un code, un libellé, un indice de coût relatif et le cas échéant la lettre Y indiquant le caractère classant de l'acte. Le CdAM n'était pas un outil tarifant : il s'agissait uniquement d'une nomenclature sans tarif associé aux actes ;
- ◆ la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : il s'agit de libellés d'actes assortis de cotations qui fixaient les honoraires des professionnels du secteur libéral : médecins, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Dans les hôpitaux publics, la NGAP était utilisée pour la facturation des soins externes. Dans les établissements privés, la NGAP était utilisée pour le calcul des forfaits.

La CCAM a ainsi permis de réaliser un premier niveau de convergence entre secteur public et privé en mettant en place une nomenclature « commune » des actes. En effet, le CdAM servait à la définition des GHM tandis que la NGAP servait à la tarification des prestations des médecins du secteur libéral et des consultations externes en hôpitaux publics. Les établissements de santé et les professionnels étaient donc contraints d'utiliser les deux nomenclatures conçues pour des objectifs différents.

Le caractère unique de la CCAM permet désormais un codage identique pour tous les praticiens et tous les établissements.

Le tableau ci-après détaille les secteurs dans lesquels la CCAM s'applique.

**Tableau 1 : Secteurs dans lesquels la CCAM est applicable**

Activité libérale
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ actes techniques réalisés en cabinets par les médecins libéraux ;</li><li>▪ actes techniques réalisés dans le cadre de l'activité libérale des médecins en établissements de santé publics ou privés. Pour les cliniques privées, l'activité libérale constitue la totalité de l'activité des médecins tandis qu'elle ne peut dépasser 20 % de la durée du service hospitalier (hors gardes). Dans ces cas de figure, la codification des actes ainsi que les tarifs appliqués sont ceux de la CCAM. L'honoraire est versé directement au médecin qui rétrocède à l'établissement la partie de l'honoraire consacrée au coût de la pratique (rémunérant les charges qui sont prises en charge par l'établissement), par le biais d'une redevance.</li></ul>

## Annexe II

Consultations externes réalisés en établissements publics
<b>Actes techniques réalisés dans le cadre des consultations externes des établissements de santé.</b> Les actes et consultations externes (ACE) recouvrent les consultations réalisées à l'hôpital qui ne nécessitent pas la mobilisation d'une chambre pour le patient, que ce soit pour un ou plusieurs jours. Dans le cas des ACE, la codification des actes techniques ainsi que les tarifs pratiqués sont ceux de la CCAM. L'honoraire est versé à l'hôpital tandis que le médecin, en tant que salarié de l'hôpital, perçoit un salaire rémunérant à la fois le temps de travail consacré aux séjours et celui consacré aux consultations externes.
Soins délivrés en établissements de santé publics et privés
La CCAM participe à la construction de la T2A (voir Annexe I) : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>la définition des groupements homogènes de malade (GHM)</b>, le libellé et le codage des actes qu'ils comprennent sont en effet effectués sur la base des actes « classants » inscrits à la CCAM ;</li><li>▪ <b>les scores travail de la CCAM sont également utilisés pour le calcul des indices de coût relatif (ICR)</b> qui servent d'unité d'œuvre pour affecter les coûts aux séjours hospitaliers pour la réalisation de l'ENC.</li></ul>

Source : Mission IGF.

### 1.1.2. Une classification qui ne couvre pas tous les actes de soins

La structuration et la tarification de la CCAM s'établit autour de la notion d'**actes techniques** délivrés par les médecins, que ces derniers soient spécialistes ou généralistes et que les actes soient ou non pris en charge par l'Assurance maladie.

Le choix de placer dans un premier temps l'acte technique au fondement de la CCAM, plutôt par exemple que le diagnostic, se justifie par le fait qu'il est plus aisé de rapprocher le prix de ces actes de leur coût réel et donc de construire un outil de tarification neutre et équitable entre les différentes spécialités.

Ainsi, la CCAM exclut de son champ d'application :

- ◆ les consultations (actes cliniques) qui relèvent toujours de la NGAP ;
- ◆ les visites et actes des sages femmes et auxiliaires médicaux qui restent également soumis à la NGAP ;
- ◆ les actes de médecine biologiste qui relèvent d'une troisième classification : la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

En outre, bien que constituant des actes techniques, certains actes ne sont pas encore codés et tarifés en CCAM. Il s'agit :

- ◆ des actes des anatomo-cytopathologistes jusqu'en 2010 ;
- ◆ des actes dentaires : la stomatologie a toujours une forte part de son activité décrite en NGAP (exemple de la radiologie dentaire, de l'avulsion de dents de sagesse...) ;
- ◆ des actes communs avec les paramédicaux : la médecine physique et de réadaptation ainsi que la rhumatologie ont une grande majorité de leurs actes cotée en NGAP (actes de kinésithérapie ou infirmiers réalisés par des médecins : bilans ostéo-articulaires, injections intra-musculaires...).

En 2010, la CCAM couvre ainsi 93 % du montant des actes techniques (soit 5,7 Mds€ sur 6,1 Mds de dépenses pour le régime général). 6 % des honoraires des actes techniques relève toujours de la NGAP.

Quand des actes techniques sont effectués en même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas, sauf exceptions, avec ceux des actes techniques. Le médecin est alors libre de choisir la nomenclature qu'il souhaite appliquer pour la tarification.

## Annexe II

Au total, la CCAM couvre moins de 10 % des dépenses de soins de médecine de ville, soit 5,7 Mds€ sur 60,5 Mds€ de dépenses des CPAM pour le régime général en 2010. La part la plus importante des dépenses est consacrée au remboursement des médicaments (31 %, soit 18,5 Mds€).

**Tableau 2 : Répartition des soins de médecine de ville  
(dépenses des CPAM en 2010)**

Types de dépenses	Montant des dépenses remboursées (en Mds€)	Part (en %)
<b>Honoraires libéraux</b>	<b>16,4</b>	<b>27 %</b>
Consultations et visites	6,6	11 %
Actes techniques	6,1	10 %
<b>dont CCAM</b>	<b>5,7</b>	<b>9 %</b>
Forfaits scanner, IRM...	0,7	1 %
Autres (prothèses, rémunération médecin traitant...)	3,0	5 %
<b>Prescriptions</b>	<b>43,7</b>	<b>72 %</b>
Médicaments	18,5	31 %
Laboratoires	2,8	5 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, etc)	6,7	11 %
Dispositifs médicaux (prothèses, etc.)	3,9	6 %
Frais de déplacement des malades	2,8	5 %
Indemnités journalières maladie et arrêt de travail	8,7	14 %
Ticket modérateur ALD	0,4	1 %
<b>Total soins de ville</b>	<b>60,5</b>	<b>100 %</b>

*Source : CNAMTS.*

Au sein des honoraires du secteur libéral, la CCAM ne représente qu'un peu plus d'un tiers des dépenses remboursées (35 %), les autres dépenses relevant principalement de la NGAP. Au final, la CCAM représente une part très faible des dépenses de soins de ville et une part minoritaire des honoraires des médecins libéraux. En revanche, elle représente près des 2/3 des honoraires des spécialistes pris isolément et 72 % en incluant les forfaits scanner, IRMN...

**Tableau 3 : Détail de la répartition des honoraires libéraux pour les actes médicaux et dentaires (dépenses des CPAM en 2010)**

Catégorie de médecins	Montant des dépenses remboursées (en Mds€)	Part (en %)
<b>Omnipraticiens libéraux</b>	<b>4,9</b>	<b>100 %</b>
CCAM	0,3	6 %
Consultations/visites/actes techniques NGAP	4,3	88 %
Autres	0,3	6 %
<b>Spécialistes libéraux</b>	<b>8,3</b>	<b>100 %</b>
CCAM	5,3	64 %
Consultations/visites/actes techniques NGAP	2,2	27 %
Autres	0,8	10 %
<b>Centre de santé (honoraires)</b>	<b>0,4</b>	<b>100 %</b>
CCAM	0,1	18 %
Consultations/visites/actes techniques NGAP	0,2	35 %
Autres	0,2	47 %
<b>Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)</b>	<b>16,4</b>	<b>100 %</b>
CCAM	5,7	35 %
Consultations/visites/actes techniques NGAP des médecins libéraux (spécialistes et omnipraticiens)	6,7	41 %
Autres	1,3	8 %
Sages femmes libérales	0,1	1 %
Dentistes libéraux	2,6	16 %

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

## Annexe II

Des travaux sont cependant en cours pour élargir le champ d'application de la CCAM à d'autres actes techniques et aux actes cliniques.

S'agissant des actes techniques, les actes d'anatomie et de cytologie pathologique ont fait l'objet d'une introduction récente dans la CCAM descriptive avec la codification de 95 libellés d'actes par décision de l'UNCAM du 18 janvier 2010. La procédure de tarification de ces actes est en cours, la CNAMTS ayant réalisé une enquête auprès de l'ensemble des cabinets concernés pour évaluer le coût de la pratique.

### Proposition technique

La mission préconise de poursuivre la démarche d'intégration de l'ensemble des actes techniques dans la CCAM afin, conformément à l'objectif initial, de réduire les distorsions tarifaires entre spécialités. Compte tenu de leur poids dans le total des honoraires du secteur libéral (15 % des dépenses des CPAM en 2010), l'introduction des actes dentaires devrait constituer la prochaine étape d'élargissement du champ de la CCAM.

S'agissant des actes cliniques, la convention médicale, signée le 26 juillet 2011, relance le projet de mise en place d'une CCAM pour les actes cliniques. L'article 27 de la convention indique que les activités cliniques devront être favorisées dans le cadre de la politique de santé publique et que cette mesure est conditionnée à la modification de la liste des actes de la CCAM. L'article 25 de la convention complète l'article 27 en précisant que la mise en place de la CCAM clinique devra aboutir au plus tard au 31 décembre 2012.

A ce stade, une enquête sur l'activité clinique a été menée en 2010 par l'IFOP auprès d'un échantillon représentatif de médecins libéraux dont les résultats sont actuellement en cours d'exploitation par la CNAMTS.

L'opportunité de la mise en place d'une CCAM clinique est étudiée dans la troisième partie de cette annexe.

### 1.1.3. Un codage et des libellés améliorant la connaissance de l'activité médicale

La CCAM procède d'une refonte globale de la nomenclature descriptive en recensant, classant et codifiant plus de 7 600 actes différents sur une échelle unique.

La CCAM a ainsi permis d'affiner sensiblement le niveau de description des actes par rapport à la NGAP qui comptait environ 1 500 actes. La chirurgie est notamment la spécialité qui a vu le niveau de détail de description de son activité s'accroître sensiblement passant de quelques actes à plusieurs centaines. Mais la CCAM a surtout pour vocation de mettre en place une classification par acte applicable quelque soit la discipline ou la spécialité qui le réalise.

Cette classification est régie par cinq grands principes :

- ◆ **l'exhaustivité** : la classification répertorie de manière explicite, au moyen de libellés affectés de codes, l'ensemble des actes techniques, qu'ils soient ou non pris en charge par l'Assurance maladie. La validité des actes est précisée par les sociétés savantes et confirmée *in fine* par la Haute autorité de santé (HAS, ex-ANAES) ;
- ◆ **la bijectivité** : à un libellé correspond un code et un seul, et réciproquement. Un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit par un libellé unique, consensuel entre toutes les sociétés savantes concernées ;
- ◆ **la non-ambiguïté des libellés** : chaque libellé définit précisément l'acte auquel il correspond en utilisant des règles strictes de construction et des notes explicatives ;

## Annexe II

- ◆ **la maniabilité** : la classification commune doit être compréhensible par tous les utilisateurs, lesquels viennent d'horizons variés et poursuivent des objectifs différents. Pour garantir une adhésion rapide et une bonne qualité de recueil, elle doit rester d'utilisation simple ;
- ◆ **l'évolutivité** : la classification commune doit s'adapter pour prendre en compte l'évolution des pratiques et des techniques. Afin de préserver l'unicité de la classification, les mises à jour régulières doivent nécessairement être validées, avant publication, par la structure de maintenance de la CCAM.

Le codage est réalisé par grands appareils et non par spécialités, répartis en 17 chapitres.

### Encadré 1 : Liste des dix sept chapitres par appareil de la CCAM

**Les actes techniques sont classés dans 17 chapitres selon les grands appareils** : 1. Système nerveux central, périphérique et autonome ; 2. Œil et annexes ; 3. Oreille ; 4. Appareil circulatoire ; 5. Système immunitaire et système hématopoïétique ; 6. Appareil respiratoire ; 7. Appareil digestif ; 8. Appareil urinaire et génital ; 9. Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né ; 10. Glandes endocrines et métabolisme ; 11. Appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête ; 12. Appareil ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc ; 13. Appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur ; 14. Appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur ; 15. Appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique ; 16. Système tégumentaire – glande mammaire ; 17. Actes sans précision topographique.

A ces 17 chapitres, s'ajoutent deux chapitres complémentaires :

- ◆ le chapitre 18 comprend les gestes complémentaires de l'acte principal ;
- ◆ le chapitre 19 a été créé pour les besoins de la phase transitoire. Il contient des actes ou des suppléments non transposables en CCAM. Ces actes ont un code de type YYYYnnn. Ces suppléments sont tarifés à 100 % si le code est indiqué en dessous du libellé de l'acte principal. On trouve également au chapitre 19 les modificateurs (urgence, âge du patient, intervention itérative, autres, actes de radiologie, modificateurs pour les actes de radiothérapie) (cf. *infra*).

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire. Ce code principal est complété par un code activité qui identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents et un code phase de traitement qui identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent. Ces trois codes sont obligatoires.

Des règles d'écriture strictes ont présidé à la rédaction des libellés afin de garantir la précision et la cohérence globale de la classification.

Le libellé des actes doit comporter, conformément à la norme européenne, la citation de l'action et de la topographie<sup>1</sup>, sans mention de la pathologie. Le respect de la terminologie française a également été contrôlé.

Les actes codés sont gérés, au niveau national, par le système national d'information de l'Assurance maladie, le SNIIRAM (voir encadré). C'est ce fichier qui a permis d'améliorer la connaissance des actes de soins réalisés en ville en ayant une vision exhaustive sur tout le territoire et pour toutes les spécialités.

---

<sup>1</sup> Chaque acte de la CCAM comprend ces précisions. S'y ajoutent deux éléments facultatifs : la voie et la technique utilisée.

## Annexe II

### Encadré 2 : Le SNIIRAM

Le système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) est le système d'information élaboré par la CNAMTS.

Tandis que la base de données locales est nominative (notamment pour effectuer le remboursement), la base de données nationale est anonyme, sans retour possible au dossier.

Les informations disponibles dans le SNIIRAM sont les suivantes :

- sur les patients : âge, sexe, notion de CMU-C, diagnostic de l'ALD, département et région de résidence, date de décès ;
- sur la consommation de soins de ville : toutes les prestations remboursées avec le codage détaillée de la prestation (actes techniques avec le code CCAM, biologie, dispositifs médicaux, code CIP des médicaments) ;
- sur la consommation des soins en établissement : les données du PMSI, l'activité externe des hôpitaux, les médicaments et dispositifs facturés en sus des forfaits (GHS) ;
- sur les pathologies traitées : les codes CIM-10, des informations de nature médicale

Le SNIIRAM permet des croisements multiples avec chaînage ville/hôpital.

Concernant les **honoraires des médecins libéraux**, le SNIIRAM couvre :

- le régime des travailleurs salariés ;
- le régime agricole (Mutualité sociale agricole - MSA) ;
- le régime social des indépendants (notamment la caisse nationale d'Assurance maladie des professions indépendantes - CANAM) ;
- d'autres régimes spéciaux (régime des marins, RATP, SNCF, EDF-GDF, Banque de France, Assemblée, Sénat, etc.)

Le SNIIR, mis en place en 1977, permet de recueillir et d'agrèger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à des remboursements par les caisses gérant l'Assurance maladie. Ce fichier comprend tous les professionnels connus par la CNAMTS car inscrits sur des feuilles de soins, ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

Le total des honoraires du SNIIRAM est composé des honoraires à tarif remboursables (y compris les majorations du week-end ou de la nuit), des dépassements d'honoraires et des frais de déplacement. Les forfaits perçus par les professionnels peuvent également être calculés.

### 1.2. Un outil de tarification théoriquement neutre et équitable entre spécialités

Outre la description précise de l'activité médicale, la CCAM est également un outil tarifant venant en substitution ou en complément d'autres formes de rémunérations (121). Les 7 600 actes codés dans la CCAM descriptive ont donc fait l'objet d'une tarification, à l'exception des actes non tarifés pratiqués uniquement à l'hôpital (la CCAM servant dans ce cas à la codification T2A, voir *infra* et Annexe I) et des actes non pris en charge.

La tarification poursuit un objectif de neutralité tarifaire entre les spécialités, mettant fin aux distorsions antérieures à 2005. Les tarifs doivent donc représenter strictement les coûts associés à la délivrance de l'acte. La procédure de tarification s'est traduite par un travail d'évaluation extrêmement détaillé, sur la base d'une méthode sophistiquée cherchant à objectiver la hiérarchisation du contenu en travail médical de chaque acte (122).

Bien que codant plus de 7 600 actes, la CCAM révèle une très forte concentration de ces actes en volume et en montant (123).



### 1.2.1. La tarification à l'acte constitue le mode de rémunération prédominant des médecins libéraux bien qu'une tendance à la mixité des modes de rémunération se dessine

#### 1.2.1.1. Les différents modes de rémunérations possibles des médecins libéraux

Le paiement à l'acte n'est que l'une des formes possibles de rémunération des médecins (voir encadré). Elle s'est progressivement imposée en France dans la médecine de ville, avant même la mise en place de la CCAM.

#### Encadré 3 : Les différents modes de rémunération des médecins libéraux

Trois grands modes de rémunération de la médecine générale peuvent être distingués :

- **le paiement à l'acte** : le revenu du médecin dépend directement du nombre d'actes effectués. L'asymétrie d'information entre le patient et le médecin conduit généralement à considérer que le médecin peut induire une partie de la demande ;
- **la capitation** : le médecin est rémunéré de manière forfaitaire pour assurer le suivi du patient sur une période donnée. Le médecin est donc incité à accroître sa liste de patients et à limiter l'activité déployée auprès de chacun d'eux. Au Royaume-Uni, la médecine générale est exercée majoritairement par des professionnels indépendants rémunérés à la capitation ;
- **le salariat** : le salariat s'inscrit le plus souvent dans une organisation où les normes, les contrôles de la hiérarchie, les modes de reconnaissance peuvent contrebalancer l'absence d'incitation financière directe. En Espagne, la médecine générale est principalement exercée dans des centres de santé dont les praticiens sont salariés.

Les études sur l'influence du mode de rémunération sur l'activité ne permettent pas de tirer des conclusions univoques sur la qualité des soins.

Par ailleurs, certains systèmes de santé ont tenté de lier une part de la rémunération des médecins à **la performance**. Des expérimentations ont été lancées aux Etats-Unis par Medicare et le Royaume-Uni dispose du Quality Outcome Framework (QOF) depuis 2004. Les résultats immédiats semblent modestes, mais demandent à être mieux évalués. **En France**, après une expérimentation initiée avec les médecins traitants, le mode de rémunération à la performance a été rendu possible pour l'ensemble des médecins dans le cadre de la convention du 26 juillet 2011 (voir *infra*).

*Source* : Pierre-Louis Bras, « La rémunération des médecins libéraux », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009.

La mise en place d'une classification tarifante des actes médicaux a été décidée formellement par la commission permanente de nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) le 15 février 1996. Cette date a marqué le début officiel d'un chantier de dix ans (voir *infra*).

La convention médicale, signée le 12 janvier 2005, a consacré la mise en place progressive de la CCAM à compter du 31 mars 2005. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, la classification commune des actes médicaux (CCAM) est la nouvelle nomenclature pour la facturation des actes techniques médicaux.

#### Encadré 4 : Historique du paiement à l'acte en France

La rémunération des médecins en France reste fondée sur le paiement à l'acte pour l'essentiel. Toutefois, depuis 2005, un forfait annuel de 40 €, par patient en affection de longue durée inscrit chez un médecin traitant constitue une ébauche de capitation. La loi prévoit également depuis 2008 que les caisses d'Assurance maladie pourront conclure des contrats individuels avec les médecins généralistes, une part de leurs recettes dépendant de la performance.

Le cadre conventionnel de négociation des tarifs a évolué :

- à partir du début des années 1970 s'est imposé le principe d'une **convention nationale**, négociée entre les caisses d'Assurance maladie et les représentants des médecins, fixant des tarifs opposables ;



## Annexe II

- ce principe a été remis en cause en 1980. Les médecins ont obtenu de pouvoir choisir d'exercer soit sur la base de tarifs opposables (exercice en secteur 1), soit avec des tarifs libres (**secteur 2**) ;
- face à la croissance du nombre de médecins optant pour les tarifs libres, la convention de 1990 a **gelé l'accès au secteur 2**. Les médecins qui avaient choisi le secteur 2 ont continué à bénéficier de leur option et certains médecins, chefs de cliniques-assistants des hôpitaux, peuvent encore choisir lors de leur première installation.

Parallèlement, la nomenclature de référence des actes médicaux a été refondue :

- jusqu'en 2005, la **NGAP** affectait chaque acte médical d'une lettre clé dont la valeur était fixée par les partenaires conventionnels, et qui était elle-même modulée par des coefficients. Parallèlement, dans les établissements de santé publics et privés, a été développé le catalogue des actes médicaux (CDAM) destiné à décrire et à coder les actes réalisés, en particulier pour alimenter les informations constitutives du PMSI ;
- la mise en place de la **CCAM** permet une tarification relative rationnelle des actes techniques, dans laquelle chaque acte est affecté d'un code et d'un tarif en euros.

*Source : Pierre-Louis Bras, « La rémunération des médecins libéraux », in Traité d'économie et de gestion de la santé, 2009 et Cour des comptes, chapitre 8 médecins libéraux – III – du rapport sur le financement de la sécurité sociale 2007.*

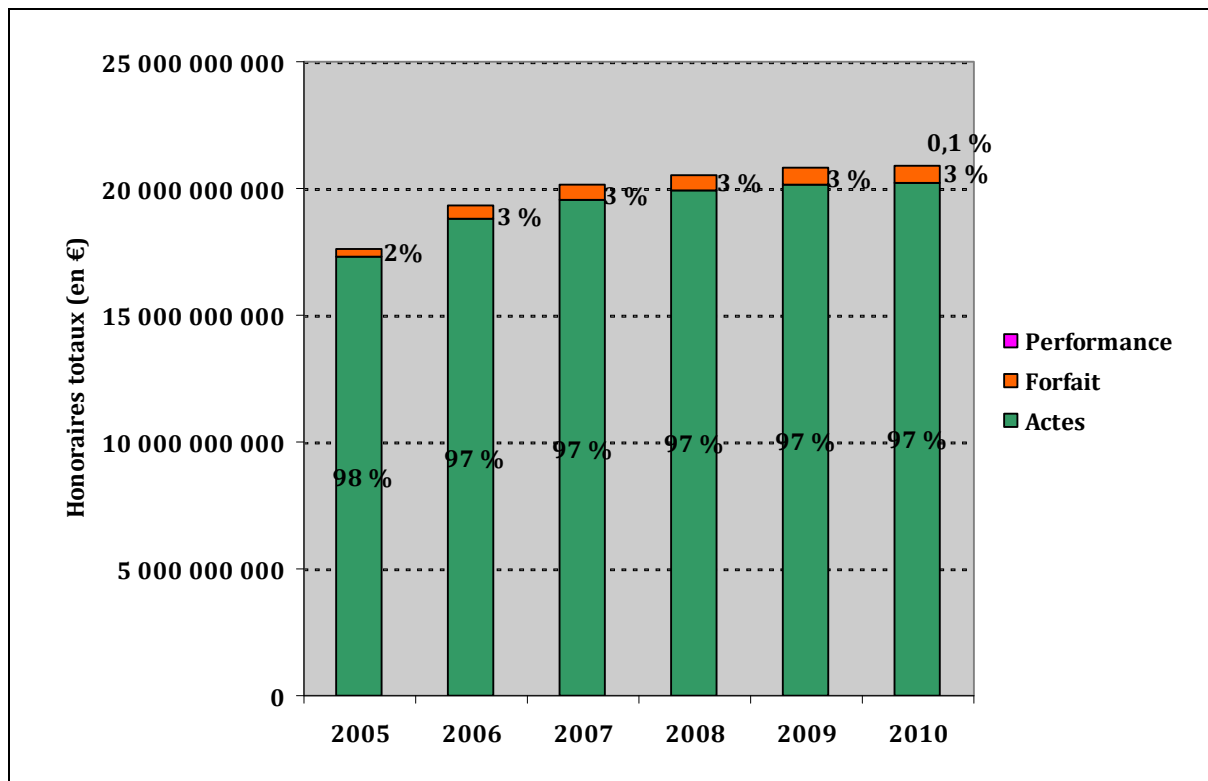
### **1.2.1.2. Le paiement à l'acte constitue actuellement la source de revenu quasi-exclusive des médecins libéraux**

En France, le paiement à l'acte (qu'il soit technique ou clinique) constitue le mode quasi-exclusif de rémunération des médecins, même si d'autres modes de rémunération sont en cours de développement : le paiement au forfait et plus récemment le paiement à la performance.

Le paiement à l'acte représente 97 % des honoraires totaux des médecins. Ce taux est stable depuis 2006. Parallèlement, la rémunération au forfait après une forte augmentation en 2006 (elle est passée de 292 M€ en 2005 à 550 M€ en 2006) continue de progresser à un rythme plus soutenu que la tarification à l'acte. Sa part dans le total des honoraires progresse donc légèrement passant de 2,8 % en 2006 à 3,1 % en 2010. Enfin, la rémunération à la performance a fait son apparition en 2010 dans le revenu des seuls médecins généralistes à ce stade. Elle s'élève à 11 M€ (soit 0,1 % du total des honoraires).

Le paiement au forfait s'adresse davantage aux généralistes. Pour les seuls spécialistes, le paiement à l'acte représente 99 % de leurs honoraires tandis qu'il en représente 96 % pour les généralistes.

**Graphique 2 : Répartition des honoraires totaux entre les trois sources de rémunérations pour l'ensemble des médecins libéraux (spécialistes et généralistes)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

La convention médicale du 26 juillet 2011 a conforté la tendance d'une évolution vers une rémunération mixte en maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais en prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

La rémunération des médecins libéraux se fonde désormais sur trois piliers :

- ◆ **la rémunération à l'acte** : comme vu précédemment, c'est le principe fondateur de l'exercice libéral ;
- ◆ **la rémunération forfaitaire** : elle permet de rémunérer certaines activités comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives ;
- ◆ **la rémunération à la performance** : elle prévoit de verser une rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Elle a vocation à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles. Au regard des résultats encourageants de cette expérience, la convention du 26 juillet 2011 prévoit de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins. Les médecins qui adhèrent à la convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'Assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs. Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire doivent le notifier à leur caisse (voir Annexe IV).

### 1.2.2. La construction des tarifs vise, par l'évaluation du travail médical et des charges, à garantir une équité entre spécialités

Conformément à l'objectif fondateur de neutralité et d'équité, les tarifs CCAM doivent en principe représenter strictement la valeur des actes pratiqués. Elle se fonde sur une hiérarchisation des actes et leur valorisation selon une méthode commune, permettant une acceptation par tous les praticiens.

Cette hiérarchisation des actes visait à garantir une véritable cohérence dans chaque spécialité et entre spécialités. La recherche d'équité et de neutralité tarifaire qui en découle devait ainsi favoriser la mise en œuvre de stratégies médicales fondées sur des critères prioritairement médicaux.

Cet objectif d'équité entre médecins libéraux constitue également un enjeu pour l'hôpital public. Un trop grand écart entre les revenus issus d'une activité libérale et ceux générés par une activité hospitalières est susceptible de désorganiser l'offre de soins (par exemple, les anesthésistes ayant un intérêt à travailler en hôpital public et les chirurgiens en établissements privés – voir Annexe IV).

La logique qui a présidé à la mise en place de la CCAM est différente de celle qui a conduit à l'instauration de la T2A. Tandis que la T2A intègre, en plus de l'objectif d'équité entre établissements, des mécanismes de régulation budgétaire et d'accompagnement des politiques de santé (voir Annexe I), les tarifs cibles de la CCAM visent en principe uniquement à construire un système tarifaire neutre et transparent par rapport aux coûts, c'est-à-dire dépourvu de distorsions tarifaires par rapport aux ressources mobilisées par le praticien pour réaliser l'acte.

Cet objectif a conduit à retenir une CCAM tarifante distinguant :

- le tarif cible élaboré pour chaque acte technique fixant le « juste prix » de la prestation de soins de manière neutre et équitable, quel que soit le praticien qui la réalise ;
- le tarif appliqué effectivement par les médecins, qui doit en principe se rapprocher progressivement du tarif cible.

La procédure d'évaluation des tarifs cibles a ainsi eu pour souci principal la recherche de la mesure la plus objective possible :

- du travail médical qui recouvre les ressources physiques et intellectuelles ;
- des charges financières (appelées « coût de la pratique ») qui incombent en propre au praticien pour effectuer le soin (frais en personnel, charges locatives...)

Le souci d'objectivité a par ailleurs conduit à retenir, pour la construction des tarifs cibles, les modalités suivantes : une tarification effectuée sur la base des actes techniques (plutôt que sur un diagnostic ou une consultation) transversale aux praticiens, c'est-à-dire inter-spécialités ; une refonte globale et synchrone du tarif de l'ensemble des actes quelle que soit leur spécialité ; une évaluation par rapport à un acte de référence ; une procédure d'évaluation ascendante (d'abord au sein de chaque spécialité puis mise en cohérence au sein d'une échelle commune intégrant l'ensemble des spécialités) ; une application à chaque étape d'une méthode d'évaluation quasi-mathématique.

Pour le calcul du tarif cible, deux composantes ont été distinguées :

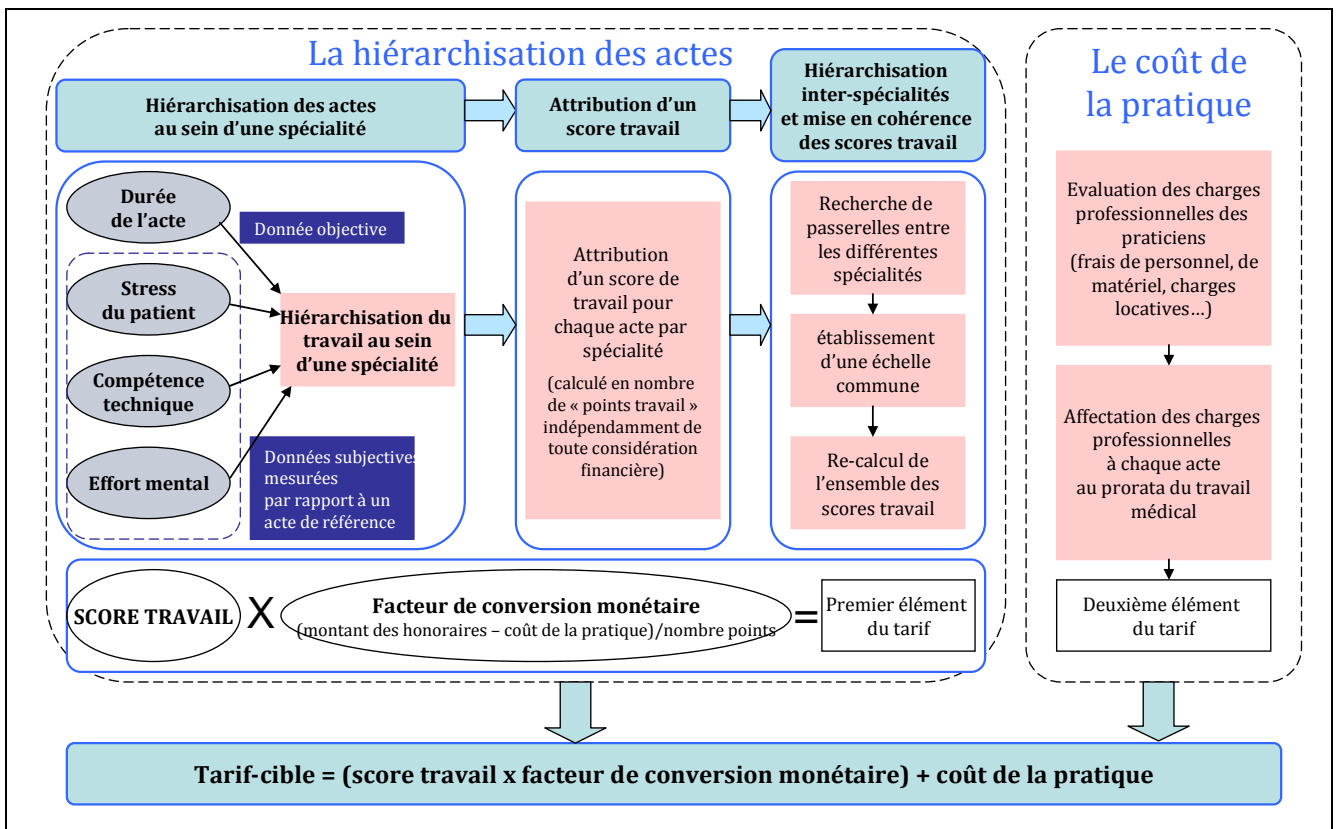
- ◆ première composante : le contenu en travail médical :
  - première étape : évaluation du contenu en travail médical (W), exprimé en unité de points travail indépendamment de toute considération financière. Celui-ci a fait l'objet d'une hiérarchisation d'abord au sein de chaque spécialité puis entre spécialités ;

## Annexe II

- seconde étape : conversion de ces points travail en valeur monétaire par le biais d'un facteur de conversion monétaire (FC) ;
- ◆ seconde composante : le coût de la pratique (CP) représentant le montant des charges, évalué au niveau de chaque spécialité et affecté à chaque acte au prorata du score travail.

Au final, la construction de la CCAM s'est révélée complexe. Elle a été coûteuse à mettre en œuvre à la fois en temps (chantier de 10 ans) et en personnels. Les travaux de hiérarchisation ont mobilisé plus de 900 experts, issus pour la plupart des sociétés savantes, autour du PERNS (intégré pendant cette période à l'ATIH) et du pôle nomenclature de la CNAMTS (mobilisation de 35 personnes au sein de la CNAMTS).

**Graphique 3 : Méthode de calcul du tarif-cible**



Source : Mission IGF.

### 1.2.2.1. L'évaluation du travail médical : une procédure complexe visant à hiérarchiser les actes de l'ensemble des spécialités sur une échelle unique

Le travail médical est mesuré par une méthode de hiérarchisation conduisant à une échelle de score travail (ou de valeurs relatives) exprimés en « points travail ». Cette hiérarchisation est réalisée en deux étapes<sup>2</sup> : d'abord une hiérarchisation des actes au sein de chaque spécialité étudiée indépendamment des autres (hiérarchisation intra-spécialité) ; puis une recherche de passerelles entre les spécialités afin d'établir une échelle unique de travail pour l'ensemble des spécialités concernées (hiérarchisation inter-spécialité), cette seconde étape étant de loin la plus délicate à réaliser.

<sup>2</sup> Avant sa généralisation, cette démarche a été initiée en 1995 auprès de trois spécialités (urologie, chirurgie vasculaire, anesthésie-réanimation associé à ces deux spécialités) et s'est achevée en décembre 2000. La nouvelle nomenclature a fait l'objet d'une première publication par la CNAMTS début 2001.

## Annexe II

### ◆ La hiérarchisation intra-spécialité

L'évaluation du travail médical est entièrement fondée sur l'expertise des médecins. Elle a été réalisée auprès d'un panel de 20 experts par spécialité (moitié publics, moitié privés), tirés au sort à partir d'une liste de 60 à 100 experts, proposés par les sociétés savantes concernées.

Elle a été effectuée en deux temps : d'abord sur la base d'une enquête postale puis d'une réunion plénière au cours de laquelle un consensus a été recherché sur les valeurs demeurées divergentes à l'issue du recueil postal. Les réunions de consensus ont été animées par un « consultant » issu de la spécialité, nommé par la société savante.

Le travail médical est une combinaison de quatre composantes :

- une composante objective : **la durée** de réalisation de l'acte ;
- trois composantes subjectives : **le stress, la compétence technique et l'effort mental** mobilisés par le praticien. Ces composantes permettent de tenir compte du caractère multidimensionnel du travail médical.

L'évaluation de ces composantes se fonde sur le respect de trois principes :

- la règle de l'art, c'est-à-dire ce qui est considéré comme étant la pratique idéale, indépendamment de la réalité de la pratique ;
- la notion de patient habituel, c'est-à-dire le patient le plus fréquent pour un acte donné ;
- l'acte global : chaque acte et par suite chaque « score travail » comprend l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art.

Le stress, la compétence technique et l'effort mental du praticien sont des variables subjectives. Afin d'essayer d'objectiver le mieux possible ces composantes, un acte dit « de référence » a été défini pour chaque spécialité. Il sert d'unité de mesure à tous les actes de la spécialité. L'« acte de référence » se définit comme un acte fréquent, faisant appel à un travail modéré et bien standardisé. Par convention, le travail qu'il met en jeu ainsi que ses trois composantes subjectives sont fixés à 100. Le travail et les trois composantes subjectives de tous les autres actes sont évalués par rapport aux valeurs 100 de l'acte de référence.

Par ailleurs, les durées des actes ont été mesurées. Elles sont toutes exprimées en minutes, y compris celle de l'acte de référence (cf. graphique ci-dessous).

A l'issue de la hiérarchisation intra-spécialité, les scores-travail sont en principe comparables au sein de chaque spécialité mais pas d'une spécialité à l'autre car ils sont établis à partir d'actes de référence différents. La seconde phase de la hiérarchisation consiste donc à rechercher des équivalences entre les spécialités pour aboutir à une échelle unique du travail médical.

### ◆ La hiérarchisation inter-spécialités

De l'ensemble du processus d'évaluation du travail médical, l'étape de la hiérarchisation inter-spécialités est la plus complexe à réaliser parce qu'il s'agit de comparer le contenu en travail médical d'actes pouvant être très différents et que des rapports de force entre spécialités peuvent exister. Elle apparaît cependant indispensable pour assurer une cohérence d'ensemble de la hiérarchisation.

Cette hiérarchisation consiste à **rechercher des passerelles entre les différentes spécialités** puis à essayer d'égaliser les scores de travail des actes d'une même passerelle par une méthode d'optimisation sous contraintes.

## Annexe II

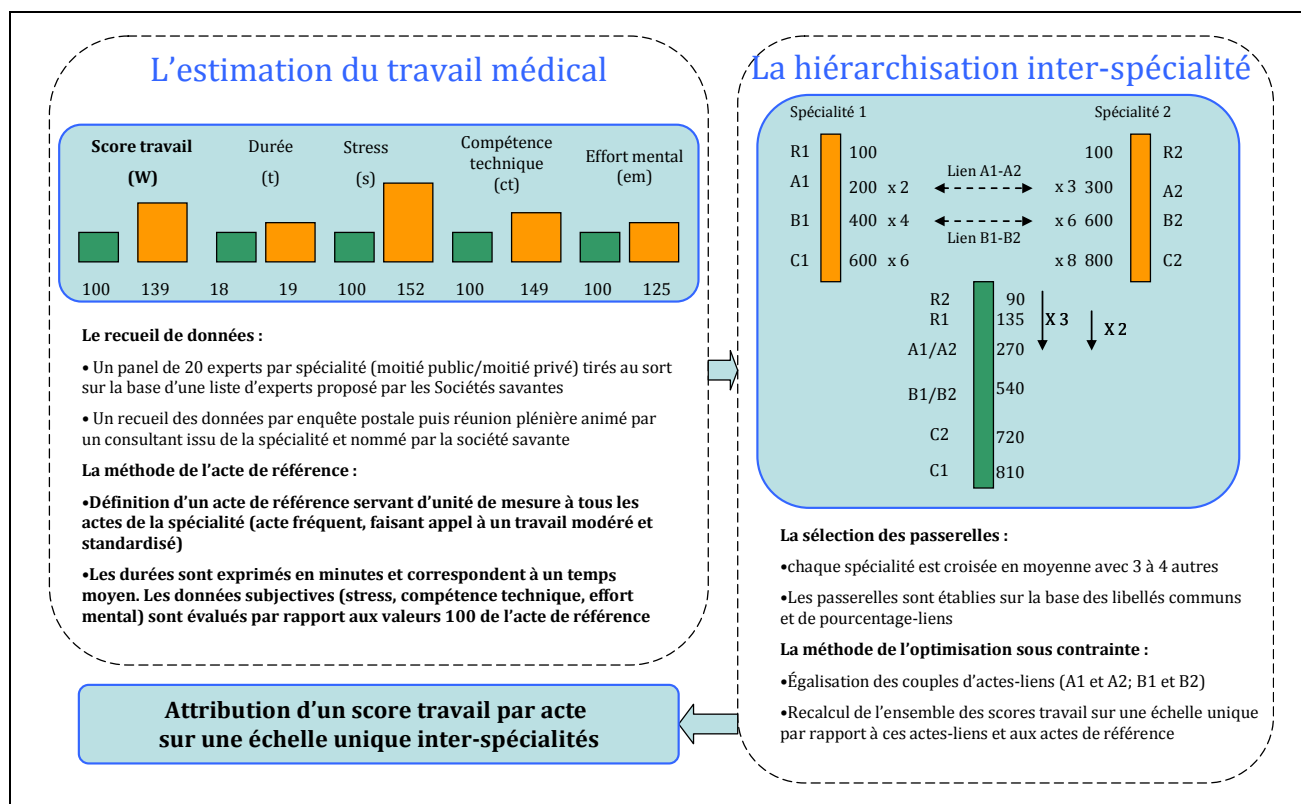
Chaque spécialité a été croisée en moyenne avec trois à quatre autres. Les passerelles recherchées se sont fondées sur deux croisements :

- les libellés communs et les actes-liens : il s'agissait de vérifier lorsqu'il existait des libellés communs que les actes faisaient bien appel au même travail médical ;
- les pourcentages-liens : il s'agit d'établir des liens en exprimant le travail de l'une des spécialités (par exemple l'anesthésie) en pourcentage du travail de l'autre spécialité (par exemple la chirurgie digestive).

Après la sélection des passerelles, les scores des actes de l'ensemble des spécialités ont été classés sur une échelle unique par une méthode d'optimisation sous contraintes. L'objectif est d'affecter à chaque acte d'un même couple de liens, une valeur aussi proche que possible, sous la contrainte que leurs scores de travail par rapport à leurs actes de références soient maintenus. L'optimisation sous contraintes procède par itérations successives : à chaque itération, la plus mauvaise passerelle est exclue. Il s'agit d'atteindre le résultat le plus objectif et le plus fiable possible.

A l'issue de la mise en cohérence inter-spécialités, les scores de travail de tous les actes de toutes les spécialités sont recalculés par rapport à leur acte de référence sur l'échelle commune (cf. graphique ci-dessous).

**Graphique 4 : Zoom sur la détermination du score travail, composante centrale du tarif-cible**



Source : Mission IGF.

## Annexe II

### 1.2.2.2. *Le coût de la pratique, permettant de rémunérer les charges supportées par les médecins, est calculé sur la base d'un coût moyen de charges par spécialité*

Le coût de la pratique recouvre les charges professionnelles qui incombent en propre aux praticiens (frais de personnel, de matériel, charges locatives....). Le choix de la méthodologie de calcul du coût de la pratique répondait aux objectifs suivants :

- une équité de traitement pour toutes les disciplines reposant sur une procédure d'évaluation identique pour toutes les spécialités et tenant compte des spécificités de chaque discipline (évaluation d'un taux de charge moyen par spécialité) ;
- un respect de la neutralité (pas d'incitation financière) ;
- une identification sans ambiguïté des charges réelles des praticiens en évitant toute redondance avec les dépenses à la charge des établissements ;
- un seul tarif par acte, quelle que soit la spécialité.

Pour tenir compte de la différenciation du taux et de la structure des charges professionnelles selon les spécialités, l'évaluation des charges a été réalisée **par spécialité**, sur la base d'un **coût moyen** calculé à partir des charges générales totales relatives aux actes techniques diminuées de la somme des surcoûts pour certains actes. Ce calcul a donc nécessité de distinguer les charges relatives aux actes cliniques de celles relatives aux actes techniques.

L'estimation des charges totales s'est fondée sur les déclarations des bénéficiaires non commerciaux (BNC - imprimé 2035) de la Direction générale des finances publiques (ex-Direction générale des impôts) en 2000, retraitées par la DREES en 2002 et révisées en 2003.

La répartition des charges générales d'une discipline est effectuée au prorata des points travail de chaque acte par spécialité, ce qui nécessite de calculer un montant de charges générales par point travail : le coefficient général (Cg). Ce coefficient est égal au montant total des charges générales de la spécialité rapporté au nombre total de points travail effectués par cette spécialité. Le coefficient général du coût de la pratique constitue donc un **coût moyen** de charges par spécialité.

Le calcul du coût de la pratique pour chaque acte est le suivant :

$$CP = W \times Cg (+ S)$$

CP : coût de la pratique

W représente le travail médical mobilisé pour réaliser l'acte. Il est propre à chaque acte

Cg représente le coût moyen par point travail des charges générales de la spécialité

S est éventuel. Il représente un surcoût propre à l'acte concerné

Certains actes sont communs à plusieurs spécialités. La CCAM étant une nomenclature d'actes et non de spécialités, les actes communs à plusieurs spécialités restent affectés d'un seul tarif. Pour ces actes, le coût de la pratique est évalué pour chaque spécialité puis comparé. Si ce coût est significativement différent d'une spécialité à l'autre, le coût de l'acte de la spécialité qui le pratique le plus est retenu. Les charges de la spécialité non retenue sont recalculées de façon à obtenir le montant total de charges évalué pour cette discipline.

Par ailleurs, certains actes au sein de chaque spécialité présentent des taux de charge spécifiques et plus élevés. Pour ces actes, la méthodologie CCAM prévoyait d'ajouter une rémunération supplémentaire pour tenir compte de ce surcoût.

Enfin, il existe une exception au calcul de la pratique pour les équipements lourds. Pour ces équipements, soumis à autorisation et caractérisés par des charges fixes importantes, il est prévu d'appliquer un mode de rémunération *via* un forfait technique (cf. ci-dessous).



## Annexe II

Sur la base de cette méthodologie, la CNAMTS a calculé un coefficient général (Cg) pour chaque spécialité qu'elle a ensuite affecté à chaque acte en fonction de son score travail.

Le coefficient général présente une forte dispersion entre les spécialités : le coefficient le plus élevé est près de 6 fois supérieures au coefficient le moins élevé. Les coefficients généraux les plus importants concernent la cardiologie interventionnelle (0,91) et la radiologie (0,77) tandis que la chirurgie et la gynéco-obstétrique affichent des coûts de la pratique faibles (respectivement 0,27 et 0,25).

**Tableau 4 : Montant du coefficient général par spécialité  
(en montant de charges par point travail)**

Spécialités	Coefficient général du coût de la pratique (Cg)
Cardiologie interventionnelle	0,906
Radiologie	0,771
Gastro-entérologie	0,538
Neurologie	0,424
Cardiologie	0,399
Médecine physique et de réadaptation (MPR)	0,354
ORL	0,330
Pneumologie	0,320
Ophtalmologie	0,304
Dermatologie	0,272
Chirurgie	0,269
Gynéco-obstétrique	0,252
Rhumatologie	0,230
Acupuncture	0,213
Anesthésie	0,192
Allergologie	0,177
Néphrologie	0,157

*Source : CNAMTS.*

### **1.2.2.3. Le coût de la pratique de certains actes est rémunéré par la voie d'un forfait technique qui n'est pas compris dans le tarif CCAM**

Pour les équipements lourds (scanners, IRM, tomographes à émissions de positons (TEP)), soumis à autorisation et caractérisés par des charges fixes importantes, il est prévu d'appliquer un mode de rémunération particulier, partiellement indexé sur l'activité et qui dissocie la rémunération du travail médical de celle des coûts de fonctionnement.

Pour les actes concernés, la rémunération se fait par l'addition d'un tarif par acte (tarif CCAM rémunérant uniquement le travail médical) et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement et d'amortissement de l'appareil installé (locaux, équipements principal et annexe, maintenance, personnel non médical, frais de gestion...). La durée de l'amortissement est fixée à 7 ans.

Le montant du forfait technique n'est donc pas établi par acte et n'est pas inclus dans le tarif CCAM. Il est d'ailleurs versé directement par l'Assurance maladie à l'exploitant de l'appareil, ce dernier n'étant pas nécessairement le médecin (médecin, société, ou établissement de santé).

## Annexe II

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Celui-ci est établi par zone géographique pour les appareils de scanographie et de remnographie. Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué. Pour les appareils de scanographie et d'IRM, le montant réduit du forfait technique varie selon la tranche d'activité considérée<sup>3</sup>.

Les forfaits techniques sont modifiables par voie d'avenants conventionnels.

### 1.2.2.4. Le facteur de conversion monétaire

Le facteur de conversion monétaire (FC) correspond à la valeur en euros d'un point travail. **Cette valeur est identique pour tous les actes.** Elle ne varie donc pas en fonction des spécialités pour préserver toute son objectivité au tarif-cible. C'est bien la convergence vers le tarif cible qui doit assurer l'équité entre spécialités et non la différenciation des paramètres de construction de la cible, dont fait partie le facteur de conversion monétaire.

Le facteur de conversion monétaire est égal au ratio entre le montant total rémunérant le travail médical et la quantité totale de travail mobilisée par l'ensemble des spécialités concernées.

Pour obtenir ce montant, une enveloppe totale d'honoraires (ou enveloppe « actes techniques ») a été allouée à la rémunération des actes techniques de l'ensemble des spécialités médicales. Par définition, cette enveloppe d'honoraires correspond à la somme de la rémunération du travail médical et du coût de la pratique. Il a donc été défalqué de cette enveloppe le montant des charges pour obtenir uniquement la rémunération du travail médical.

L'estimation de la quantité totale de travail a, quant à elle, été effectuée à partir de deux éléments :

- d'une part, le score du travail de chaque acte ;
- d'autre part la fréquence des actes techniques. Celle-ci a été évaluée, pour ce qui concernent les actes réalisés en établissement, à partir des données du PMSI privé et pour ce qui concerne les actes réalisés en ambulatoire, à partir d'une enquête spécifique réalisée en 2000 auprès des praticiens<sup>4</sup>.

L'estimation du facteur de conversion monétaire FC est donnée par la formule suivante :

$$FC = (\text{enveloppe totale d'honoraires 2004} - \text{charges totales}) / \text{somme des points travail}$$

Le facteur de conversion monétaire a été fixé de telle sorte que le passage des actes techniques de la NGAP vers la CCAM soit neutre en termes d'enveloppe globale d'honoraires, autrement dit que la somme des tarifs dans la CCAM soit égale à la somme des tarifs en NGAP. A l'origine, la CCAM devait en effet être mise en place à enveloppe budgétaire constante.

Le FC s'élève en 2004 à 0,44 € par point de travail et n'a pas été actualisé depuis cette date.

<sup>3</sup> Les tarifs sont détaillés à l'article 3 de l'annexe I « Tarifs des honoraires, rémunération et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes » de la convention du 26 juillet 2011.

<sup>4</sup> « Fréquence et tarif des séances d'actes en secteur ambulatoire selon les libellés de la classification commune des actes médicaux, CNAMTS, décembre 2000).

## Annexe II

Il représente un enjeu central dans le dispositif de tarification de la CCAM en constituant la variable de décision déterminant la valeur donnée au travail médical et le montant des dépenses remboursables. Les autres variables (score travail, coût de la pratique) sont issues d'observations objectives (durées, niveau des charges) ou d'évaluation du contenu en travail médical (effort mental, compétence technique).

### 1.2.3. Bien que comptant plus de 7 700 actes, la CCAM révèle une très forte concentration de ces actes en volume et en montant

A la différence du CdAM et de la NGAP (et du système de cotation par lettres-clefs et coefficients), la CCAM donne aujourd'hui une information précise sur les actes médicaux pratiqués et sur la structure des coûts associés.

La CNAMTS dispose ainsi d'un outil statistique et de contrôle indispensable pour la gestion des dépenses d'Assurance maladie. C'est également à partir de la CCAM que la CNAMTS réalise ses projections d'évolution des dépenses et qu'elle établit son besoin tendancier pour l'ONDAM ville.

En 2010, la CCAM compte 7 719 libellés d'actes (en V22) dont 7 343 répartis entre les dix-sept chapitres par appareil. 94,5 millions d'actes techniques ont été réalisés en 2010 pour le régime général, et **122 millions** si on inclut les actes d'anesthésie (4,8 millions d'actes), les actes complémentaires ainsi que les suppléments des chapitres 18 et 19, pour un montant d'honoraires sans dépassement de **5,7 Mds€<sup>5</sup>** et un montant remboursé par l'Assurance maladie de 4,9 Mds€<sup>6</sup>. En incluant le montant des forfaits techniques qui s'est élevé à 675 M€ en 2010, le montant des honoraires sans dépassement s'est élevé à 6,4 Mds€.

Par extrapolation à partir des données du régime général, le montant des honoraires sans dépassement pour l'ensemble des régimes s'est élevé à **7,5 Mds€** en 2010.

La radiologie et l'imagerie médicale concentre la part la plus significative de la CCAM à la fois en activité puisqu'elle représente 40 % des actes réalisés en 2010 (soit plus de 40 millions d'actes) et un tiers du montant des honoraires sans dépassement (1,9 Md€). La radiologie et l'imagerie médicale se distingue nettement des autres spécialités qui ne dépassent pas 15 % d'activité ou de volume.

L'ophtalmologie constitue la deuxième spécialité en termes d'activité (14 %) mais seulement la cinquième en termes d'honoraires (8 %). A l'inverse, la chirurgie représente la deuxième spécialité en termes d'honoraires (10 %) mais la huitième spécialité en termes d'activité (seulement 3 %), ce qui s'explique par un tarif moyen de l'acte élevé.

Trois spécialités concentrent à elles seules 62 % du nombre d'actes techniques facturés en CCAM et près de la moitié des honoraires sans dépassement : la radiologie, l'ophtalmologie et la cardiologie. En incluant les anesthésistes-réanimateurs, la part de ces spécialités dans les HSD est portée à 58 %.

Viennent ensuite des spécialités dont les effectifs sont importants : les omnipraticiens et les gynécologues. Les médecins omnipraticiens ayant un mode d'exercice particulier (MEP) tels que les angiologues, les acupuncteurs, les allergologues et les échographistes réalisent une part importante de leur activité en CCAM. Leurs actes spécifiques représentent la majorité de l'activité technique CCAM des omnipraticiens. Ainsi, les échographies vasculaires réalisées par les angiologues représentent 2/3 des échographies. De même, les actes techniques médicaux thérapeutiques relèvent pour moitié de séances d'acupuncture et pour moitié de traitements non chirurgicaux des varices.

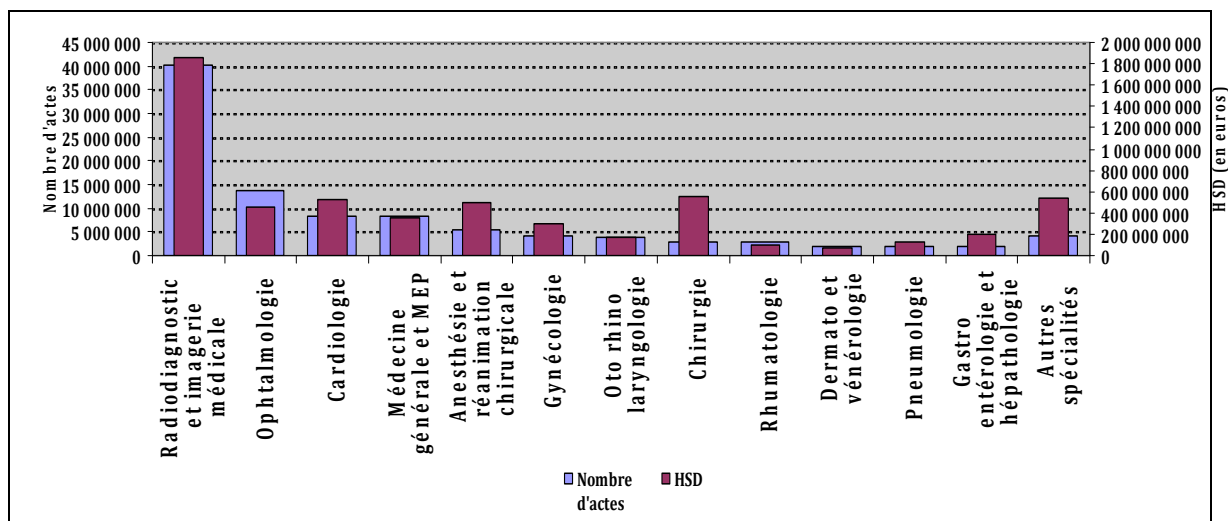
---

<sup>5</sup> Hors forfaits techniques, vidéocapsules versées à l'établissement, forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement.

<sup>6</sup> Cf. note de bas de page précédente.

## Annexe II

**Graphique 5 : Répartition des actes et des honoraires sans dépassement CCAM par spécialité en 2010 (régime général)**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

**Tableau 5 : Détail de la répartition des actes et des honoraires CCAM par spécialité en 2010 (régime général)**

Spécialité	Nombre d'actes 2010 (1)	Part du nombre d'actes dans le total	HSD 2010 (2)	Part des HSD dans le total
Radiodiagnostic et imagerie médicale	40 137 462	40 %	1 855 011 409	32 %
Ophtalmologie	13 774 016	14 %	450 984 658	8 %
Cardiologie	8 290 680	8 %	526 732 462	9 %
Médecine générale et MEP (4)	8 211 355	8 %	358 473 430	6 %
Anesthésie et réanimation chirurgicale (3)	5 398 762	5 %	502 683 392	9 %
Gynécologie médicale et obstétricale	4 294 157	4 %	291 831 601	5 %
Oto rhino laryngologie	3 719 760	4 %	174 983 003	3 %
Chirurgie	2 919 108	3 %	550 230 287	10 %
Rhumatologie	2 791 154	3 %	94 345 095	2 %
Dermato et vénéréologie	2 056 675	2 %	64 189 545	1 %
Pneumologie	1 874 322	2 %	121 985 938	2 %
Gastro entérologie et hépatologie	1 841 019	2 %	204 644 949	4 %
Néphrologie	1 521 871	2 %	62 514 665	1 %
Neurologie	741 229	1 %	55 446 781	1 %
Médecine nucléaire	504 024	1 %	123 156 007	2 %
Autres spécialités (5)	404 521	0 %	23 219 262	0 %
Pédiatrie	380 105	0 %	17 138 652	0 %
Médecine physique et de réadaptation	337 570	0 %	14 991 299	0 %
Oncologie - Radiothérapie	126 463	0 %	240 002 140	4 %
<b>Total</b>	<b>99 324 253</b>	<b>100 %</b>	<b>5 732 564 574</b>	<b>100 %</b>

Source : CNAMTS - (1) : hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie  
 (2) : hors forfaits techniques, vidéocapsules versées à l'établissement, forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement

(3) : le nombre d'actes comprend les anesthésies

(4) : MEP : médecins omnipraticiens exerçant en Mode d'Exercice Particulier (angéiologie, allergologie, acupuncture ...)

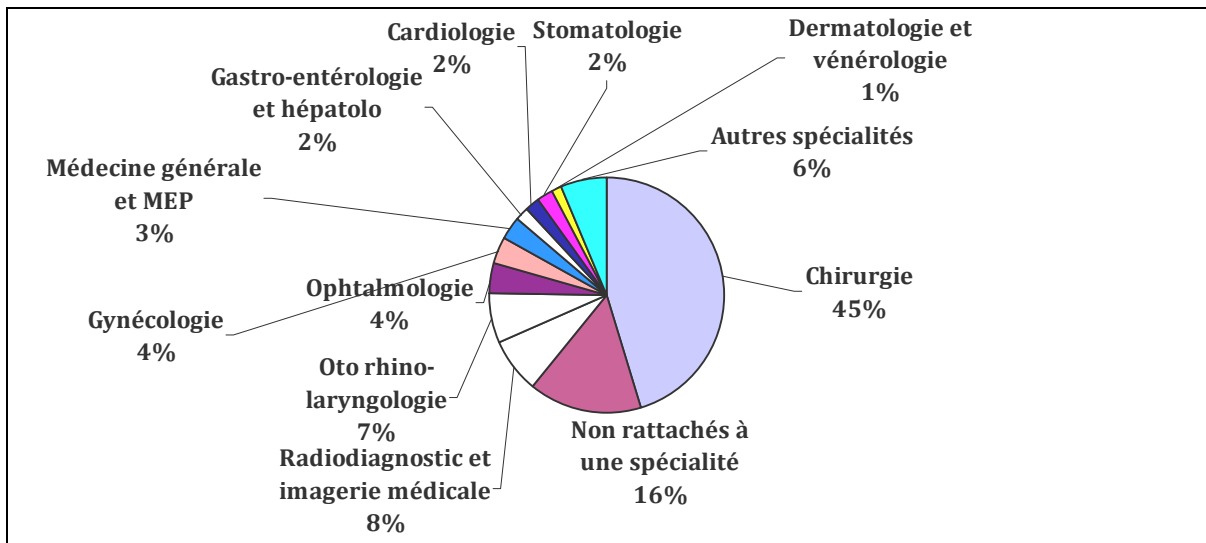
(5) : stomatologie, chirurgie maxillo faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto pathologique, oncologie médicale, hématologie

## Annexe II

Concernant le nombre de libellés d'actes, la chirurgie concentre à elle seule près de la moitié (45 %) du nombre d'actes inscrits à la CCAM (soit près de 3 500 actes sur 7 719 en V22) alors qu'elle ne représente que 3 % de l'activité (cf. *supra*). Au sein de la chirurgie, on peut distinguer la chirurgie orthopédique qui regroupe à elle seule 1 051 libellés d'actes. La chirurgie se distingue ainsi nettement des autres spécialités qui ne comptabilise, chacune, pas plus de 10 % des libellés.

Les autres spécialités dont la nomenclature contient le plus grand nombre d'actes sont la radiologie (8 %), l'ORL (7 %) et l'ophtalmologie (4 %).

**Graphique 6 : Répartition des libellés d'actes par spécialité exerçant majoritairement l'acte en 2010 (V22)<sup>7</sup>**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

L'exploitation par la mission des données transmises par la CNAMTS montre que l'activité est très concentrée sur un faible nombre d'actes. **En 2010, 36 libellés d'actes représentent 50 % de l'activité et près de 70 libellés d'actes représentent 50 % du total des honoraires sans dépassement (HSD)<sup>8</sup>.**

La mission s'est appuyée sur les données fournies par la CNAMTS et sur le périmètre suivant :

- ◆ les données sont celles du régime général uniquement afin de travailler sur des données constatées et non extrapolées comme le sont celles de l'ensemble des régimes ;
- ◆ les honoraires sans dépassement et les volumes d'actes sont ceux réalisés en 2010 et la structure de la CCAM est celle de la V22 ;
- ◆ le décompte du nombre d'actes et de libellés a été réalisé hors actes d'anesthésie et hors chapitre 18 et 19, ces différents actes constituant des actes « associés » aux libellés d'actes principaux de la CCAM. Pour les honoraires, les deux périmètres ont été analysés.

<sup>7</sup> La répartition calculée par la mission a été obtenue par la sélection, pour chacun des 7 719 libellés d'actes, de la spécialité réalisant « majoritairement » l'acte. Bien que certains actes puissent être réalisés par plusieurs spécialités, ils seront de fait rattachés à une seule spécialité.

<sup>8</sup> Pour le calcul de la concentration de l'activité, le calcul a été réalisé hors actes d'anesthésie et suppléments des chapitres 18 et 19 puisqu'il s'agit d'actes se rattachant à un « acte principal ». En revanche, ces actes sont inclus dans le calcul de la concentration en montant d'honoraires puisqu'ils participent du coût global rattaché à l'acte principal.

## Annexe II

Concernant la concentration en volume d'actes réalisés, 94,5 millions d'actes ont été réalisés en 2010 (hors actes d'anesthésie et hors actes supplémentaires des chapitres 18 et 19) répartis sur 7 343 libellés recensés. Sur ces 7 343 libellés d'actes, **moins de 1 % des actes (soit 36 libellés d'actes) représente près de 50 % de l'activité** (soit 47,1 millions d'actes réalisés sur 94,5 millions) **et 10 % des actes représentent 97 % de l'activité.**

L'acte ayant été le plus souvent reproduit (électrocardiographie sur au moins 12 dérivations) représente 4,7 % de l'activité et a été réalisé 4,4 millions de fois en 2010.

**Tableau 6 : Concentration des actes par rapport à l'activité en 2010 (V22)**

Nombre de libellés d'actes	% de libellés d'actes	% de l'activité
10	0,1 %	26,50 %
20	0,3 %	38,10 %
30	0,4 %	45,70 %
<b>36</b>	<b>0,5 %</b>	<b>50 %</b>
40	0,5 %	52,20 %
50	0,7 %	57,20 %
60	0,8 %	62,20 %
70	1,0 %	66,30 %
80	1,1 %	69,70 %
90	1,2 %	72,50 %
100	1,4 %	75 %
500	6,8 %	96,10 %
1 000	13,6 %	98,60 %

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

Concernant la concentration des actes de la CCAM en montant d'honoraires sans dépassement, **moins de 1 % des actes (soit 67 libellés d'actes) représente 50 % des HSD et 10 % des actes représentent 94 % des HSD<sup>9</sup>**. En 2010, l'acte ayant donné lieu au montant d'honoraires facturés le plus élevé est l'écographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (204 M€ soit 4,2 % du total des honoraires).

**Tableau 7 : Concentration des libellés d'actes par rapport au montant des honoraires sans dépassement en 2010 (V22, y compris actes d'anesthésie et suppléments chapitres 18 et 19)**

Nombre de libellés d'actes	% des libellés d'actes	% des HSD totaux
10	0,1 %	15,70 %
20	0,2 %	24,30 %
30	0,3 %	31,60 %
40	0,3 %	37,90 %
50	0,4 %	43,20 %
60	0,5 %	47,50 %
<b>67</b>	<b>0,6 %</b>	<b>50,00 %</b>
70	0,6 %	50,90 %
80	0,7 %	53,80 %
90	0,8 %	56,30 %
100	0,9 %	58,40 %
500	4,3 %	86,20 %
1 000	8,6 %	93,00 %
<b>1 161</b>	<b>10,0 %</b>	<b>94,10 %</b>

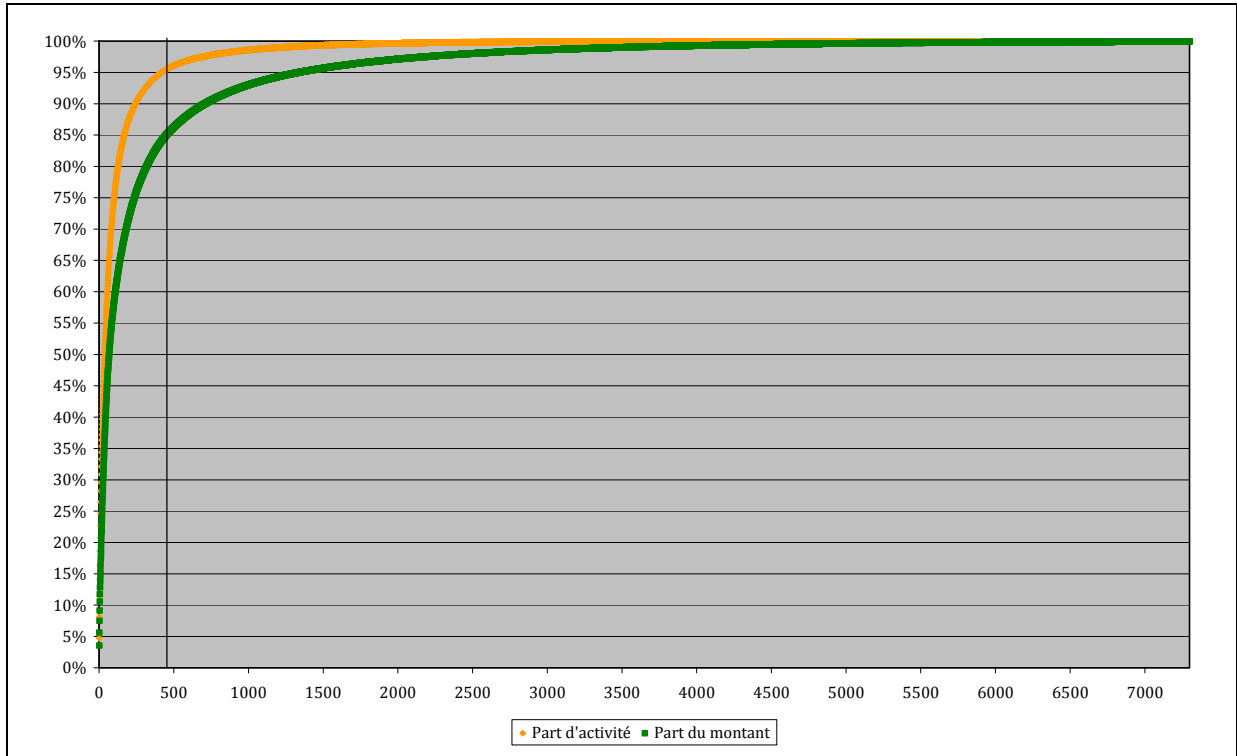
*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

<sup>9</sup> Ces chiffres ont été calculés sur l'ensemble des actes inscrits à la CCAM y compris les actes d'anesthésie et les suppléments du chapitre 18 et 19 qui participent du montant des honoraires facturés. Au total, 5,7 Mds€ d'HSD ont été facturés en 2010 répartis sur 11 619 libellés d'actes.

## Annexe II

En enlevant les actes d'anesthésie et les actes supplémentaires des chapitres 18 et 19, la concentration des actes en honoraires est plus élevée. 50 % du montant des honoraires sans dépassement en 2010 (4,8 Mds€) est réalisé par 50 libellés. La liste des 50 actes figure en pièce jointe.

**Graphique 7 : Concentration des actes de la CCAM en activité et en montant en 2010**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

En outre, 29 actes seulement se retrouvent à l'intersection des 36 actes les plus importants en activité et des 50 actes les plus importants en montant. Ces 29 actes représentent 33 % du total des honoraires et 44 % de l'activité.

Parmi les actes concentrant les montants d'honoraires sans dépassement les plus importants, on dénombre l'échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, et la mammographie. La radiographie du thorax occupe à la fois la troisième position en termes d'honoraires facturés (1,7 % des HSD totaux) et la quatrième position en nombre d'actes réalisés (3,3 %).



## Annexe II

**Tableau 8 : Liste des dix actes les plus pratiqués en part des honoraires sans dépassement**

Libellé d'actes	Part dans les HSD totaux	Classement dans la part des HSD	Part dans le nombre d'actes total	Classement dans la part du nombre d'actes
Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques	4,2 %	1	2,3 %	6
Mammographie bilatérale	2,5 %	2	1,9 %	9
Mammographie de dépistage	2,3 %	3	1,7 %	11
Radiographie du thorax	1,7 %	4	3,3 %	3
Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	1,4 %	5	0,9 %	18
Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact	1,3 %	6	2,6 %	4
Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]	1,2 %	7	0,8 %	21
Échographie unilatérale ou bilatérale du sein	1,1 %	8	2,1 %	7
Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	1,1 %	9	4,7 %	1
Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue	1,1 %	10	0,7 %	28

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

### ◆ Le niveau élevé des tarifs de la CCAM

Bien que les tarifs des actes de la CCAM se concentrent sur les tarifs les plus bas, ces tarifs restent élevés par rapport à ceux des consultations et une proportion non négligeable d'actes s'élève à plus de 500 € :

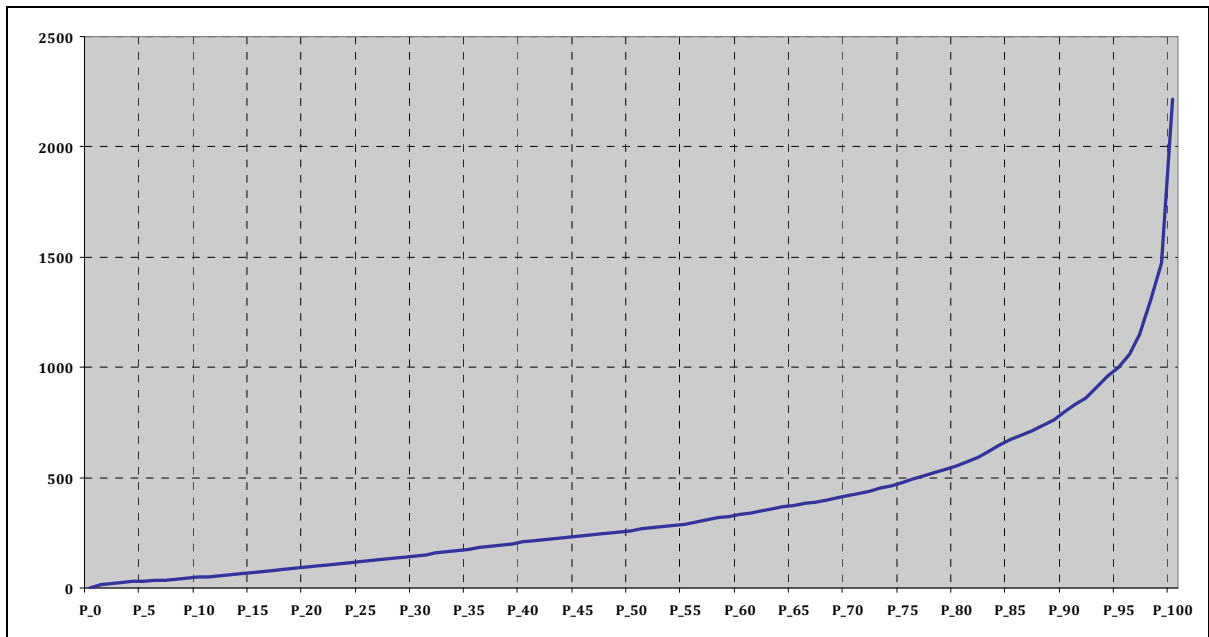
- près de la moitié (48 %) des libellés de la CCAM sont compris entre 0 € et 200 € (soit 3 225 libellés sur un total de 6 784<sup>10</sup>) et 28 % seulement des libellés ont des tarifs inférieurs à 100 €.
- 27 % des libellés affichent des tarifs élevés compris entre 250 € et 500 €.

Ces proportions excluent les actes qui n'ont pas de tarifs soit parce qu'ils sont réalisés uniquement en secteur hospitalier, soit parce qu'ils ne sont pas pris en charge.

<sup>10</sup> Le chiffre de 6 784 libellés correspond au nombre total de libellés d'actes en V24 (soit 7 728 y compris chapitres 18 et 19) duquel est soustrait le nombre de libellés d'actes non pris en charge (333) et le nombre de libellés d'actes sans tarif (611).

## Annexe II

Graphique 8 : Dispersion des tarifs en vigueur de la CCAM en 2011 (V24)



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

## 2. Une mise en œuvre partielle de la CCAM

Le premier constat, d'ordre technique, de la mission est que la CCAM n'a pas été correctement mise en œuvre ni entretenue et mise à jour. En effet :

- les tarifs cibles ne représentent qu'imparfaitement les coûts et les mesures pour résorber la dispersion des coûts n'ont pas été appliquées (21) ;
- la convergence des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles n'a pas abouti et des écarts sensibles persistent (22) ;
- l'actualisation de la CCAM est ponctuelle (23).

### 2.1. Les tarifs cibles ne représentent qu'imparfaitement les coûts

Bien que la méthode retenue pour la construction de la CCAM est jugée globalement satisfaisante par les professionnels de santé, l'analyse des résultats en score travail et en coût de la pratique interrogent parfois. Un certain rapport de force entre spécialités pourrait expliquer en partie ces résultats dans un contexte de redistribution de la ressource à enveloppe constante.

#### 2.1.1. Le score travail et la hiérarchie-inter-spécialités ne sont pas toujours cohérents avec la hiérarchie des revenus ou avec les pratiques médicales actuelles

La mission a procédé au calcul du taux horaire de certains actes inscrits à la CCAM.

##### **Encadré 5 : Méthodologie de calcul du taux de rémunération horaire net pour les actes techniques**

Ce calcul a consisté à rapporter, à l'heure, d'une part les tarifs en vigueur en V22, d'autre part les tarifs cibles sur la base de la durée de l'acte évaluée lors de la construction de la CCAM entre 1996 et 2001.

Il s'agit d'un taux horaire net, hors charges, qui évalue uniquement la rémunération du contenu en travail médical. Le montant des charges a été défalqué à partir des taux de charge 2007 fournis par la DREES. Le détail du calcul figure dans un tableau en annexe.

Les actes sélectionnés correspondent aux actes réalisés en plus grand nombre dans chaque spécialité et à caractère « standard » en termes de stress et de technicité. Ce choix permet d'éviter de prendre des actes dont la cotation en point travail s'éloignerait de la durée par une part importante des autres facteurs (stress, effort mental, et compétences techniques). Concernant la radiologie, les actes d'imagerie en coupe (IRM, scanner) n'ont pas été retenus pour neutraliser l'effet forfait technique qui n'est pas compris dans le tarif en vigueur de la CCAM.

Globalement, les résultats montrent une grande hétérogénéité du taux de rémunération horaire net à la fois entre spécialités mais également à l'intérieur de chaque spécialité. Les écarts de rémunération horaire nette sont partiellement lissés si on applique les tarifs cibles de la CCAM. La variance entre les tarifs cibles est en effet moins importante que celle existant entre les tarifs en vigueur sur la base des actes sélectionnés.

L'analyse par spécialité montre que la rémunération horaire nette des radiologues est inférieure de 50 % à celle des chirurgiens (environ 65 € de l'heure par rapport à 100 € pour les chirurgiens sur la base du tarif en vigueur en V22). Or, ces résultats sont incohérents avec la hiérarchie des revenus entre ces deux spécialités. En effet, les revenus des radiologues étaient en 2009 supérieurs de 34 % à ceux des chirurgiens (217 k€ contre 162 k€).

## Annexe II

Plus largement, le taux de rémunération horaire net des radiologues est sans rapport avec celui de la quasi-totalité des spécialités puisqu'il figure, sur la base des durées estimées et des tarifs en vigueur, parmi les taux horaires les plus bas. Les écarts sont partiellement atténués si on se réfère au tarif cible.

Cette incohérence peut s'expliquer de différentes façons :

- ◆ la durée de l'acte a été mal évaluée à l'origine (surévaluation de la durée des actes de radiologie) ;
- ◆ des gains de productivité ont été réalisés grâce aux développements des nouvelles technologies et la durée des actes est désormais obsolète, la CCAM n'ayant pas été actualisée (voir *infra*) ;
- ◆ la possibilité de déléguer la réalisation de l'acte n'est pas prise en compte. La durée est évaluée telle qu'elle serait si elle était réalisée par le médecin. Or, les actes de radiologie peuvent en partie être délégués à des manipulateurs radio, ce qui permet aux radiologues de réaliser des gains de productivité en effectuant un nombre plus important d'actes dans la même durée.

En dehors des hypothèses se rattachant directement à la tarification des actes CCAM, la contradiction entre rémunération horaire des actes techniques et revenu total pourrait s'expliquer par d'autres éléments concernant la durée hebdomadaire de travail et sa composition (répartition entre temps consacré aux actes techniques et aux consultations, temps consacré à la gestion du cabinet et non tarifé...). Il n'existe cependant pas d'étude précise sur ces données permettant de vérifier ces hypothèses.

L'analyse du taux horaire fait également apparaître la valorisation particulièrement importante de certains actes au sein d'une spécialité.

C'est le cas notamment de la cataracte<sup>11</sup> dont la durée a été évaluée à 60 minutes. Sur la base de cette durée et du tarif en vigueur (143,7 €), le taux de rémunération horaire net de cet acte serait sensiblement supérieur à celui des actes de chirurgie sélectionnés pour l'analyse. Par exemple, le taux horaire hors charge de la cataracte apparaît supérieur de près de 50 % à celui de la cholécystectomie par coelioscopie (96,9 €). Même ramené à la cible, la rémunération de la cataracte serait identique voire supérieure aux actes de chirurgie comme la cholécystectomie par coelioscopie, la cholécystectomie par laparotomie ou la cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse par abord inguinal.

La sur-valorisation actuelle de la cataracte s'expliquerait dans ce cas de figure par la banalisation de l'acte durant les dix dernières années ayant conduit à une réduction de la durée de l'acte qui serait désormais plus proche de 30 minutes que de 60 minutes, initialement évaluée dans la CCAM.

---

<sup>11</sup> Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil.

## Annexe II

**Tableau 9 : Comparaison des taux horaire nets de certains actes par spécialité**

Code CCAM	Libellé de l'acte	Durée (en min)	Taux horaire cible net CCAM	Taux horaire net tarif vigueur
<b>Chirurgie hors orthopédie</b>				
LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	64	113,44 €	99,93 €
HMFC004	Cholécystectomie, par coelioscopie	89	120,43 €	96,92 €
HMFA007	Cholécystectomie, par laparotomie	81	115,70 €	98,29 €
EJGA002	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	64	86,63 €	82,76 €
<b>Ophthalmologie</b>				
BFGA004	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil	60	118,80 €	143,73 €
<b>Gynécologie</b>				
JKFA031	Conisation du col de l'utérus	39	91,38 €	56,33 €
JKNE001	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscopie	66	106,00 €	77,90 €
JJFC003	Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par coelioscopie	75	98,21 €	64,29 €
JJPE001	Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystéroscopie	49	101,29 €	83,94 €
<b>Chirurgie Cardiologie</b>				
DDMA005	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC	284	187,22 €	156,52 €
<b>Radiologie</b>				
ZCQK002	Radiographie de l'abdomen sans préparation	13	58,89 €	40,61 €
HEQH002	Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]	28	61,29 €	106,83 €
ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste	31	78,35 €	43,14 €
<b>Obstétrique</b>				
JQGD012	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	83	90,65 €	111,27 €
JQGA002	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	94	96,05 €	98,25 €

*Source : Mission IGAS d'après données CNAMTS.*

### **Enfin, en dépit du souci d'objectivité, la hiérarchisation du travail médical a intégré un certain rapport de force entre les spécialités**

La CCAM tarifante devait fournir un outil de tarification des actes en fonction des coûts (contenu en travail médical et charges), permettant d'allouer la ressource de façon équitable entre les spécialités. A l'origine, il était cependant prévu que la réallocation des ressources, dans le cadre du processus de convergence des tarifs vers la cible, se fasse à enveloppe constante. Dès lors, la hiérarchisation des actes a soulevé des enjeux financiers entre les spécialités, la revalorisation de certains actes devant automatiquement entraîner la dévalorisation d'autres actes.

## Annexe II

Les rapports de force se sont notamment concrétisés lors de la hiérarchisation inter-spécialités, en raison notamment de la complexité à établir des passerelles entre actes de spécialités différentes et des limites à l'objectivation pleine et entière de ces passerelles et à la hiérarchie qui en a découlé.

A titre d'exemple, certains des acteurs rencontrés ont souligné le repositionnement à un niveau élevé des actes d'anesthésie dans le cadre de la hiérarchisation inter-spécialités ayant conduit à une forte revalorisation du tarif cible de ces actes.

### **2.1.2. Le calcul d'un coût de la pratique moyen par spécialité prend mal en compte la diversité des charges**

#### **2.1.2.1. Le coût moyen reflète mal la diversité des charges au sein de chaque spécialité**

Les charges ont été calculées par rapport aux charges « moyennes » par spécialité, c'est-à-dire aux charges dites « générales » ou « habituelles » au motif que, pour de nombreux actes, les charges professionnelles sont essentiellement des charges non spécifiques d'une activité particulière au sein d'une même discipline (personnel, loyers, redevance...) ou bien se rapportent à une activité particulière pratiquée par l'ensemble des médecins d'une même discipline.

Or, l'analyse des taux de charge fournis par la direction générale des finances publiques pour 2009 à partir des bénéfices nets commerciaux (BNC) révèle une certaine dispersion autour du taux moyen.

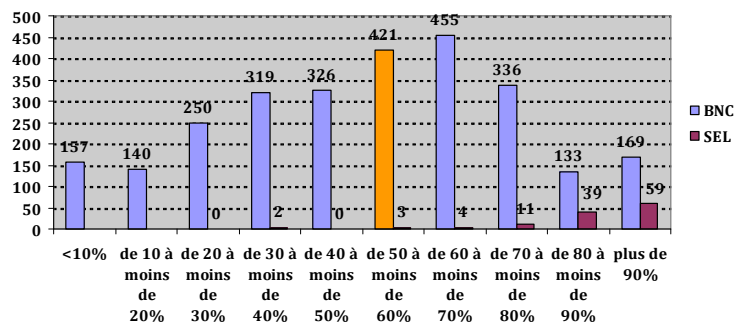
Ainsi, pour les radiologues, le taux de charge moyen en 2007 était de 55,9 % (données DREES à partir des BNC 2035). La dispersion des taux de charge autour de ce taux est importante : on dénombre quasiment le même nombre de radiologues ayant un taux de charge compris entre 50 % et 60 % qu'entre 60 % et 70 %. On comptabilise également un nombre équivalent de radiologues dans les fourchettes de taux de charge compris entre 30 % à 40 %, 40 % à 50 % et 70 % à 80 %. Il convient également de signaler que ces taux de charge ont été établis à partir des seuls BNC. Or la moitié des radiologues sont en sociétés d'économie libérale (SEL).

Pour les chirurgiens, les cardiologues et les ophtalmologues, le taux de charge moyen se situe bien dans la fourchette de taux de charge (40 % à 50 %) comprenant le plus grand nombre de médecins. Pour autant, la fourchette suivante concentre également un grand nombre de médecins (cf. graphique).

Enfin, pour les anesthésistes, les deux fourchettes de taux de charge encadrant la fourchette concentrant le plus grand nombre de médecins, sont quasiment équivalentes en nombre de médecins.

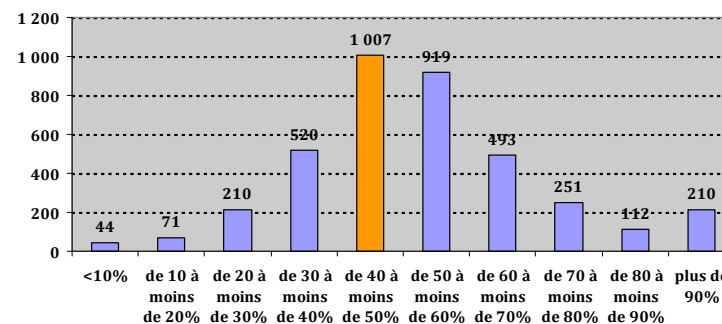
## Annexe II

**Graphique 9 : Répartition des taux de charge des radiologues en 2009 (à partir des BNC uniquement)**



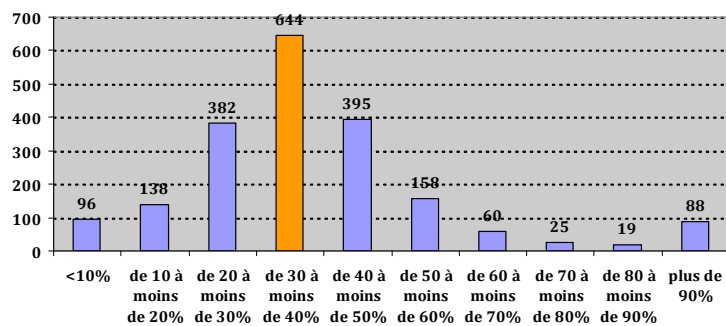
*Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.*

**Graphique 10 : Répartition des taux de charge des chirurgiens (hors chirurgiens dentistes) en 2009 (BNC uniquement)**



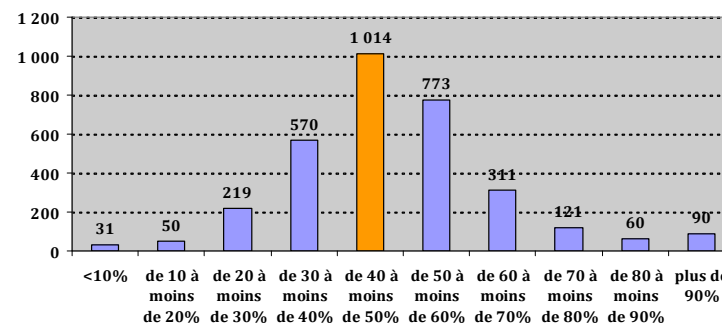
*Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.*

**Graphique 11 : Répartition des taux de charge des anesthésistes en 2009 (BNC uniquement)**



*Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.*

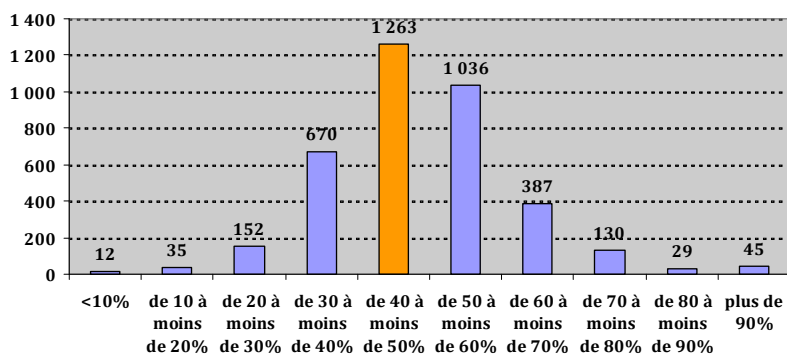
**Graphique 12 : Répartition des taux de charge des cardiologues en 2009 (BNC uniquement)**



*Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.*



Graphique 13 : Répartition des taux de charge des ophtalmologues en 2009 (BNC uniquement)



Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.

Outre les différences de pratique de gestion des cabinets et d'équipement, la dispersion des charges peut s'expliquer par le fait qu'une même spécialité peut regrouper des sous spécialités avec des profils d'activité et des charges différents. C'est le cas par exemple, au sein de la gynécologie, entre la gynécologie médicale et la gynéco-obstétrique, ou au sein de l'ophtalmologie, entre les ophtalmologues-chirurgiens et les ophtalmologues cliniciens.

### 2.1.2.2. Il existe également une dispersion des charges entre Paris et le reste de la France

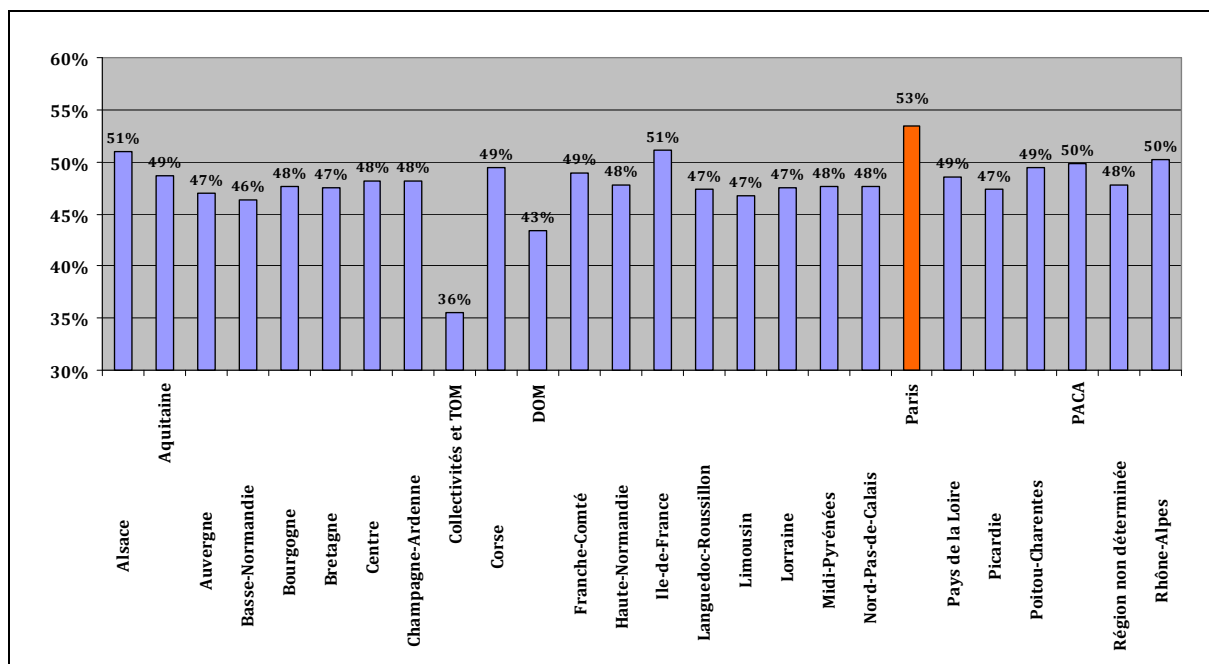
Les coûts immobiliers et les coûts de personnels, qui varient en fonction de la localisation géographique des cabinets, n'ont pas été pris en compte dans le calcul du coût de la pratique. La recherche de l'équité aurait dû conduire à des tarifs différenciés, plus élevés dans les zones où ces coûts sont eux-mêmes élevés ou dans des zones où, en règle générale, la densité de médecins est forte. La non prise en compte de cette variable géographique peut être considérée comme une contribution à une politique de rééquilibrage de la démographie médicale.

L'analyse des taux de charge montre effectivement des dispersions entre régions. Les taux de charge moyens sont compris entre 46,3 % pour la Base Normandie et 51 % pour l'Alsace, soit une amplitude de 5 points (hors DOM et TOM), avec une concentration des taux dans la fourchette comprise entre 47 % et 49 %.

La ville de Paris se démarque plus nettement avec un taux de 53,4 %, supérieur de plusieurs points au taux moyen toutes régions confondues.

## Annexe II

Graphique 14 : Dispersion des taux de charges par région et pour Paris en 2009  
(à partir des données BNC)



Source : Mission IGF à partir des données DGFIP.

### 2.1.3. Le principe des surcoûts qui devait permettre de remédier à la dispersion des charges au sein d'une spécialité n'a pas été appliqué

A l'origine, la CCAM, reconnaissant l'existence d'actes supportant des charges plus importantes que d'autres, avait prévu d'ajouter au coût de la pratique un supplément appelé « surcoût ».

Pour ces actes, le coût de la pratique devait être calculé de la façon suivante : coefficient général de charge (Cg) x score travail (W) + surcoût (S). La tarification finale de l'acte était ainsi revalorisée pour tenir compte de ce surcoût.

Dans la pratique, compte tenu des difficultés d'application du coût de la pratique (désaccord de certaines spécialités sur l'évaluation réalisée dans le cadre de la mise en place de la CCAM) et du travail qu'engendrait ce raffinement supplémentaire pour évaluer les différents surcoûts, cette méthodologie n'a finalement pas été appliquée.

Elle conserve cependant sa pertinence au regard de la diversité des charges au sein de chaque spécialité comme en témoigne la méthodologie employée par la CNAMTS pour calculer le coût de la pratique des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (ANAPATH) récemment introduits dans la CCAM. Plutôt que d'utiliser les taux de charge fournis par la DREES, la CNAMTS a mené une enquête auprès de l'ensemble des cabinets d'ANAPATH et a affiné le calcul du coût de la pratique en distinguant le frottis dont le taux de charge est moins élevé et la fréquence élevée.

## Annexe II

### Proposition technique

La mission propose d'affiner le calcul du coût de la pratique en distinguant des profils d'activité au sein de chaque spécialité ou en distinguant des actes ou des familles d'actes au sein de chaque spécialité.

La dispersion des taux de charges au sein de chaque spécialité montre que le calcul d'un coût de la pratique moyen par spécialité ne satisfait pas l'objectif d'équité entre professionnels. Au sein même d'une spécialité, les taux de charge peuvent être très différents en fonction des profils d'activité.

C'est le cas en particulier pour les gynécologues obstétriciens dont l'activité (accouchement, césarienne...) et l'équipement diffèrent sensiblement de ceux des gynécologues médicaux (actes cliniques, échographie, coloscopie...) ou encore de ceux des gynécologues-chirurgiens. Pour cette spécialité, une étude du taux de charges par profil d'activité devrait être réalisée. Une distinction devrait également être opérée entre les ophtalmologues à profil d'activité chirurgical des ophtalmologues à dominante médicale. Ces deux spécialités pourraient faire l'objet d'une analyse prioritaire pour l'actualisation du coût de la pratique.

La mise en œuvre de cette mesure pourrait reposer sur des enquêtes spécifiques par spécialité (comme cela a été fait pour les ANAPATH), et sur les données disponibles dans le SNIIRAM qui permettent une segmentation plus fine des spécialités. Le SNIIRAM permet par exemple de distinguer les différentes spécialités chirurgicales, la gynécologie-obstétrique de la gynécologie médicale, et au sein de la radiologie et radiothérapie, la médecine nucléaire, l'oncologie, la radiothérapie et la radiodiagnostic et l'imagerie médicale.

## 2.2. La convergence vers les tarifs cibles n'a pas abouti

Dès les premières mises en œuvre, la CCAM s'est écartée de ses objectifs, remettant en cause le principe d'équité tarifaire entre spécialités.

### 2.2.1. Une convergence partielle qui s'est traduite par un coût de 214 M€ pour l'Assurance maladie

Les travaux de la CCAM devaient permettre de **redistribuer les honoraires** entre les différentes disciplines, sur la base d'une échelle commune et du principe d'une neutralité financière globale. Un transfert de financement entre la radiologie et la chirurgie était en particulier sous-jacent au projet, qui devait notamment générer une économie de 200 M€<sup>12</sup> sur les actes de radiologie.

Or, ce principe n'a pas été appliqué dans les textes conventionnels successifs.

Deux étapes de convergence ont été réalisées en 2005 et 2007/2008 par avenants à la convention médicale, signée le 12 janvier 2005 entre les représentants syndicaux des professionnels médicaux et l'UNCAM. Mais ces étapes n'ont pas conduit à l'alignement des tarifs sur les tarifs cibles.

---

<sup>12</sup> Donnée Cour des comptes, 2005.

## Annexe II

◆ **La première phase de convergence de 2005 a été réalisée sur la base d'une enveloppe négociée de 180 M€ de dépenses remboursées en année pleine.**

La première étape de convergence a été organisée par le protocole du 25 février 2005. Dès l'origine, l'objectif initial de la CCAM a été remis en cause pour éviter de faire des actes perdants. Seuls les actes « gagnants » dont le tarif-cible CCAM était supérieur au tarif NGAP ont été revalorisés à hauteur du tiers de l'écart entre le tarif NGAP et le tarif-cible tandis que les tarifs des actes « perdants » ont été maintenus à la valeur du tarif NGAP.

Le protocole prévoyait également qu'« à l'issue d'une phase d'observation d'une année, la convergence se fera progressivement sur une période de 5 à 8 ans », ce qui n'a pas eu lieu à ce jour.

En contrepartie du maintien du tarif NGAP pour les actes perdants, des mesures spécifiques ont été introduites pour certaines spécialités parmi les mieux placées dans la hiérarchie des revenus : des baisses tarifaires ont été appliquées aux radiologues mais ont concerné la baisse des forfaits techniques et non la baisse des tarifs (-2 % pour les forfaits techniques de scanner et les IRM afin de tenir compte de la baisse des prix des équipements)<sup>13</sup> ainsi qu'aux actes de médecine nucléaire.

Par ailleurs, des mesures tarifaires en sus de la première étape de convergence ont été adoptées avec les avenants 7 et 12, non prévus initialement. Ces avenants ont créé et revalorisé certains actes ou majorations concernant des spécialités à dominante clinique qui restaient en dessous des spécialités techniques en termes de revenus<sup>14</sup>. Le coût global de ces avenants s'est élevé à **26 M€** dont 22 M€ pour le seul avenant 12.

### Encadré 6 : Revalorisation transitoire des tarifs des actes en CCAM lors de la première phase de convergence en 2005

Pour la première étape de convergence, il était appliqué aux tarifs de référence (tarif NGAP) des actes concernés, une revalorisation proportionnelle au différentiel tarifaire de chacun de ces actes, selon le principe défini par la formule ci-dessous :

Tarif CCAM 2005 = tarif de référence NGAP + (tarif CCAM – tarif de référence NGAP) x taux de revalorisation avec un taux de revalorisation égal à 33 % pour les actes gagnants des spécialités hors radiologie, radiologie et cardiologie interventionnelles, médecine nucléaire et radiothérapie.

Les actes perdants avec les tarifs cibles ont été maintenus au tarif NGAP, sauf ceux de médecine nucléaire. Ainsi, un acte A dont la valeur cible CCAM est inférieure au tarif NGAP conserve comme tarif CCAM la valeur du tarif initialement coté en NGAP. Par contre, un acte B, dont la valeur cible CCAM était supérieure au tarif de référence NGAP a été revalorisé selon la formule précitée.

Intitulé CCAM	Acte "perdant"	Acte "gagnant"
	Evidement d'une épiphyse avec un comblement par arthrotomie	Osthéotomies multiples d'alignement avec abord des deux extrémités de plusieurs os longs homolatéraux par abord direct
Tarif NGAP	KCC * 80 + KCC * 50/2 = 219,45 €	KCC * 120 + KCC * 120/2 = 376,20 €
Tarif CCAM 2005	219,45 €	376,20 + (569,32 - 376,20) * 0,33 = 439,93 €
Valeur cible	158,81 €	569,32 €

<sup>13</sup> En 2005, le revenu libéral des radiologues exerçant exclusivement en libéral s'élevait à 177 000 €, soit 1,6 fois le revenu moyen de l'ensemble des spécialistes (données DGI/CNAMTS).

<sup>14</sup> Parmi les spécialités cliniques réalisant moins de 30 % d'actes en CCAM, on trouve notamment la dermatologie, l'ORL, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation, l'allergologie, l'angiologie et l'endocrinologie. Les avenants se sont ainsi traduits par des hausses supplémentaires pour les disciplines qui ont subi une baisse de leur activité liée à la mise en place du parcours de soins coordonné, à savoir l'oto-rhino-laryngologie, la rhumatologie, l'allergologie, l'angiologie. Pour les actes concernés, le taux de revalorisation a été porté de 33 % à 66 % ou 100 % de l'écart entre les tarifs cibles et les tarifs de départ.

## Annexe II

- ◆ **La seconde phase de convergence a pris la forme de deux revalorisations successives en 2007/2008 et a représenté un coût supplémentaire de 73 M€ pour l'Assurance maladie.**

L'avenant 23 a engendré une revalorisation des actes gagnants hors radiologie, médecine nucléaire, cardiologie et radiologie interventionnelles et radiothérapie de **+15 %** de l'écart entre tarif de référence et tarif cible en septembre 2007 et de **+10 %** en janvier 2008 de certains actes de spécialités telles que la néphrologie, l'ophtalmologie et la gynécologie ainsi que les échographies de la grossesse (+ 135 M€).

A l'inverse, les actes de cardiologie interventionnelle, de médecine nucléaire, les forfaits techniques de radiologie et le tarif de supplément de numérisation ont subi une baisse tarifaire (- 62 M€).

Par ailleurs, des mesures de redressement des dépenses d'Assurance maladie (avenant 24) ont été prises suite au déclenchement de la procédure d'alerte en 2007. Une baisse des forfaits techniques de radiologie et trois vagues successives de baisse tarifaire des suppléments de numérisation sont intervenues conduisant à un poids des actes de radiologie et des forfaits techniques (scanners, IRM) réduit au sein des actes de la CCAM.

Au total, le coût de la première phase de convergence s'est élevé à 180 M€ (avenant 2) auquel s'ajoutent 26 M€ (avenants 7 et 12) en dépenses remboursées. Les dépenses engagées lors de la deuxième vague de convergence (73 M€ en remboursé) ont été limitées par des mesures prises dans le cadre du comité d'alerte (-65 M€ en remboursé). Ce dispositif asymétrique et contraire au principe de redistribution initialement envisagé a engendré un **surcoût total pour l'Assurance maladie estimé à 214 M€** en dépenses remboursées et en année pleine et à 279 M€ hors baisses tarifaires liés au comité d'alerte de 2007.

**Tableau 10 : Bilan des deux phases de convergence de la CCAM**

	Date JO	Impact AMO *	Type de mesures
<b>1ère phase de convergence</b>		<b>180 M€</b>	
Avenant 2	JO du 30 mars 2005	180 M€	Valorisation des actes techniques à hauteur du tiers de la valeur de leur tarif cible CCAM
			Revalorisation spécifique des actes d'anesthésie et d'échographie obstétricale
			Baisse de tarif des forfaits techniques (scanner, IRM) et de médecine nucléaire
		dont 54 M€	Protocole d'accord chirurgiens (majoration provisoire J et K prenant la forme de modificateurs avec l'entrée en vigueur de la CCAM
<b>Mesures tarifaires en sus de la 1ère phase</b>		<b>26 M€</b>	
Avenant 7	JO du 26 août 2005	4 M€	Modifications de certains tarifs des actes de la CCAM précisés dans l'avenant 2 et qui sont appliqués au 1er septembre 2005
Avenant 12	JO du 23 mars 2006	22 M€	Revalorisation de certains actes CCAM (ORL, rhumatologie, allergologie)
<b>2e phase de convergence</b>		<b>+73 M€</b>	
Avenant 23	JO du 2 mai 2007	135 M€	Revalorisation de +15 % en septembre 2007 et de +10 % en janvier 2008 de l'écart entre tarif cible et tarif de référence de certaines spécialités (échographie...)
		-62 M€	Baisse de certains actes supplément de numérisation, actes de cardiologie interventionnelle et de médecine nucléaire
<b>Baisses tarifaires liées au comité d'alerte de 2007</b>		<b>-65 M€</b>	
Avenant 24	JO du 10 septembre 2007	-65 M€	Baisse de forfaits techniques et suppléments numérisation
<b>TOTAL impact CCAM à juin 2008</b>		<b>+214 M€</b>	

*Source : DSS d'après données CNAMTS. \* en année pleine et en remboursé*

## Annexe II

### Les étapes de convergence et la revalorisation de certains actes ont généré des spécialités dites « gagnantes » et des spécialités « perdantes ».

Au sein des spécialités gagnantes (tableau ci-dessous), les néphrologues ont été les principaux « gagnants » de cette première étape de convergence, avec une augmentation de leurs revenus nets de + 79 % entre mars 2006 et mars 2005. Cette spécialité concentre cependant des effectifs réduits (366 médecins en 2010). De même, des gains de près de 25 % de revenus nets ont été enregistrés pour les allergologues, les acupuncteurs et pneumologues. Ces trois professions dont les revenus nets sont inférieurs à la moyenne des spécialistes ont ainsi bénéficié d'une revalorisation importante de leurs honoraires.

Au sein des spécialités gagnantes à effectifs plus importants, les anesthésistes constituent la spécialité ayant le plus bénéficié de la convergence avec une revalorisation de 13 % de leurs honoraires sans dépassement, et de 16 % de leurs revenus. Ce gain est notamment lié à l'application d'une mesure cible visant la revalorisation spécifique de leurs actes<sup>15</sup>.

A l'opposé, bien que les tarifs CCAM des actes perdants n'aient pas été globalement revus à la baisse, certaines spécialités ont enregistré des baisses d'honoraires par le biais d'une diminution des forfaits techniques ou par la baisse ponctuelle de certains tarifs. Les radiothérapeutes, les radiologues, et les gastro-entérologues ont ainsi été les « perdants » de cette première phase de convergence (perdant respectivement -4 %, -10 % et -9 % de leurs revenus nets entre mars 2005 et mars 2006, selon les estimations de la direction de la sécurité sociale).

**Tableau 11 : Impact ex-ante de la première étape de convergence vers les tarifs-cibles CCAM sur les honoraires et les revenus des spécialités médicales, tous régimes, en année pleine (tel qu'estimé à partir des honoraires sans dépassement (HSD) des médecins APE en 2004)**

Spécialités	Impact sur les honoraires sans dépassement (HSD) activité constante	HSD totaux avant CCAM (en milliers d'euros)	HSD totaux après CCAM (en milliers d'euros)	Impact sur les honoraires totaux par APE			Impact sur les revenus totaux par APE nets de charges		
				HT par APE avant CCAM (en euros)	HT par APE après CCAM (en euros)	Evolution globale	Revenu net par APE avant CCAM	Revenu net par APE après CCAM	Evolution globale
<b>Spécialités gagnantes</b>									
Néphrologues	46,4%	48 514	22 510	181 437 €	265 000 €	46,3%	85 011 €	152 261 €	79,1%
Pneumologues	17,1%	156 667	26 790	137 918 €	160 641 €	16,5%	63 960 €	82 138 €	28,4%
Allergologues	28,0%	31 348	8 777	84 646 €	105 125 €	24,2%	60 907 €	77 290 €	26,9%
Acupuncteurs	22,1%	136 373	30 138	99 197 €	115 184 €	16,1%	60 907 €	73 697 €	21,0%
Anesthésistes-réanimateurs	13,1%	691 184	90 545	210 816 €	235 789 €	11,8%	121 170 €	141 148 €	16,5%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	10,1%	67 263	6 794	134 627 €	146 354 €	8,7%	63 660 €	73 042 €	14,7%
Oto-rhyno-laryngologie	9,3%	301 727	28 061	157 667 €	169 977 €	7,8%	75 413 €	85 261 €	13,1%
Chirurgiens	10,2%	485 859	49 558	215 459 €	232 419 €	7,9%	105 315 €	118 883 €	12,9%
Dermatologues	5,4%	346 197	18 695	120 439 €	126 438 €	5,0%	62 965 €	67 764 €	7,6%
Gynécologues	4,2%	658 125	27 641	149 738 €	154 671 €	3,3%	69 265 €	73 211 €	5,7%
Neurologues	3,1%	93 869	2 910	133 226 €	136 964 €	2,8%	62 629 €	65 620 €	4,8%
Ophthalmologues	2,7%	777 788	21 000	191 360 €	195 450 €	2,2%	99 718 €	103 062 €	3,4%
<b>Spécialités perdantes</b>									
Cardiologues	-0,3%	789 494	-2 368	196 866 €	196 282 €	-0,3%	92 560 €	92 093 €	-0,5%
Rhumatologues	-1,1%	218 805	-2 407	127 641 €	126 428 €	-1,0%	64 772 €	63 802 €	-1,5%
Radiothérapie	-1,2%	141 771	-1 701	683 249 €	675 132 €	-1,2%	180 608 €	174 115 €	-3,6%
Radiologues (hors radiothérapeutes)	-5,0%	2 468 479	-123 424	459 018 €	436 722 €	-4,9%	180 608 €	162 771 €	-9,9%
Gastro-entérologues	-5,6%	340 178	-19 050	168 748 €	160 067 €	-5,1%	80 400 €	73 456 €	-8,6%

Impact financier en dépenses remboursées (en milliers d'euros) **184 469**

Source : Direction de la sécurité sociale.

<sup>15</sup> Les actes d'anesthésie-réanimation qui ne nécessitent pas la présence permanente d'un médecin anesthésiste mais qui sont réalisés avec sa présence continue pendant toute la phase pré-interventionnelle ont bénéficié d'une revalorisation (+8,8 %) en moyenne en année pleine.

## Annexe II

La seconde étape de convergence en 2007/2008 a bénéficié principalement à trois spécialités : les chirurgiens, les anesthésistes et les ophtalmologues (cf. tableau ci-dessous).

**Tableau 12 : Impact ex-ante de l'avenant 23 sur spécialités dites « gagnantes » (en dépenses remboursables – tous régimes – en année pleine) en septembre 2007 et en janvier 2008**

Spécialités gagnantes	HSD 2006 (en milliers d'euros)	Impact sur les HSD de la 2e phase de convergence (en millier d'euros)	% sur HSD
Chirurgie	689 880	35 497	5,1%
Anesthésie-réanimation	608 789	30 194	5,0%
Gynécologie	347 832	19 565	5,6%
ORL	209 448	6 525	3,1%
Cardiologie hors interventionnelle	453 826	5 404	1,2%
Dermatologie	80 397	2 939	3,7%
Gastroentérologie	257 936	2 237	0,9%
Pneumologie	141 246	2 573	1,8%
Neurologie	60 954	2 141	3,5%
MPR	17 222	902	5,2%
Ophthalmologie	385 042	23 891	6,2%
Néphrologie	61 035	3 730	6,1%
Rhumatologie	98 345	1 085	1,1%
Omnipraticiens (MEP compris)	378 667	10 118	2,7%
<b>Total</b>	<b>3 790 619</b>	<b>146 801</b>	<b>3,9%</b>

*Source : Direction de la sécurité sociale à partir des données CNAMTS.*

### 2.2.2. Les principes de la CCAM ont été dévoyés par le maintien ou la création de majorations additionnelles au tarif

Comme en témoigne le résultat des étapes de convergence, la mise en application de la CCAM s'est traduite par la revalorisation partielle des actes gagnants au regard du tarif cible CCAM et par le maintien du tarif NGAP des actes perdants.

Le maintien du tarif NGAP s'est traduit par le maintien ou la création d'éléments tarifaires constitutifs de l'honoraire du médecin mais n'étant pas directement intégrés au tarif de l'acte. Il s'agit des modificateurs, des suppléments et des règles d'association qui, avec le tarif de l'acte, constitue au total le « panier » tarifaire.

Le maintien du « tarif conservatoire » inclut donc non seulement le maintien du tarif lui-même mais également celui de l'ensemble des autres éléments pouvant impacter le tarif.

#### 2.2.2.1. Les modificateurs et les suppléments ont cherché à maintenir le tarif des actes perdants ou à revaloriser les actes de certaines spécialités

Les modificateurs correspondent à des informations associées au libellé d'un acte qui identifient un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. L'application d'un modificateur conduit à une **majoration du tarif**<sup>16</sup> de l'acte.

A fin 2010, il existait 24 modificateurs décrits dans le chapitre 19 de la CCAM.

<sup>16</sup> La majoration du tarif peut se décliner soit sous forme d'un montant forfaitaire additionnel au tarif de l'acte (notamment pour les actes réalisés en urgence), soit sous forme d'un pourcentage de majoration du tarif (il s'agit de la majorité des cas : 18 modificateurs sur 24).



## Annexe II

**Tableau 13 : Liste et valeur (monétaire ou en pourcentage) des modificateurs**

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les médecins généralistes et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 00h à 06h	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49 %
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25 %
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	+25 %
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20 %
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains	+50 %
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20 %
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5 %
K	Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,5 %
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+4 %
C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49 %
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24 %
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+21,8 %
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8 %
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49 %
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100 %
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200 %
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300 %
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400 %

*Source : Article III-2 du Livre III sur le fonctionnement de la CCAM.*

## Annexe II

Les modificateurs permettent ainsi de tenir compte des conditions particulières de réalisation de certains actes qui ne sont pas rémunérés dans le tarif de l'acte en raison de leur caractère non systématique. La CCAM se fonde sur le principe qu'à chaque acte ne peut être attribué qu'un tarif unique, la prise en compte de ces situations particulières se fait à l'aide des modificateurs, par ailleurs déjà existants dans la NGAP.

Cependant, si l'existence des modificateurs liés aux circonstances (âge du patient ou urgence) apparaît justifiée, d'autres modificateurs ont été maintenus ou créés rémunérant cette fois, non les conditions de réalisation de l'acte, mais la spécialité du médecin effectuant l'acte. Sont concernés **les modificateurs Z et Y** qui rémunèrent davantage les actes de radiographie réalisés par les radiologues (+ 21,8 %) et par les pneumologues et rhumatologues (+ 15,8 %).

Les modificateurs sont un héritage de l'ancienne NGAP et ont été maintenus pour renforcer l'adhésion des praticiens à la CCAM. L'application pleine et entière de la CCAM et l'aboutissement de la convergence aurait dû conduire à la suppression de ces deux modificateurs pour garantir la neutralité inter-spécialités.

Outre l'objectif de maintien du tarif NGAP, **de nouveaux modificateurs ont été créés** permettant d'utiliser ce complément tarifaire pour revaloriser la rémunération d'une spécialité (en l'occurrence la chirurgie) sans toucher au tarif de l'acte au sens strict.

**Deux modificateurs J (+ 6,5 %) et K (+ 11,5 %)** ont ainsi été créés par l'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie et mis en œuvre par le protocole d'accord du 25 février 2005 à compter de 2005. Le modificateur J couvre les actes de chirurgie sanguins, non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd. Une majoration supplémentaire, nommée K, et égale à +11,5 % a également été créée pour les chirurgiens en secteur 1 ou les chirurgiens ayant choisi l'option de coordination, l'objectif étant de limiter l'installation en secteur 2 pour cette spécialité très représentée en secteur 2. Dans ce cas de figure, la tarification poursuivait un autre objectif que celui de l'équité, à savoir la réduction du secteur 2.

La mise en place de ces modificateurs devait cependant être transitoire comme l'indique leur intitulé « Majoration transitoire de chirurgie » et « Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J ». Or ces modificateurs sont toujours en vigueur à ce jour.

Enfin, des **suppléments** ont été créés au chapitre 19 de la CCAM (leur code dans le catalogue commence par YYYY). Il s'agit d'actes supplémentaires pouvant être réalisés et facturés en plus de l'acte technique, au cours de la même séance. Certaines spécialités bénéficient plus particulièrement de cette mesure (notamment la radiologie et l'oncologie).

Comme pour les modificateurs cités ci-dessus, ces suppléments devaient être transitoires, or ils existent toujours, faute de convergence aboutie.

### Proposition technique

La convergence des tarifs sur la cible devrait s'accompagner d'une suppression progressive des modificateurs liés à la spécialité effectuant l'acte.

La suppression des modificateurs aurait un impact significatif sur les honoraires des principales spécialités concernées (radiologues, chirurgiens).

Concernant les radiologues, la suppression du modificateur Z entraînerait une perte d'honoraires de 214 M€, soit un impact sur les honoraires de - 9 %. Au total, la suppression des modificateurs Y et Z entraînerait une baisse des honoraires de 227 M€.

## Annexe II

**Tableau 14 : Evaluation de la suppression des modificateurs Z et Y  
(tous régimes, sur la base des tarifs en V19)**

Spécialité	Somme de HSD V19 tous régimes (extrapolé)	HSD hors modificateurs Z, Y (extrapolé)	Ecart
OMNIPRATICIENS dont MEP (angiologues, allergologues, acupuncteurs...)	465 801 831 €	465 758 121 €	- 43 710 €
ANESTHÉSIE - RÉANIMATION	695 558 687 €	695 558 061 €	- 626 €
CARDIOLOGIE CONVENTIONNELLE (hors Interventionnelle)	571 603 579 €	571 588 703 €	- 14 876 €
CHIRURGIE	728 197 481 €	728 183 136 €	- 14 344 €
DERMATOLOGIE	77 872 757 €	77 872 229 €	- 529 €
RADIOLOGIE (hors Interventionnelle)	2 418 177 340 €	2 203 975 619 €	-214 201 722 €
GYNÉCOLOGIE	347 345 679 €	347 344 056 €	- 1 623 €
GASTROENTÉROLOGIE	283 085 931 €	283 083 739 €	- 2 192 €
ORL	232 314 661 €	232 314 290 €	- 372 €
PNEUMOLOGIE	162 213 789 €	161 037 477 €	- 1 176 312 €
RHUMATOLOGIE	128 055 618 €	123 022 390 €	- 5 033 228 €
OPHTALMOLOGIE	605 635 867 €	605 635 458 €	- 409 €
MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	19 908 335 €	19 893 457 €	- 14 878 €
NEUROLOGIE	70 653 193 €	70 653 138 €	- 55 €
NÉPHROLOGIE	77 645 262 €	77 645 197 €	- 65 €
MÉDECINE NUCLÉAIRE	159 946 371 €	159 946 121 €	- 250 €
RADIO-CARDIO INTERVENTIONNELLE	220 688 574 €	214 266 911 €	- 6 421 663 €
<b>Total</b>	<b>7 264 704 955 €</b>	<b>7 037 778 102 €</b>	<b>-226 926 852 €</b>

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

La suppression des modificateurs J et K s'élèverait à près de 63 M€. Elle concernerait principalement les chirurgiens pour qui la perte d'honoraires serait de 55 M€, soit un impact de 7,5 % sur leur HSD.

Alors que la CNAMTS a intégré dans simulations la suppression des modificateurs Z et Y, elle n'a en revanche pas prévu la suppression des modificateurs J et K concernant les chirurgiens (cf. infra).

Pour autant, bien que ces derniers figurent parmi les spécialités dont les actes étaient sous-tarifés par rapport à la cible, l'alignement total des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles ne justifie pas le maintien de modificateurs différenciant le tarif en fonction de la spécialité qui réalise l'acte. En différenciant le coût des actes en fonction de son auteur, ils sont contraires à la recherche de neutralité économique et d'équité entre professionnels qui caractérise la démarche de la CCAM. Les modificateurs J et K devraient donc être supprimés au même titre que les modificateurs Z et Y.

Il convient de souligner que la suppression des modificateurs J et K constitue un enjeu important pour la chirurgie. Alors que l'alignement des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles entrainerait une revalorisation de leurs honoraires, la suppression des modificateurs inverserait le résultat : la perte d'honoraires liée à la suppression des deux modificateurs serait supérieure aux gains attendus d'une revalorisation des actes (cf. infra).

## Annexe II

La mission propose d'engager l'Assurance maladie dans une démarche de suppression des modificateurs qui distinguent l'auteur de l'acte. Les marges de manœuvre financière ainsi dégagées pourraient être utilisées pour favoriser la convergence à la hausse des actes sous-valorisés.

**Tableau 15 : Évaluation de la suppression des modificateurs J et K  
(tous régimes, sur la base des tarifs en V19)**

Spécialité	HSD V19 tous régimes (extrapolé)	HSD hors modificateurs J, K (extrapolé)	Écart
OMNIPRATICIENS dont MEP (angiologues, allergologues, acupuncteurs...)	465 801 831 €	465 782 236 €	- 19 595 €
ANESTHÉSIE - RÉANIMATION	695 558 687 €	695 546 148 €	- 12 538
CARDIOLOGIE CONVENTIONNELLE (hors Interventionnelle)	571 603 579 €	571 601 441 €	- 2 138 €
CHIRURGIE	728 197 481 €	673 447 555 €	- 54 749 925 €
DERMATOLOGIE	77 872 757 €	77 830 767 €	- 41 990 €
RADIOLOGIE (hors Interventionnelle)	2 418 177 340 €	2 418 172 847 €	- 4 493 €
GYNÉCOLOGIE	347 345 679 €	344 444 089 €	- 2 901 590 €
GASTROENTÉROLOGIE	283 085 931 €	283 051 833 €	- 34 098 €
ORL	232 314 661 €	227 806 285 €	- 4 508 377 €
PNEUMOLOGIE	162 213 789 €	162 212 829 €	- 960 €
RHUMATOLOGIE	128 055 618 €	128 043 431 €	- 12 187 €
OPHTALMOLOGIE	605 635 867 €	605 572 082 €	- 63 784 €
MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	19 908 335 €	19 904 147 €	- 4 187 €
NEUROLOGIE	70 653 193 €	70 652 925 €	- 268 €
NÉPHROLOGIE	77 645 262 €	77 644 347 €	- 915 €
MÉDECINE NUCLÉAIRE	159 946 371 €	159 946 371 €	- €
RADIO-CARDIO INTERVENTIONNELLE	220 688 574 €	220 489 011 €	- 199 562 €
<b>Total</b>	<b>7 264 704 955 €</b>	<b>7 202 148 346 €</b>	<b>- 62 556 609 €</b>

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

### 2.2.2.2. Le maintien de règles d'association dérogatoires a également participé au maintien des tarifs pour certaines spécialités

L'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre les actes effectués. Une même séance peut donner lieu à la facturation de **deux actes au maximum**<sup>17</sup>. Au-delà de deux actes, la réalisation d'un acte supplémentaire doit donner lieu à une nouvelle séance.

La règle générale prévoit que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein. **Le second acte est tarifé à hauteur de 50 %** de son tarif. Cette règle explique que, pour certains actes, le montant total des honoraires rapporté au nombre d'actes réalisés soit inférieur au tarif en vigueur.

<sup>17</sup> Les règles d'association sont décrites à l'article III-3 B du livre III.

## Annexe II

Outre le second acte, les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein et des suppléments peuvent également être codés et tarifés en sus à taux plein.

**Tableau 16 : Règle d'association pour la tarification des actes**

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2ème acte	2	50 %
Supplément autorisé en plus des deux actes (chapitre 19)	1	100 %

*Source : article III-3 B du livre III.*

Il existe cependant des dérogations à la règle d'association des actes qui, comme pour les modificateurs, participent du pilotage de la rémunération selon une approche davantage axée par spécialité que par acte.

C'est notamment le cas pour **les actes de radiologie** pour lesquels le maintien de règles dérogatoires a permis à cette spécialité de conserver la tarification NGAP. Il n'existe pas, pour les actes de radiologie, de limite au nombre d'actes effectués lors d'une séance et jusqu'en 2009, le second acte pouvait être facturé à 100 % de son tarif. Les règles d'association ont cependant été modifiées en 2009 par décision UNCAM. La non limitation des actes effectués au cours d'une séance a été maintenue. En revanche, le second acte, lorsqu'il est associé à un autre acte de radiologie conventionnelle est désormais facturé à 50 % de son tarif. Le gain pour l'Assurance maladie de cette mesure s'est élevé à 100 M€ témoignant de l'importance de l'impact des règles d'association sur la tarification des actes et sur les honoraires des spécialités.

### Proposition technique

Poursuivre la démarche initiée par l'Assurance maladie de suppression des régimes dérogatoires non justifiés et accroître la décote à partir du troisième acte

Il pourrait être envisagé d'étendre le mécanisme de décote au-delà du deuxième acte. Cette démarche pourrait s'appuyer sur les référentiels d'actes en série élaborés par l'Assurance maladie et actuellement validés par la HAS, comme le prévoit l'annexe 9 de la LFSS pour 2009<sup>18</sup>. Un premier pas a été réalisé pour les actes en série de rééducation. Ce travail pourrait être poursuivi, en commençant par les spécialités pour lesquelles de nombreuses associations d'actes sont réalisées (radiographie par exemple). A terme, une tarification de la série d'actes pourrait être envisagée.

### 2.2.3. La mise en œuvre de la CCAM a également été partielle sur l'application du coût de la pratique

La méthodologie retenue pour calculer le coût de la pratique (évaluation des taux de charge sur la base des BNC des déclarations 2035 et re-calcul des cotisations sociales personnels pour le secteur 1) devait être appliquée à l'ensemble des spécialités par souci d'équité.

Dans la pratique, le coefficient général du coût de la pratique n'a pas été calculé pour deux spécialités : la médecine nucléaire et la radiothérapie en raison de désaccord intervenus respectivement en 2003 et 2006. Par ailleurs, s'agissant des radiologues, un coût de la pratique avait été calculé mais il n'a pas été appliqué.

<sup>18</sup> Il s'agirait désormais de préciser, dans les conditions de prescriptions, le nombre d'actes au-delà duquel une entente préalable peut être exigée pour poursuivre la prise en charge des actes à répétition (cf. kinésithérapie, orthodontie, orthoptie). Cette mesure s'inscrit dans la démarche de maîtrise médicalisée consistant à limiter le volume des actes au strict besoin médical.

## Annexe II

Les désaccords sur la radiologie sont liés à plusieurs facteurs :

- ◆ les taux de charge ont été calculés à partir des données de la DGFIP et sont issus des BNC 2035 souscrits par les déclarants relevant du régime de la déclaration contrôlée. Ces données n'intègrent pas les SEL. Or, la proportion des radiologues installés en SEL représentait en 2004 plus de la moitié des effectifs (51 %). L'échantillon retenu ne serait donc pas suffisamment représentatif pour calculer un taux de charge correct ;
- ◆ la méthode de calcul retenue par la CNAMTS pour identifier le coût de la pratique entre les différentes spécialités est complexe et n'a pas retenu l'accord des radiologues. Le taux de charge pour la radiologie conventionnelle a été calculé par soustraction successive des taux de charge des autres « sous-spécialités » (médecine nucléaire, radiothérapie) à partir d'enquêtes spécifiques réalisées en 1999, puis par soustraction des charges de scanner et IRM, enfin il a été déduit par soustraction des charges d'échographie réalisées par les radiologues.

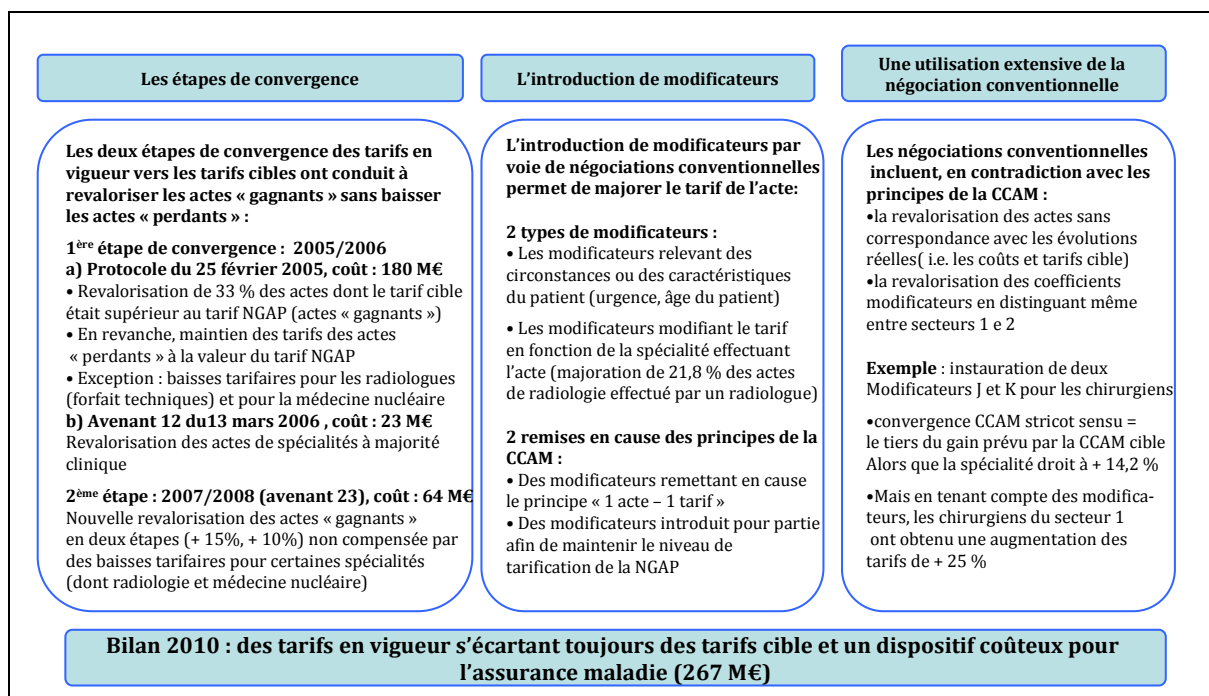
D'après ses propres estimations, la FNMR évalue le taux de charge des radiologues dans une fourchette comprise entre 61 % et 67 % contre 56,7 % pour la CNAMTS en 2003.

Faute d'accord sur le coût de la pratique, il avait donc été décidé lors du protocole d'accord de 2005 de geler les tarifs des actes perdants au niveau de la NGAP en attendant de ré-ouvrir de nouvelles discussions sur le sujet. Il est ainsi écrit dans le protocole que la phase d'observation d'une année sur la mise en œuvre de la CCAM « permettra d'ouvrir une concertation sur les actes des spécialités qui, à structure d'activité constante, seraient aujourd'hui perdantes avec les tarifs-cibles de la CCAM, afin d'organiser l'évolution de leur pratique sur la période de convergence ».

Ces discussions n'ont cependant toujours pas eu lieu à ce jour.

Au final, la négociation conventionnelle s'est éloignée des principes de la CCAM puisque les évolutions tarifaires se sont faites sans correspondance avec les coûts et les tarifs cibles.

**Graphique 15 : Les points de remise en cause de la logique initiale de la CCAM**



Source : Mission IGF.

## 2.2.4. A l'issue de ces étapes de convergence, les tarifs en vigueur présentent toujours un écart sensible avec les tarifs cibles

### 2.2.4.1. Un très grand nombre d'actes sont toujours tarifés au tarif NGAP

Les étapes de convergence ont donné lieu à une revalorisation partielle des tarifs des actes gagnants et ont maintenu les tarifs des actes perdants au tarif précédent, c'est-à-dire au tarif NGAP.

La mission a procédé à une comparaison des tarifs cibles avec les tarifs NGAP ; et des tarifs cibles avec les tarifs en vigueur en V24 pour observer si les tarifs en vigueur se sont rapprochés de la cible. L'analyse a été réalisée sur les chapitres 1 à 17 y compris actes d'anesthésie. 10 744 libellés ont été identifiés en excluant les libellés n'ayant pas de tarif cible ou pas de tarif en vigueur ou pas de tarif NGAP.

Les résultats montrent que les tarifs qui étaient supérieurs à la cible, c'est-à-dire les actes perdants (identifiés dans le graphique ci-dessous par la courbe bleue inférieure à la ligne des abscisses), n'ont pas été modifiés par rapport au tarif NGAP (les courbes bleues et en pointillés rouges se superposent). A contrario, concernant les tarifs qui étaient inférieurs à la cible (actes gagnants), ils ont été rapprochés de la cible sans l'atteindre, traduisant les deux étapes de convergence (la ligne en pointillés rouge se rapproche de la ligne des abscisses). En NGAP, 50 % des actes avaient un tarif inférieur d'au moins 45 € à la cible. En V24, 50 % des actes n'ont plus qu'un tarif inférieur à la cible d'au moins 21 €. Le plus grand écart à la cible est passé de 1775 € à 745 €.

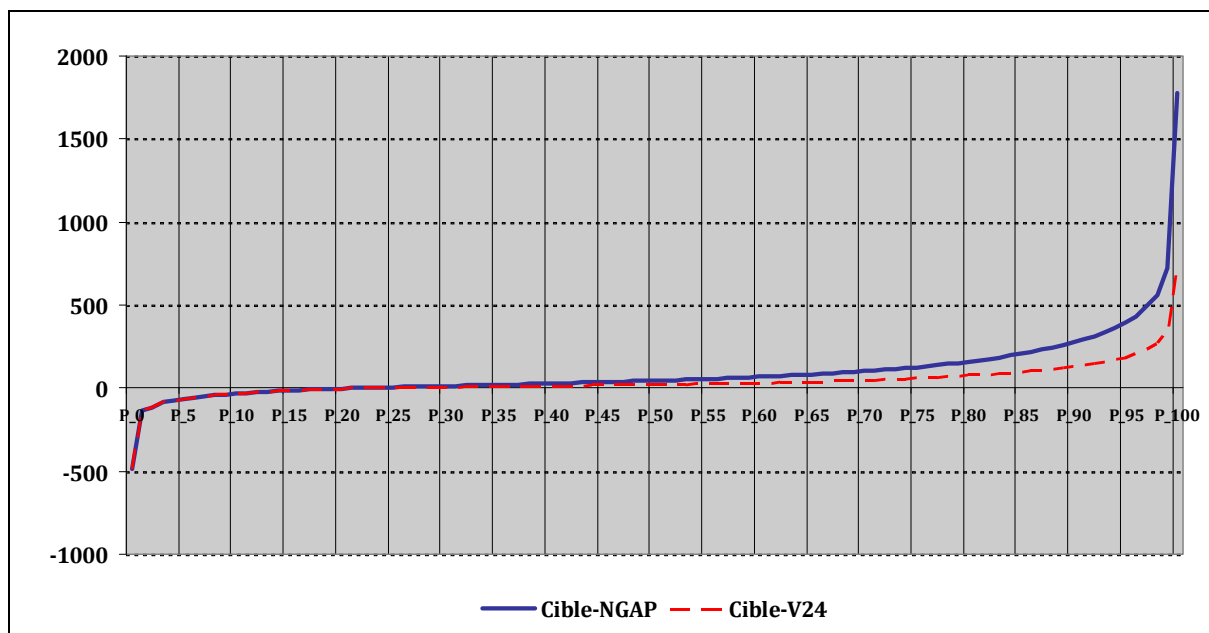
**Tableau 17 : Mesure des écarts par quantile entre tarifs cibles et tarifs NGAP, et entre tarifs cibles et tarifs en vigueur en V 24 (en euros)**

Quantile	Tarif cible-tarif NGAP	Tarif cible-tarif V24
100 % Max	1775	745
99 %	723	336
95 %	393	186
90 %	276	130
75 % Q3	126	60
<b>50 % Median</b>	<b>46</b>	<b>21</b>
25 % Q1	6	3
10 %	-33	-33
5 %	-67	-67
1 %	-130	-130
0 % Min	-489	-489

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*



**Graphique 16 : Dispersion des écarts des tarifs cibles avec les tarifs NGAP et les tarifs en vigueur en V 24**



Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

#### **2.2.4.2. L'alignement des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles générerait une économie de 285 M€ pour l'Assurance maladie**

Une simulation de l'alignement des tarifs sur la cible et des conséquences sur les honoraires de chaque spécialité a été réalisée par la CNAMTS en 2010. Elle a été effectuée sur la base des honoraires hors dépassement y compris les modificateurs et autres effets majorants (à l'exception des modificateurs Y et Z dont la suppression est incluse dans les projections) et en tenant compte des données du régime générale hors SLM, extrapolées ensuite à l'ensemble des régimes. La comparaison est faite à partir des tarifs en vigueur dans la V19 et des volumes d'actes constatés entre mars 2009 et avril 2010.

Les résultats montrent que les honoraires calculés à partir des tarifs en vigueur sont actuellement supérieurs à la cible de 4 %, ce qui représente un montant d'honoraires de **312 M€** au-delà de la cible.

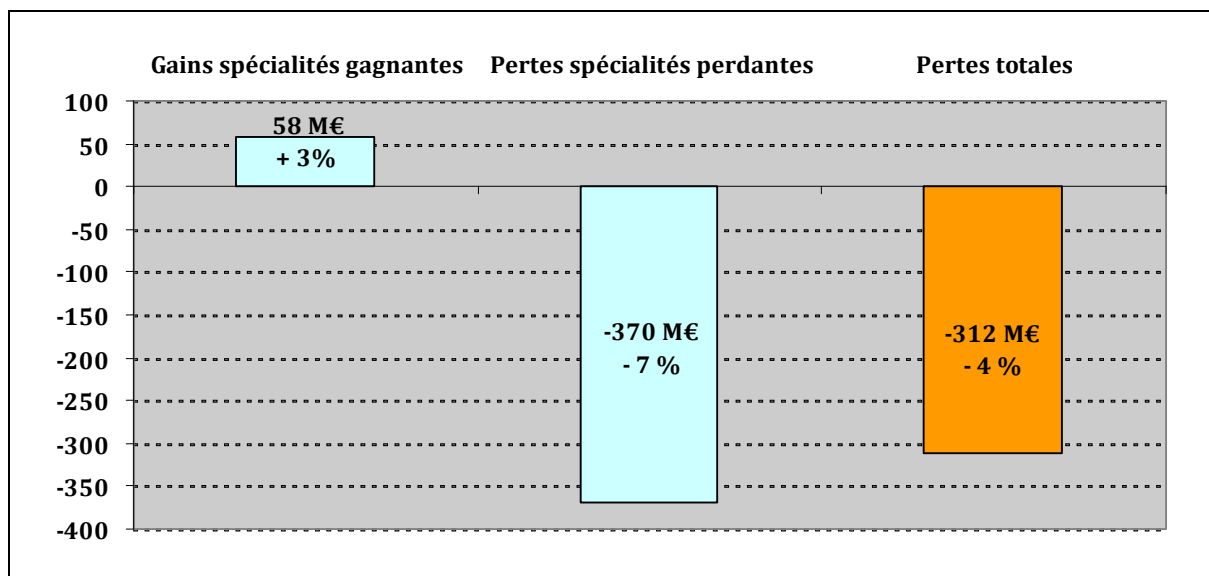
Comme pour les deux premières étapes de convergence, l'alignement du tarif des actes sur la cible entraînerait des gains ou des pertes nets par spécialité. Les simulations de la CNAMTS montre que les honoraires des spécialités perdantes, issus des tarifs en vigueur, sont actuellement supérieurs de 7 % à la cible, ce qui représente un montant d'honoraires de 370 M€. A contrario, les honoraires des spécialités gagnantes sont inférieurs à la cible mais dans une moindre mesure (3 %, soit 58 M€ d'honoraires) compte tenu des mesures de rattrapage déjà opérées lors des étapes de convergence.

Ramené au montant remboursé par l'Assurance maladie, **l'alignement des tarifs en vigueur sur la cible représenterait une économie nette de 285 M€.**

## Annexe II

Si on retranche cette économie pour l'Assurance maladie au coût des étapes de convergence (214 M€ au total), le résultat net est positif. Compte tenu du fait que l'élaboration des tarifs cibles a été bâti à enveloppe constante et devait se traduire à l'origine par une redistribution des tarifs à l'intérieur de cette enveloppe, cette économie nette s'explique par un effet volume. Les tarifs cibles ont été élaborés sur la base des volumes 2005. Or les volumes étant en croissance, l'alignement des tarifs en vigueur sur la cible aura un impact plus grand sur la baisse des honoraires des spécialités perdantes en 2010 qu'en 2005, d'autant plus que cet alignement reste entièrement à faire pour ces spécialités.

**Graphique 17 : Impact sur les honoraires sans dépassement d'un alignement des tarifs sur la cible (sur la base des tarifs de la V19 et des soins remboursés entre mars 2009 et avril 2010)**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

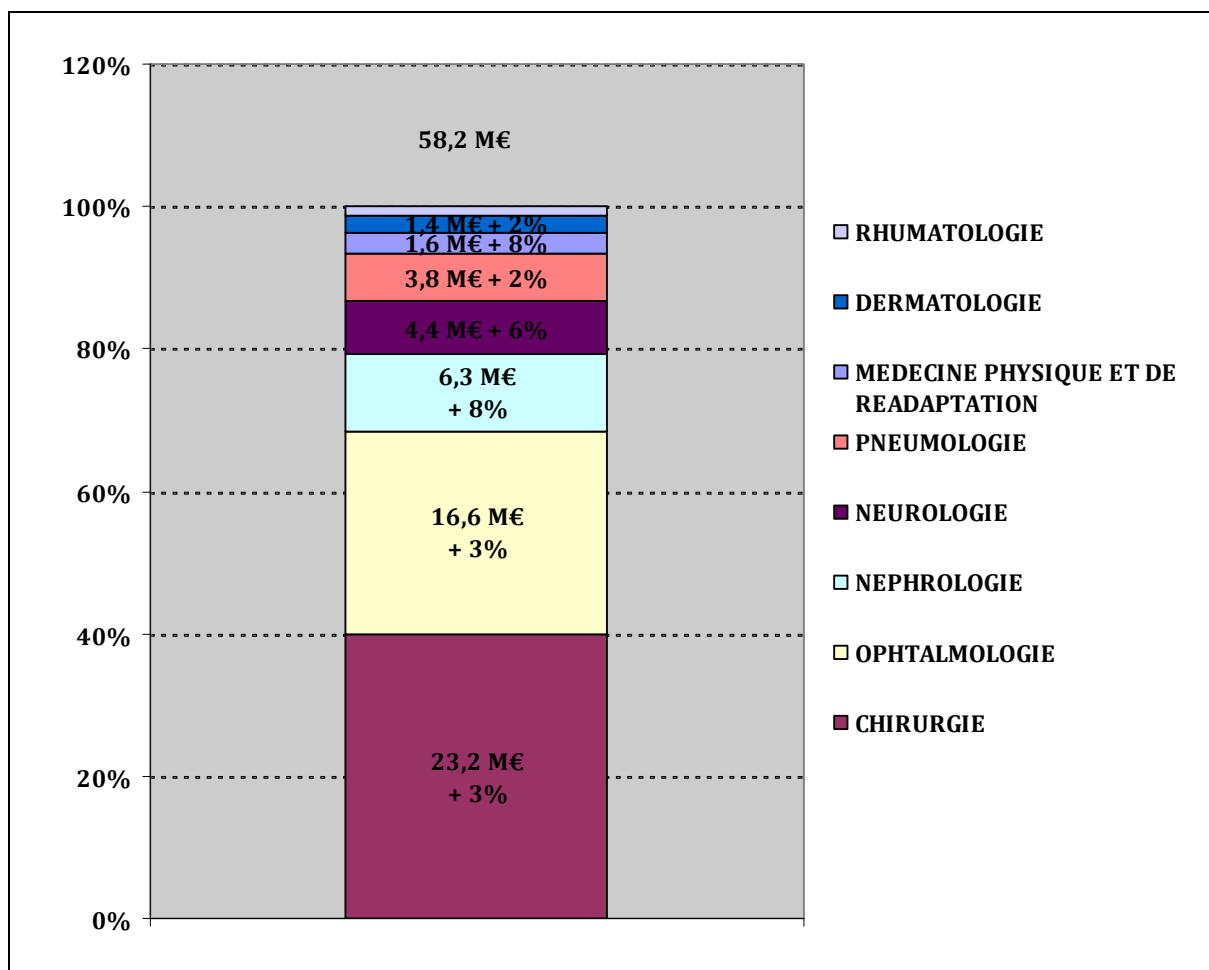
**La chirurgie** constitue la spécialité la plus éloignée de la cible en montant d'honoraires perçus sur une année. Sur la base des volumes constatés entre 2009 et 2010, les honoraires des chirurgiens ont été inférieurs de 23 M€ à ce qu'ils auraient dû être si les tarifs étaient à la cible. L'écart pour les chirurgiens représente 40 % de l'écart total avec la cible pour les spécialités gagnantes (soit 23 M€ sur 58 M€).

Cependant, cette simulation a été réalisée sans suppression des modificateurs J et K. Or celle-ci génèrerait une perte de 55 M€ d'honoraires pour les chirurgiens, soit un montant supérieur aux gains résultant de l'alignement des tarifs sur la cible (23 M€). Si les chirurgiens restent, à l'issue la deuxième étape de convergence, une spécialité dont les tarifs au sens strict (hors modificateurs) sont inférieurs à la cible, la création de deux modificateurs a porté la tarification totale des actes de **chirurgie au-delà de la cible**.

Parallèlement à la chirurgie, **l'ophtalmologie**, qui constitue la spécialité dont les honoraires ont le plus progressé entre 2005 et 2010 et dont la rémunération se situe dans la fourchette des plus hauts revenus, bénéficierait de nouveau d'une forte progression de ses honoraires dans l'hypothèse d'un alignement des tarifs sur la cible (gain de 17 M€ en honoraires, soit + 3 % et près de 30 % du gain total des spécialités gagnantes).

## Annexe II

**Graphique 18 : Répartition des gains nets en honoraires sans dépassement entre les spécialités gagnantes dans l'hypothèse d'un alignement des tarifs à la cible (en M€) et impact sur les HSD (en %)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

*A contrario*, la spécialité concentrant les tarifs les plus surévalués par rapport aux tarifs cibles est la radiologie<sup>19</sup>. Si les tarifs de la radiologie étaient alignés sur les tarifs cibles de la CCAM, cette spécialité perdrait près de 115 M€ d'honoraires, ce qui représente près d'1/3 du total des pertes que devraient supporter les spécialités perdantes. La deuxième spécialité dont les actes sont surtarifés par rapport à la cible est la radiologie/cardiologie interventionnelle. Enfin, l'alignement des tarifs sur la cible entraînerait une perte d'honoraires de 46 M€ pour les gastroentérologues.

Ces constats confirment la tendance déjà initiée pour ces spécialités lors des deux premières étapes de convergence, à savoir des pertes d'honoraires liées à la mise en place de la CCAM<sup>20</sup>.

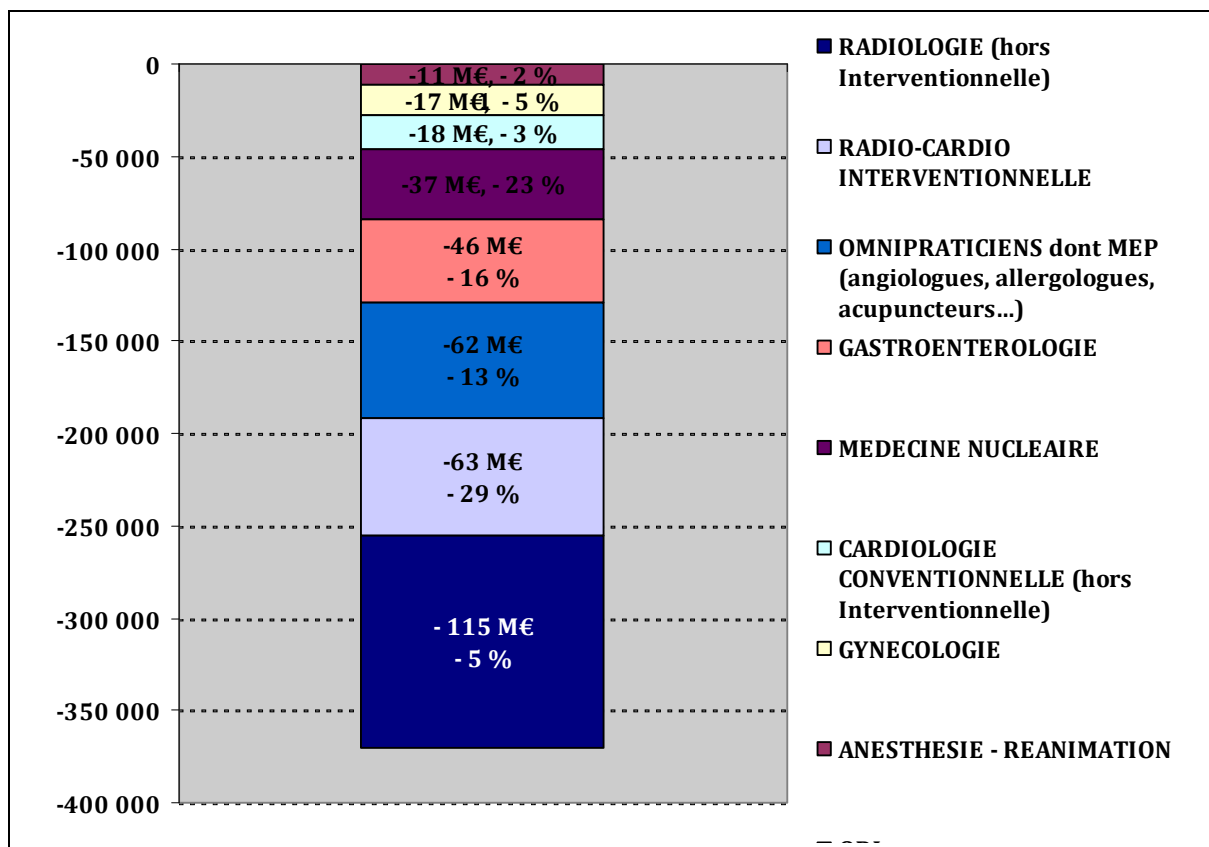
<sup>19</sup> Hors radiologie interventionnelle.

<sup>20</sup> Le constat est à nuancer pour les gastro-entérologues qui, après avoir connu une diminution sévère de leurs honoraires lors de la première étape de convergence, ont bénéficié d'un impact légèrement positif de la seconde étape de convergence sur leurs honoraires.

## Annexe II

A l'inverse, certaines spécialités qui étaient apparues comme des spécialités gagnantes en 2006 et 2007/2008 subiraient désormais un impact négatif sur leurs honoraires d'un alignement total des tarifs en vigueur sur les tarifs cibles. C'est le cas des omnipraticiens incluant les médecins en exercice particulier (MEP : angiologues, allergologues, acuponcteurs) dont les pertes d'honoraires sont estimées à 62 M€, soit 13 % de leurs honoraires. Dans une moindre mesure, les anesthésistes et les gynécologues verraient également leurs honoraires diminuer respectivement de 2 % et 5 %.

**Graphique 19 : Répartition des pertes nettes en honoraires sans dépassement entre les spécialités perdantes dans l'hypothèse d'un alignement des tarifs à la cible (en M€) et impact sur les HSD (en %)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

L'impact désormais négatif d'un alignement des tarifs à la cible pour certaines spécialités s'explique notamment par le fait que ces dernières avaient bénéficié, compte tenu de leur casemix, de la revalorisation du tarif de certains actes sous tarifés sans subir la réduction des actes sur-tarifés. Dans le cas d'un alignement total à la cible, la nouvelle revalorisation des actes sous tarifés serait moins importante, une partie du chemin ayant déjà été réalisée, tandis que la diminution des actes sur-tarifés reste entièrement à réaliser.

En arrêtant à mi parcours le processus de convergence et en ne revalorisant que les actes gagnants sans toucher aux actes perdants, la CCAM a pu contribuer à renforcer les iniquités entre certaines spécialités en fonction de leur casemix, les spécialités ayant le plus un casemix réparti entre actes gagnants et actes perdants étant les plus favorisés par ce système par rapport aux spécialités concentrant leur activité sur des actes sous tarifés. A ce titre, les anesthésistes et les médecins à exercice particuliers (MEP-acupuncture, allergologie, angiologie) apparaissent comme les grands gagnants de l'interruption du processus de convergence, notamment par rapport aux chirurgiens.

## Annexe II

### 2.2.4.3. L'approche par spécialité masque des gains et des pertes au sein de chaque spécialité

L'approche par spécialité masque des pertes et des gains importants au sein de chaque spécialité. Ainsi, bien que la radiologie (hors interventionnelle) constitue une spécialité perdante, certains actes sont sous-tarifés par rapport à la cible et devraient être revalorisés, ce qui générerait un supplément d'honoraires pour cette spécialité de 303 M€. En revanche, la diminution du tarif des actes sur-tarifés entraînerait une perte d'honoraires plus importante de 417 M€.

Les gains ou en pertes nets masquent des variations de sens contraire parfois d'égale ampleur. Par exemple, pour les ORL, l'alignement serait quasiment neutre or ce résultat est la somme de 12 M€ de pertes sur certains actes et de 12 M€ de gains sur d'autres actes.

Ainsi, bien que la somme des gains et des pertes aurait pu neutre au niveau infra-spécialité, l'approche par acte, inter-spécialités, n'a pas permis de rapprocher le tarif des actes du tarif cible au sein de chaque spécialité.

**Tableau 18 : Écart entre les tarifs en vigueur et les tarifs cibles en 2010 (simulation réalisée sur la base des tarifs de la V19 et des soins remboursés entre mars 2009 et avril 2010, en milliers d'euros)**

	HSD CCAM (tarifs V19)	Gains des actes gagnants au tarif proposé	Pertes des actes perdants en tarif proposé	Total des gains / pertes en tarif proposé	% sur HSD	Total gains/pertes en remboursé	Part au sein des spécialités gagnantes ou perdantes
Chirurgie	728 197	65 599	-42 365	23 233	3 %	23 450	58 %
Ophthalmologie	605 636	72 628	-56 041	16 586	3 %	1 066	3 %
Néphrologie	77 645	7 663	-1 406	6 257	8 %	6 238	15 %
Neurologie	70 653	6 080	-1 675	4 406	6 %	3 574	9 %
Pneumologie	162 214	11 027	-7 195	3 832	2 %	3 708	9 %
Médecine physique et de réadaptation	19 908	2 446	-813	1 633	8 %	1 285	3 %
Dermatologie	77 873	6 484	-5 058	1 426	2 %	994	2 %
Rhumatologie	128 056	9 686	-8 901	785	1 %	346	1 %
<b>Sous-total spécialités gagnantes</b>	<b>1 870 182</b>	<b>181 612</b>	<b>-123 454</b>	<b>58 159</b>	<b>3 %</b>	<b>40 661</b>	<b>100 %</b>
ORL	232 315	12 279	-12 581	-302	0 %	-395	0 %
Anesthésie-réanimation	695 559	51 518	-62 834	-11 316	-2 %	-11 302	3 %
Gynécologie	347 346	31 138	-47 684	-16 546	-5 %	-12 713	4 %
Cardiologie interventionnelle (hors Interventionnelle)	571 604	10 812	-28 941	-18 129	-3 %	-14 924	5 %
Médecine nucléaire	159 946	6 021	-43 419	-37 399	-23 %	-37 003	11 %
Gastroentérologie	283 086	6 835	-52 707	-45 871	-16 %	-45 298	14 %
Omnipraticiens dont MEP (angiologues, allergologues, acupuncteurs...)	465 802	21 323	-83 740	-62 417	-13 %	-49 760	15 %
Radio-cardio interventionnelle	220 689	50 119	-113 272	-63 153	-29 %	-62 992	19 %
Radiologie (hors interventionnelle)	2 418 177	302 721	-417 341	-114 620	-5 %	-91 079	28 %
<b>Sous-total spécialités perdantes</b>	<b>5 394 523</b>	<b>492 765</b>	<b>-862 518</b>	<b>-369 753</b>	<b>- 7 %</b>	<b>-325 466</b>	<b>100 %</b>
<b>Total ensemble des professionnels de santé</b>	<b>7 264 705</b>	<b>674 378</b>	<b>-985 972</b>	<b>-311 594</b>	<b>-4 %</b>	<b>-284 805</b>	

Source : CNAMTS.

## 2.3. La CCAM fait l'objet d'actualisations ponctuelles, principalement par l'introduction d'actes nouveaux

### 2.3.1. La CCAM n'a fait l'objet d'aucune actualisation globale

#### 2.3.1.1. Aucun des composants du tarif cible n'a été revu depuis l'origine de la CCAM

La question de la maintenance de la CCAM avait été posée dès l'origine lors du comité de pilotage CCAM. Le représentant de la DSS a indiqué le 7 avril 2004 que « *la maintenance reste néanmoins un problème et devra être opérationnelle dès la mise en œuvre de la CCAM* », rendant probablement nécessaires des ajustements législatifs. De même, la synthèse des travaux du comité de pilotage de la CCAM de 2004 mentionne, s'agissant du coût de la pratique, que « *les charge seront actualisées annuellement* ».

Pour autant, l'actualisation n'a fait l'objet d'aucune inscription dans les textes. Seule l'annexe II à la convention du 26 juillet 2011 (inchangée depuis 2005) précise dans son article 2 que l'Observatoire de la CCAM est chargé d'étudier « *l'évolution du coût de la pratique des actes* ». Cet article ne mentionne cependant aucune obligation, notamment en termes de fréquence, et n'évoque pas la question de l'actualisation du score travail.

Plus récemment, dans le cadre du PLFSS 2010, l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale a été modifié pour introduire une fréquence d'actualisation de la hiérarchisation tous les 5 ans mais cette obligation se limite aux actes nouveaux<sup>21</sup>. Il n'est pas encore possible de dresser un bilan de l'application de cette règle compte tenu de son caractère récent.

Ainsi, les données ayant servi aux calculs initiaux des tarifs cibles n'ont fait l'objet d'aucune actualisation d'ensemble. Pour tous les actes existants à l'origine de la CCAM, la hiérarchisation du travail et les score de travail sont donc toujours ceux qui ont été élaborés entre 1996 et 2001.

Le coût de la pratique et le facteur de conversion monétaire n'ont pas non plus été réactualisés. En conséquence, les tarifs-cibles portent toujours sur des données antérieures à 2004 (cf. graphique ci-dessous).

Or plusieurs facteurs conduisent à penser que la hiérarchie du travail médical a évolué depuis le début des années 2000.

L'incohérence pour certaines spécialités entre la rémunération horaire nette (qu'elle soit à la cible ou non) et le niveau des revenus. C'est le cas notamment pour les radiologues. Cette incohérence peut s'expliquer par le fait que la durée des actes est aujourd'hui plus réduite que celle qui avait été évaluée au moment de l'élaboration de la CCAM du fait du développement de nouvelles technologies et de la possibilité de déléguer en partie la réalisation de l'acte (cf. *supra*).

Les pratiques actuelles laissent penser que la durée de certains a pu sensiblement diminuer. C'est le cas de la cataracte dont la durée est évaluée dans la CCAM à 60 minutes alors qu'elle serait actuellement plus proche de 30 minutes. De même, l'acte d'ablation de la vésicule par cœlioscopie a été introduit dans la hiérarchie quasiment au même niveau que l'ablation par laparotomie (voie ouverte) alors même que la durée de ce nouvel acte est plus réduite et le stress moins important<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Article L162-1-7 du code de la sécurité sociale, alinéa cinq : « *Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie.* »

<sup>22</sup> Information fournie en entretien par le Président de la CHAP, M. Larue Charlus.

## Annexe II

S'agissant du coût de la pratique, le coefficient général calculé pour chaque spécialité et représentant le montant des charges par point travail dépend de l'évolution du rapport entre le montant des charges et les points travail.

Il est donc fort probable non seulement que les score travail des actes aient évolué mais surtout qu'ils aient évolué de façon différenciée entre les différents actes. De même, le montant des charges date toujours de 2003. Compte tenu des évolutions technologiques et de la sophistication des machines, il apparaît également obsolète.

L'alignement des tarifs sur les tarifs cibles introduirait donc des distorsions tarifaires contraire au principe fondateur de la CCAM.

**Graphique 20 : Dates d'actualisation des données sources servant au calcul des tarifs**

COMPOSANTES DU TARIF	DONNEES SOURCES	Dates d'actualisation des données sources pour le calcul des tarifs cible		
		ACTES D'ORIGINE	ACTES NOUVEAUX	ACTES ALTERNATIFS
SCORE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durée des actes</li> <li>Stress du patient</li> <li>Compétence technique</li> <li>Effort mental</li> </ul>	2004*	Actualisation des données source	Application du score travail des actes alternatifs (2004)
FACTEUR DE CONVERSION MONETAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Honoraires</li> <li>Coût de la pratique</li> <li>Nombre de points travail</li> </ul>	2004*	2004*	2004*
COÛT DE LA PRATIQUE	Evaluation des charges professionnelles	2004*	2004*	2004*

- Pour les actes d'origine : pas d'actualisation des tarifs cible depuis 2004 sauf exceptions (révisions de certains actes)
- Pour les actes nouveaux : calcul du tarif cible à partir du facteur de conversion monétaire et du coût de la pratique 2004
- Pour les actes alternatifs : application du score travail des actes dont ils représentent l'alternative (2004)

\* Plus précisément entre 1996 et 2002, 2004 correspondant à l'année de validation des tarifs cible

*Source : Mission IGF.*



### 2.3.2. L'actualisation de la CCAM est principalement le fait de l'introduction d'actes nouveaux et plus marginalement de modifications tarifaires

Depuis sa mise en place en 2005, la CCAM a fait l'objet de 25 versions, soit en moyenne trois à quatre versions par an.

Depuis les évolutions tarifaires de grande ampleur réalisées à l'occasion des étapes de convergence, les modifications dont la CCAM a fait l'objet ont principalement concerné :

- ◆ **l'introduction d'actes nouveaux ou la suppression d'actes notamment pour prendre en compte les progrès techniques.**

C'est la principale source de modification de la CCAM. Elle a notamment pour avantage de tenir à jour la CCAM descriptive et de permettre aux praticiens de coder correctement les nouveaux actes et d'éviter le codage par assimilation.

Au total, entre la V1 et la V24, 80 prises en charge nouvelles ont été introduites et 21 retirées.

- ◆ **des modifications tarifaires ponctuelles**

Les modifications tarifaires ont porté non sur le tarif de l'acte en tant que tel mais sur les outils tarifaires environnant (suppléments, forfaits techniques, règles d'association).

Les principales modifications ont concerné les règles d'association pour les actes de radiologie en 2009, la suppression du supplément pour archivage numérique et la suppression du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à image numérisées ;

- ◆ **des actions ponctuelles et marginales de maintenance**

Il s'agit principalement de la nouvelle classification des actes de radiothérapie externe réalisée en 2010 conduisant à une modification d'arborescence et à l'inscription/la fermeture/la modification de codes.

En revanche, cette mise à jour n'a porté que sur les libellés et non sur la tarification des actes. Faute d'accord sur le coût de la pratique, le travail de re-hiérarchisation est resté sans suite et les actes sont toujours tarifés à un tarif conservatoire.

## Annexe II

**Tableau 19 : Liste des modifications introduites dans la CCAM entre 2006 et 2011**

Version CCAM	Date	Mesures mises en œuvre	Support juridique
Version 3	15/04/2006	Revalorisations d'actes ORL, rhumatologie, allergologie	Avenant 12 - JO du 30 mars 2006
Version 4	17/05/2006	Extension aux actes chirurgicaux d'ORL des modificateurs J et K	
Version 5	01/07/2006	Prise en charge de l'ostéodensitométrie pour les indications validées par la HAS	
Version 6	16/09/2006	Prise en charge de la dermatoscopie pour surveillance de lésion à haut risque	Avenant 12 - JO du 3 mars 2006
Version 7	16/04/2007	Prise en charge d'actes de médecine physique et rééducation (actes déjà inscrits)	
Version 8	16/05/2007	Revalorisation d'actes de traitement non chirurgical des varices Prise en charge d'un acte diagnostique de médecine physique et rééducation Introduction du supplément de charges en cabinet pour les actes d'exérèse de naevi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes	
Version 9	28/06/2007	Prise en charge de l'anesthésie des actes de traitement des agénésies dentaires multiples	Décision UNCAM du 3 avril 2007 - JO 27 juin 2007
Version 10	12/09/2007	<p><b>Mise en œuvre de la 1ère phase de la 2ème étape de convergence vers les tarifs cibles :</b> =&gt; 7 872 changements de tarifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revalorisation de 15 % du gain des actes gagnants sauf actes de médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie et cardiologie interventionnelle</li> <li>- revalorisation de 11 % du gain des actes de rythmologie</li> <li>- baisse des actes de médecine nucléaire (hors TEP) de -3,3 %</li> <li>- baisse des actes d'artériographies (-5 %) et dilatation des coronaires (-1,4 %)</li> <li>- baisse de 40 % du supplément de numérisation</li> </ul> <p><b>Évolution du panier de soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge d'actes nouveaux,</li> <li>- suppression de prise en charge d'actes,</li> <li>- modification d'actes</li> </ul> <p>Introduction des suppléments pour archivage numérique / Suppression des suppléments pour tomographie</p> <p><b>Mesures dues au Comité d'alerte :</b> baisse du montant des forfaits techniques de scanographie et d'IRM</p>	Avenants n° 23 et 24 - JO du 3 mai et du 12 septembre 2007

## Annexe II

Version CCAM	Date	Mesures mises en œuvre	Support juridique
Version 11	28/12/2007	<p><b>Mise en œuvre de la 2ème phase de la 2ème étape de convergence vers les tarifs cibles</b></p> <p>=&gt; 7 838 changements de tarifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revalorisation de 10 % supplémentaire, soit au total +25 %, du gain des actes gagnants sauf actes de médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie et cardiologie interventionnelle</li> <li>- baisse des actes de médecine nucléaire (hors TEP) de -3,3 % soit au total -6,6 % par rapport aux tarifs V9</li> <li>- baisse des actes d'artériographies (-5 %) et dilatation des coronaires (-1,3 %) soit au total respectivement -10 % et -2,7 % par rapport aux tarifs V9</li> <li>- baisse de 10 % du supplément de numérisation soit au total -50 % par rapport au tarif V9</li> </ul>	Avenants n°23 et 26 art.1 - JO du 3 mai et du 27 décembre 2007
Version 12	14/03/2008	Extension de la liste des actes ouvrant droit à la facturation du supplément pour archivage numérique YYYY187	Avenant 26 art. 2 et décision UNCAM art. 2 du 13 décembre 2007 - JO du 13 mars 2008
Version 13	01/05/2008	Baisse du tarif du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées YYYY030	Avenant n°24 art.4 - JO du 12 septembre 2007
Version 14	16/10/2008	Aucune modification tarifaire, mais autorisation pour les chirurgiens dentistes de facturer 98 actes de la CCAM	Décision UNCAM art. 2 du 1er juillet 2008 - JO du 01 octobre 2008
Version 15	21/12/2008	Prise en charge de deux nouveaux actes et suppression d'un acte	Décision UNCAM art. 2 du 17 septembre 2008 - JO du 21 novembre 2008
Pas de version spécifique	12/03/2009	Modification de la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie	Décision UNCAM du 5 mars 2009 parue au JO du 11 mars 2009
Version 16	28/05/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création du Forfait Sécurité Dermatologie facturable en sus des actes réalisés</li> <li>- Prise en charge de 8 nouveaux actes</li> <li>- Suppression de 4 actes</li> <li>- Modification de notes (correction de codes et ajout de codes extension documentaire)</li> </ul>	Décision UNCAM du 19 janvier 2009 - art. 1 - JO du 28 avril 2009
Version 17	19/10/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge de 22 nouveaux actes</li> <li>- Suppression de 9 actes dont 6 actes de rythmologie</li> <li>- Extension de la liste des actes de chirurgie cardiaque ouvrant droit à la facturation de la participation d'un deuxième chirurgien (code et libellé nouveaux)</li> <li>- Mesures de maintenance : modification d'un libellé, ajout/suppression/modification de notes, création /modification de subdivisions</li> </ul>	Décision UNCAM du 9 juillet 2009 - art. 2 - JO du 19 septembre 2009

## Annexe II

Version CCAM	Date	Mesures mises en œuvre	Support juridique
Version 18	01/01/2010	Prise en charge de 2 actes	Décision UNCAM du 28 septembre 2009 - art. 1 - JO du 31 décembre 2009
Version 19	01/02/2010	Suppression des suppléments pour archivage numérique	Décision du Conseil d'état du 21 juillet 2009
Version 20	01/05/2010	Nouvelle classification des actes de radiothérapie externe : - fermeture, inscription et modification de codes - modifications d'arborescence	Décision UNCAM du 11 février 2010 - JO du 4 avril 2010
Version 21	25/05/2010	Introduction des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques à la CCAM (95 codes)	Décision UNCAM du 18 janvier 2010 - JO du 25 avril 2010
Version 22	30/09/2010	Prise en charge de 17 nouveaux actes : Suppression des 7 actes Mesures de maintenance : introduction de 2 subdivisions, modifications de notes  Suspension de la facturation de 98 actes de la CCAM par les chirurgiens-dentistes	Décision UNCAM du 26 mai 2010 - JO du 31 août 2010  Décision du Conseil d'État du 7 avril 2010
Version 23	25/01/2011	- Suppression du Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées (YYYY030) - Minoration à 50 % du second forfait technique de scanographie - Mesures de maintenance : modifications de notes d'actes de radiographie	Décision UNCAM du 16 novembre 2010 - JO du 26 décembre 2010
Version 24	18/06/2011	Introduction de 11 nouveaux actes Suppression d'1 acte	Décision UNCAM du 21 février 2011 - JO du 19 mai 2011

*Source : CNAMTS – Retraitement Mission IGF.*

### 2.3.3. L'insertion des actes nouveaux dans une architecture d'ensemble non actualisée est complexe et source de distorsions tarifaires

La procédure de hiérarchisation et de tarification d'un acte nouveau est complexe : elle dépend en effet de la nature de l'acte : soit l'acte est entièrement nouveau, soit il s'agit d'un acte alternatif ayant vocation à se substituer à un autre acte en raison des progrès technologiques qu'il intègre.

**Dans le cas d'un acte nouveau**, le processus de hiérarchisation du travail médical est réalisé dans les mêmes conditions que la construction initiale de la CCAM : l'acte fait l'objet d'une évaluation de son score travail sur la base des quatre critères (durée, stress, compétence technique, effort mental). En revanche, cette « actualisation » reste partielle puisque :

- la conversion du score travail en valeur monétaire continue d'être réalisée sur la base du facteur de conversion monétaire calculé en 2004 ;
- le coût de la pratique reste également celui qui a été évalué pour la spécialité en 2004.

Surtout, le score travail du nouvel acte est inséré dans l'échelle commune au sein de la hiérarchisation des scores travail existants et datant de 2004. La cohérence de la hiérarchisation n'est donc plus assurée (les actes ne reflètent plus de façon homogène le contenu en travail).

**Dans le cas d'un acte alternatif**, la démarche de hiérarchisation et de *scoring* d'un acte n'est pas appliquée. En effet, il est attribué à l'acte le même score travail que l'acte auquel il se substitue et par voie de conséquence le même tarif puisque ni le facteur de conversion monétaire ni le coût de la pratique ne sont actualisés. Il s'agit en effet d'éviter les distorsions de pratiques entre des actes alternatifs.

#### Encadré 7 : Exemple d'introduction d'un acte nouveau alternatif

La cholécystectomie (ablation de la vésicule) était jusque là réalisée par laparoscopie. Les progrès technologiques rendent désormais possible l'ablation de la vésicule par coelioscopie, c'est à dire sans ouverture. Cet acte nouveau permet ainsi de réaliser l'opération dans un délai plus court et de façon moins stressante. Il aurait ainsi dû être tarifé à un tarif moins élevé que celui auquel il se substitue. Or afin de ne pas défavoriser le développement de cette nouvelle technique, l'acte a été tarifé au même tarif que l'acte auquel il se substitue.

Les actes nouveaux, selon qu'ils soient alternatifs ou non, vont donc s'intégrer de manière différente dans la hiérarchisation globale, soit sur la base d'un score travail datant de 2004, soit sur la base d'un score travail actualisé.

### 2.3.4. La question de la maintenance de la CCAM reste toutefois d'actualité et des pistes de réflexion ont d'ores et déjà été formulées pour définir une méthode d'actualisation

Le PLFSS 2010 a en effet rendu obligatoire l'actualisation de la hiérarchisation pour les actes nouvellement inscrits dans les cinq ans qui suivent leur inscription.

De plus, la convention de juillet 2011 prévoit, dans son article 28.1 d'actualiser les tarifs cibles et de définir pour cela une nouvelle méthodologie de tarification.

Face à ces obligations et engagements, la CNAMTS a d'ores et déjà commencé à améliorer la méthode d'actualisation en procédant à une actualisation **par famille d'actes**. C'est ainsi qu'elle a procédé à la révision de la classification des actes de radiothérapie externe en 2010. En raison de l'évolution de l'ensemble des techniques, la révision des libellés du chapitre 17 pour les séances de préparation et les séances d'irradiation s'est en effet imposée. Le travail a porté sur l'ensemble des actes de radiothérapie externes inscrits à la CCAM quelque soit le chapitre auquel ils se rattachent. Il a débuté par la réécriture des libellés et s'est poursuivi par la hiérarchisation de l'ensemble des actes de cette famille afin d'assurer la cohérence entre les différentes techniques. La hiérarchisation a ensuite été soumise à l'instance de cohérence. L'actualisation des tarifs n'a cependant pas abouti faute d'accord sur le coût de la pratique. Aucun tarif cible n'est associé à ces actes qui restent donc facturés à un tarif conservatoire.

A la suite de ce travail sur la radiothérapie, un travail d'actualisation des libellés et de re-hiérarchisation des actes d'IRM a été lancé et est actuellement en cours.

La CNAMTS poursuit également l'élargissement du périmètre de la CCAM aux actes techniques jusque là exclus de la CCAM. En 2010, les actes d'anatomie et de cytologie pathologique ont ainsi fait leur introduction dans la CCAM avec la création de 95 nouveaux libellés par décision UNCAM. Là encore, l'introduction et la hiérarchisation en cours des actes se font pour toute une famille d'actes afin d'assurer sa cohérence.

Par ailleurs, la CNAMTS a initié une réflexion en interne identifiant plusieurs pistes de définition d'une nouvelle méthodologie :

- ◆ l'actualisation serait prioritaire pour les actes nouveaux en raison d'une part de l'obligation législative fixé par l'article L162-1-7 du CSS ; d'autre part car les nouveaux actes ont tendance à être sur-évalués dans la hiérarchisation en raison du faible échantillon initial servant à évaluer leur contenu en travail médical ;
- ◆ La re-hiérarchisation devra se faire par famille d'actes : dès lors qu'un acte nouveau sera introduit, il emportera la re-hiérarchisation de tous les actes appartenant à la même famille d'actes ;

#### Proposition technique

Procéder à des actions de maintenance par famille d'actes
---

- ◆ Dès l'origine, il apparaissait souhaitable de ne pas trop multiplier la nomenclature de la CCAM. Le chiffre de 7 200 actes constituait déjà un point haut. Or le nombre d'actes inscrits à la CCAM n'a cessé de s'accroître et dépasse aujourd'hui les 7 700 actes, les créations d'actes ayant dépassé les suppressions.

## Annexe II

### Proposition technique

Mener une analyse sur les actes réalisés moins de 10 fois dans l'année et identifier les actes dont la prise en charge peut être supprimée notamment parce qu'ils ont été remplacés par de nouvelles pratiques.

L'analyse de l'activité par acte en 2010 montre une proportion importante d'actes très peu pratiqués. 31 % des actes inscrits à la CCAM sont réalisés moins de 10 fois par an et 24 % moins de 5 fois. Enfin 7,5 % des actes (soit 816 libellés) n'ont pas du tout été réalisés en 2010.

**Tableau 20 : Proportion des actes techniques inscrits à la CCAM et ayant été réalisés moins de dix fois dans l'année en 2010**

Nombre de fois où l'acte est réalisé dans l'année	Nombre de libellés d'actes concernés	Part des actes concernés (en %)	Nombre cumulé d'actes concernés	Part cumulée d'actes concernés (en %)
0	816	7.48	816	7.48
1	493	4.52	1309	11.99
2	423	3.88	1732	15.87
3	309	2.83	2041	18.70
4	291	2.67	2332	21.37
5	237	2.17	2569	23.54
6	203	1.86	2772	25.40
7	162	1.48	2934	26.88
8	134	1.23	3068	28.11
9	146	1.34	3214	29.45
10	133	1.22	3347	30.67

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*



### **3. La difficulté pour la CCAM de remplir à elle seule son objectif**

La CCAM a été bâtie pour assurer, une fois la convergence vers le tarif-cible réalisé, l'équité entre spécialités. L'atteinte de l'objectif de la CCAM a cependant été rendu difficile pour des raisons de périmètre de l'outil tarifaire lui-même : l'existence du secteur 2 et l'exclusion des actes cliniques vident une partie de la nécessité de converger à la cible (31).

Les préoccupations budgétaires sont par ailleurs devenues suffisamment importantes pour conduire la CNAMTS à ne pas nécessairement donner la priorité aux mesures de rééquilibrage, les deux premières étapes convergence s'étant traduites par un coût pour l'Assurance maladie de 214 M€, traduisant l'incapacité à faire évoluer les tarifs en diminuant la rémunération de certaines spécialités (32).

Ainsi, la CNAMTS n'utilise plus exclusivement la CCAM pour négocier les tarifs mais retient une approche diversifiée tenant compte des effets revenus des professionnels (33).

Cela étant, même avec des tarifs qui ne reflètent pas ou plus les coûts réels, la rémunération des médecins continue à augmenter. En revanche, les écarts de revenus et donc les inégalités se creusent (35).

#### **3.1. Le périmètre de la CCAM est insuffisant pour garantir l'objectif d'équité**

Les objectifs et les principes fondateurs de la CCAM sont remis en cause par l'existence du secteur 2 (311) et par le creusement des écarts de revenus entre spécialistes et généralistes (312).

##### **3.1.1. La CCAM s'articule mal avec l'existence du secteur 2**

L'objectif de la CCAM est de construire un système de tarification permettant la juste rémunération des actes au regard de leur coût et assurant ainsi l'équité tarifaire entre spécialités.

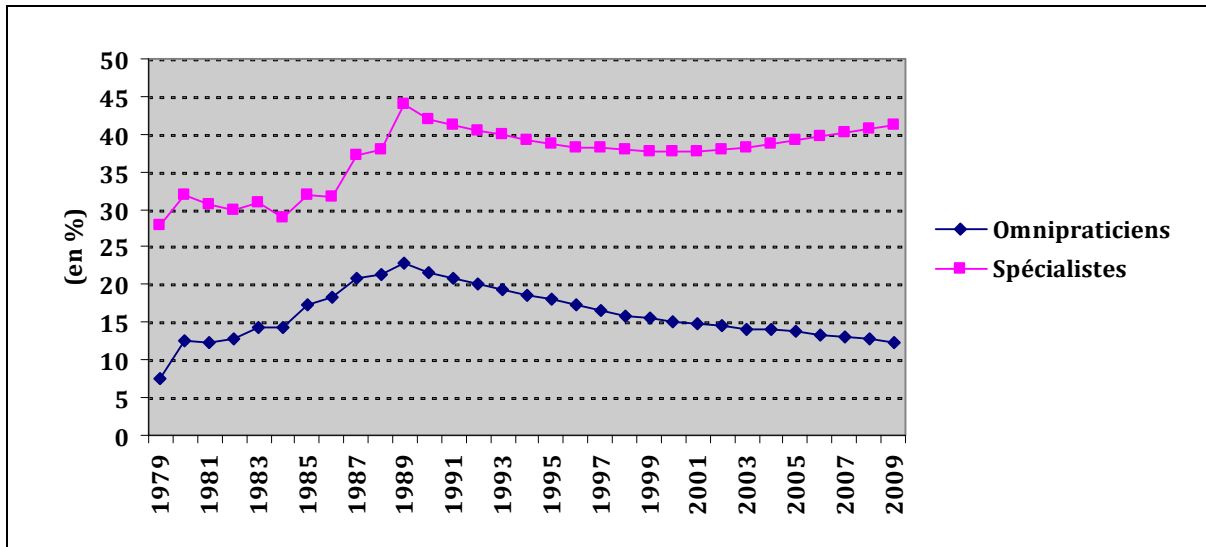
Au-delà du fait que les tarifs en vigueur ne coïncident pas avec les tarifs cibles par le jeu de la négociation conventionnelle (cf. *supra*), les tarifs en vigueur ne correspondent pas non plus systématiquement aux tarifs appliqués par les médecins. En effet, l'existence d'un secteur 2 donne la possibilité aux médecins qui choisissent de s'y installer de fixer librement leurs honoraires, avec « tact et mesure », moyennant une moindre prise en charge par l'Assurance maladie de leurs cotisations sociales personnelles.

Ainsi, non seulement cette possibilité met à mal l'objectif de neutralité tarifaire et d'équité entre spécialités fixé par la CCAM mais elle remet également en cause l'opportunité d'actualiser les tarifs cibles.

L'atteinte portée aux principes de la CCAM par le secteur 2 est d'autant plus importante que l'installation en secteur 2 est en progression continue depuis le début des années 2000 pour les spécialistes. La part des spécialistes en secteur 2 est ainsi passée de 38 % en 2000 à 41 % en 2009.

## Annexe II

Graphique 21 : Évolution de la part de spécialistes et d'omnipraticiens en secteur 2 ou secteur 1 avec droit permanent au dépassement (DP)

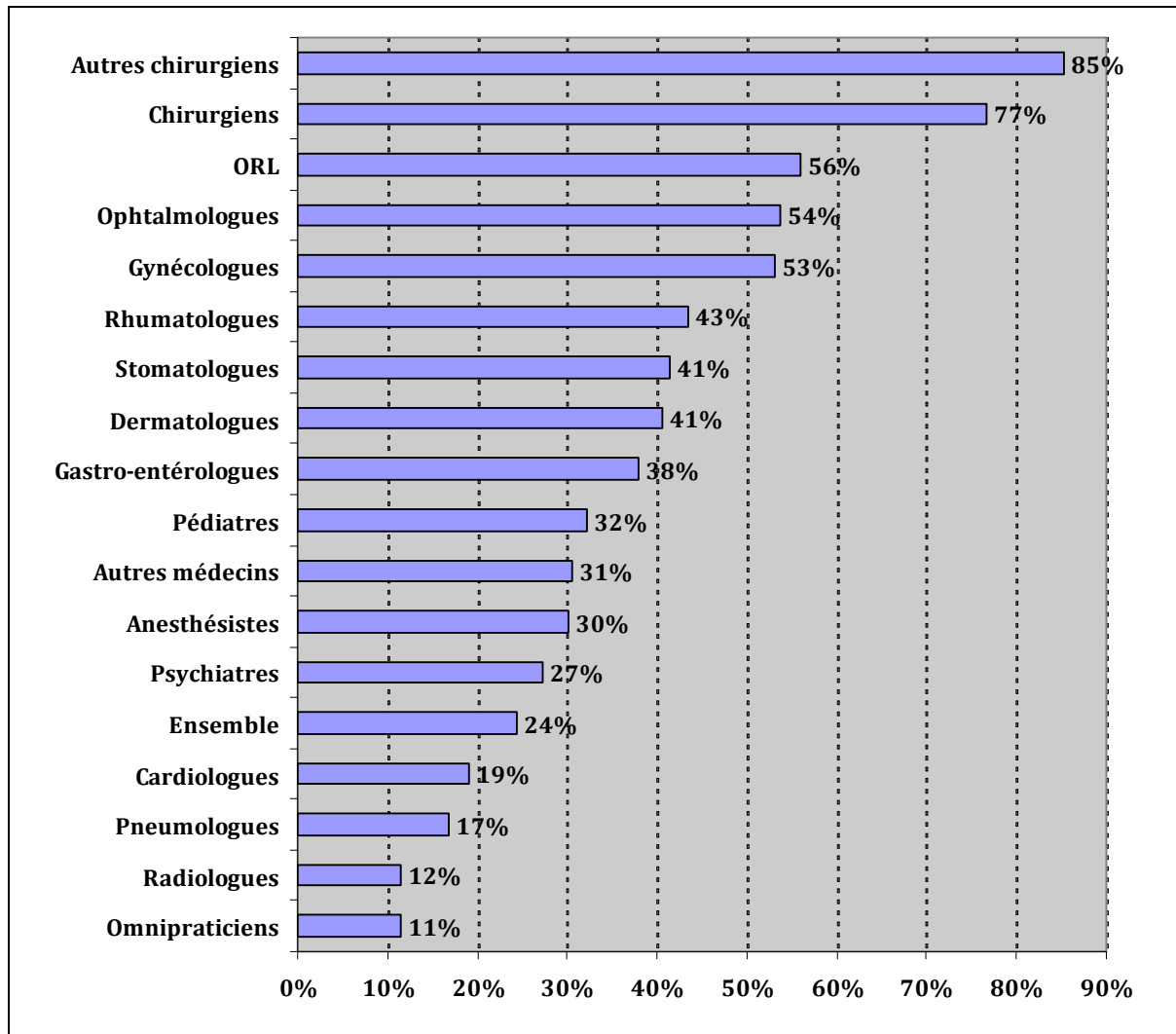


Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.

Les dépassements d'honoraires pratiqués en secteur 2 permettent de dépasser dans des proportions importantes les honoraires fixés par voie conventionnelle puisqu'ils représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins dont 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens. Le montant des dépassements d'honoraires est également en forte augmentation : il est passé de 900 M€ en 1990 à 2,5 Mds€ en 2010. En euros constants et pour l'ensemble des médecins, les montants de dépassements moyens ont progressé de 50 % entre 2000 et 2010.

Les chirurgiens constituent la spécialité ayant la proportion la plus importante de médecins en secteur 2 (77 %) suivis par les ORL, les ophtalmologues, les gynécologues dont plus de la moitié des effectifs sont en secteur 2.

Graphique 22 : Part des médecins en secteur 2 en 2008



Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.

Les déterminants de l'installation des médecins en secteur 2 sont nombreux. Dans son étude de 2010 dans les comptes nationaux de la santé<sup>23</sup>, la DREES montre qu'elle peut être liée à plusieurs facteurs :

- ◆ la localisation géographique : les dépassements sont plus fréquents et plus élevés dans les départements riches et urbains ;
- ◆ le statut du médecin : les libéraux à exercice mixte (libéral/salarié) ont des taux de dépassement plus élevés ;
- ◆ l'activité : plus l'activité est faible, plus les dépassements sont élevés. C'est le cas pour les chirurgiens et les pneumologues. Les médecins utiliseraient les dépassements pour compenser leur plus faible activité et augmenter leur revenu.

Cependant, au-delà de ces différents critères analysés séparément, les principaux déterminants des dépassements d'honoraires sont **la solvabilité de la clientèle et le mimétisme des comportements**. Le tarif fixé par les médecins serait donc avant tout déterminé par la capacité de leur clientèle à payer et à accepter le niveau de dépassement.

<sup>23</sup> Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins.

### 3.1.2. La convergence inter-spécialités doit être relativisée au regard des écarts entre spécialités techniques et cliniques

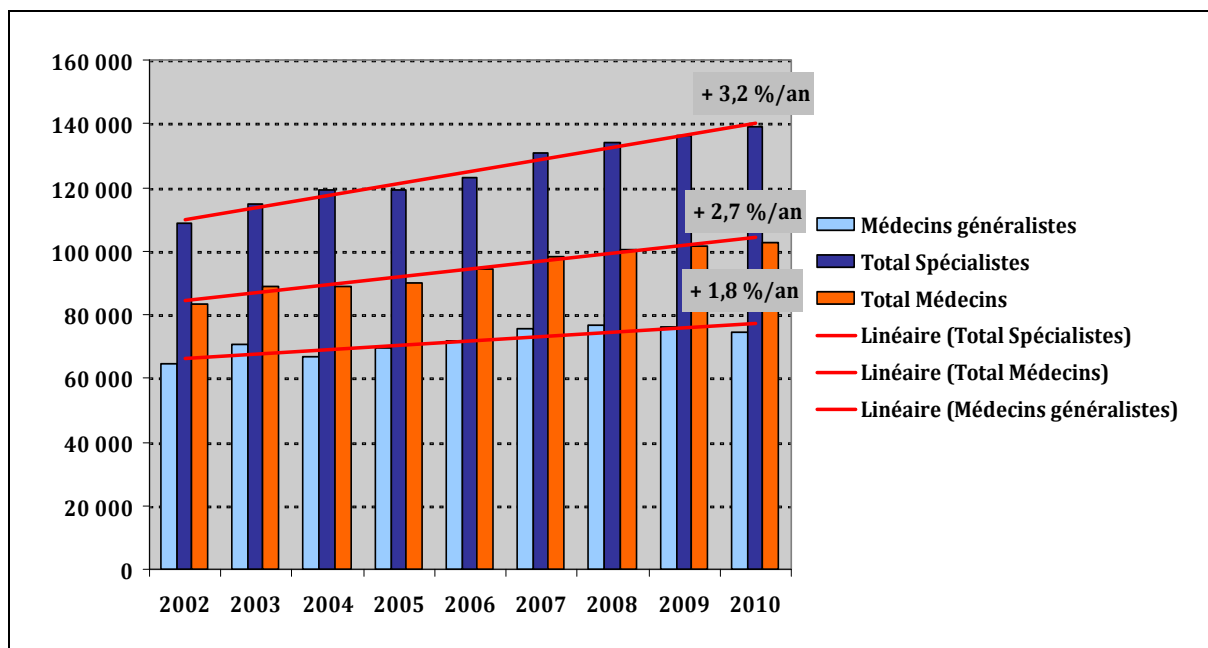
La CCAM se limite aux actes techniques. Or les principaux écarts de revenus se concentrent entre spécialistes techniques et spécialités cliniques et continuent de s'accroître

Ce constat peut être démontré par un faisceau d'indices concordant :

- accroissement de l'écart de revenus par tête entre spécialistes et généralistes s'expliquant en partie seulement par un effet volume ;
- effet de substitution des actes clinique par les actes techniques ;
- taux de dépassement d'honoraire plus élevés pour les actes cliniques.

Entre 2002 et 2010, d'après les chiffres fournis par la CNAMTS, les revenus (en euros courant) des spécialistes ont cru de 3,2 % en moyenne annuelle tandis que les revenus des généralistes n'ont progressé que de 1,8 % par an. Les inégalités de revenus entre spécialistes et généralistes n'ont donc pas cessé de se creuser. En 2002, le revenu individuel moyen pour l'ensemble des spécialistes s'élevait à 108 665 € contre 74 753 € pour les médecins généralistes (hors MEP), soit un écart de près de 44 000 euros par tête (68 %). En 2010, l'écart est passé à près de 65 000 euros (139 278 € contre 74 640 €, soit 87 %).

**Graphique 23 : Évolution des revenus individuels entre médecins spécialistes, médecins généralistes (hors MEP) et ensemble des médecins entre 2002 et 2010 (en euros courants par APE)**



Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

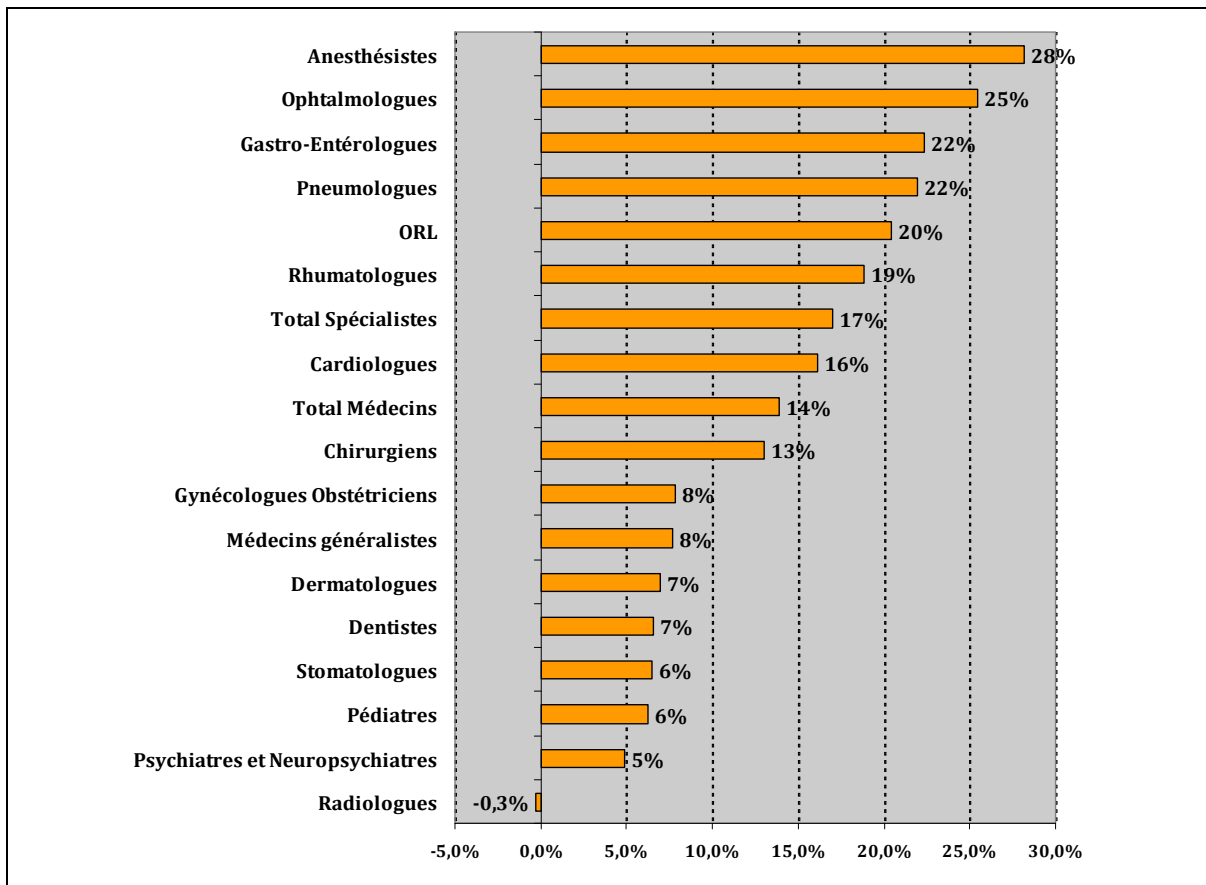
Entre 2005 et 2010, les principales progressions de revenus sont constatées sur les spécialités relevant majoritairement de la CCAM : sur les huit progressions supérieures à 10 % entre 2005 et 2010, six relèvent de spécialités relevant majoritairement de la CCAM : anesthésistes, gastro-entérologues, pneumologues, ORL, cardiologues et chirurgiens. En outre, concernant les ophtalmologues, la mise en œuvre de la CCAM s'est accompagnée d'un effet de substitution entre actes cliniques et actes techniques, l'application de la nouvelle nomenclature (beaucoup de petits actes) et de la tarification associée se révélant plus avantageuse pour cette spécialité. La forte croissance des revenus pour cette spécialité est donc liée à une part plus importante de rémunération issue de la CCAM qu'auparavant.

## Annexe II

A *contrario*, les spécialités ayant une part minoritaire de leur activité tarifée en CCAM (gynécologie, dermatologie, médecine généraliste, pédiatrie, psychiatrie) ont vu leurs revenus progresser de moins de 10 % en 5 ans. Les médecins généralistes ont néanmoins bénéficié d'une revalorisation de la consultation en 2007 qui est passée de 21 € à 22 € et d'une majoration de 3 € pour leurs visites aux enfants de trois à six ans, expliquant un dynamisme relativement plus important de leurs revenus par rapport aux pédiatres ou aux psychiatres.

Font exceptions à ce constat d'ensemble les radiologues qui ont enregistré des baisses tarifaires notamment à partir de 2008 (baisse des forfaits techniques, modification des règles d'association en 2009, suppression des suppléments pour archivage numériques en 2010), et dans une moindre mesure les stomatologues.

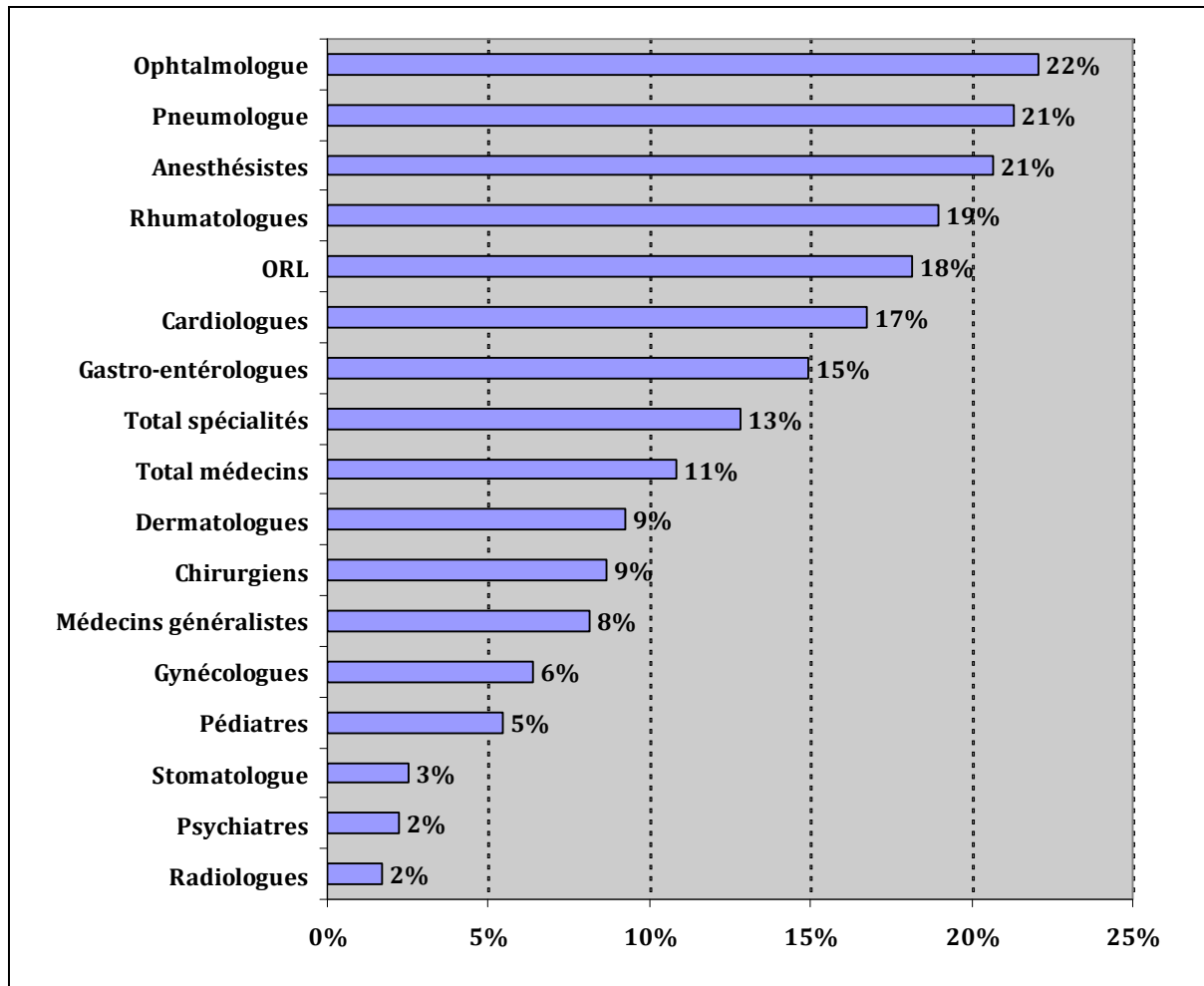
**Graphique 24 : Taux d'évolution des revenus individuels par APE entre 2005 et 2010 hors spécialités à faibles effectifs (en % sur la base des revenus en euros courants)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

L'analyse sur les honoraires sans dépassement (HSD) conduit à des constats similaires. A l'exception des radiologues et des stomatologues, les spécialités qui ont connu les plus faibles taux de progression de HSD sont les spécialités à dominante clinique. La progression respective de leurs honoraires (pour les dermatologues, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, psychiatres) a été inférieure, entre 2005 et 2010, à la progression de l'ensemble des médecins (11 %).

**Graphique 25 : Taux d'évolution des honoraires sans dépassement<sup>24</sup> entre 2005 et 2010 hors spécialités à faibles effectifs (en % sur la base des HSD en euros courants)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNMATS.*

L'évolution des HSD peut s'expliquer d'une part par un **effet prix**, d'autre part par un **effet volume**, enfin par un **effet nomenclature**.

### **3.1.2.1. L'effet revalorisation des tarifs CCAM**

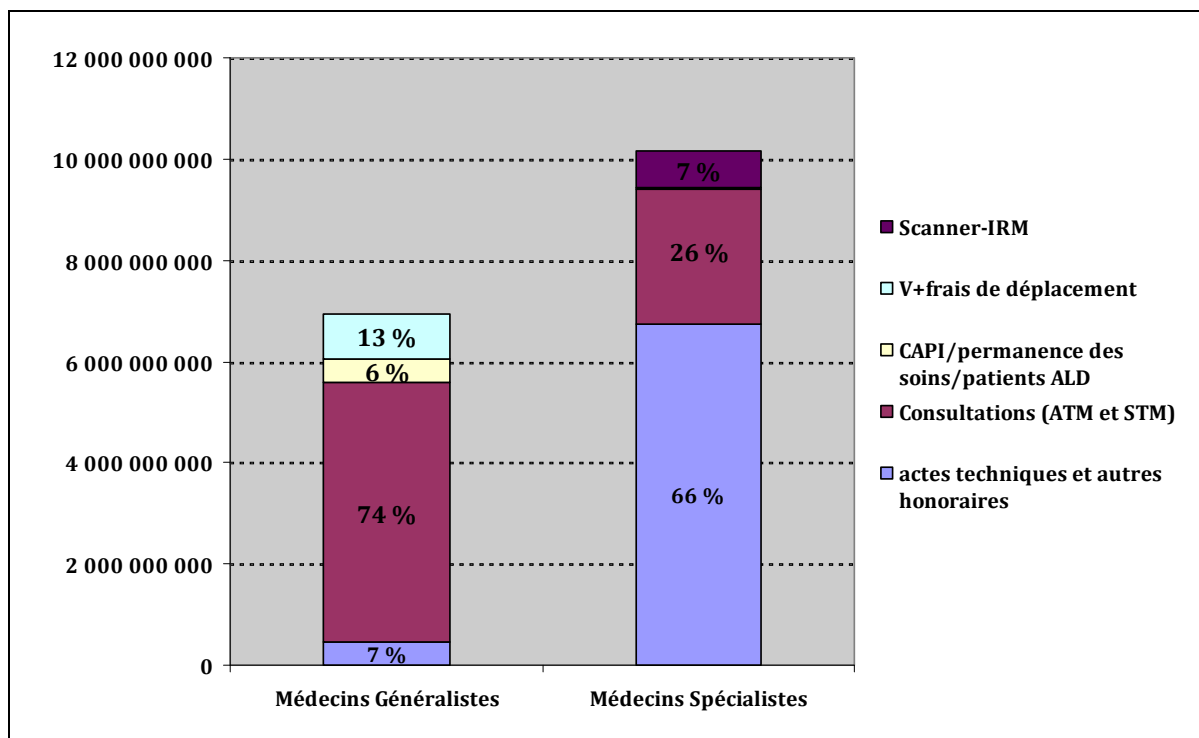
La revalorisation des tarifs de certains actes dans le cadre de la mise en place de la CCAM a bénéficié principalement aux spécialités dont la part de l'activité technique dans le total des HSD est majoritaire.

La décomposition des honoraires des médecins en fonction de la source de rémunération montre en effet que les actes techniques représentent 66 % des honoraires des spécialistes tandis qu'ils ne représentent que 7 % de celle des généralistes. A l'inverse, les consultations représentent 74 % des honoraires des généralistes contre 26 % pour les spécialistes.

<sup>24</sup> Il s'agit des HSD tous secteurs de conventionnement.

## Annexe II

**Graphique 26 : Décomposition des honoraires pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes en 2011 (dépenses remboursables, régime général y compris SLM)**



*Source : Mission à partir des données CNAMTS.*

Au sein des spécialistes, la répartition est également très variable entre les spécialités à dominante technique et les spécialités à dominante clinique (cf. tableau ci-dessus).

**Tableau 21 : Répartition des principales spécialités entre actes techniques (tarification CCAM) et actes cliniques (tarification NGAP)**

Spécialités majoritairement techniques	Spécialités majoritairement cliniques
Anesthésistes	Ophtalmologues
Pneumologues	Gynécologues
Gastro-entérologues	Rhumatologues
Chirurgiens	Psychiatres
Cardiologues	Médecins généralistes
ORL	Dermatologues
Radiologues	

*Source : DREES, les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008.*



## Annexe II

### 3.1.2.2. L'effet volume

L'effet volume permet d'expliquer en partie la moindre croissance des honoraires des spécialités à dominante clinique.

Sur la base des données fournies par la CNAMTS, l'activité a globalement diminué pour les dermatologues, les gynécologues, les psychiatres et les médecins généralistes. Au sein des spécialités techniques, l'activité est en faible progression voire en progression négative pour les chirurgiens et les stomatologues, deux spécialités dont les revenus ont progressé faiblement.

L'effet volume est donc venu freiner la progression des revenus de ces spécialités et justifie en partie le creusement de l'écart de revenus entre spécialités techniques et cliniques.

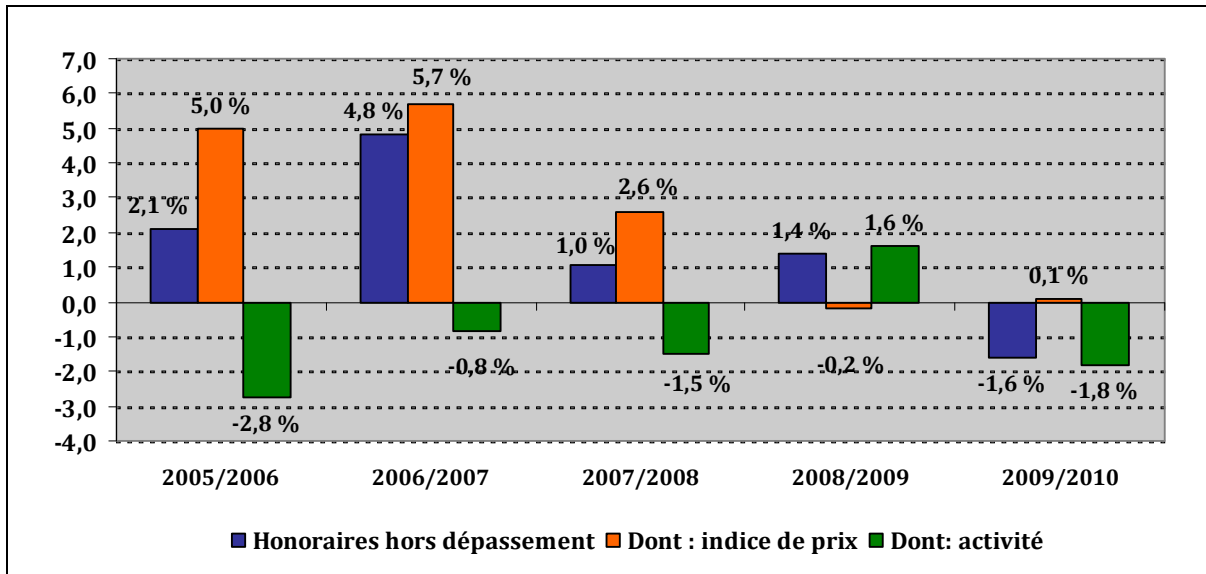
**Tableau 22 : Effet volume constaté dans l'évolution des revenus**

	2006	2007	2008	2009
Pneumologues	3,6 %	2,8 %	0,9 %	4,1 %
Ophthalmologues	0,1 %	2,2 %	2,7 %	1,8 %
Cardiologues	5,0 %	0,2 %	2,1 %	2,0 %
Pédiatres	1,9 %	1,3 %	-1,2 %	1,0 %
Gastroentérologues	1,1 %	2,7 %	3,1 %	1,3 %
Radiologues	2,0 %	2,1 %	1,3 %	0,1 %
Rhumatologues	-0,4 %	4,6 %	0,7 %	0,6 %
ORL	-1,1 %	1,5 %	1,5 %	2,8 %
Anesthésistes	2,9 %	-0,1 %	2,9 %	1,6 %
Médecins généralistes	-2,3 %	-0,8 %	-1,4 %	1,6 %
Gynécologues	-1,7 %	0,0 %	0,6 %	-1,2 %
Psychiatres	-2,3 %	-0,2 %	1,3 %	-0,7 %
Chirurgiens	-0,4 %	-1,0 %	0,9 %	-0,9 %
Dermatologues	-4,0 %	-0,1 %	-0,3 %	-1,4 %

*Source : CNAMTS.*

Un zoom sur les médecins généralistes montre également l'impact négatif de l'effet volume sur les honoraires sans dépassement. A l'exception de 2009, l'activité des généralistes est en diminution constante. Plus précisément, c'est l'activité consacrée aux consultations qui est en diminution, l'activité consacrée aux actes techniques étant quant à elle en progression constante (dans une fourchette comprise entre + 4,3 % et + 7,3 % en fonction des années entre 2007 et 2011).

Graphique 27 : Évolution des honoraires sans dépassements (en euros courants), de l'activité et des prix pour les médecins généralistes entre 2005 et 2010



Source : DREES, Études et résultats n° 735, juillet 2010, « les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 » ; Études et résultats n° 786, décembre 2011, « les honoraires des professionnels de santé entre 2008 et 2010 ».

### 3.1.2.3. L'effet nomenclature

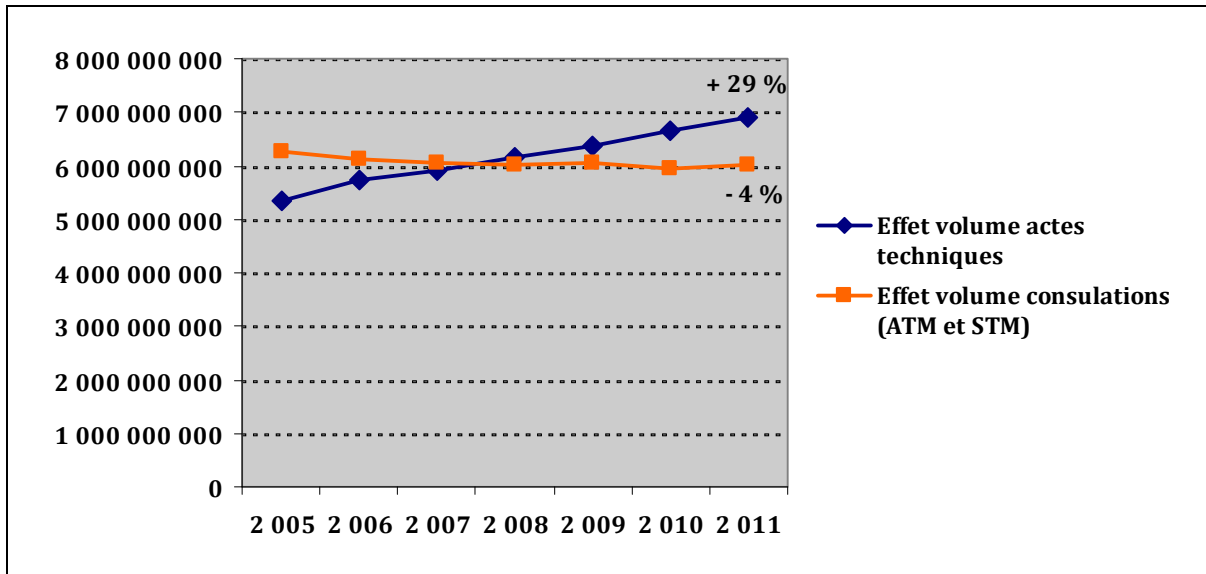
La CCAM semble également avoir eu un **effet nomenclature** : de façon générale, la tarification à l'acte génère une tendance à l'accroissement du volume. La description très précise des actes de la CCAM, en particulier pour certaines spécialités (accroissement du niveau de détail et multiplication des libellés par rapport à la NGAP), cumulée à la revalorisation de certains actes, auraient entraîné un **effet de substitution entre actes techniques et actes cliniques** au profit des actes techniques et a profité d'une part aux spécialités techniques, d'autre part aux spécialités cliniques pouvant avoir recours à cette substitution.

C'est le cas notamment pour les ophtalmologues qui ont connu le plus fort accroissement du nombre d'actes réalisés depuis la mise en place de la CCAM avec un croisement des courbes entre activité technique et activité clinique : la part des actes techniques est passée de 47 % en 2006 à plus de 55 % en 2008<sup>25</sup>.

Une partie de l'effet volume pourrait s'expliquer par cet effet de substitution.

<sup>25</sup> CNAMTS, Point de repère n°26, décembre 2009.

**Graphique 28 : Impact sur les honoraires\* de l'effet volume des actes techniques et des actes cliniques (pour l'ensemble des médecins libéraux)**



\* données remboursables, régime général y compris SLM.

Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

Au final, en dépit d'un effet volume négatif pour les spécialités cliniques, la CCAM a contribué à amplifier l'écart de revenus entre spécialités techniques et spécialités cliniques à travers deux effets :

- ◆ **l'effet revalorisation des tarifs CCAM** qui a bénéficié aux spécialités dont la part de l'activité technique dans le total des honoraires est la plus importante (et aux spécialités gagnantes) ;
- ◆ **l'effet nomenclature.**

Les spécialités les plus perdantes sont les spécialités cliniques qui n'ont pas ou peu bénéficié des effets prix et nomenclature de la CCAM et qui n'ont pas bénéficié de revalorisation de la consultation comme les généralistes. Il s'agit principalement des pédiatres et des psychiatres.

Enfin, on peut également souligné que les taux de dépassement d'honoraires sur les actes cliniques sont plus élevés. D'après l'étude de la DREES sur les déterminants du secteur 2, le taux de dépassement moyen par médecin, est, toutes spécialités confondues, plus élevé de 10 points sur les actes cliniques que sur les actes techniques (respectivement 37 % et 27 %).

Plus précisément, pour les médecins qui pratiquent régulièrement les deux types d'actes (c'est-à-dire pour qui au minimum 10 % de leurs actes sont des actes cliniques ou techniques), les taux de dépassement pratiqués sur les actes cliniques et techniques sont très différents. A l'exception des stomatologues, le taux de dépassement sur les actes cliniques est systématiquement plus élevé que sur les actes techniques, l'écart atteint 16 points pour les rhumatologues, les gynécologues, les ophtalmologues et les pneumologues. Pour les chirurgiens, les anesthésistes et les dermatologues, ces taux sont proches.

## Annexe II

### 3.1.3. Pour autant, la mise en place d'une CCAM clinique ne semble pas être la solution privilégiée pour répondre aux écarts de revenus entre spécialités techniques et cliniques

Les actes cliniques des généralistes et des spécialistes sont cotés sur la base de lettres clés : C et CS, V et VS. Le C et le CS sont tarifés à 23 € et 25 €.

Il existe cependant une série de majorations ou de rémunérations annexes à la consultation (exemple du forfait de 40 € par patient ALD) pouvant faire varier le tarif de la consultation.

#### 3.1.3.1. Les exemples étrangers montrent que la CCAM clinique ne s'impose pas de manière évidente

**Graphique 29 : Comparaison internationale des dispositifs de tarification mis en place pour les actes cliniques**

Pays	Niveaux	Durées	Contenu /Complexité
Australie	4 niveaux (combinaison durée et contenu)	-courte -moins de 20 minutes -au moins 20 minutes -au moins 40 minutes	Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser
Allemagne	Codes actes spécifiques pour des consultations de prévention (enfants-/ adultes-/ gériatrie check-ups, examens de dépistage et autres consultations spécifiques telles contraception. Ces actes n'entrent pas dans la régulation par objectifs quantifiés		
Pays-Bas	2 niveaux selon la durée (normale ou longue)	-moins de 20 minutes -plus de 20 minutes	-
Québec	3 niveaux (ordinaire, complète, ou approfondie), sur la base du contenu, de la durée et de l'âge	Pour consultation approfondie seulement durée de 45 minutes	Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser : -celles qui sont médicalement pertinentes pour les catégories "Ordinaires" -celles qui s'ajoutent pour les catégories "Complète" et "Approfondie"
États-Unis Medicare	5 niveaux pour les nouveaux patients (NP) comme pour les patients connus (PC), en fonction de la durée et du contenu	Tranches horaires	Pour chaque catégorie, une liste des tâches que le médecin doit réaliser :  -3 éléments systématiques pour les nouveaux patients -2 sur les 3 pour les patients connus

*Source : CNAMTS - Dominique Polton, les modèles de rémunération, un regard international, séminaire de la DREES sur les modes incitatifs de rémunération des soins, 29 novembre 2011.*

## Annexe II

Le travail de comparaisons internationales réalisé par la CNAMTS à partir des études disponibles a pu mettre en évidence certaines limites des systèmes existants :

- ◆ aux Pays-Bas, il a été fait le constat d'un déport massif sur les consultations longues avec une augmentation de 28 % en un an des consultations longues. Une réflexion a été initiée pour faire évoluer le dispositif vers un paiement à la minute (déjà appliqué à la psychiatrie ambulatoire) ou un paiement à la pathologie ;
- ◆ aux États-Unis, le dispositif est dénoncé pour sa lourdeur administrative liée aux obligations de codage des consultations, pour le sur-codage des consultations longues constaté (estimation du sur-codage comprise entre 3 et 17 % des consultations), pour les ambiguïtés de choix liées au grand nombre de critères (exemple entre diagnostic évident et diagnostic de faible complexité), pour les difficultés liées à sa maintenance ;
- ◆ en Australie : la justification de la cotation entraîne aussi une grande lourdeur administrative et les consultations, malgré les différences de contenu et de durée, ne reflètent pas l'ensemble du travail effectué par le médecin traitant (notamment coordination des soins).

L'Allemagne est quant à elle revenue sur son modèle de CCAM clinique détaillée et sur la différenciation fine des tarifs des consultations. Une nouvelle nomenclature descriptive et tarifante : l'EBM (Einheitlicher Bewertungsstab) a été mise en place en 2008 dont le périmètre inclut à la fois l'activité technique et clinique. Au sein de cette nomenclature, les consultations sont désormais retracées au sein d'un code unique alors qu'elles étaient auparavant ventilées au sein d'une nomenclature détaillée. La remise en cause de la CCAM clinique détaillée a été motivée par le souhait d'alléger la gestion bureaucratique du dispositif et de freiner la course à l'acte et ses conséquences inflationnistes. En outre, il est considéré que le tarif unique constitue un tarif moyen permettant de tenir compte à la fois des consultations simples et des consultations complexes, en raison d'une dispersion globalement identique des deux autour de la moyenne.

### ***3.1.3.2. Compte tenu des difficultés liées à la différenciation du travail clinique et des risques inflationnistes, la mise en place d'une CCAM clinique ne paraît pas souhaitable***

- ◆ Construire une CCAM clinique sur plusieurs niveaux de consultations en fonction uniquement de la durée des consultations ne paraît pas opportun.

Le tarif de la consultation est actuellement homogène quel que soit le type de consultation (en dehors des majorations ou des rémunérations annexes qui restent circonscrites). Il peut être fait l'hypothèse que ce tarif constitue un tarif moyen permettant de tenir compte de la diversité de l'activité des médecins entre des consultations lourdes et longues et des consultations légères et courtes.

## Annexe II

Bien que plusieurs pays aient mis en place une tarification qui soit fonction de la durée de la consultation, une différenciation du tarif des consultations en fonction de la seule durée ne semble pas être une piste privilégiée :

- pour la médecine générale, la durée ne paraît pas être le critère de différenciation principal en dehors de certaines exceptions. La DREES<sup>26</sup> montre en effet une relative concentration de la durée des consultations des généralistes : 70 % des séances durent entre 10 et 20 minutes et près de 90 % entre 10 et 24 minutes. Seules 0,3 % des séances durent moins de 5 minutes et 4,8 % plus de 30 minutes. Ce constat est confirmé par la récente enquête menée par la CNAMTS en 2011 qui montre que pour les médecins généralistes, les cardiologues et les chirurgiens, la durée de la consultation est concentrée autour de la moyenne ;
- pour les cas particuliers, le dispositif français permet d'ores et déjà de tenir compte de la durée à travers un système de majorations pour des situations cliniques bien identifiées induisant des durées de consultations plus longues. C'est le cas pour les patients ALD pour lesquels les études ont montré que la durée de la séance est augmentée de 3 % pour une ALD et de 7,2 % pour deux ALD. Pour ces patients, il existe un forfait de 40 €. De même, la convention du 26 juillet 2011 prévoit à l'article 27.2. la création d'une « visite longue et complexe » pour les patients atteints de maladie neuro-dégénératives et en particulier ceux atteints de la maladie d'Alzheimer qui nécessitent une évaluation périodique de leur pathologie. Cette majoration permettrait ainsi de mieux valoriser le rôle du médecin traitant. Il est également prévu de créer un tarif spécifique pour les consultations psychiatriques chez l'enfant et en particulier pour les consultations familiales dont la durée est plus longue.

La tarification des actes cliniques prend donc en compte, de manière ciblée mais encore incomplète, la lourdeur et la durée de certaines consultations ;

- bien que la durée des consultations dépende principalement de la situation clinique du patient, elle varie également en fonction de critères qui ne sont pas d'ordre médical et qui n'ont pas vocation à être pris en compte dans la tarification. Par exemple, les études montrent que la durée des séances est plus longue si le médecin est une femme ; de même, les séances avec un patient de CSP « cadre et profession libérale » sont plus longues que celles des autres CSP, notamment celle des employés. Enfin, la durée est variable en fonction des caractéristiques personnelles du patient : certains patients ont plus besoin que d'autres de parler de leurs problèmes personnels ou ont besoin d'être très informés...

Au final, il apparaît difficile de normer des durées standards car la durée dépend parfois de critères qui ne sont pas médicaux.

D'autre part, la différenciation du tarif des consultations risquerait d'avoir des effets pervers et des effets inflationnistes importants : incitation à allonger la durée de la consultation ou effets de « sur cotation » pour certaines séances avec un effet inflationniste sensible. De plus, plus le nombre de niveaux est réduit, plus les écarts de rémunération sont importants et plus l'incitation à « sur-côter » ou à allonger la durée de la consultation sera grande. C'est notamment ce qui s'est produit aux Pays-Bas avec le constat d'un déport massif sur les consultations longues. La mise en place de deux niveaux de consultations en fonction du seul critère de durée a entraîné une augmentation de 28 % en un an des consultations longues.

Le dispositif actuel présente l'avantage d'être lisible pour le patient qui connaît à l'avance le tarif qui lui sera appliqué, et d'être facile à gérer pour le médecin, qui n'a pas besoin de justifier les critères du tarif appliqué.

---

<sup>26</sup> DREES, Enquête sur la pratique des médecins généralistes, 2002, Etude et résultats, n°481, avril 2006.

## Annexe II

- ◆ La différenciation tarifaire en fonction d'une description fine et détaillée des composantes de la séance serait lourde à mettre en place avec un résultat incertain.

En caractérisant chaque composante de la séance, le système américain a cherché à éviter de rattacher la tarification uniquement à la durée. En revanche, le dispositif apparaît très lourd à gérer, coûteux, et la multiplication des critères pour objectiver la tarification peut s'avérer contre-productive :

- avec trois composantes à caractériser (l'historique, l'examen clinique et la décision médicale), elles-mêmes différenciées en quatre niveaux (par exemple, pour la décision médicale : simple, peu compliquée, modérément compliquée, hautement compliquée) et un score travail associé à un coût de la pratique pour chaque composante, le dispositif américain est lourd à gérer. Il génère un coût bureaucratique important à la fois pour les médecins qui doivent renseigner l'ensemble des informations justifiant le tarif, ainsi que pour le contrôle du dispositif ;
- alors même que le système est conçu pour que le tarif soit le plus objectif et le plus « juste » possible au regard des caractéristiques de la séance, l'accumulation de la sélection de critères au sein d'un grand nombre de critères peut aboutir, pour une séance de même nature, à des tarifs différents. Il a ainsi été démontré que, même sans chercher à optimiser leur rémunération, les médecins optent pour des cotations souvent différentes de celles retenues par des experts du codage (dans 48 % des cas pour les patients connus, dans 83 % des cas pour les patients nouveaux)<sup>27</sup>. De plus, la multiplication des critères élargissent les possibilités de « sur cotation », la différence entre les différents critères pouvant être tenue. Un contrôle sur les actes de consultants a montré qu'1,1 Md\$ avait été facturé à tort sur un total de 3,3 Mds\$ de dépenses en 2001<sup>28</sup>.

Enfin, le bilan mitigé de la mise en place en France de la CCAM technique tarifante et, en particulier, les effets pervers liés à la complexité de l'outil (absence de maintenance globale, obsolescence des tarifs cibles, abandon partiel de l'outil) ne militent pas en faveur de la mise en œuvre d'une CCAM clinique détaillée. Le risque de mettre de nouveau en place un chantier coûteux en temps (près de 10 ans pour la CCAM technique) et en moyens humains pour un résultat insatisfaisant au regard de l'objectif recherché, crée un contexte qui ne paraît pas favorable à l'instauration d'une CCAM clinique sur le modèle américain.

Les différents entretiens menés par la mission ont également montré que les professionnels de santé ne sont pas favorables à la mise en place d'une CCAM clinique très détaillée sur le modèle américain.

- ◆ Bien que s'apparentant à une solution de compromis, la mise en place d'un système intermédiaire différenciant le tarif des consultations en fonction de la durée et de la complexité de la séance sur un faible nombre de niveaux, présente également des inconvénients et des risques inflationnistes.

Une différenciation en trois niveaux de consultation tenant compte de la durée et de la lourdeur pourrait constituer une solution de compromis entre le tarif unique actuel et le dispositif américain très détaillé.

C'est notamment la position de la CSMF déjà décrite dans un document datant de 2004 sur « les objectifs et la méthodologie d'une CCAM clinique ».

---

<sup>27</sup> M. King, L. Sharp, M. Lipsky. Accuracy of CPT evaluation and management coding by family physicians. JABPF. Mai-Juin 2001. Vol 14, n°3, 184-92.

<sup>28</sup> Department of health and human services, office of inspector general. Consultations in Medicare : coding and reimbursement. Mach 2006, OEI-09-02-00030.



**Encadré 8 : Proposition méthodologique de la CSMF pour la mise en place d'une CCAM clinique**

Comme pour la CCAM technique, la tarification des actes cliniques devrait reposer sur une évaluation du travail médical et du coût de la pratique ;

a) **Le travail médical** serait réparti sur trois niveaux en fonction :

- du caractère nouveau ou non de la situation du patient ;
- du niveau protocolisé de l'échange d'information.

Un suivi simple reposerait par discipline ou groupe de disciplines médicales sur des % d'activités de niveau 1, 2 et 3.

b) **Le coût de la pratique** devrait être fixé en tenant compte des points suivants :

- optimisation des pratiques / expertise économique
- contraintes du cabinet (secrétariat, gestion des rendez-vous, PDS, FMC)

Les trois niveaux d'actes seraient définis sur la base des critères suivants :

- **niveau 1 : « acte simple »** : cette catégorie d'acte serait définie par la réponse à une demande ponctuelle ou un suivi simple sans recherche de complications ou de risques. Le contenu de cette consultation serait un acte clinique en rapport avec le seul motif (exprimé ou dévoilé de la consultation) ;
- **niveau 2 : « acte de synthèse »** : il s'agit d'un acte s'accompagnant d'un courrier de synthèse et/ou d'une demande d'avis ou d'un acte global dans le champ de la discipline, ou d'un acte long d'écoute sans structuration de la démarche. Le contenu de cette consultation serait un acte complexe du fait d'une pathologie (exprimée ou dévoilée) et/ou pouvant répondre à une demande d'avis spécialisé avec rédaction d'un document de synthèse et/ou demande d'exploration complémentaires.
- **niveau 3 : « acte complexe »** : il s'agit d'un acte de consultation approfondie où le médecin remplit une fiche standardisée ou un courrier circonstancié définissant la stratégie thérapeutique et les items pour la surveillance. Le contenu de cette consultation serait un acte long et protocolisé en relation avec des éléments médicaux, médico-sociaux ou psychologiques et environnementaux complexes.

Même si cette solution permet d'éviter la lourdeur du système américain, une différenciation des tarifs selon trois niveaux de consultations risquerait d'apparaître inaboutie et instable. Elle nécessiterait en effet d'effectuer des moyennes ou d'englober des types d'actes distincts en terme de durée et de lourdeur. Ce mode de tarification pourrait au final apparaître moins précis et moins « juste » que l'instauration de majorations liées à certaines situations cliniques ciblées.

A titre d'illustration, la CNAMTS avait fait réaliser une étude en 2003 dans le cadre des réflexions sur la mise en place d'une CCAM clinique. Cette étude avait conduit à distinguer 11 classes de consultations et 10 critères discriminants pour segmenter les consultations<sup>29</sup>. Bien que les travaux n'aient pas abouti, ils faisaient apparaître un besoin de différenciation sensiblement supérieur à trois niveaux de consultation.

---

<sup>29</sup> O Kandel, D Duhot, G Very, J-F Lemasson, P Boissault, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale » La Revue du Praticien. Tome 18 n°656/657, 2004.

## Annexe II

Les limites de ce système sont les suivantes :

- un nombre réduit de catégorie de consultations entraîne des écarts de rémunération importants entre les consultations et un risque de glissement vers les cotations les plus lourdes. C'est notamment ce qui s'est passé dans l'Ontario, le ratio des consultations intermédiaires par rapport aux consultations mineures est passé de 0,3 en 1978/79 à 2,9 en 1994/95<sup>30</sup> ;
- le système peut également s'avérer instable :
  - face au périmètre large de chaque niveau de consultation et à l'imprécision de la description du contenu et des frontières entre les niveaux, un besoin d'affinement supplémentaire du niveau détail et de plus grande différenciation risque d'apparaître, poussant le système vers celui de la CCAM technique ;
  - *a contrario*, le critère de la durée risque, par souci de simplification, de devenir le critère prédominant de cotation des médecins. Dans ce cas, les effets pervers et inflationnistes sont ceux évoqués précédemment.

### **3.1.3.3. Le maintien d'une tarification unique complétée ponctuellement par des majorations ciblées pourrait répondre aux différents objectifs (équité technique/clinique, maîtrise budgétaire)**

Dans le cadre de la convention de juillet 2011 qui relance le projet d'élaboration d'une CCAM clinique, la CNAMTS a chargé l'IPSOS de mener une enquête sur la caractérisation de l'activité clinique. Deux indicateurs ont été retenus : la durée et la pénibilité ressentie.

Les premiers résultats de l'enquête montrent que :

- La durée des consultations varient entre spécialités. En revanche, la dispersion au sein des spécialités peut être plus ou moins importante. Elle est faible par exemple pour les médecins généralistes, les cardiologues et les chirurgiens.
- La variance de la pénibilité est sensiblement plus réduite que la variance de la durée. Sur une échelle de 1 à 10, elle est concentrée entre 2 et 4.

Les constats décrits ci-dessus ont montré que la mise en place d'une CCAM clinique pourrait avoir une valeur ajoutée limitée par rapport au système actuel ou par rapport à l'investissement initial et à la lourdeur de gestion dans le cas d'un dispositif très détaillé sur le modèle américain. Dans tous les cas de figure et quel que soit le choix du modèle, la mise en place d'une CCAM risque de générer des effets pervers d'inefficience (allongement de la durée des consultations) et des effets inflationnistes.

En outre, les études montrent que les écarts à la moyenne en terme de pénibilité et de durée, c'est-à-dire les extrêmes, sont soit en nombre limité, soit bien identifiés en termes de situation clinique. Le maintien d'un tarif unique et l'extension progressive de majorations pour tenir des situations cliniques particulière semble donc être la meilleure option.

Cette solution présente plusieurs avantages :

- elle permettrait de mieux rémunérer certaines consultations qui se distinguent sensiblement de consultations standards en termes de durée et de pénibilité, selon des critères simples et correspondant à des situations cliniques identifiées et prédéfinies (par exemple consultations des enfants de moins de deux ans) ;

---

<sup>30 30</sup> B. Chan, G. Anderson, ME Thériault. "Fee code creep among general practitioners and family physicians in Ontario : Why does the ratio of intermediate to minor assessments keep climbing" CMAJ, mar.24, 1998, 158(6), 749-54.

## Annexe II

- elle éviterait les effets pervers liés notamment à une tarification en fonction de la durée, et les critères seraient facilement contrôlables ;
- elle permettrait de maîtriser l'évolution des dépenses puisque la mise en œuvre des majorations pourrait être progressive dans le temps et fonction des marges de manœuvre budgétaires sur l'ONDAM ;
- elle permettrait de corriger progressivement les iniquités entre spécialités cliniques et techniques avec une efficacité sans doute proche de celle d'un modèle très sophistiqué comme le modèle américain.

La mise en place de ce dispositif suppose cependant qu'il soit davantage formalisé qu'actuellement. En effet, la création au fil de l'eau de majorations présente deux inconvénients : la cohérence dans le temps risque d'être mise à mal du fait de la superposition des différentes majorations et les effets de cliquet de chaque majoration seraient très importants, rigidifiant le dispositif qui a au contraire besoin de souplesse pour tenir compte de l'évolution des pratiques médicales.

Il conviendrait donc de dresser dès à présent une cartographie de l'ensemble des majorations qu'il conviendrait de mettre en place, de chiffrer leur impact sur les dépenses et de prioriser leur mise en œuvre.

Ces majorations correspondraient à des **majorations-cibles** et seraient mises en œuvre progressivement selon un calendrier prévisionnel, en fonction des contraintes budgétaires.

Cette cartographie d'ensemble permettrait d'assurer la cohérence dans le temps de ces majorations qui ont par ailleurs vocation à être limitées en nombre. On peut considérer qu'en dehors de situations cliniques particulières, le tarif unique constitue un tarif moyen permettant de prendre en compte la diversité de l'activité.

La définition de ces majorations devrait dépendre de la négociation conventionnelle.

### **3.2. Les préoccupations budgétaires conjuguées à la négociation conventionnelle compliquent la mise en œuvre de la CCAM**

#### **3.2.1. La négociation conventionnelle et l'objectif de maîtrise des dépenses se heurtent à l'existence de spécialités « perdantes »**

La mise en œuvre de la CCAM a été compromise par la difficulté de générer des spécialités « perdantes » dans le cadre de la réallocation des ressources et donc de maîtriser les dépenses.

##### **3.2.1.1. Le poids de la négociation conventionnelle dans la fixation des tarifs et la structure de l'offre de ville rendent très difficiles l'adoption de baisses tarifaires**

Contrairement au secteur hospitalier pour lequel les tarifs (T2A) sont fixés unilatéralement par les pouvoirs publics, les tarifs de la médecine de ville sont le fruit de la négociation conventionnelle.

Les tarifs cibles de la CCAM, bâtis sur la base d'un objectif de neutralité et d'équité tarifaire entre spécialités, n'ont donc constitué qu'une première étape dans la procédure de tarification définitive des actes. Il revient en effet au final à la négociation conventionnelle de fixer le tarif des actes.

## Annexe II

Or, les premières négociations conventionnelles qui ont accompagné la mise en place de la CCAM en 2005 ont tout de suite fait apparaître la difficulté de réallouer les ressources en générant des spécialités perdantes. La construction des tarifs cibles révélait en effet que certains actes étaient sur-tarifés tandis que d'autres étaient sous-tarifés relativement à leur contenu en travail et au coût de la pratique. Dès lors, le tarif de certains actes aurait dû être baissé.

Une première enveloppe de 180 M€ a donc été octroyée dans le cadre des premières négociations conventionnelles (protocole de février 2005) permettant de revaloriser de 33 % les actes sous-tarifés sans diminuer les autres. Par la suite, la négociation conventionnelle de 2007 a de nouveau montré l'impossibilité d'aboutir à des baisses tarifaires découlant pourtant de l'application directe des tarifs cibles de la CCAM. La seconde étape de convergence s'est ainsi soldée par la revalorisation de 25 % des actes sous-tarifés sans baisse des actes sur-tarifés.

Le principe même de la négociation conventionnelle fondé sur le dialogue avec les syndicats représentatifs des médecins rend l'exercice de la négociation de baisses tarifaires très difficile, ces derniers ayant rarement mandat pour voter des baisses.

En outre, la structure des soins de médecine de ville, fondamentalement différente de celle des soins en établissements, explique également que certaines baisses tarifaires soient rendues plus difficiles pour la médecine de ville.

En effet, alors que les établissements de santé concentrent une offre diversifiée de soins (« casemix »), l'offre en médecine de ville est segmentée, un médecin ne pouvant délivrer qu'un type d'offre de soins (principe de la spécialité). Ainsi, alors que des modifications tarifaires peuvent être absorbées par les établissements *via* une restructuration du casemix, les baisses tarifaires dans la médecine de ville impactent directement la spécialité concernée. En outre, les baisses tarifaires dans les hôpitaux ne sont susceptibles d'impacter qu'indirectement les médecins puisque ces derniers sont salariés tandis qu'elles impactent directement les revenus personnels du médecin dans le cas de la médecine de ville.

### ***3.2.1.2. L'objectif d'équité de la CCAM est peu à peu entré en contradiction avec l'objectif de maîtrise des dépenses publiques devenu prioritaire***

Dans ce contexte, la mise en œuvre de la CCAM s'est révélée coûteuse pour l'Assurance maladie et les finances sociales, ce qui constitue la raison principale de la non convergence et de la non actualisation de la CCAM dans son ensemble.

La CNAMTS se montre en effet défavorable à la réouverture d'une troisième étape de convergence, compte tenu du risque inflationniste sur les dépenses dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. La convention de juillet 2011 ne mentionne d'ailleurs aucun rendez-vous sur ce sujet, ce qui s'explique également par la non actualisation des tarifs cibles jugés désormais obsolètes par les partenaires conventionnels.

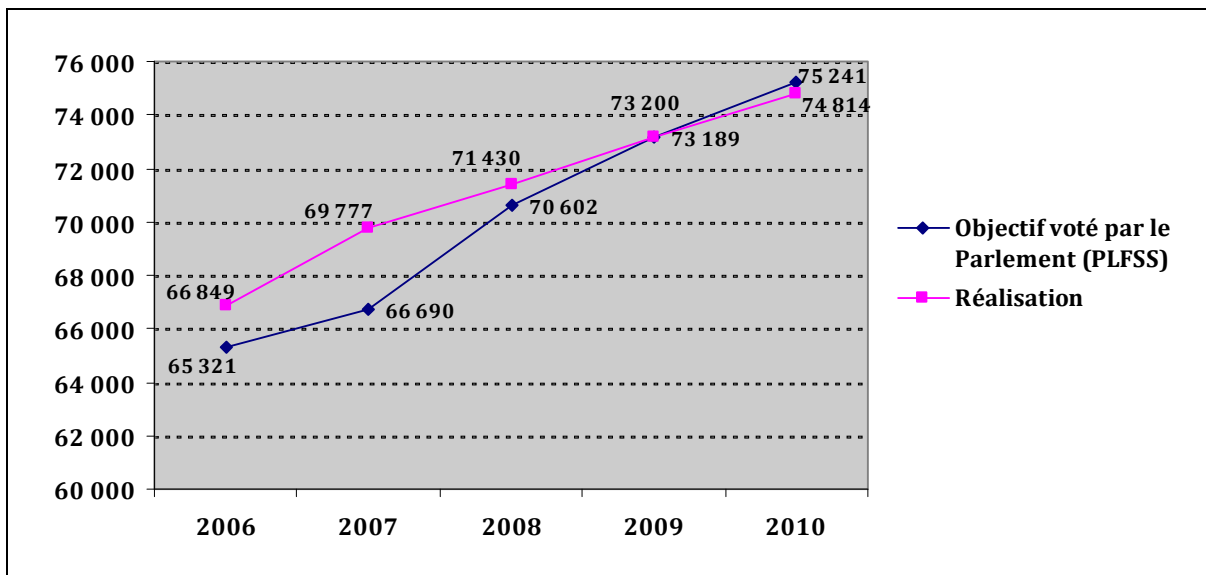
Concernant l'actualisation de la CCAM, la CNAMTS fait état des mêmes risques inflationnistes étant donné les nombreuses demandes reconventionnelles d'augmenter le coût de la pratique et l'incapacité de compenser des réévaluations tarifaires par des diminutions dans le cadre des négociations conventionnelles. La convention du 26 juillet 2011 prévoit cependant, dans son article 28, la « nécessité de redéfinir de nouveaux tarifs cibles ». Le groupe de travail qui devait voir le jour d'ici le 31 décembre 2011 pour définir une nouvelle méthodologie de tarification n'a, à ce jour, pas encore été créé.

### 3.2.2. La priorité donnée à la contrainte budgétaire s'est traduite par le respect depuis 2009 de l'ONDAM de ville

Après une période de croissance des dépenses de ville supérieure à l'objectif fixé par l'ONDAM ville jusqu'en 2007, on constate une inversion de la tendance à partir de 2008, l'écart entre les deux agrégats se resserrant. A compter de 2009, l'ONDAM ville est non seulement respecté mais les dépenses ont même été inférieures de 427 M€ à l'objectif en 2010.

Sur la période 2006/2010, les dépenses de soins de ville ont ainsi progressé moins rapidement que les objectifs d'évolution fixés par l'ONDAM (respectivement 2,8 % contre 3,6 % en taux moyen linéaire).

**Graphique 30 : Ecart entre les objectifs fixés par l'ONDAM ville et les dépenses réalisés (en M€)**



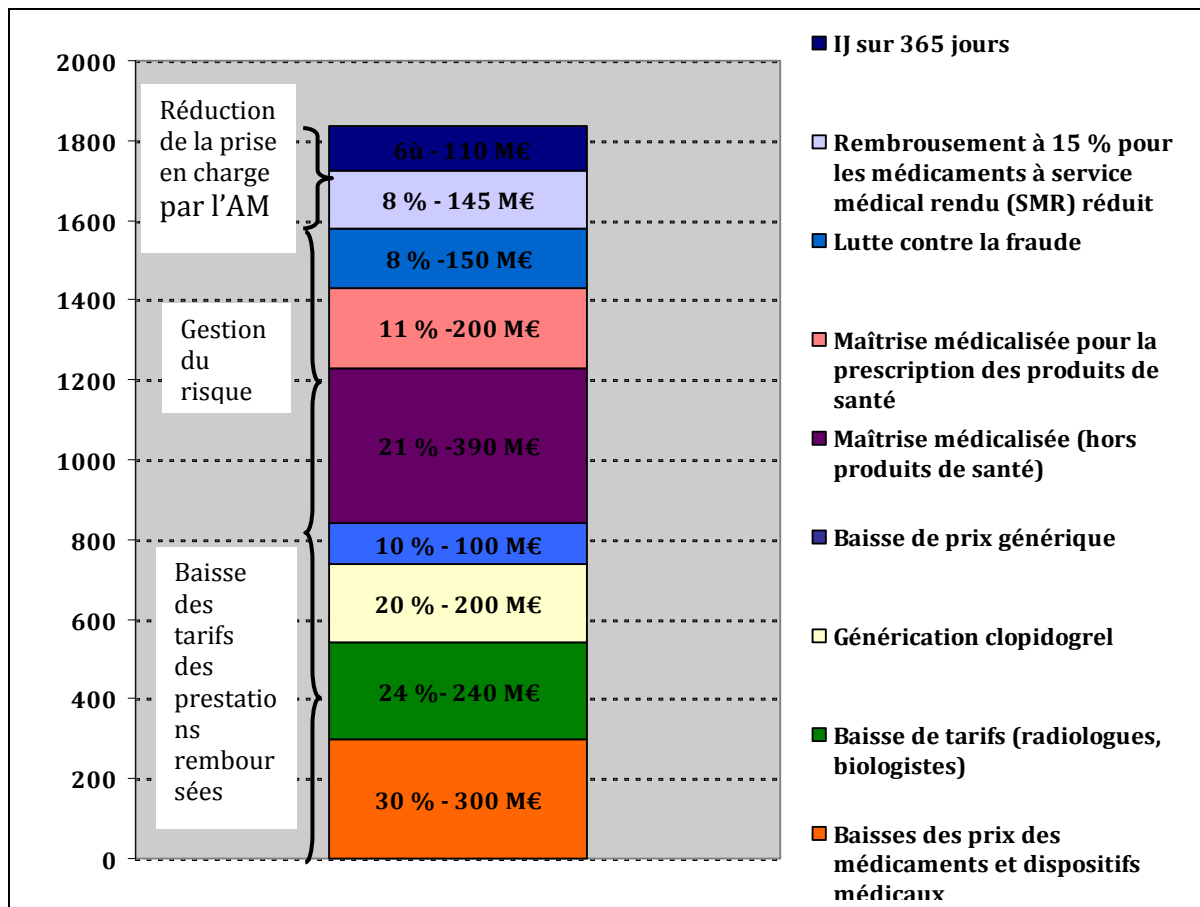
Source : DSS – Retraitement Mission IGF.

Cette maîtrise des dépenses résulte notamment de l'activation de certains leviers par la CNAMTS qui lui ont permis d'envisager des économies à hauteur de 1,8 Md€ en 2010, soit une réduction des dépenses d'environ 2,5 %.

Les principales sources d'économie proviennent principalement de :

- ◆ la baisse des tarifs (près de la moitié du total des économies)
  - baisse des prix des médicaments (baisse des prix des médicaments et des génériques, générication de certains médicaments). Cette baisse représente près des  $\frac{3}{4}$  de la baisse des tarifs ;
  - baisse des tarifs des biologistes ;
  - baisse des tarifs CCAM via la baisse des forfaits techniques des radiologues.
 Ces deux derniers postes représentant à eux deux  $\frac{1}{4}$  de la baisse des tarifs ;
- ◆ la gestion du risque (maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude) : 40 % des économies ;
- ◆ la réduction de la part prise en charge par l'Assurance maladie : 14 % des économies.

Graphique 31 : Mesures d'économie prévues pour l'ONDAM 2010



Source : Cour des comptes, SS 2011, d'après PLFSS 2010, annexe 9 – Retraitement Mission IGF.

### 3.3. Face à ces difficultés, la CNAMTS a retenu une approche diversifiée tenant compte des revenus plus que des tarifs cibles

Dès lors qu'une approche ciblée sur les spécialités techniques ne permet pas d'atteindre efficacement l'équité tarifaire, la CNAMTS a retenu une approche plus large en construisant sa politique tarifaire à partir des revenus effectivement perçus par les médecins.

#### 3.3.1. L'ambiguïté des textes juridiques et l'organisation de la gouvernance de la CCAM confèrent à la CNAMTS une large palette d'outils de pilotage des tarifs

##### 3.3.1.1. Les outils de maîtrise des dépenses apparaissent a priori plus limités pour la CCAM que pour la T2A

Les leviers de maîtrise des dépenses relevant de la CCAM apparaissent plus limités que pour les dépenses hospitalières pour les raisons suivantes :

- ♦ la tarification des soins de ville relève d'après les textes de loi de la négociation conventionnelle. Contrairement au secteur hospitalier, l'évolution des dépenses de ville n'est donc pas soumise directement à une enveloppe budgétaire fermée mais simplement à un objectif de progression de l'ONDAM ville non contraignant ;

## Annexe II

- ◆ l'ONDAM ville n'est pas structuré selon le découpage des différentes nomenclatures tarifantes constituant les soins de ville (CCAM, NGAP, actes de biologies, médicaments). Au sein de cet ensemble, il n'existe donc pas de norme de dépenses encadrant spécifiquement les dépenses liées à la CCAM (voir annexe III) ;
- ◆ alors que l'élaboration des tarifs T2A est calée sur le calendrier de la fixation de l'ONDAM (soit une révision annuelle), la convention sur les soins de ville est signée pour une durée de 5 ans et est donc dissociée des objectifs budgétaires annuels de l'ONDAM ville.

Au final, alors que l'ensemble des tarifs T2A sont recalculés chaque année en tenant compte à la fois de l'objectif de respect des coûts, de respect de l'ONDAM et des priorités de santé publique, la maîtrise des dépenses et les priorités de santé publique sont prises en compte dans les tarifs CCAM non de façon globale, exhaustive et annuelle mais de façon ponctuelle et ciblée sur certains actes ou certaines spécialités. Dans le domaine de la médecine de ville, les marges de manœuvre laissées à la CNAMTS sont limitées par le champ de la négociation conventionnelle.

Les objectifs de santé publique sont pris en compte de façon mais de façon plus indirecte également que pour la T2A. Cette prise en compte se fait via les choix d'introduction d'actes nouveaux ou via la création ou l'extension de modificateurs.

### **3.3.1.2. Pour autant, l'ambiguïté des textes juridiques sur la gouvernance des tarifs et des règles annexes confère de fait une place importante à l'UNCAM**

Bien que partagée entre l'Assurance maladie et les partenaires conventionnels, l'UNCAM conserve un rôle central dans la fixation des tarifs et des compléments aux tarifs (modificateurs, règles d'association...).

#### **3.3.1.2.1. La fixation du tarif apparaît partagée entre convention et décision UNCAM**

En application de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, **la fixation des tarifs incombe exclusivement aux partenaires conventionnels**<sup>31</sup>.

Dans le cadre de la mise en place de la CCAM, la loi et ses applications réglementaires ont nuancé la compétence exclusive des conventions en matière de tarification des actes :

- ◆ d'une part, les tarifs fixés en application des conventions doivent être « *déterminés d'après la liste des actes et des prestations* » établie par l'UNCAM<sup>32</sup>. Seule l'UNCAM peut prendre la décision de créer, de modifier et de supprimer un acte. Si l'acte médical n'a pas été inscrit par l'UNCAM dans la liste, les partenaires conventionnels ne peuvent le tarifer ;
- ◆ d'autre part, l'article R.162-52 du code précité indique que c'est l'UNCAM qui « *définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation établies (...) à l'article L.162-1-7* ». L'UNCAM aurait donc également la possibilité de tarifer les actes à condition de respecter les règles de hiérarchisation, c'est-à-dire d'aligner le tarif de l'acte sur le tarif cible.

---

<sup>31</sup> les conventions médicales, conclues pour une durée de cinq ans, « *définissent les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux* ».

<sup>32</sup> Article R.162-52 du code de la sécurité sociale.



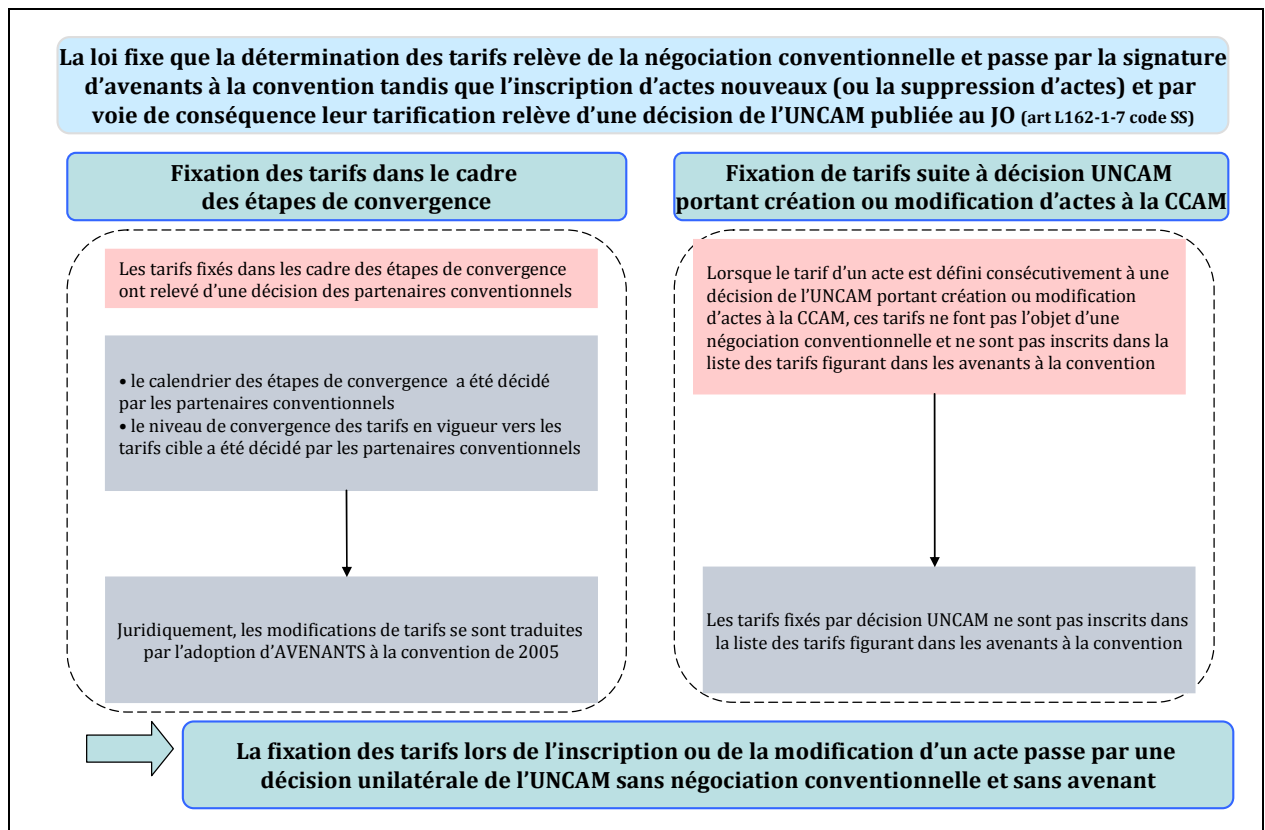
## Annexe II

La détermination des tarifs est ainsi partagée entre la compétence des partenaires conventionnels et celle de l'UNCAM mais selon des modalités et une possibilité d'action différentes : pour les partenaires conventionnels, la possibilité de tarifier l'acte se fait sans restriction à condition que l'acte soit inscrit à la CCAM ; pour l'UNCAM, la possibilité de tarifier l'acte est soumise au respect des règles de hiérarchisation<sup>33</sup>.

Dans la pratique, les modifications de tarifs intervenues dans le cadre des étapes de convergence ont été décidées par la voie d'avenants conventionnels. En revanche, la tarification des actes nouveaux est systématiquement réalisée par l'UNCAM. L'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale précise en effet que les tarifs des actes nouveaux sont publiés au Journal officiel, sans mentionner le besoin d'un avenant conventionnel.

L'UNCAM fait d'ailleurs une utilisation extensive de cette possibilité sur la base d'une conception élargie d'un acte nouveau. En effet, non seulement, elle fixe le tarif des actes nouveaux, dans le respect de la procédure de hiérarchisation en vigueur, mais dès lors qu'un acte est modifié soit pour intégrer les évolutions du progrès technique, soit pour détailler davantage la nomenclature, cela se traduit également par l'inscription d'actes nouveaux et, en conséquence, par leur tarification sur décision unilatérale de l'UNCAM. A ce titre, les tarifs des actes nouveaux introduits dans la CCAM par l'UNCAM ne figurent pas dans les conventions et avenants.

**Graphique 32 : Procédure de fixation des tarifs en vigueur**



*Source : Mission IGF.*

<sup>33</sup> Il convient cependant de souligner que la CHAP, qui vote la hiérarchisation de l'acte inclut les partenaires conventionnels et qu'à ce titre, ces derniers participent de la fixation d'une partie du tarif. En outre, le coût de la pratique qui est ajouté au contenu en travail médical, même s'il ne fait pas l'objet de discussions en CHAP, a été validé à l'origine en accord avec les partenaires conventionnels. Il n'en demeure pas moins que c'est actuellement l'UNCAM qui procède de façon unilatérale à l'appariement des différents agrégats et au calcul du tarif final des actes nouveaux.

## Annexe II

### 3.3.1.2.2. *Au-delà du tarif, il existe un ensemble de règles ayant un impact majorant ou minorant sur les tarifs et qui sont également partagées entre UNCAM et convention*

De la même façon que pour la fixation du tarif, les conditions d'application de ce tarif apparaissent partagées entre la négociation conventionnelle et l'UNCAM :

- ◆ l'article L.162-5 précise que les conventions « *définissent également le cas échéant les conditions dans lesquels les tarifs et les rémunérations (...) peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités* » ;
- ◆ l'article L.162-1-7 indique quant à lui que « *les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation (...) sont décidées par l'UNCAM* ». Les conditions d'inscription renvoient aux « *indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation* » mentionnés à l'alinéa du même article.

Il résulte de ces dispositions que les décisions relatives à la création et à la modification des modificateurs et des suppléments codés en YYYY sont partagées entre la convention et l'UNCAM.

Cependant, les modificateurs comme les suppléments étant inscrits et codés dans la CCAM au même titre que les actes de la CCAM et s'apparentant donc à des actes<sup>34</sup>, les décisions conventionnelles doivent nécessairement être complétées par une décision UNCAM pour pouvoir être mises en œuvre puisqu'il revient exclusivement à l'UNCAM de modifier la liste des actes.

Par la suite, la tarification du modificateur ou du supplément répond aux mêmes règles que pour la tarification d'un acte et contient donc les mêmes ambiguïtés dans la répartition des compétences entre convention et décision UNCAM.

La pratique révèle d'ailleurs le partage des compétences et sa complexité :

- ◆ l'extension fin 2007 de la liste des actes ouvrant droit à la facturation du supplément pour archivage numérique (YYYY187) a donné lieu à la fois à un avenant (n° 26) à la convention et à une décision UNCAM (13 décembre 2007) ;
- ◆ la baisse du tarif du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées (YYYY030) est quant à elle exclusivement le fait d'un avenant de 2007. En revanche, la suppression de ce même supplément en 2011 est le fait d'une décision UNCAM ;
- ◆ enfin, la convention de juillet 2011 a posé le principe de l'extension de la liste des actes et prestations donnant droit à la majoration forfaits modulables (modificateur K). Cette décision reste cependant soumise une décision UNCAM puisque toute modification d'un acte, incluant ses conditions d'inscription, relève de l'UNCAM.

S'agissant des **règles d'association** des actes, le conseil d'État a jugé, dans son arrêt du 4 février 2011, que les règles d'association (qui ont pour objet de moduler le tarif du deuxième acte réalisé) ne doivent pas être considérées comme « une modification des tarifs, qui n'incombe qu'aux seuls partenaires conventionnels en application de l'article L.162-14-1 du CSS, mais comme une règle particulière de hiérarchisation des actes visant à tenir compte des conditions de leur réalisation ». Dès lors, l'UNCAM est compétente pour édicter ces règles en vertu des dispositions de l'article L.162-1-7.

---

<sup>34</sup> « Il n'appartient qu'à l'UNCAM d'inscrire un acte nouveau sur cette liste, fût-il dénommer acte majorant ou supplément », décision du conseil d'État, 21 juillet 2009.

## Annexe II

Dans la pratique, la modification des règles d'association a effectivement relevé d'une décision UNCAM. C'est le cas de la modification des règles d'association des actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie intervenue par décision UNCAM du 5 mars 2009.

Enfin, concernant les **forfaits techniques** (IRM, scanner...), ces derniers n'étant pas rattachés aux actes de la CCAM, la fixation de leur tarif n'est pas soumise à une décision de l'UNCAM et relève des conventions médicales. En revanche, la fixation des règles de tarification de ces forfaits relève quant à elle de l'UNCAM et sont décrites dans le livre III sur le fonctionnement de la CCAM. A ce titre, la minoration à 50 % du second forfait technique de scannographie est issue d'une décision UNCAM en 2011.

L'UNCAM a également modulé les tarifs de la CCAM par l'introduction de forfaits venant rémunérer des surcoûts liés à certains actes, rétablissant par là le principe initialement fixé dans la CCAM pour le calcul du coût de la pratique.

Il existe actuellement deux forfaits introduits en 2009 par décision UNCAM :

- ◆ le forfait vidéo capsule : il s'agit d'un forfait pour le matériel à usage unique nécessaire à la réalisation de l'acte « exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée ». Ce forfait est facturable soit par le praticien libéral qui réalise l'acte, soit par la structure de soins où est réalisé l'acte ;
- ◆ le forfait sécurité dermatologie : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de naevus cellulaires ou de tumeurs malignes cutanées lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

**Tableau 23 : Synthèse de la répartition du pouvoir décisionnel entre convention et UNCAM sur les actions de modification de la CCAM**

Décision impactant la CCAM	Nature de la compétence	Structure décisionnelle compétente	Support juridique de la décision	Texte applicable (CSS)
Introduction/ modification/ suppression d'un acte	Compétence exclusive	UNCAM	Décision UNCAM paraissant au JO	Art. L 162-1-7
Fixation du tarif CCAM	Compétence partagée	Règle générale : négociation conventionnelle	Convention/Avenant	Art. L.162-14-1
		Exceptions : UNCAM pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acte nouveau</li> <li>▪ possibilité d'application du tarif cible à l'ensemble des actes</li> </ul>	Décision UNCAM (JO)	Art. R.162-52
Modificateur et supplément tarifaire (chapitre 19)	Mêmes règles que pour les actes CCAM			
Règles d'association	Compétence exclusive	UNCAM	Décision UNCAM	Art. L 162-1-7
Forfaits techniques <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Règles de tarification</li> <li>▪ Fixation du tarif</li> </ul>	Compétence exclusive	UNCAM	Décision UNCAM	Art. L 162-1-7 et livre III
	Compétence exclusive	Négociation conventionnelle	Convention/Avenant	Art. L.162-14-1

*Source : Mission IGF.*

## Annexe II

Au final, la répartition des compétences entre la convention et l'UNCAM est complexe et semble parfois se chevaucher, ce qui a donné lieu à plusieurs contentieux.

Ainsi, depuis la seconde étape de convergence et l'avenant 24 du 10 septembre 2007, les décisions de modification de la CCAM ont principalement été décidées par la voie d'une décision de l'UNCAM. Dans la majorité des cas, il s'agit de l'introduction ou de la modification d'actes nouveaux accompagnés de leur tarification, ou de la modification des conditions de réalisation des actes.

**Tableau 24 : Supports juridiques des modifications apportées à la CCAM**

Version	Date d'effet	Publication des textes au JO	Arrêté de l'avenant conventionnel	Décision UNCAM
Version 1	31/03/2005	30/03/2005	21/03/2005	11/03/2005
Version 2	01/09/2005	26/08/2005	16/08/2005	18/07/2005
Version 3	15/04/2006	30/03/2006	23/03/2006	18/07/2005
Version 4	17/05/2006	16/05/2006	23/03/2006	27/04/2006
Version 5	01/07/2006	30/06/2006		29/06/2006
Version 6	16/09/2006	15/09/2006	23/03/2006	31/07/2006
Version 7	16/04/2007	15/04/2007	23/03/2006	24/01/2007
Version 8	16/05/2007	15/05/2007	23/03/2006	12/03/2007
Version 9	28/06/2007	27/06/2007	14/06/2006	03/04/2007
Version 10	12/09/2007	11/09/2007	10/09/2007	23/08/2007
Version 11	28/12/2007	27/12/2007	21/12/2007	
Version 12	14/03/2008	13/03/2008		13/12/2007
Version 13	01/05/2008	12/09/2007	10/09/2007	
Version 14	16/10/2008	03/10/2008		01/07/2008
Version 15	21/12/2008	21/11/2008		17/09/2008
Version 16	28/05/2009	28/04/2009		19/01/2009
Version 17	19/10/2009	19/09/2009		09/07/2009
Version 18	01/01/2010	31/12/2009		28/09/2009
Version 19	01/02/2010			
Version 20	01/05/2010	04/04/2010		11/02/2010
Version 21	25/05/2010	25/04/2010		18/01/2010
Version 22	30/09/2010	31/08/2010		26/05/2010
Version 23	25/01/2011	26/12/2010		16/11/2010
Version 23	01/03/2011			
Version 24	18/06/2011	19/05/2011		21/02/2011

*Source : CNAMTS, juin 2011.*

### **3.3.1.3. La procédure d'introduction et de tarification des actes nouveaux place l'UNCAM au cœur du pouvoir décisionnel**

La procédure de maintenance de la CCAM est sous la responsabilité finale de l'UNCAM bien qu'elle fasse intervenir de très nombreux acteurs.

◆ **Première étape : la décision d'inscription de l'acte à la CCAM**

La décision de proposer un acte nouveau à la CCAM revient à l'UNCAM en application de l'article R.162-52. Après avoir informé les acteurs concernés<sup>35</sup>, la proposition de l'UNCAM est soumise pour avis à la HAS qui dispose de six mois pour rendre son avis conformément au texte.

Dans la pratique, les sociétés savantes, le ministère de la santé, et l'ATIH ont également la possibilité de proposer l'inscription d'un acte nouveau. Cependant, cette possibilité n'étant pas prévue par les textes, la HAS n'est, dans ce cas, ni dans l'obligation de répondre, ni soumise à un délai de réponse.

La HAS se prononce principalement sur le niveau de service attendu (SA) de l'acte, le niveau d'amélioration du service attendu (ASA), et sur l'inscription, les conditions de réalisation et la radiation de l'acte.

Le département des actes de la CNAMTS (DAct) et l'ATIH sont chargés de la définition des codes et des libellés. Les sociétés savantes sont généralement consultées.

C'est à l'UNCAM que revient la décision définitive d'inscrire ou non l'acte.

◆ **Deuxième étape : la hiérarchisation de l'acte**

La hiérarchisation d'un acte résulte dans un premier temps d'un travail d'experts puis d'une validation par une double représentation UNCAM/syndicats au sein de la CHAP.

Dans un premier temps, l'acte est hiérarchisé par les experts de l'acte désignés à partir d'une liste transmise par la société savante concernée. La composition de cette liste est paritaire entre les représentants du secteur public et privé. Ces experts hiérarchisent les actes en scorant les différentes composantes (stress, compétence technique, durée, effort mental) en tenant compte d'actes de référence de leur spécialité (hiérarchisation intra spécialité).

La proposition des experts de l'acte est ensuite transmise à l'instance de cohérence qui est chargée de la hiérarchisation inter-spécialités. Cette instance est composée de 12 membres (50 % public/50 % privé) : quatre chirurgiens, quatre anesthésistes, deux médecins spécialistes de discipline changeant chaque année et deux experts de la hiérarchisation.

Si l'instance de cohérence modifie de plus ou moins 20 % le score travail proposé par le groupe de hiérarchisation, le dossier de l'acte est représenté à un nouveau groupe de travail de hiérarchisation pour réévaluer le score travail. La CHAP est informée de la mise en œuvre de cette nouvelle hiérarchisation.

A l'issue de l'instance de cohérence, la proposition de hiérarchisation est soumise à la CHAP pour validation. La CHAP constitue l'une des instances centrales de la procédure puisque, outre son rôle de définition des règles de hiérarchisation, c'est elle qui valide la hiérarchisation de l'acte à partir de laquelle le tarif sera défini.

---

<sup>35</sup> Il s'agit des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'union nationale des professions de santé, des organisations représentatives des professionnels de santé autorisés à pratiquer l'acte et des organisations représentatives des établissements de santé.

**Encadré 9 : Le rôle de la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations (CHAP)**

Cette commission a pour objet de **définir les règles de hiérarchisation des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance maladie** et de **valider la hiérarchisation** qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes. Elle s'appuie sur les travaux d'évaluation médicale de la commission d'évaluation des actes professionnels (CEAP).

La commission est composée de représentants des **syndicats représentatifs des médecins libéraux** et de représentants de l'**UNCAM**. Elle comprend deux collèges équilibrés en nombre :

- ◆ le collège professionnel, composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant ;
- ◆ le collège de l'UNCAM comprenant 7 membres, avec pour chacun d'eux un suppléant. Chacun des membres du collège de l'UNCAM dispose de deux voix ;
- ◆ un président désigné d'un commun accord par les membres des commissions.

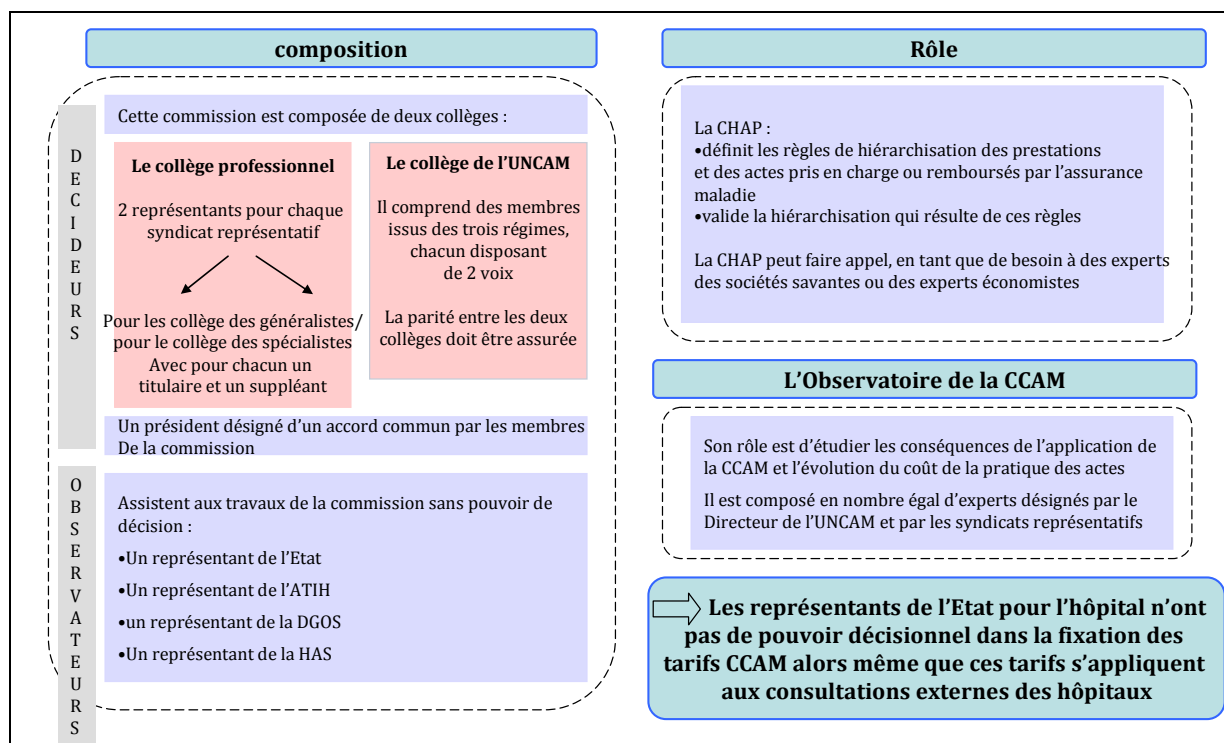
Assistent aux travaux sans pouvoir de décision :

- ◆ un représentant de l'Etat et son suppléant ;
- ◆ un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), ex-direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) ;
- ◆ un représentant de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle est donc composée à égalité de représentants des caisses et des syndicats médicaux représentatifs. Le secrétariat de la CHAP est assuré par le département des actes de la CNAMTS.

Toutes les décisions sont prises par vote au sein de cette seule instance qui les propose au directeur de l'UNCAM.

**Graphique 33 : Composition et rôle de la CHAP et de l'Observatoire de la CCAM**



Source : Mission IGF.

## Annexe II

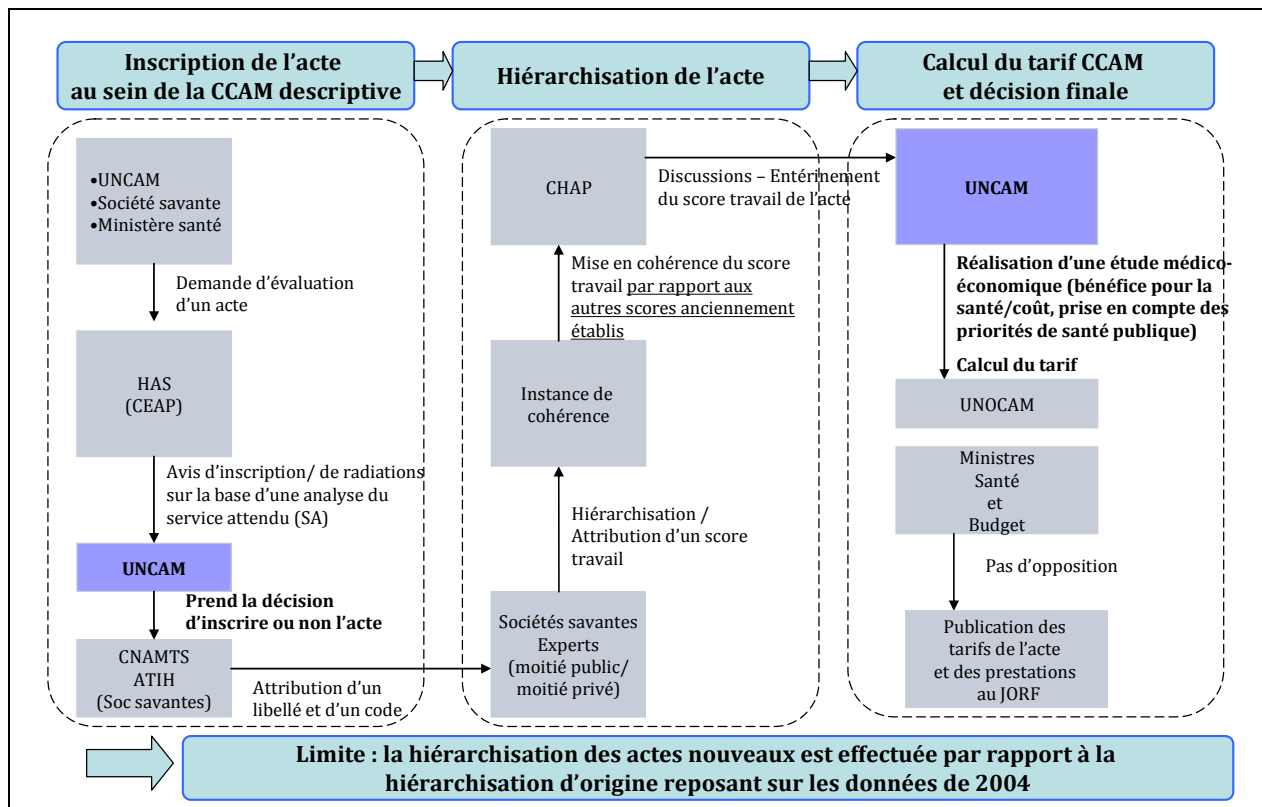
- ◆ Troisième étape : la réalisation d'une étude médico-économique et le calcul du tarif par l'UNCAM

Sur la base de l'ensemble des éléments d'information fournis lors des différentes étapes de la procédure, l'UNCAM élabore un dossier fournissant une analyse de la valeur ajoutée de l'acte sur le plan médical et évaluant son impact financier.

La décision d'inscription de l'acte et l'étude médico-économique sont ensuite transmises aux ministres accompagnés de l'avis de la HAS, et, pour avis, à l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaires (UNOCAM). Les ministres ont 45 jours pour s'opposer à la décision.

La décision d'inscription de l'acte à la CCAM ainsi que son tarif sont publiés au Journal officiel.

**Graphique 34 : Procédure de création ou de modification d'un acte à la CCAM**



Source : Mission IGF.

### 3.3.1.4. La validation de la hiérarchisation des actes par les partenaires conventionnels en CHAP pose question au regard de la logique de la CCAM

L'objectif d'équité entre spécialités recherché par la CCAM impliquerait que le travail de hiérarchie des actes échappe à la négociation et soit entièrement confié à des experts afin que cette hiérarchie soit la plus objective possible.

En effet, en dépit d'une méthode quasi-scientifique, la hiérarchisation des actes inscrits à la CCAM a fait l'objet de rapports de force entre syndicats médicaux. Au final, la hiérarchie des actes de la CCAM intègre ces rapports de force et s'éloigne donc en partie de la hiérarchie des coûts. Pour certaines spécialités, les syndicats n'ont pas permis que la hiérarchie antérieure des actes, largement issue des négociations conventionnelles, soit remise en question.



## Annexe II

De plus, afin d'éviter de « faire des perdants » il a été prévu que la convergence des tarifs s'étale dans le temps, et de seulement appliquer, dans un premier temps, les revalorisations tarifaires, engendrant un surcoût pour l'Assurance maladie.

Ainsi, si la tarification finale des actes dépend de la négociation conventionnelle, il apparaît en revanche souhaitable que la hiérarchisation des actes soit uniquement décidée par des experts plutôt que par les partenaires conventionnels afin de privilégier sa neutralité au regard des coûts.

Au-delà de la hiérarchisation des actes, la CHAP sert également aux syndicats d'instance de relai à la négociation conventionnelle. La CHAP constitue en effet un lieu de revendication pour les syndicats pour appuyer la mise en œuvre des engagements pris dans la convention (comme par exemple l'extension de certains modificateurs ou l'introduction d'actes nouveaux...).

### ***3.3.1.5. La procédure d'inscription des actes nouveaux manque de formalisme et de lisibilité***

#### ***3.3.1.5.1. Le fonctionnement de la CHAP se caractérise par un faible formalisme et par un rôle important donné à l'UNCAM***

L'UNCAM dispose de pouvoirs importants dans le fonctionnement de la CHAP. La CNAMTS assure en effet le secrétariat de la CHAP et fixe l'ordre du jour des réunions. Un calendrier des réunions est établi annuellement par la CNAMTS au mois de septembre de l'année précédente. Ce calendrier est articulé avec celui des instances de cohérence et essaie de prendre en compte le calendrier de la HAS.

Chaque réunion de CHAP fait l'objet de réunions préparatoires au sein du département des actes médicaux de la CNAMTS. Les autres régimes sont invités ainsi que la DSS et la DGOS.

Par ailleurs, les procédures entourant le fonctionnement de la CHAP sont peu formalisées :

- ◆ le règlement intérieur de la CHAP est très succinct ;
- ◆ les règles de hiérarchisation fixées par la CHAP ne sont pas écrites ;
- ◆ il n'existe pas de compte rendu des réunions de la CHAP, mais seulement des relevés de décision compte tenu des contestations récurrentes des syndicats sur les comptes rendus.

#### ***3.3.1.5.2. La procédure d'inscription d'un acte nouveau manque de visibilité et la mise à jour de la CCAM descriptive n'est pas pleinement satisfaite***

Si l'actualisation des tarifs 2004 de la CCAM n'a pas été réalisée, la mise à jour de la CCAM descriptive n'est pas non plus pleinement satisfaisante que ce soit en raison de la non inscription d'actes dont l'utilité médicale paraît pourtant avérée ou de la longueur des délais d'inscription des actes nouveaux.

S'appuyant sur le flou des textes juridiques, il est admis que d'autres acteurs que l'UNCAM (notamment DGOS, sociétés savantes...) aient la possibilité de demander l'introduction d'un acte nouveau et de le soumettre pour avis à la HAS. Il apparaît cependant que lorsque la demande d'inscription d'un acte nouveau n'émane pas de l'UNCAM, l'issue de la procédure est incertaine, et le délai est sensiblement plus long. En témoigne une liste d'actes dressée par l'ATIH qui n'ont toujours pas fait l'objet d'une inscription alors même qu'ils ont reçu un avis positif de la HAS.

## Annexe II

Pour certains actes, l'avis rendu par la HAS remonte à 2006, 2007, 2008. A titre d'illustration, la HAS a rendu un avis positif en 2008 sur les actes de pose, de changement et d'ablation concernant l'assistance circulatoire mécanique, le service attendu est jugé suffisant et l'amélioration du service rendu élevé. Pour autant, aucune suite n'a été donnée à la demande d'inscription. De même, il s'est écoulé près de cinq ans entre l'avis de la HAS (13/12/2006) et la mise à l'ordre du jour de la CHAP du « Fibroscan » en 2011.

Compte tenu de l'incertitude sur les débouchés des demandes issues des autres acteurs et des contraintes en terme de ressources, la HAS a indiqué à la mission avoir pris la décision de limiter désormais ses avis aux demandes relevant exclusivement de l'UNCAM.

**Tableau 25 : Liste des demandes d'inscription faites par l'ATIH ayant reçu un avis favorables de la HAS mais non encore suivies d'inscription à la CCAM**

Libellé d'acte	Date avis HAS	Type avis
Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire Technique DIEP - Document d'avis	6 juillet 2011	SA suffisant ; ASA IV
Oesophagectomie avec œsophagogastroplastie, par thoroscopie - Document d'avis	21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)
Hépatectomie droite par cœlioscopie - Document d'avis	21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)
Photochimiothérapie extracorporelle- Document d'avis	17 mars 2010	SA suffisant ; ASA III
Neuromodulation sacrée	13 janvier 2010	SA suffisant ; ASA II ou IV selon indications
Évaluation de la chirurgie vasculaire par cœlioscopie	22 juillet 2009	SA suffisant sous conditions ; ASA inconnu pour 19 libellés ;
Assistance par ordinateur au cours d'une arthroplastie du genou (navigation)	10 juin 2009	SA suffisant ; ASA inconnu
Assistance circulatoire mécanique - Avis sur les actes pose, de changement et d'ablation	30 janvier 2008	SA suffisant ; ASA élevé
Colectomies par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	25 avril 2007	SA suffisant ; ASA modéré/ mineur/absent /non déterminé selon les actes et indications
Traitement arthroscopique de l'épicondylite	21 juin 2006	SA non déterminé

*Source : ATIH.*

De façon générale, les acteurs disposent d'une faible visibilité sur les différentes étapes de la procédure et sur l'état d'avancée de leur demande. En effet, l'UNCAM, dont dépend la décision finale, ne fournit pas d'information sur l'état d'avancement ou sur les motivations de ces décisions. Les seules contraintes de délai reposent sur la HAS qui dispose de 6 mois renouvelable pour rendre son avis, l'UNCAM étant ensuite entièrement maître du calendrier, les textes juridiques ne lui fixant aucune obligation de délai pour rendre sa décision. En outre, l'ordre du jour de la CHAP étant fixé par l'UNCAM, seule celle-ci a la possibilité d'y inscrire la hiérarchisation d'un acte nouveau.

Au final, les délais d'inscription des actes nouveaux peuvent se révéler très longs (cf. supra). Pour remédier à ce constat qui pénalise la mise à jour de la CCAM descriptive, un décret récent du 23 janvier 2012 est venu resserrer les délais de différents acteurs intervenant dans la procédure.

## Annexe II

La notice du décret constate en effet qu'alors que la procédure d'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables est encadrée par des délais (180 jours), « la procédure d'inscription des actes à la classification commune des actes médicaux ne l'est pas, ce qui peut retarder la mise en œuvre de nouvelles pratiques thérapeutiques puisque le dispositif médical peut être pris en charge alors que l'acte qui lui est associé ne l'est pas encore ». Le décret réduit donc, pour les dispositifs médicaux innovants, de 6 mois à 21 jours le délai dans lequel l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM) rend son avis et de 45 à 15 jours le délai d'opposition des ministres. En revanche, cette réduction ne concerne que les actes innovants et le décret ne fixe pas de délai à l'UNCAM pour rendre sa décision, après rendu de l'avis de la HAS.

**Par ailleurs, les critères déterminant le choix de l'inscription d'un acte nouveau sont flous et non formalisés.** La HAS regrette l'absence de retour de la part de l'UNCAM sur les avis qu'elle rend et les raisons qui entraînent l'inscription de certains actes plutôt que d'autres. Par exemple, le critère implicite de la CNAMTS pour mettre un acte à l'ordre du jour de la CHAP semble être une augmentation du service attendu (ASA) de niveau 3, sans pour autant que cette règle ne soit formalisée.

L'absence de communication entre l'Assurance maladie et l'ATIH peut également retarder des mises à jour de la classification GHM (cf. courrier du 08/02/2011 de l'ATIH demandant l'inscription d'actes potentiellement classant à la CCAM, resté sans réponse).

Au final, l'inertie de la procédure et son manque de transparence provoquent parfois une incompréhension des professionnels. Cette incompréhension incite les professionnels à coder des actes par assimilation, pratique non autorisée, source de redressement de la part de l'Assurance maladie et de contentieux.

### ***3.3.1.6. Les représentants du secteur hospitalier ne font pas partie de la procédure décisionnelle***

Les acteurs hospitaliers sont associés à la procédure d'introduction d'un acte nouveau d'une part parce qu'ils ont la possibilité *via* le ministère de la santé de proposer l'introduction d'actes nouveaux, d'autre part parce que les experts désignés par les sociétés savantes pour effectuer la hiérarchisation de l'acte sont issus à parité du secteur libéral et du secteur hospitalier.

En revanche, les représentants du secteur hospitalier ne figurent pas dans les instances représentatives de la CHAP au côté de l'UNCAM et des syndicats de médecins libéraux. Dès lors, le secteur hospitalier ne dispose pas d'un pouvoir décisionnel sur cette hiérarchisation alors même que le tarif de l'acte qui en résulte s'applique aux consultations externes à l'hôpital ;

Or les enjeux liés à l'inscription d'un acte sont importants tant en terme de codage que de tarification :

- ◆ les enjeux liés au codage :

L'inscription d'un acte à la CCAM conditionne sa prise en charge par l'Assurance maladie. En application de l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale, seuls les actes inscrits à la CCAM peuvent être pris en charge ou remboursés par l'Assurance maladie.

Si un acte n'est pas inscrit dans la CCAM, il incite donc à la pratique du codage par assimilation, qui est pourtant interdite. Le codage par assimilation permet de donner un code et un libellé à l'acte et surtout qu'il soit pris en charge par l'Assurance maladie ;

## Annexe II

- ◆ les enjeux liés à la tarification

L'enjeu pour les hôpitaux porte plus précisément sur les actes nouveaux à fort contenu en innovation. Cet enjeu est d'autant plus sensible que certains actes lourds ou innovants commencent par être délivrés dans les hôpitaux afin d'être transférés, dans un second temps, dans la médecine de ville.

Cet enjeu est particulièrement sensible lorsque la nouvelle technologie coûte plus chère que l'ancienne et que les praticiens sont contraints de coder par assimilation sur une tarification sous-évaluée. La fédération des cliniques a ainsi mentionné l'introduction d'une nouvelle technologie pour les varices qui n'a été inscrite à l'ordre du jour qu'en septembre 2011 alors que la HAS avait rendu un avis positif en 2008 et que durant cette période, les médecins ont codé sur un acte moins bien tarifé.

L'aspect nécessairement plus élevé de la tarification des actes nouveaux doit cependant être nuancé. Les nouvelles technologies permettent également de réduire la durée des actes et le niveau de stress (notamment parce qu'elles réduisent les interventions par voie ouverte). Par exemple, la cholécystectomie par coelioscopie qui constitue une pratique alternative à la cholécystectomie par laparotomie aurait dû, d'après l'appréciation du Président de la CHAP, être introduite dans la CCAM à un tarif moindre.

Or l'impact de la CCAM sur les soins délivrés en établissements de santé est important :

- ◆ Près de 70 % des actes inscrits à la CCAM constituent des actes servant à la constitution des GHM.

La CCAM compte 5 107 libellés d'actes classants en 2010.

**Tableau 26 : Répartition par chapitre de la CCAM des actes classants**

Chapitre	Nombre de libellés
1	352
2	290
3	100
4	915
5	64
6	294
7	758
8	640
9	21
10	34
11	218
12	256
13	378
14	462
15	40
16	242
17	42
18	1
Total	5107

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

- ◆ 6,5 % des actes inscrits à la CCAM (soit 484 libellés) n'ont pas de tarifs parce qu'ils ne sont réalisés qu'à l'hôpital (hors chapitre 18 et 19).

## Annexe II

**Tableau 27 : Liste des actes non pris en charge et non tarifés (V22)**

Chapitre	Nombre de libellés d'actes	Nombre de libellés d'actes avec un tarif	Nombre de libellés d'actes non pris en charge	Nombre de libellés d'actes sans tarif
1	525	486	29	10
2	385	346	33	6
3	138	116	12	10
4	1164	1069	46	49
5	145	137	5	3
6	436	379	9	48
7	1162	859	107	196
8	817	765	11	41
9	95	66	1	28
10	59	54	2	3
11	305	252	16	37
12	323	317	5	1
13	474	472		2
14	556	549	2	5
15	104	87	9	8
16	411	372	34	5
17	244	211	1	32
18	155	19	11	125
19	221	219		2
Ensemble	7719	6775	333	611
Chapitre 1-17	7343	6537	322	484

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

### **3.3.1.7. L'introduction des hospitaliers dans le processus décisionnel de gouvernance de la CCAM soulève des interrogations**

- ◆ Bien que revendiquant une participation décisionnelle dans le processus de gouvernance de la CCAM, la DGOS n'utilise que faiblement le rôle qui lui est actuellement attribué.

Elle n'assiste pas par exemple aux réunions préparatoires de la CHAP tandis que la DSS y est systématiquement présente et active.

En outre, alors que la DGOS est l'un des acteurs principaux permettant de relayer les besoins d'actes nouveaux dans le secteur hospitalier, celle-ci ne tient pas de liste des actes qui feraient défaut au sein de la classification actuelle. La connaissance de la DGOS est limitée aux signalements occasionnels de la part des sociétés savantes concernées, des fédérations hospitalières, voire de la part des professionnels eux-mêmes.

De plus, lorsque la DGOS examine les lacunes signalées par les différents acteurs, certains actes apparaissent déjà inscrits dans la CCAM mais sont méconnus, certains actes sont en cours d'évaluation par la HAS, enfin certains actes apparaissent effectivement bloqués (exemple de la chirurgie robotique).

La DGOS reconnaît ainsi que cette difficulté à apprécier l'ampleur de la problématique plaide pour la mise en place d'une veille afin de mieux recenser les actes effectivement manquants et de les tracer dans la procédure d'inscription ;

- ◆ la sous représentation des hospitaliers par rapport aux syndicats de médecins libéraux ne leur confierait qu'un pouvoir minoritaire au sein des décisions ;

## Annexe II

- ◆ enfin, la sous évaluation des actes délivrés en consultations externes risquerait d'entraîner des revendications de revalorisation systématique des tarifs de la part des hospitaliers ne se justifiant pas pour les cabinets de ville.

Les contraintes liées à l'environnement hospitalier seraient en effet à l'origine de surcoûts pour l'hôpital, qui ne sont pas pris en compte dans la tarification des actes de la CCAM (cf. annexe IV). Les demandes de revalorisation des tarifs pour les actes réalisés à l'hôpital risqueraient d'entraîner des demandes reconventionnelles de la part des médecins libéraux exerçant en cabinet de ville. En outre pour les actes communs, l'alignement sur les coûts plus élevés de l'hôpital ne se justifie pas pour les actes de ville.

### **3.3.2. La CNAMTS retient une approche alternant les outils techniques mis à sa disposition et la négociation informelle avec les professionnels de santé pour piloter les tarifs**

#### **3.3.2.1. Le pilotage des dépenses par la CNAMTS, relève d'une approche pragmatique mais non formalisée**

La CNAMTS a utilisé à plusieurs reprises les outils qui relèvent de son champ exclusif de compétence, dont par exemple :

- ◆ la modification en 2009 des règles d'association des actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie : économie de 100 M€ ;
- ◆ la suppression en 2011 du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées (YYYY030).

La CNAMTS a parfois réintroduit ou corrigé les principes prévus par la CCAM pour affiner le calcul des tarifs et le rapprocher du coût de l'acte :

- ◆ la CNAMTS a créé en 2009 un forfait sécurité dermatologie qui peut être facturé en sus du tarif de l'acte pour exérèse d'un ou plusieurs naevus mélanocytaires ou de une ou plusieurs tumeurs cutanée malignes ;
- ◆ le coût de la pratique pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologique actuellement en cours d'élaboration n'est pas calculé sur la base d'un coût moyen des charges. La CNAMTS a réalisé une enquête auprès de l'ensemble des cabinets concernés et a calculé un coût de la pratique en distinguant le frottis dont la part dans le total des actes effectués est très importante (50 %), et dont le taux de charge est moins élevé. Cette méthode de calcul permet ainsi de tenir compte de la diversité des charges au sein même d'une spécialité.

Enfin, de façon plus générale, la CNAMTS procède à des négociations informelles régulières avec les différentes professions de santé qui permettent d'alterner l'utilisation d'outils à l'usage exclusif de la CNAMTS (règles d'association) avec des outils issus de la négociation (forfaits techniques). A cet égard, la CNAMTS a développé des modèles microéconomiques sur les coûts et les durées d'amortissement des machines lui permettant de mieux appréhender le montant des forfaits techniques.

## Annexe II

Au final, les discussions conventionnelles sur l'évolution des tarifs s'organisent donc moins autour de la CCAM qu'autour de données sur le revenu relatif des diverses spécialités. Ce sont davantage des données sur les revenus plus que les écarts à la cible CCAM qui déterminent les actes qui doivent évoluer. L'objectif initial d'équité entre les spécialités est cependant toujours poursuivi mais en référence aux revenus plutôt qu'en référence à la sophistication extrême que représente la CCAM, dont les tarifs ne sont plus actualisés et donc la maintenance fine et annuelle serait en outre jugée d'une lourdeur disproportionnée à son usage.

### **3.3.3. Le résultat de la politique tarifaire de la CNAMTS montre des efforts de rééquilibrage des revenus qui restent cependant limités**

Le résultat de la politique tarifaire menée par la CNAMTS peut être apprécié à travers l'indice des prix qui mesure l'effet prix au sein de l'évolution des honoraires sans dépassement, même si cet indice traduit plus réellement le résultat des négociations avec les partenaires conventionnels.

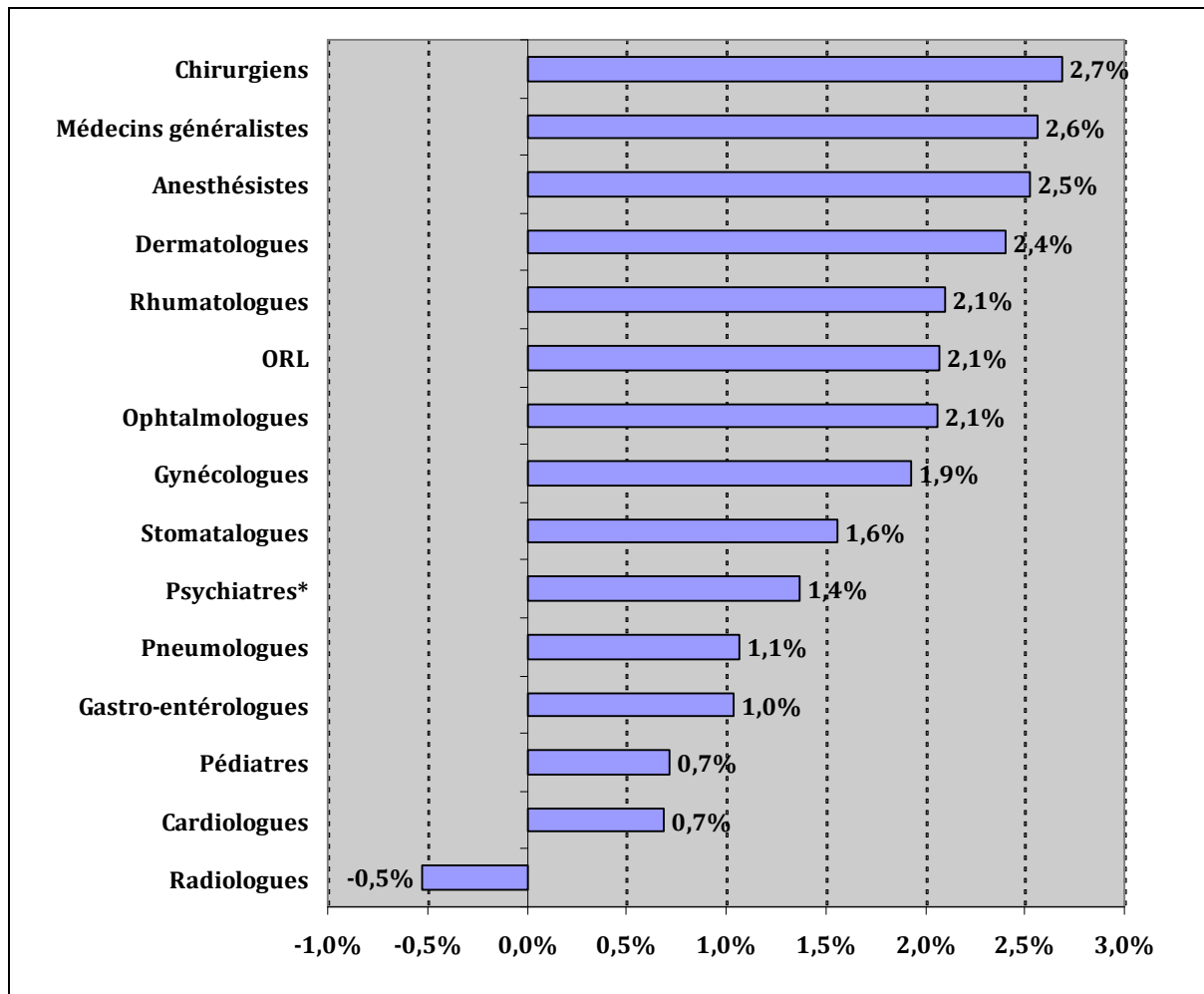
L'analyse du taux de croissance annuel moyen de l'indice de prix par spécialité montre ainsi un réel effort de rééquilibrage des revenus ciblés sur certaines spécialités. Les catégories de médecin ayant le plus bénéficié de revalorisations tarifaires sont soit des spécialités à dominante technique dont les actes étaient jugés sous-tarifés comme les chirurgiens (+ 2,7 %/an), soit les spécialités à dominante clinique comme les généralistes (+ 2,6 %), ces derniers ayant bénéficié de la revalorisation du tarif de la consultation (NGAP), ou les dermatologues (+ 2,4 %) qui font partie des spécialités ayant le revenu le plus faible.

A contrario, les spécialités ayant le moins bénéficié de revalorisations tarifaires sont les radiologues (effet prix négatif : - 0,5 %) et les cardiologues (+ 0,7 %), spécialités qui figurent en haut de la hiérarchie des revenus.

Ces deux extrêmes témoignent donc d'un pilotage de la négociation tarifaire par la CNAMTS en faveur d'un rééquilibrage des revenus.

Entre ces extrêmes, l'effort de rééquilibrage apparaît cependant plus limité voire inexistant. Deux spécialités à dominante clinique (pédiatrie et psychiatrie) n'ont pas eu de revalorisation de leur consultation et n'ont bénéficié qu'à la marge de la revalorisation des actes CCAM. Ce constat est particulièrement marqué pour les pédiatres. Les effets prix sont donc parmi les plus faibles (respectivement 0,7 % et 1,4 %). A l'inverse, les anesthésistes, qui figuraient déjà parmi les plus haut revenus avant la mise en place de la CCAM, ont bénéficié d'un fort effet prix (+ 2,5 %).



Graphique 35 : Évolution de l'indice de prix<sup>36</sup> entre 2004 et 2010 (TCAM)

\* y compris neuropsychiatres

Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

### 3.3.4. La politique tarifaire menée dans le cadre de la CCAM a également permis de maîtriser les honoraires par rapport à la forte croissance des volumes

Entre 2007 et 2010, les honoraires sans dépassement issus de la CCAM ont progressé moins vite que les volumes. Ils sont passés, pour le régime général, de 5,137 Mds€ à 5,732 Mds€, soit une progression de 12 % (+ 595 M€) sur trois ans alors que, sur la même période, le nombre d'actes réalisés est passé de 86 millions en 2007 à 99<sup>37</sup> millions en 2010, soit une augmentation de 15 % (+ 13 millions).

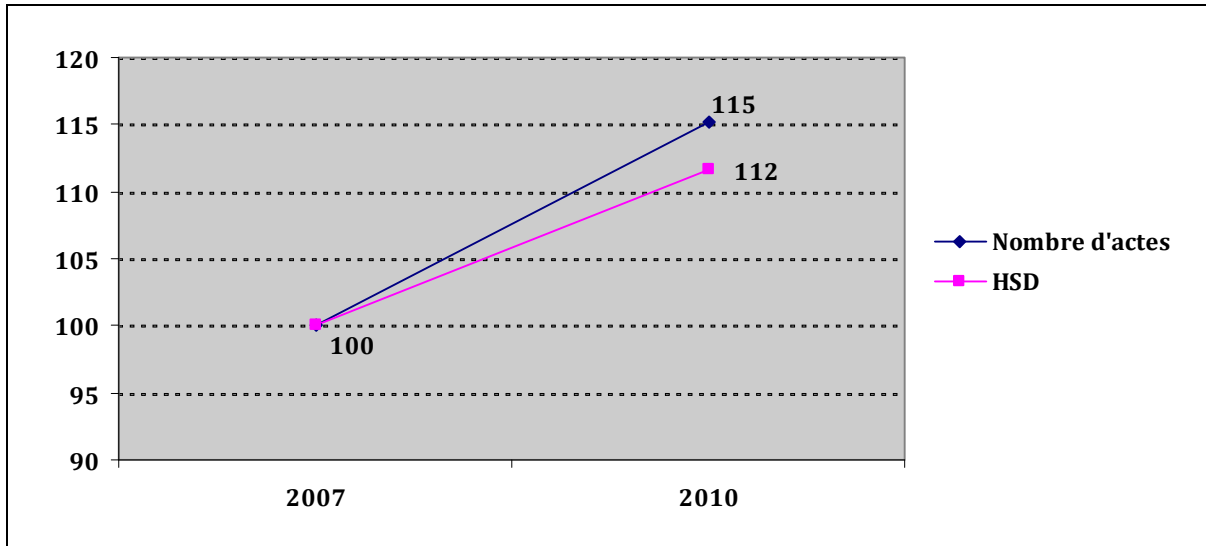
<sup>36</sup> L'indice de prix est établi par la CNAMTS et mesure l'évolution annuelle des tarifs conventionnés moyens de visites, des consultations, des actes techniques, de la permanence des soins, de la rémunération du médecin traitant et des astreintes des médecins.

<sup>37</sup> Y compris actes d'anesthésie.

## Annexe II

Cette progression des honoraires moins importante que celle des actes s'explique à la fois par la **baisse des prix** (notamment pour les actes de radiologie<sup>38</sup>) mais également par un **effet structure** (déformation de la structure des actes réalisés vers des actes dont les tarifs sont moins élevés).

**Graphique 36 : Évolution en base 100 de la progression en volume des actes (y compris actes d'anesthésie) et de la progression en valeur des honoraires sans dépassement**



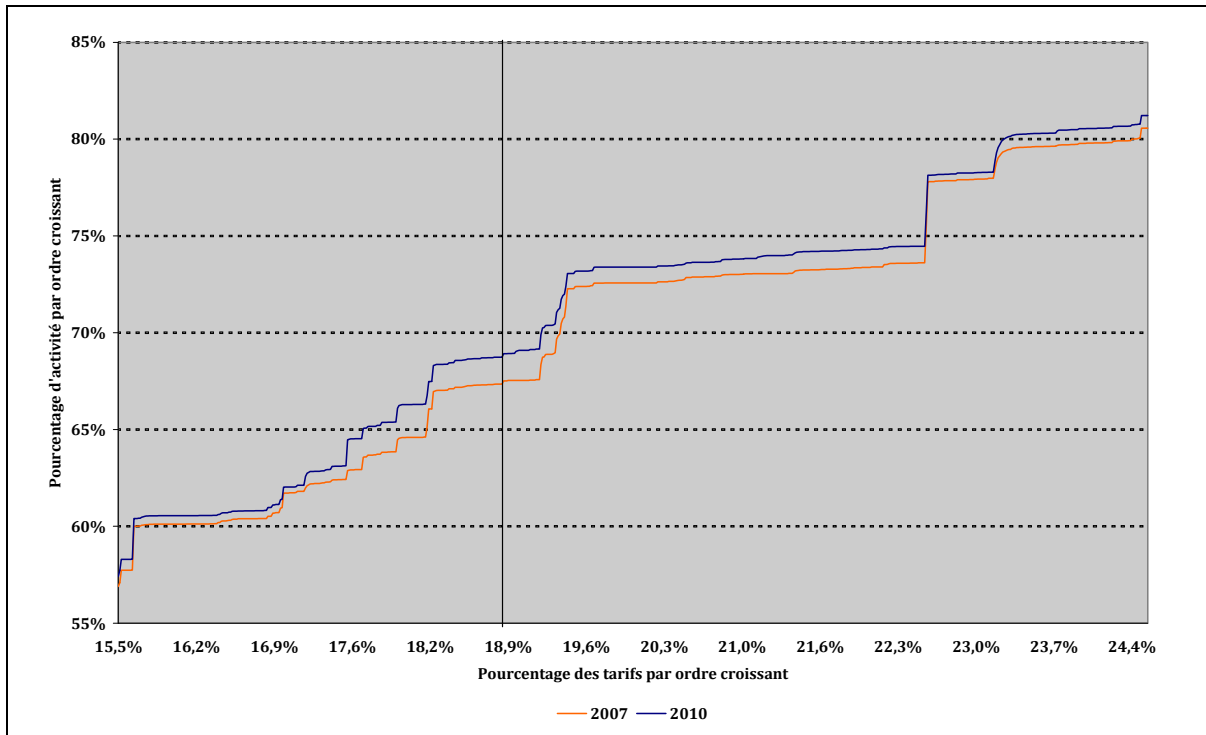
*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

Le graphique ci-dessous montre que la croissance des volumes a été plus importante pour les actes plus faiblement tarifés. Toutes choses égales par ailleurs, les honoraires ont cru moins vite que les volumes parce que l'activité d'actes plus faiblement tarifés a progressé plus rapidement (la courbe en bleu dans le graphique ci-après est au dessus de la courbe en orange).

A titre d'illustration, 18,9 % des tarifs les moins élevés représentent 68,7 % de l'activité en 2010 contre 67,5 % de l'activité en 2007.

<sup>38</sup> Il convient de souligner que les honoraires n'intègre pas les forfaits techniques. Or les principales baisses de prix sont intervenues, pour les radiologues, sur les forfaits techniques. En incluant ces derniers, la progression des honoraires serait encore plus faible relativement à celle des volumes.

**Graphique 37 : Zoom sur la modification de la structure d'activité vers les tarifs les moins élevés entre 2007 et 2010**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

Deux spécialités concentrent à elle seules l'effet prix et l'effet structure et la progression plus rapide des volumes par rapport aux honoraires : l'ophtalmologie et la radiologie.

Concernant la **radiologie**, il s'agit principalement d'un effet prix : modification des règles d'association en 2009, baisse du tarif du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à image numérisées en 2008, suppression des suppléments pour archivage numérique en 2010.

En revanche, concernant l'**ophtalmologie**, il s'agit principalement d'un effet structure : les actes ayant le plus augmenté en volume sont dotés d'un tarif moins élevé que les actes qui ont le moins progressé (effet de structure de - 4,2 %). Cet effet peut notamment s'expliquer par un effet de substitution entre le choix d'une tarification de l'acte ou à la consultation.

### 3.3.5. Au-delà des tarifs, la CNAMTS pilote également les dépenses des soins de ville par les volumes avec la mise en place de la « maîtrise médicalisée »

La CNAMTS a initié une série de travaux sur la pertinence des actes. L'un des principaux chantiers a porté sur la régulation de l'imagerie conventionnelle. La HAS, saisie par l'UNCAM, a élaboré des fiches de bon usage concernant les indications et/ou les non indications des actes de radiologie suivants à partir d'évaluations technologiques :

- ◆ la radiographie du thorax en 2009 (11,6 % des radios en montant) ;
- ◆ la radiographie du crâne en 2008 (3,1 % des radios) ;
- ◆ la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) en janvier 2009 (2,6 % des radios).

Conformément au L.162-1-7, l'UNCAM a décidé de conditionner le remboursement des actes de radiographies du thorax, du crâne et de l'abdomen au respect des indications médicales portées en regard de ces actes au moyen des décisions UNCAM du 26 mai 2010 publiées au JO du 31 août 2010 et celle du 16 novembre publiée au JO du 26 décembre 2010.

Selon les professionnels, 70 % des radiographies du crâne seraient non indiquées, aussi le volume des actes serait susceptible de baisser de 70 % ; de même, 30 % des radiographies de l'abdomen sans préparation seraient non indiquées ; enfin, 30 % des radiographie du thorax seraient non indiquées.

Au final, la CNAMTS attend du respect des non indications la réduction proportionnelle des volumes, ce qui devrait procurer une économie totale de près de 70 M€. Cette économie devrait être réalisée sur une période de trois ans.

**Tableau 28 : Évaluation des économies liées à une baisse des volumes des actes suite à l'application des non indications**

Localisation	Nombre d'actes non indiqués en privé	Nombre d'actes non indiqués en secteur public	Montant remboursé privé	Montant remboursé public
Crâne	624 928	169 550	16,5 M€	3,9 M€
ASP	340 934	144 032	6,2 M€	2,6 M€
thorax	1 323 003	467 099	28,5 M€	10,1 M€
<b>Total</b>	<b>2 288 865</b>	<b>780 681</b>	<b>51,2 M€</b>	<b>16,6 M€</b>

*Source : CNAMTS, DCIR, soins remboursés entre avril 2009 et mars 2010, Régime général hors SLM extrapolé tous régimes.*

### **3.4. Les revenus des médecins ont continué de progresser et les écarts de revenus se sont accrus**

Entre 2005 et 2010, l'ensemble des revenus des médecins à l'exception des radiologues ont progressé de manière hétérogène (341). Cette progression s'explique en partie par la revalorisation des tarifs de certains actes de la CCAM intervenus en 2005/2006 et en 2007/2008 mais surtout par une forte augmentation des volumes et des gains de productivité (342).

Cette progression des revenus s'est cependant accompagnée d'un accroissement des écarts de revenus entre spécialités (343).

#### **3.4.1. Les revenus des médecins ont progressé de manière hétérogène, y compris après le gel des tarifs depuis 2008**

Entre 2005 et 2010, les revenus des médecins libéraux ont progressé globalement de 2,6 % en moyenne annuelle (en euros courants) et celui des spécialistes de 3,2 %. Cette augmentation bénéficie à toutes les spécialités à l'exception des radiologues dont la rémunération a baissé pour revenir à son niveau de 2005.

Les revenus des médecins libéraux ont progressé sensiblement plus rapidement que l'inflation (1,5 % en moyenne annuelle sur la période 2005-2010), traduisant une augmentation moyenne du pouvoir d'achat. Ils ont également crû dans des proportions plus importantes que le salaire moyen<sup>39</sup> (+ 2,4 %). L'écart avec la croissance du salaire moyen est faible pour l'ensemble des médecins (0,2 points) mais plus significatif pour les spécialistes pris isolément (0,8 points).

Les revenus des médecins présentent cependant des progressions et des niveaux de rémunération hétérogènes. A l'exception notamment des radiologues, les spécialités ayant les niveaux de revenus les plus élevés ont connu les progressions les plus importantes. Les augmentations les plus importantes de revenus ont concerné les anesthésistes (+ 5,1 %), les ophtalmologues (+ 4,6 %), les gastro-entérologues (+ 4,1 %), les ORL (+ 3,8 %), les cardiologues (+ 3,0 %) et les chirurgiens (+ 2,5 %). Au sein des quinze spécialités représentées dans le graphique ci-dessous, ces six spécialités se situent toutes dans la moitié des niveaux de salaires les plus élevés et au dessus de la médiane (90 927 €/an<sup>40</sup>).

De plus, à l'exception des ophtalmologues, ces spécialités correspondent à des spécialités à dominante technique. A contrario, les spécialités à dominante clinique cumulent à la fois des niveaux de revenus plus faibles et des progressions moins importantes. Ainsi, les médecins généralistes, les dermatologues, les gynécologues, les pédiatres et les psychiatres se situent tous dans la moitié des niveaux de salaires les moins élevés et ont connu des niveaux de progression de leurs revenus d'au plus 1,5 % en moyenne annuelle entre 2005 et 2010, c'est à dire des progressions inférieures ou égales à l'inflation (1,5 %) et inférieurs a fortiori à la progression du salaire moyen (2,4 %). Ces spécialités ont donc connu une stagnation ou une baisse de leur revenu réel.

---

<sup>39</sup> Le salaire moyen correspond à l'indice des salaires de base fourni par l'INSEE pour l'ensemble des secteurs non agricoles.

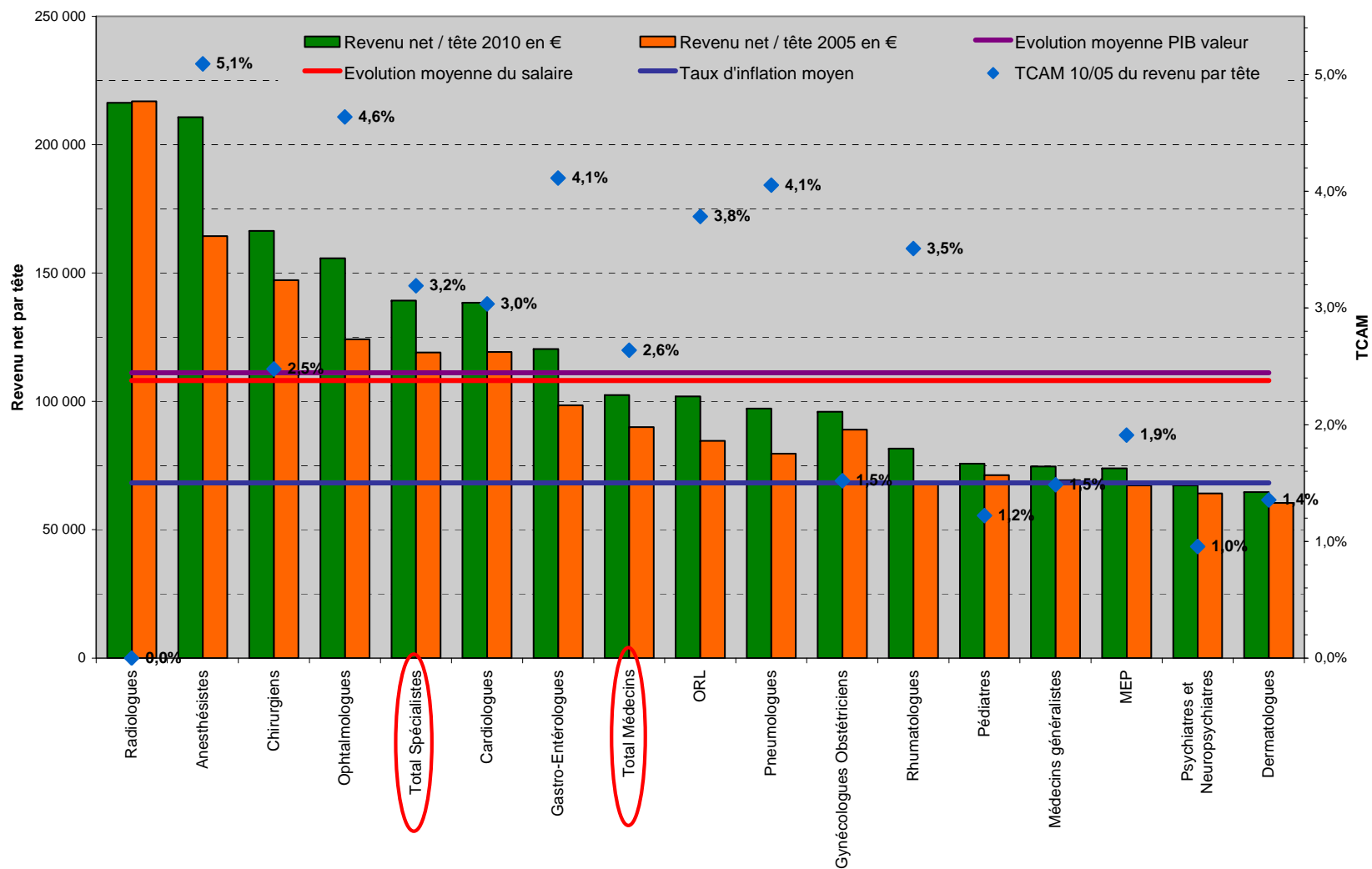
<sup>40</sup> La médiane a été calculée sur la base de l'ensemble des revenus des médecins libéraux y compris dentistes et professions paramédicales.

## Annexe II

Au sein même des spécialités à dominante technique, les évolutions de revenus ont également été contrastées. Les anesthésistes cumulent le deuxième niveau de rémunération le plus élevé (210 687 € en 2010) et le taux de croissance le plus important (+ 5,1 %). De même, les ophtalmologues ont connu le deuxième taux de croissance les plus important (+ 4,6 %) et figurent parmi les revenus par tête les plus élevés (155 760 € en 2010). A contrario, bien que représentant le troisième niveau de salaire le plus élevé, les chirurgiens ont connu une croissance moins rapide de leurs revenus (+ 2,5 %).

## Annexe II

**Graphique 38 : Évolution des revenus par tête des médecins libéraux entre 2005 et 2010 (en montant et en TCAM)**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

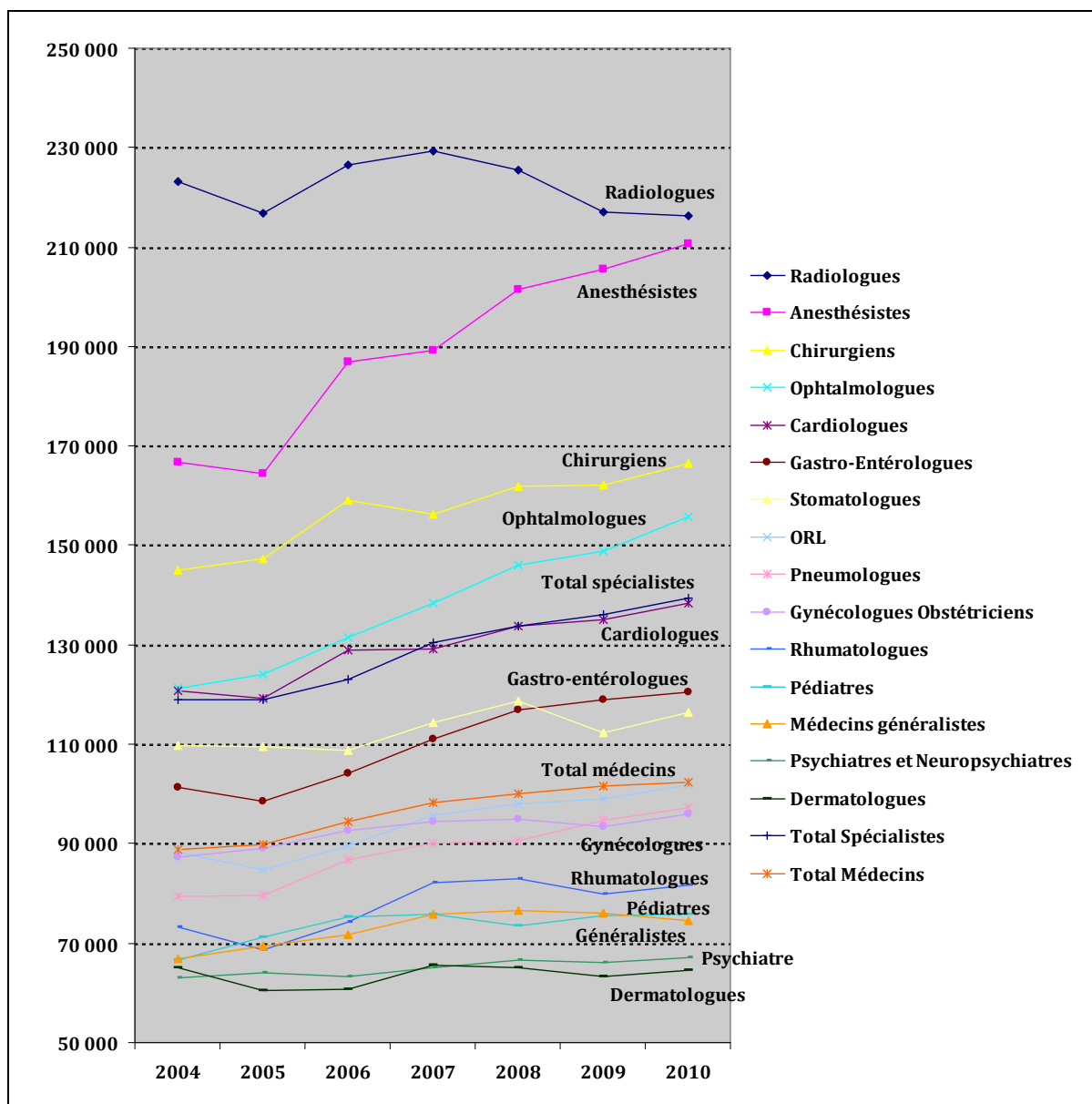


## Annexe II

L'analyse dynamique des revenus entre 2004 (avant mise en place de la CCAM) et 2010 montre les évolutions intermédiaires sur la période. Ainsi, pour les radiologues, les cardiologues, les gastro-entérologues et les rhumatologues, les courbes montrent la baisse des revenus liés à la première étape de convergence en 2005. Au contraire, pour les spécialités gagnantes, il est possible de lire l'impact des deux étapes de convergence (2005/2006 et 2007/2008), notamment pour les anesthésistes et les chirurgiens. La progression linéaire du revenu des ophtalmologues montre également l'importance de l'effet volume.

Concernant les radiologues, leurs revenus ont continué de progresser entre 2005 et 2007 en raison d'un fort effet volume. A partir de 2008, de nouvelles baisses tarifaires sont intervenues entraînant une réduction nette continue de leur revenu.

**Graphique 39 : Évolution du montant moyen des revenus individuels par APE<sup>41</sup> entre 2004 et 2010 (en euros courant)**



Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

<sup>41</sup> Actif à part entière.

## Annexe II

**Bien que les tarifs de la CCAM aient été gelés depuis 2008, les revenus des médecins ont continué de progresser en euros courants** de 1,1 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2010 pour l'ensemble des médecins et de 2 % **pour les spécialistes**.

Il convient cependant de souligner un **net ralentissement** de la progression des revenus depuis 2008 (pour mémoire, le taux de croissance annuel moyen était de 2,6 % entre 2005 et 2010 pour l'ensemble des médecins et de 3,2 % pour les seuls spécialistes). Outre le gel des tarifs, ce ralentissement s'explique également par une moindre progression des volumes d'actes réalisés. En 2010, ces derniers ont augmenté de 3,2 % contre 4,6 % en 2009. Les évolutions 2008/2010 par spécialité en euros courants et constants figurent dans un graphique en annexe.

Comme pour les revenus, l'analyse des honoraires sans dépassement montre également une forte progression pour l'ensemble des médecins à l'exception des radiologues.

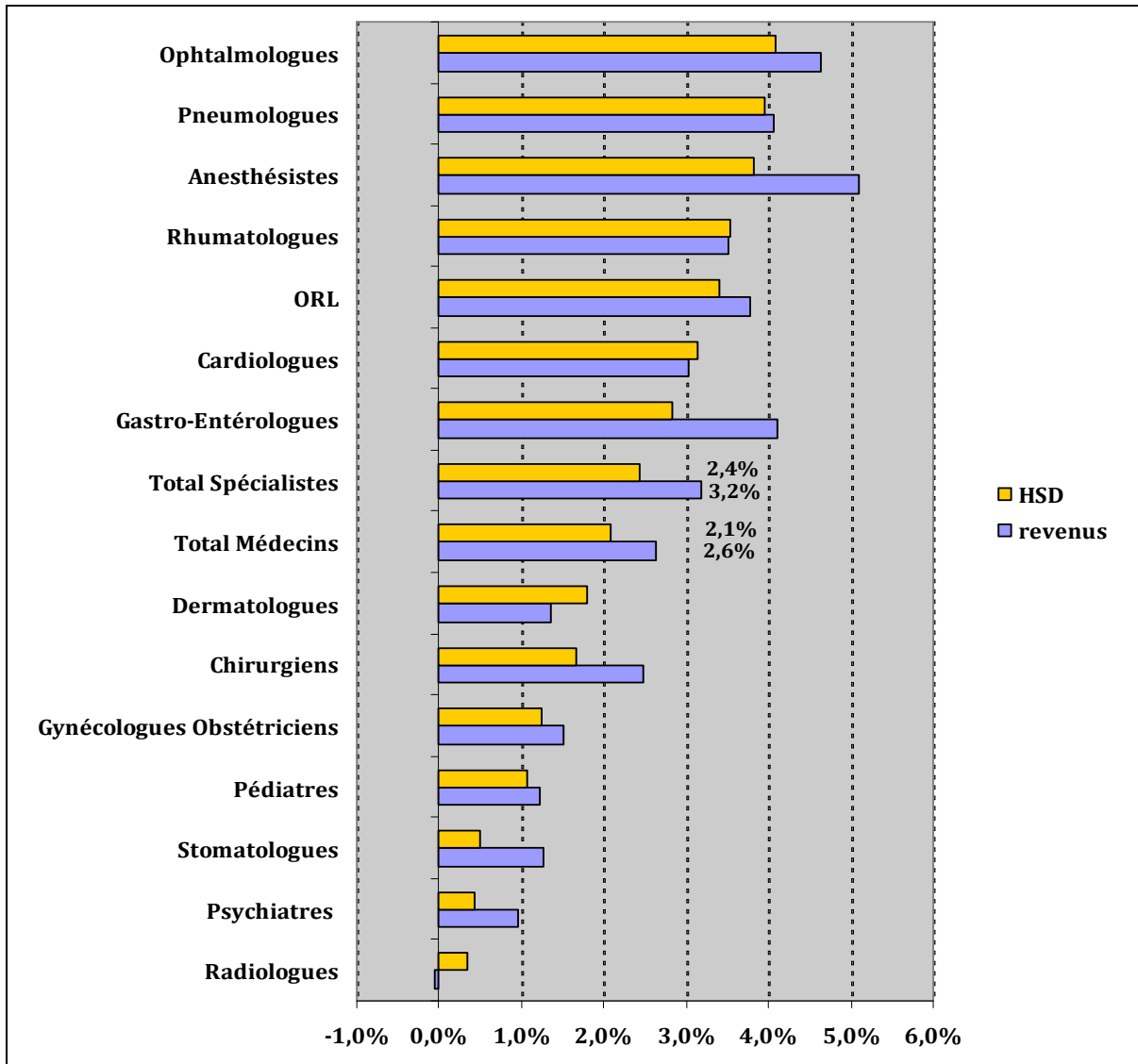
Deux points méritent d'être soulignés :

- ◆ les revenus ont progressé plus rapidement que les honoraires sans dépassement entre 2005 et 2010. Les revenus de l'ensemble des médecins ont progressé de 2,6 % en moyenne annuelle tandis que les HSD ont progressé de 2,1 % sur la même période. Font exception à ce constat les radiologues, les cardiologues et les dermatologues ;
- ◆ la hiérarchie des progressions entre spécialités est légèrement modifiée. Par exemple, si les anesthésistes affichent le plus fort taux de progression de revenu entre 2005 et 2010, ce sont les ophtalmologues qui passent en première position en termes de progression des HSD. De même, les gastro-entérologues ont connu une très forte progression de leurs revenus et une progression plus modérée de leurs HSD.

Les écarts entre revenus et HSD s'expliquent principalement par la dynamique des taux de charges et par les dépassements d'honoraires pratiqués.

## Annexe II

**Graphique 40 : Évolution annuelle des revenus et des honoraires sans dépassement entre 2005 et 2010 (TCAM sur la base des évolutions en euros courants)**



*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

### **3.4.2. La progression des revenus s'explique principalement par des gains de productivité sur les actes techniques et un recours croissant aux dépassements d'honoraires**

La progression des revenus s'explique par de nombreux facteurs : effets prix, évolution de l'activité (effet volume), modification de la structure des actes, dynamique des taux de charge, dépassements d'honoraires.

Outre l'effet prix, la mission a pu mettre en évidence le fort impact de l'effet volume/gains de productivité, et celui des dépassements d'honoraires.

### **3.4.2.1. Les revalorisations tarifaires expliquent une partie seulement de la croissance des honoraires sans dépassement**

La revalorisation des tarifs de la CCAM s'est en effet concentrée dans le temps sur les deux étapes de convergence en 2005 et 2007/2008. Depuis 2008, les tarifs sont gelés, aucune nouvelle étape de convergence n'ayant eu lieu.

D'autre part, les revalorisations tarifaires se sont limitées à certains actes et n'ont impacté que certaines spécialités (les spécialités dites gagnantes, notamment les anesthésistes, les pneumologues, les ORL, les ophtalmologues, les chirurgiens et les gynécologues). Pour ces spécialités, l'effet tarif s'est cumulé à l'effet volume jusqu'en 2008.

En revanche, pour les spécialités perdantes (les radiologues, les rhumatologues, les cardiologues et les gastro-entérologues), la progression des revenus provient nécessairement d'autres facteurs.

Depuis 2008, en l'absence de revalorisation tarifaire (sauf mesures ponctuelles comme la création du forfait sécurité dermatologie en 2009), l'effet prix global a été négatif en 2009 et en 2010, notamment pour les radiologues (cf. 3.2.3.).

### **3.4.2.2. La progression des honoraires des médecins s'explique par une augmentation du volume des actes techniques réalisés et des gains de productivité**

Le nombre d'actes réalisés dans le cadre de la CCAM a sensiblement augmenté dans un contexte de stagnation des effectifs et du temps de travail global.

#### ◆ Une quasi-stabilité des effectifs de médecins

D'après les chiffres fournis par la CNAMTS, les effectifs totaux des médecins exerçant une activité libérale (à temps complet ou partiel) sont restés stables entre 2007 et 2010 (+ 66 médecins en trois ans). On compte ainsi près de 116 000 médecins libéraux en France métropolitaine en 2010.

La démographie médicale connaît en effet un retournement historique de tendance depuis 2005 avec une baisse attendue de 15 % de la densité des médecins sur les dix prochaines années compte tenu des flux de départ en retraite<sup>42</sup>. Cette inversion trouve sa concrétisation en 2010 puisque le nombre total de médecins est pour la première fois en diminution par rapport à 2009 (- 303 médecins).

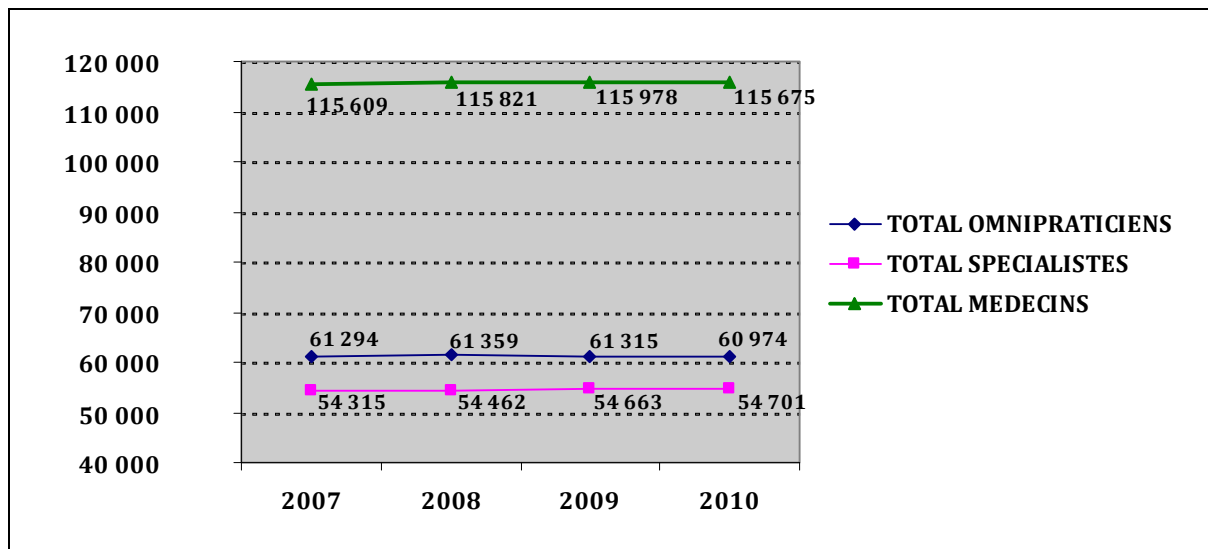
La stagnation globale des effectifs entre 2007 et 2010 masque cependant des différences entre généralistes et spécialistes. Les effectifs des omnipraticiens<sup>43</sup>, qui représentent un peu de plus de la moitié du total des médecins (52 %), sont en diminution (- 320 omnipraticiens entre 2007 et 2010 sur un total d'environ 61 000, dont - 505 médecins généralistes) tandis que le nombre des spécialistes a légèrement progressé (+ 386 spécialistes sur un total de 55 000).

---

<sup>42</sup> La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, DREES, 2008.

<sup>43</sup> Incluant les médecins généralistes et les MEP.

**Graphique 41 : Évolution des effectifs de médecins exerçant une activité libérale à temps complet ou partiel<sup>44</sup> (France métropolitaine)**



*Source : CNAMTS (à partir des données SNIR-PS) – Retraitement Mission IGF.*

Au sein des spécialistes, on constate des évolutions à la hausse ou à la baisse dans de faibles proportions pour la quasi-totalité des spécialités. Seule la chirurgie affiche une augmentation plus nette de ses effectifs (+ 277 médecins entre 2007 et 2010, soit + 4,6 %), suivie par les cardiologues (+ 146) et les anesthésistes (+ 106).

Les effectifs des ophtalmologues sont stables, ceux des radiologues sont en décroissance depuis 2010. Le détail de la progression des effectifs par spécialité figure en pièce jointe.

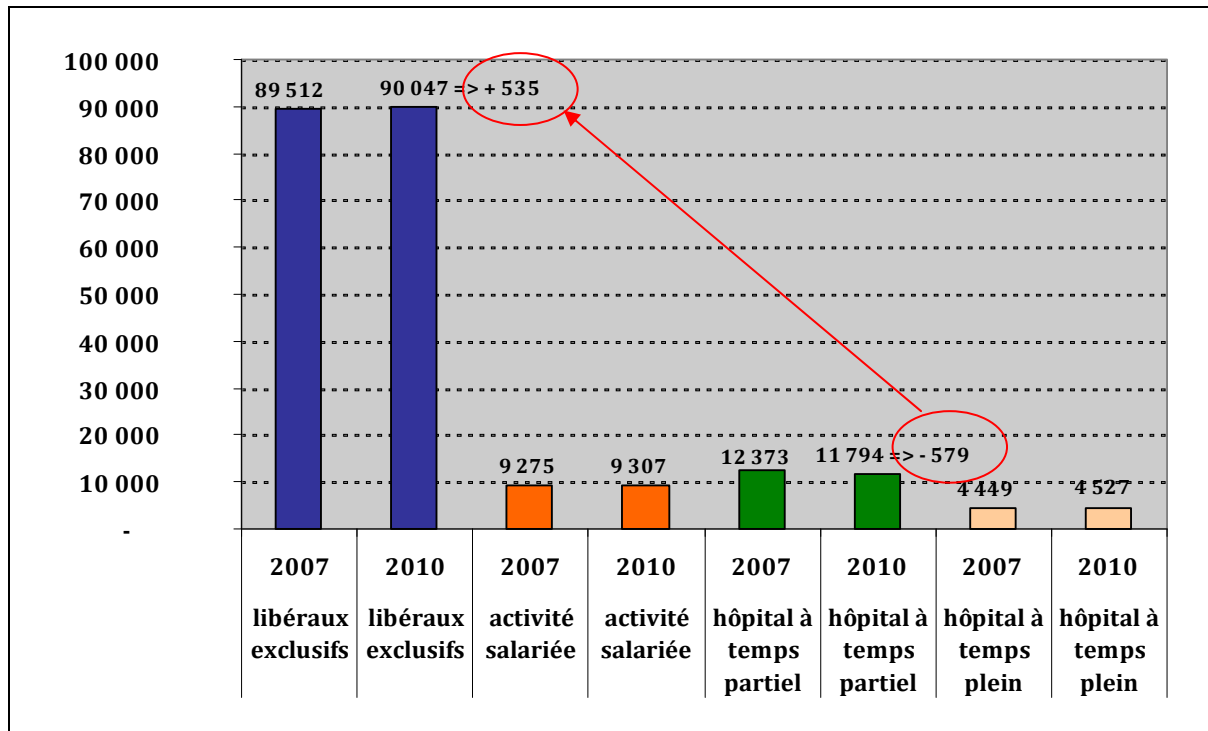
Par ailleurs, alors que les effectifs de médecins ayant une activité libérale stagnent, on constate une augmentation des médecins à statut exclusivement libéral (+ 535 médecins entre 2007 et 2010 ; + 758 pour les seuls spécialistes). Cette évolution s'explique notamment par une diminution des médecins exerçant à temps partiel à l'hôpital (- 579 médecins entre 2007 et 2010) qui auraient pour partie évolué vers un statut de libéral exclusif.

En 2010, les libéraux exclusifs représentent 78 % des médecins ayant une activité libérale.

<sup>44</sup> Un médecin est considéré comme ayant une activité libérale s'il aperçu au moins un euro d'honoraire sur l'année. Le tableau inclut donc les médecins exclusivement libéraux (en cabinet de ville ou en cliniques privées), les médecins en activité salariée exerçant dans les structures publiques autres que les hôpitaux (PMI, centres de santé) et pouvant avoir une activité libérale, les médecins en activité libérale à temps partiel à l'hôpital et les médecins travaillant à temps complet à l'hôpital qui contribuent aux actes CCAM relevés en secteur libéral pour la partie consultations externes. La part de temps partiel n'est pas connue.

## Annexe II

**Graphique 42 : Évolution des différents statuts de médecins libéraux**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS (à partir des données SNIR-PS).

- ◆ Face à cette quasi-stabilité des effectifs, les nombre d'actes réalisés sont, quant à eux, en augmentation sensible.

Au total, 13 millions d'actes supplémentaires ont été réalisés entre 2007 et 2010 dont 11,5 millions réalisés uniquement par les spécialistes, soit une croissance de 15 % (y compris actes d'anesthésie). La progression la plus importante du nombre d'actes concerne **l'ophtalmologie** (+ 4,3 millions d'actes supplémentaires, soit + 46 %) qui se démarque sensiblement du reste des spécialités en cumulant à la fois le nombre et le taux<sup>45</sup> de progression les plus importants.

**Tableau 29 : Évolution du nombre d'actes techniques relevés à la CCAM au titre du régime général (hors SLM) entre 2007 et 2010**

Spécialité	Nombre d'actes 2007 (1)	Part dans le total en 2007	Nombre d'actes 2010 (1)	Part dans le total en 2010	Évolution 2010/2007 (en nombre)	Évolution 2010/2007 (en %)
Ophtalmologie	9 422 338	11 %	13 774 016	14 %	4 351 678	46 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	36 978 994	43 %	40 137 462	40 %	3 158 468	9 %
Médecine générale et MEP (3)	6 567 353	8 %	8 211 355	8 %	1 644 002	25 %
Cardiologie	7 310 330	8 %	8 290 680	8 %	980 350	13 %
Gynécologie médicale et obstétricale	3 777 086	4 %	4 294 157	4 %	517 071	14 %
Rhumatologie	2 347 687	3 %	2 791 154	3 %	443 467	19 %
Oto rhino laryngologie	3 303 117	4 %	3 719 760	4 %	416 643	13 %
Anesthésie et réanimation chirurgicale (2)	5 039 842	6 %	5 398 762	5 %	358 920	7 %
Dermato et vénéréologie	1 831 594	2 %	2 056 675	2 %	225 081	12 %

<sup>45</sup> A l'exception des pédiatres dont le nombre d'actes a progressé de 52 % entre 2007 et 2010.

## Annexe II

Spécialité	Nombre d'actes 2007 (1)	Part dans le total en 2007	Nombre d'actes 2010 (1)	Part dans le total en 2010	Évolution 2010/2007 (en nombre)	Évolution 2010/2007 (en %)
Néphrologie	1 329 775	2 %	1 521 871	2 %	192 096	14 %
Neurologie	564 473	1 %	741 229	1 %	176 756	31 %
Pédiatrie	250 346	0 %	380 105	0 %	129 759	52 %
Chirurgie	2 818 732	3 %	2 919 108	3 %	100 376	4 %
Pneumologie	1 781 163	2 %	1 874 322	2 %	93 159	5 %
Médecine physique et de réadaptation	257 595	0 %	337 570	0 %	79 975	31 %
Médecine nucléaire	427 615	0 %	504 024	1 %	76 409	18 %
Gastro entérologie et hépatologie	1 791 192	2 %	1 841 019	2 %	49 827	3 %
Autres spécialités (4)	390 420	0 %	404 521	0 %	14 101	4 %
Oncologie - Radiothérapie	NS		126 463	0 %		
<b>Total</b>	<b>86 189 652</b>	<b>100 %</b>	<b>99 324 253</b>	<b>100 %</b>	<b>13 134 601</b>	<b>15 %</b>
<b>Total hors médecine générale et MEP</b>	<b>79 622 299</b>		<b>91 112 898</b>		<b>11 490 599</b>	<b>14 %</b>

(1) : hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie mais y compris actes d'anesthésie.

(2) le nombre d'actes comprend les anesthésies.

(3) MEP : médecins omnipraticiens exerçant en Mode d'Exercice Particulier (angéiologie, allergologie, acupuncture ...).

(4) stomatologie, chirurgie maxillo faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto pathologique, oncologie médicale, hématologie.

Source : CNAMTS – Retraitement Mission IGF.

Au final, **le nombre d'actes réalisés annuellement par médecin a progressé** : il est passé, pour les seuls spécialistes (hors médecine générale et MEP), de 1 466 à 1 666 actes entre 2007 et 2010, soit + 200 actes supplémentaires par an<sup>46</sup>.

Le nombre d'heures travaillées annuellement par les médecins étant resté stable depuis 1990<sup>47</sup>, l'augmentation du nombre d'actes par médecin s'explique principalement par la **réduction de la durée des actes**, c'est-à-dire par des **gains de productivité**.

Cette augmentation peut également être impactée par le statut des médecins : en effet, si les effectifs sont restés stables entre 2007 et 2010, le nombre de médecins sous statut exclusivement libéral a progressé au détriment des médecins exerçant à temps partiel à l'hôpital, augmentant par là le temps consacré à la réalisation d'actes CCAM. Cependant, ce transfert concerne 500 médecins au maximum sur 116 000 médecins au total. Cet impact reste donc marginal.

<sup>46</sup> Il convient de souligner qu'il s'agit d'un nombre d'actes rapportés à la totalité des effectifs de médecins exerçant une activité libérale qu'elle soit à temps complet ou partiel. Le nombre d'actes par médecin calculé recouvre donc une hétérogénéité très importante des ratios entre, par exemple, les libéraux exclusifs exerçant une activité libérale à temps complet et les médecins salariés exerçant quelques actes CCAM par an au titre des consultations externes en hôpital. Il convient donc de s'intéresser davantage à l'évolution du nombre d'actes par médecin plus qu'au nombre d'actes en tant que tel.

<sup>47</sup> L'enquête Emploi de l'INSEE est la source de référence pour mesurer le temps de travail des médecins. Les mesures fournies par cette enquête montrent ainsi que, depuis 1990, le temps de travail libéral des médecins libéraux est resté très stable, autour de 53 heures par semaine pour les généralistes et d'un peu moins de 50 heures pour les spécialistes libéraux (Breuil-Genier, 2005). En 2007, les données de l'enquête Emploi ont permis d'établir que la durée hebdomadaire « normale » des médecins libéraux est de 52 heures pour les généralistes et 48 heures pour les spécialistes. Ces temps correspondent à une durée de travail des médecins libéraux à temps complet. Compte tenu de l'absence de données disponibles par spécialité, il est fait l'hypothèse que la stabilité du temps de travail couvre indistinctement toutes les spécialités.

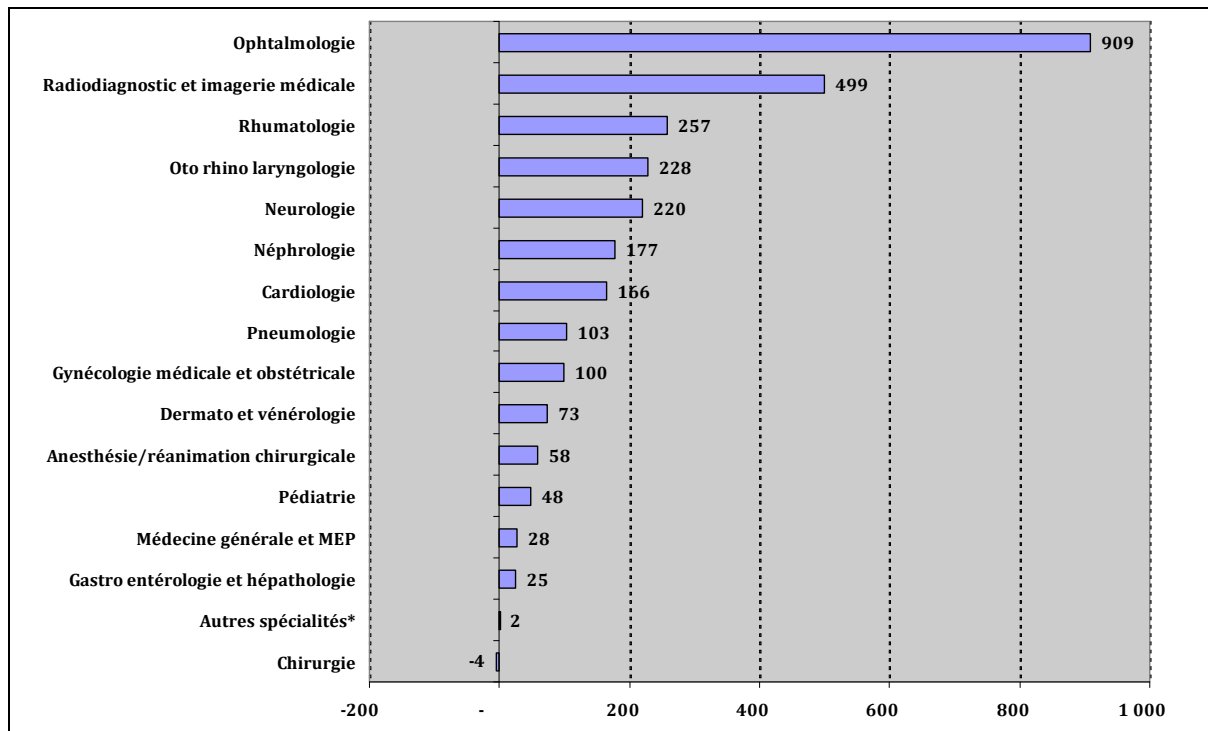


## Annexe II

L'analyse détaillée par spécialité montre que l'ophtalmologie est la spécialité dont le volume d'actes par médecin a progressé 3 fois plus que pour l'ensemble des spécialistes (+ 900 actes par médecin et par an entre 2007 et 2010), suivie par la radiologie et l'imagerie médicale. A contrario, le nombre d'actes réalisés par les anesthésistes a peu augmenté et celui réalisé par les chirurgiens a légèrement diminué.

Il convient cependant de souligner que les données sur le nombre d'actes facturés en CCAM ne sont disponibles qu'à partir de 2007. La CCAM ayant progressivement été mise en place entre 2005 et 2007, une partie des actes techniques a continué d'être tarifée en NGAP pendant cette phase de transition. La mission n'a donc pas été en mesure de retracer la progression du nombre d'actes dès le début de la mise en place de la CCAM et en particulier l'impact immédiat du passage de la NGAP à la CCAM.

**Graphique 43 : Évolution du nombre d'actes réalisés annuellement par médecin exerçant une activité libérale<sup>48</sup> entre 2007 et 2010**



\*Stomatologie, chirurgie maxillo faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro-psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto pathologique, oncologie médicale, hématologie.

Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

<sup>48</sup> Les évolutions ont été calculées en divisant le nombre d'actes réalisés en 2007 et en 2010 par le nombre total de médecins exerçant une activité libérale qu'elle soit à temps complet ou à temps partiel, en cabinets de ville ou en établissements.

## Annexe II

**Le nombre de points travail effectué par chaque médecin est également en augmentation** pour l'ensemble des spécialités analysées, à l'exception des chirurgiens.

Le temps de travail des médecins étant resté stable et les scores de travail n'ayant pas été actualisés, la progression du nombre de points travail par médecin confirme la réduction de la durée des actes, quelque soit la déformation de la structure des actes. En effet, même si la progression du nombre de points travail s'expliquait non par une augmentation du volume d'actes identiques mais par la substitution d'actes ayant des scores travail plus élevés, le score de travail étant quasiment proportionnel à la durée, la réalisation de ces actes aurait fait augmenter la durée de travail des médecins. Ce temps de travail étant resté stable, même s'il y a eu des modifications dans la structure des actes, l'augmentation du nombre de points travail par médecin s'explique par la réduction de la durée des actes.

Cette analyse est confirmée par la forte augmentation du volume des actes et par le fait que si la déformation de la structure s'était traduite par une progression des actes avec des scores travail plus élevés, les honoraires auraient augmenté plus vite que le volume des actes or ce n'est pas le cas. Entre 2007 et 2010, les HSD ont progressé de 12 % tandis que les volumes ont progressé de 15 %.

La progression des points travail est toutefois variable en fonction des spécialités : l'ophtalmologie est la spécialité qui voit le nombre de points travail par tête le plus augmenter (en volume et en pourcentage).

**Tableau 30 : Évolution du nombre de points travail rapporté aux effectifs par spécialité**

Spécialités	Score travail moyen (1)	Points travail/effectifs 2007	Points travail/effectifs 2010	Évolution 2010/2007 (en nombre)	Évolution 2010/2007 (en %)
Ophtalmologie	73	147 004	213 347	66 343	45 %
Neurologie	107	75 216	98 769	23 553	31 %
Cardiologie	105	180 184	197 576	17 392	10 %
Rhumatologie	67	85 024	102 246	17 221	20 %
ORL	66	95 282	110 339	15 057	16 %
Néphrologie	84	334 434	349 282	14 847	4 %
Gynécologie	102	70 048	80 235	10 187	15 %
Pneumologie	74	114 814	122 418	7 605	7 %
Dermatologie	43	24 063	27 211	3 148	13 %
Gastro-entérologie	119	101 695	104 673	2 979	3 %
Chirurgie	223	103 299	102 320	- 979	-1 %

(1) Il s'agit des scores travail figurant dans l'annexe 1 du comité de pilotage de 2004.

Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.

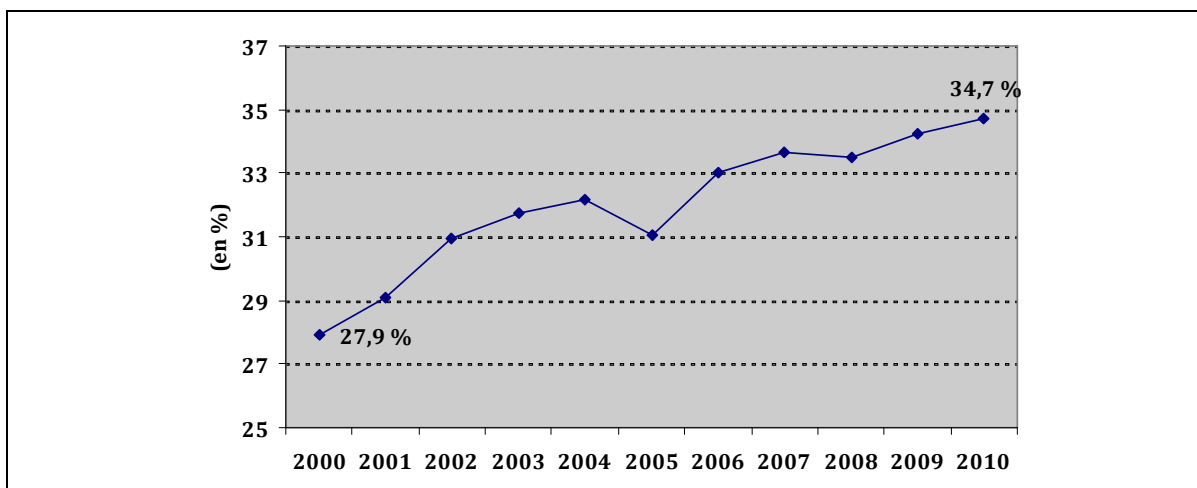
### **3.4.2.3. La progression des revenus s'explique également par une progression du secteur 2 et des taux de dépassement d'honoraires**

Depuis le début des années 2000, la part des spécialistes en secteur 2 n'a cessé d'augmenter passant de 38 % en 2000 à 41 % du total des spécialistes en 2009 tandis que la part des omnipraticiens a, quant à elle fortement décru (12 % en 2009).

De plus, les taux de dépassement d'honoraires par médecin ont également progressé. Entre 2000 et 2010, ce taux est passé de 27,9 % à 34,7 %, soit une progression de 6,8 points. Cette croissance des dépassements d'honoraires peut ainsi expliquer la croissance des revenus. C'est le cas notamment pour les chirurgiens dont le taux de dépassement est passé, depuis la mise en place de la CCAM, de 32,5 % en 2005 à 36,7 % en 2010.

## Annexe II

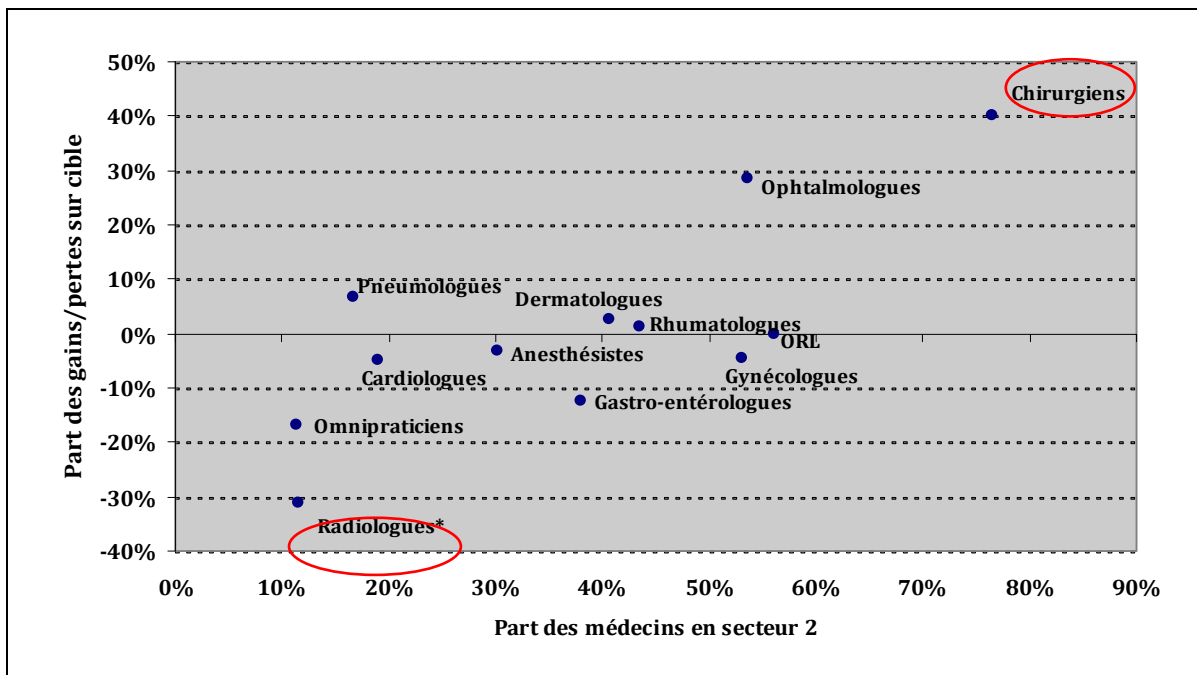
**Graphique 44 : Évolution du taux de dépassement par médecin entre 2000 et 2010 pour les médecins du secteur 2 ou du secteur 1A avec droit au dépassement permanent**



*Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.*

L'analyse de la part des médecins en secteur 2 montre également que les chirurgiens qui ont les tarifs les plus sous-évalués par rapport à la cible sont la spécialité la plus représentée en secteur 2 tandis que les radiologues dont les tarifs sont les plus surévalués par rapport à la cible sont les moins représentés en secteur 2.

**Graphique 45 : Part des médecins en secteur 2 et part des gains ou pertes par rapport à la cible**



\* Hors radiologie interventionnelle pour le calcul de la part des pertes.

*Source : Mission IGF à partir des données DREES (comptes nationaux de la santé 2010) et CNAMTS.*

De la même façon, les taux de dépassement apparaissent plus élevés pour les spécialités ayant les niveaux de rémunération les moins élevés (psychiatres, gynécologues, dermatologues).

### **3.4.3. La progression des revenus s'est accompagnée d'un accroissement des écarts entre médecins et d'une faible redistribution des revenus entre spécialités**

#### **3.4.3.1. Entre 2004 et 2010, les honoraires sans dépassement ont divergé malgré la mise en place de la CCAM**

L'analyse des honoraires sans dépassement totaux montre que la divergence entre les différentes spécialités s'est accrue entre 2004 et 2010. Cette divergence peut être mesurée à la fois par la variance qui a augmenté de 5,5 % entre 2004 et 2010 ou par l'écart type<sup>49</sup> qui a progressé de 2,7 % sur la même période (cf. graphique ci-dessous). Autrement dit, les honoraires sans dépassement des différentes spécialités sont plus éloignés de la moyenne en 2010 qu'en 2004. Le même constat peut être fait sur les honoraires sans dépassement rapportés aux seuls actes techniques. A partir des données disponibles, l'écart type s'est accru de 3,5 % entre 2007 et 2010, soit dans des proportions plus importantes que pour les HSD totaux.

Si la divergence des revenus des HSD a cru entre 2004 et 2010, la progression n'a pas été continue. L'analyse de la variance par année montre ainsi que les années où se sont déroulées les étapes de convergence (2005 et 2008<sup>50</sup>) correspondent à des années de réduction de la variance c'est-à-dire de convergence des honoraires. Pour ces années, les effets prix ont été prédominants sur les autres effets (volume et structure) et permettent conformément à l'objectif de la CCAM de réduire les iniquités entre spécialités. L'année 2010 correspond également à une année de réduction de la divergence entre les honoraires.

Si l'on fait l'hypothèse que la réduction des divergences en 2005 et 2008 résulte de l'effet tarifaire (revalorisation des actes sous-tarifés), ce seul effet prix aurait effectivement permis de réduire l'écart type de 3 % des revenus et de faire converger les revenus. Ce constat est illustré dans le graphique ci-dessous par la courbe du bas qui représente l'évolution d'un écart type théorique, c'est-à-dire l'évolution de l'écart type si seuls les effets tendant à la réduction des écarts avaient joué.

Cependant, en tenant compte de l'ensemble des effets (volume et structure), les honoraires ont divergé (cf. courbe du haut dans le graphique ci-dessous). Les effets volume et structure résultant de la mise en place de la CCAM auraient donc contribué à la divergence des revenus et auraient eu un impact plus important que les effets tarifaires des étapes de convergence.

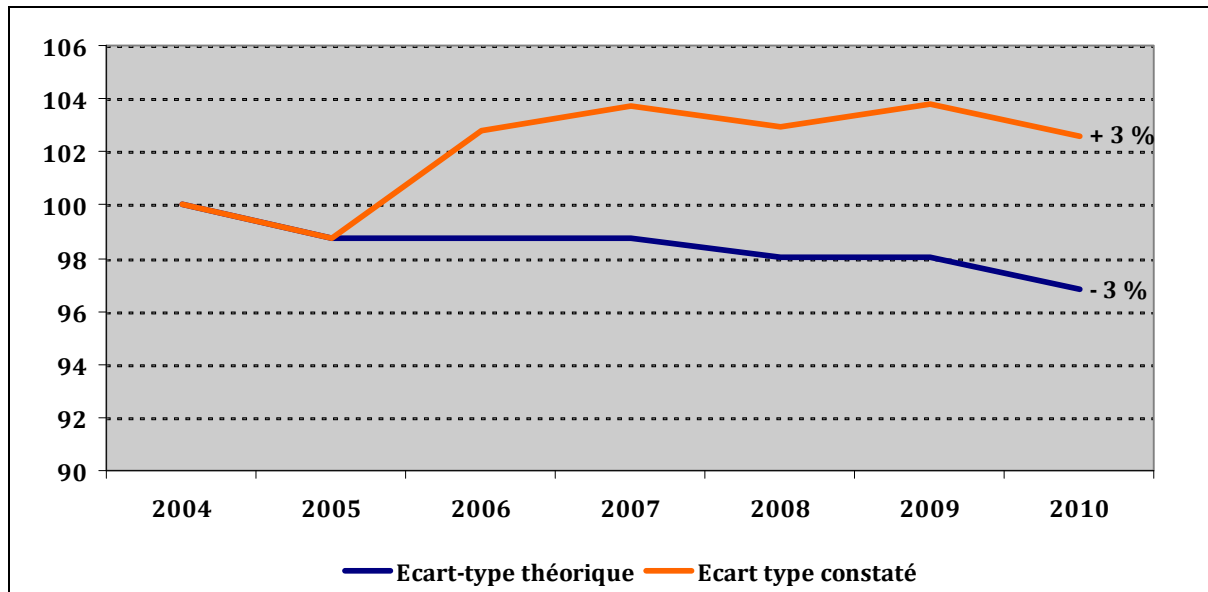
---

<sup>49</sup> Racine carré de la variance.

<sup>50</sup> La deuxième étape de convergence s'est décomposée en deux phases : la première phase est intervenue en septembre 2007 mais son effet en année pleine ne s'est fait ressentir qu'en 2008, la seconde est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

## Annexe II

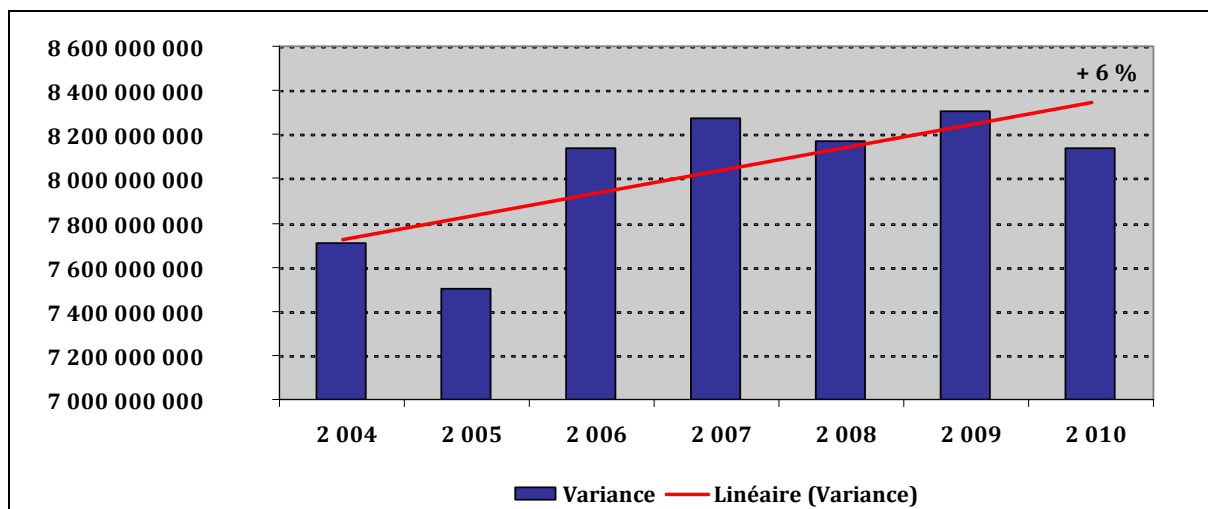
**Graphique 46 : Évolution de l'écart-type entre les honoraires sans dépassement (HSD) des médecins libéraux<sup>51</sup>**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

La variance des honoraires a fortement diminué en 2005 avec la première étape de convergence et en 2008 avec la seconde étape de convergence. Pour autant, l'accroissement plus important des divergences sur les autres années entraîne une augmentation globale de 6 % entre 2004 et 2010.

**Graphique 47 : Évolution de la variance entre les honoraires sans dépassement (HSD) des médecins libéraux<sup>52</sup>**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

<sup>51</sup> Ensemble des spécialités, y compris médecins généralistes et MEP, hors dentistes, infirmières et professions paramédicales.

<sup>52</sup> Ensemble des spécialités, y compris médecins généralistes et MEP, hors dentistes, infirmières et professions paramédicales.

## Annexe II

La réduction de l'écart entre le revenu moyen et la borne haute des revenus peut se révéler trompeuse. En effet, si le revenu le plus bas est resté quasiment stable par rapport au revenu moyen entre 2004 et 2010 (légère baisse de 3 € par rapport à une base 100), en revanche, le revenu le plus haut s'est rapproché du revenu moyen (réduction de 29 €), pouvant laisser supposer un phénomène de convergence des revenus. Ce phénomène est cependant ponctuel et s'explique par la politique ciblée de baisse des revenus des radiologues dont les honoraires ont stagné entre 2004 et 2010 (et les revenus ont baissé sur la même période).

**Tableau 31 : Écart du revenu le plus haut et du revenu le plus bas au revenu moyen entre 2004 et 2010**

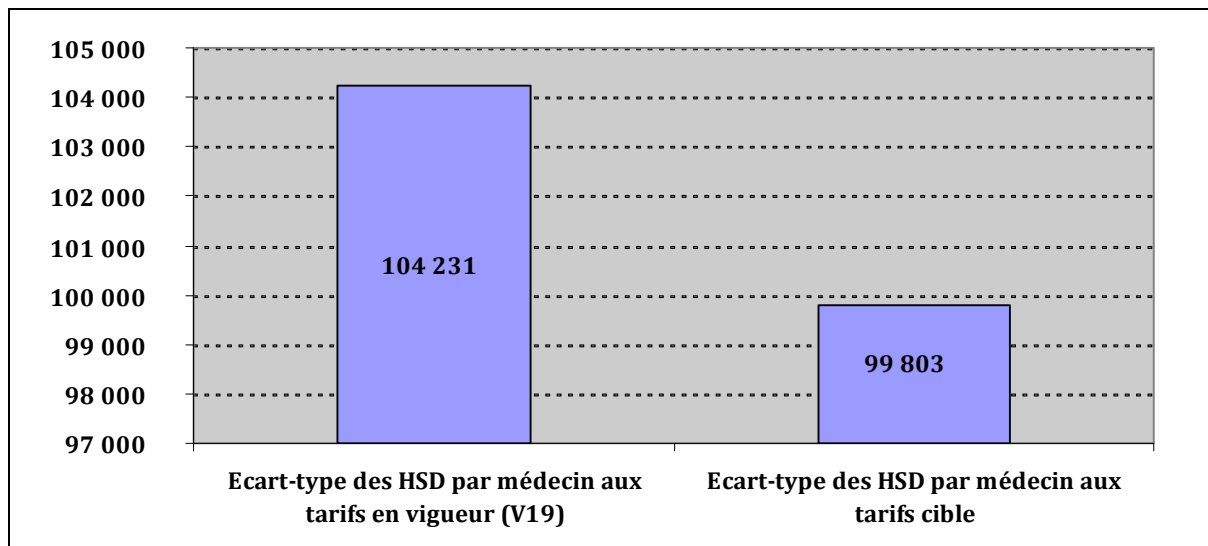
	2004	2010
Revenu moyen (base 100)	100 €	100 €
Revenu le plus haut	297 €	268 €
Revenu le plus bas	66 €	63 €

*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

Alors que la divergence entre les revenus s'est accrue, la mise en œuvre de la CCAM devrait au contraire conduire à une convergence des honoraires entre spécialités. En effet, à volume identique, l'écart type des HSD à la cible est moins important de 4 % à celui des HSD aux tarifs en vigueur en 2010.

L'objectif d'équité entre spécialités fixé la CCAM n'a donc pas pu être satisfait en raison d'une convergence partielle des tarifs sur la cible, et en raison de l'impact des autres effets (volume, structure) qui ont contribué à la divergence des honoraires.

**Graphique 48 : Comparaison de l'écart type des HSD par tête aux tarifs en vigueur en V19 (2010) et aux tarifs cibles (sur la base des volumes 2009/2010)**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

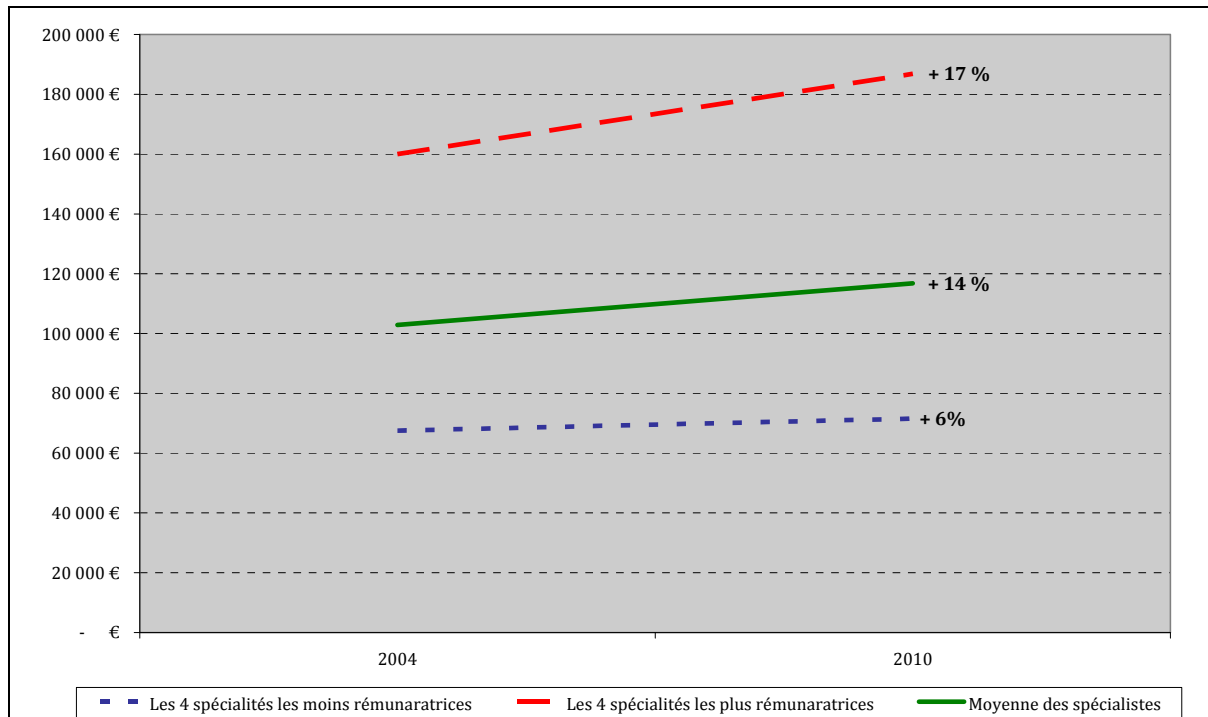
### 3.4.3.2. La divergence croissante entre les honoraires sans dépassement se répercute dans les revenus

L'évolution des revenus entre spécialistes montre que **la variance** calculée en 2004 (avant la mise en œuvre de la CCAM) et en 2010 s'est accrue de 33 % (en incluant les généralistes y compris MEP), confirmant la disparité plus forte des revenus en dépit de la mise en place de la CCAM et de la politique tarifaire mise en œuvre par la CNAMTS. La divergence des revenus est donc sensiblement plus importante que celle des honoraires sans dépassement, ce qui peut s'expliquer en partie par le secteur 2.

Les 25 % de spécialités les moins rémunératrices<sup>53</sup> ont vu leurs revenus progresser de 6 % tandis que les 25 % de spécialités les plus rémunérées<sup>54</sup> ont progressé de 17 %. Les spécialités les mieux rémunérées ont connu une progression de leurs revenus plus de deux fois plus rapide que les spécialités les moins bien rémunérées<sup>55</sup>.

Alors qu'en 2004, le salaire des 25 % de spécialités les mieux rémunérées est 2,4 fois supérieur à celui des 25 % de spécialités les moins bien rémunérés, il est 2,6 fois supérieur en 2010.

**Graphique 49 : Progression des revenus des médecins spécialistes les mieux et les moins bien rémunérés entre 2004 et 2010**



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

<sup>53</sup> Il s'agit des endocrinologues, des dermatologues, des psychiatres et des MPR. Hors spécialité à faibles effectifs, il s'agit des dermatologues, des psychiatres, des pédiatres et des rhumatologues.

<sup>54</sup> Il s'agit des radiologues, des anesthésistes, des chirurgiens et des néphrologues. Hors spécialité à faibles effectifs, il s'agit des radiologues, des anesthésistes, des chirurgiens et des ophtalmologues.

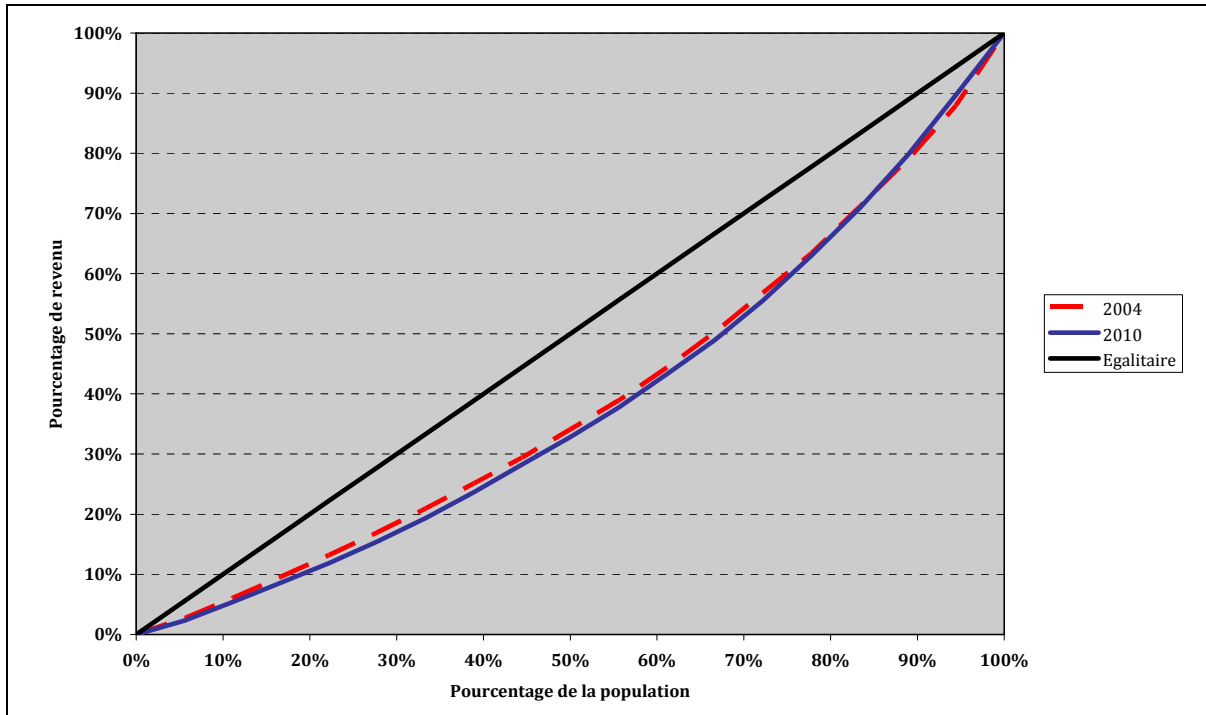
<sup>55</sup> En enlevant les spécialités dont les effectifs sont réduits (endocrinologues, MPR, neurologues et néphrologues), le constat est identique : le revenu des spécialités les mieux rémunérés a progressé de 18 % contre 9 % pour les spécialités les moins rémunérées.



## Annexe II

L'analyse par la courbe de Lorenz et l'indice de gini confirment l'accroissement des écarts de revenus entre médecins spécialistes entre 2004 et 2010. La moitié des spécialités les moins rémunératrices concentrent désormais 33 % des revenus en 2010 contre 34 % en 2004. Entre 2004 et 2010, l'indice de gini<sup>56</sup> est passé de 0,22 à 0,24 (soit + 9 %).

**Graphique 50 : Courbe de Lorenz sur les revenus des médecins spécialistes (en 2004 et en 2010)**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

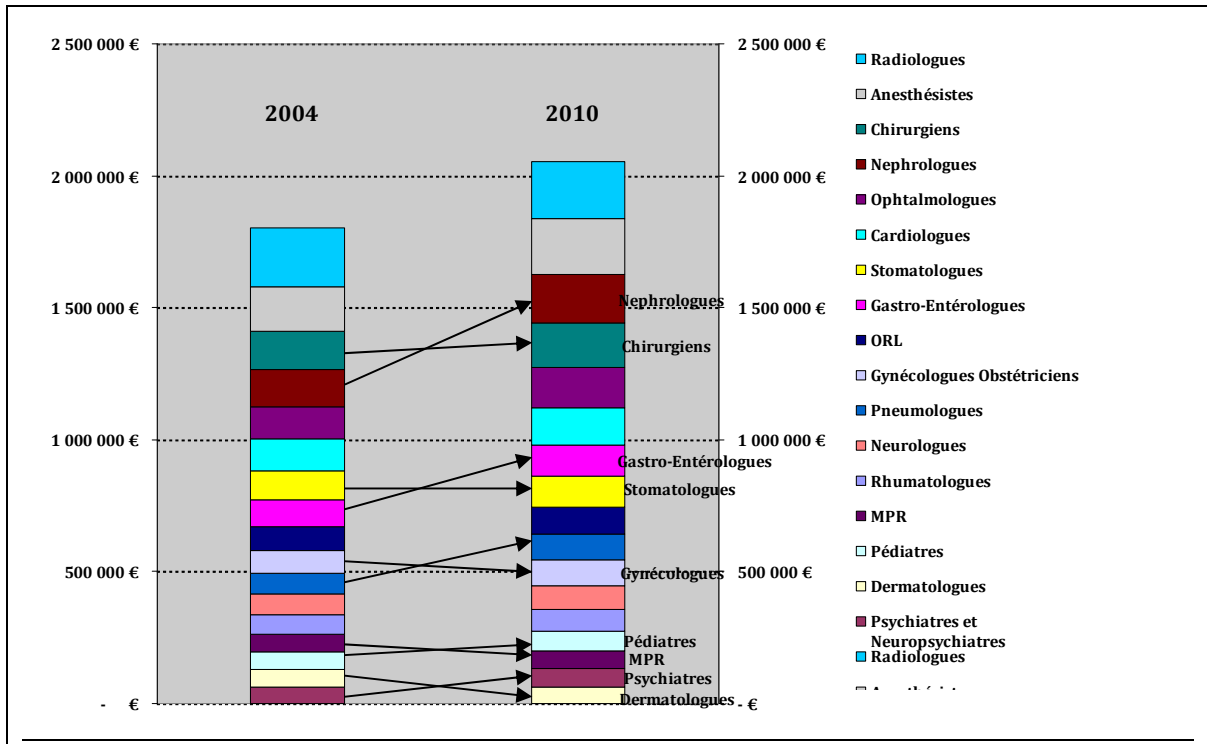
Au final, la hiérarchisation des revenus entre spécialités a évolué mais de façon modérée. Les évolutions de revenus n'ont modifié que d'un rang la hiérarchie existante. A titre d'exemple, les néphrologues sont désormais mieux rémunérés que les chirurgiens ; de même pour les pneumologues par rapport aux gynécologues ; enfin, les psychiatres sont désormais mieux rémunérés que les dermatologues.

En revanche, les quatre spécialités les moins rémunérées et les quatre spécialités les mieux rémunérées sont les mêmes en 2010 qu'en 2004.

<sup>56</sup> L'indice de gini est égal à zéro lorsque la distribution des revenus est égalitaire et à 1 lorsqu'une personne concentre l'ensemble des revenus.

## Annexe II

**Graphique 51 : Modification de la hiérarchisation des revenus des spécialistes entre 2004 (avant la CCAM) et 2010**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

**Annexe II**

**Pièces jointes**

**Tableau 32 : Panorama des actes inscrits à la CCAM (en nombre de libellés, volume d'activité, montants d'honoraires, en 2010, V22)**

<b>Spécialité</b>	<b>Nombre de libellés d'actes</b>	<b>Part des libellés d'actes dans le total</b>	<b>Volume d'actes réalisés</b>	<b>Part des nombres d'actes dans le total</b>	<b>HSD</b>	<b>Part des HSD dans le total</b>
Anatomie-cytologie-pathologique	98	1 %	2 170 367	2 %	61 867 391 €	1 %
Anesthésie - réanimation	66	1 %	155 120	0 %	9 339 044 €	0 %
Cardiologie	155	2 %	8 918 906	8 %	478 840 657 €	9 %
Chirurgie dentaire	1	0 %	52	0 %	7 193 €	0 %
Chirurgie orthopédique et traumat.	1 051	14 %	939 755	1 %	211 470 446 €	4 %
Chirurgie regroupée (hors ortho)	2 437	32 %	23 228 568	20 %	732 720 081 €	14 %
Dermatologie et vénérologie	114	1 %	2 177 669	2 %	56 549 811 €	1 %
Endocrinologie et métabolismes	3	0 %	259	0 %	9 848 €	0 %
Gastro-entérologie et hépatologie	160	2 %	1 621 258	1 %	189 584 030 €	4 %
Gynécologie regroupée	271	4 %	4 871 345	4 %	334 822 030 €	6 %
Hématologie	1	0 %	473	0 %	3 896 €	0 %
Médecine générale	166	2 %	1 419 086	1 %	60 294 902 €	1 %
Médecine interne	5	0 %	781	0 %	9 459 €	0 %
Médecine nucléaire	91	1 %	425 556	0 %	120 906 358 €	2 %
Médecine physique et de réadapt.	22	0 %	104 044	0 %	3 114 584 €	0 %
MEP	64	1 %	4 842 610	4 %	226 407 174 €	4 %
Néphrologie	21	0 %	1 576 477	1 %	64 755 648 €	1 %
Neurologie	46	1 %	944 590	1 %	72 462 524 €	1 %
Oncologie médicale	52	1 %	642 001	1 %	124 003 874 €	2 %
Ophthalmologie	331	4 %	13 818 081	12 %	451 944 120 €	8 %
Oto rhino-laryngologie	532	7 %	3 659 792	3 %	168 181 104 €	3 %
Pédiatrie	12	0 %	122 876	0 %	4 739 967 €	0 %
Pneumologie	50	1 %	1 715 442	1 %	121 469 867 €	2 %
Psychiatrie générale	2	0 %	17 267	0 %	569 880 €	0 %
Radiodiagnostic et imagerie méd.	589	8 %	41 428 610	35 %	1 773 938 029 €	33 %
Rhumatologie	28	0 %	1 978 160	2 %	57 805 504 €	1 %
Stomatologie	153	2 %	35 787	0 %	4 305 703 €	0 %
(vide)	1 198	16 %	18 397	0 %	1 568 €	0 %
<b>Total</b>	<b>7 719</b>	<b>100 %</b>	<b>116 833 329</b>	<b>100 %</b>	<b>5 330 124 692 €</b>	<b>100 %</b>

Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

## Annexe II

**Tableau 33 : Liste des 36 libellés d'actes (V22) représentant 50 % de l'activité CCAM en 2010**

Libellé de l'acte	Volume réalisé (en nombre)	Part de l'activité totale (en %)
Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	4 444 729	4,70 %
Examen de la vision binoculaire	3 232 741	3,42 %
Radiographie du thorax	3 165 733	3,35 %
Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact	2 411 354	2,55 %
Examen fonctionnel de la motricité oculaire	2 195 656	2,32 %
Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques	2 139 939	2,26 %
Échographie unilatérale ou bilatérale du sein	1 990 107	2,11 %
Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	1 889 204	2,00 %
Mammographie bilatérale	1 812 940	1,92 %
Radiographie panoramique dentomaxillaire	1 717 691	1,82 %
Mammographie de dépistage	1 646 574	1,74 %
Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique	1 271 591	1,35 %
Fluoroscopie de l'œil	1 246 525	1,32 %
Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique	1 167 406	1,24 %
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	1 126 590	1,19 %
Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus	1 036 854	1,10 %
Échographie de muscle et/ou de tendon	934 421	0,99 %
Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	890 031	0,94 %
Radiographie de l'abdomen sans préparation	821 474	0,87 %
Radiographie de la main ou de doigt	816 896	0,86 %
Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]	787 763	0,83 %
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	779 200	0,82 %
Échographie transcutanée de la glande thyroïde	759 228	0,80 %
Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences	730 628	0,77 %
Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	716 738	0,76 %
Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	709 649	0,75 %
Séance d'acupuncture	690 052	0,73 %

## Annexe II

Libellé de l'acte	Volume réalisé (en nombre)	Part de l'activité totale (en %)
Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue	689 658	0,73 %
Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus	688 269	0,73 %
Endoscopie de la cavité nasale et du rhinopharynx [cavum], par voie nasale	683 221	0,72 %
Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences	683 166	0,72 %
Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste	670 330	0,71 %
Séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage	646 330	0,68 %
Endoscopie œso-gastro-duodénale	638 496	0,68 %
Échographie transcutanée de l'abdomen	622 446	0,66 %
Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média	603 004	0,64 %
<b>Total</b>	<b>47 056 634</b>	<b>49,79 %</b>

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

## Annexe II

**Tableau 34 : Liste des 50 libellés d'actes de la CCAM (V22) représentant 50 % du montant des honoraires sans dépassement en 2010**

Libellé de l'acte	Tarif en vigueur (V22)	Nombre d'actes en 2010	HSD 2010
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3ème trimestre	73,99	424 756	31 380 316
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 2ème trimestre	81,92	474 209	38 774 119
Échographie transcutanée de l'abdomen	56,70	622 446	35 122 639
Mammographie bilatérale	66,42	1 812 940	120 175 683
Mammographie de dépistage	66,42	1 646 574	109 349 387
Radiographie du thorax	21,28	3 165 733	83 912 984
Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]	75,60	787 763	59 617 433
Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence	19,95	1 889 204	28 224 799
Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique	47,88	1 271 591	49 311 256
Fluoroscopie de l'œil	27,54	1 246 525	26 080 053
Échographie unilatérale ou bilatérale du sein	41,58	1 990 107	54 142 364
Examen fonctionnel de la motricité oculaire	26,24	2 195 656	51 314 381
Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact	28,29	2 411 354	61 999 655
Examen de la vision binoculaire	25,32	3 232 741	47 279 509
Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique	38,35	1 167 406	45 120 708
Échographie de muscle et/ou de tendon	37,80	934 421	33 479 686
Radiographie panoramique dentomaxillaire	21,28	1 717 691	42 817 260
Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	35,91	716 738	27 370 774
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	52,25	779 200	39 092 160
Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques	95,66	2 139 939	204 509 426
Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	13,52	4 444 729	52 593 672
Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort par électrode aiguille, avec mesure des vitesses de conduction motrice et de l'amplitude des réponses musculaires de 2 à 4 nerfs sans étude de la conduction proximale par électrode de surface	121,96	249 036	30 357 911
Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus	38,57	1 036 854	41 117 656
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	30,82	1 126 590	30 795 831
Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]	75,60	425 025	32 169 482
Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	76,80	890 031	68 235 248
Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus	45,22	594 135	32 372 168

## Annexe II

Libellé de l'acte	Tarif en vigueur (V22)	Nombre d'actes en 2010	HSD 2010
Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue	76,80	689 658	52 392 814
Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste	50,54	670 330	41 283 501
Échographie transcutanée de la glande thyroïde	37,80	759 228	27 836 819
Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus	51,87	688 269	43 316 627
Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	56,70	709 649	40 020 897
Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	75,60	341 895	25 483 033
Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences	51,87	413 739	25 893 395
Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média	75,60	603 004	43 867 271
Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures	77,01	423 641	32 395 893
Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale	74,48	560 223	50 627 060
Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	56,70	569 610	32 037 205
Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs	113,40	358 887	40 681 437
Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané	75,60	577 772	43 307 494
Endoscopie oeso-gastro-duodénale	96,00	638 496	48 833 001
Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde	75,60	543 599	40 929 600
Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste	69,00	561 271	38 726 675
Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste	69,00	387 524	26 741 017
Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique	153,60	308 472	47 297 566
Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	313,50	84 256	27 363 394
Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	192,00	185 282	35 466 417
Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil	271,70	352 302	95 409 068
Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique avec synchronisation à l'électrocardiogramme	494,99	89 215	44 148 279
Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie tridimensionnelle avec HDV, simulation virtuelle utilisant la fonction "vue de la source" [beam's eye view] [BEV] et la restitution tridimensionnelle, et fabrication de filtre	668,00	50 679	33 684 953

*Source : Mission IGF à partir des données CNAMTS.*

**Annexe II**

**Tableau 35 : Calcul du taux horaire net de certains actes par spécialité**

Code	Texte	Phase	Tarif V22 (en euro)	Tarif cible	Durée	Point W	Taux horaire brut	Taux horaire cible net CCAM	Charges DREES	Taux horaire net DREES
Chirurgie hors orthopédie										
LMMA012	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal		201,87	194,98	64	275	189,25 €	113,44 €	89,33 €	99,93 €
HMFC004	Cholécystectomie, par cœlioscopie		272,29	287,85	89	406	183,57 €	120,43 €	86,64 €	96,92 €
HMFA007	Cholécystectomie, par laparotomie		251,32	251,70	81	355	186,16 €	115,70 €	87,87 €	98,29 €
EJGA002	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct		167,20	148,89	64	210	156,75 €	86,63 €	73,99 €	82,76 €
Ophtalmologie										
BFGA004	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil		271,70	200,88	60	270	271,70 €	118,80 €	127,97 €	143,73 €
Gynécologie										
JKFA031	Conisation du col de l'utérus		89,30	93,42	39	135	137,38 €	91,38 €	81,06 €	56,33 €
JKNE001	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscopie		209,00	183,38	66	265	190,00 €	106,00 €	112,10 €	77,90 €
JJFC003	Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par cœlioscopie		196,00	193,07	75	279	156,80 €	98,21 €	92,51 €	64,29 €
JJPE001	Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines par insertion de dispositif intratubaire, par hystéroscopie		167,20	130,10	49	188	204,73 €	101,29 €	120,79 €	83,94 €



## Annexe II

Chirurgie Cardiologie										
DDMA005	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3 anastomoses distales, par thoracotomie avec CEC		1403,15	1427,93	284	2014	296,44 €	187,22 €	139,92 €	156,52 €
Radiologie										
ZCQK002	Radiographie de l'abdomen sans préparation		19,95	35,12	13	29	92,08 €	58,89 €	51,47 €	40,61 €
HEQH002	Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodéal]		113,05	78,72	28	65	242,25 €	61,29 €	135,42 €	106,83 €
ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste		50,54	44,16	31	92	97,82 €	78,35 €	54,68 €	43,14 €
Obstétrique										
JQGD012	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare		313,50	197,22	83	285	226,63 €	90,65 €	115,35 €	111,27 €
JQGA002	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie		313,50	236,66	94	342	200,11 €	96,05 €	101,85 €	98,25 €

*Source : IGAS d'après données CNAMTS.*

## Annexe II

### Encadré 10 : Méthodologie de calcul de l'effet volume/effet structure/effet prix

La mission a distingué les trois effets permettant d'expliquer l'évolution des HSD de la façon suivante :

- effet volume : écart entre le nombre d'acte réalisés en 2010 et celui réalisé en 2007 ;
- effet structure : la mission n'a identifié aucune modification des tarifs en vigueur entre la V13 (2008) et la V22 (2010) à l'exception d'un acte (Préparation à une irradiation externe avec repérage par scanographe, dosimétrie bidimensionnelle et simulation à l'aide d'un simulateur ou d'un scanographe à fonction simulateur intégrée). L'effet prix a donc pu être neutralisé en calculant des HSD dit « théoriques » par multiplication du tarif en vigueur (identique en V13 et V22) et du volume en V13 et V22 ;
- effet prix : compte tenu de l'absence de modification des tarifs à partir de 2008, l'effet prix se réduit à l'impact des différents effets majorants et minorants venant impacter le tarif (modificateurs, règles d'association). Cet effet est calculé par solde entre les différents effets.

Les résultats figurent dans le tableau ci-après.

Annexe II

**Tableau 36 : Détail des différents effets impactant l'évolution des honoraires (effet volume, effet prix, effet structure)**

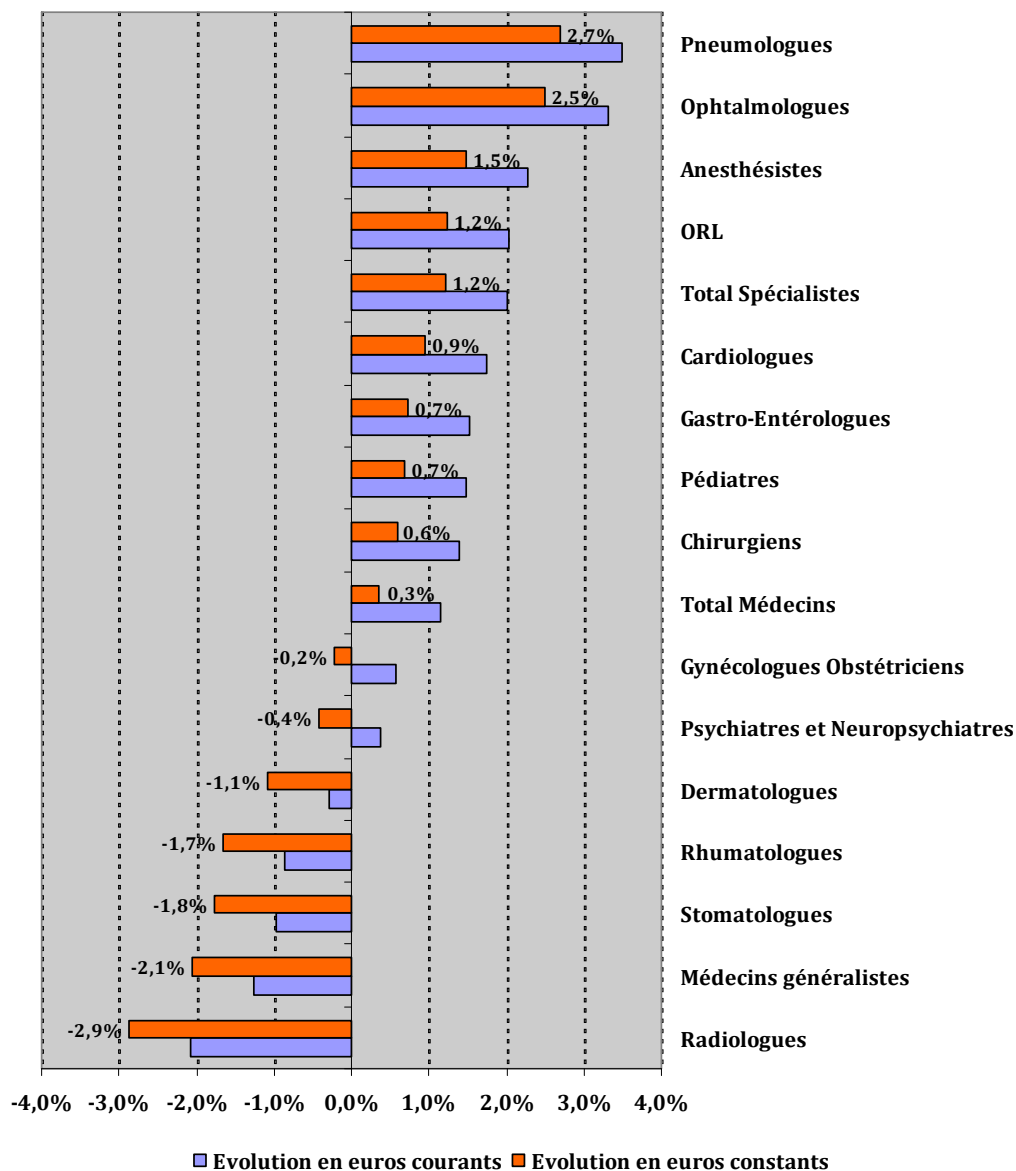
Spécialité	Évolution volume*	Contribution volume	Évolution HSD	Contribution HSD	Effet de structure	Contribution effet structure	Effet prix (majorant /minorant)	Contribution effet prix	Effet Total	Contribution effet prix et structure
Ophthalmologie	46,50 %	5,40 %	45,30 %	3,30 %	-4,20 %	1,80 %	3,50 %	0,00 %	-0,90 %	1,77 %
Anatomie-cytologie-pathologique	37542,70 %	2,50 %	32721,60 %	1,40 %	-14,90 %	1,20 %	2,50 %	0,00 %	-12,80 %	1,18 %
Médecine générale	49,90 %	0,60 %	61,50 %	0,50 %	1,60 %	0,20 %	6,10 %	0,10 %	7,80 %	0,33 %
Rhumatologie	38,70 %	0,70 %	35,20 %	0,30 %	-0,70 %	0,20 %	-1,80 %	0,00 %	-2,50 %	0,16 %
MEP-Angéiologie	32,70 %	1,00 %	19,00 %	0,70 %	-9,90 %	0,10 %	-0,50 %	0,00 %	-10,30 %	0,08 %
Pneumologie	12,00 %	0,20 %	20,20 %	0,50 %	4,60 %	0,00 %	2,60 %	0,10 %	7,30 %	0,07 %
Pédiatrie	149,30 %	0,10 %	182,50 %	0,10 %	1,80 %	0,10 %	11,30 %	0,00 %	13,30 %	0,06 %
Anesthésie – réanimation*	35,50 %	0,10 %	40,50 %	0,10 %	-1,00 %	0,00 %	4,70 %	0,00 %	3,70 %	0,03 %
Néphrologie	11,50 %	0,20 %	18,40 %	0,20 %	0,60 %	-0,10 %	5,50 %	0,10 %	6,20 %	0,02 %
Oncologie médicale	7,00 %	0,00 %	18,60 %	0,20 %	12,20 %	0,00 %	-1,20 %	0,00 %	10,80 %	0,02 %
Dermatologie et vénéréologie	9,80 %	0,20 %	17,60 %	0,20 %	2,40 %	0,00 %	4,50 %	0,10 %	7,10 %	0,01 %
Médecine physique et de réadaptation	15,90 %	0,00 %	39,30 %	0,00 %	2,80 %	0,00 %	16,90 %	0,00 %	20,20 %	0,01 %
Chirurgie dentaire	300,00 %	0,00 %	223,50 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	-19,10 %	0,00 %	-19,10 %	0,00 %
Endocrinologie et métabolismes	137,60 %	0,00 %	101,60 %	0,00 %	-17,50 %	0,00 %	2,80 %	0,00 %	-15,20 %	0,00 %
Hématologie	85,50 %	0,00 %	72,90 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	-6,80 %	0,00 %	-6,80 %	0,00 %
Médecine interne	-6,60 %	0,00 %	4,20 %	0,00 %	11,00 %	0,00 %	0,50 %	0,00 %	11,50 %	0,00 %
Neurologie	27,50 %	0,30 %	16,90 %	0,20 %	-11,00 %	0,00 %	3,10 %	0,00 %	-8,30 %	0,00 %
Psychiatrie générale	5,30 %	0,00 %	19,20 %	0,00 %	0,20 %	0,00 %	13,00 %	0,00 %	13,20 %	0,00 %
Stomatologie	20,40 %	0,00 %	17,40 %	0,00 %	-4,40 %	0,00 %	1,90 %	0,00 %	-2,50 %	0,00 %
(vide)	2,90 %	0,00 %	-99,20 %	0,00 %	-99,30 %	0,00 %	13,90 %	0,00 %	-99,20 %	0,00 %
MEP-Acupuncture	-4,60 %	0,00 %	1,20 %	0,00 %	1,20 %	0,00 %	4,80 %	0,00 %	6,10 %	-0,03 %
MEP-Allergologie	8,00 %	0,10 %	7,80 %	0,00 %	1,00 %	0,00 %	-1,20 %	0,00 %	-0,20 %	-0,03 %
Cardiologie	13,20 %	1,30 %	15,50 %	1,50 %	2,10 %	-0,10 %	0,00 %	0,00 %	2,10 %	-0,09 %
Chirurgie orthopédique	5,50 %	0,10 %	11,10 %	0,50 %	1,90 %	-0,40 %	3,30 %	0,10 %	5,30 %	-0,21 %
Oto rhino-laryngologie	10,50 %	0,40 %	8,40 %	0,30 %	-3,30 %	-0,30 %	1,40 %	0,10 %	-1,90 %	-0,25 %
Médecine nucléaire	6,60 %	0,00 %	2,60 %	0,10 %	1,60 %	-0,20 %	-5,30 %	-0,10 %	-3,80 %	-0,33 %
Gynécologie regroupée	8,40 %	0,50 %	9,80 %	0,70 %	-4,10 %	-0,80 %	5,70 %	0,40 %	1,30 %	-0,41 %
Gastro-entérologie et hépatologie	3,70 %	0,10 %	4,60 %	0,20 %	0,70 %	-0,50 %	0,20 %	0,00 %	0,90 %	-0,43 %
Chirurgie regroupée (hors ortho	2,00 %	0,00 %	4,80 %	0,30 %	-1,30 %	-1,00 %	4,00 %	0,30 %	2,70 %	-0,70 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	6,00 %	2,90 %	2,10 %	0,80 %	3,00 %	-2,30 %	-6,50 %	-2,70 %	-3,70 %	-5,01 %
Total	16,60 %	16,60 %	12,20 %	12,20 %	-2,10 %	-2,10 %	-1,70 %	-1,70 %	-3,80 %	-3,80 %

\* hors actes d'anesthésie.

Source : Mission IGF d'après données CNMATS

## Annexe II

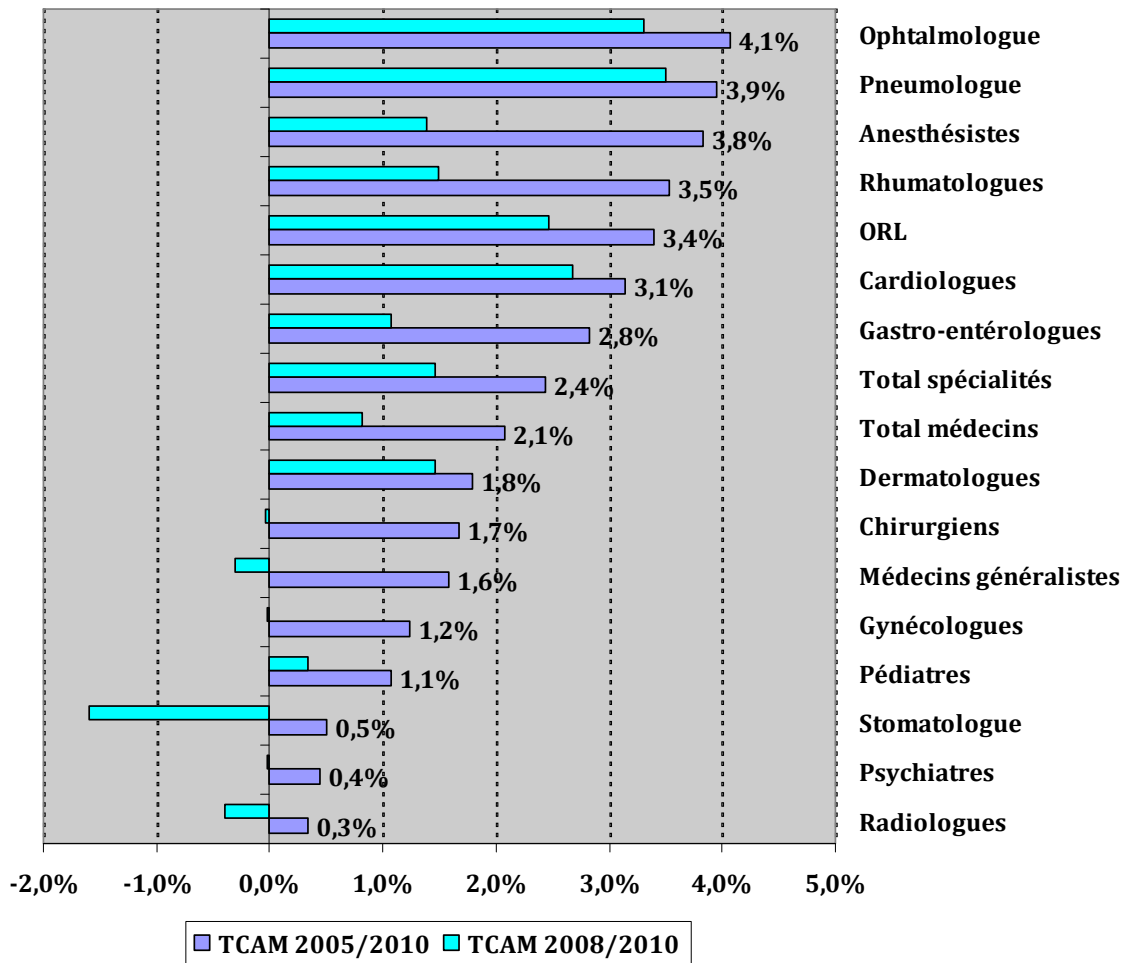
**Graphique 52 : Évolution en moyenne annuelle des revenus individuels par APE entre 2008 et 2010**



*Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.*

Annexe II

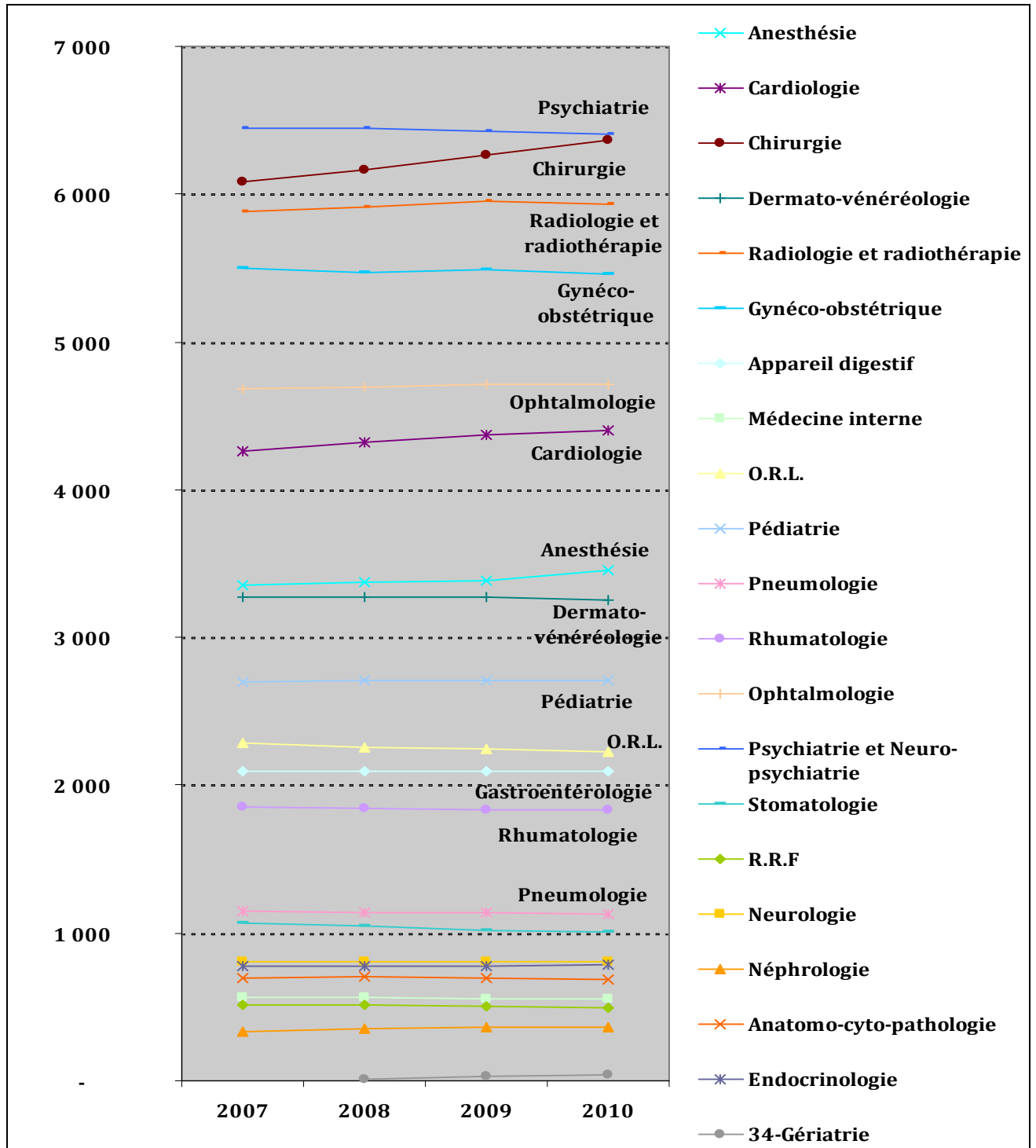
Graphique 53 : Évolution des honoraires sans dépassement par spécialité entre 2005 et 2010 et entre 2008 et 2010 (en taux de croissance annuel moyen -TCAM)



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

Annexe II

Tableau 37 : Détail de l'évolution des médecins spécialistes exerçant une activité libérale à temps complet ou partiel (France métropolitaine)



Source : Mission IGF d'après données CNAMTS (à partir des données SNIR-PS).

**Annexe II**

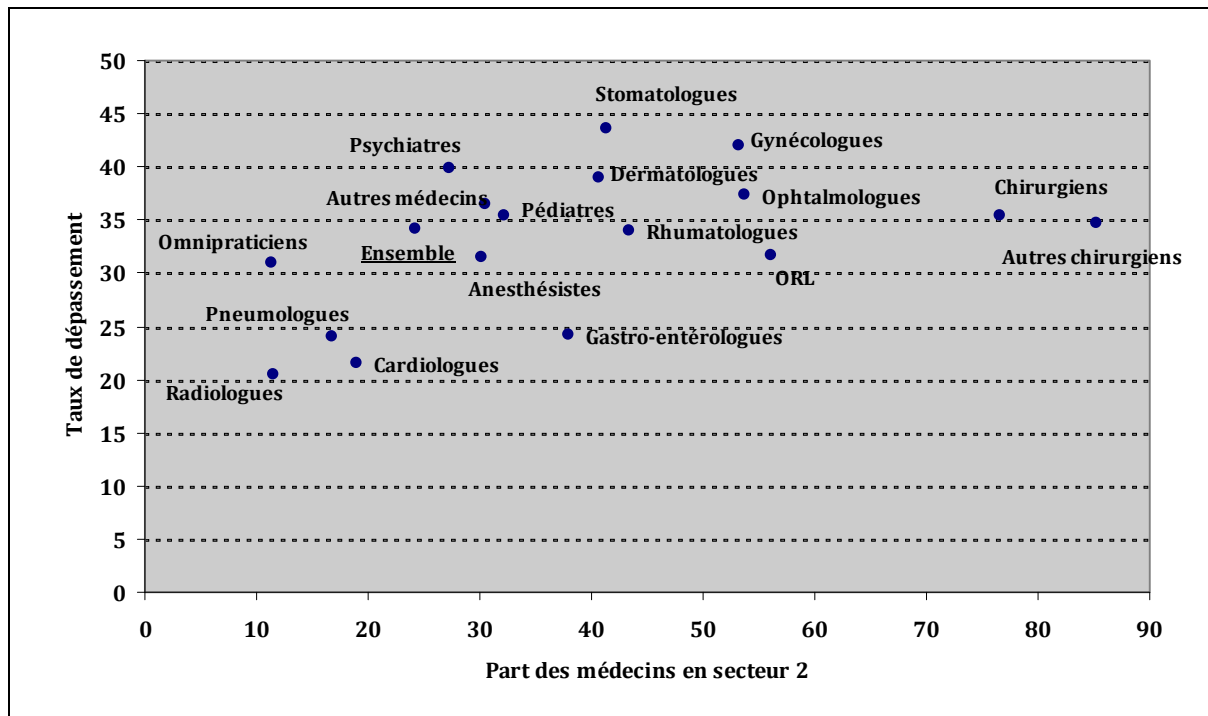
**Tableau 38 : Nombre d'actes réalisés annuellement par médecin exerçant une activité libérale (tous statuts) et par spécialité (en nombre)**

Spécialités	2007	2010	Evolution 2010/2007
Ophthalmologie	2 014	2 923	909
Radiodiagnostic, imagerie médicale, radiothérapie	6 283	6 782	499
Médecine générale et MEP (4)	107	135	28
Cardiologie	1 716	1 882	166
Gynécologie médicale et obstétricale	687	787	100
Rhumatologie	1 269	1 526	257
Oto rhino laryngologie	1 444	1 672	228
Dermato et vénéréologie	560	633	73
Néphrologie	3981	4158	177
Neurologie	703	923	220
Anesthésie et réanimation chirurgicale	1 504	1 562	58
Pédiatrie	93	140	48
Chirurgie	463	459	-
Pneumologie	1552	1654	103
Gastro entérologie et hépatologie	855	880	25
Autres spécialités (5)	39	41	2

(5) : stomatologie, chirurgie maxillo faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro-psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto-pathologique, oncologie médicale, hématologie

Source : Mission IGF d'après données CNAMTS.

**Graphique 54 : Part des médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement par spécialité**



Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.

## **ANNEXE III**

**Tarification à l'activité,  
maîtrise budgétaire  
et incitation à l'efficience**





# SOMMAIRE

<b>1. L'OBJECTIF DE MAÎTRISE BUDGÉTAIRE EST EN PARTIE CONTOURNÉ.....</b>	<b>2</b>
1.1. Un objectif de maîtrise des dépenses qui s'impose à la T2A.....	2
1.1.1. <i>Un objectif de maîtrise budgétaire devenu contraignant.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Un outil tarifaire qui participe à la logique contraignante.....</i>	<i>8</i>
1.2. Un instrument de régulation budgétaire à l'efficacité limitée.....	14
1.2.1. <i>Une régulation budgétaire automatique selon une logique prix-volume.....</i>	<i>15</i>
1.2.2. <i>La condition préalable d'une correcte prévision de l'évolution de l'activité.....</i>	<i>15</i>
1.2.3. <i>Le risque de fuite en avant.....</i>	<i>16</i>
1.2.4. <i>L'existence de zones de fuite au sein du sous-objectif.....</i>	<i>18</i>
<b>2. L'OBJECTIF DE FINANCEMENT ÉQUITABLE N'A ÉTÉ QUE PARTIELLEMENT ATTEINT .....</b>	<b>22</b>
2.1. La place de la tarification à l'activité dans le budget des établissements.....	22
2.1.1. <i>La tarification à l'activité tient une place prépondérante dans le financement des établissements publics de santé.....</i>	<i>22</i>
2.1.2. <i>Le financement des établissements de santé privés à but lucratif.....</i>	<i>29</i>
2.1.3. <i>Une convergence intersectorielle non aboutie et qui fait débat.....</i>	<i>30</i>
2.2. La réallocation des ressources entre établissements poursuivie par la réforme a fait l'objet de compensations.....	31
2.2.1. <i>De forts écarts de financement existaient avant la mise en place de la T2A.....</i>	<i>31</i>
2.2.2. <i>La montée en charge du système de tarification à l'activité s'est traduite par une réallocation progressive de l'enveloppe finançant l'activité MCO.....</i>	<i>34</i>
2.2.3. <i>Cette réallocation a toutefois été largement compensée par les autres sources de financement.....</i>	<i>37</i>
2.3. La santé financière des établissements s'est fortement dégradée depuis la réforme du financement des établissements de santé.....	42
2.3.1. <i>La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'une forte augmentation du déficit hospitalier.....</i>	<i>42</i>
2.3.2. <i>Elle s'est également accompagnée d'une croissance préoccupante de l'endettement des établissements.....</i>	<i>43</i>
2.3.3. <i>Les centres hospitaliers régionaux concentrent les difficultés financières.....</i>	<i>44</i>
2.4. Le pilotage budgétaire des établissements est contraint.....	46
2.4.1. <i>Le calendrier du processus budgétaire ne permet pas un pilotage satisfaisant des établissements.....</i>	<i>46</i>
2.4.2. <i>La prépondérance des charges de personnel dans les comptes des établissements limite leur marge de manœuvre.....</i>	<i>47</i>
<b>3. L'OBJECTIF D'INCITATION À L'EFFICIENCE NÉCESSITE UN RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ ET DE L'INTERPRÉTATION DU SIGNAL-PRIX.....</b>	<b>49</b>
3.1. La tarification à l'activité s'appuie sur le principe de concurrence par comparaison pour inciter les établissements à améliorer leur efficacité.....	49
3.1.1. <i>Le principe de concurrence par comparaison.....</i>	<i>50</i>
3.1.2. <i>Le choix de tarifs universels peut justifier le recours à des financements complémentaires.....</i>	<i>50</i>
3.1.3. <i>La qualité des incitations dépend du système de fixation des tarifs.....</i>	<i>52</i>
3.1.4. <i>La tarification à l'activité impose des dispositifs complémentaires de contrôle de la qualité des soins et des volumes.....</i>	<i>53</i>

3.2. La force du signal-prix porté par les tarifs des séjours hospitaliers est limitée par les incertitudes de mesure et de nombreux retraitements .....	54
3.2.1. <i>La distorsion croissante entre tarifs et coûts</i> .....	54
3.2.2. <i>La régulation prix-volume limite la portée du signal-prix</i> .....	55
3.3. De plus, la capacité réelle des établissements à répondre aux incitations est faible .....	57
3.3.1. <i>La connaissance par les établissements de leurs coûts présente des marges de progression</i> .....	57
3.3.2. <i>Le développement de référentiels de comparaison est une condition essentielle de la recherche d'efficience</i> .....	60
3.3.3. <i>Les marges de manœuvres des gestionnaires hospitaliers sont limitées</i> .....	62
3.4. Aussi les effets mesurables des incitations tarifaires se limitent-ils au développement de l'activité.....	63
3.4.1. <i>Le volume d'activité des hôpitaux connaît une croissance soutenue depuis 2006</i> .....	63
3.4.2. <i>Les gains d'efficience mesurables depuis 2010 semblent très limités</i> .....	64
3.5. La lisibilité et l'efficacité des incitations pourraient être significativement améliorées par des tarifs fixés à partir d'une estimation de coûts efficients.....	65
3.5.1. <i>Approche des marges d'efficience à partir des déciles de la distribution des coûts par GHM</i> .....	65
3.5.2. <i>Approche des marges d'efficience à partir des coûts moyens par établissement pour les principaux GHM</i> .....	67
3.5.3. <i>Approche des marges d'efficience par l'identification de « l'hétérogénéité non observée » des coûts des hôpitaux</i> .....	70
<b>4. PIÈCES JOINTES</b> .....	<b>71</b>

## INTRODUCTION

Cette annexe a pour objet d'examiner la réforme du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pratiquées par les établissements de santé du point de vue de la maîtrise des coûts, entendue à la fois comme respect d'un objectif budgétaire national et comme efficacité du système de production de soins.

L'introduction du système de tarification à l'activité (T2A) devait permettre de corriger certaines faiblesses du financement des établissements de santé, en substituant à un principe de reconduction d'une dotation globale une allocation de ressources proportionnée à l'activité de chaque hôpital, afin de donner aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement et de limiter les situations de rente.

A côté de la T2A, la situation des finances publiques a conduit à donner la priorité à la maîtrise des dépenses de santé, concrétisée par le respect d'un objectif national d'assurance maladie (ONDAM) dont le taux annuel d'augmentation est de plus en plus contraint.

La mission a cherché à mesurer les conséquences de la réforme et à analyser le rôle du nouvel outil tarifaire en distinguant trois objectifs : la maîtrise des dépenses d'assurance maladie relatives au domaine hospitalier, l'équité dans la répartition des financements entre les établissements, et l'amélioration de l'efficacité de ces derniers.

Pour réaliser ces travaux, la mission s'est appuyée principalement sur deux sources de données :

- ◆ d'une part, les données fournies par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), que ce soit sur l'évolution et la segmentation de l'ONDAM, sur les données d'activité des établissements (mesurée *via* le programme de médicalisation des systèmes d'information) ou sur les coûts de séjours mesurés par l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCc) ;
- ◆ d'autre part, les données comptables fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) :
  - pour les établissements publics, pour lesquels la DGFIP assure la tenue des comptes, le détail des budgets et comptes financiers ont été transmis par le service des collectivités locales ;
  - pour les établissements privés, des éléments de résultat et bilan figurant dans les déclarations fiscales ont été transmises par le bureau des études statistiques en matière fiscale (GF3C).

## 1. L'objectif de maîtrise budgétaire est en partie contourné

La tarification à l'activité (T2A) constitue un instrument d'allocation d'une ressource budgétaire par construction limitée. Cette contrainte est incarnée par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Compte tenu de la situation des finances publiques, l'ONDAM évolue vers une logique de crédits contraignants (1.1).

En tant qu'outil de fixation des prix payés aux différents établissements par l'assurance maladie pour les différents types de séjours hospitaliers, la T2A participe à la maîtrise de la dépense *via* un mécanisme de régulation *prix-volume*, dont l'efficacité présente toutefois des limites importantes (1.2).

### 1.1. Un objectif de maîtrise des dépenses qui s'impose à la T2A

Institué en 1996, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) cherche à réguler les dépenses de santé couvertes par les régimes d'assurance maladie obligatoires et par les régimes d'accidents du travail et maladies professionnelles.

De ce fait, l'ONDAM ne couvre pas l'intégralité des dépenses des branches « maladies » des différents régimes, notamment les prestations « invalidité et décès », les indemnités journalières liées à la maternité et les dépenses administratives et financières. Il couvre en revanche certaines dépenses hors branches « maladies » comme par exemple les frais de soins et les indemnités journalières pour incapacité temporaire des branches « accidents du travail et maladies professionnelles ».

En ne portant que sur les dépenses relevant de la loi de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM ne retrace pas non plus la totalité de l'effort public national de couverture des dépenses de soins. Il ne s'applique pas au financement de la CMU-complémentaire, ni au financement des frais de soins qui incombent à l'État (AME et dépenses de prévention) ou au financement par les collectivités territoriales (notamment PMI, dépistage).

L'ONDAM vient de ce fait en complément d'autres agrégats servant au pilotage des dépenses de santé, comme la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la dépense totale de santé (DTS) ou la dépense courante de santé (DCS). Cela étant, il s'est imposé comme un élément déterminant de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Dans un contexte général de tension budgétaire, la contrainte exercée par l'ONDAM s'accroît (1.1.1). Bien que sa répartition par sous-objectif ne corresponde pas au périmètre des outils tarifaires, le rôle que les pouvoirs publics font jouer aux outils de tarification participe incontestablement à l'évolution de l'ONDAM vers une logique de crédits contraignants. (1.1.2).

#### 1.1.1. Un objectif de maîtrise budgétaire devenu contraignant

Depuis la loi organique du 22 juillet 1996, l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit l'adoption annuelle, dans le cadre des lois sur le financement de la sécurité sociale, d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif n'est pas une enveloppe budgétaire limitative mais il est devenu, à partir de 2010, partie prenante des engagements français en matière de finances publiques.

## Annexe III

### 1.1.1.1. Un objectif construit à partir de données historiques et d'une prévision d'évolution

La fixation de l'ONDAM se fait sur la base des dépenses réalisées l'année précédente, sans analyse du bien fondé de ces dépenses, c'est-à-dire sans justification au premier euro.

Ainsi, comme le note le HCAAM<sup>1</sup>, « ont pu être intégrées dans cette « base » initiale de l'ONDAM non seulement des dépenses justifiées et utiles, mais aussi une part de dépenses dont l'utilité n'était pas nécessairement établie ou qui était susceptible d'être optimisée ».

Le montant annuel de l'ONDAM intègre toutefois, outre une évolution tendancielle, des mesures d'économie qui permettent de revenir progressivement sur le montant historique de l'ONDAM. « La rectification de la « base historique », en vue de la faire évoluer vers la dépense du « juste soin », s'effectue donc progressivement, sans correction « brutale » de base, par certaines actions de long terme sur l'organisation des soins et la consommation des biens et services de santé. ».

#### Encadré 1 : Processus d'élaboration de l'ONDAM de l'année N

- **La détermination d'une base des dépenses N-1.** Devant l'impossibilité de déterminer *a priori* les besoins de santé de la population et de les valoriser financièrement, le mode de construction de l'ONDAM repose sur un taux d'évolution appliquée à une base de dépenses N-1 :
    - cette base est fondée sur la prévision de dépenses N-1 établie en septembre N-1 (la base N-1 n'est donc pas intégralement constatée, d'où un écart entre la base estimée et l'ONDAM N-1 exécuté, qui n'est connu définitivement qu'au printemps de l'année N +1<sup>2</sup>) ;
    - cette prévision est corrigée des dépenses n-1 qui n'auraient pas vocation à se renouveler en N (non reconduites ou exceptionnelles) ;
    - elle fait l'objet d'ajustements en fonction de changements de périmètre de l'ONDAM (exemple : pour 2010, les dépenses de soins effectués en France par les non-résidents ont été sorties du périmètre de l'ONDAM sur recommandation de la Cour des comptes).
  - **l'estimation d'une évolution tendancielle correspondant à la croissance spontanée des dépenses entre N-1 et N.** Le « tendanciel » reflète le scénario central de progression des dépenses en prenant en compte les mesures nouvelles considérées comme certaines. Il est construit différemment pour la ville et pour les établissements :
    - pour la ville, le taux d'évolution tendancielle est arbitré sur la base de travaux conduits par la CNAMTS sur l'évolution des dépenses en valeur (projection sur les effectifs de patients et sur le volume des consommations ; évolution du nombre de personnes atteintes de pathologies sévères) ;
    - pour les établissements, le taux d'évolution tendancielle est arbitré sur la base des travaux réalisés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en s'appuyant sur les prévisions d'évolution des charges des hôpitaux et cliniques (notamment les charges de personnels et les plans d'investissement). A la différence de la ville, ce taux ne résulte donc pas d'une prévision de dépenses de maladie mais de dépenses des acteurs de l'assurance maladie. Ces travaux intègrent également des efforts de productivité attendus sous forme de baisse des tarifs.
- Les annexes 7 aux PLFSS présentent le détail de la méthodologie employée pour aboutir aux tendancielles retenus. Même si d'importants progrès ont été réalisés, il convient de souligner le peu de détails que ces documents donnent sur les hypothèses retenues et sur la méthodologie employée. Par ailleurs, le tendanciel n'est disponible par sous-objectif que depuis 2011.
- **la définition des mesures d'économies à réaliser en N.** Ces mesures visent à la fois à infléchir le supplément de dépenses anticipé pour l'année à venir mais également à réduire la dépense « en base ».

<sup>1</sup> Rapport annuel du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, décembre 2011.

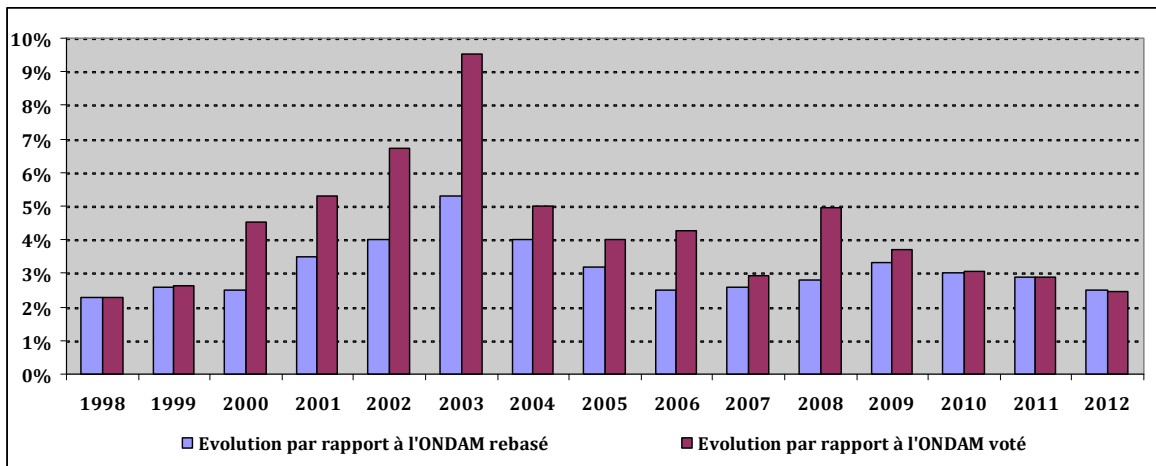
<sup>2</sup> Ces données sont communiquées par l'ensemble des caisses d'assurance maladie *via* les tableaux de centralisation des données comptables.

**1.1.1.2. Une nette diminution du taux de l'ONDAM depuis 2008**

L'ONDAM est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale en tenant compte des orientations pluriannuelles définies par les lois de programmation des finances publiques. Il est voté en montant. Son évolution est toutefois traduite en pourcentage du montant voté l'année précédente en tenant compte d'éventuelles variations de périmètre et des éléments de sa réalisation anticipée (taux calculés par rapport à l'ONDAM « rebasé » de l'année précédente).

Les importants dépassements des objectifs votés entre 2000 et 2009 (cf. section suivante) expliquent l'essentiel des écarts importants entre le taux affiché de progression de l'ONDAM (taux rebasé) par rapport à la croissance de l'objectif d'une part et par rapport au montant voté l'année précédente. Cette différence a atteint son maximum de 4,2 points en 2003, avec une évolution par rapport à l'ONDAM rebasé de 5,3 % et une évolution par rapport à l'ONDAM voté de 9,5 %.

**Graphique 1 : Évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**



Source : Ministère de la santé, rapport HCAAM de décembre 2011.

Selon l'analyse du HCAAM, entre 1997 et 2003, le taux de l'ONDAM a fluctué en fonction du cycle économique et de la dynamique propre aux dépenses de santé. La période 2004-2008 s'est caractérisée par un objectif de réduction sur quatre ans du déficit de l'assurance maladie mais aussi par la volonté affichée de financer les plans de santé publique ou médico-sociaux lancés et des mesures de revalorisations concernant les professionnels.

Depuis 2009, le taux de progression de l'ONDAM voté est en diminution. Depuis 2010, l'ONDAM est partie prenante des engagements français en matière de finances publiques. La loi de programmation du 28 décembre 2010 a fixé des montants d'ONDAM correspondants à des taux d'évolution plus contraints : 2,9 % en 2011, puis 2,8 % jusqu'en 2014. Afin de respecter la trajectoire des finances publiques dans un contexte de moindre croissance.

Pour faire face à l'endettement public, le taux de progression de l'ONDAM a été ramené, pour les années 2012 et suivantes, à 2,5 % par an. Comme présenté dans l'encadré ci-après, les mesures d'économies prévues pour soutenir ces baisses de l'objectif de dépenses concernent en priorité le sous-objectif des soins de ville.

**Encadré 2 : Les mesures d'économies de l'ONDAM pour l'exercice 2012**

Le projet de loi de financement initial de la sécurité sociale pour l'année 2012 prévoyait un objectif de dépenses d'assurance maladie de 171,7 Md€, en augmentation de 2,8 % par rapport à la prévision de l'exécution pour 2011. Pour contenir l'évolution spontanée des dépenses et financer les dépenses nouvelles (ces deux éléments conduisant à un taux de 4,1 %), des mesures d'économies étaient prévues à hauteur de 1,3 point d'ONDAM, soit 2,16 Md€, réparties comme suit :

- 670 M€ au titre de la baisse de prix de produits de santé ;
- 550 M€ au titre de la maîtrise médicalisée, dont 300 M€ sur les produits de santé ;
- 220 M€ au titre de la baisse des indemnités journalières ;
- 170 M€ au titre des baisses de tarifs des professionnels de santé (biologie et radiologie) ;
- 100 M€ de mesures diverses sur le médicament, portant le total des mesures d'économies sur les soins de ville à 1,7 Md€ ;
- 450 M€ au titre des économies sur les établissements de santé (dont 150 M€ sur les contrats de performance, 145 M€ sur l'optimisation des achats et 100 M€ sur la convergence tarifaire ciblée).

Les mesures d'économies supplémentaires accompagnant la baisse de l'objectif de 2,8 % à 2,5 % fixée par un PLFSS rectificatif s'élèvent à 500 M€ et concernent :

- les prix de produits de santé à hauteur de 290 M€ ;
- le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés à hauteur de 100 M€
- les tarifs des professionnels de santé à hauteur de 90 M€ ;
- le secteur médico-social à hauteur de 20 M€.

**1.1.1.3. Des dépassements récurrents jusqu'en 2010**

Comme son nom l'indique, l'ONDAM n'est qu'un objectif. Il ne constitue pas une contrainte budgétaire stricte, au sens où il n'est pas un plafond limitatif de dépenses : la prestation de santé, une fois réalisée, sera prise en charge par l'assurance maladie en fonction des droits des assurés, sans qu'une insuffisance de financement puisse y faire obstacle. La mise en place de mécanismes automatiques et donc limitatifs, un temps expérimentés<sup>3</sup>, a été abandonné au profit d'une approche plus pragmatique par objectifs.

L'ONDAM constitue en effet, comme le rappelle l'HCAAM, « *le montant des dépenses d'assurance maladie remboursées par la collectivité compatible avec le niveau de recettes prévues, à niveau de solde donné* ».

Les dépassements observés et la dégradation de la situation des finances publiques ont toutefois fait prendre conscience de la nécessité de mieux piloter l'objectif et d'améliorer les outils de régulation de la dépense. Le non-respect de l'ONDAM compromet en effet l'ensemble de la trajectoire des finances publiques.

L'ONDAM a été systématiquement dépassé de 1998 à 2009 inclus, le dépassement le plus important ayant représenté 3,4 % du montant voté (exercice 2002). Ainsi, à l'exception de l'année de sa création (1997), l'exercice 2010 est le premier à présenter des dépenses exécutées légèrement inférieures à l'objectif voté.

---

<sup>3</sup> Le mécanisme de « reversements » par les médecins en cas de dépassement de l'objectif d'honoraires et de prescriptions a été invalidé par le Conseil constitutionnel (Décision 98-404DC du 18 décembre 1998) pour rupture du principe d'égalité. Le mécanisme des « lettres flottantes » mis en place en 2000 n'a pas prospéré.



## Annexe III

**Tableau 1 : Dépassements de l'ONDAM depuis sa création (en Md€)**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ONDAM voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4
ONDAM réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	152,9	158,1	161,8
Dépassement de l'ONDAM	-0,1	1,5	1,5	2,6	3,1	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	0,9	0,5	-0,6
	-0,1 %	1,6 %	1,6 %	2,6 %	2,9 %	3,4 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,3 %	-0,4 %

Source : DGOS.

Malgré son caractère non opposable, le respect de l'ONDAM est devenu depuis 2008, au-delà du respect d'un choix démocratique, un enjeu de crédibilité sur la maîtrise des dépenses publiques. Il est aussi au service « *du seul véritable objectif qu'est la pérennité du financement solidaire des dépenses de santé* » (HCAAM).

La tenue de cet objectif dépend de la qualité des prévisions de l'ONDAM et de la réalisation effective, le cas échéant, des économies prévues par rapport au « tendanciel ». Elle dépend également de l'efficacité du pilotage et donc de l'importance que l'on accorde à la tenue de cet objectif. Parmi les outils de pilotage, le comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie est chargé de contrôler l'exécution de l'ONDAM et de déclencher une procédure d'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif (cf. Encadré 3).

A ce jour, un seul plan de redressement<sup>4</sup> a été exigé par le comité, pour l'exercice 2007 : Le déclenchement effectif de la procédure d'alerte a eu lieu le 29 mai 2007, le comité estimant un dépassement probable de près de 2 Md€. *In fine*, le dépassement final de l'ONDAM 2007 a été de 2,8 Md€, soit 1,9 % du montant initialement voté. Les mesures correctrices n'ont permis de réduire le dépassement final que de 250 M€ environ, avec un effet report de 700 M€ sur 2008<sup>5</sup>.

### Encadré 3 : Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Instauré par la loi du 13 août 2004, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé de suivre l'exécution de l'ONDAM et de lancer, en cas de risque sérieux de dépassement, une alerte devant conduire à des mesures de redressement. Son fonctionnement est décrit à l'article L114-4-1 du code de la sécurité sociale :

*« Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.*

*Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.*

*Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours.*

*Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.*

<sup>4</sup> Le dépassement finalement constaté pour l'ONDAM 2006 a cependant atteint 1 % du montant voté, soit un taux de dépassement supérieur au niveau d'alerte alors en vigueur (0,75 %).

<sup>5</sup> Évaluation a posteriori par le comité d'alerte.

## Annexe III

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.

Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie. Cet avis est rendu public et transmis au Parlement. »

Conformément aux conclusions du rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie remis en avril 2010 (cf. *infra*), le seuil de déclenchement de l'alerte prévue à l'avant dernier paragraphe a été abaissé par le décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 : le texte prévoit un passage progressif d'un niveau de 0,75 % de l'ONDAM voté (seuil en vigueur jusqu'en 2010) à un niveau de 0,5 % en 2013.

Fixé en 2010 à 162,4 M€, en croissance de 3 % par rapport à l'année précédente, l'objectif a été tenu pour la première fois grâce notamment au renforcement des mécanismes de pilotage, et « *d'éléments plus circonstanciels difficilement reproductibles* » comme le souligne la Cour des comptes<sup>6</sup>. La maîtrise des dépenses est aussi le fruit d'outils de régulation :

- ◆ mise en œuvre conditionnelle des dépenses en fonction du respect de l'ONDAM ;
- ◆ mise en place de sous-enveloppes ou dotations auxquelles sont conférés des effets budgétaires limitatifs : enveloppe MIGAC ou enveloppe de création de places dans le champ médico-social ;
- ◆ mise en œuvre d'une régulation *ex ante* : outre les provisionnements ou les dotations globales en établissement médico-social, la régulation par les tarifs apparaît déterminante.

Plusieurs mesures ont également été prises à la suite notamment du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (cf. Encadré 4)<sup>7</sup>, qui souligne en particulier la nécessité de renforcer la qualité et la transparence (*via* l'annexe 7 aux PLFSS) des hypothèses techniques sur lesquelles reposent les projection tendancielle de l'ONDAM et le chiffrage des nouvelles mesures.

### Encadré 4 : Propositions du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (mai 2010)

- Confier au comité d'alerte un rôle de contrôle *ex ante* du biais manifeste dans les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM
- Enrichir l'annexe du PLFSS relative à l'ONDAM et la recentrer sur les éléments financiers et l'exécution de l'ONDAM
- Insérer davantage l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle, qui pourrait prendre la forme à terme d'une loi de programmation des finances sociales
- Instaurer un comité de pilotage ONDAM et lui donner un fondement réglementaire. Il prendrait la forme d'un comité de niveau technique (directeurs) qui se réunit tous les deux mois et d'un comité au niveau ministériel (santé, comptes publics) qui se réunirait trois fois par an
- Renforcer le suivi statistique et comptable et rassembler les secteurs de la production de données
- Instaurer une veille renforcée du comité d'alerte et prévoir un avis obligatoire avant le 15 avril

<sup>6</sup> « Sécurité sociale 2011 » - Cour des comptes - septembre 2011.

<sup>7</sup> Les conclusions de ce groupe ont été validées par la deuxième conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010.

## Annexe III

- Abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 %
- Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM
- Mettre en réserve en début d'année une fraction des dotations
- Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de décisions simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures correctrices

### 1.1.2. Un outil tarifaire qui participe à la logique contraignante

La loi organique du 3 août 2005 a amélioré le suivi de l'exécution de l'ONDAM et instauré une segmentation de cet objectif de dépense en sous-objectifs correspondant aux grandes catégories de dépenses.

L'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « *la définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq* ».

Mises à parts des évolutions de périmètre, les six sous-objectifs définis en 2006 sont restés globalement inchangés. Ils correspondent à des agrégats qui préexistaient à l'ONDAM. Cette segmentation ne correspond pas au périmètre des outils tarifaires. Mais la place de la T2A dans l'ONDAM hospitalier rend impérieuse la participation de cet outil à la maîtrise budgétaire.

#### 1.1.2.1. L'ONDAM se décompose en six sous-objectifs

La loi organique du 3 août 2005 a instauré une segmentation de cet objectif de dépense en sous-objectifs correspondant aux grandes catégories de dépenses.

Le **premier sous-objectif** est relatif aux soins de ville et usuellement dénommé « ONDAM de ville ». Il comprend notamment les honoraires des professionnels de santé (médecins, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes...) dont ceux fixés par la CCAM, les remboursements de médicaments et soins ainsi que les indemnités journalières (sauf celles correspondantes à la maternité).

Le **deuxième et le troisième sous-objectifs** portent sur les dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés, usuellement regroupés sous le terme « ONDAM hospitalier » :

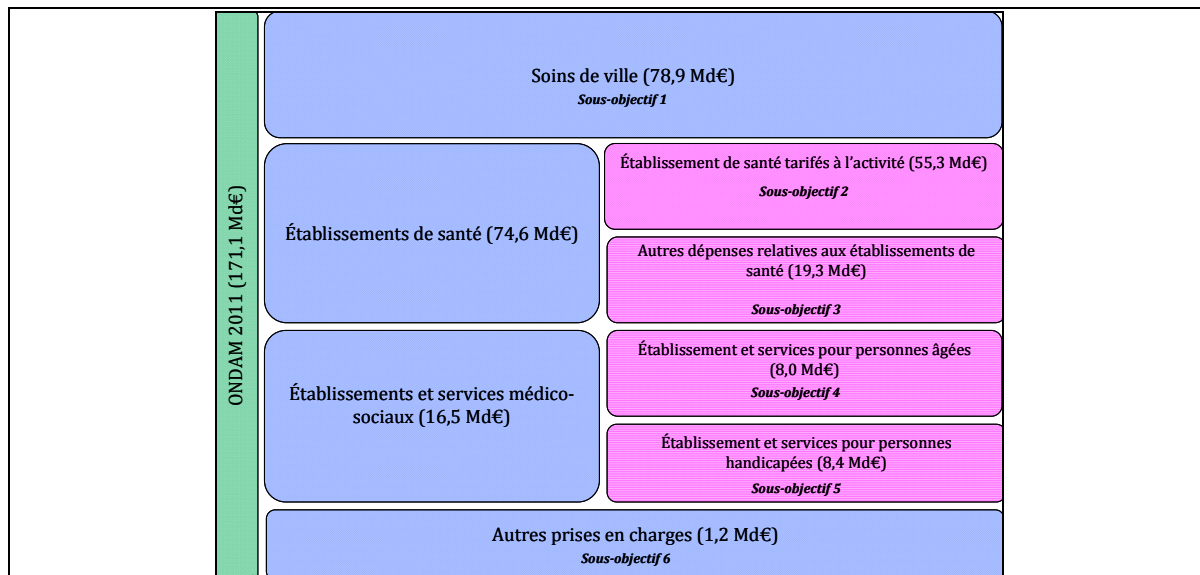
- ◆ le deuxième sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » concerne les dépenses entrant dans le cadre de la dépenses « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » des établissements publics comme privés faisant l'objet d'une tarification au séjour. Il comprend le tarif des séjours (T2A au sens strict), les forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours et les « forfaits haute technicité ». Il comprend également les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC) ainsi que la rémunération des praticiens pour leurs activités de consultations externes rémunérées par la CCAM ;
- ◆ le troisième sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » s'applique aux champs non couverts par la T2A au sens large, notamment dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR), les dépenses de séjours en établissements psychiatriques et les dotations aux unités de soins de longue durée (USLD). Il s'applique également au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics ou privés (FMESPP) et plus largement aux autres dépenses dites non régulées des établissements de santé.

### Annexe III

**Les trois autres sous-objectifs** couvrent les dépenses en établissements et services pour personnes âgées, les dépenses en établissements et services pour personnes handicapées et les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.

Les deux premiers sous-objectifs (soins de ville et établissements de santé tarifés à l'activité) représentent, pour 2012, 78 % du montant de l'ONDAM.

**Graphique 2 : Présentation schématique de la segmentation de l'ONDAM pour l'année 2012**



*Source : IGF, d'après les données de la direction de la sécurité sociale (DSS).*

Comme le présente le Tableau 2, le sous-objectif relatif aux dépenses des établissements tarifés à l'activité augmente plus fortement (2,7 %) que les dépenses totales (2,3 %).

Les sous-objectifs relatifs aux établissements et services pour les personnes âgées et aux « autres prises en charges » présentent les taux de croissance les plus dynamiques (de l'ordre de 6 %), alors que les soins de ville n'augmentent que de 2,1 %, du fait d'un ralentissement du tendancier et d'importantes mesures d'économie (cf. paragraphe 1.1.1.2).

### Annexe III

**Tableau 2 : Évolution de l'ONDAM 2012 par sous-objectif (en Md€)**

Sous-objectifs	Prévision d'exécution pour 2011	Sous-objectif 2012	Taux d'évolution
Soins de ville	77,3	78,9	2,1 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	53,9	55,3	2,7 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,9	19,3	2,2 %
<i>Total ONDAM hospitalier</i>	72,7	74,6	2,6 %
Établissements et services pour personnes âgées	7,6	8,0	6,1 %
Établissements et services pour personnes handicapées	8,3	8,4	2,1 %
<i>Total ONDAM médico-social</i>	15,8	16,5	4,0 %
Autres prises en charges	1,1	1,2	5,9 %
<b>Total ONDAM</b>	<b>167</b>	<b>171,1</b>	<b>2,5 %</b>

*Source : IGF, d'après les données de la DSS.*

Depuis 2006, la répartition de l'ONDAM en sous-objectif est restée relativement stable. On observe toutefois une légère décroissance de la part de l'ONDAM hospitalier, au profit du secteur médico-social, en particulier du quatrième sous-objectif relatif à la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.

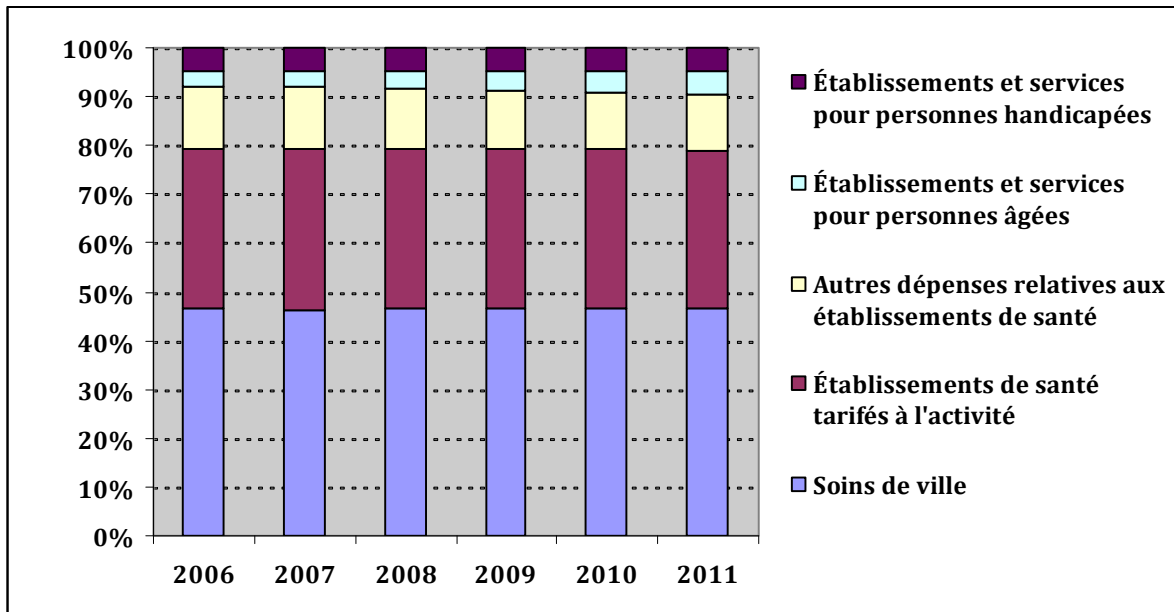
**Tableau 3 : Évolution de la répartition en sous-objectifs de l'ONDAM votés depuis 2006**

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins de ville	46,4 %	46,1 %	46,4 %	46,4 %	46,3 %	46,3 %	46,1 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	32,6 %	32,8 %	32,2 %	32,3 %	32,3 %	32,3 %	32,3 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	12,7 %	12,6 %	12,4 %	11,9 %	11,6 %	11,4 %	11,3 %
<i>Total ONDAM hospitalier</i>	45,3 %	45,4 %	44,5 %	44,2 %	43,8 %	43,6 %	43,6 %
Établissements et services pour personnes âgées	3,0 %	3,3 %	3,6 %	3,9 %	4,3 %	4,5 %	4,7 %
Établissements et services pour personnes handicapées	4,7 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %	4,9 %
<i>Total ONDAM médico-social</i>	7,8 %	8,1 %	8,4 %	8,8 %	9,2 %	9,5 %	9,6 %
Autres prises en charge	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

*Source : IGF, d'après les données de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la DSS.*

Le graphique ci-après donne une illustration de cette évolution.

Graphique 3 : Évolution de la répartition en sous-objectifs de l'ONDAM votés depuis 2006



Source : IGF, d'après les données de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la DSS.

### 1.1.2.2. Le découpage de l'ONDAM hospitalier ne correspond pas au périmètre des outils tarifaires

Depuis 2004 et la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé, le financement des hôpitaux, publics comme privés, se décompose pour l'essentiel de 2 blocs de recettes dont la totalité recouvre les deux sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier, mais qui correspondent à une segmentation différente (voir graphique), et sont régis par des modalités et un calendrier différents :

- ◆ **L'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO)**, qui évolue en fonction d'un arrêté annuel fixant le montant de chaque tarif dans ces activités, pris fin février avec effet au 1<sup>er</sup> mars de l'année (les tarifs s'appliquent alors jusqu'à la fin du mois de février de l'année suivante) ;
- ◆ **les dotations « DAF<sup>8</sup> / MIGAC<sup>9</sup> / USLD<sup>10</sup> / FMESPP<sup>11</sup> »,** dont la répartition est déterminée par une circulaire diffusée début mars, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours.

<sup>8</sup> Dotation annuelle de fonctionnement.

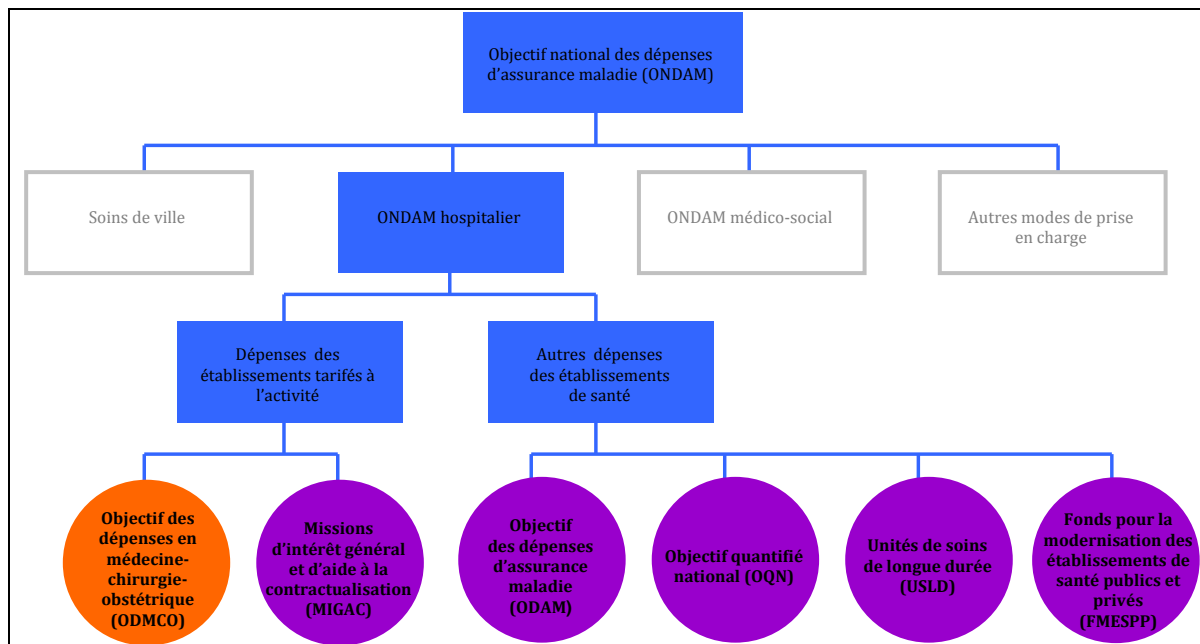
<sup>9</sup> Mission d'intérêt général – aides à la contractualisation.

<sup>10</sup> Unité de soins de longue durée.

<sup>11</sup> Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

## Annexe III

Graphique 4 : ONDAM hospitalier et campagne tarifaire



Source : DGOS.

La détermination des montants affectés à ces différentes enveloppes fait l'objet d'une campagne budgétaire et tarifaire pilotée par la direction générale de l'offre de soin (DGOS) du ministère de la santé, qui débute en avril de l'année précédente ; la gestion technique (collecte de données, suivi des dépenses, projections, simulations tarifaires...) est assurée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

### Encadré 5 : Les grandes étapes de la campagne budgétaire et tarifaire

La campagne budgétaire et tarifaire pour l'année N se déroule généralement en quatre temps :

- à partir d'avril de l'année N-1 débute la **phase de cadrage** de la campagne, à partir d'échanges avec notamment le comité de pilotage de l'ONDAM, les fédérations professionnelles et sociétés savantes ; cette phase intègre également les travaux techniques d'actualisation du périmètre des missions d'intérêt général, de la classification des prestations et des référentiels de coûts (étude nationale des coûts à méthodologie commune - ENCC) ;
- des **simulations itératives** ont lieu à partir de septembre N-1 afin d'estimer la base de dépenses pour l'exercice en cours, de projeter les dépenses pour l'année à venir et de déterminer les différentes enveloppes nationales et régionales ;
- le **vote de la loi de financement de la sécurité sociale** de l'année N se déroule d'octobre à décembre N-1, les travaux de simulation se poursuivant durant cette période ;
- la **rédaction et la publication des textes réglementaires** (arrêtés et circulaires) sont réalisées aux mois de janvier et février de l'année N.

La tarification au séjour (T2A au sens strict) ne correspond ni au bloc ODMCO, qui comprend également une part de forfaits et le remboursement de médicaments et dispositifs médicaux n'entrant pas dans le champ des tarifs, ni même à l'enveloppe « tarifs » au sein du bloc ODMCO, qui comprend également, dans le secteur public, la CCAM versée au titre des consultations externes (voir paragraphe 1.1.2.3).



## Annexe III

Même si les enjeux financiers restent modestes (les consultations et actes externes représentent moins de 5 % de l'ODMCO), une telle segmentation de l'ONDAM ne correspond pas à des champs de responsabilité bien séparés contrairement à ce que notait le HCAAM<sup>12</sup> : le niveau des tarifs des consultations externes dans les établissements publics de santé relève de l'assurance maladie et non de l'État comme les autres dépenses de ce sous-objectif.

Par ailleurs, la segmentation en sous-objectifs contribue, de la même manière que les outils tarifaires (voir Annexe IV), à freiner l'évolution du système de production de soins vers un modèle plus intégré et transversal, notamment par la coopération et la création de parcours de soins<sup>13</sup>. Cela étant, la structuration de l'ONDAM doit également avoir pour objectif de mettre sous tensions les acteurs de l'offre de soins.

### 1.1.2.3. Une T2A qui devient déterminante dans la maîtrise budgétaire

La montée en charge de la réforme de la tarification à l'activité s'est opérée progressivement de 2004 à 2011 (voir section 2.1 de la présente annexe). Le montant de l'enveloppe correspondant à la tarification à l'activité (par opposition aux forfaits annuels ou médicaments et dispositifs médicaux facturés à l'assurance maladie en sus des séjours hospitalier) représente depuis 2008 et la suppression de la dotation annuelle complémentaire près de 90 % de l'objectif de dépense de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), 56 % de l'ONDAM hospitalier et près d'un quart de l'ONDAM total.

**Tableau 4 : Évolution de la part de la tarification à l'activité dans l'ONDAM**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Montant de enveloppe "tarifs" ( M€)	14 385	17 745	22 656	37 581	38 502	39 500
Part dans l'ODMCO	36,0 %	44,1 %	55,2 %	88,6 %	88,1 %	88,1 %
Part dans l'ONDAM hospitalier	23,6 %	28,4 %	35,3 %	56,3 %	55,7 %	56,2 %
Part dans l'ONDAM	10,6 %	12,5 %	15,3 %	24,6 %	24,3 %	24,4 %

*Source : Mission IGF, d'après les données fournies par la DGOS et l'ATIH. Les montants et taux correspondent aux réalisations (et non aux montants votés ou prévus) pour chaque exercice.*

<sup>12</sup> Dans son rapport annuel 2011<sup>12</sup>, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) indique que « le découpage retenu correspond globalement à des objectifs de dépenses ou des dotations pour lesquelles les champs de responsabilité sont relativement bien séparés (assurance maladie pour les dépenses de soins de ville, Etat pour les dépenses hospitalières, CNSA pour la dépense médico-sociale) et les instruments de régulation des dépenses biens distincts (conventions, arrêté tarifaire ministériel annuel, dotations régionales limitatives ...) ».

<sup>13</sup> Le HCAAM souligne que la segmentation de l'ONDAM entre en « contradiction avec l'intention affichée de transversalité » en enfermant « l'optimisation de la dépense dans des logiques d'enveloppe qui peuvent être sous-optimales ». La question posée ici est celle du frein à la restructuration et de la logique des parcours (voir annexe IV). Il indique également le « risque d'une régulation s'appliquant plus sélectivement sur ceux des sous-objectifs, ou de leurs composantes, qui ont un caractère de facto opposable (et qui risquent, lorsqu'ils font l'objet d'une répartition régionale, de priver les ARS de certaines marges de manœuvre) ».



### Annexe III

L'enveloppe « tarifs » ne correspond pas exactement au périmètre des produits versés par l'assurance maladie aux établissements de santé au titre de la facturation des séjours d'hospitalisation (tarification de groupes homogènes de séjours - GHS) : sont également comptabilisées dans cette enveloppe « tarifs » les produits versés au titre de l'hospitalisation à domicile et les tarifs correspondant aux actes et consultations externes et certaines prise en charges particulières (interruption volontaire de grossesse, forfait accueil et traitement des urgences - ATU<sup>14</sup>) . Le tableau suivant donne la répartition de ces différentes composantes dans l'ODMCO 2009 correspondant au secteur anciennement financé par dotation globale<sup>15</sup>.

**Tableau 5 : Segmentation de l'ODMCO dans le secteur « ex DG »**

<b>périmètre</b>	<b>dépenses exécutées en 2009 ( M€)</b>
Activités GHS (y compris dialyse et suppléments)	27 217
Actes et consultations externes (y compris IVG, ATU, etc.)	2 917
Activité en hospitalisation à domicile (HAD)	341
<i>Total activité - part tarifs</i>	<i>30 475</i>
<i>Médicaments et DMI</i>	<i>2 602</i>
<i>Forfaits annuels</i>	<i>965</i>
<b>Total ODMCO public</b>	<b>34 041</b>

*Source : ATIH-Les réalisations de l campagne budgétaire 2010.*

Ainsi, la maîtrise des dépenses hospitalière repose principalement sur la régulation de l'enveloppe relative à l'activité financée par les établissements via la facturation des GHS.

L'extension du modèle T2A à la psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation (SSR), actuellement en cours d'étude, accroîtrait encore l'importance du système de tarification dans la tenue de l'ONDAM hospitalier, alors même que l'efficacité de la régulation *via* les ajustements tarifaires est à relativiser.

#### **1.2. Un instrument de régulation budgétaire à l'efficacité limitée**

La T2A ne détermine pas les ressources globales affectées aux établissements de santé, tout comme la CCAM ne fixe pas le niveau général des honoraires des médecins libéraux effectuant des actes techniques. Ces outils de tarification ne conduisent pas, par eux-mêmes, à fixer une enveloppe budgétaire globale. Celle-ci dépend de l'ONDAM qui détermine le niveau global de ces dépenses.

Pour autant, il est difficile de considérer que l'ONDAM est un facteur complètement exogène aux outils tarifaires. La maîtrise de l'enveloppe budgétaire dépend de la possibilité des outils de tarification à contenir les dépenses.

La T2A et la CCAM sont des outils paramétrables et à ce titre qui concourent au respect de l'ONDAM. L'accentuation de la participation des outils tarifaires à la maîtrise des dépenses a d'ailleurs une influence très forte sur la construction et le montant des tarifs, jusqu'à éloigner ces outils de leurs objectifs initiaux (voir Annexes I et II). En effet, l'ONDAM conditionne le niveau des tarifs ce qui les écarte d'une logique de coûts ou de « juste-prix ».

---

<sup>14</sup> Le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) vise à couvrir les dépenses résultat de l'admission et du traitement des patients dans les services d'accueil des urgences ; différent du forfait annuel des urgences (FAU), destiné à couvrir les charges fixes (personnels et matériels). Un forfait ATU est facturé lors de l'accueil non programmé d'un patient par le service des urgences, ne donnant pas lieu à une hospitalisation

<sup>15</sup> Pour une définition du secteur anciennement financé par dotation globale(ou « ex DG »), qui correspond principalement aux établissements publics de santé, voir la section 2.1. La DGOS n'a pas été en mesure de fournir à la mission, malgré plusieurs demandes, une répartition plus fine de l'ODMCO pour les autres années.

## Annexe III

La pression de l'ONDAM s'exerce d'ailleurs plus facilement sur les outils tarifaires dès lors qu'ils permettent une régulation mécanique de l'enveloppe. C'est donc à raison que l'HCAAM appelle à une très grande vigilance « *quant à l'équité de la répartition de l'effort dans la « tenue » de l'objectif des dépenses. La tenue de l'ONDAM ne doit pas conduire à faire peser des pressions déséquilibrées sur les différents secteurs, par le seul effet « mécanique » de l'efficacité plus immédiate de certains outils* ».

Pour la CCAM, la CNAMTS dispose des outils nécessaires pour garantir l'ONDAM au prix d'une stabilité des tarifs et de corrections techniques (voir Annexe II). Pour la T2A, l'existence d'une enveloppe fermée et d'une régulation automatique prix/volume permet de garantir l'ONDAM, à la condition toutefois que la prévision d'évolution de l'activité soit correcte.

### 1.2.1. Une régulation budgétaire automatique selon une logique prix-volume

Le changement du mode de financement des établissements de santé, en passant d'une dotation globale à une tarification à l'activité, aurait pu conduire à desserrer la contrainte budgétaire. Tel n'est pas le cas dès lors que la tarification au séjour repose sur une régulation prix-volume effectuée sur la base de la prévision de l'ONDAM.

Avec la régulation prix-volume, la T2A est devenue un instrument de répartition d'une enveloppe budgétaire fermée selon les besoins des établissements de santé. Cet instrument est théoriquement garant de la maîtrise budgétaire.

En pratique, la campagne tarifaire, qui conduit à fixer les prix attachés à chaque groupe homogène de séjour (GHS), inclut une étape où la contrainte budgétaire est appliquée aux tarifs, afin de limiter l'évolution des produits de la tarification des séjours (cf. ANNEXE I).

Une modification infra-annuelle des tarifs est également possible, mais du fait de sa complexité pour l'administration comme pour les établissements, un tel ajustement (à la baisse<sup>16</sup>) n'a été réalisé qu'une seule fois en 2007 : l'arrêté du ministre en charge de la santé, daté du 27 février 2007, qui fixait les tarifs pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 1<sup>er</sup> mars 2008 a été modifié par un arrêté du 26 décembre 2007 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> mars 2008 (date d'entrée en vigueur des tarifs issus de la campagne suivante).

Ainsi, la régulation prix-volume appliquée dans la construction des tarifs T2A doit permettre une régulation mécanique de l'enveloppe et le respect d'une contrainte budgétaire globale<sup>17</sup>.

### 1.2.2. La condition préalable d'une correcte prévision de l'évolution de l'activité

Le respect de l'enveloppe prévue au sein du deuxième sous-objectif de l'ONDAM pour financer les séjours d'hospitalisation repose sur une correcte prévision des volumes d'activité : l'adaptation des tarifs à la contrainte budgétaire lors de la campagne tarifaire conduit au respect automatique de l'enveloppe, à condition que les projections d'augmentation des volumes soient correctes.

Or, l'enveloppe prévue pour ces dépenses a été systématiquement dépassée depuis 2006, à une exception près (l'année 2007). Le dépassement observé sur le périmètre des tarifs est même supérieur au solde des écarts entre prévision et réalisation sur l'ensemble des financements des établissements MCO.

---

<sup>16</sup> Les tarifs ont été revus à la baisse alors même que le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité a été sous-exécuté en 2007, contrairement à l'ONDAM global du fait d'une forte sur-exécution sur les soins de ville.

<sup>17</sup> Une approche duale de cette régulation prix-volume consiste à considérer à moduler les tarifs en recherchant un effet sur les volumes. C'est notamment le cas de la prise en compte des priorités de politiques de santé dans la campagne tarifaire.

## Annexe III

**Tableau 6 : Écarts entre prévisions et réalisations – établissements tarifés à l'activité ( M€)**

	2006	2007	2008	2009	2010
Activité - part tarifs (DAC comprise)	71	- 215	261	857	990
Médicaments et DMI	- 11	- 155	- 132	- 321	- 435
Forfaits annuels	24	52	56	56	12
<i>Total ODMCO</i>	<i>83</i>	<i>- 318</i>	<i>185</i>	<i>593</i>	<i>567</i>
<i>MIGAC</i>	<i>- 71</i>	<i>- 13</i>	<i>- 5</i>	<i>- 16</i>	<i>- 343</i>
<b>total ODMCO et MIGAC</b>	<b>13</b>	<b>-331</b>	<b>180</b>	<b>577</b>	<b>224</b>

*Source : ATIH.*

En valeur absolue, les écarts entre prévision et réalisation augmentent de façon continue depuis 2006 ; ils dépassent 2 % de l'enveloppe initialement prévue en 2009 et 2010. De tels écarts, qui atteignent un ordre de grandeur comparable à celui de l'évolution de l'ONDAM, fragilisent fortement la capacité de maîtrise des dépenses *via* le système de régulation prix-volume.

**Tableau 7 : Dépassement de l'enveloppe T2A depuis 2006**

	2006	2007	2008	2009	2010
Dépassement de l'objectif	0,2 %	-0,6 %	0,7 %	2,3 %	2,6 %

*Source : Mission IGF, d'après les données de l'ATIH. Le périmètre de l'enveloppe pour les années 2007 et 2008 comprend la DAC.*

Ces erreurs dans l'hypothèse de progression du volume d'activité proviennent de la difficulté technique à prévoir correctement le comportement des acteurs (augmentation des besoins de la population et des capacités de traitement des établissements), ce qui est d'autant plus délicat que l'augmentation du nombre de GHS différents induit une plus grande sensibilité de l'enveloppe globale à une déformation du *casemix* des établissements, (cf. paragraphe 3.4.1), ce qui peut expliquer les écarts plus importants à partir de 2009 et du passage à la version 11 de la classification du PMSI.

Mais, comme l'ensemble des hypothèses retenues dans la détermination de l'ONDAM voté par le Parlement, les taux de croissance de l'activité hospitalière sont également l'objet d'arbitrages politiques, et on ne peut exclure que les dépassements quasi-systématiques de l'enveloppe T2A soient imputable à une tendance du ministère en charge de la santé à sous-évaluer volontairement les hypothèses d'évolution des volumes afin de limiter la contrainte pesant sur les tarifs.

La part des erreurs techniques et des choix politiques est particulièrement difficile à établir sur le périmètre de l'ONDAM hospitalier, du fait de l'opacité des travaux préparatoires de l'ONDAM comme de la campagne tarifaire. En particulier, ni la direction du budget, ni la direction générale du trésor n'ont connaissance des hypothèses techniques et de la modélisation permettant de mesurer l'évolution tendancielle des sous objectifs de l'ONDAM hospitalier.

### 1.2.3. Le risque de fuite en avant

La sous-estimation chronique du volume des séjours peut trouver une explication dans une mauvaise appréciation de l'impact de la réforme du financement des établissements de santé, alors même que l'incitation à l'activité était un objectif structurant du passage à la T2A. Le seul effet mesurable du passage à la T2A dans le comportement des établissements est d'ailleurs l'augmentation du volume de l'activité pratiquée, tant en nombre de séjour qu'en complexité des prises en charge (voir section 3.4.1).

### Annexe III

Cette augmentation de l'activité, couplée à la contrainte budgétaire pesant sur l'enveloppe globale s'exerçant *via* la régulation prix-volume, entraîne une moindre revalorisation, voire une baisse des tarifs que les établissements cherchent à compenser à travers de nouvelles augmentations de l'activité.

Comme le présente le tableau ci-après, l'augmentation de l'enveloppe finançant l'activité MCO (produits de la tarification des séjours, consultations externes, forfaits IVG et ATU) est inférieure à l'augmentation du volume d'activité des établissements (la description de la mesure de cette évolution est présentée dans la section 3.4.1), ce qui implique une baisse des tarifs unitaires<sup>18</sup>. Or, les charges des établissements présentent une augmentation structurelle, indépendamment de la variation du volume d'activité<sup>19</sup>. Afin de couvrir cette augmentation, les établissements sont incités à développer encore leur activité, ce qui, d'une part, participe à l'augmentation des charges, et d'autre part entraîne un effet négatif supplémentaire sur les tarifs unitaires via la régulation prix-volume.

**Tableau 8 : Évolution comparée des charges, activité et financement des établissements de santé pratiquant les activités de médecine, chirurgie et odontologie**

	2006 à 2007	2007 à 2008	2008 à 2009	2009 à 2010
Augmentation de l'enveloppe finançant l'activité MCO	1,4 %	2,5 %	2,5 %	2,6 %
Augmentation des charges (*)	4,1 %	5,3 %	2,8 %	2,7 %
Augmentation du volume d'activité (**)	1,7 %	2,4 %	3,7 %	3,1 %

(\*) Sur un échantillon de 408 établissements représentant les trois quarts des financements par l'assurance maladie du secteur anciennement financé par dotation globale (voir paragraphe 2.2.2).

(\*\*) Activité mesurée en volume économique, voir section 3.4.1.

*Source* : Mission, d'après les données de la DGOS et de l'ATIH.

Ce mécanisme auto-entretenu présente plusieurs effets pervers :

- ◆ d'une part, il pénalise les établissements exerçant dans des secteurs d'activité présentant des possibilités limitées d'amélioration de leur situation financière par l'accroissement du volume, que les besoins de la population soient stables ou que l'augmentation de l'activité entraîne une augmentation proportionnelle des charges (tarif proche du coût marginal) et décourage toute initiative de « maîtrise médicalisée » à l'hôpital ;
- ◆ d'autre part il nourrit un sentiment de défiance de la part des établissements (équipes de direction comme personnel médical) qui considère que ces ajustements entrent en contradiction avec la logique initiale d'incitation à l'activité.

<sup>18</sup> Une partie de cette baisse, notamment entre 2008 et 2009, est compensée par les dotations MIGAC (changement de périmètre de certaines prises en charges).

<sup>19</sup> En particulier, l'augmentation de la rémunération moyenne du secteur hospitalier (y compris effet renouvellement des personnels) entre 2005 et 2008 est estimée par la DGOS à 1,8 % et 1,3 %, respectivement pour les personnels non médicaux et les praticiens hospitaliers à plein temps.

#### 1.2.4. L'existence de zones de fuite au sein du sous-objectif

La tarification à l'activité, unique mode de financement depuis 2008 des activités de médecine, chirurgie et obstétrique par l'assurance maladie, recouvre une acception plus large que les seuls produits issus de la tarification des séjours d'hospitalisation.

Au sein du sous objectif de l'ONDAM hospitalier relatif aux établissements de santé financés à l'activité, les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) représentent une part croissante des financements ; dans la mesure où la frontière entre les périmètres des tarifs et des dotations MIGAC est ténue, une régulation budgétaire appliquée au seul outil tarifaire ne peut être efficace.

##### 1.2.4.1. La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'une augmentation continue de l'enveloppe des financements « MIGAC »

La T2A, au sens large, recouvre plusieurs types de recettes (voir Annexe I). On peut ainsi distinguer parmi les produits versés par l'assurance maladie :

- ◆ une part de financements directement proportionnés à l'activité, composée :
  - des tarifs attachés aux séjours hospitaliers (GHS), y compris les séances de dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et l'activité réalisée en hospitalisation à domicile (HAD). C'est la tarification au séjour ou T2A au sens strict ;
  - des prestations facturées en sus des tarifs des GHS, qui prennent en charges les dépenses liées à certains médicaments onéreux ou dispositifs médicaux implantables ;
  - des actes et consultations externes (consultations programmées d'un praticien hospitalier pour un diagnostic ou un traitement, ce mode de rémunération ne concerne pas le secteur privé à but lucratif) ;
- ◆ des forfaits annuels, qui financent notamment les urgences ainsi que les prélèvements d'organes et des activités de greffe ;
- ◆ le financement de missions d'intérêt général (recherche et enseignement, SAMU, prise en charge de la toxicomanie...) et d'aide à la contractualisation (permettant d'accompagner les contrats d'objectif et de moyens que peuvent signer les établissements de santé avec leur tutelle), dits financements MIGAC.

De 2004 à 2007, la montée en charge progressive de la T2A s'est traduite par le versement d'une dotation annuelle complémentaire (cf. paragraphe 2.1.1.1). Le tableau suivant présente la décomposition, par grande catégorie, des financements versés aux établissements exerçant leur activité dans le champ de la T2A (hors fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés).

### Annexe III

**Tableau 9 : Décomposition du financement des établissements MCO de 2005 à 2010**

	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010
Activité - part tarifs	14 385	17 745	22 656	37 581	38 502	39 500
Dotation annuelle complémentaire	21 659	18 395	13 991	-	-	-
Médicaments et DMI	3 036	3 201	3 447	3 831	4 019	4 128
Forfaits annuels	859	903	972	1 000	1 206	1 188
<i>ODMCO</i>	39 939	40 245	41 065	42 411	43 727	44 816
<i>MIGAC</i>	4 819	5 549	5 987	6 604	7 678	7 799
<b>Total</b>	<b>44 758</b>	<b>45 793</b>	<b>47 052</b>	<b>49 015</b>	<b>51 405</b>	<b>52 615</b>

*Source : Mission, d'après les données de la DGOS et de l'ATIH.*

On observe depuis 2005 une augmentation très dynamique des financements MIGAC, évolution confirmée par le Tableau 10 : cette enveloppe représentait moins de 11 % du deuxième sous-objectif de l'ONDAM, ce taux est supérieur à 15 % depuis 2009.

Cette évolution s'explique notamment par des transferts de charges du périmètre des tarifs vers celui des MIGAC, en particulier à partir de 2009 :

- ◆ des charges relatives à la permanence des soins hospitaliers (756 M€ en 2010). Les établissements privés sont entrés dans le périmètre de cette MIG en 2010 ;
- ◆ des charges relatives à la prise en charge de personnes en situation de précarité (147 M€ en 2010).

**Tableau 10 : Évolution de la part de l'enveloppe MIGAC dans le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé financés à l'activité**

	2005 (*)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montant de l'enveloppe MIGAC ( M€)	4 819	5 619	6 000	6 609	7 694	8 142	8 294
Part dans le deuxième sous-objectif de l'ONDAM	10,8 %	12,3 %	12,7 %	13,5 %	15,1 %	15,5 %	15,4 %

(\*) Montant réalisé, en l'absence de données sur les montants initialement prévus.

*Source : Mission, d'après les données de la DGOS.*

Parmi les missions financées par ces dotations complémentaires, on distingue :

- ◆ les missions d'intérêt général (MIG) exercées par les établissements au-delà des prestations d'hospitalisation, parmi lesquelles les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI) représentent environ la moitié des financements ;
- ◆ les aides à la contractualisation (AC), qui permettent aux agences régionales de santé de soutenir certaines opérations d'investissement, ou d'aide aux établissements rencontrant des difficultés financières.

**Tableau 11 : Répartition des financements MIGAC exécutés en 2010**

	Montant ( M€)	Part dans le total
Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation	2 680	34 %
Autres MIG	2 877	37 %
<i>Total MIG</i>	<i>5 557</i>	<i>71 %</i>
<i>Aides à la contractualisation</i>	<i>2 241</i>	<i>29 %</i>
<b>Total MIGAC</b>	<b>7 798</b>	<b>100 %</b>

*Source : Mission, d'après les données de la DGOS et de l'ATIH.*

### Annexe III

On peut distinguer six modalités différentes d'attribution des financements relatifs aux missions d'intérêt général (hors AC) :

- ◆ les remboursements des charges engagées par les établissements pour l'exercice de la mission ;
- ◆ les reconductions d'un budget historique alloué à l'établissement ;
- ◆ les appels à projets pour certaines MIG attribuées par appel d'offres ;
- ◆ les financements calibrés à partie de référentiels de moyens ;
- ◆ les modèles nationaux fléchés par établissement qui correspondent à des dotations forfaitisées par établissements en fonction de critères d'activité ou de file active notamment ;
- ◆ le modèle national utilisé pour déterminée l'enveloppe (non forfaitisée par établissement) finançant la permanence des soins en établissement de santé.

La liste des différentes dotations MIGAC (on distingue 94 types de missions) est présentée en annexe, avec le montant correspondant exécuté en 2010.

**Tableau 12 : Décomposition des financements MIGAC exécutés en 2010 en fonction des modalités de gestion**

Modalité de gestion	Montant ( M€)	Part dans le total
Remboursement	146	2 %
Reconduction	2 018	26 %
Appels à projet	121	2 %
Modèle national fléché par établissement	2 024	26 %
Modèle national	756	10 %
Référentiel de moyens	491	6 %
Aides à la contractualisation	2 241	29 %
<b>Total MIGAC</b>	<b>7 798</b>	<b>100 %</b>

*Source : Mission, d'après les données de la DGOS et de l'ATIH.*

#### **1.2.4.2. Des ajustements existent entre périmètre tarifaire et dotations complémentaires**

Bien que l'objectif de dépenses pour les activités MCO et les dotations MIGAC fassent l'objet d'enveloppes distinctes au sein de deuxième sous-objectif de l'ONDAM, la frontière entre les deux périmètres présente plusieurs points de porosité.

D'une part, l'augmentation de la part des MIGAC dans le financement des établissements de santé, au détriment de la part issue de la tarification des séjours, constitue un certain amortissement du passage à la T2A : les dotations MIGAC ont compensés en partie les effets de la réforme dans le budget des établissements (cf. section 2.2.3), ce qui fragilise l'objectif d'équité entre établissements visée par la réforme. Les aides à la contractualisation constituent, à ce titre, des dérogations particulièrement fortes à la logique de la T2A.

Cet effet est accentué par un certain manque de transparence dans l'attribution des dotations. Si des progrès certains ont été réalisés sur ce point, notamment suite au rapport de l'IGAS de novembre 2009, et si les besoins en financement de certaines missions sont difficiles à établir de façon parfaitement objective, force est de constater que le principe de reconduction automatique des financements concernait encore plus de 2 Md€ de dotations en 2010.



### Annexe III

L'autre point de porosité réside dans le gel, à partir de l'exercice budgétaire 2009, de certaines dotations relatives aux aides à la contractualisation mises en réserve pour assurer la tenue de l'ONDAM, le dégel de ces dotations étant conditionné au respect de la contrainte budgétaire. Ainsi, le constat de la forte sur-exécution de l'ONDAM hospitalier 2010 sur la partie financée à l'activité, a nécessité d'opérer un rééquilibrage de l'ODMCO, consistant en un transfert de 200 M€ de la dotation AC au profit de la part tarif.

La maîtrise budgétaire des dépenses des établissements de santé ne peut donc être assurée par la seule régulation-prix volume de la campagne tarifaire. Au-delà de la compensation d'une modération des tarifs par les dotations complémentaires versées par l'assurance maladie, d'autres contournements de la contrainte budgétaire peuvent s'opérer par d'autres sources de financement des établissements (augmentation par les patients ou leurs assurances complémentaires), ou par l'augmentation des déficits hospitaliers.



## 2. L'objectif de financement équitable n'a été que partiellement atteint

L'introduction de la tarification au séjour pour financer les établissements de santé, en adaptant les moyens de ceux-ci à la nature et au volume de leur activité de soins, poursuivait le double objectif de transparence du financement de système de santé (*via* une grille tarifaire publique et déterminée à partir de coûts observés) et d'équité entre les établissements, y compris entre secteurs public et privé désormais financés selon un principe similaire.

Dans un contexte d'évolution des besoins liée à la fois au vieillissement de la population et au progrès technique en matière d'offre de soins (développement de nouvelles techniques, souvent onéreuses, permettant une meilleure prise en charge des patients), cette réforme devait permettre de combler un manque de financement pour les structures les plus actives tout en limitant les situations de rentes (voir Annexe IV).

Les produits issus de la tarification des séjours hospitaliers sont progressivement devenus le principal poste des ressources des établissements de santé pratiquant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, avec toutefois des disparités importantes en fonction des différents types d'hôpitaux (2.1). Cependant, la convergence vers un système unique de tarifs s'est accompagnée de mécanismes limitant la réallocation des ressources entre établissements (2.2), d'une dégradation générale de leur santé financière (2.3) et d'une réforme de leur pilotage qui, bien que constituant une nette amélioration par rapport à la situation antérieure, n'a pas encore montré sa pleine efficacité (2.4).

### 2.1. La place de la tarification à l'activité dans le budget des établissements

Si certains établissements peuvent également pratiquer d'autres types d'activité (soins de suite et de réadaptation SSR, psychiatrie PSY) financés par une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) la tarification à l'activité (au sens large) est devenue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), pour les établissements publics comme pour les établissements privés.

#### 2.1.1. La tarification à l'activité tient une place prépondérante dans le financement des établissements publics de santé

Sont assimilés aux établissements publics les établissements privés participant au service public hospitalier devenus, avec la loi HPST de 2009, établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont le mode de financement est similaire à celui des établissements publics de santé (EPS).

La mission a procédé à l'analyse des recettes des établissements de santé à partir de données comptables transmises par la direction générale des finances publiques (DGFIP). En 2010, les produits versés par l'assurance maladie, dits « produits de titre 1 », représentent 79 % des financements apparaissant au compte de résultat principal<sup>20</sup> des établissements anciennement financés par dotation globale (cf. graphique ci-après).

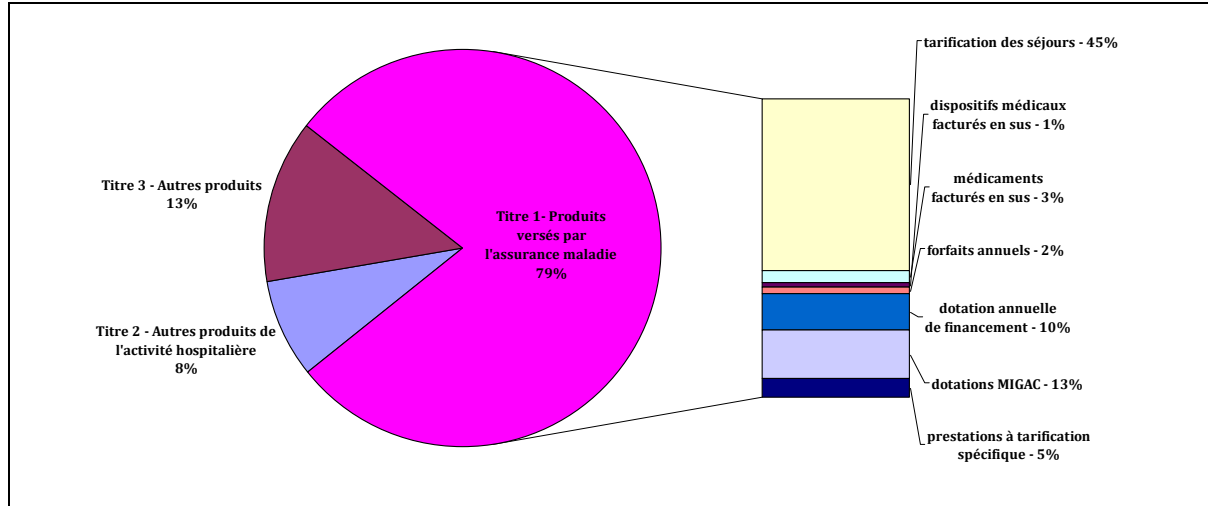
---

<sup>20</sup> Par dérogation au principe d'unité budgétaire, les activités annexes des établissements, qui peuvent correspondre à des activités à caractère social ou médico-social, ainsi que les charges et produits hors services industriels et commerciaux, font l'objet de budgets et comptes séparés de ceux de l'activité principale.

## Annexe III

Parmi ces produits de titre 1, les tarifs au séjour représentent en moyenne le poste le plus important, soit 45 % des recettes totales dans les comptes de l'exercice 2010 des établissements concernés par la T2A, devant les dotations MIGAC (13 %) et la dotation annuelle de financement (10 %).

**Graphique 5 : Répartition des recettes des établissements publics de santé en 2010**



*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP. Graphique portant sur le compte de résultat principal des 490 établissements « ex DG » tirant une partie de leurs produits des tarifs de séjours hospitaliers.*

### 2.1.1.1. Une transition vers la T2A en deux phases progressives

Pour les hôpitaux publics et les établissements de santé privés à but non lucratif, pratiquant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique<sup>21</sup> (MCO), le nouveau régime de tarification à l'activité a été mis en place progressivement à partir de 2004. Ces établissements étaient financés depuis 1983 *via* une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative - appelée dotation globale (DG). Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

Le changement de mode de financement s'est étendu sur une durée de quatre ans pendant laquelle une dotation annuelle complémentaire (DAC) s'ajoutait à la part croissante des recettes issues de la valorisation de l'activité des établissements tracée par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Comme le note la Cour des comptes<sup>22</sup>, la part des tarifs, présentée dans le Tableau 13, dans le financement de l'activité MCO des établissements publics a en réalité été supérieure à celle initialement prévue par le processus de convergence (40,5 % contre 35 % initialement prévu en 2006, et 52,3 % contre 50 % en 2007). Ces écarts s'expliquent par des différences de méthode dans la revalorisation respective des deux enveloppes « part tarif » et « part DAC », la première ayant bénéficié de la croissance du volume d'activité, alors que la seconde a fait l'objet de mesures d'économie.

**Tableau 13 : Part de la T2A dans le financement de l'activité MCO des établissements « ex DG »**

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Part du financement T2A	10 %	25 %	35 %	50 %	100 %

*Source : Direction générale de l'offre de soin (DGOS).*

<sup>21</sup> Depuis 2008, la T2A concerne également les activités d'odontologie.

<sup>22</sup> Rapport sur la sécurité sociale de septembre 2009, chapitre VII : *La mise en œuvre de la T2A, bilan à mi-parcours.*

### Annexe III

Le passage à 100 % de la part tarifée à l'activité dans le secteur public en 2008 s'est accompagné d'un mécanisme de convergence intra-sectoriel similaire à celui des établissements privés à but lucratif (cf. paragraphe 2.1.2) : un coefficient de transition modulant les tarifs perçus a été calculé pour chaque établissement, de manière à ce que la suppression de la DAC n'affecte pas le montant de recettes de l'année 2008<sup>23</sup>. Ces coefficients ont été modifiés chaque année, chacun devant converger vers 1 au plus tard en 2012. Ce processus dit de convergence intra-sectorielle (par opposition au processus de convergence intersectorielle devant rapprocher les tarifs des établissements privés à but lucratif des établissements anciennement financés par dotation globale) s'est finalement achevé dès mars 2011.

Ainsi, la suppression de la dotation annuelle complémentaire en 2008 n'a-t-elle pas marqué la fin du processus de transition vers un système national de financement à l'activité à travers des tarifs uniques pour tous les établissements publics, la convergence s'étant en réalité étalée sur sept années (2004 à 2011).

#### **2.1.1.2. Évolution temporelle de la structure des recettes des établissements**

La part des différentes catégories de produits versés par l'assurance maladie pour financer l'activité MCO des établissements publics est présentée dans le Tableau 14. Entre 2006 et 2010, on observe une évolution continue de cette répartition : la part correspondant aux produits de l'hospitalisation (y compris DAC en 2006 et 2007) diminue du fait de la croissance soutenue :

- ◆ des médicaments et DMI facturés en sus des séjours, qui font l'objet de contrats de bon usage signés entre les établissements, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie visant à enrayer leur croissance exponentielle (cf. encadré *infra*) ;
- ◆ des dotations MIGAC, dont la croissance s'est accélérée avec la suppression de la dotation annuelle complémentaire en 2008 (cf. paragraphe 1.2.4) ;
- ◆ des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (consultations et actes externes, forfaits accueil et traitement des urgences, forfaits petits matériels, forfaits techniques).

---

<sup>23</sup> Du fait du différentiel de revalorisation entre la part tarifaire et la DAC évoqué *supra*, les tarifs nationaux ont été rebasés avant le calcul des coefficients de transition, de manière à assurer un changement de mode de financement à somme nulle pour l'assurance maladie.

**Encadré 6 : Les contrats de bon usage des médicaments et DMI**

L'introduction du système de tarification à l'activité par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 s'est accompagnée de mesures prévoyant que certains médicaments et dispositifs soient financés en dehors du paiement prospectif des séjours, afin de faciliter le développement de nouvelles thérapeutiques et l'accès des patients à certains soins particulièrement onéreux.

La très forte croissance des dépenses de l'assurance maladie au titre des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) inscrits sur la liste « hors GHS » (dite aussi « liste en sus ») et la rigidification de la contrainte budgétaire ont cependant conduit à l'introduction d'un dispositif encadrant le remboursement total de ces prestations aux établissements de santé.

Ainsi, L'article L 162-22-7 du code de la sécurité sociale conditionne la prise en charge totale par l'assurance maladie des dépenses relatives aux médicaments onéreux et DMI de la liste en sus engagées par les établissements de santé, à l'adoption par ces derniers de pratiques responsables formalisées par des « contrats de bon usage » :

*« Bénéficiaire d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret. »*

Les établissements n'adhérant pas à un tel contrat, et ceux qui n'en respectent pas les engagements, voient la prise en charge de ces dépenses par l'assurance maladie limitée à 70 %.

Les engagements pris par les établissements de santé et formalisés par les contrats de bon usage couvrent notamment l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations au sein de l'établissement, le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, les indications relatives aux autorisations de mise sur le marché des médicaments (AMM) et aux conditions de prise en charge stipulées par le code de la sécurité sociale pour les DMI ; ainsi que la conformité à des protocoles thérapeutiques temporaires formalisés par des référentiels de bon usage, élaborés par des instances nationales.

La haute autorité de santé (HAS) est responsable de l'élaboration de ces référentiels dans le domaine des dispositifs médicaux implantables, alors que l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est en charge des référentiels de bon usage pour les médicaments, à l'exception des médicaments anti-cancéreux pour lesquels l'élaboration des référentiels est confiée à l'institut national du cancer (INCa).

### Annexe III

**Tableau 14 : Évolution de la répartition des produits versés par l'assurance maladie (titre I) – secteur ex DG**

Année	Nombre d'établissements	Produits de l'hospitalisation	Dotations annuelles complémentaires	Médicaments facturés en sus	Dispositifs médicaux facturés en sus	Forfaits annuels	Dotations annuelles de financement	Dotations MIGAC	Prestations à tarification spécifique	Total
2006	501	21,8 %	43,4 %	2,9 %	1,4 %	2,1 %	12,7 %	13,2 %	2,4 %	100,0 %
2007	495	31,3 %	31,5 %	3,2 %	1,4 %	2,2 %	12,8 %	14,6 %	2,9 %	100,0 %
2008	494	59,3 %	0,0 %	3,5 %	1,4 %	2,2 %	12,8 %	14,8 %	6,0 %	100,0 %
2009	491	57,9 %	0,0 %	3,6 %	1,5 %	2,2 %	12,3 %	16,4 %	6,1 %	100,0 %
2010	490	57,8 %	0,0 %	3,8 %	1,5 %	2,1 %	12,2 %	16,4 %	6,2 %	100,0 %

*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP. Les établissements retenus pour chaque exercice sont ceux qui présentent un solde non nul sur le compte « 73111 : produits issus de la tarification des séjours ».*

Parallèlement à la montée en charge de la réforme du financement des établissements de santé, l'évolution de la structure des recettes des hôpitaux publics fait apparaître une augmentation continue des produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie. Comme l'expose le tableau suivant, cette part augmente de façon ininterrompue depuis 2003, pour s'établir à plus de 8 % en 2010.

**Tableau 15 : Évolution de la structure des recettes du CRP des établissements publics de santé ayant une activité MCO**

Année	Nombre d'établissements	Total des produits du compte de résultat principal ( Md€)	Produits versés par l'Assurance maladie	Autres produits de l'activité hospitalière	Autres produits	Total
2003	471	41,7	79,4 %	5,8 %	14,8 %	100,0 %
2004	488	44,9	79,2 %	5,9 %	14,9 %	100,0 %
2005	491	45,7	80,1 %	6,5 %	13,4 %	100,0 %
2006	501	57,0	80,1 %	7,6 %	12,3 %	100,0 %
2007	495	48,8	79,4 %	7,8 %	12,8 %	100,0 %
2008	494	51,5	78,2 %	7,9 %	13,9 %	100,0 %
2009	491	52,8	78,9 %	8,0 %	13,2 %	100,0 %
2010	490	54,4	78,6 %	8,2 %	13,2 %	100,0 %

*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP. Les différentes composantes correspondent aux différents « groupes fonctionnels » pour les exercices 2003 à 2005, dénommés « titres » à partir de 2006, suite à la réforme du plan comptable hospitalier (les périmètres restent semblables). Les établissements retenus pour chaque exercice à partir de l'année 2006 sont les mêmes que pour le Tableau 14. Ce mode de sélection n'étant pas possible pour les exercices 2003 à 2005, ont été retenus les mêmes établissements qu'en 2006.*

### 2.1.1.3. Disparité en fonction des types d'établissement

La répartition des différents titres de produits au sein des recettes du compte de résultat principal des établissements publics de santé, présentée *supra*, varie globalement peu en fonction du type d'établissement considéré.

On constate toutefois que, mis à part l'assistance publique – hôpitaux de Paris qui se distingue du reste des établissements par l'importance de la part des recettes de titre III dans son budget<sup>24</sup>, la part des produits versés par l'assurance maladie dans le financement des établissements croît avec leur taille, les centres hospitaliers régionaux ou universitaires tirant 80,7 % de leurs ressources de ces recettes de titre I, contre 73,6 % en moyenne pour les centres hospitaliers de moins de 20 M€ de produits.

**Tableau 16 : Répartition des produits dans les budgets principaux 2009 des établissements publics de santé concernés par la tarification à l'activité, par type d'établissement**

Type d'établissement	Part dans les recettes de l'établissement :		
	des produits versés par l'assurance maladie	des autres produits liés à l'activité hospitalière	des produits non liés à l'activité hospitalière
AP / HP	71,0 %	8,6 %	20,3 %
Centres hospitaliers régionaux ou universitaires (hors AP-HP)	80,7 %	7,5 %	11,8 %
Grands centres hospitaliers (plus de 70 M€ de produits)	79,9 %	8,2 %	11,9 %
Centres hospitaliers moyens (entre 20 M€ et 70 M€ de produits)	78,1 %	9,1 %	12,8 %
Petits centres hospitaliers (moins de 20 M€ de produits)	73,6 %	8,7 %	17,7 %
<b>Total</b>	<b>78,5 %</b>	<b>8,2 %</b>	<b>13,3 %</b>

*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP. L'écart entre la ligne « total » et la répartition affichée dans le Tableau 15 pour 2009 s'explique par une légère différence de périmètre (certains établissements comptabilisés dans le Tableau 15 n'ont pu se voir attribué un « type » ; ils représentent moins de 5 % des recettes totales).*

Le détail de la répartition des recettes de titre I finançant les différents types d'établissements, affiché dans le Tableau 17, appelle plusieurs remarques :

- ◆ la part des MIGAC dans les produits versés par l'assurance maladie est environ deux fois plus importante pour les CHU/CHR (y compris pour l'AP-HP) que pour les centres hospitaliers petits et moyens ;
- ◆ la part de la liste en sus est fonction croissante de la taille des établissements (l'AP-HP présentant cependant un taux inférieur à la moyenne des autres CHU/CHR) ;
- ◆ la dotation annuelle de financement concerne davantage les centres hospitaliers de petite taille, qui abritent plus souvent des activités hors MCO (tels la psychiatrie ou les soins de suite et rééducation) au sein du même établissement ;

Ces trois points expliquent le pourcentage de la part « tarifs des séjours » plus élevé en moyenne pour les structures de taille intermédiaire (centres hospitaliers moyens et grands) que pour les petites structures ou les CHU/CHR.

<sup>24</sup> Pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'importance du montant des produits de titre III s'explique par des flux entre établissements et notamment par l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes.

### Annexe III

**Tableau 17 : Répartition des produits versés en 2009 par l'assurance maladie aux établissements publics de santé concernés par la tarification à l'activité, par type d'établissement**

Type d'établissement	Part dans les produits versés par l'assurance maladie :					
	des produits de la tarification des séjours	des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus	des forfaits annuels	des dotations annuelles de fonctionnement	des MIGAC	des prestations à tarif spécifique
Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)	50,1 %	6,1 %	1,7 %	11,7 %	24,9 %	5,5 %
Centres hospitaliers régionaux ou universitaires (hors AP-HP)	57,9 %	7,0 %	1,3 %	6,7 %	21,4 %	5,8 %
Centres hospitaliers de grande taille	60,9 %	5,2 %	2,4 %	13,2 %	11,9 %	6,4 %
Centres hospitaliers de taille moyenne	60,9 %	2,9 %	3,4 %	14,0 %	11,7 %	7,2 %
Centres hospitaliers de petite taille	50,1 %	0,9 %	4,3 %	26,2 %	11,7 %	6,8 %
<b>Total</b>	<b>57,7 %</b>	<b>5,4 %</b>	<b>2,1 %</b>	<b>12,1 %</b>	<b>16,5 %</b>	<b>6,2 %</b>

*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP.*

### 2.1.2. Le financement des établissements de santé privés à but lucratif

Jusqu'en 2004, les hôpitaux privés (établissement à but lucratif et établissement à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier) facturaient à l'assurance maladie la prise en charge de l'activité MCO, sur la base de prix de journée par catégorie de prestation, complétés par un ensemble de forfaits.

Pour chaque établissement, les tarifs, qui ne couvraient pas les honoraires médicaux (facturés à l'assurance maladie *via* le paiement à l'acte des médecins) résultaient de la négociation avec les agences régionales de santé (ARH), encadrée par la définition annuelle d'un objectif quantifié national (OQN).

La mise en place d'une tarification à l'activité similaire à celle introduite au sein des établissements publics s'est traduite d'une part par le passage, en mars 2005, d'un financement principalement à la journée d'hospitalisation à un financement au séjour (la rémunération du personnel médical restant hors champ des tarifs), d'autre part par la mise en place d'un système de convergence des tarifs s'appliquant aux différents établissements du secteur vers une grille unique de tarifs.

La convergence des tarifs a été organisée à partir de l'application de coefficients de transition modulant les tarifs. Ainsi les tarifs déterminés par la campagne nationale sont multipliés par un coefficient propre à chaque établissement du secteur. La valeur initiale de ces coefficients a été calculée de manière à annuler sur les recettes de l'établissement de la modification du système tarifaire, puis chaque coefficient a été progressivement ramené à 1. Cette phase de transition, qui devait s'étaler de 2005 à 2012, a été accélérée pour aboutir finalement dès 2011 à des tarifs harmonisés.

Le financement par l'assurance maladie de l'activité MCO dans le secteur « ex OQN » s'élève à 10 Md€. La part des dotations MIGAC présente une évolution dynamique, même elle reste relativement modeste (inférieure à 1 % des financements)

**Tableau 18 : Financement par l'assurance maladie des établissements du secteur ex OQN ( M€)**

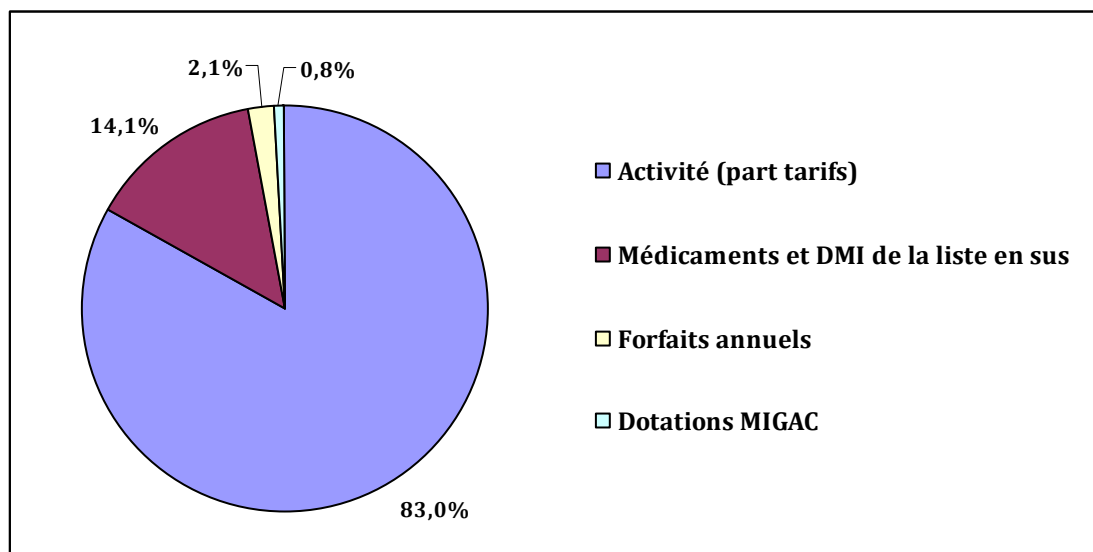
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Activité	7 166	7 385	7 583	7 829	8 027	8 280
Médicaments et DMI	1 359	1 268	1 327	1 436	1 417	1 411
Forfaits annuels	56	67	71	73	241	205
<i>Total ODMCO privé</i>	<i>8 582</i>	<i>8 720</i>	<i>8 981</i>	<i>9 338</i>	<i>9 686</i>	<i>9 897</i>
MIGAC	19	37	53	65	102	82
<b>Total secteur ex OQN</b>	<b>8 601</b>	<b>8 757</b>	<b>9 034</b>	<b>9 403</b>	<b>9 788</b>	<b>9 979</b>

*Source : Mission IGF, d'après les données de l'ATIH et les rapports au Parlement de la DGOS.*

A l'exception des MIGAC, la part des financements non directement proportionnés à l'activité de MCO (forfaits annuels, médicaments et DMI de la liste en sus) apparaît plus importante que dans le secteur ex DG du fait du périmètre plus restreint couvert par les tarifs.



**Tableau 19 : Répartition des financements versés en 2010 par l'assurance maladie aux établissements pratiquant les activités de MCO dans le secteur « ex OQN »**



Source : Mission IGF, d'après les données de l'ATIH et les rapports au Parlement de la DGOS.

### 2.1.3. Une convergence intersectorielle non aboutie et qui fait débat

Au-delà de la convergence vers des tarifs uniques au sein de chacun des secteurs « ex DG » et « ex OQN », la mise en place de la tarification à l'activité prévoyait également un objectif de convergence entre ces deux secteurs, dite convergence intersectorielle, dont l'objectif est de disposer à terme d'une seule grille tarifaire pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

Si la loi de financement de la sécurité (LFSS) pour 2004 posait simplement le principe d'une harmonisation des règles de financement entre les deux secteurs, la LFSS pour 2005 précisait le calendrier de l'atteinte de cet objectif en fixant l'année 2012 comme cible de l'achèvement de la convergence intersectorielle.

Cette convergence est plus délicate que la convergence intra-sectorielle, dans la mesure où elle concerne des établissements présentant des activités, des missions, des statuts et une fiscalité différents, ce qui rend très complexe la définition d'une notion d'équité dans leur financement.

D'un point de vue technique, la principale entrave à la mise en place d'une grille tarifaire commune aux deux secteurs réside dans les différences du périmètre des dépenses couvertes par les tarifs, en particulier en ce qui concerne la rémunération du personnel médical : la rémunération des praticiens hospitaliers est couverte par les tarifs du secteur « ex DG », alors que les honoraires des cliniciens du secteur « ex OQN » leur sont directement versés par l'assurance maladie (voir Annexe I pour plus de détails sur les différences de périmètre des tarifs entre les deux secteurs).

Les difficultés évoquées *supra*, ainsi que l'ampleur des écarts de coûts à réduire pour rendre l'alignement des financements supportable par les établissements (la mesure de ces écarts ne fait d'ailleurs pas consensus) ont conduit à une suspension temporaire en 2006 de la convergence intersectorielle, dont l'achèvement a finalement été repoussé à 2018 par la LFSS pour l'année 2010.

## Annexe III

La mise en place d'une classification plus fine des GHS (cf. Annexe I) ainsi que le transfert des charges liées à la permanence des soins hospitaliers et à la prise en charge de personnes en situation de précarité d'un financement par les tarifs vers un financement par dotation pour mission d'intérêt général (MIG) ont permis de réduire une part substantielle des différences des écarts tarifaires « faciaux », passés d'après la Cour des comptes, après réintégration des honoraires libéraux dans les tarifs du secteur « ex OQN », de 40 % en 2006 à 27 % en 2009 puis 24 % en 2010.

En 2010 et 2011, le processus de convergence intersectorielle s'est traduit dans la campagne tarifaire par des mesures dites de « convergence ciblée », qui s'appliquent à un nombre limité de groupes homogènes de malades (GHM), sélectionnés en fonction de la proximité des pratiques dans les deux secteurs d'activité.

Ces mesures ont concerné 35 GHM en 2010 et 193 en 2011 ; elles représentent une économie de 150 M€ sur l'ONDAM hospitalier de chacun de ces exercices.

La problématique de la convergence intersectorielle a largement été documentée par les rapports annuels au Parlement du ministère en charge de la santé sur ce sujet, et par la Cour des comptes. Elle cristallise aujourd'hui les débats.

### **2.2. La réallocation des ressources entre établissements poursuivie par la réforme a fait l'objet de compensations**

En accordant aux différents établissements de santé des financements proportionnés à leur activité, la mise en place de la T2A présentait parmi ses objectifs principaux la recherche d'une meilleure équité dans la répartition des ressources accordées au secteur hospitalier.

La réduction, par le changement de mode de tarification des hôpitaux, des écarts de financement entre établissements a toutefois été compensée par les enveloppes forfaitaires, et par les ressources ne provenant pas de l'assurance maladie.

#### **2.2.1. De forts écarts de financement existaient avant la mise en place de la T2A**

La dispersion de la valeur de l'indice synthétique d'activité et les écarts mesurés à partir des coefficients de transition témoignent d'importantes différences de niveau de financement avant la mise en place de la T2A.

##### **2.2.1.1. Écarts mesurés à partir de la valeur de l'indice synthétique d'activité**

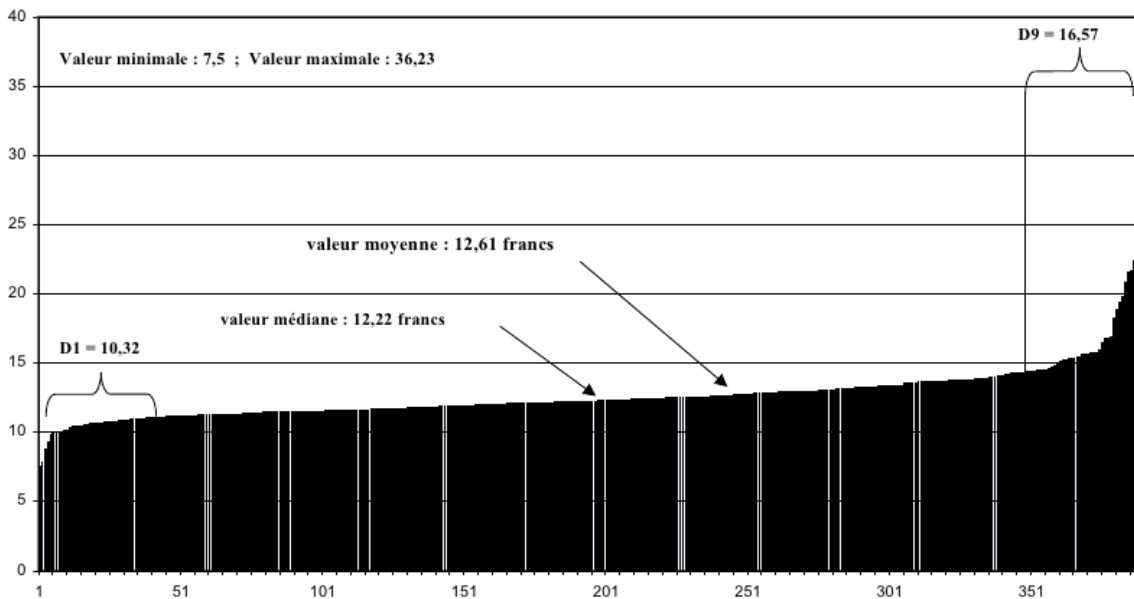
Les écarts de financement entre différents établissements de santé s'appréciaient avant la mise en place de la T2A par le calcul d'un indice synthétique d'activité (ISA) rapporté au budget des établissements. Un certain nombre de points ISA étaient affectés à chacun des séjours hospitaliers réalisés au sein d'un établissement, à partir de la classification du PMSI (les points affectés aux différents GHM étaient fixés en comparant leurs coûts au coût d'un GHM de référence : l'accouchement par voie basse sans complication, valant 1000 points ISA).

En divisant la masse des dépenses consacrées à l'activité MCO par le nombre de point ISA, on obtient une valeur du point ISA pour chaque établissement, permettant une comparaison des dépenses des différents établissements indépendante de leur volume d'activité.

Dans le secteur public, la valeur d'un point ISA variait en 2001 de 7,5 à 36,2 francs, avec un écart de l'ordre de 3 francs entre le premier et le dernier décile.

### Annexe III

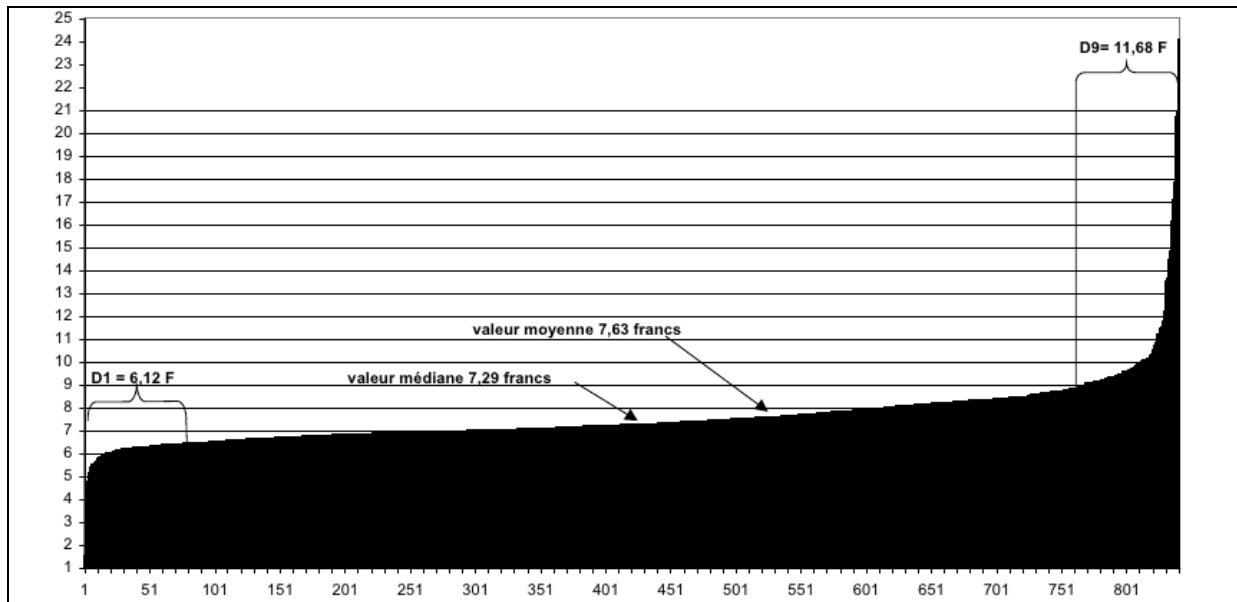
**Graphique 6 : Valeur des point ISA en 2001, centres hospitaliers<sup>25</sup> sous dotation globale**



*Source : Note sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004. Les valeurs notées D1 et D9 ne correspondent pas à la valeur des déciles stricto sensu (qui s'élèvent respectivement à 11 et 14 francs), mais aux moyennes des 10 % des valeurs les plus hautes et les plus basses.*

La variabilité de la valeur des points ISA au sein des établissements privés relevant de l'objectif quantifié national était également forte, plus concentrée sur quelques valeurs particulièrement élevées, 95 % des établissements se situant entre 6 et 9 francs par point ISA.

**Graphique 7 : Valeur des point ISA en 2001, secteur QQN**



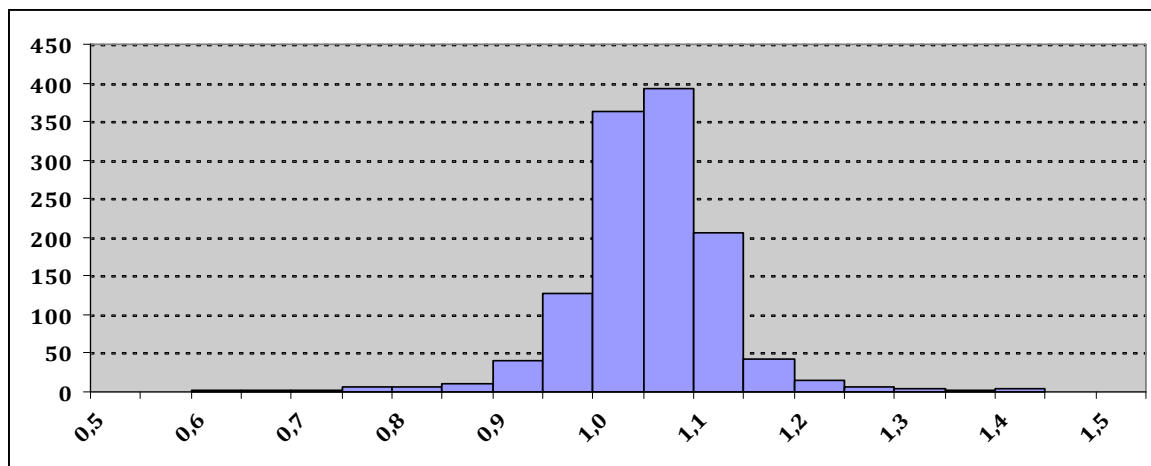
*Source : Note sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004. Les valeurs notées D1 et D9 ne correspondent pas à la valeur des déciles stricto sensu, mais aux moyennes des 10 % des valeurs les plus hautes et les plus basses.*

<sup>25</sup> Les centres hospitaliers représentent environ les trois quart du nombre d'établissements anciennement financés par dotation globale. Les autres types d'établissements du secteur « ex DG » (centres universitaires, PSPH, centres de lutte contre le cancer) présentent une distribution de la valeur du point ISA comparable. Ces distributions apparaissent dans l'annexe 4 de la note citée en source du graphique.

### 2.2.1.2. Écarts mesurés à partir des coefficients de transition

Dans le secteur privé lucratif, les écarts entre les coefficients de transition des différents établissements établis en 2005, mesurant les disparités dans leur niveau de financement par l'assurance maladie (cf. 2.1.2), sont représentés sur le Graphique 8. Si 88 % des établissements présentaient des coefficients compris entre 0,9 et 1,1 soit une distance à la cible inférieure à 10 %, on note que 6 % des établissements se situaient au-delà de 1,2 ; ce qui correspond à une sur-dotation initiale (et donc une baisse de recettes prévue durant la période de transition) de plus de 20 %.

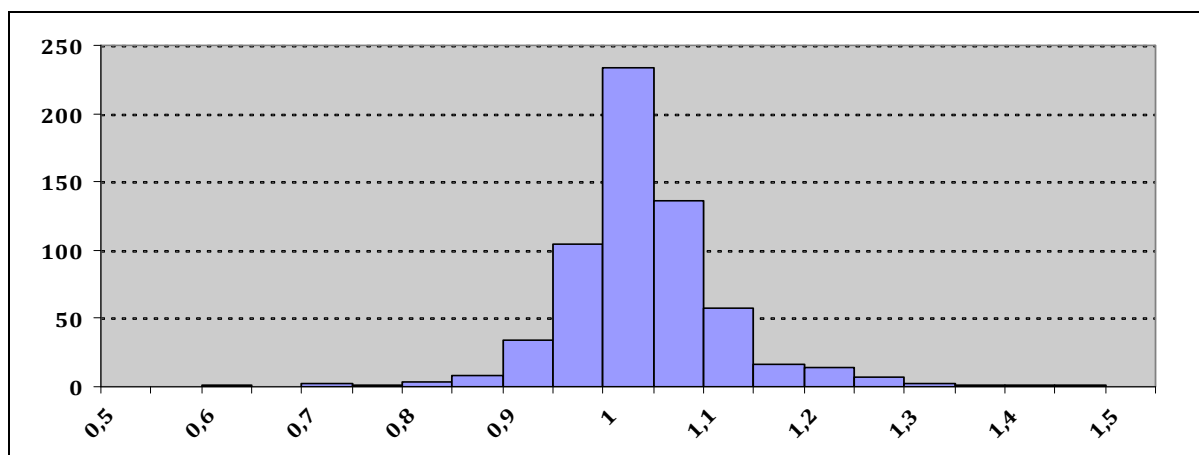
**Graphique 8 : Dispersion des coefficients de transition dans le secteur ex OQN en 2005**



*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de l'ATIH. Sont portés en abscisse les valeurs des coefficients de transition et en ordonnée le nombre d'établissements présentant un coefficient dans la plage de valeurs avant la campagne tarifaire de 2005.*

Dans le secteur anciennement financé par dotation globale, la dispersion des coefficients de transition mis en place en 2008 est légèrement supérieure à celle observées sur les coefficients de transitions initiaux du secteur ex OQN (85 % des établissements présentaient un coefficient entre 0,9 et 1,1, et 7 % un coefficient supérieur à 1,2), alors même que cette mesure est réalisée trois ans plus tard, après une première phase d'introduction de la T2A à travers le mécanisme de la dotation annuelle complémentaire (cf. paragraphe 2.1.1.1).

**Graphique 9 : Dispersion des coefficients de transition dans le secteur ex DG en 2008**



*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de l'ATIH. Sont portés en abscisse les valeurs des coefficients de transition et en ordonnée le nombre d'établissements présentant un coefficient dans la plage de valeurs avant la campagne tarifaire de 2008.*

### 2.2.2. La montée en charge du système de tarification à l'activité s'est traduite par une réallocation progressive de l'enveloppe finançant l'activité MCO

La mise en place d'un système de financement à la pathologie au moyen de tarifs unifiés par secteur procédait d'une volonté de réallouer les moyens financiers vers les établissements les plus actifs, et donc de réduire la variabilité entre établissements présentée *supra*.

Ainsi, le processus de transition vers les tarifs nationaux devait s'accompagner par des redéploiements financiers entre établissements de l'ordre de 1,2 Md€ dans le secteur public et 140 M€ dans le secteur privé, soit environ 1,6 % de la base tarifaire<sup>26</sup>.

Dans les comptes des établissements, les réallocations liées à la mise en place de la T2A devraient se traduire par une plus forte différenciation de l'évolution des recettes, devant refléter les différences de dynamisme d'activité des différents hôpitaux. Ce point a été étudié par la mission en suivant le protocole présenté dans l'encadré ci-dessous.

#### Encadré 7 : Méthodologie retenue pour mesurer l'impact de l'introduction de la T2A en terme de réallocation des financements

A partir des données, fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP), portant sur le compte de résultat principal de chaque établissement public de santé, la mission a procédé à une étude de la distribution, au sein des différents établissements, de l'évolution des produits.

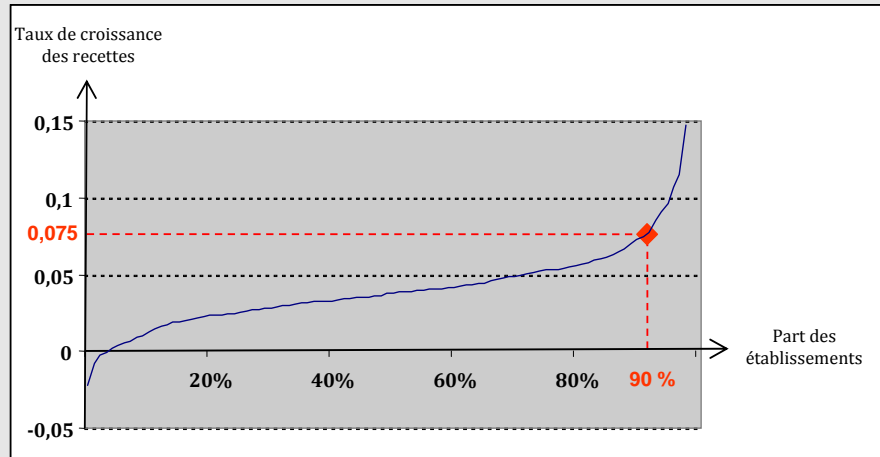
Plusieurs périmètres ont été étudiés : produits totaux, produits versés par l'assurance maladie, produits issus de la tarification des séjours.

Quel que soit le périmètre, deux types de méthode d'analyse des distributions ont été employés :

- une analyse à partir de trois indicateurs quantitatifs :
- une analyse à partir de trois indicateurs quantitatifs :
  - l'écart-type, mesurant la variation « standard » du taux de croissance des recettes d'un établissement à l'autre ;
  - la distance entre le troisième et le premier quartile (Q3-Q1), mesurant l'écart de croissance entre le quart des établissements le plus dynamique et le quart le moins dynamique ;
  - la distance entre le neuvième et le premier décile (D9-D1), mesurant l'écart de croissance entre le dixième des établissements les plus dynamiques et les 10 % des établissements ayant le taux de croissance le plus faible (ou présentant la plus forte baisse de recette).
- une analyse graphique à partir de la représentation des centiles de la distribution : le graphe permet d'appréhender globalement la dispersion existant dans les taux de croissance des différents établissements.

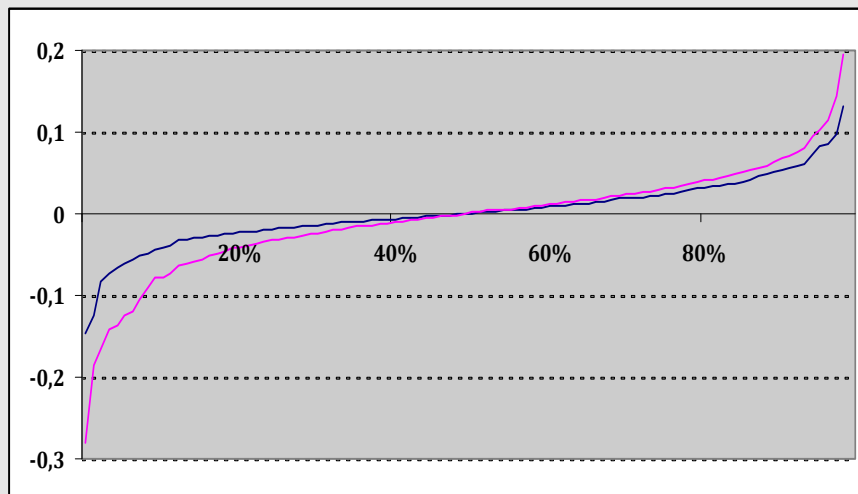
<sup>26</sup> D'après le rapport au Parlement du ministère de la santé et des sports à propos de la tarification à l'activité pour l'année 2009.

### Annexe III



L'axe des ordonnées représente les taux de croissance des recettes observées dans les comptes des différents établissements, alors que les abscisses correspondent à la répartition des établissements. Par exemple, pour 90 % des établissements, le taux de croissance des recettes est inférieur à 0,075 (soit 7,5 % d'augmentation) ; 10 % des établissements présentent donc une croissance supérieure à ce seuil.

Pour comparer plusieurs distributions, (notamment les distributions des taux de croissances de différentes années), les courbes correspondantes sont ajustées<sup>27</sup> de manière à couper l'axe des abscisses au niveau de la médiane. Les distributions les plus dispersées se traduisent par des courbes plus « pentues » que des distributions plus « ramassées » autour d'une valeur moyenne (les valeurs des différents percentiles sont alors proches) :



Pour permettre les comparaisons entre différentes périodes ainsi que les mesures de croissance pluriannuelle, n'ont été retenus dans le champ de l'étude que les établissements présent sur toute la période étudiée (2003-2010).

Les analyses ont donc été conduites sur un échantillon de 408 établissements anciennement financés par dotation globale<sup>28</sup> qui représentent pour l'exercice 2010 38,7 Md€ de produits de titre 1, soit environ les trois quart du financement total du secteur par l'assurance maladie.

<sup>27</sup> Cet ajustement consiste simplement à soustraire à la valeur de chaque quantile la médiane de la distribution, ce qui permet de s'affranchir de l'impact de la tendance globale dans les comparaisons de la dispersion des taux de croissance entre établissements portant sur des années différentes.

<sup>28</sup> Les données fiscales recueillies sur les cliniques « ex OQN » n'ont pas permis d'étendre l'analyse à ce secteur, du fait du grand nombre de restructurations survenues pendant la période d'étude et faute de pouvoir distinguer les différentes composantes du chiffre d'affaire.

### Annexe III

Si l'on compare la distribution des taux de croissance des recettes finançant l'activité des établissements passés d'un financement par dotation globale à la T2A, on observe durant la période de transition une nette évolution de la dispersion (ou étalement de la distribution). En effet, comme le présente le Tableau 20, les indicateurs mesurant la dispersion des taux d'augmentation des recettes entre établissements suivent une tendance globalement croissante entre 2003 et 2010.

Cette observation est en cohérence avec l'objectif de réallocation des ressources attaché à la réforme du mode de financement des établissements de santé : l'évolution des recettes d'activité connaît des situations de plus en plus contrastées entre établissements au fur et à mesure de la mise en place de la T2A (la section 2.1.1.1 rappelle les différentes phases de cette transition).

**Tableau 20 : Dispersion du taux de croissance des recettes des établissement- périmètre T2A**

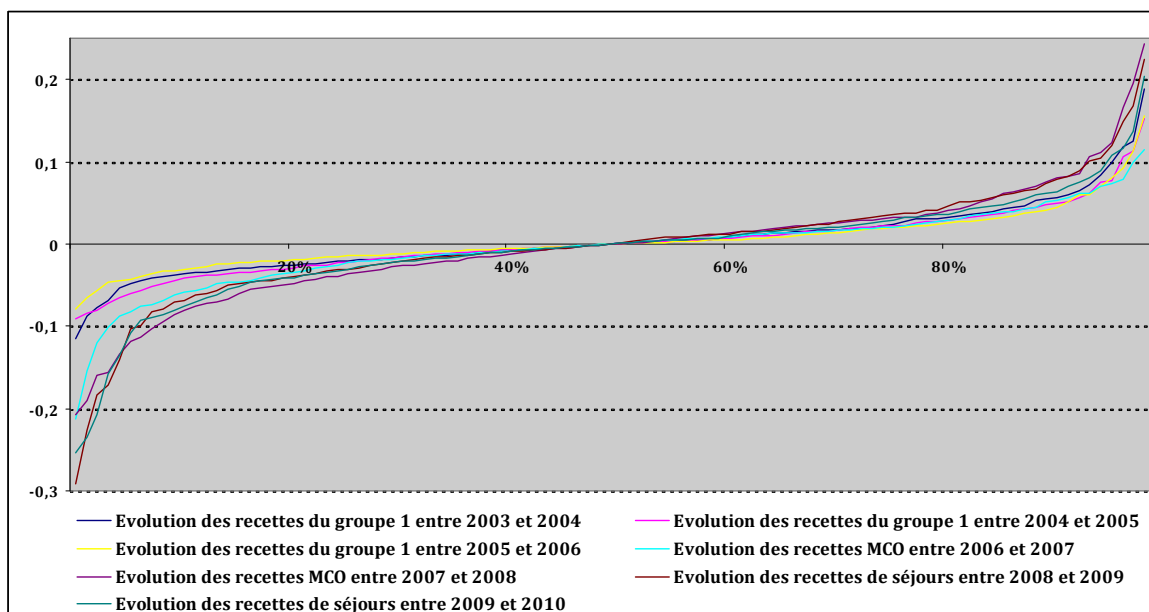
	Écart-type	Q3-Q1	P90-P10
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2003 et 2004	7,5 %	4,4 %	9,3 %
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2004 et 2005	4,9 %	4,4 %	9,2 %
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2005 et 2006	5,0 %	3,5 %	7,4 %
Évolution des recettes MCO* entre 2006 et 2007	6,8 %	4,6 %	11,2 %
Évolution des recettes MCO* entre 2007 et 2008	8,1 %	7,0 %	16,1 %
Évolution des recettes de séjours entre 2008 et 2009	8,2 %	6,6 %	14,4 %
Évolution des recettes de séjours entre 2009 et 2010	9,2 %	5,9 %	14,2 %

(\*) Pour les années 2006 et 2007, les recettes prises en compte additionnent les produits de la tarification des séjours et la dotation annuelle de financement.

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

D'un point de vue graphique, on observe distinctement l'augmentation de la dispersion des taux de croissance à partir de 2007 (année où la dotation annuelle complémentaire est devenue minoritaire, voir le Tableau 13 *supra*), par rapport aux années précédentes.

**Graphique 10 : Évolution de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements publics - périmètre recettes T2A (courbes recentrées)**

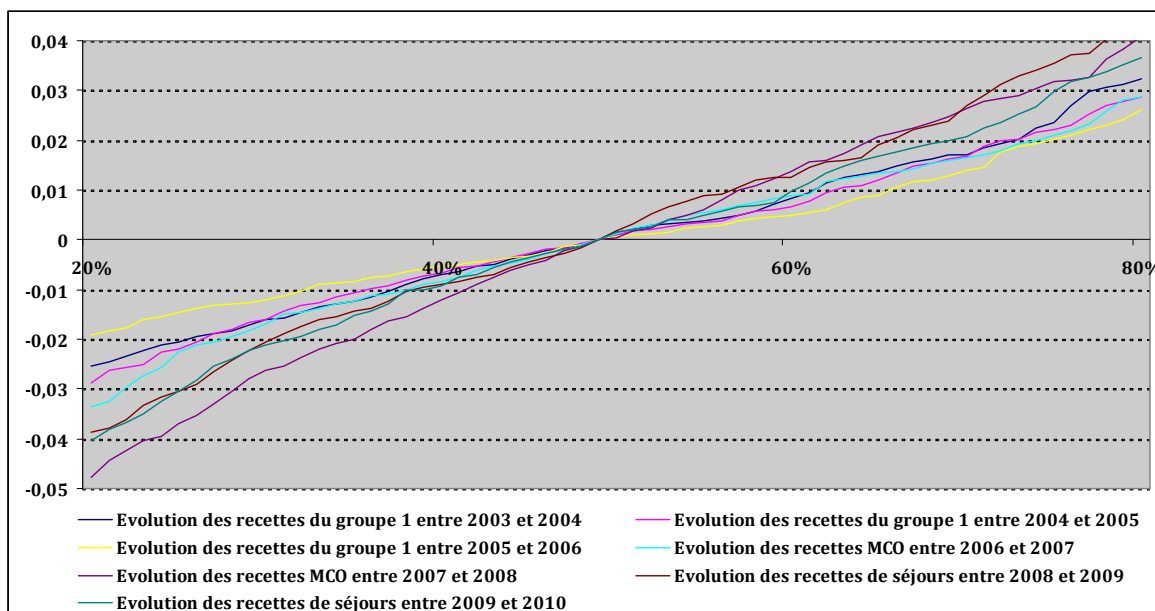


*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

### Annexe III

Pour une meilleure visibilité, le graphique ci-dessous reprend les données du Graphique 10, centrées sur une plage réduite, excluant du champ de la représentation les observations des deux premiers et deux derniers déciles des distributions. L'augmentation de la dispersion des taux de croissance des établissements apparaît toujours nettement.

**Graphique 11 : Évolution de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements publics – périmètre recettes T2A (courbes recentrées, hors déciles extrêmes)**



Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.

#### 2.2.3. Cette réallocation a toutefois été largement compensée par les autres sources de financement

En considérant l'ensemble des recettes versées par l'assurance maladie, l'augmentation de la dispersion des taux de croissance des établissements est moins nette (la différence entre le premier et le dernier quartile, comme entre le premier et le dernier décile, sont cependant en croissance continue depuis 2005.

**Tableau 21 : Dispersion du taux de croissance des recettes des établissements périmètre des produits versés par assurance maladie**

Période	Écart-type	Q3-Q1	P90-P10
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2003 et 2004	7,5 %	4,4 %	9,3 %
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2004 et 2005	4,9 %	4,4 %	9,2 %
Évolution des recettes du groupe 1 entre 2005 et 2006	5,0 %	3,5 %	7,4 %
Évolution des recettes de titre 1 entre 2006 et 2007	5,0 %	3,8 %	8,9 %
Évolution des recettes de titre 1 entre 2007 et 2008	7,1 %	4,5 %	10,1 %
Évolution des recettes de titre 1 entre 2008 et 2009	5,8 %	4,8 %	10,3 %
Évolution des recettes de titre 1 entre 2009 et 2010	6,0 %	4,6 %	10,6 %

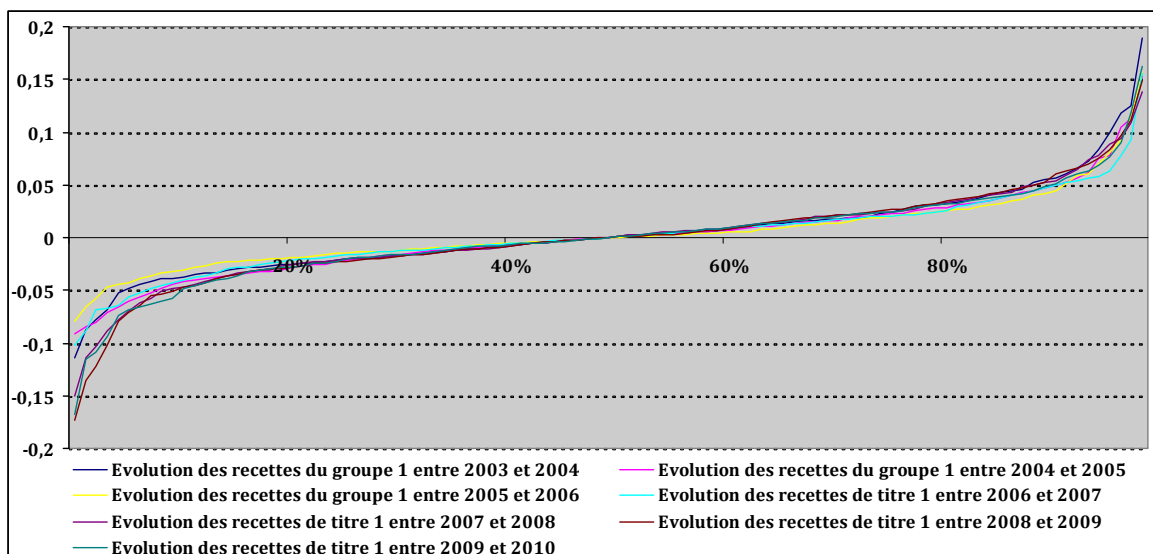
Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.

Graphiquement, on peut observer une légère augmentation de la dispersion sur les valeurs extrêmes, la différenciation apparaissant plus forte pour les taux de croissance postérieurs à 2008.



### Annexe III

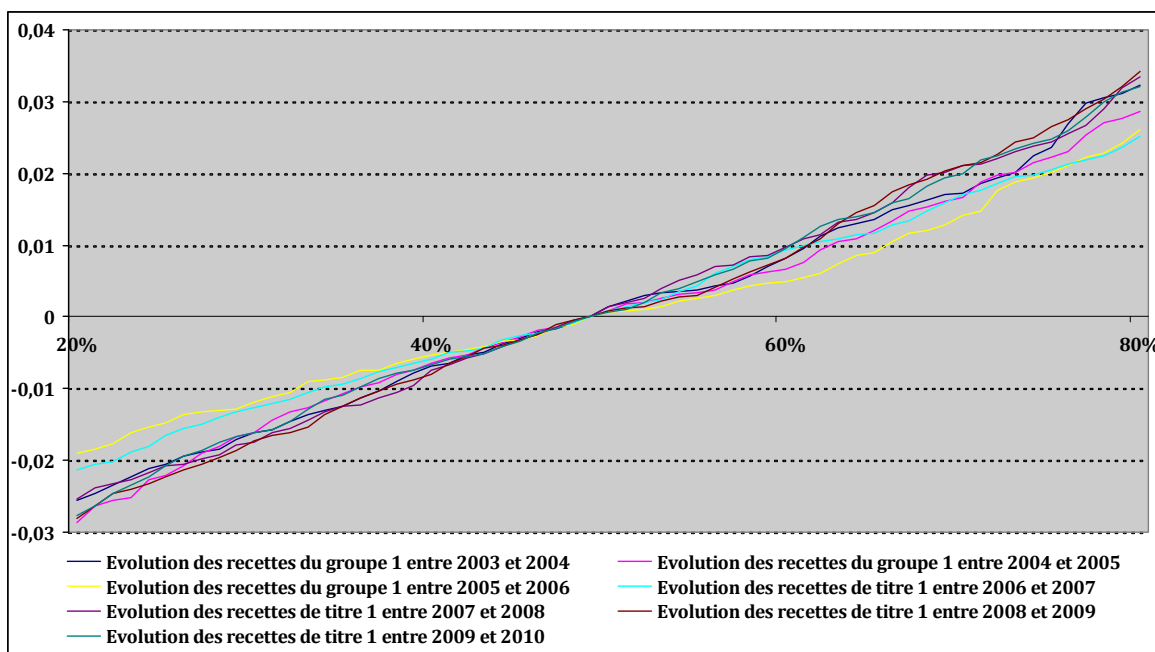
**Graphique 12 : Évolution de la distribution du taux de croissance des produits des établissements publics de santé – périmètre des produits versés par l'assurance maladie (courbes recentrées)**



Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFiP.

Cette hiérarchie est encore moins nette au centre de la distribution, du fait des nombreux croisements des courbes.

**Graphique 13 : Évolution de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements publics de santé – périmètre des recettes versées par l'assurance maladie (courbes recentrées, hors déciles extrêmes)**



Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFiP.

Ainsi, les effets redistributifs de la T2A ont été compensés par les produits versés par l'assurance maladie en sus de la part tarif, dont l'enveloppe finançant les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) constituent l'essentiel ; cette enveloppe a d'ailleurs subi une augmentation particulièrement dynamique durant la phase de transition entre financement par dotation globale et tarification à l'activité (cf. paragraphe 1.2.4).

### Annexe III

Les recettes hors titre 1 participent également à cette compensation. En effet, la dispersion dans l'évolution des recettes totales des établissements ne présente pas d'augmentation sensible avant et après la réforme, comme le montre le tableau suivant.

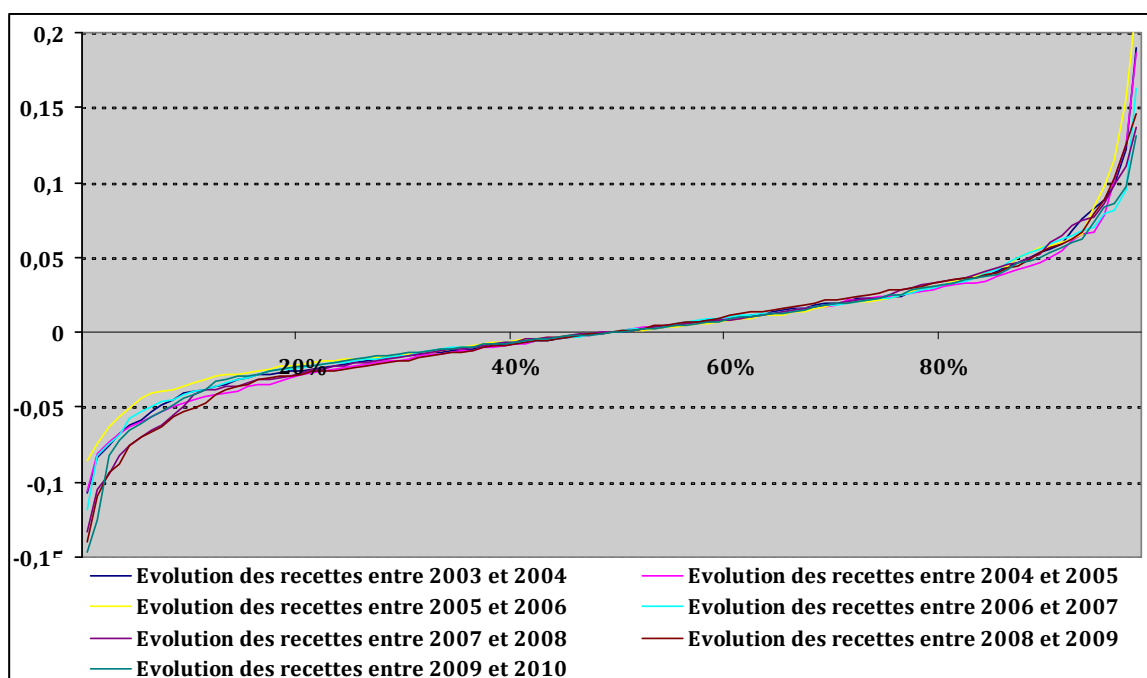
**Tableau 22 : Dispersion du taux de croissance des recettes des établissements  
- total des produits -**

Période	Écart-type	Q3-Q1	P90-P10
Évolution des recettes entre 2003 et 2004	7,1 %	4,5 %	9,3 %
Évolution des recettes entre 2004 et 2005	13,4 %	4,7 %	9,5 %
Évolution des recettes entre 2005 et 2006	5,9 %	4,0 %	9,3 %
Évolution des recettes entre 2006 et 2007	5,2 %	4,2 %	9,7 %
Évolution des recettes entre 2007-2008	6,0 %	4,5 %	10,2 %
Évolution des recettes entre 2008 et 2009	6,0 %	5,1 %	10,7 %
Évolution des recettes entre 2009-2010	6,4 %	4,1 %	9,4 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Le graphique ci-après confirme cette absence de tendance dans l'évolution de la dispersion des taux de croissance des recettes totales par établissement entre 2004 et 2010.

**Graphique 14 : Comparaison de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements - total des produits - (courbes recentrées)**

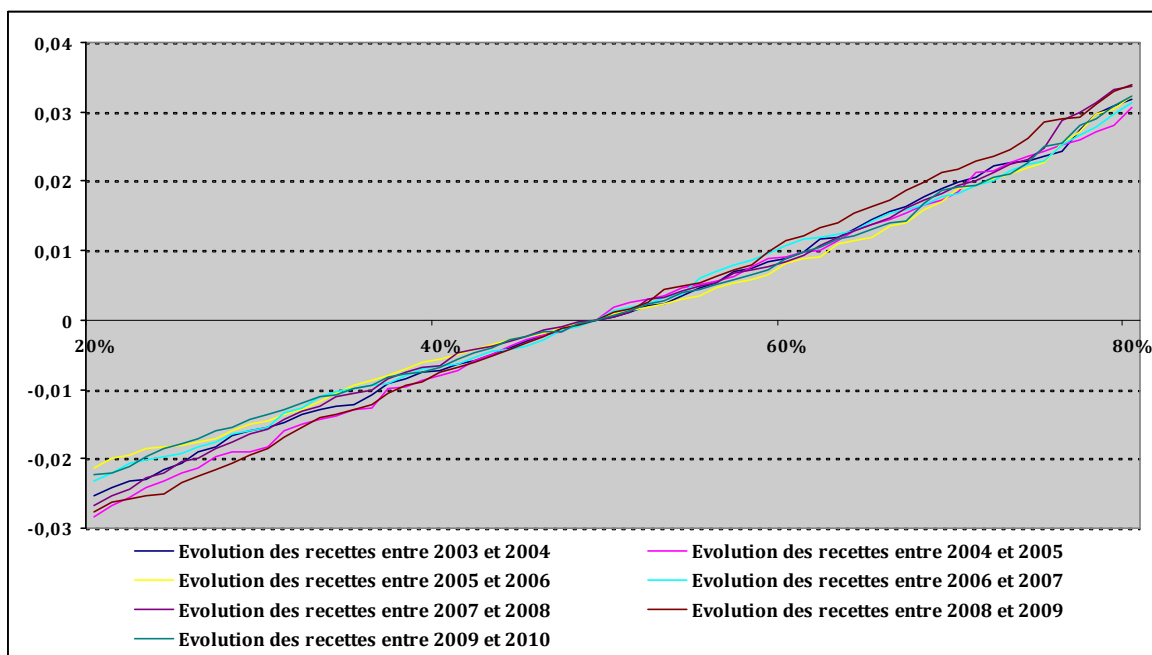


*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Hors déciles extrêmes, les différentes courbes de dispersion évoluent au sein d'un faisceau particulièrement étroit, ce qui confirme le caractère globalement constant de la dispersion.

## Annexe III

**Graphique 15 : Comparaison de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements – total des produits – (courbes recentrées, hors déciles extrêmes)**



*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Le Tableau 23 reprend les constats précédents sur une base pluriannuelle. La dispersion des taux de croissance entre 206 et 2010 est d'autant plus faible que le périmètre des produits considérés est large : les écarts de croissance observés sur les produits issus de la tarification des séjours d'hospitalisation sont plus élevés que ceux observés sur l'ensemble des produits versés par l'assurance maladie, eux-mêmes inférieurs aux écarts de croissance sur l'ensemble des produits du compte de résultat principal des établissements. Sur ce dernier périmètre, l'évolution sur la période 2006-2010 présente une dispersion moindre que sur la période 2003-2006.

**Tableau 23 : Comparaison de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements sur différents périmètre**

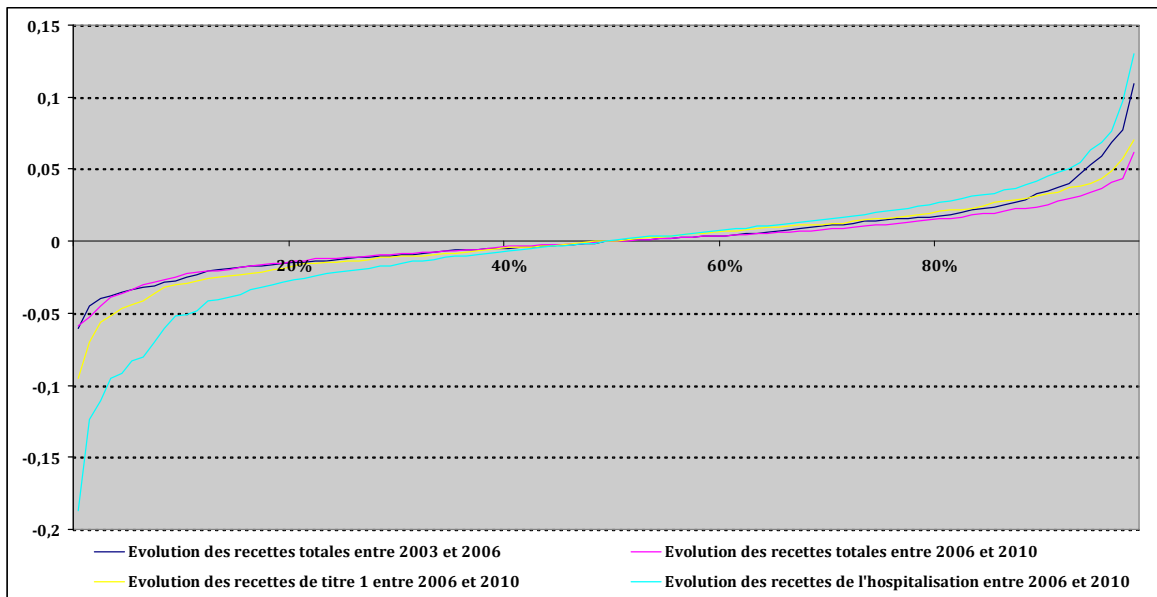
Période	Écart-type	Q3-Q1	P90-P10
Évolution annualisée des recettes totales entre 2003 et 2006	3,5 %	2,7 %	6,0 %
Évolution annualisée des recettes totales entre 2006 et 2010	2,4 %	2,2 %	4,9 %
Évolution annualisée des recettes de titre 1 entre 2006 et 2010	3,1 %	3,0 %	6,1 %
Évolution annualisée des recettes de l'hospitalisation entre 2006 et 2010	4,9 %	4,2 %	9,3 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Ces constats sont confirmés par la représentation graphique ci-dessous marquant la nette hiérarchie dans les différentes fonctions de dispersion étudiées.

### Annexe III

**Graphique 16 : Comparaison de la distribution du taux de croissance des recettes des établissements sur différents périmètre (courbes recentrées)**



*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Ainsi, comme le note également le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale en 2011, une partie des transferts attendus du changement de mode de financement des établissements de santé, ont été compensés pour les établissements « perdants » (ou historiquement « sur-dotés ») par une augmentation de leurs autres recettes, et notamment les MIGAC. La Cour des comptes pointe en particulier les aides à la contractualisation accordées par les agences régionales de santé ainsi que les financements perçus par les centres hospitaliers universitaires.

De plus, certains produits de titre 2 (pris en charge par les patients ou leurs assurances complémentaires, ou par l'État en ce qui concerne les prestations fournies aux assurés sociaux étrangers) sont calculés à partir des tarifs journaliers de prestation propres à chaque établissement, ce qui contribue également à compenser les effets de la mise en place de la T2A puisque les établissements aux coûts les plus élevés reçoivent les financements les plus importants, pour des prestations identiques.

Ces deux points trouvent une illustration supplémentaire dans le Tableau 24, qui confirme que les parts respectives des MIGAC et des produits de titre 2 sont plus importantes dans le budget des établissements particulièrement mis sous tension par la T2A (établissements présentant un coefficient de transition initialement élevé) sont plus importantes que la moyenne nationale.

**Tableau 24 : Part des financements complémentaires dans les budgets des établissements les plus pénalisés par la mise en place de la T2A**

Périmètre	Nombre d'établissements pris en compte	Total des produits ( M€)	Part des produits de la tarification des séjours	Part des produits de titre II	Part des MIGAC dans les produits
Échantillon d'établissements mis sous tension	56	11 687	38 %	8,7 %	16 %
Tous établissements	440	51 737	46 %	8,1 %	13 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP. L'échantillon des établissements « mis sous tension par la T2A » a été construit en retenant les hôpitaux du secteur ex DG présentant un coefficient de transition supérieur à 1,05 en 2008.*

### 2.3. La santé financière des établissements s'est fortement dégradée depuis la réforme du financement des établissements de santé

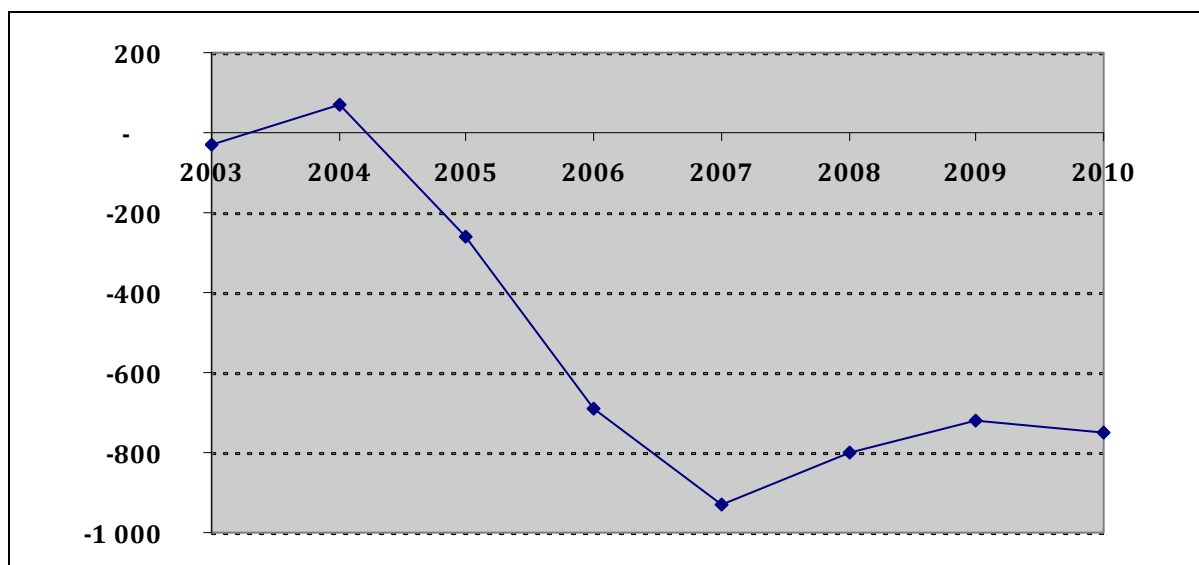
Depuis 2004, année de la mise en place de la T2A, les déficits et l'endettement des hôpitaux sont en forte augmentation. Sans chercher à établir de lien de cause à effet entre le système de tarification et la situation financière globale des établissements de santé, ce constat nuance fortement la capacité de l'outil tarifaire à participer à la maîtrise des dépenses.

#### 2.3.1. La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'une forte augmentation du déficit hospitalier

La période de montée en charge du système de tarification à l'activité coïncide avec une très forte augmentation des déficits hospitaliers. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère en charge de la santé évalue l'évolution du résultat net des établissements publics de santé d'un surplus d'environ 400 M€ en 2004 à un déficit du même ordre de grandeur en 2008<sup>29</sup>.

Sur le périmètre plus restrictif des comptes de résultat principaux des établissements pratiquant les activités de médecine – chirurgie – de 2003 à 2010<sup>30</sup>, la tendance est encore plus prononcée avec un creusement des déficits de l'activité entre 2004 et 2007, suivi d'un faible redressement observé entre 2007 et 2009 et à nouveau un léger recul en 2010.

**Graphique 17 : Évolution des résultats net d'un échantillon d'établissements hospitaliers – secteur ex DG (en M€)**



*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP portant sur les comptes de résultat principaux de 408 établissements publics de santé (échantillon identique à celui retenu dans la section 2.2, présenté dans l'Encadré 7).*

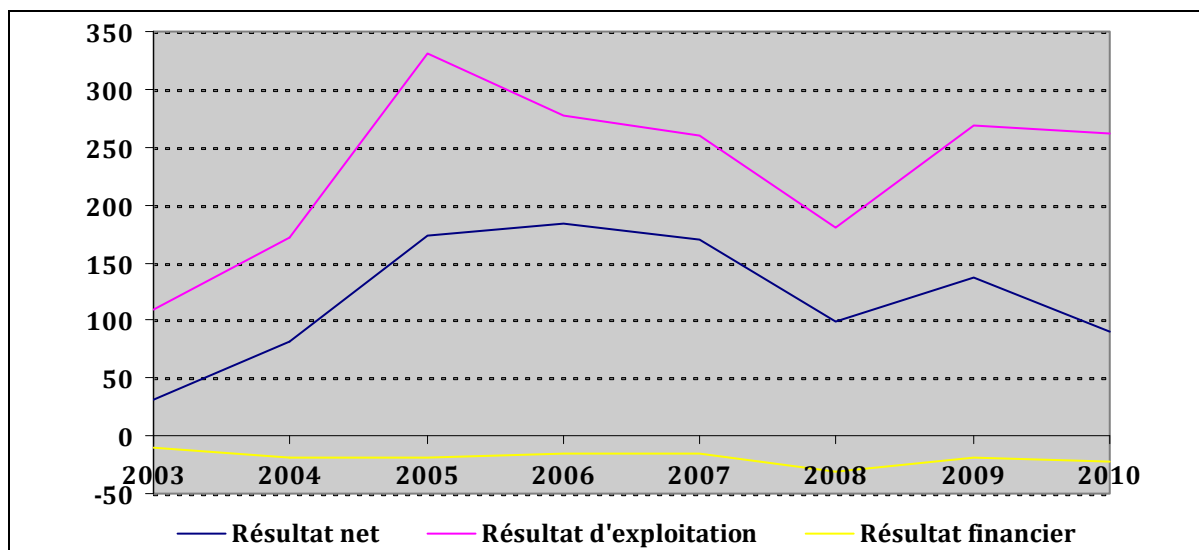
Dans le secteur privé, l'observation de l'évolution des résultats comptables d'un échantillon d'établissements ne révèle pas de tendance aussi prononcée.

<sup>29</sup> Voir par exemple *Comptes 2009 des hôpitaux publics*, Etudes et Résultats n°746, DREES, janvier 2011

<sup>30</sup> Échantillon de 408 établissements identique à celui de la section précédente – cf. Tableau 16

## Annexe III

**Graphique 18 : Évolution des résultats net d'un échantillon d'établissements hospitaliers - secteur ex OQN (en M€)**



*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP, portant sur un échantillon de 423 établissements.*

### 2.3.2. Elle s'est également accompagnée d'une croissance préoccupante de l'endettement des établissements

Dans le secteur anciennement financé par dotation globale, le taux d'endettement des hôpitaux ne cesse de croître depuis 2004. À cette date, la part des dettes financières représentait 38 % des ressources stables (calculées comme la somme des capitaux propres et dettes financières au passif du bilan) des établissements retenus dans l'échantillon, alors que cette part atteint 55 % en 2010.

**Tableau 25 : Endettement des établissements de santé – secteur ex DG (en M€)**

	Capitaux propres	Dettes financières	Taux d'endettement
2003	11 569	7 517	39 %
2004	13 616	8 445	38 %
2005	14 166	9 277	40 %
2006	15 865	10 541	40 %
2007	16 044	12 584	44 %
2008	16 123	15 144	48 %
2009	16 389	17 554	52 %
2010	16 794	19 475	54 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP portant sur bilans de 408 établissements publics de santé (échantillon identique à celui retenu dans la section 2.2, présenté dans l'Encadré 7).*

Cette augmentation de l'endettement hospitalier s'explique en partie par les dépenses d'investissement très significatives qui ont été engagées notamment dans le cadre des plans « hôpital 2007 » puis « hôpital 2012 ».

Les incertitudes concernant la rentabilité de ces investissements, en particulier notamment le taux d'occupation futur des capacités supplémentaires construites, ainsi que le manque d'informations concernant les conditions des emprunts contractés par les établissements, fragilisent fortement la soutenabilité de ce niveau d'endettement.

Dans le secteur privé, les taux d'endettement sont en revanche relativement stables.

## Annexe III

**Tableau 26 : Endettement des établissements de santé – secteur ex OQN (en M€)**

	<b>Capitaux propres</b>	<b>Dettes envers les établissements de crédit</b>	<b>Taux d'endettement</b>
2003	870	538	38 %
2004	1 020	560	35 %
2005	1 171	602	34 %
2006	1 254	629	33 %
2007	1 331	714	35 %
2008	1 359	722	35 %
2009	1 403	762	35 %
2010	1 383	791	36 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP, portant sur un échantillon de 423 établissements. Du fait des données disponibles, la définition du taux d'endettement retenue ici est légèrement différente de celle du Tableau 25 : les dettes financières ont été assimilées aux dettes envers les établissements de crédit, qui représentent en moyenne plus de 95 % des dettes financières.*

### 2.3.3. Les centres hospitaliers régionaux concentrent les difficultés financières

Alors même qu'ils reçoivent la majorité des financements complémentaires à la T2A (notamment les MIGAC, cf. paragraphe 2.1.1.3), les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent une part importante du déficit hospitalier global : mise à part l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) dont les produits sont surestimés du fait de l'existence de flux intra-groupe (cf. paragraphe 2.1.1.3), les CHR représentent 46 % des déficits accumulés sur la période 2003-2010, pour seulement un tiers des produits de l'échantillon présenté *supra*.

**Tableau 27 : Déficit cumulé par type d'établissement ( M€)**

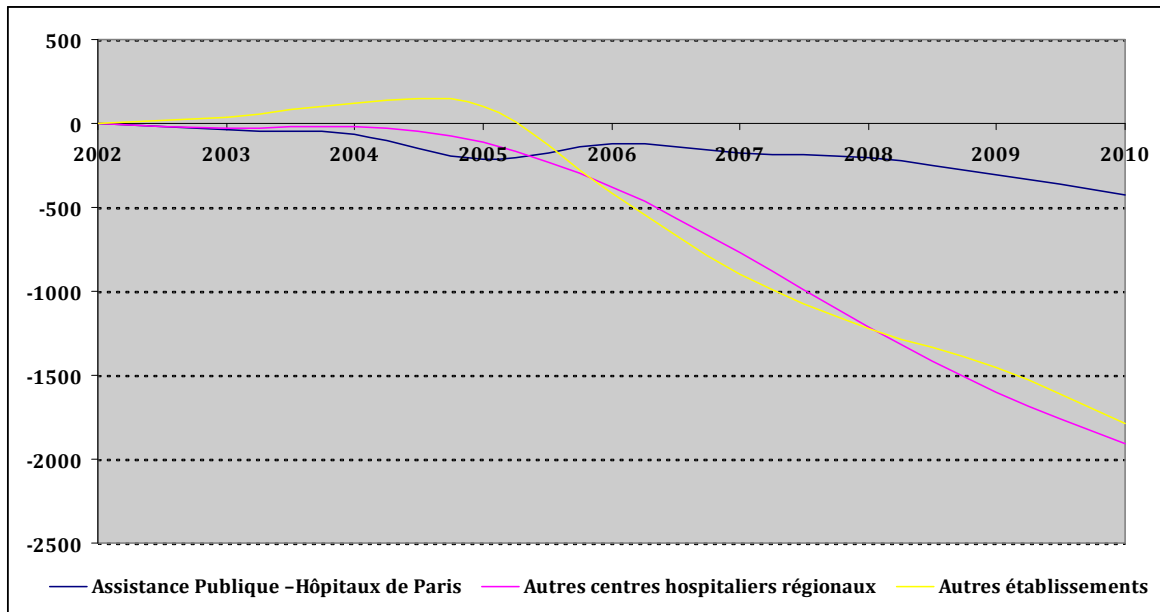
<b>Type d'établissement</b>	<b>part dans les produits 2010</b>	<b>part dans le déficit cumulé de 2003 à 2010</b>
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	14 %	10 %
Autres centres hospitaliers régionaux	33 %	46 %
Autres établissements	52 %	43 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.*

Le graphique suivant montre que l'accumulation des déficits des CHR (sur le périmètre du compte de résultat principal) se fait à rythme plus ou moins constant depuis 2006, alors que les autres structures ont connu une période de moindres pertes entre 2007 et 2009 (illustrée par un point d'inflexion des courbes).

## Annexe III

**Graphique 19 : Déficit cumulé par type d'établissement ( M€)**



Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.

En ce qui concerne l'évolution de l'endettement, les CHR sont également les établissements qui présentent la progression la plus importante: alors que ces structures étaient relativement moins endettées que les autres en 2003, leur taux d'endettement en 2010 s'établit dix points au dessus de celui des autres catégories.

**Tableau 28 : Taux d'endettement par type d'établissement**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	33 %	33 %	32 %	32 %	34 %	41 %	45 %	49 %
Autres centres hospitaliers régionaux	32 %	36 %	38 %	40 %	47 %	54 %	59 %	61 %
Autres établissements	39 %	41 %	42 %	41 %	45 %	47 %	49 %	51 %

Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP.

Ce constat de difficultés spécifiques aux CHR est à rapprocher de celui de la DREES, qui relève<sup>31</sup> le décrochage des centres hospitaliers régionaux dans la rentabilité économique des hôpitaux publics, définie comme le rapport entre le résultat net comptable et les produits de l'activité<sup>32</sup>.

**Tableau 29 : Évolution de la rentabilité économique des hôpitaux publics entre 2003 et 2009 par type d'établissement**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-0,8
Autres centres hospitaliers régionaux	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7
Grands centres hospitaliers (plus de 70 M€ de produits)	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	0,0
Centres hospitaliers moyens (entre 20 M€ et 70 M€ de produits)	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,1
Petits centres hospitaliers (moins de 20 M€ de produits)	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2

<sup>31</sup> Cf. *Comptes 2009 des hôpitaux publics, op. cit.*

<sup>32</sup> Les produits d'activités sont définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21, hors compte de rétrocessions.



## Annexe III

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,4
Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6
<b>Ensemble hôpitaux publics</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,4 (*)</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,3</b>

(\*) Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %

*Source : DREES, comptes 2009 des hôpitaux publics, Études et Résultats n°746, janvier 2011.*

### 2.4. Le pilotage budgétaire des établissements est contraint

La mise en place de la tarification à l'activité s'est accompagnée d'une réforme du régime budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé. Cette réforme s'est traduite par l'instauration d'un nouvel état de prévision des recettes et dépenses (EPRD), défini par le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique comme « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics ». Si ce nouvel outil constitue un pas vers une responsabilisation accrue des établissements, alors que les ressources qui leur sont attribuées deviennent fonction de l'activité effectuée et non garanties *ex ante*, l'efficacité du pilotage budgétaire des hôpitaux se heurte à deux difficultés majeures : d'une part, le calendrier contraint du processus budgétaire et la fragilité des prévisions de recettes, d'autre part l'importance des charges de personnel dans leur budget.

#### 2.4.1. Le calendrier du processus budgétaire ne permet pas un pilotage satisfaisant des établissements

Sous le régime de la dotation globale, le budget des établissements publics de santé se construisait à partir d'une progression des dépenses encadrées déterminée par les autorités de tutelle. La réforme budgétaire et comptable qui s'est appliquée à partir de 2006 à l'ensemble des établissements autrefois soumis à ce régime (y compris ceux pratiquant des activités hors MCO, et à ce titre non concernés par la T2A) a marqué une évolution du mode de pilotage des budgets qui s'articulent désormais autour des prévisions de recettes des établissements, *via* l'état de prévision des recettes et dépenses (EPRD).

Selon l'article R. 6145-13 du code de la santé publique (CSP), l'EPRD se compose :

- ◆ d'un compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) ;
- ◆ d'un compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) pour chacun des services et activités spécifiques listés à l'article R. 6145-12 du CSP : unités de soins longue durée, écoles et instituts de formation, établissements et services médico-sociaux, ainsi qu'un CRPA relatif à l'exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers ;
- ◆ d'un tableau de financement prévisionnel dans lesquels sont prévues et autorisées les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des services et activités de l'établissement.

Chaque compte de résultat prévisionnel ainsi que le tableau de financement font l'objet d'une présentation synthétique, par titres, et d'une présentation détaillée, par chapitres.

S'ajoutent à ces éléments un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement prévisionnelle reprenant des éléments des CRPP et CRPA, un tableau d'estimation du fonds de roulement initial (correspondant la part des ressources de long terme disponibles pour financer le cycle d'exploitation), ainsi que deux tableaux annexés à l'EPRD : le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) et un plan global de financement pluriannuel (PGFP).

### Annexe III

L'élaboration de l'EPRD nécessite une prévision des recettes d'activité, qui s'appuie sur une estimation du volume des séjours mais nécessite également la connaissance des tarifs applicables ainsi que les dotations complémentaires (MIGAC notamment) de l'établissement.

Or, alors que l'exercice budgétaire des hôpitaux court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, les tarifs des séjours sont fixés par arrêté publié au mois de février (pour une entrée en application au 1<sup>er</sup> mars), et la fixation des dotations complémentaires des établissements nécessite la fixation des enveloppes régionales, puis la répartition locale de ces enveloppes par les ARS.

Ainsi, les EPRD sont fréquemment finalisés à l'été, voire à l'automne de l'exercice auquel ils se rapportent, ce qui en limite considérablement le caractère prospectif et rend le pilotage budgétaire des établissements largement artificiel.

En outre, l'instabilité des tarifs entrave la nécessaire gestion pluriannuelle des établissements : la révision annuelle de la classification des séjours ainsi que des tarifs qui y sont liés rend difficile la définition d'une stratégie de moyen terme pour les établissements, notamment en matière d'investissement, de recrutements médicaux ou de plan de retour à l'équilibre financier. Les établissements relativement spécialisés (pratiquant une activité concentrée sur un nombre réduit de GHM) se trouvent particulièrement exposés à ces variations.

#### 2.4.2. La prépondérance des charges de personnel dans les comptes des établissements limite leur marge de manœuvre

Dans le secteur anciennement financé par dotation globale, la proportion des charges de personnels est supérieure à 60 % dans les comptes de résultat principaux des établissements. Cette part a subi une diminution progressive quoique modérée entre 2003 et 2010 qui s'explique par l'augmentation des charges à caractères médical (éléments à rapprocher de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie liées consacrées aux dépenses des médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables de la « liste en sus », cf. section 2.1.1.2) et par l'augmentation des charges financières (comptabilisées parmi les « autres charges » dans le Tableau 30) liées à la progression de l'endettement des hôpitaux.

**Tableau 30 : Répartition des charges des établissements de santé – secteur ex DG**

Année	Charges de personnel	Charges à caractère médical	Charges à caractère hôtelier et général	Autre charges
2003	65,9 %	16,9 %	10,7 %	6,5 %
2004	65,1 %	17,8 %	9,8 %	7,4 %
2005	65,0 %	17,9 %	10,1 %	7,0 %
2006	64,7 %	17,5 %	9,0 %	8,8 %
2007	64,7 %	17,9 %	8,8 %	8,6 %
2008	63,7 %	18,3 %	8,8 %	9,3 %
2009	63,0 %	18,5 %	9,0 %	9,6 %
2010	62,9 %	18,5 %	9,1 %	9,5 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP portant sur les comptes de résultat principaux de 408 établissements publics de santé (échantillon identique à celui retenu dans la section 2.2, présenté dans l'Encadré 7).*

Dans le secteur « ex OQN », la part de la rémunération (y compris charges sociales) dans les dépenses des établissements reste comprise entre 42 et 43 % des dépenses. La différence avec le secteur « ex DG » s'explique principalement par le fait que les honoraires que verse l'assurance maladie aux médecins exerçant en cliniques n'entrent pas dans les comptes de ces-dernières, alors que les salaires des praticiens hospitaliers sont un poste important des charges de personnels des hôpitaux publics.

### Annexe III

**Tableau 31 : Répartition des charges des établissements de santé – secteur ex OQN**

Année	Salaires et traitements	Charges sociales	Charges financières	Autre charges
2003	31,1 %	12,0 %	1,0 %	55,8 %
2004	31,0 %	12,4 %	0,8 %	55,8 %
2005	30,8 %	12,6 %	0,7 %	55,8 %
2006	30,6 %	12,4 %	0,8 %	56,2 %
2007	30,2 %	12,2 %	1,0 %	56,6 %
2008	29,7 %	12,1 %	1,3 %	56,9 %
2009	30,3 %	12,2 %	1,0 %	56,4 %
2010	29,7 %	12,3 %	1,0 %	57,0 %

*Source : Mission IGF, d'après des données de la DGFIP portant sur les comptes de 423 établissements privés de santé, hors éléments exceptionnels et impôts.*

L'importance des charges de personnels constitue une limitation de la marge de manœuvre des hôpitaux sur le contrôle de leur dépense à court et moyen terme. En effet, la réallocation des personnels en fonction de l'offre de soin peut se révéler difficile, que ce soit pour des raisons de rareté de certaines spécialités, de pyramide des âges ou de contexte social tendu (gestion de la réforme du temps de travail).

De plus, les charges des hôpitaux présentent de ce fait de forts effets de seuils : le coût marginal d'une prise en charge est faible tant qu'une embauche supplémentaire n'est pas nécessaire, alors que le maintien d'une équipe médicale représente un coût fixe important, ce qui explique que le pilotage budgétaire des établissements passe principalement par une politique d'augmentation du volume d'activité.

### 3. L'objectif d'incitation à l'efficacité nécessite un renforcement de la qualité et de l'interprétation du signal-prix

Dans le domaine de la santé, la notion d'efficacité (atteinte d'un objectif en employant au mieux les ressources) peut faire référence à deux aspects qu'il convient de bien distinguer :

- le fait de proposer la meilleure offre de soins pour répondre aux besoins de la population ;
- l'optimisation financière du système de production des soins, qui vise à limiter la consommation des crédits budgétaires nécessaires à un niveau de prestation donné (ou, ce qui est équivalent, à maximiser la production de soins pour un niveau fixé de ressources financières).

Les deux aspects ne sont pas contradictoires, mais pour la commodité de l'exposé le terme sera employé par la suite dans sa seconde acception (la première relève de l'annexe IV).

Si, au-delà des objectifs de transparence et d'équité entre les établissements, le principe de tarification à l'activité vise une production de soins efficace (3.1), les effets vertueux attendus des incitations tarifaires se heurtent à la mauvaise lisibilité du signal-prix (3.2) et à la faible capacité des établissements à l'interpréter et à y répondre (3.3). Aussi la réaction des établissements aux incitations tarifaires porte-t-elle principalement sur l'augmentation globale du volume d'activité (3.4), alors que les gisements d'amélioration de l'efficacité semblent importants et pourraient être mieux ciblés par les tarifs (3.5).

#### 3.1. La tarification à l'activité s'appuie sur le principe de concurrence par comparaison pour inciter les établissements à améliorer leur efficacité

L'économie de la santé a développé depuis les années soixante une littérature abondante sur les problématiques liées à la fourniture de prestations soins, en analysant notamment l'adéquation entre la demande et l'offre de prestations médicales à la lumière des spécificités de la santé comme « bien économique » (incertitudes et asymétrie d'information, socialisation de la dépense, etc.) et des imperfections de marché qui en découlent.

La recherche de l'équilibre de production optimal (quantité de soins produits et prix associé qui *maximisent le bien être collectif*) s'entend alors comme un problème de tarification d'un monopôle public : la puissance publique, qui prend à sa charge l'essentiel des dépenses de santé et organise le fonctionnement des différents types de prise en charge, est considérée dans cette approche comme le fournisseur exclusif des biens de santé.

La tarification à la pathologie repose au contraire sur le modèle de concurrence par comparaison où la puissance publique est vue comme l'unique acheteur de soins fournis par différents offreurs (différents hôpitaux publics ou privés, ou différents praticiens pour la médecine de ville), qui sont donc en situation de concurrence au moins partielle.

En principe, la T2A introduit des mécanismes vertueux incitant les établissements à réaliser des gains d'efficacité productive, de façon à éviter que leurs coûts ne dépassent les tarifs nationaux. Les établissements qui parviennent à assurer leur équilibre financier ou qui dégagent des marges peuvent alors, soit réinvestir dans des activités nouvelles ou améliorer leur compétitivité par une diversification des services offerts, soit, dans le secteur privé, redistribuer le surplus entre les propriétaires et les salariés. Les établissements déficitaires doivent parvenir à équilibrer leurs comptes en réduisant leurs coûts unitaires, soit en procédant à des mesures d'économie à activité constante, soit en augmentant leur activité pour amortir leurs coûts fixes.

### 3.1.1. Le principe de concurrence par comparaison

En décrivant l'activité hospitalière à travers des groupes homogènes de malades (GHM) auxquels on associe un prix défini à l'avance, les systèmes de tarification à l'activité visent à payer, du point de vue de l'organisme prenant en charge les dépenses de santé, un même montant pour une même prestation : le traitement d'un malade de caractéristiques données.

Ils introduisent de ce fait une stimulation de l'efficacité des établissements, par opposition à un financement *ex post* des coûts de prise en charge des malades, toute réduction des coûts permise par une optimisation des processus de production des soins permettant à l'établissement de dégager des marges de manœuvre supplémentaires.

En plus de cette incitation au niveau de chaque établissement, un impact est recherché au niveau de l'ensemble des offreurs de soins en introduisant une forme de concurrence qui doit conduire à faire émerger les meilleures pratiques en termes de gestion, les structures les moins efficaces ne pouvant pas continuer à financer leur activité.

Inspiré de la théorie micro-économique, ce raisonnement ne nécessite pas de supposer que l'établissement cherche à optimiser son résultat (sinon il suffirait d'informer ceux-ci de leur position en termes de coûts par rapport à d'autres structures comparables pour créer l'incitation), mais qu'il cherche à éviter le déficit.

D'autre part, pour que les prix permettent la production de soins sans financer d'inefficacité, ils doivent refléter correctement les coûts des producteurs les plus efficaces. En effet, l'impact de l'incitation dépend du niveau global des tarifs : à l'extrême, si le tarif retenu est suffisamment haut pour que tous les établissements soient bénéficiaires ou à l'équilibre, il n'y a aucune incitation ; si au contraire les tarifs sont trop faibles, tous les établissements deviennent déficitaires et, à terme, l'offre de soins disparaît.

Dans une logique d'efficacité, le tarif devrait donc être fixé au coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales de production<sup>33</sup>. Ce niveau est évidemment difficile à déterminer *ex ante* par le régulateur, à cause de l'asymétrie d'information qui existe entre ce dernier et les offreurs de soins.

D'où la nécessité de recueillir des informations fiables quantifiées et standardisées sur les pratiques médicales (*via* le programme de médicalisation des systèmes d'information, ou PMSI, qui concerne chaque séjour d'hospitalisation en France), comme sur les structures de coût des établissements (échelle nationale des coûts, statistique annuelle des établissements de santé...) afin de réduire cette asymétrie.

### 3.1.2. Le choix de tarifs universels peut justifier le recours à des financements complémentaires

Dans le système de tarification à l'activité français, chaque type de séjour d'hospitalisation donne lieu à un tarif applicable à l'ensemble des établissements de santé d'un secteur. Le principe d'incitation à l'efficacité, présenté ci-dessus, suppose que ce tarif s'approche d'un coût de production efficace ; il nécessite donc pour être applicable que ce dernier soit égal pour l'ensemble des établissements du secteur.

---

<sup>33</sup> Puisque le circuit de financement des soins fait appel à des prélèvements sociaux et fiscaux sur l'économie, le prix des prestations doit éviter de financer des situations de rente.

### Annexe III

Or, l'universalité du coût efficient de fourniture de soin nécessite deux conditions :

- ◆ d'une part l'homogénéité des prestations à fournir, ce qui suppose une classification des séjours qui soit réellement homogène en coût : si un établissement, pour un GHM donné, est confronté en moyenne à des pathologies nécessitant, pour des raisons médicales, une prise en charge plus coûteuse que les autres établissements, son coût efficient pour ce GHM sera plus élevé ;
- ◆ d'autre part la répliquabilité des structures de coût : les établissements doivent avoir accès à la même technologie de production, au même coût des intrants (ce qui signifie notamment une homogénéité du coût de la main d'œuvre) et pouvoir librement choisir la taille de l'établissement et gamme de prestation (*case mix*) qui permettent d'atteindre le coût de prise en charge le plus compétitif.

En France, l'augmentation du nombre de GHM, et notamment le passage à la version 11 de la classification distinguant quatre niveaux de sévérité par pathologie, vise à réduire les hétérogénéités et les phénomènes d'antisélection (captation des cas les moins coûteux au sein d'un GHM par un établissement, au détriment des autres).

En ce qui concerne l'effet de la taille d'un établissement sur ses coûts, l'idée qui fait consensus est que le coût marginal (coût d'une prise en charge supplémentaire) suit, en fonction du nombre de séjours, une courbe en U : au-delà d'un certain seuil, les économies d'échelle cessent et l'augmentation de la production de l'établissement peut engendrer au contraire une augmentation des coûts, *via* l'apparition de problèmes de coordination et d'organisation.

Toutefois, les études visant à déterminer précisément la taille optimale d'un hôpital, qui permettrait de minimiser le coût moyen d'un séjour ne sont pas univoques<sup>34</sup>. D'autant qu'il peut être complexe de séparer les surcoûts de coordination et organisation liés à la taille de l'établissement de ceux liés à l'étendue des pathologies traitées (effet gamme donnant l'avantage aux établissements spécialisés), dans la mesure où les établissements ayant la plus grande capacité d'hospitalisation sont souvent les établissements généralistes (centres hospitaliers régionaux ou universitaires).

Lorsque les deux conditions ci-dessus ne sont pas remplies, la différence entre les coûts efficientes de production des soins par les différents établissements, pour une pathologie différente, peut donner lieu à divers types d'ajustements :

- ◆ exclusion du système de tarification à l'activité de certains établissements atypiques : ainsi certains établissements américains, de taille trop faible pour générer des économies d'échelle suffisantes, mais considérés comme essentiels pour assurer l'accès au soin de certaines populations rurales, sont-ils financés en fonction de leur coût réel ;
- ◆ modulation des tarifs en fonction des caractéristiques des établissements (c'est par exemple le cas dans le système français avec l'application de coefficients géographiques, censés rendre compte des surcoûts structurels relatifs à leur implantation dans certaines zones) ;

---

<sup>34</sup> Une étude a été commandée par la DGOS à un cabinet de conseil sur les effets taille et gamme sur les coûts des établissements de santé. Les conclusions provisoires (la mission ne dispose pas du rapport définitif, initialement prévu pour fin 2010) tendent à retenir une taille optimale correspondant à une activité de l'ordre de 30 à 40 M€ (recettes provenant de l'assurance maladie), et ne statuent pas sur l'existence d'un effet gamme au niveau des établissements.

## Annexe III

- ◆ financements complémentaires des établissements ne pouvant atteindre adopter la structure de coût optimal : dans le système de tarification à l'activité en vigueur en France, une enveloppe complémentaire vient compléter l'enveloppe « T2A », afin de financer les surcoûts liés à des missions d'intérêt général assurés par certains établissements (missions d'enseignement et recherche, prise en charge spécifique des patients en situation de précarité...), ou les surcoûts temporaires liés à des investissements et restructurations visant à mettre en place des structures plus efficaces (aides à la contractualisation).

Ainsi, l'augmentation des dépenses « MIGAC » (8,3 Md€ en 2011 contre 4,8 Md€ en 2005) qui accompagne la montée en charge du système de tarification à l'activité peut se justifier par la volonté de prendre en compte certaines hétérogénéités dans les coûts sans déroger au principe d'universalité des tarifs fixés par GHM (coefficients géographiques et différences public/privé mis à part).

Reste que ces enveloppes complémentaires peuvent présenter un risque de financer non pas des missions supplémentaires assurées par un établissement, ou des situations particulières et temporaires, mais des établissements sous-efficaces qui seraient ainsi mis à l'abri des efforts nécessaires à leur réorganisation. D'où l'importance que ces financements soient affectés de façon transparente, à partir de critères justifiés et, autant que faire se peut, mesurables (cf. paragraphe 1.2.4).

Chaque mission d'intérêt général devrait faire l'objet d'une convention précise entre l'établissement public et l'ARS précisant la nature des prestations attendues, les modalités de leurs évaluations et les financements accordés. Cette convention pourrait prévoir pour chaque mission des objectifs précis et quantifiés.

Les missions d'intérêt général devraient faire l'objet d'une procédure d'évaluation *ex ante*, intermédiaire et *ex post*. A cette fin, le recours à des expertises extérieures devrait être développé pour définir une méthodologie et des indicateurs pertinents pour la réalisation de ce processus d'évaluation.

Les opérations correspondant aux « missions d'intérêt général » devraient être identifiées dans la comptabilité analytique de l'établissement. Il s'agirait de prévoir une sous-rubrique afin de suivre ces missions de manière distincte à la fois pour des raisons de pilotage et surtout de clarification des relations entre acteurs de l'offre de soins.

### 3.1.3. La qualité des incitations dépend du système de fixation des tarifs

Comme présenté *supra*, le système de concurrence par comparaison qui sous-tend la tarification à l'activité vise à introduire une dose de compétitivité entre les différents offreurs de soins, afin de rechercher une meilleure efficacité de l'offre individuelle et collective des établissements de santé.

La fixation des tarifs est l'élément qui permet de piloter la pertinence et l'intensité de cette recherche de l'efficacité, l'intensité maximale étant atteinte lorsque le tarif est égal au coût minimal qui permet aux établissements les plus efficaces de conserver leur équilibre financier. Ce niveau de tarif est naturellement impossible à fixer *ex ante*, mais le régulateur cherche à s'en approcher en observant les coûts pratiqués par les différents offreurs de soin pour un même GHM.

Comme exposé dans l'encadré ci-dessous, le choix d'un tarif égal au coût moyen observé équivaut à fixer ce tarif au niveau le plus haut ne nécessitant pas un financement complémentaire, et correspond ainsi à un niveau global d'incitation à l'efficacité relativement faible. C'est ce faible niveau d'incitation qui peut justifier la fixation d'un tarif par GHM inférieur au coût moyen observé, tel qu'il découle de l'application de la « pression » induite par l'ONDAM.



## Annexe III

Toutefois, les modalités de la régulation prix-volume et la pression homothétique sur l'ensemble des GHM, alors même que les marges de sous-efficacité peuvent être très différentes d'un GHM à l'autre, présente des effets pervers (cf. paragraphe 3.2.2). D'autres approches d'un coût efficace sont proposées dans la section 3.5 de la présente annexe.

### Encadré 8 : Pertinence du coût moyen

Le système français de tarification à l'activité repose, abstraction faite des nombreux retraitements et différences de périmètres (présentés dans l'annexe I et reprises dans la partie 3.2 de la présente annexe), sur une tarification au coût moyen observé sur un échantillon d'établissement, *via* l'étude nationale des coûts.

La tarification a pour objectif de mettre sous tension les établissements dont les coûts sont supérieurs aux coûts moyens afin de les inciter à prendre des mesures permettant de rétablir leur équilibre financier.

Toutefois, ce choix comporte plusieurs limites :

- il ne permet pas d'économies immédiates : le prix total payé par l'assurance maladie reste inchangé (à *case mix* constant), puisque la somme des tarifs est par définition égale à la somme des coûts des différents établissements, ce n'est qu'à moyen ou long terme que l'on peut espérer que la mise sous tension des structures les moins efficaces permette (toute chose égale par ailleurs, et notamment sans prendre en compte les effets liés à l'augmentation naturelle des coûts) de faire baisser le coût moyen observé, donc le financement global ;
- il peut laisser se développer des phénomènes de rente : étant donné la variabilité des coûts mesurés sur certains GHM, des établissements peuvent présenter des coûts très en deçà du coût moyen ;
- il ne met sous tension que les structures dont les coûts sont supérieurs aux coûts moyens. Or, la même variabilité constatée dans les coûts des séjours indique que certains établissements dont les coûts sont légèrement inférieurs à la moyenne peuvent présenter de larges marges de sous-efficacité ;
- il ne permet pas de lutter contre des situations de sous-efficacité pérenne et généralisée (à l'extrême, on peut même considérer qu'étant donné le mécanisme de financement, la stratégie optimale des établissements est un alignement sur les coûts les plus élevés).

### 3.1.4. La tarification à l'activité impose des dispositifs complémentaires de contrôle de la qualité des soins et des volumes

En introduisant un financement prospectif proportionnel à l'activité des établissements plutôt qu'un financement *ex post*, le principe de tarification à l'activité induit des incitations directes à réduire le coût des séjours.

Or, si une réduction des coûts *via* la recherche d'une meilleure efficacité est souhaitée, elle risque de s'opérer également à travers une dégradation des prestations, et donc de la qualité de la prise en charge des patients.

Ainsi, la T2A doit nécessairement s'accompagner de mécanismes régulateurs additionnels visant à garantir la qualité des soins (cf. Annexe IV).

D'autre part, des rigidités dans la structure de coût des établissements (prépondérance des charges de personnel) les conduisent à répondre aux incitations tarifaires au moyen d'une augmentation du volume d'activité plutôt que par la rationalisation de leurs coûts, ce qui présente un risque de double dérives :

- ◆ d'une part, pour certaines prises en charges ciblées, la multiplication par certains établissements d'actes et séjours pas ou peu justifiés (induction de la demande – voir Annexe IV) ;
- ◆ d'autre part, une augmentation des dépenses de santé non soutenable pour les finances publiques.



### 3.2. La force du signal-prix porté par les tarifs des séjours hospitaliers est limitée par les incertitudes de mesure et de nombreux retraitements

Outre les incertitudes liées à la mesure des coûts sur un échantillon limité d'établissements, l'incitation à l'efficacité mise en place par le système tarifaire est affaiblie par l'existence de nombreux retraitements, ainsi que par la régulation prix/volume qui, dans un objectif de respect de la contrainte budgétaire, conduit à un ajustement homothétique des tarifs pour l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient vertueux ou non.

#### 3.2.1. La distorsion croissante entre tarifs et coûts

Les différentes étapes techniques de la construction de la grille tarifaire (retraitement des coûts récoltés auprès des établissements pour les adapter au périmètre de la T2A, passage aux tarifs bruts, aux tarifs repères et enfin aux tarifs repère) sont présentées en détail dans l'Annexe 1.

Chacune de ces étapes entraînent des distorsions entre les coûts hospitaliers et les tarifs des séjours, qui peuvent être liées à la prise en compte de la contrainte budgétaire (voir paragraphe 3.2.2) ou de politiques de santé publique (voir encadré *infra*), à la convergence entre les grilles tarifaires des secteurs « ex DG » et « ex OQN » pour certains GHM (mesures dites de convergence ciblée), ou encore à un lissage des revenus des établissements (notamment depuis l'introduction de l'étude d'adéquation entre charges et financements intervenue en 2010).

Les écarts ainsi introduits entre les tarifs de fin de campagne les coûts mesurés initialement peuvent affaiblir les incitations à l'efficacité portées par les tarifs, de même que la faible robustesse de cette mesure initiale : la pertinence des coûts moyens mesurés par l'ENCC est fragilisée par la taille et la représentativité limitées de l'échantillon d'établissements participant à l'étude, par les différences dans les méthodes de mesure de ces coûts, et par la très forte dispersion des coûts des GHM autour de la moyenne.

#### Encadré 9 : Prise en compte des politiques de santé publique et incitations tarifaires

Le principe d'une tarification à l'activité fondée sur les coûts moyens observés est théoriquement neutre du point de vue des types de prise en charge réalisés par les établissements, pour peu que les différents types de prise en charge correspondent à des GHM différents : si chaque GHM est tarifé en fonction du coût moyen, aucun ne se trouve globalement favorisé. Un tel tarif doit éviter les situations de GHM structurellement rentables (même si des rentes peuvent exister au niveau d'un établissement, cf. partie 3.1.3), comme celles de GHM structurellement sous-financé.

Or, la campagne tarifaire comprend une phase dite de « prise en compte des priorités de santé publique », qui consiste à moduler les tarifs de façon à encourager certains types de prise en charge, autrement dit à augmenter le prix de certains GHM afin d'en favoriser le développement.

La prise en compte des politiques de santé publique conduit ainsi à la création volontaire de rentes sur certains GHM, supportée par une baisse mécanique des autres tarifs puisque cet ajustement se fait à coût global nul<sup>35</sup>.

Ces incitations tarifaires se superposent donc aux incitations à l'efficacité qui sous-tendent le principe de tarification à l'activité, et peuvent entrer en contradiction avec ces dernières (augmentation assumée de certains tarifs contre recherche d'efficacité).

<sup>35</sup> Il s'agit d'une neutralité calculée *ex ante*, qui repose sur la qualité des prévisions de volume des différents GHM. En application de ce principe, les rentes créées sont donc nécessairement génératrices de déficits sur d'autres GHM, pour un montant global équivalent.

### 3.2.2. La régulation prix-volume limite la portée du signal-prix

La régulation des dépenses hospitalières est assurée par un mécanisme prix/volume qui consiste à ajuster les tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité globale, afin de respecter une enveloppe fermée *ex ante* (voir section 1.2.1).

Sous réserve de la convergence ciblée, des corrections liées aux priorités de politique publique et du lissage des revenus, la contrainte budgétaire s'applique donc de façon homothétique sur l'ensemble des GHM ; il en résulte d'une part que la régulation n'est pas individualisée par établissement en fonction de son niveau d'efficacité (cf. encadré ci-dessous), et d'autre part qu'elle dépend de l'activité de l'ensemble des établissements.

En effet, l'augmentation annuelle de l'enveloppe finançant la part « séjours » de l'ONDAM hospitalier doit couvrir à la fois l'augmentation des coûts unitaires (coût des différents intrants, en particulier progression du salaire moyen nominal et du matériel médical) et l'augmentation générale des volumes.

Or, du point de vue d'un établissement, si la maîtrise des coûts unitaires (*via* des économies de dépenses ou *via* l'augmentation de l'activité à coût constant) est bien la cible des incitations mises en place par la T2A, l'influence sur l'augmentation générale de l'activité est marginale. Il est donc à craindre que cette régulation « prix volume » automatique limite la responsabilisation recherchée des établissements, voire entraîne un sentiment de défiance de la part de ces derniers, surtout lorsque leur activité présente un potentiel limité de gains de productivité.

Ainsi, comme le note l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), « [le fait que ce dispositif] ne prend pas en compte l'effort individuel des établissements, est problématique et peut engendrer des effets pervers. Ceci génère un système extrêmement opaque pour les établissements avec des évolutions peu prévisibles du marché. De plus, à niveau et gamme d'activité équivalente, un établissement peut se voir « sanctionné » dans son financement, à cause des décisions stratégiques de production des autres établissements. »<sup>36</sup>.

#### Encadré 10 : Pression homothétique de l'ONDAM et disparité des marges d'efficacité

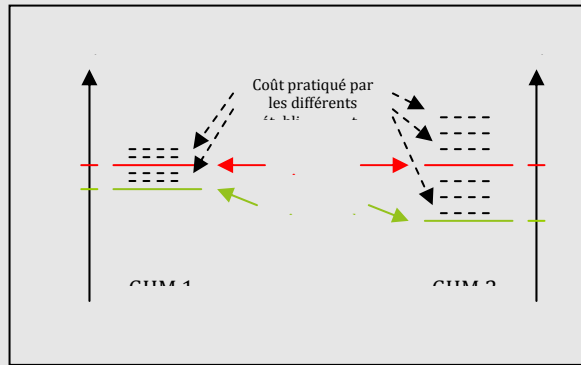
Le processus de fixation des tarifs annuels (campagne tarifaire) prévoit un ajustement des tarifs en fonction des prévisions de volume d'activité de façon à respecter l'enveloppe budgétaire de l'ONDAM allouée au financement des tarifs des séjours. Cette compression des tarifs s'applique de façon homogène sur les différents GHM.

Or, les différences très prononcées entre GHM qui s'observent sur l'échantillon de l'ENC à la fois sur la variabilité du coût des séjours et sur la variabilité des coûts moyens par établissements (cf. section 3.5 de la présente annexe) laissent supposer que les marges d'efficacité, autrement dit la distance entre le coût moyen et le coût de production optimal, varient fortement entre les différents GHM.

Une illustration de deux GHM de même coût moyen mais de coûts efficaces différents (le GHM 1 présente un coût efficace plus élevé que le GHM 2) est proposée par le graphique ci-dessous :

<sup>36</sup> IRDES - « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères » mars 2009 DT n°23 - Zeynep Or et Thomas Renaud.

### Annexe III

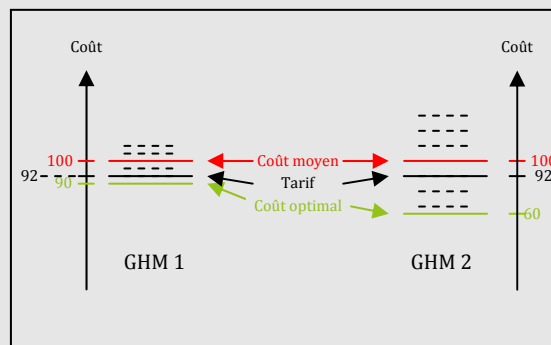


Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de cette variabilité : la complexité et la fréquence du GHM (les pathologies simples et fréquentes sont plus susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge standard limitant les risques de sous-efficience), ou encore la surreprésentation pour un GHM donné de structures particulièrement sous efficaces, (respectivement : particulièrement efficaces), que ce soit :

- au niveau national : la forte (respectivement : faible) marge d'efficience présentée par le GHM traduit alors la réalité de la situation des établissements qui la pratiquent majoritairement ;
- ou au sein de l'échantillon de l'ENC : la forte (respectivement : faible) marge d'efficience présentée par le GHM est alors le fruit d'un biais statistique.

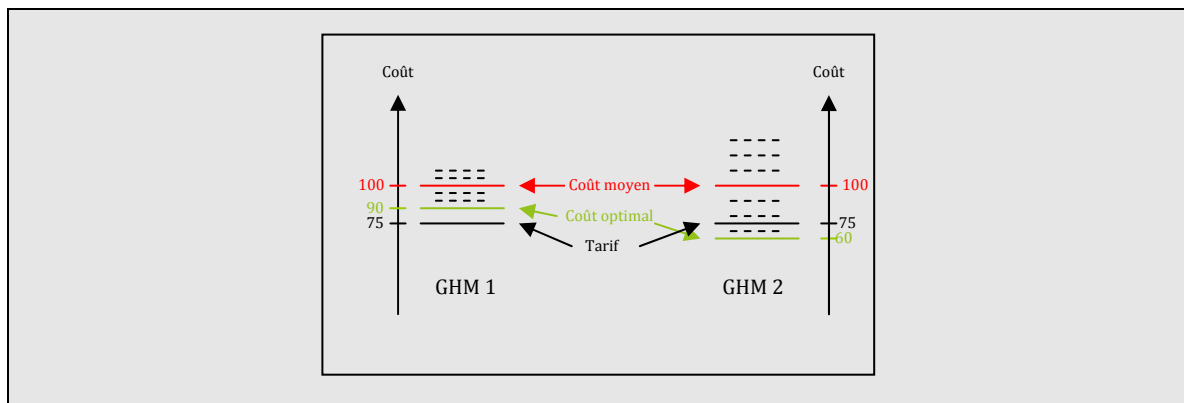
La pression homothétique de la contrainte budgétaire conduit à des tarifs « comprimés » à partir du coût moyen, d'une façon indépendante des marges d'efficience.

En reprenant l'illustration précédente, on constate que la pression budgétaire pèse davantage sur les GHM qui présentent des possibilités de gains d'efficience plus faibles : les établissements pratiquant le GHM 1 sont contraints de réduire leur coût et se rapprocher fortement du coût optimal sous peine de pratiquer une activité déficitaire ; en revanche, parmi les établissements pratiquant majoritairement le GHM 2, si les structures les moins efficaces sont mises en déficit, tel n'est pas le cas de structures disposant d'une marge d'efficience modérée.



En appliquant une contrainte budgétaire forte à des GHM qui présentent des différences sensibles de distance entre coût moyen et coût optimal, on peut aboutir à des situations où les GHM qui présentent initialement les marges d'efficience les plus faibles sont financés par un tarif inférieur au coût optimal, alors que les activités initialement les moins efficaces restent soutenables (à condition que les gains de productivité possibles soient effectivement réalisés).

## Annexe III



### 3.3. De plus, la capacité réelle des établissements à répondre aux incitations est faible

Indépendamment de la capacité des incitations attachées aux prix des séjours hospitaliers à refléter correctement les objectifs du système de tarification (qu'il s'agisse d'efficacité ou de politiques de santé publique), répondre au signal-prix exige de la part des établissements une bonne connaissance de leurs propres coûts de fonctionnement (3.3.1), suppose leur comparaison à un référentiel adapté (3.3.2), et nécessite une bonne transmission des analyses de ce signal vers la chaîne des acteurs (3.3.3).

#### 3.3.1. La connaissance par les établissements de leurs coûts présente des marges de progression

Si les établissements hospitaliers disposent en général d'outils élaborés de comptabilité analytique, des marges de progrès existent dans leur utilisation effective et dans la pertinence de leur exploitation.

##### 3.3.1.1. La mise en place de la tarification à l'activité a contribué au développement de la comptabilité analytique hospitalière

La démarche de comptabilité analytique (traitement des données comptables afin d'éclairer la prise de décision au sein d'un établissement<sup>37</sup>) est présente depuis plus de trente ans au sein des hôpitaux publics, et des cliniques privées participant au service public hospitalier : avant la mise en place du financement par dotation globale en 1983, ces structures étaient rémunérées sur la base d'un prix de journée, que des outils partagés avec leur tutelle permettaient de calculer.

Si le financement par dotation globale a entraîné une moindre utilisation des outils de comptabilité analytique hospitalière, la mise en place de la tarification à l'activité a eu pour conséquence un vif besoin, exprimé par les établissements (y compris, dans la plupart des cas, par les équipes médicales<sup>38</sup>), d'affiner la connaissance des coûts de production des soins.

<sup>37</sup> Les principaux objectifs poursuivis par une démarche de comptabilité analytique sont de connaître les coûts afférents aux différentes fonctions associées à la production d'un bien ou d'un service, et de réaliser des budgets d'exploitation prévisionnels.

<sup>38</sup> La mise en place des pôles (ordonnance du 2 mai 2005, complétée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST »), organisant les établissements de santé en pôles regroupant de grande fonction de soin et disposant d'une certaine délégation de gestion, a facilité cette implication.

## Annexe III

Les établissements disposent aujourd'hui de trois types d'outils différents de comptabilité analytique :

- ◆ le tableau de retraitement comptable, qui constitue le seul<sup>39</sup> élément imposé par la réglementation à l'ensemble des établissements publics de santé et PSPH<sup>40</sup>, qui doivent le transmettre chaque année à l'ARS avant le 31 ; il s'agit d'une affectation de l'ensemble des charges d'exploitation de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente aux secteurs clinique, médico-technique et logistique, ainsi que du décompte des produits de titre 2, utilisées notamment pour calculer la part des dépenses de santé restant à la charge des patients ;
- ◆ la base de donnée, dite « base d'Angers », élaborée par le groupe d'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) : gérée centre hospitalier universitaire d'Angers et reposant sur le calcul des coûts de production associés aux différentes activités à caractère médico-technique et logistique, elle permet aux établissements volontaires de comparer leurs coûts, ainsi que l'évolution temporelle de ceux-ci, avec ceux des autres établissements participant (environ 200) ;
- ◆ des outils élaborés par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), devenue agence nationale d'appui à la performance (ANAP), il s'agit notamment :
  - du tableau dit « coûts case mix » (TCCM) comparant les coûts des pôles de l'établissement avec ceux issus de l'échelle nationale des coûts appliqués à l'activité du pôle ;
  - du compte de résultat analytique (CREA) qui comptabilise les charges (directes et indirectes) et recettes de chaque pôle.

Les établissements participant à l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune disposent d'outils supplémentaires destinés à calculer les coûts de chaque séjour hospitalier afin de fournir à l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATI) les données servant à élaborer la grille tarifaire.

### **3.3.1.2. La solidité des outils de comptabilité analytique et la capacité des hôpitaux à les exploiter et les adapter restent perfectibles**

Les différents outils de comptabilité analytique listés *supra* présentent certaines faiblesses qui limitent leur pouvoir d'analyse : une partie importante des charges sont ventilées à partir de clés de répartition conventionnelles, et la règle générale est l'affectation au niveau de sections d'analyses regroupant un ensemble homogène d'activités.

Pour l'essentiel des établissements, qui ne participent pas à l'ENCC, la connaissance précise des coûts élémentaires par GHM n'est donc pas accessible par les outils de comptabilité analytique employés. Si les difficultés de pilotage et l'existence d'importantes marges de progression déjà identifiées ont pu conduire certains hôpitaux à considérer comme secondaire l'affinement de la connaissance de leurs coûts de fonctionnement, une amélioration de la précision des outils de comptabilité analytique hospitalière est cependant une condition nécessaire pour pouvoir donner toute sa dimension au principe de concurrence par comparaison.

---

<sup>39</sup> L'article R6145-7 du Code de la Santé Publique dispose que « *Le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement* » ; mais les outils mis en place en sus du tableau de retraitement comptable le sont à des fins de pilotage interne et ne font pas l'objet de contraintes réglementaires.

<sup>40</sup> Aucune obligation particulière en matière de comptabilité analytique ne s'impose aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier.

### Annexe III

Parmi les établissements participant à l'ENCC, la diversité des méthodes d'affectation des charges entre établissements et le manque de finesse de ces méthodes<sup>41</sup> fragilisent également l'ensemble de la construction tarifaire (voir annexe I) ; et la volatilité des coûts de l'ENCC est elle-même source d'instabilité des résultats présentés dans le TCCM.

Quant au CREA, qui semble être l'outil le plus utilisé par les établissements dans leur gestion interne, l'absence de parallélisme entre affectation des charges et des dépenses peut conduire à des biais importants dans l'analyse des résultats par pôle (cf. encadré ci-dessous).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des sports note, dans une étude relative aux impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, estime que :

*« CREA et TCCM sont fondés sur une nomenclature de produits, qui certes a considérablement enrichi l'instrumentation existante, mais est encore très fruste par rapport à la multitude des trajectoires de malades en cause, si bien que le passage de ces instruments à l'analyse des processus concrets de soins n'est en rien évident, et de toute façon nécessite des explorations supplémentaires, de toute autre nature. »*

Enfin, le manque de stabilité et parfois de formation des équipes en charge du renseignement et de l'exploitation de ces outils constituent un point de fragilité supplémentaire<sup>42</sup>, alors que c'est sur l'interprétation du signal-prix *via* les outils de comptabilité analytique hospitalière que reposent l'efficacité attendue des incitations tarifaires.

#### **Encadré 11 : L'absence de parallélisme des formes dans l'élaboration du compte de résultat analytique par pôle**

Dans les CREA, la répartition des recettes d'activité (et notamment des produits issus de la tarification des GHS) entre les différentes unités ayant participé à l'épisode de soin est réalisée selon une méthode laissée au libre choix de l'établissement (plusieurs options sont proposées par le guide méthodologique publié par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers). Une répartition au prorata de la durée effectuée au sein de chaque unité est fréquente.

En revanche, la répartition des charges répond à une logique différente, puisque les charges afférentes à une unité lui sont directement imputées ; de plus, les actes internes (examens de biologie, clichés d'imagerie médicale, etc.) sont imputés en totalité à l'unité demandeuse, sans que soit prise en compte la part du tarif qu'elle reçoit. Cette imputation, souvent au coût réel de production, fait peser les éventuelles différences entre coûts et tarifs sur les seuls services cliniques, les activités support ne participant pas à l'effort économique nécessaire pour absorber cet écart.

Cette absence de parallélisme de forme entre ventilation des recettes et des dépenses biaise les résultats analytiques des unités et pôles, et comprend deux risques majeurs :

- des erreurs d'interprétation des résultats du CREA qui peuvent entraîner des erreurs d'appréciation des marges d'efficacité, voire des réorganisations à mauvais escient des services ;
- des comportements non souhaités d'atomisation de la prise en charge, tant de la part d'unités « amont » cherchant à minimiser le nombre d'actes internes réalisés à sa demande que d'unités « aval » tentant d'accueillir les malades une fois l'essentiel des actes internes réalisés.

#### **Exemple de répartition d'un GHS de 1000 € au prorata de la durée du séjour :**

Unité d'hospitalisation de courte durée	Chirurgie	Réanimation	USC – sortie
1 journée 100 €	2 journées 200 €	5 journées 500 €	2 journées 200

<sup>41</sup> En particulier, l'intensité des soins n'est pas prise en compte : en l'absence d'affectation directe par séjour hospitalier du temps de travail de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement, la répartition se faisant au prorata de la durée des séjours

<sup>42</sup> Voir le rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur les Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé.

### Annexe III

Dans cet exemple, la chirurgie perçoit 20 % du tarif, alors qu'elle supporte pourtant la totalité du coût du bloc et de l'anesthésie, donc la grande majorité des coûts de séjour. Par ailleurs, l'unité de chirurgie ne participe pas à la prise en charge des examens de biologie éventuellement pratiqués à la demande de l'unité d'hospitalisation de courte durée ou de l'unité de réanimation, qui supportera la totalité du coût de cet acte externe.

Pour un développement de cette analyse et une proposition de réconciliation des outils de gestion interne et de parangonnage (notamment *via* la ventilation des produits de la tarification hospitalière à partir d'une clé de répartition des charges issue de l'ENC), voir par exemple *Compte de résultat normatif et tarif décomposé*, par Vincent Bedoucha, institut Pilar.

#### 3.3.2. Le développement de référentiels de comparaison est une condition essentielle de la recherche d'efficience

La connaissance par les établissements de leurs propres structures de coûts ne suffit pas à assurer l'efficacité des incitations à l'efficience contenue dans les tarifs des séjours.

Ainsi, les comptes de résultats analytiques (CREA), au-delà de leurs biais et imperfections techniques évoqués *supra*, ne permettent d'appréhender directement ni les causes des éventuels déficits constatés au niveau d'un pôle ou d'un service, ni les moyens de les résorber.

De même, si le tableau coûts - *case mix* (TCCM) constitue un premier élément de parangonnage, il ne permet que de déceler éventuellement les GHM présentant des marges d'efficience importantes. De plus, la déconnexion entre coûts et tarifs (différences de périmètres entre coûts et tarif, impact de la prise en compte des politiques publiques et de l'ONDAM - cf. Annexe I) limite la pertinence de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) comme élément de comparaison des coûts d'un établissement. En particulier, si le coût moyen du référentiel de l'ENCC est supérieur au tarif, prendre pour cible des coûts la référence ENCC ne suffit pas à l'hôpital pour éviter une situation déficitaire.

D'autres éléments de comparaison sont donc nécessaires pour permettre à un établissement de « décoder » les incitations à l'efficience présentes dans les tarifs des séjours. Le référentiel « Hospi Diag », qui regroupe une soixantaine d'indicateurs diversifiés relatifs à la situation de chaque établissement constitue un complément utile, de mise en place récente (cf. Encadré 12) ; il ne permet cependant qu'une approche globale des différences existant entre établissements.

#### Encadré 12 : Le référentiel Hospi Diag

Le référentiel Hospi Diag constitue un ensemble d'indicateurs de la situation d'un établissement hospitalier, développé et déployé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) assure les calculs et l'hébergement de l'outil, qui couvre l'ensemble du périmètre de la T2A, soit 1350 établissements (publics et privés) pratiquant les activités de MCO.

Sa construction, qui reprend certains éléments d'outils plus anciens (notamment « Diag Flash » ou le tableau de bord de la performance établi par l'ATIH), répond à une recommandation du rapport d'avril 2010 du Préfet Ritter sur le pilotage par les agences régionales de santé (ARS) de la performance hospitalière, qui préconisait de faire converger les indicateurs de suivi de la performance des établissements utilisés par les différents acteurs.

A la disposition des établissements comme des agences régionales de santé et de l'administration centrale, ce référentiel comporte une soixantaine d'indicateurs (la liste exhaustive est présentée en annexe dans le Tableau 39 page 75) répartis en cinq catégories : (i) données d'activité ; (ii) données relatives à la qualité des soins ; (iii) données financières ; (iv) données concernant les ressources humaines ; (v) données relatives à l'organisation et aux « process ».



### Annexe III

Ces indicateurs sont produits automatiquement à partir des données présentes dans les bases nationales : programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), outil de retraitement des données comptables (ICARE), statistique annuelle des établissements de santé (SAE)...

Ils ne nécessitent donc pas de saisies supplémentaires mais sont soumis aux défauts (erreurs, manque d'exhaustivité) de ces bases, notamment la SAE dont l'alimentation repose sur une saisie déclarative par les établissements, pour qui elle présente peu d'enjeux (contrairement aux informations du PMSI qui déterminent la majorité de leur financement).

Chaque établissement peut être comparé nominativement les établissements de sa région, les établissements de même profil au niveau national, et les établissements de même catégorie (centres hospitaliers, cliniques, etc.).

L'outil est disponible depuis février 2011 sur la base de données en ligne de l'ATIH : le système national d'information hospitalière (SNATIH).

L'élément que les établissements ont le plus de difficultés à appréhender dans leur démarche de recherche de gisements d'efficience *via* la comparaison de leur situation à des référentiels nationaux consiste à distinguer, dans les différences qu'ils observent, la part liée à des différences de pratiques médicales et d'organisation des soins de la part liée à des différences de coût d'unité d'œuvre.

Cette distinction, indispensable à l'interprétation du « signal prix » porté par les tarifs hospitaliers, nécessite des efforts soutenus de raffinement, déploiement, et surtout harmonisation des règles de comptabilité hospitalière. Elle pourrait être facilitée par l'élaboration de pratiques médicales standard par une instance nationale comme la haute autorité de santé pour les GHM les plus fréquents (qui correspondent, quelques exceptions près, à la fois à ceux qui présentent les enjeux financiers les plus importants et à ceux dont les pratiques sont les mieux et les plus « standardisables »), comme cela se pratique au Royaume-Uni, avec l'instauration de *best practice tariffs*, qui vont au-delà du simple élément de comparaison puisque la non-conformité aux « bonnes pratiques » est sanctionnée par un abaissement du tarif versé à l'établissement.

#### Encadré 13 : La mise en place de *best practice tariffs* au Royaume-Uni

Le système de santé britannique (*National Health Care – NHS*) a mis en place à partir de 2004 un système de paiement prospectif par pathologie (*Payment by Results – PBR*) à l'hôpital public, comparable à la T2A française.

Depuis 2010, ce système intègre des « tarifs de bonne pratique » (*best practice tariffs*) pour certains groupes homogènes de malades (*Healthcare Ressource Groups – HRG*), avec pour objectif de renforcer l'efficience clinique et économique des hôpitaux en différenciant les tarifs en fonction de la conformité ou non à un référentiel de bonnes pratiques

Ces mesures ciblent des HRG qui présentent une fréquence importante, des variations importante dans les pratiques médicales constatées, un consensus sur les meilleurs pratique et des possibilités (principalement *via* les systèmes d'informations médicales des hôpitaux sur lesquels s'appuient le système *PbR*). En 2010, quatre types de *best practice tariffs* ont été instaurés :

- les opérations de la cataracte, pour lesquelles la prise en charge préconisée consiste en une unique visite pré-opératoire pour réaliser l'ensemble des examens nécessaires, une hospitalisation de jour et une unique visite post-opératoire dans un délai de quinze jour suivant l'intervention ;
- les accidents vasculaires cérébraux, pour lesquels la *best practice* est reconnue si le malade est admis directement dans un service *ad hoc* et bénéficie d'un cliché d'imagerie médicale dans un délai court ;
- les cholécystectomies (ablation de la vésicule biliaire), pour lesquels l'hospitalisation de jour est préconisée ;
- les fractures du col du fémur, dont la prise en charge doit répondre à six points de « bonne pratique » définis par un groupe d'expert.



## Annexe III

D'autres *HRG* ont fait l'objet de *best practice tariffs* à partir de 2011 : dialyse rénale de l'adulte, diabète de l'enfant, radiologie interventionnelle, chirurgie du sein, ainsi que certaines opérations de chirurgie orthopédique ou d'urologie.

Si les incitations tarifaires attachées au respect de ces bonnes pratiques ont pu se décliner différemment en fonction du *HRG* considéré, la *NHS* semble aujourd'hui vouloir limiter les rentes accordées aux établissements suivant les bonnes pratiques et accentuer les pénalités attachées aux prises en charges qui ne s'y conforment pas.

Ainsi, l'instauration de ces tarifs spécifiques suit un double objectif de maîtrise des dépenses et de qualité des soins.

### 3.3.3. Les marges de manœuvres des gestionnaires hospitaliers sont limitées

Le système de tarification à l'activité adresse des incitations *via* les tarifs aux établissements de santé. Ces incitations ne pèsent toutefois pas directement sur les chaînes d'acteurs qui sont à la base de l'organisation hospitalière. Or, l'organisation de l'hôpital limite fortement la transmission des incitations tarifaires issues de la T2A vers les décideurs.

D'une part, le calendrier de la gestion budgétaire des établissements et l'instabilité tarifaire ne permettent pas un pilotage financier prospectif (cf. partie 2.4.1) qui serait susceptible de planifier de façon satisfaisante les réponses aux incitations transmises par le système de tarification.

D'autre part, les établissements publics, par nature peu enclins à rechercher la maximisation de leur résultat d'exploitation, souffrent de faiblesses spécifiques qui peuvent entraver les restructurations et planifications sanitaires, déjà pointées par le rapport de 2005 de la mission IGF-IGAS sur le pilotage des dépenses hospitalières :

- ◆ la prépondérance des dépenses de personnel dans les charges d'exploitation des établissements de santé, couplée à la gestion centralisée des praticiens hospitaliers, limite fortement les marges de manœuvre à court terme en matière de pilotage des coûts par les établissements publics de santé (cf. section 2.4.2) ;
- ◆ l'absence de sanction de gestion (possibilités de report de charges, faible responsabilisation des équipes de direction sur ces sujets) comme l'autorité limitée du directeur d'hôpital sur les équipes médicales entraîne des difficultés à construire un dialogue de gestion étayé au sein des établissements.

Il faut noter également que le manque de transparence dans le processus de fixation des tarifs comme dans les critères d'affectation des financements complémentaires relatif aux missions d'intérêt général et aide à la contractualisation ont suscité des réactions de scepticisme voire de suspicion de la part de l'administration hospitalière comme des équipes médicales, ce qui a nuit à leur implication dans la réforme du financement hospitalier.

Dans ce domaine, le contraste est fort avec l'exemple de la mise en place d'un système de tarification à la pathologie en Allemagne similaire à la T2A française : l'universalité des tarifs s'est appliquée sans période de transition, les financements complémentaires sont tout à fait exceptionnels (deux hôpitaux uniquement en bénéficiant) et le calcul des coûts moyens ne fait l'objet d'aucun retraitement statistique ou modification pour des raisons de politique de santé.

### 3.4. Aussi les effets mesurables des incitations tarifaires se limitent-ils au développement de l'activité

La T2A a engendré une rupture dans le pilotage des établissements : la voie de l'équilibre est recherchée par un accroissement des recettes et non plus par une rationalisation des dépenses. Ainsi, depuis le financement 100 % T2A dans le secteur « ex DG » en 2008 s'est traduit par une augmentation du volume d'activité de plus de 2 %, puis 3,7 % et 3,1 % en 2009 et 2010.

Toutefois, les charges correspondantes ont augmenté en proportion, de sorte que les gains d'efficacité mesurables globalement sur cette période sont très limités.

#### 3.4.1. Le volume d'activité des hôpitaux connaît une croissance soutenue depuis 2006

Le Tableau 32 ci-après présente l'évolution du volume d'activité au sein du secteur « ex DG » de 2006 à 2010. Le volume d'activité est mesuré *via* le calcul d'un *volume économique*, correspondant à une valorisation selon une même grille tarifaire (même version du PMSI et même tarif) des séjours réalisés chaque année. On s'affranchit ainsi des effets de modifications de la classification des GHM et des tarifs associés.

L'évolution du volume économique peut se décomposer en un effet « nombre de séjours », qui correspond à l'évolution « brute » du nombre total de séjours réalisés dans les établissements du secteur, et un effet de la déformation du *casemix* (parfois dénommé effet de structure) de ces établissements, qui correspond à l'évolution de la gravité moyenne des séjours : un effet positif est mesuré si, d'une année sur l'autre, le nombre de séjour des GHM aux tarifs relativement les plus élevés (correspondant donc aux prises en charges les plus lourdes) augmente plus vite que le nombre de séjours aux tarifs relativement les plus faibles.

La forte croissance du nombre de séjours entre 2007 et 2008 peut s'expliquer par la suppression de la dotation annuelle complémentaire et le passage à un financement « 100 % T2A » des établissements MCO, qui aurait entraîné, d'après l'ATIH, le renseignement plus exhaustif du PMSI. De même, le passage à la version 11 de la classification des GHM en 2009 se serait traduit par un codage plus complet des séjours, expliquant pour partie l'important effet *casemix* mesuré entre 2008 et 2009.

En 2009 et 2010, le volume d'activité présente une croissance supérieure à 3 % par an, expliqué dans des proportions similaires par l'augmentation du nombre total de séjours et l'évolution du *casemix*.

Tableau 32 : Évolution du volume d'activité – secteur ex DG

Années	Évolution du nombre de séjours	Effet de la déformation du <i>casemix</i>	Évolution du volume économique
2006 à 2007	0,5 %	1,2 %	1,7 %
2007 à 2008	3,4 %	-1,0 %	2,4 %
2008 à 2009	1,7 %	2,0 %	3,7 %
2009 à 2010	1,7 %	1,3 %	3,1 %

*Source* : ATIH. Le volume économique est calculé en valorisant l'activité des différentes années, décrites par une même classification (version v11b du PMSI), au moyen d'une même grille tarifaire (tarifs 2010). L'effet de la déformation du *casemix* est mesuré par comparaison entre l'évolution du volume économique et celle du nombre de séjour.

Dans le secteur « ex OQN », l'évolution du volume d'activité est globalement plus faible que dans le secteur « ex DG ». La forte baisse du nombre de séjours mesurés entre 2006 et 2007 s'explique principalement par des changements de périmètres liés à la mise en œuvre de la circulaire dite « actes frontières » restreignant les conditions donnant lieu à la facturation d'un GHS pour les prises en charges de très courte durée (hospitalisation de jour).

## Annexe III

**Tableau 33 : Évolution du volume d'activité – secteur ex OQN**

Années	Évolution du nombre de séjours	Effet de la déformation du <i>case mix</i>	Évolution du volume économique
2006 à 2007	-5,7 %	5,2 %	<b>-0,8 %</b>
2007 à 2008	-1,0 %	1,5 %	<b>0,6 %</b>
2008 à 2009	0,5 %	1,6 %	<b>2,2 %</b>
2009 à 2010	0,5 %	0,7 %	<b>1,2 %</b>

*Source : ATIH. Le volume économique est calculé en valorisant l'activité des différents années, décrite par une même classification (version v11b du PMSI), au moyen d'une même grille tarifaire (tarifs 2010). L'effet de la déformation du casemix est mesuré par comparaison entre l'évolution du volume économique et celle du nombre de séjour.*

### 3.4.2. Les gains d'efficience mesurables depuis 2010 semblent très limités

Si le volume d'activité des établissements MCO connaît une croissance soutenue depuis 2006, c'est également le cas de leurs charges d'exploitation. Ainsi, le rapport au volume d'activité des charges du compte de résultat principal des établissements du secteur « ex DG » présente-t-il une croissance de 3,1 % entre 2006 et 2010 (cf. Tableau 34).

Cette évolution est supérieure à l'inflation sur la même période (l'indice des prix à la consommation harmonisé pour la France affiche une croissance de 6,7 % entre janvier 2006 et janvier 2010<sup>43</sup>). On peut donc considérer que les gains d'efficience réalisés par les établissements de santé sont de l'ordre de 3,5 % entre 2006 et 2010, soit 0,9 % annuels.

Ces gains modérés sont de plus surévalués du fait du « rattrapage de codage » (meilleure exhaustivité du nombre de séjours et des informations permettant de calculer le niveau de sévérité) lié à la montée en charge de la T2A, rattrapage qui conduit à une surestimation du dénominateur dans le calcul du ratio « charges /volume économique ».

**Tableau 34 : Évolution du rapport charges/activité – secteur « ex DG »**

	2006	2007	2008	2009	2010
Charges rapportées au volume économique d'activité	2,25	2,31	2,34	2,32	2,32

*Source : Mission IGF, d'après les bases de données de la DGFIP et de l'ATIH. Échantillon d'établissements identique à celui présenté dans la partie 2.2.2.*

<sup>43</sup> Source : INSEE.

### 3.5. La lisibilité et l'efficacité des incitations pourraient être significativement améliorées par des tarifs fixés à partir d'une estimation de coûts efficients

Comme présenté *supra*, le système de tarification à l'activité français repose sur un principe de concurrence par comparaison qui prend comme référence tarifaire les coûts moyens observés sur un échantillon d'établissements, comprimés de façon homothétique pour respecter une contrainte budgétaire.

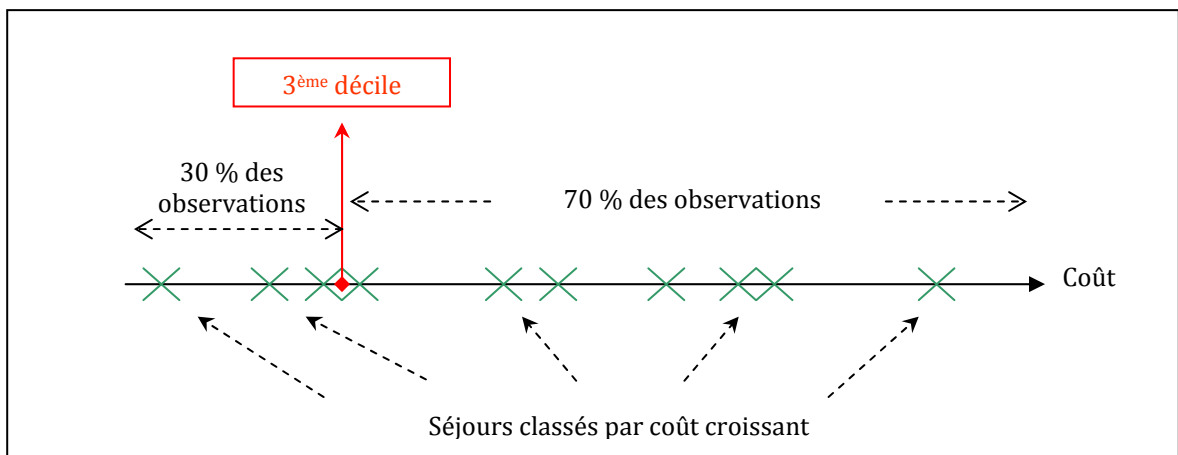
Or, si cette référence tarifaire peut être une première approximation de « coûts efficients » (nécessairement inférieurs aux coûts moyens), elle reste très grossière et introduit les effets pervers décrits au paragraphe 3.2.2 en présence d'hétérogénéité dans les gains de productivité réalisables sur les différents GHM.

La mission s'est appuyée sur les données de l'enquête nationale des coûts pour évaluer cette marge d'efficience et son hétérogénéité en fonction des GHM, en utilisant deux méthodes. Bien entendu, il n'appartenait pas à la mission de proposer une nouvelle grille tarifaire et ces simulations ne constituent qu'une approche des ordres de grandeur.

#### 3.5.1. Approche des marges d'efficience à partir des déciles de la distribution des coûts par GHM

La première méthode s'appuie sur la dispersion des coûts par GHM qui peut être retenue comme un indicateur de la variation des niveaux d'efficience dans les prises en charge de pathologies identiques. Au lieu de considérer le coût moyen mesuré sur l'échantillon, on peut retenir un coût plus bas correspondant à un décile de la distribution : par exemple, le troisième décile correspond à la limite entre les 30 % des coûts les plus faibles et les 70 % des coûts les plus élevés :

Graphique 20 : Définition d'un décile



Source : Mission IGF.

Le Tableau 35 synthétise, pour chaque décile, la marge entre décile et coût moyen mesurée à partir de l'échelle nationale des coûts. Sont présentées dans le tableau la moyenne (sur les différents GHM, pondérée par leurs volumes économiques) du ratio « décile/coût moyen », ainsi que l'écart en montant entre des tarifs calculés à partir du coût moyen et des tarifs fixés au niveau du décile considéré.

### Annexe III

Par exemple, un tarif calibré sur le troisième décile plutôt que sur le coût moyen par GHM est en moyenne inférieur de 28 % dans le secteur public (le ratio « troisième décile/coût moyen » est égal à 78 %) et 17 % dans le secteur privé.

Cet écart correspond à une différence sur l'ensemble des établissements de 12,2 Md€ (10,7 Md€ pour les établissements « ex DG » et 1,5 Md€ pour les établissements « ex OQN ») ; autrement dit, une tarification au troisième décile plutôt qu'au coût moyen se traduirait par une diminution de l'enveloppe « tarifs » de 12,2 Md€.

Les ratios sont plus bas dans le secteur « ex DG » que dans le secteur « ex OQN » traduisant des coûts globalement plus dispersés dans le public<sup>44</sup> (en effet, pour une distribution peu dispersée, les quantiles sont peu espacés les uns des autres, et proches de la moyenne).

**Tableau 35 : Synthèse des distributions des coûts par GHM**

	Moyenne du ratio « décile / coût moyen »		Volume économique de la différence entre décile et coût moyen (en M€)		
	établissements ex DG	établissements ex OQN	établissements ex DG	établissements ex OQN	Total
1 <sup>er</sup> décile	54 %	70 %	15 921	2 640	18 561
2 <sup>ème</sup> décile	64 %	77 %	13 161	2 014	15 175
3 <sup>ème</sup> décile	72 %	83 %	10 686	1 497	12 183
4 <sup>ème</sup> décile	79 %	89 %	8 119	1 024	9 143
5 <sup>ème</sup> décile*	87 %	94 %	5 238	555	5 792
6 <sup>ème</sup> décile	97 %	100 %	1 793	0	1 793
7 <sup>ème</sup> décile	109 %	108 %	-2 587	-716	-3 303
8 <sup>ème</sup> décile	124 %	121 %	-8 909	-1 702	-10 611
9 <sup>ème</sup> décile	154 %	136 %	-20 809	-3 258	-24 066

\* Le cinquième décile, ou médiane, est inférieur à la moyenne, ce qui caractérise une distribution asymétrique, et la présence parmi les observations de séjours particulièrement onéreux.

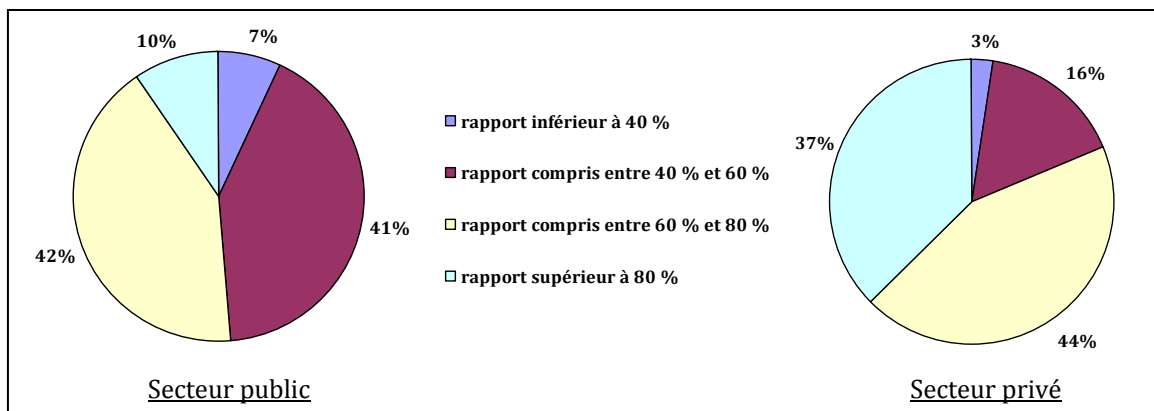
Source : IGF, d'après les bases de données fournies par l'ATIH. Les coûts des séjours correspondent aux coûts des séjours rapportés au périmètre T2A, mesurés sur l'ENC 2009 et abattus des coefficients géographiques et des coefficients MERRI. Les volumes économiques ont été valorisés à partir du casemix national 2009 (les coûts moyens valorisés de cette façon correspondent à un total de 36,2 Md€).

Les rapports moyens sur l'ensemble des GHM présentés dans le Tableau 35 correspondent à des situations très variables d'un GHM à l'autre. Ainsi, en ce qui concerne le troisième décile, si le rapport au coût moyen ressort globalement à 72 %, moins de la moitié des GHM présentent un ratio à l'intérieur de la plage [60 % ; 80 %].

<sup>44</sup> Voir l'annexe I pour une analyse détaillée de la dispersion des coûts des séjours.

## Annexe III

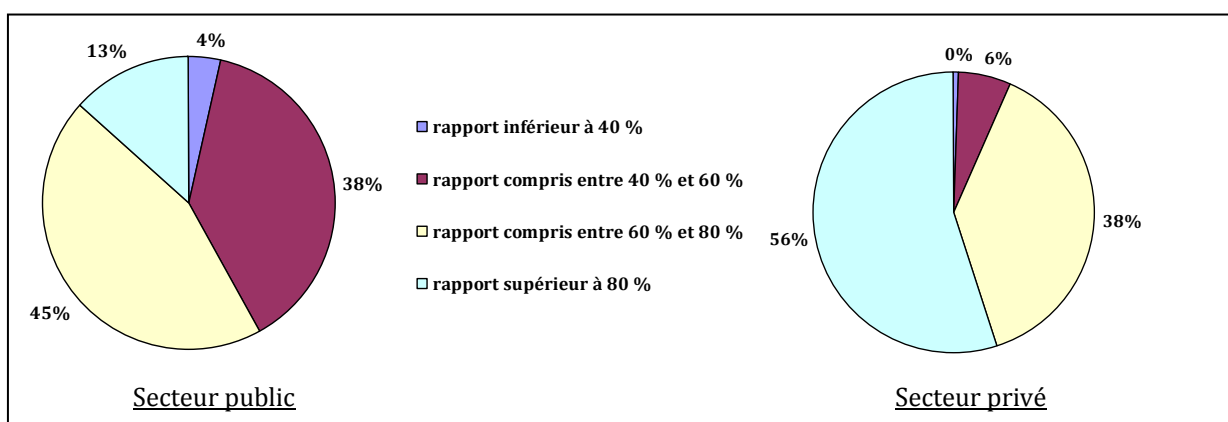
**Graphique 21 : Distribution par GHM du rapport entre troisième décile et coût moyen (pondération par le nombre de GHM)**



Source : Mission IGF, d'après données DGFIP.

En étudiant la variabilité des ratios « troisième décile rapporté au coût moyen » en fonction du volume économique des GHM plutôt qu'en fonction de leur nombre, on observe une plus forte concentration des ratios vers les valeurs élevées, en particulier dans le secteur « ex OQN » où la majorité des ratios se situent au dessus de 80 %, ce qui s'explique par le fait que les GHM aux plus forts enjeux économiques présentent généralement une dispersion des coûts plus faible que celle des GHM moins pratiqués.

**Graphique 22 : Distribution par GHM du rapport entre troisième décile et coût moyen (pondération par le volume économique)**



Source : Mission IGF, d'après données DGFIP.

### 3.5.2. Approche des marges d'efficience à partir des coûts moyens par établissement pour les principaux GHM

La méthodologie ci-dessus souffre de l'impossibilité de séparer, dans la variabilité des coûts observés, la part liée à des différences d'efficience dans la prise en charge des patients de la part liée à des différences de sévérité des pathologies regroupées au sein d'un même GHM.

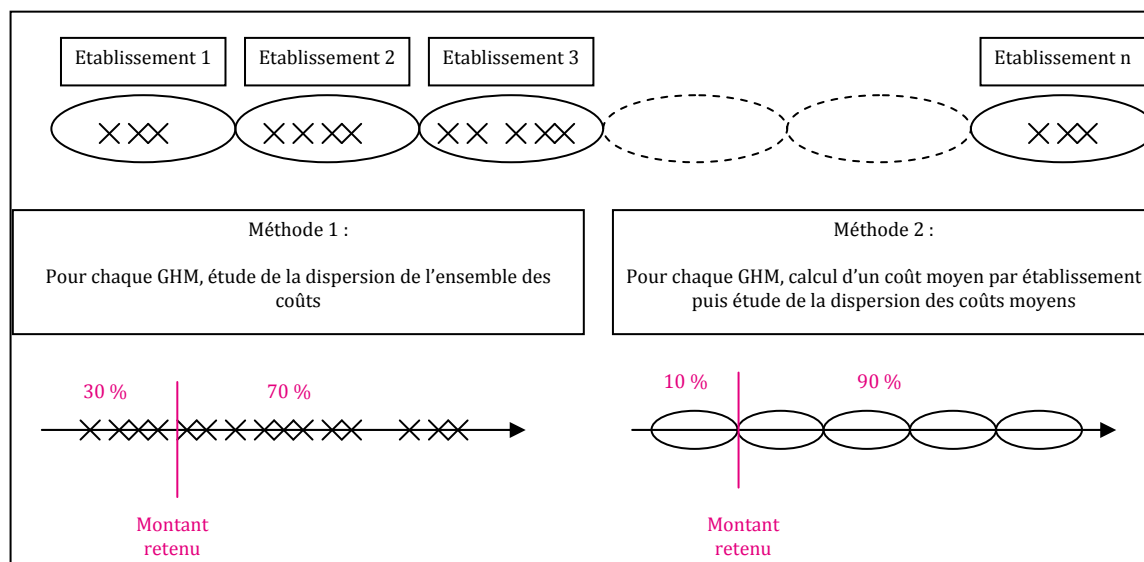
Toutefois, la classification des GHM en différents niveaux de sévérité limite *a priori* le risque que le troisième ou quatrième décile des coûts observés sur un GHM corresponde à un coût de prise en charge supérieur au coût moyen que pourrait atteindre un établissement efficient.

### Annexe III

Pour s'affranchir de ce risque<sup>45</sup>, une autre méthode a été testée, en se fondant sur les coûts moyens par établissement mesurés sur les différents GHM.

Un coût de référence pour chaque GHM a été calculé à partir des différents coûts moyens observés par établissement de l'ENC pratiquant au moins cent séjours de ce type en 2009, en retenant le premier décile de la distribution de ces coûts moyens. Autrement dit, le coût de référence est choisi tel que, parmi les établissements pratiquant le GHM à une fréquence significative, 10 % présentent un coût moyen pour ce GHM inférieur au coût de référence, et 90 % présentent un coût moyen supérieur.

**Graphique 23 : Méthodes d'approche du coût efficient**



Source : Mission IGF.

La mesure du coût de référence a été appliquée uniquement aux GHM pratiqués de manière significative (au moins cent séjours en 2009) par 11 établissements au moins, de façon à éviter des calculs trop peu robustes de moyenne ou de déciles. Dans le secteur « ex DG<sup>46</sup> », une centaine de GHM correspondant à ces critères ont été retenus, représentant un tiers du volume économique<sup>47</sup> du secteur.

En moyenne (cette moyenne étant pondérée par les volumes économiques des GHM), le coût de référence ainsi défini représente 79 % du coût moyen observé sur l'ensemble de l'ENC. Cet écart correspondrait, en retenant comme tarif ce coût de référence plutôt qu'un coût moyen, à un volume économique (après extrapolation à l'ensemble des GHM du ratio mesuré sur l'échantillon) de l'ordre de 6 Md€.

<sup>45</sup> Il n'est pas exclu qu'un biais du même type puisse exister dans cette seconde méthode, en cas d'anti-sélection qui conduirait les établissements à supporter des sévérités moyennes différentes pour un même GHM. Ce risque reste toutefois circonscrit à quelques GHM et limité par le fait de retenir un coût supérieur au minimum des coûts moyens parmi les établissements de l'échantillon.

<sup>46</sup> Dans le secteur « ex OQN », seuls 7 GHM répondent à ces critères de sélections, l'analyse n'a donc pas été menée.

<sup>47</sup> La notion de volume économique correspond ici à la valorisation du *case mix* national de l'année 2009 par les coûts moyens « au périmètre T2A ».

### Annexe III

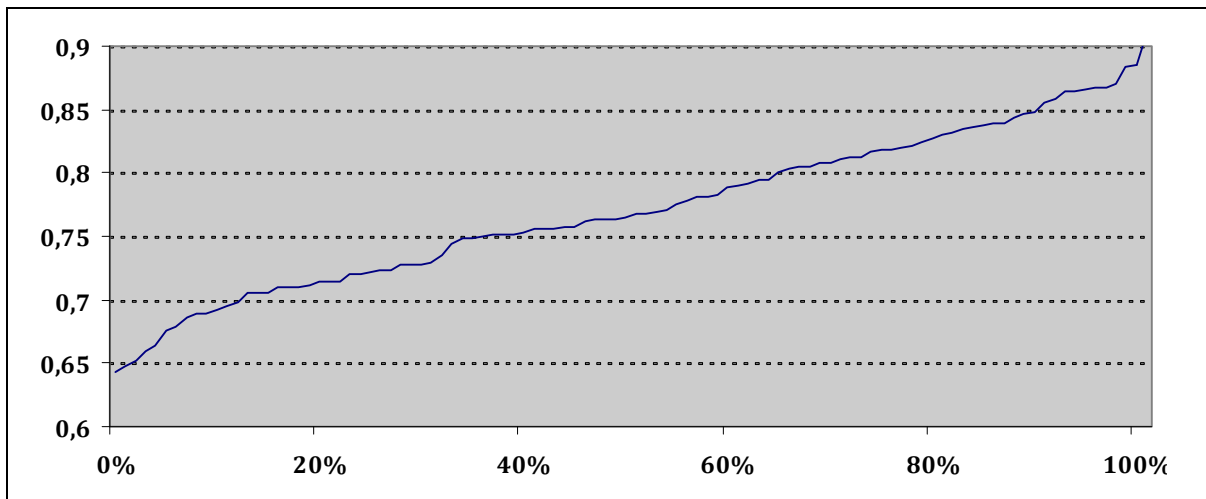
**Tableau 36 : Synthèse des distributions des coûts par GHM**

Moyenne du ratio « coût de référence / coût moyen »	Volume économique de l'écart sur l'échantillon de GHM (en M€)	Volume économique de l'écart extrapolé à l'ensemble des GHM pour le secteur « ex DG » (en M€)
78,6 %	2 076	6 160

*Source : IGF, d'après les bases de données fournies par l'ATIH.*

La différence de volume économique entre cette approche du coût efficient et le coût moyen est inférieure à celle issue de la première méthode (cf. section précédente) en retenant le troisième décile : on mesure 11 Md€ de différence sur le périmètre « ex DG » avec la première méthode, contre 6 Md€ pour la seconde. En ce qui concerne les écarts entre GHM, ils sont également moindres que dans la première méthode (ce qui s'explique par la sélection des GHM présentant les forts volumes), puisque les ratios « coût de référence / coût moyen » sont répartis de façon assez homogène entre 0,65 et 0,9.

**Graphique 24 : Dispersion des ratios « coût de référence / coût moyen » mesurés sur les différents GHM de l'échantillon**



*Source : Mission IGF, d'après les bases de données fournies par l'ATIH.*



### 3.5.3. Approche des marges d'efficience par l'identification de « l'hétérogénéité non observée » des coûts des hôpitaux

Dans leur article « Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités »<sup>48</sup>, Brigitte Dormont et Carine Milcent se sont employées à identifier l'hétérogénéité non observée des hôpitaux et la composante de la variabilité du coût attribuable à un « aléa moral transitoire ». À partir d'un échantillon de 7 314 séjours pour infarctus du myocarde observés dans 36 hôpitaux publics au cours de la période 1994-1997, leurs simulations montrent que la prise en compte de l'hétérogénéité non observée, c'est-à-dire non expliquée par les caractéristiques individuelles observables des patients<sup>49</sup> ou les caractéristiques observables de l'établissement<sup>50</sup> et l'élimination de l'aléa moral transitoire offrirait des économies budgétaires de 16 % environ.

L'aléa moral transitoire est défini, à caractéristiques observables et à choc conjoncturel donnés, comme l'écart de l'hôpital à son niveau de coût moyen. Il correspond donc à un « *indicateur de l'effort transitoire de réduction du coût, autrement dit, de l'aléa moral correspondant à l'effort fourni par le gestionnaire de l'hôpital en matière de réduction des coûts* ». Concrètement, cet aléa moral fait référence, selon Brigitte Dormont et Carine Milcent, à la « *plus ou moins grande rigueur qui peut être adoptée par l'établissement dans les procédures de négociation pour les marchés de consommables et pour les tarifs des différentes activités assurées par des intervenants extérieurs* ».

Cet article suggère ainsi que la mise en place d'une tarification incitant à la réduction de cet aléa moral transitoire devrait conduire à de fortes économies budgétaires. Toutefois, la mission n'a pas pu transposer ces analyses dans les bases de coûts de l'ENC, ce qui aurait supposé de rattacher pour chacun des 22 millions de séjours les variables relatives aux caractéristiques observables des patients et des établissements, pour des pathologies extrêmement diverses.

Une telle démarche de tarification, plus complexe par construction, permettrait de calculer les tarifs en soustrayant une part des coûts imputable à l'inefficience des établissements. Elle supposerait toutefois de coupler les coûts collectés aux informations contenues dans le PMSI, GHM par GHM, ce qui représenterait des coûts de gestion considérables.

---

<sup>48</sup> Brigitte Dormont, Carine Milcent, « Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités », *Annales d'économie et de statistique*, n°74, 2004.

<sup>49</sup> Les caractéristiques individuelles observables des patients sont notamment l'âge, le sexe, le mode d'entrée, le mode de sortie, la durée de séjour.

<sup>50</sup> Les caractéristiques observables de l'établissement sont notamment la catégorie de l'établissement, la technicité, le taux d'entrée et de sortie par transfert, le taux d'application des actes innovants.

## 4. Pièces jointes

Tableau 37 : Décomposition du financement par l'assurance maladie des établissements pratiquant les activités de médecine-chirurgie obstétrique et odontologie( M€)

		activité - part tarifs	DAC (*)	Médicaments et DMI	Forfaits annuels	Total ODMCO	MIGAC	Total
2005	Réalisation	14 385	21 659	3 036	859	39 939	4 819	<b>44 758</b>
2006	Prévision	17 759	18 311	3 212	879	40 161	5 619	<b>45 780</b>
	Réalisation	17 745	18 395	3 201	903	40 245	5 549	<b>45 793</b>
2007	Prévision	22 865	13 996	3 602	920	41 384	6 000	<b>47 383</b>
	Réalisation	22 656	13 991	3 447	972	41 065	5 987	<b>47 052</b>
2008	Prévision	37 320	-	3 962	944	42 226	6 609	<b>48 835</b>
	Réalisation	37 581	-	3 831	1 000	42 411	6 604	<b>49 015</b>
2009	Prévision	37 645	-	4 340	1 150	43 134	7 694	<b>50 828</b>
	Réalisation	38 502	-	4 019	1 206	43 727	7 678	<b>51 405</b>
2010	Prévision	38 550	-	4 573	1 176	44 299	8 142	<b>52 442</b>
	Réalisation	39 500	-	4 128	1 188	44 816	7 799	<b>52 615</b>

(\*)Dotation annuelle de financement

*Source : Mission IGF, d'après les données fournies par la DGOS et l'ATIH.*

Annexe III

Tableau 38 : Dotations MIGAC exécutées en 2010

Intitulé de la dotation	Nature	Créée	Paramétrage	Caractère régional	Montants exécutés
Part fixe des MERRI	MERRI	2005	Modèle national fléché	-	1 059 969 964
Part modulable des MERRI	MERRI	2009	Modèle national fléché	-	692 693 875
Activités de recours exceptionnel	MERRI	2009	Modèle national fléché	-	24 796 077
Structures d'appui recherche clinique	MERRI	2009	Reconduction	-	55 421 596
Centres de ressources biologiques	MERRI	2005	Reconduction	-	22 288 679
Projets de recherche PHRC	MERRI	2005	Appel à projets	-	92 393 575
Actions de recherche contrat EPST / ES	MERRI	2005	Appel à projets	-	6 740 229
Programmes STIC	MERRI	2005	Appel à projets	-	22 279 406
Emploi techniciens et ARC pour essais cliniques	MERRI	2005	Reconduction	-	8 410 315
Délégations interrégionales recherche clinique	MERRI	2006	Reconduction	-	8 652 046
Actions de téléenseignement et de téléformation	MERRI	2005	Reconduction	-	555 372
Stages de résidents de radiophysiciens (lutte contre le cancer)	MERRI	2005	Reconduction	-	4 431 860
Financement de la rémunération des internes	MERRI	2011	Modèle national	-	-
Centres mémoires de ressources et de recherche Corevih (CISIH jusqu'en 2007)	MERRI	2005	Référentiel de moyens	Oui	12 333 133
Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	MERRI	2007	Référentiel de moyens	-	17 423 597
Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	MERRI	2005	Reconduction	-	9 580 275
Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	MERRI	2005	Reconduction	-	117 017 715
Centres de référence sur l'hémophilie	MERRI	2005	Reconduction	-	3 251 705
Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	MERRI	2005	Reconduction	-	8 994 012
Centres de référence sur la SLA	MERRI	2005	Reconduction	-	3 026 584
Centres de référence sur la mort subite du nourrisson	MERRI	2005	Reconduction	-	2 164 908
Centres de référence d'implantation cochléaire	MERRI	2005	Reconduction	-	8 124 161
Centres de ressources sur les maladies professionnelles	MERRI	2005	Reconduction	-	7 626 986
Centre national d'aide à la prise en charge des ESS transmissibles	MERRI	2006	Reconduction	-	0
Pôles de référence hépatite C	MERRI	2006	Reconduction	-	2 294 631
Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	MERRI	2007	Référentiel de moyens	Oui	12 353 618
Centres de diagnostic pré implantatoire	MERRI	2010	Reconduction	-	1 982 500
Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles	MERRI	2005	Reconduction	-	9 706 731
Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires	MERRI	2008	Reconduction	-	1 514 071
Laboratoires oncogénétique, génétique moléculaire, cytogénétique, neurogénétique	MERRI	2005	Reconduction	-	102 072 213
Centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie	MERRI	2005	Reconduction	-	403 910

### Annexe III

Intitulé de la dotation	Nature	Créée	Paramétrage	Caractère régional	Montants exécutés
Médicaments bénéficiant d'une ATU	MERRI	2005	Remboursement	-	94 569 303
Actes dentaires, B & P HN sauf hyg.hosp/HLA greffe	MERRI	2005	Reconduction	-	253 409 908
Organes artificiels jusqu'à inscription remboursement	MERRI	2005	Remboursement	-	10 523 859
Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	MERRI	2007	Remboursement	-	3 274 951
Comités rég. Sur pratiques de prescription	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	4 837 902
CCLIN	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	-	5 634 611
ARLIN	Autre MIG	2006	Référentiel de moyens	Oui	5 181 564
CR Pharmacovigilance & CEI Pharmacovigilance	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	8 741 187
Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	5 462 610
Centres antipoison	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	-	8 796 616
Registres à caractère épidémiologique	Autre MIG	2005	Reconduction	-	4 202 568
Centre national de ressources de la douleur	Autre MIG	2006	Modèle national fléché	-	670 688
Centre national de ressources soins palliatifs	Autre MIG	2006	Modèle national fléché	-	772 860
Observatoire national de la fin de vie	Autre MIG	2010	Modèle national fléché	-	450 000
Centres de coordination des soins en cancérologie (et cellules avant 2006)	Autre MIG	2006	Reconduction	-	29 704 011
Equipes hospitalières de liaison en addictologie	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	42 461 598
Equipes mobiles de gériatrie	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	65 258 144
Equipes mobiles de soins palliatifs	Autre MIG	2007	Reconduction	Oui	112 087 536
Equipes de cancérologie pédiatrique	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	15 007 850
Lactariums	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	5 162 290
Recueil, trait., conserv. gamètes embryons	Autre MIG	2005	Reconduction	-	15 409 997
Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à coeur arrêté	Autre MIG	2007	Remboursement	Oui	1 429 683
Réseaux de télésanté, notamment télé-médecine	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	9 313 035
MAD moyens ES pour maisons médicales	Autre MIG	2005	Remboursement	Oui	13 546 010
U. d'accueil et de soins en langue des signes	Autre MIG	2007	Référentiel de moyens	-	4 027 691
CDAG	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	19 158 602
Actions de prévention et d'éducation thérap. (nutrition, asthme, diabète avt 2006)	Autre MIG	2006	Reconduction	Oui	67 510 908
Espaces de réflexion éthique	Autre MIG	2005	Reconduction	-	2 349 064
Prévention et gestion des risques (circ. exc.)	Autre MIG	2007	Reconduction	Oui	1 185 543
Agents MAD auprès Etat (risques circ.exc.)	Autre MIG	2007	Remboursement	-	60 780
Structures spéc. risque NRBC crise sanitaire	Autre MIG	2007	Reconduction	-	6 114 845
Consultations mémoire	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	52 809 920
Consultations hospitalières d'addictologie (tabacologie avt 2006)	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	48 958 531

### Annexe III

Intitulé de la dotation	Nature	Créée	Paramétrage	Caractère régional	Montants exécutés
Psychologues (ou ASE après 2006) dans les services de soins	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	30 193 071
Structures spéc. PEC douleur chronique rebelle	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	Oui	59 363 523
Consultations hospitalières de génétique	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	26 823 152
Nutrition parentérale à domicile (sauf HAD)	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	19 579 150
Structures pluridisciplinaires spéc. PEC ado	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	14 667 027
Qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	Autre MIG	2010	Modèle national fléché	-	97 219 014
SAMU y compris les CESU	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui -50 %	222 732 741
SMUR (art. R. 6123-10 CSP)	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui -50 %	667 772 550
Centres nationaux d'appels d'urgence	Autre MIG	2005	Modèle national fléché	-	203 392
Contribution exp. / outils / ENC	Autre MIG	2005	Remboursement	-	3 043 303
MAD auprès des services de l'État	Autre MIG	2005	Remboursement	-	15 855 056
MAD auprès de l'IGAS	Autre MIG	2009	Remboursement	-	0
Coordination des instances de représentation	Autre MIG	2005	Remboursement	-	287 279
MAD auprès des OS	Autre MIG	2005	Remboursement	-	3 425 041
Actions de coopération internationale	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	1 755 210
PDES	Autre MIG	2009	Modèle national	-	756 163 197
Centres périnataux de proximité (CPP)	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	17 877 642
UHSI	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	-	5 657 603
UCSA	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	-	163 626 896
Chambres sécurisées pour détenus	Autre MIG	2005	Référentiel de moyens	-	24 796 209
PEC hospitalière des patients en précarité	Autre MIG	2009	Modèle national fléché	-	147 356 351
Permanences d'accès aux soins de santé	Autre MIG	2005	Reconduction	Oui	37 582 282
PEC odontologique dans les CSERD	Autre MIG	2011	Modèle national fléché	-	-
PEC hospitalière des patients en précarité à l'ext.ES	Autre MIG	2006	Reconduction	Oui	4 856 689
Développement de l'activité	AC	2005	-	-	144 884 669
Investissements	AC	2005	-	-	1 172 844 869
Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	AC	2005	-	-	34 921 643
Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	AC	2005	-	-	416 668 553
Autres	AC	2005	-	-	272 169 154
Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)	AC	2005	-	-	199 279 304
<b>Total</b>					<b>7 798 192 979</b>

Source : DGOS.

**Annexe III**

**Tableau 39 : Liste des indicateurs de la base « Hospidiag »**

<b>Domaine</b>	<b>libellé des indicateurs</b>
Données d'activité	Part de marché en médecine sur la zone d'attractivité
	Part de marché en médecine sur la région
	Part de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité
	Part de marché en chirurgie sur la région
	Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité
	Part de marché en obstétrique sur la région
	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité
	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région
	Part de marché en cancérologie (hors séances) sur la zone d'attractivité
	Part de marché en cancérologie (hors séances) sur la région
	Part de marché en cancérologie (séances de chimio) sur la zone d'attractivité
	Pourcentage de l'activité représentée par la cancérologie
	Pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité
	Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4
	Enseignement
	Recherche et publications
	Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences
	Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine
	Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie
Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	
Données financières	Taux de marge brute
	Taux de CAF
	Taux de CAF nette
	Durée apparente de la dette
	Ratio d'indépendance financière
	Intensité de l'investissement
	Taux de vétusté des équipements
	Taux de vétusté des bâtiments
	Besoin en Fonds de Roulement en jours de charges courantes
	Fonds de Roulement Net Global en jours de charges courantes
	Délai moyen de recouvrement des créances émises vers les particuliers
Délai moyen de paiement des fournisseurs	
Données relatives à l'organisation et aux "process"	IP-DMS médecine
	IP-DMS chirurgie
	IP-DMS obstétrique
	Coût du personnel non médical (PNM) des services Cliniques rapporté aux recettes
	Coût du personnel médical (PM) des services Cliniques rapporté aux recettes
	Coût du personnel des services médico-techniques rapporté aux recettes
	Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques
	Nombre de B par technicien
	ICR par salle d'intervention chirurgicale
	Taux de césarienne
	Taux de péridurale
	Taux de chirurgie ambulatoire
	Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	
Indice de facturation	
Données concernant les ressources humaines	Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme
	Nombre d'ICR par anesthésiste et IADE
	Nombre d'ICR par chirurgien
	Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier
	Nombre d'IADE par anesthésiste
Nombre de sages-femmes par obstétricien	

### Annexe III

Domaine	libellé des indicateurs
	Nombre moyen d'heures travaillées
	Taux d'absentéisme du PNM
	Turn-over global
	Intérim médical
Données relatives à la qualité des soins	Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales
	TDP = Score de conformité du dossier patient
	DEC = Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
	DTN = Dépistage des troubles nutritionnels
	TRD = Traçabilité de l'évaluation de la douleur
	Score de conformité du dossier anesthésique
	Exhaustivité et modalités d'organisation de la RCP en cancérologie
	Niveau de certification
	Cotation PEP Bloc Opératoire
	Cotation PEP Urgences
Cotation PEP Médicaments	

*Source : ANAP.*

## **ANNEXE IV**

### **Outils tarifaires et offre de soins**





# SOMMAIRE

<b>1. DES OUTILS TARIFAIRES AUX IMPACTS RÉELS MAIS CONTRASTÉS SUR L'OFFRE DE SOINS</b> .....	<b>1</b>
1.1. Un outil T2A dynamisant aux effets hétérogènes sur la structure de l'offre.....	1
1.1.1. <i>L'objectif d'optimisation de l'offre hospitalière</i> .....	3
1.1.2. <i>Une action dynamisante sur les établissements de santé publics et privés</i> .....	19
1.1.3. <i>Une spécialisation et une concentration de l'offre au sein du secteur privé</i> .....	27
1.1.4. <i>Une difficulté à structurer à moyen terme une offre adaptée</i> .....	29
1.2. Un outil CCAM qui ne permet pas de résorber les déséquilibres de l'offre.....	31
1.2.1. <i>L'objectif d'organisation et de permanence des soins</i> .....	31
1.2.2. <i>Une accentuation des déséquilibres de l'offre entre secteurs et spécialités</i> .....	35
1.2.3. <i>Une tarification en partie inadaptée à la spécificité des ACE hospitalières</i> .....	42
1.3. Deux outils qui s'intègrent à une régulation plus large de l'offre de soins.....	52
1.3.1. <i>Une régulation hospitalière plus axée sur la planification que sur les tarifs</i> .....	52
1.3.2. <i>Une régulation du secteur libéral encore plus limitée</i> .....	54
1.3.3. <i>Des éléments de contradiction entre tarification nationale et rôle des ARS</i> .....	55
<b>2. DES OUTILS TARIFAIRES AU SERVICE D'UNE NOUVELLE RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS</b> .....	<b>58</b>
2.1. La nécessité de passer d'un paiement segmenté à une approche coordonnée.....	60
2.1.1. <i>Favoriser la coordination par des rémunérations hors outils tarifaires</i> .....	60
2.1.2. <i>Expérimenter des outils tarifaires par épisodes de soins</i> .....	68
2.1.3. <i>Réserver des financements pour des parcours de soins retenus par appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs</i> .....	72
2.2. La prise en compte de la particularité de certaines ACE.....	79
2.3. L'encadrement de la qualité comme contrepoids aux outils tarifaires.....	82
2.3.1. <i>Favoriser l'émergence d'une culture de qualité</i> .....	82
2.3.2. <i>Utiliser la réglementation et développer la rémunération à la performance pour favoriser la qualité</i> .....	86
2.4. La prise en compte de la pertinence et des volumes dans l'outil tarifaire.....	91
2.4.1. <i>Favoriser une approche par la pertinence</i> .....	91
2.4.2. <i>Mettre en place un tarif T2A dégressif au-delà d'un volume d'activité déterminé</i> .....	94

## 1. Des outils tarifaires aux impacts réels mais contrastés sur l'offre de soins

La tarification à l'activité (T2A) et la classification commune des actes médicaux (CCAM) sont deux outils qui, dans le champ de la santé, consistent à rémunérer au séjour ou à l'acte les prestations médicales réalisées par les professionnels et/ou les établissements de santé. Ils reposent tous deux sur un mécanisme incitatif qui est théoriquement structurant pour l'offre de soins : l'offre ne se développe et ne subsiste que si elle est financée par l'activité générée<sup>1</sup>.

Les tarifs applicables s'éloignent de plus en plus des coûts effectivement supportés (voir annexes I et II). Les signaux-prix adressés aux offreurs de soins ne reflètent pas nécessairement une logique économique au service de l'efficacité des établissements (voir annexe III). Parallèlement, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) fait valoir, dans les campagnes budgétaires annuelles, des priorités de santé publique et des incitations tarifaires au développement de certaines prises en charge<sup>2</sup>.

Les objectifs assignés aux outils sont ainsi fortement entremêlés et rendent complexe l'évaluation de l'impact de ces instruments sur la structuration de l'offre de soins. En tout état de cause, le jeu tarifaire et la logique de financement à l'acte ne sont pas neutres sur l'organisation et la régulation de l'offre de soins.

L'outil T2A, qui permet un réel dynamisme des offreurs, a eu au niveau macro des effets relativement hétérogènes sur l'offre (1.1). L'outil CCAM, qui ne comporte pas en tant que tel d'objectif en matière d'offre, a participé à la reproduction voire à l'accentuation des déséquilibres de l'offre (1.2). Ces deux outils ont été mobilisés dans un cadre plus large de régulation de l'offre (1.3).

### 1.1. Un outil T2A dynamisant aux effets hétérogènes sur la structure de l'offre

Selon le rapport d'enquête relatif au pilotage des dépenses hospitalières de juillet 2005 établi par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF), la « T2A n'est pas en soi un outil de régulation des dépenses, de restructuration ou de planification sanitaire... [elle] ne constitue pas une réponse aux entraves à l'amélioration de la gestion existant aujourd'hui dans les établissements hospitaliers. Tout au plus constitue-t-elle un révélateur des marges de progrès en la matière, à la condition d'être fiabilisée ». Pour autant, selon le rapport d'information de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale<sup>3</sup>, « la mise en place de la tarification à l'activité a de nombreuses conséquences sur les finances sociales, le fonctionnement interne des établissements de santé et l'organisation de l'offre de soins ».

La T2A a en effet théoriquement les capacités de restructurer l'offre. Ce type d'outil a souvent été mobilisé par d'autres pays afin de répondre à une offre lacunaire notamment pour réduire les files d'attente en Grande-Bretagne. Il peut ainsi favoriser les réorganisations, les restructurations, les regroupements, le décloisonnement entre les secteurs et les activités, la coordination des soins entre la ville et l'hôpital et le développement des réseaux de soins.

En France, la mise en place de la T2A cherchait notamment à assurer une meilleure équité dans la répartition des financements entre établissements (voir annexes I et III). L'adoption de cet outil devait permettre de combler un manque de financement pour les structures les plus actives tout en limitant les situations de rentes.

---

<sup>1</sup> Ces deux outils n'embrassent cependant pas la totalité du financement de l'offre de soins.

<sup>2</sup> Comme le développement de la chirurgie ambulatoire par exemple.

<sup>3</sup> Rapport du 12 juillet 2006 sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

## Annexe IV

Dans ce cadre, les conséquences sur l'offre de soins sont nécessairement sous-jacentes. Il est donc important, après 7 ans d'application, de mesurer l'impact de la T2A sur la restructuration de l'offre de soins.

Il n'existe aucune définition précise et officielle de la notion de « restructuration de l'offre de soins ». La variété lexicale des termes employés reflète une certaine imprécision : restructuration, recomposition, reconversion... Le rapport annuel 2008 de la Cour des comptes a explicité les différentes acceptions de la notion (voir encadré 1).

La notion peut s'entendre au sens de « *donner une nouvelle structure à un ensemble organisé* », appliqué au système hospitalier dans son ensemble, d'un point de vue quantitatif, qualitatif et fonctionnel. En tout état de cause, elle implique un ensemble de prises de décisions des pouvoirs publics (ministère en charge de la santé, Assurance maladie, agences régionales de santé (ARS), établissements de santé).

### Encadré 1 : La notion de restructuration et son application aux établissements de santé

La notion de restructuration peut répondre à deux objectifs, selon qu'ils s'inscrivent dans une logique d'établissement ou de planification et d'organisation territoriale des soins :

- ◆ une réorganisation des services au sein d'un établissement (d'obstétrique, de chirurgie...) pour les adapter en surface, nombre de lits et effectifs à la réduction tendancielle de la durée moyenne de séjour. Cette approche répond essentiellement à une logique d'optimisation de l'offre d'une structure donnée, indépendamment de la problématique d'aménagement du territoire ; cette dynamique peut constituer une réponse aux évolutions majeures des techniques médicales telles que le développement de la chirurgie ambulatoire, de l'imagerie en coupe (IRM...), ou l'automatisation des services de biologie. Ainsi la chirurgie ambulatoire demande une organisation du circuit du patient qui oblige à modifier la disposition des lieux ;
- ◆ une fermeture de services suite au non respect des normes ou à une activité trop faible. Cette fermeture peut conduire à la disparition d'un service ou d'un établissement, mais elle peut aussi déboucher sur une reconversion du site, un transfert d'activité sur un autre établissement ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités de plusieurs établissements fermés (ex : création d'une polyclinique de taille plus importante ou d'un nouveau centre hospitalier sur un site situé à mi-distance de deux implantations antérieures) ; cette dynamique s'inscrit le plus souvent en lien avec un travail de planification conduit par l'autorité de tutelle (par exemple les opérations de fermetures des « petites » maternités) ;

Par ailleurs, les restructurations peuvent prendre plusieurs formes :

- ◆ la modification de l'offre d'une structure donnée (réduction ou renforcement) ;
- ◆ la modification de la répartition de l'offre entre les structures d'un territoire donné (conversion d'hôpitaux locaux en structure d'aval par exemple, concentration des activités de chirurgie ou de radiothérapie) ;
- ◆ la fermeture, la fusion ou le rapprochement d'établissements de santé ou de plateaux techniques.

*Source : Rapport annuel de la Cour des Comptes 2008.*

Outre l'absence de définition, aucune évaluation de l'ampleur, des modalités et du bilan coût-avantage des restructurations n'a été réalisée par les pouvoirs publics. Les actions menées au niveau local dans une optique de planification de l'offre de soins n'ont ainsi jamais fait l'objet d'un suivi ni d'un bilan spécifique à l'exception d'initiatives isolées de quelques agences régionales d'hospitalisation (ARH)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Selon la Cour en 2008, il n'existe donc « aucun bilan de la politique de restructuration menée depuis 1996 car l'administration centrale ne s'est pas dotée d'outils permettant de suivre en temps réel les actions des ARH ». Quelques « bilans fragmentaires » existent toutefois dans les ARH.

## Annexe IV

Le caractère multiforme de la notion de restructuration explique en partie la difficulté des administrations à en formuler la doctrine ou à en rendre compte dans leurs évaluations<sup>5</sup>.

Pour autant, la restructuration de l'offre hospitalière reste un enjeu majeur, tant en termes quantitatifs, qualitatifs qu'organisationnels (1.1.1). Dans ce cadre, la T2A a eu incontestablement un effet dynamisant sur l'activité (1.1.2) mais s'est accompagnée d'une spécialisation et d'une concentration de l'offre, notamment dans le secteur privé (1.1.3). Il permet effectivement une restructuration sur le long terme mais suppose des pré-requis (1.1.4).

### 1.1.1. L'objectif d'optimisation de l'offre hospitalière

La restructuration de l'offre hospitalière est un enjeu tant en termes quantitatifs, qualitatifs qu'organisationnels.

#### 1.1.1.1. D'un point de vue quantitatif, des capacités d'hospitalisation complète à optimiser

Sur le plan quantitatif, le passage à la T2A s'est inscrit dans un mouvement plus ancien de rationalisation de l'offre d'hospitalisation complète. Il est toutefois difficile de mesurer précisément sa contribution à cette dynamique.

- ◆ Une réduction du nombre d'établissements engagée depuis longtemps

En 2010, la France compte un total de 2 718 établissements de santé. Avec 1 771 établissements, soit environ 65 %, le secteur privé représente la part la plus importante. Les établissements publics représentent, avec 947 structures en 2010, environ 35 % de l'offre.

La France se situait en 2004 au dessus de la moyenne européenne du nombre d'hôpitaux rapporté à la population : 4,8 hôpitaux pour 100 000 habitants (deuxième place après la Finlande).

**Tableau 1 : Nombre et répartition des hôpitaux en 2004 ou 2005**

	<b>Nb d'hôpitaux</b>	<b>Taille moyenne</b>	<b>Nb d'hôpitaux/ 100 000 habitants</b>
Finlande (2005)	369	98	7,03
France (2004)	2890	156	4,8
Suisse (2004)	345	121	4,67
Irlande (2004)	179	129	4,43
Allemagne (2005)	3409	205	4,12
Autriche (2005)	264	240	3,21
Grèce (2004)	319	163	2,88
Italie (2004)	1296	179	2,23
Belgique (2005)	216	260	2,07
Portugal (2004)	209	188	1,99
Espagne (2003)	741	-	1,76
Danemark (2003)	67	-	1,24
Pays-Bas (2004)	198	-	1,22

*Source : Le recours à l'hôpital en Europe, rapport d'évaluation de la HAS, mars 2009.*

<sup>5</sup> Le rapport 2011 sur la tarification à l'activité précise toutefois que « les données administratives de la DGOS permettent, via les opérations de fongibilité budgétaire, de connaître le nombre de restructurations d'établissements ».

## Annexe IV

La France, comme les autres pays européens, est engagée depuis de nombreuses années dans la réduction du nombre de ses établissements. En une décennie, le nombre de structures hospitalières a diminué de 12 %, passant d'un total de 3 089 structures en 2001 à 2 718 en 2010, soit une réduction de 371 établissements. Cette réduction est hétérogène :

- 75 % de cette diminution porte sur le secteur privé contre 25 % pour le secteur public ;
- 60 % de la diminution porte sur les établissements privés de soins de courte durée ou pluridisciplinaires (les cliniques) ;
- les établissements privés de soins de longue durée représentent 19 % de la diminution contre 15 % pour les hôpitaux publics locaux et 9 % pour les centres hospitaliers.

Ces baisses sont dues pour l'essentiel à un mouvement de concentration de l'activité hospitalière.

Cette tendance, constatée partout en Europe, est généralement présentée comme le moyen de garantir la qualité des soins et d'améliorer l'accès au progrès technique tout en réalisant des économies d'échelle. Le développement des technologies et la constitution de plateaux techniques lourds permettent et requièrent une plus forte concentration géographique tandis que les progrès de la télémédecine et de l'*e-santé* autorisent une dissémination et un fonctionnement en réseau avec des hôpitaux de proximité orientés vers de nouvelles missions<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Note du Conseil d'analyse stratégique, « Existe t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ? », 2010.

## Annexe IV

**Tableau 2 : Établissements de santé par catégorie de 2001 à 2010**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ	%
Secteur public (entités juridiques)	1040	1037	1025	1023	1016	1006	1002	983	966	947	-93	-9
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31	31	31	31	31	31	31	31	31	33	2	6
Centre hospitalier	551	544	538	536	525	520	519	511	506	517	-34	-6
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	92	92	90	90	90	91	90	90	90	90	-2	-2
Hôpital local	347	348	345	344	350	346	343	334	322	293	-54	-16
Autre établissement public	19	22	21	22	20	18	19	17	17	14	-5	-26
Secteur privé (établissements)	2049	2014	1969	1931	1902	1871	1837	1801	1785	1771	-278	-14
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	944	924	871	845	825	799	775	750	742	723	-221	-23
Centre de lutte contre le cancer	20	20	20	20	20	20	20	20	20	19	-1	-5
Établissement de lutte contre les maladies mentales	244	237	238	241	241	239	241	237	240	258	14	6
Établissement de soins de suite et de réadaptation	674	672	679	675	672	676	672	674	673	675	1	0
Établissement de soins de longue durée	130	128	129	120	113	105	96	84	75	58	-72	-55
Autre établissement privé	37	33	32	30	31	32	33	36	35	38	1	3
Ensemble	3089	3051	2994	2954	2918	2877	2839	2784	2751	2718	-371	-12

*Source* : SAE, DRESS.

## Annexe IV

La diminution moyenne du nombre d'établissements (-1,4 %) est identique sur les périodes 2001-2005 et 2005-2010, ce qui ne permet pas de conclure à un effet de la T2A, d'autant que les réformes de restructurations sont longues à conduire.

Les rythmes diffèrent entre le secteur public et le secteur privé. Dans le secteur public, les taux d'évolution annuels sont de -0,6 % sur la première période et de -1,4 % sur la seconde. Cette baisse est en grande partie le fait des hôpitaux locaux (qui s'effectue à un rythme de 0,2 % entre 2001 et 2005 contre 3,5 % sur la période 2005-2010) alors qu'ils ne sont pas, aujourd'hui encore, financés par la T2A.

**Tableau 3 : Évolution moyenne annuelle du nombre d'établissement  
par catégories entre 2001-2004 et 2005-2010**

Catégorie d'établissement	Évolution moyenne 2010-2001	Évolution moyenne 2005-2001	Évolution moyenne 2010-2005
<b>Secteur public (entités juridiques)</b>	<b>-1,00 %</b>	<b>-0,60 %</b>	<b>-1,40 %</b>
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	0,70 %	0,00 %	1,30 %
Centre hospitalier	-0,70 %	-1,20 %	-0,30 %
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	-0,20 %	-0,50 %	0,00 %
Hôpital local	-1,90 %	0,20 %	-3,50 %
Autre établissement public	-3,30 %	1,30 %	-6,90 %
<b>Secteur privé (établissements)</b>	<b>-1,60 %</b>	<b>-1,80 %</b>	<b>-1,40 %</b>
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	-2,90 %	-3,30 %	-2,60 %
Centre de lutte contre le cancer	-0,60 %	0,00 %	-1,00 %
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0,60 %	-0,30 %	1,40 %
Établissement de soins de suite et de réadaptation	0,00 %	-0,10 %	0,10 %
Établissement de soins de longue durée	-8,60 %	-3,40 %	-12,50 %
Autre établissement privé	0,30 %	-4,30 %	4,20 %
<b>Ensemble</b>	<b>-1,40 %</b>	<b>-1,40 %</b>	<b>-1,40 %</b>

*Source : SAE, DREES, retraité par la mission IGF.*

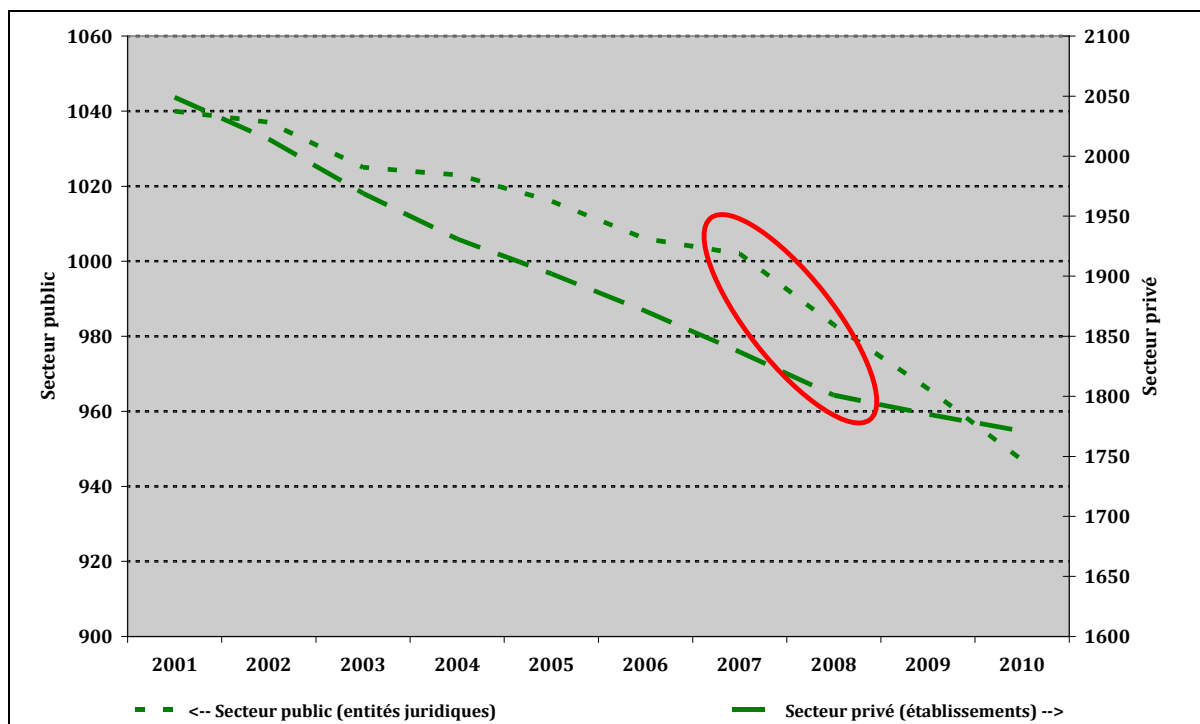
L'analyse graphique de l'évolution du nombre d'établissements révèle une césure marquée en 2007-2008, où les tendances s'inversent nettement entre secteur public et secteur privé.

Ainsi, sur la période 2001-2008, la diminution au sein du secteur public s'effectue à un rythme de 0,8 % par an contre 1,8 % pour le secteur privé. Sur la période 2008-2010, la tendance est parfaitement inverse, avec respectivement 1,8 % de diminution annuelle pour le secteur public et 0,8 % pour le secteur privé.



## Annexe IV

**Graphique 1 : Évolution du nombre d'établissements dans le secteur public et le secteur privé de 2001 à 2010**



Source : Mission IGF.

- ◆ Une diminution des capacités totales d'hospitalisation amenée à se poursuivre malgré le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques

Les capacités hospitalières sont en réduction quasi-constante, concomitamment à la diminution du nombre d'hôpitaux. Elles ont ainsi diminué de 9 % entre 2001 et 2010.

Pour autant, une forte hétérogénéité est constatée entre disciplines : les capacités en soins de longue durée ont été réduites de 59 % tandis que les capacités de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont augmenté de 14 % entre 2001 et 2010.

**Annexe IV**

**Tableau 4 : Évolution des capacités d'hospitalisation totale entre 2001 et 2010**

<b>Discipline d'équipement</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2010/2001</b>
<b>MCO</b>	258 574	255 751	252 085	250 361	249 430	248 115	248 149	246 877	248 079	251 650	-3
dont médecine	126 253	125 122	123 947	123 578	124 061	124 230	125 644	125 896	127 830	130 076	3
dont chirurgie	107 098	105 679	103 782	102 789	101 431	100 074	98 802	97 657	96 996	98 880	-8
dont gynécologie-obstétrique	25 223	24 950	24 356	23 994	23 938	23 811	23 703	23 324	23 253	22 694	-10
<b>Psychiatrie</b>	88 323	86 927	85 712	85 390	84 898	84 511	84 558	84 856	84 930	86 784	-2
dont psychiatrie générale	77 521	76 071	74 834	74 349	73 927	73 498	73 391	73 629	73 506	75 151	-3
dont psychiatrie infanto-juvénile	10 802	10 856	10 878	11 041	10 971	11 013	11 167	11 227	11 424	11 633	8
<b>Soins de suite et réadaptation</b>	95 198	96 616	97 252	97 479	98 368	100 470	103 262	105 500	106 911	108 388	14
dont réadaptation fonctionnelle	31 653	32 387	32 569	32 945	33 405	34 196	35 481	36 825	36 757	-	16
dont soins de suite	63 545	64 229	64 683	64 534	64 963	66 274	67 781	68 675	70 154	-	8
<b>Autres disciplines de la section hôpital</b>	296	246	239	279	191	203	154	214	228	268	-9
<b>Ensemble hors USLD</b>	442 391	439 540	435 288	433 509	432 887	433 299	436 123	437 447	440 148	447 090	1
<b>Soins de longue durée</b>	84 532	82 136	79 989	76 795	72 399	68 602	67 860	61 819	47 966	34 571	-59
<b>Total</b>	526 923	521 676	515 277	510 304	505 286	501 901	503 983	499 266	488 114	481 661	-9

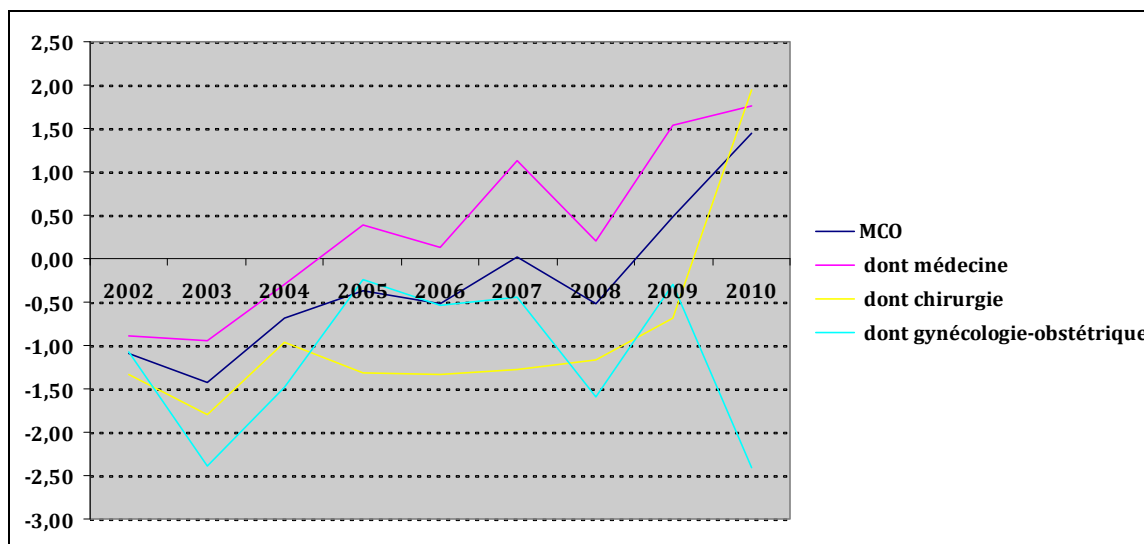
*Source : SAE, DREES.*

## Annexe IV

Les capacités d'hospitalisation au sein de l'activité MCO évoluent également de manière hétérogène. Si la réduction globale est de 3 % sur la période, les capacités en médecine augmentent de 3 % et celles de chirurgie et obstétrique diminuent respectivement de 8 % et 10 %.

Ces évolutions ne sont d'ailleurs pas régulières sur la période. La médecine connaît un accroissement de ses capacités à compter de 2005 et la chirurgie à compter de 2010. L'obstétrique conserve, sur l'ensemble de la période, une tendance à la diminution de ses capacités.

**Graphique 2 : Évolution des capacités MCO entre 2002 et 2010 (en % annuels)**



Source : Mission IGF.

Ce ressaut des capacités hospitalières en médecine et chirurgie semble être en contradiction avec les évaluations de prévision du besoin de recours à l'hôpital à moyen terme.

La DREES a élaboré, dans le cadre d'une étude conduite en 2008, une simulation de l'impact du vieillissement de la population sur l'évolution des hospitalisations et donc le besoin en structures de soins à l'horizon 2030.

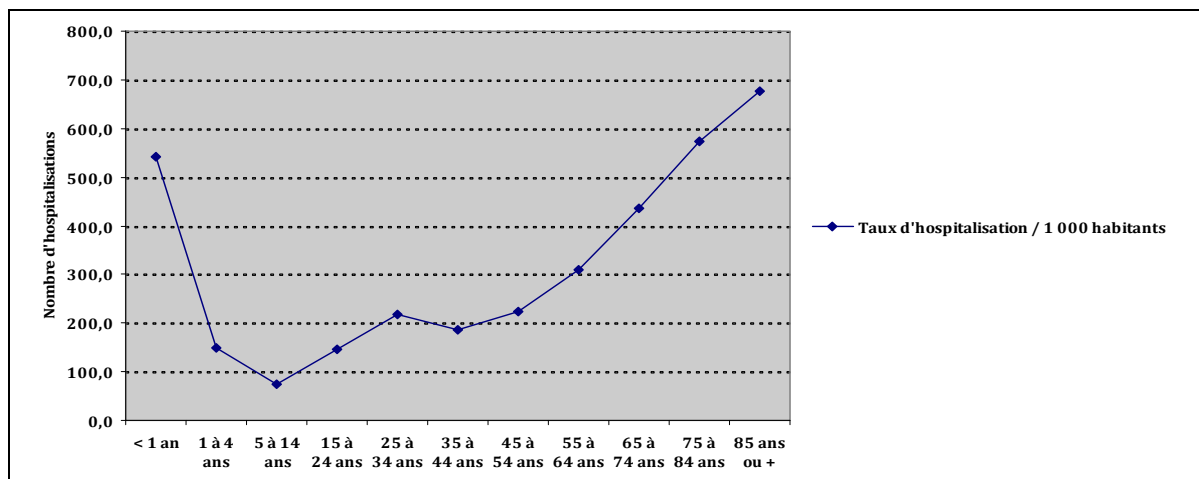
Il en résulte que l'augmentation de la population âgée n'aboutit pas obligatoirement à une « explosion » du recours aux soins hospitaliers en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes, similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Trois scénarios ont été travaillés :

- un scénario à « caractéristiques constantes » dans lequel les taux de recours en hospitalisation MCO, les durées moyennes de séjours (DMS) en hospitalisation complète et les parts d'ambulatoire sont identiques en 2030 à celles de 2004 ; il reflète donc uniquement l'effet mécanique de l'augmentation et de la modification structurelle de la population ;
- un scénario dans lequel l'évolution constatée entre 1998 et 2004 se poursuit, qu'il s'agisse du taux de recours, des DMS ou de la part occupée par l'ambulatoire ;
- un scénario volontariste en appliquant à chaque pathologie et à chaque groupe d'âge les hypothèses de changement les plus favorables. Les caractéristiques de l'hospitalisation en 2030 sont, dans ce scénario, la conséquence de nouveaux traitements, de nouveaux modes de prise en charge et d'action de santé publique comme la prévention. Cela aboutit le plus souvent à la diminution des DMS et à une augmentation de la part ambulatoire.

## Annexe IV

L'effet mécanique de l'augmentation et du vieillissement de la population (scénario 1) entraînerait une croissance très importante du nombre de lits en hospitalisation complète et une croissance moindre du nombre de places en ambulatoire par rapport à 2004. De fait, le recours à l'hospitalisation augmente avec l'âge (cf. graphique ci-dessous).

**Graphique 3 : Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO des établissements hospitaliers publics et privés selon l'âge des patients**



*Source : DGOS-DREES, PMSI-MCO, INSEE, estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier.*

Si les pratiques continuaient à évoluer entre 2004 et 2030 comme elles l'ont fait entre 1998 et 2004 (scénario 2), on assisterait à une diminution modérée du nombre de lits en hospitalisation complète entre 2004 et 2020, suivie d'une légère augmentation entre 2020 et 2030. Le niveau de 2030 serait néanmoins de 6 % inférieur à celui de 2004. Ceci est la conséquence de la progression de la part de l'ambulatoire entre 1998 et 2004 de près de 10 points.

Enfin dans le scénario 3, où l'organisation des soins et les pratiques se modifieraient fortement à la suite d'actions volontaristes en santé publique, le nombre de lits d'hospitalisation complète en 2030 devrait être inférieur de 20 % à celui de 2004, à la suite d'une baisse continue sur toute la période. Dans le même temps, le nombre de places en ambulatoire doublerait.

**Tableau 5 : Estimation des lits et places en MCO pour les années 2010, 2020 et 2030 selon les scénarios envisagés**

	Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Journées en HC	57 323	64 633	73 512	52 690	52 341	53 246	50 602	47 507	45 755
Venues en ambulatoire	5 127	5 494	5 842	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Total journées	62 450	70 127	79 354	58 639	60 547	64 668	56 421	55 284	56 111
Nombre de lits	208 057	234 587	266 815	180 443	179 249	182 349	173 294	162 696	156 695
Nombre de places	15 609	16 728	17 786	17 602	24 278	33 794	17 217	23 009	30 640
Total lits et places	223 666	251 315	284 601	198 045	203 527	216 143	190 511	185 705	187 335
Δ/ 2004 en lits en %	7,2	20,9	37,5	-7	-7,7	-6,1	-10,7	-16,2	-19,3
Δ/ 2004 en places en %	3,4	10,8	17,8	16,6	60,8	123,8	14	52,4	102,9

*Source : DREES, Santé-Solidarité, n°4 – 2008.*

### 1.1.1.2. D'un point de vue qualitatif, une structure de l'offre à faire évoluer

D'un point de vue qualitatif, les enjeux de la restructuration de l'offre sont de plusieurs ordres : l'optimisation des capacités d'hospitalisation existantes ; le développement de structures aval adaptées afin d'accompagner la réduction des capacités d'hospitalisation complète ; la promotion des alternatives à l'hospitalisation ; le développement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile.

Le rapport Larcher de 2008<sup>7</sup> évoquait déjà le manque de structures d'aval ou d'alternative à l'hospitalisation. Celles-ci conditionnent l'utilisation des lits de MCO et la durée du séjour. Ce rapport préconise la poursuite du redéploiement de lits de MCO vers les SSR et le développement des services destinés au maintien ou au retour à domicile des malades chroniques.

#### ◆ L'optimisation des capacités d'hospitalisation existantes

L'optimisation des capacités d'hospitalisation en France demeure un enjeu majeur. Celle-ci suppose de réduire les inadéquations hospitalières constatées et de restructurer les capacités MCO.

Une étude conduite en 2011 par la Sanesco pour la DGOS sur les inadéquations hospitalières montre que les taux d'inadéquation observés sont variables mais oscillent entre 10 % et 30 % pour les journées d'hospitalisation, voire 50 % dans certains cas.

Une analyse conduite conjointement par la DREES et l'ATIH<sup>8</sup> sur la base des travaux conduits par la Sanesco évalue à 10 %, au niveau national, les lits de chirurgie et de médecine occupés de façon inadéquate un jour donné (5 % en chirurgie, 17,5 % en médecine). En termes de séjours, 93 % d'entre eux sont considérés comme inadéquats. Ces taux sont les plus bas retrouvés au sein de la littérature.

**Tableau 6 : Inadéquations par type d'établissement et discipline (en %)**

Discipline	Type d'établissement	Admission et journée adéquate	Admission adéquate et journée inadéquate	Admission inadéquate et journée adéquate	Taux de lits occupés de manière inadéquate
Chirurgie	CHU	96,7	2,4	0,2	4,4
	Privé	98,6	1,4	0,0	3,3
	Public non CHU	94,5	4,3	0,0	8,5
Médecine	CHU	94,7	4,1	0,0	15,2
	Privé	91,6	3,1	1,1	16,9
	Public non CHU	85,8	7,1	0,7	17,9
Total		93,2	3,9	0,4	10,3

*Source* : « Le panorama des établissements de santé, édition 2011 », collection Études et statistiques, DREES.

Une modélisation économique de ces inadéquations a par ailleurs été réalisée. Elle procède d'une extrapolation nationale (au nombre total de lits occupés) de laquelle est déduite un nombre de journées inadéquates. Ces journées sont valorisées au coût marginal pour déterminer une estimation du coût total des inadéquations. Ce coût est ainsi évalué à plus de 2 Mds €.

<sup>7</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher, 2008.

<sup>8</sup> « Le panorama des établissements de santé, édition 2011 », collection Études et statistiques, DREES, p33.

## Annexe IV

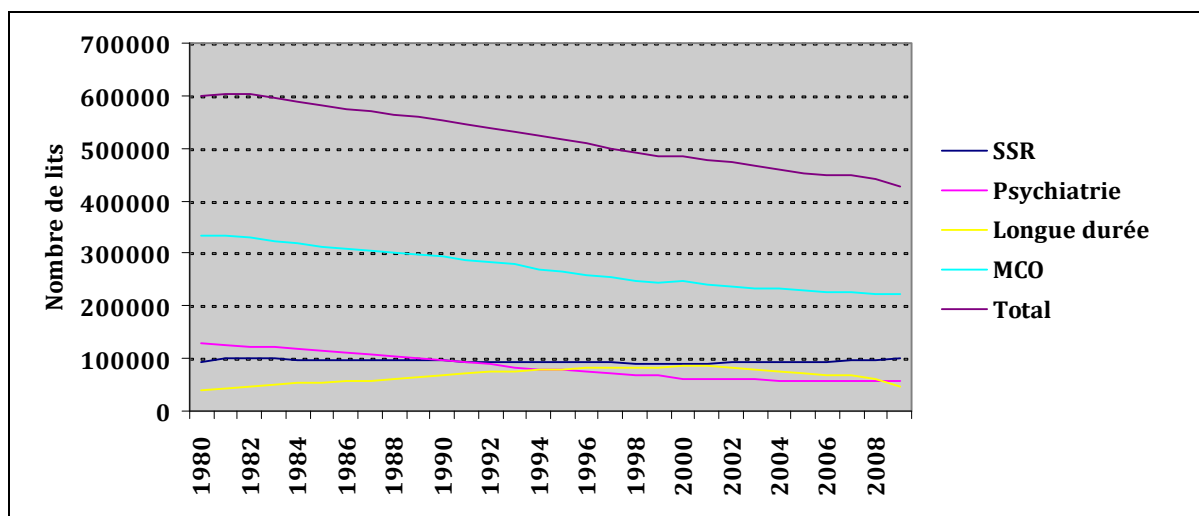
### ◆ L'insuffisance de structures d'aval

L'insuffisance de capacités d'aval est un frein à la réduction des capacités en MCO. Dans certaines disciplines médicales ou chirurgicales (orthopédie, gériatrie ou neurologie, par exemple), la diminution de la durée de séjour en MCO est corrélée à la disponibilité des lits d'aval, mais aussi à l'efficacité de la rééducation pendant le séjour en MCO. Ainsi, la problématique spécifique des personnes âgées, la mise en œuvre de la tarification à l'activité en MCO, le développement des besoins de santé et les progrès médicaux conduisent à une augmentation du recours au SSR, corrélativement à la diminution des capacités d'hospitalisation complète.

Aux États-Unis, « une diminution importante du nombre d'hospitalisations a été constatée les trois premières années suivant la mise en œuvre du paiement prospectif traduisant en partie une baisse effective de l'activité, mais aussi un effet de déport des hospitalisations financées dans le cadre du paiement prospectif, vers des activités non soumises à cette contrainte (notamment, à l'époque, l'hospitalisation à temps partiel, la chirurgie ambulatoire ou l'hospitalisation<sup>9</sup> ». Cette tendance est également constatée dans l'ensemble des pays de l'OCDE depuis quelques années. Elle reflète à la fois une politique d'optimisation des lits d'hospitalisation complète, compte tenu de l'évolution des modalités de prise en charge médicales, et leur adaptation par le développement des techniques en ambulatoire.

En France, malgré une stabilité des capacités de SSR sur le long terme (cf. graphique ci-dessous), un engorgement de certaines filières de prise en charge est aujourd'hui constaté.

Graphique 4 : Évolution du nombre de lits par type d'activité de 1980 à 2009



Source : IRDES.

Par ailleurs, les déplacements effectués en établissements de santé ont confirmé ces difficultés. Une enquête menée par le CHU de Montpellier « un jour donné » montre que sur l'ensemble des lits MCO, en juin 2008, 92 patients étaient en attente de placement (soit 6,7 % des présents) dont 38 % pour manque de structures d'aval et 9 % d'absence de structure adaptée (soit plus de 12 000 journées en extrapolation année pleine). Cela représentait un volume de 1 179 journées d'hospitalisation évitables. Cette enquête, renouvelée en octobre de la même année, faisait apparaître des tendances identiques.

<sup>9</sup> Frédéric Bousquet, « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité », DREES, *Solidarité et Santé*, n°1, 2004.

## Annexe IV

### ◆ Le développement des alternatives à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation correspondent à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée ne dépassant pas la journée ou la nuit. Rendues possibles par les progrès techniques, thérapeutiques et organisationnels, la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (voir *infra*) ont vocation à se développer. Trois arguments plaident en faveur de leur développement : (i) la maîtrise des dépenses hospitalières et plus largement des dépenses de santé, (ii) l'intérêt du patient, (iii) le décloisonnement de l'offre de soins.

#### Encadré 2 : T2A et évolutions de la prise en charge vers l'ambulatoire et l'HAD

Selon une étude de la DREES conduite en 2010 sur un panel d'établissements de santé, on peut observer que se poursuivent les efforts en matière d'alternative à l'hospitalisation complète, mais il est très difficile d'imputer à la T2A de telles évolutions qui étaient déjà en cours avant 2004.

« La complexité du dispositif tarifaire, avec ses chapitres spéciaux consacrés à ce type d'activité, la complexité également des changements organisationnels liés, font que, comme les animateurs des chantiers MEAH l'ont noté pour la chirurgie ambulatoire, les projets en la matière sont beaucoup plus « personnalité-dépendants » que suscités par l'incitatif économique : ils reposent sur l'intime conviction de certains acteurs quant à l'intérêt pour le malade et pour la collectivité de ce type de prise en charge. D'ailleurs, beaucoup d'acteurs, dans les établissements qui ont développé ces alternatives à l'hospitalisation, restent perplexes devant le peu d'effet apparent que ces évolutions ont sur les recettes »

*Source* : « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », mai 2010, DREES.

### ◆ Le développement de l'ambulatoire

La réglementation a précisé les conditions de mise en place des activités de chirurgie ambulatoire dès les années 1990. Des objectifs ont par la suite été fixés dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et des projets d'accompagnement à son développement ont été conduits par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (fusionnée depuis au sein de l'agence nationale de l'appui à la performance, ANAP).

La CNAMTS a par ailleurs élaboré en 2008 une procédure d'accord préalable pour certains actes chirurgicaux dans les établissements ayant un développement insuffisant de la prise en charge ambulatoire : ainsi, pour 17 gestes chirurgicaux, la prise en charge avec hospitalisation d'au moins une nuit est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie pour les établissements ne remplissant pas des seuils satisfaisants de pratique de l'ambulatoire.

Malgré l'hétérogénéité des types d'actes, on constate une évolution globalement positive et régulière du taux de chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009, passant de 45,9 % à 62,9 % du total des séjours concernés pour les catégories d'actes étudiées, soit une augmentation de près d'un tiers. Cette augmentation s'observe aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Malgré une augmentation importante du taux de chirurgie ambulatoire dans le secteur public entre 2004 et 2009, le secteur privé a toujours un taux supérieur de près de 20 points.

**Tableau 7 : Taux de séjour en chirurgie ambulatoire entre 2004 et 2009 selon les secteurs (en %)**

Secteur	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Δ
Public	34,6	36,1	37,8	40,6	45,2	49,9	44,4 %
Privé	50,2	54,6	57,8	59,6	62,9	68,3	36,2 %
Total	45,9	49,6	52,3	54,2	57,8	62,9	36,9 %

*Source* : « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, Dossier Solidarité et Santé n°21, 2011 (les évolutions présentées portent sur 19 catégories d'actes).

## Annexe IV

Les capacités d'hospitalisation conventionnelles MCO sont passées de 250 250 lits en 1998 à 223 447 lits en 2008, soit une baisse de l'ordre de 11 %. Les capacités MCO ambulatoires ont augmenté, passant de 44 143 lits en 1998 à 58 529 lits en 2008, soit une hausse d'environ 33 %.

Il subsiste encore, selon une étude de la DREES<sup>10</sup>, un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire.

Plusieurs catégories d'actes, qui ont actuellement un taux de séjours en ambulatoire de l'ordre de 50 %-60 %, auraient un potentiel supplémentaire d'au moins 10 % (hernies chez l'enfant, varices, résections osseuses et ablation de matériel, arthroscopies, chirurgie de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, dilatations et curetages).

D'autres catégories d'actes, qui présentaient des taux de séjours en ambulatoire inférieurs à 50 % en 2009, pourraient rapidement atteindre un taux supérieur à 50 % : chirurgie des testicules, chirurgie de la zone anale et péri-anale, oreilles décollées, biopsies et excisions locales du sein.

Enfin, certaines catégories resteraient, d'après ces estimations, toujours en deçà de 25 % : hernies chez l'adulte, hémorroïdectomies, interventions gynécologiques par cœlioscopie ou laparoscopie. Le premier cas fait pourtant partie de la liste des GHM ayant fait l'objet d'incitations tarifaires.

La proportion d'établissements ayant dépassé pour certains actes le taux de séjours en ambulatoire de 80 % est un indicateur qui permet de discerner les structures dynamiques. Or rares sont les cas où plus de 50 % des établissements sont au-dessus de 80 % d'ambulatoire en 2009 : canal carpien, circoncisions, drains transtympaniques. Dans le cas de la cataracte, seuls 38 % des établissements publics et 56 % des établissements privés dépassaient ce seuil de 80 % d'ambulatoire. Ces observations confirment l'existence d'un potentiel supplémentaire important de prise en charge ambulatoire.

---

<sup>10</sup> « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, Dossier Solidarité et Santé n°21, 2011.



## Annexe IV

**Tableau 8 : Évolution des capacités d'hospitalisation complète et partielle par type d'activité et catégorie d'établissement de 1998 à 2008**

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif			Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Soins de court séjour (MCO)	157637	153496	14963	24126	20490	18619	68487	60143	55785	250250	234129	223467
Psychiatrie	44439	40866	38404	11520	8030	7697	10595	10453	1 140	66554	59349	57141
Soins de suite et de réadaptation	37412	38764	40521	33306	31299	30361	20086	22172	27118	90804	92235	98000
Soins de longue durée	73827	72171	56152	6324	6832	4755	951	986	912	81102	79989	61819
<b>Total hospitalisation complète</b>	<b>313315</b>	<b>305297</b>	<b>284140</b>	<b>75276</b>	<b>66651</b>	<b>61432</b>	<b>100119</b>	<b>93754</b>	<b>94855</b>	<b>488710</b>	<b>465702</b>	<b>440427</b>
Soins de court séjour (MCO)	5840	7999	11232	1454	1848	2 190	6945	8042	9892	14239	16792	23324
Psychiatrie	20300	21475	22288	5413	4676	4839	131	212	588	25844	26282	27715
Soins de suite et de réadaptation	892	1235	2185	2336	2742	3482	832	1040	1833	4060	4809	7500
<b>Total hospitalisation partielle</b>	<b>27032</b>	<b>30709</b>	<b>35705</b>	<b>9203</b>	<b>9266</b>	<b>10511</b>	<b>7908</b>	<b>9294</b>	<b>12313</b>	<b>44143</b>	<b>47883</b>	<b>58529</b>

*Source : DREES, SAE 1998, 2003 et 2008, données statistiques.*

*Champ : France métropolitaine et DOM. En 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.*

## Annexe IV

### ◆ Le développement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) « est une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux <sup>11</sup> ». Elle peut concerner des malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables.

La place de l'hospitalisation à domicile a notamment été affirmée dans le Plan « Solidarité Grand Age » de 2006. Depuis 2005, l'HAD est financée par la T2A. Bien qu'en progression, elle ne représente en 2008 que 0,45 % des séjours d'hospitalisation complète et partielle.

#### Encadré 3 : T2A et HAD

« Au 1<sup>er</sup> janvier 2005 le dispositif de tarification de la HAD a été profondément rénové. Jusqu'à ce moment, le financement des structures et de leur activité était assuré par un système de prix de journée négocié avec les caisses d'assurance maladie. Ce système avait le même défaut que le financement en budget global de l'hospitalisation MCO. Il était particulièrement pénalisant dans une période de développement de l'HAD. Il a donc été remplacé par un système de financement à l'activité, c'est-à-dire par la mise en œuvre d'un tarif qui, adapté à la production de chaque structure, définit les recettes dont elle va disposer pour couvrir ses charges. Les principes du nouveau système tarifaire ont été élaborés par l'IRDES. La conception opérationnelle, notamment le calcul de tarifs, a été assurée par la DHOS ».

« Le nouveau système de tarification a permis un fort développement de l'HAD même si l'évolution des tarifs a été fortement contrainte depuis 2005. Il a assuré un bon équilibre économique aux structures en leur permettant de financer leur développement et notamment d'autofinancer les investissements dans des outils opérationnels, du patrimoine immobilier mais aussi des systèmes d'information ou de la logistique. Dans un tout petit nombre de cas, il a conduit à une forme d'aisance qui n'a pas facilité le développement de pratiques rigoureuses de gestion.

Le dispositif est apparu, dans certains cas, très favorable notamment aux structures anciennes et de grande dimension qui ont su maîtriser leurs coûts fixes. A contrario il a pu paraître trop peu rémunérateur pour certaines petites structures en démarrage ou dont l'activité se situe en dessous du seuil de rentabilité (aux alentours de 9000, soit 30 places occupées, selon les circulaires ministérielles).

Au total, le système tarifaire et le niveau des tarifs ont donc eu une contribution majeure à l'essor de l'HAD en France. Toutefois, les tarifs ont évolué de manière très modérée (les tarifs 2010 sont au même niveau que ceux de 2005) et les marges ont donc eu tendance à s'éroder tout au long des dernières années, sans pour autant disparaître ».

Source : IGAS, rapport HAD, novembre 2010.

<sup>11</sup> Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD).

## Annexe IV

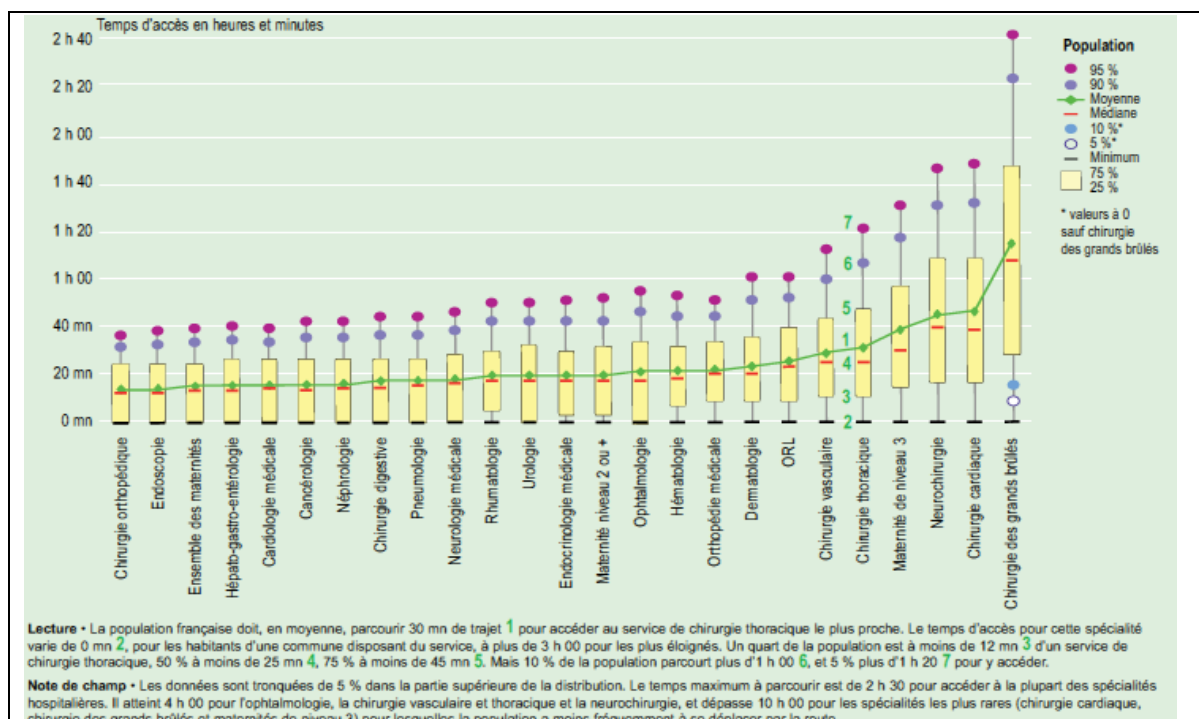
### 1.1.1.3. D'un point de vue fonctionnel, une gradation et une permanence des soins pour garantir l'égal accès aux soins

Compte tenu de la contrainte budgétaire et de la démographie médicale, l'un des enjeux de la restructuration est de mieux répartir l'offre pour assurer à la fois la permanence des soins et une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins de prise en charge.

- ◆ Aujourd'hui, une offre dense et accessible

Malgré la réduction du nombre de structures hospitalières en France, une étude de la DREES<sup>12</sup> parue en juin 2011 constate que, concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Le maillage territorial de l'offre de soins est donc relativement dense en métropole.

**Graphique 5 : Distribution des temps d'accès aux différentes disciplines hospitalières au 1<sup>er</sup> janvier 2007**



*Source : DREES.*

- ◆ Une permanence des soins à garantir

Le mouvement de rationalisation du nombre de structures d'hospitalisation pose la question de l'accessibilité aux soins, notamment dans les milieux ruraux.

La réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDES) constitue l'un des objectifs majeurs de la réorganisation de l'offre de soins. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 et son ordonnance de coordination de 2010 a entraîné une refonte du dispositif relatif à la PDES. La loi érige la PDES en mission de service public et donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public (voir encadré 4).

<sup>12</sup> DREES, Études et Résultats, n° 764, Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, juin 2011.

#### Encadré 4 : Définition de la PDES

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent pas du dispositif de PDES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public de PDES vise ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) peuvent également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

*Source : Guide d'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération, DGOS.*

Le dispositif retenu est commun aux secteurs public et privé. Il est fondé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé, s'intégrant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La mise en œuvre de la réforme de la PDES s'insère dans le nouveau dispositif du fonds d'intervention régional (FIR).

Dans l'attente de l'entrée en vigueur effective du FIR, une période transitoire a été organisée pour permettre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 le financement des indemnités de garde et d'astreinte des médecins libéraux participant à la PDES sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

#### ◆ La gradation des soins

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds comporte aujourd'hui quatre niveaux (dont trois de recours) qui doivent structurer le maillage territorial de l'offre de soins.

Le premier niveau concerne les activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé. Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend notamment les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et les cabinets de ville d'imagerie. C'est à ce niveau que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale par exemple (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques) ;

A ce premier niveau peuvent s'ajouter 3 types de niveaux dits de recours qui se distinguent par les degrés de spécialisation et d'expertise attendus à chaque échelle territoriale :

- le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » qui combinent une activité programmée et une activité d'urgence avec obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24h aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie ;
- le niveau des plateaux techniques de « recours régional » pour l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées (sites de recours « *en oncologie* » qui apportent leur appui aux autres sites infrarégionaux autorisés au traitement du cancer par exemple) ;

## Annexe IV

- le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale pour les activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés).

Chaque établissement, qu'il s'agisse du secteur public ou privé (à l'exception des hôpitaux de proximité), combine, compte tenu de son activité, une activité de recours avec une proportion plus ou moins importante d'activité dite de proximité. La T2A ne distingue pas aujourd'hui dans sa logique tarifaire, ces différents équilibres à l'exception de l'existence des niveaux de sévérité par séjour, qu'il s'agisse du niveau d'activité non programmée ou de la part d'activité de recours dans la totalité du casemix.

### 1.1.2. Une action dynamisante sur les établissements de santé publics et privés

Si l'effet exact de la tarification à l'activité sur le volume des actes est difficile à isoler, il paraît incontestable que cet outil tarifaire a eu pour effet de dynamiser l'activité des établissements de santé.

#### 1.1.2.1. Sur les volumes

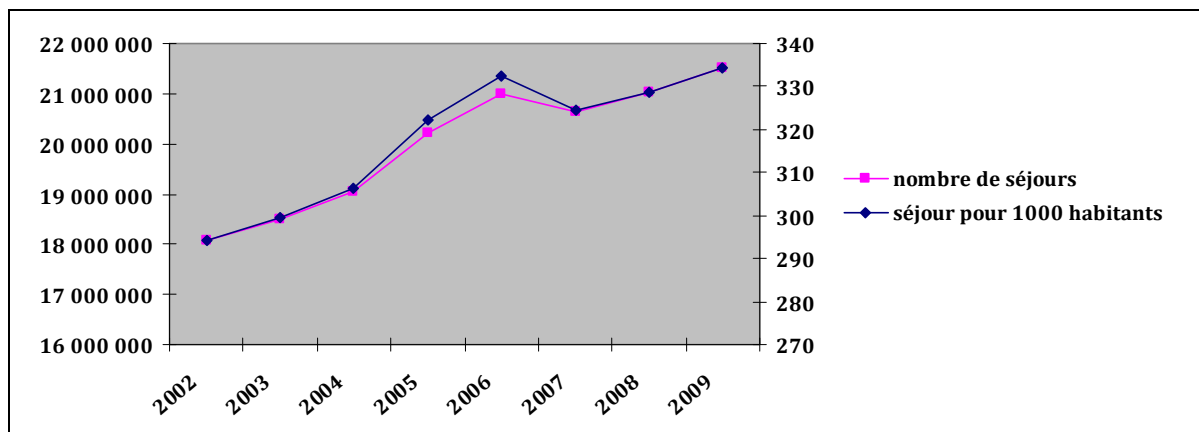
Les travaux conduits par l'ATIH ne présentent pas de recul suffisant pour apprécier les évolutions de l'activité des établissements à moyen long terme par GHM. Il est en effet impossible d'élaborer des tables de conversion qui permettent de neutraliser l'effet des changements de nomenclature de GHM et donc d'avoir des séries longues.

La mission a donc cherché à évaluer ces évolutions, par faisceau d'indices, en retenant différentes approches.

- Une augmentation du volume de séjours et du volume économique

Le nombre de séjours réalisés dans les établissements de santé de métropole (hors hôpitaux locaux) était d'environ 18 millions en 2002 contre plus de 21,5 millions en 2009, soit une augmentation de plus de 3 millions de séjours. Rapprochée de l'évolution démographique, l'évolution du nombre de séjours par habitant suit également une pente ascendante.

Graphique 6 : Évolution du nombre de séjours entre 2002 et 2009 (en million)



Source : PMSI-IRDES (hors hôpitaux locaux, Corse et DOM-TOM) – INSEE.

## Annexe IV

Une analyse par type d'activité permet de montrer que les plus fortes augmentations du nombre de séjours se concentrent sur certains GHM.

La mission a demandé à l'ATIH d'extraire des bases PMSI de 2006 à 2010 les volumes d'activité par racine de GHM (à classification et tarifs constants sur toute la période). L'évolution du volume économique de l'activité est ainsi analysée selon ses deux composantes :

- l'évolution du nombre de séjours (augmentation des effectifs dits « effets effectifs ») ;
- l'évolution de la structure d'activité induite (appelé « effet structure ») qui traduit soit une augmentation de la lourdeur des patients, soit une amélioration du codage des informations médicales pouvant entraîner un accroissement des séjours de niveaux de sévérité lourde.

Deux réserves méthodologiques sont à prendre en compte pour la lecture de ces données. D'une part, pour le secteur ex-OQN, entre 2006 et 2007, une chute du nombre de séjours est constatée. Cette chute est principalement liée à des changements de périmètre d'activité lié à la mise en œuvre de la circulaire dite « frontière ». D'autre part, pour le secteur ex-DG, entre 2007 et 2008, une hausse du nombre de séjours est constatée, liée à la montée en charge du PMSI sous l'effet du passage à 100 % de la T2A en 2008.

L'augmentation la plus importante du nombre de séjours depuis 2006 porte sur l'hémodialyse. Elle est de 59 % et représente 0,8 % de l'augmentation totale.

Les plus importantes augmentations sont essentiellement le fait des séances, qu'il s'agisse de chimiothérapie ou de radiothérapie. À noter par ailleurs que la cataracte (intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie) connaît une augmentation de 37,4 % du nombre de séjours sur la période considérée.

**Annexe IV**

**Tableau 9 : Évolution du nombre de séjours  
entre 2005 et 2010 dans les établissements de santé**

<b>GHM</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>Volumes 2010/ 2006</b>	<b>Valorisation 2010/ 2006</b>	<b>Effet structure</b>	<b>Contribution volumes</b>	<b>Contribution valorisation</b>
Hémodialyse, en séances	902 774	1 440 206	308 575 852	490678687	59,5 %	59,0 %	-0,3 %	3,7 %	0,8 %
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	977 686	1 270 260	377 592 263	490209181	29,9 %	29,8 %	-0,1 %	2,0 %	0,5 %
Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	972 173	1 245 805	150 969 498	194013007	28,1 %	28,5 %	0,3 %	1,9 %	0,2 %
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	137 826	310 673	47 522 630	107223452	125,4 %	125,6 %	0,1 %	1,2 %	0,2 %
Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	56 869	129 571	9 140 198	20842828	127,8 %	128,0 %	0,1 %	0,5 %	0,0 %
Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	103 078	166 573	76 535 275	123643499	61,6 %	61,6 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	110 148	151304	160297325	217879780	37,4 %	35,9 %	-1,0 %	0,3 %	0,2 %
Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	13 415	49 528	10 045 993	35041092	269,2 %	248,8 %	-5,5 %	0,3 %	0,1 %
Injections de toxine botulique, en ambulatoire	6 647	42 241	2 621 222	16281241	535,5 %	521,1 %	-2,3 %	0,2 %	0,1 %
Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	52 485	85 852	47 173 600	77174706	63,6 %	63,6 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et	33 430	63 195	24 515 026	46 417 662	89,0 %	89,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %

**Annexe IV**

<b>GHM</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>Volumes 2010/ 2006</b>	<b>Valorisation 2010/ 2006</b>	<b>Effet structure</b>	<b>Contribution volumes</b>	<b>Contribution valorisation</b>
métaboliques									
Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	45 675	73 876	40 072 542	65 024 904	61,7 %	62,3 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %
Transfusions, en séances	113 872	142 049	72 446 363	90 440 292	24,7 %	24,8 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Éthylisme aigu	75 357	100 515	50 598 612	69 497 923	33,4 %	37,4 %	3,0 %	0,2 %	0,1 %
Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	95 316	114 892	331 762 405	423 770 712	20,5 %	27,7 %	6,0 %	0,1 %	0,4 %
Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	58 962	75 521	140 900 262	193 846 369	28,1 %	37,6 %	7,4 %	0,1 %	0,2 %
Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	14 874	31 311	11 669 473	24 498 845	110,5 %	109,9 %	-0,3 %	0,1 %	0,1 %
Douleurs chroniques rebelles	5 003	21 194	10 457 529	37 222 237	323,6 %	255,9 %	-16,0 %	0,1 %	0,1 %
Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	28 523	43 685	93 689 827	163 286 944	53,2 %	74,3 %	13,8 %	0,1 %	0,3 %
Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	71 040	86 025	314 424 663	420 491 464	21,1 %	33,7 %	10,4 %	0,1 %	0,4 %
<b>Total</b>	<b>14 352 159</b>	<b>15 419 022</b>	<b>24 104 668 604</b>	<b>26 820 388 487</b>	<b>7,4 %</b>	<b>11,3 %</b>	<b>3,6 %</b>	<b>7,4 %</b>	<b>11,3 %</b>

*Source : ATIH, retraité par la mission IGF.*



## Annexe IV

### ◆ Une approche par les points ISA

Compte tenu des difficultés méthodologiques relatives à la mesure des évolutions de l'activité, la mission a retenu, avec l'appui de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), une approche par points « indicateur synthétique d'activité » (ISA) qui consiste à affecter à chacun des séjours un nombre de points en fonction de la complexité de la production réalisée. La somme de l'ensemble des GHM produits par un établissement donne une mesure de son activité totale pondérée par son casemix. Cette méthode a l'avantage de permettre de mesurer l'évolution de l'activité sur une période plus longue, et notamment avant la mise en œuvre de la T2A.

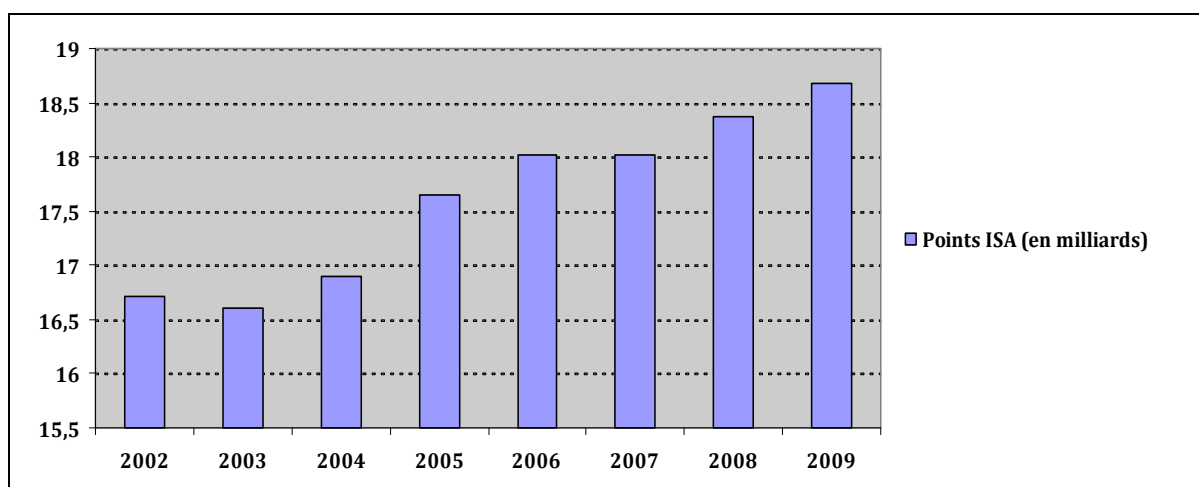
Au même titre que pour la grille des points ISA existante avant la mise en place de la T2A, le GHM de la version 9 de référence 14Z02A « Accouchements par voie basse sans complication significative » est affecté d'un total de 1 000 points. Le nombre de points pour les autres GHM est affecté proportionnellement au coût des GHM pour le secteur public établi dans le cadre de l'échelle nationale de coûts 2004 (ENC 2004). Cette échelle fixe les coûts selon la version 9 des GHM. Le choix délibéré d'utiliser les coûts du secteur public comme référence permet d'homogénéiser l'activité réalisée dans le secteur public et le secteur privé et de considérer ainsi qu'une prise en charge hospitalière (de même groupe) est équivalente en termes de valeur de production quelque soit le secteur.

La principale difficulté rencontrée provient du fait que cette méthode repose sur la nomenclature des GHM de la version 9. Or, la périodicité de l'activité hospitalière 2002-2009 n'est pas enregistrée pour toutes les années en version 9 des GHM. Pour résoudre ce problème, des tables de correspondance ont été reprises et ajustées entre les différentes versions en tenant compte des caractéristiques propres (définition de la CMD 24, prise en compte des complications,...) de chacune des versions.

Les établissements hospitaliers de Corse et d'Outre-mer n'ont pas été pris en compte dans les analyses, en raison de la spécificité de leur structure de coûts. Les séjours réalisés dans les hôpitaux locaux ont également été exclus de l'analyse, ces derniers n'étant pas soumis, à cette époque, à la T2A.

Les résultats de cette étude montrent une progression de l'activité des établissements de santé en métropole. L'activité hospitalière exprimée en nombre de points ISA progresse ainsi, entre 2002 et 2009, de 16,72 milliards à 18,67 milliards de points ISA.

**Graphique 7 : Évolution du nombre de points ISA (en milliards) de 2002 à 2009**



Source : IRDES.

## Annexe IV

### ◆ Un « effet T2A » complexe à isoler

L'augmentation du volume d'activité des établissements de santé est la résultante de plusieurs phénomènes difficiles à isoler.

D'un point de vue strictement quantitatif, l'augmentation du nombre de séjours peut être le résultat d'une augmentation des besoins de la population ou bien d'une meilleure couverture de besoins non satisfaits. Ainsi, une meilleure couverture des besoins de santé (en partie par l'effet des plans nationaux de santé publique comme le plan Cancer ou le plan Alzheimer) ainsi que l'évolution de la structure de ces besoins (vieillesse, développement des maladies chroniques) justifient en partie un accroissement des volumes. Sans doute peut-on d'ailleurs conclure que la T2A a permis un dynamisme dans la réponse apportée par les offreurs de soins à ces besoins. Le domaine de la cancérologie est à ce titre particulièrement illustratif.

Par ailleurs, l'observation des expériences étrangères montre que, dans la période de mise en place de la tarification à l'activité, l'augmentation de l'activité peut être forte. Il est ainsi souvent considéré qu'un mécanisme de tarification à l'activité a, lors des deux ou trois premières années d'application, un effet inflationniste ou, à tout le moins, pousse au développement de l'activité apparente. On peut ainsi penser que la T2A a généré par elle-même, un surcroît apparent d'activité du fait d'une amélioration quantitative (exhaustivité) et qualitative (optimisation) du codage (voir annexe I).

Enfin, l'augmentation des volumes d'activité peut être le résultat d'une induction de la demande ou d'interventions non pertinentes. La réalisation de certains actes s'avère ainsi très variable, sur le plan quantitatif, d'un point du territoire à l'autre. Ces variations de pratiques peuvent exprimer un mésusage, un sur-usage ou un sous-usage. Elles tiennent parfois à des intérêts économiques.

C'est le cas par exemple de la pratique de segmentation des séjours. Les différentes études conduites sur ce sujet montrent par exemple une variation du taux de recours sur les endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie (séjour de la CMD 13 de moins de 2 jours, 13K02) de 0,3/1000 à 1,8/1 000 sur les départements observés en France métropolitaine et la Corse. Le taux de recours moyen sur ce séjour a progressé entre 2007 et 2010. Il est ainsi passé de 0,6 recours pour 1 000 habitants à 0,8 recours pour 1 000 habitants.

Mais, au regard des analyses conduites *supra*, ce phénomène ne fonctionne que pour :

- les structures ayant des capacités d'hospitalisation non utilisées pour ce qui concerne une inflation sur les séjours ;
- les structures dont le casemix permet de faire de la non pertinence (prises en charges légères, séjours avec beaucoup d'actes techniques, peu invasives, en médecine, séances...).

### 1.1.2.2. Sur les parts de marché

#### ◆ L'analyse des parts de marché tend à montrer une progression plus importante du secteur public

En 2009, les hôpitaux publics assument la plus grande part des soins hospitaliers. Ainsi, 60,2 % des séjours ont lieu dans un hôpital public, 8,4 % dans un hôpital privé à but non lucratif et 31,3 % dans une clinique. Entre 2005 et 2009, les parts de marché du secteur public ont augmenté de 4,1 % tandis qu'elles ont diminué dans le secteur privé lucratif de 0,6 %.

## Annexe IV

**Tableau 10 : Évolution des parts de marché par secteur entre 2005 et 2009**

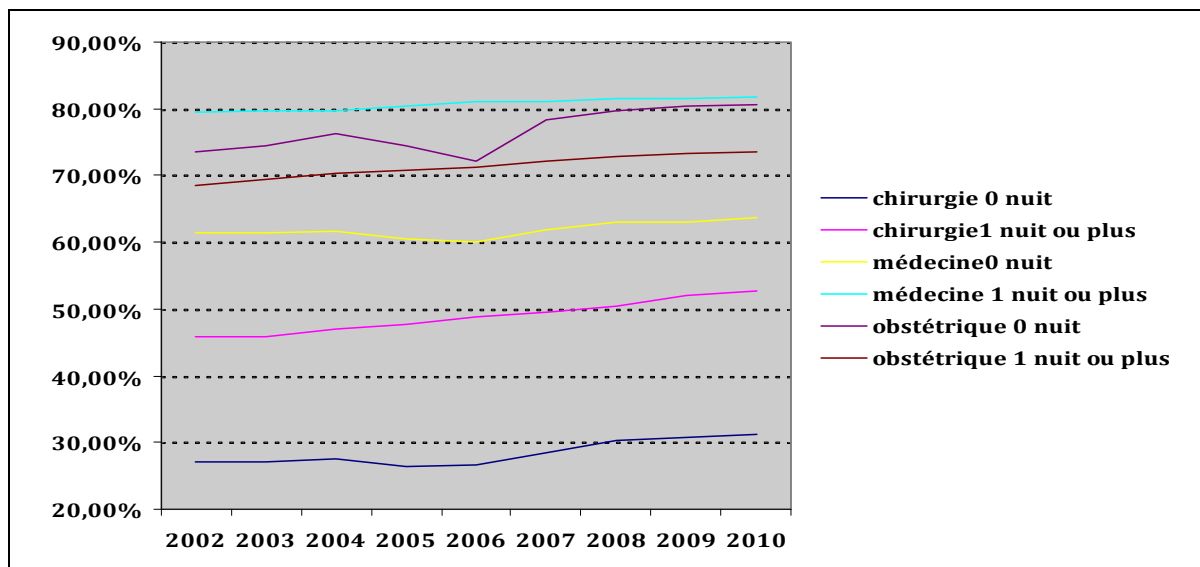
Secteur	2005	2006	2007	2008	2009	Δ séjours
Public	58,7 %	59,0 %	59,6 %	60,3 %	60,2 %	4,1 %
Privé non lucratif	8,4 %	8,4 %	8,4 %	8,5 %	8,4 %	1,7 %
Privé lucratif	32,9 %	32,5 %	32,0 %	31,2 %	31,3 %	-0,6 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	2,2 %

*Source : ATIH, PMSI-MCO 2005 à 2009, France métropolitaine et DOM, court séjour, hors séances.*

La répartition d'ensemble des parts de marché par secteur n'est toutefois pas homogène. Les cliniques privées réalisent la moitié des séjours chirurgicaux mais un tiers des séjours pour soins aigus. L'analyse de l'activité du secteur public révèle une forte prédominance de l'activité de médecine, notamment celle de plus d'une nuit.

En tendanciel, on observe également une forte progression du secteur public dans les activités chirurgicales et obstétricales. Pour l'obstétrique, l'augmentation des parts de marché du secteur public provient essentiellement d'une diminution du nombre de séjour des cliniques (due pour l'essentiel à la fermeture des petites maternités pour des raisons réglementaires). Pour la chirurgie, cet accroissement serait le fruit d'un fort dynamisme de cette activité (+12,6 % sur la période).

**Graphique 8 : Évolution des parts de marché du secteur public par type de prise en charge entre 2002 et 2010**



*Source : PMSI - la médecine de moins de 24h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare).*

Cela étant, il est, dans ce cas également, difficile de conclure à un effet T2A sur l'évolution des parts de marché. On note en effet que celles-ci étaient d'ores et déjà croissantes en 2004, tout comme en 2003 à l'exception de la chirurgie ambulatoire.

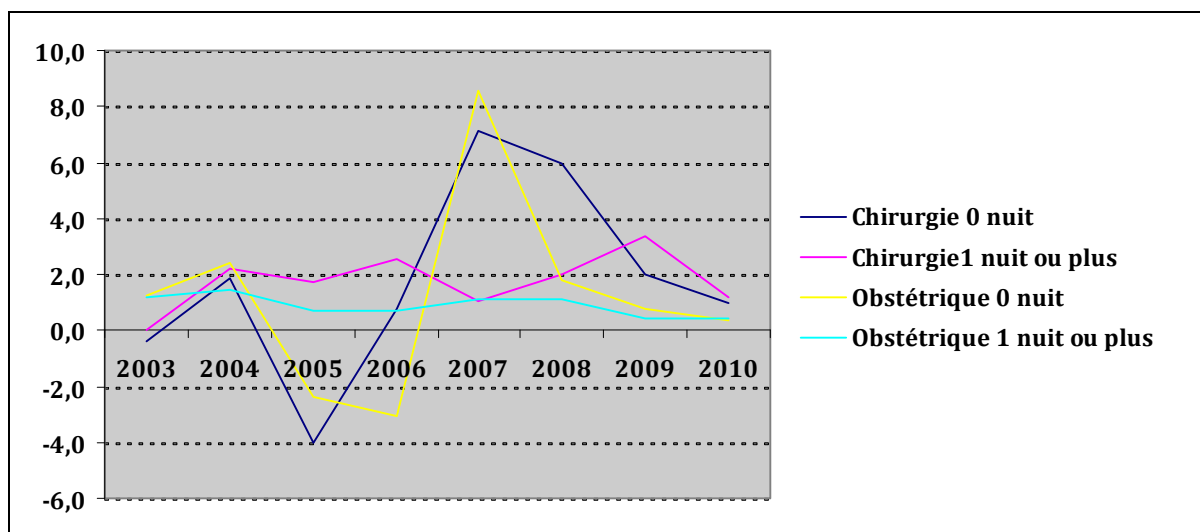
L'augmentation des parts de marché du secteur public s'accélère toutefois à compter de 2006, à l'exception de l'obstétrique de 0 nuit. Cette croissance des parts de marché du secteur public après la mise en œuvre de la T2A et à mesure de son déploiement s'atténue progressivement mais demeure positive jusqu'en 2010. Elle est due à la fois à une hausse du nombre de séjours et à un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés. Elle se concentre sur les disciplines chirurgicales et obstétricales.

## Annexe IV

L'analyse de quelques pathologies à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples<sup>13</sup> : évolution des pratiques, recommandations professionnelles, restructurations, contraintes administratives, nouveaux positionnements des établissements publics, progrès de ces derniers dans la prise en charge en ambulatoire, ...

Une autre explication peut provenir du codage du PMSI. La montée en puissance de la T2A a en effet fait du codage un enjeu essentiel, ce qui a pu pousser les établissements publics à s'améliorer dans ce domaine et à combler ainsi leur temps de retard par rapport aux cliniques privées.

**Graphique 9 : Taux d'évolution annuels des activités de chirurgie et d'obstétrique dans le secteur public entre 2003 et 2010**



*Source : PMSI - la médecine de moins de 24h contient les séances (sauf la radiothérapie, la dialyse et l'oxygénothérapie hyperbare).*

<sup>1313</sup> DREES, études et résultats, n°785, novembre 2011.

### 1.1.3. Une spécialisation et une concentration de l'offre au sein du secteur privé

La mise en place de la T2A a permis le développement de stratégies de réorganisation et de spécialisation d'activité dans une logique de recettes. Ceci est particulièrement notable dans le pilotage des établissements, publics comme privés, pour lesquels les projets de développement d'activité font quasi systématiquement l'objet d'un compte de résultat qui permet d'apprécier l'équilibre budgétaire recherché.

Les visites effectuées par la mission ont permis de confirmer le développement d'une nouvelle culture de gestion dans les établissements. La diffusion de tableaux de bord, le développement des outils et les actions conduites sur les organisations permettent aujourd'hui aux établissements de retenir les projets de développement d'activités dont l'équilibre d'exploitation est assuré (voir toutefois annexe III sur le signal prix).

Sauf phénomène d'induction de la demande, ces stratégies impliquent d'une part une captation de patientèle (par couverture de besoins non satisfaits ou par conquête de parts de marché) et d'autre part la connaissance, dans le panel d'activité existant, des activités excédentaires ou déficitaires.

L'étude du casemix des établissements est à ce titre particulièrement illustrative. Selon Zeynep Or, l'analyse de l'activité hospitalière montre « *qu'il existe une forte partition des soins (au niveau des GHM ou des segments d'activité) entre les secteurs publics et privés* ». Des stratégies de spécialisation par secteur et par type d'établissement sont avérées.

#### 1.1.3.1. Un phénomène d'entropie<sup>14</sup> constaté dans le secteur privé

L'analyse des données sur longue période à partir du PMSI est difficile :

- ♦ durant la période 2002-2004 et avant le passage T2A, l'information remontée *via* le PMSI n'est pas complète : tous les établissements ne remontent pas les informations ; un établissement donné ne code pas toute son information ;
- ♦ durant la période 2005-2007, la mise en place de la T2A a permis une montée en charge progressive de la qualité des informations du PMSI ;
- ♦ en 2009, le passage à la classification V11 des GHM rend difficile les comparaisons avec les nomenclatures antérieures (forte augmentation du nombre de GHM, disparition de la CM24, passage en T2A du service de santé des armées, etc.).

Entre 2008 et 2010 certains établissements, notamment des CHU ont également signalé que l'apparente dynamisme de leur activité n'était que le reflet d'un rattrapage de l'exhaustivité du codage au fil des ans. S'il est possible de corriger l'absence de remontée d'information en « cylindrant » (ne sont conservés que les établissements présents toutes les années de la période), le défaut d'exhaustivité ne peut pas être corrigé.

La valeur entropique a été utilisée comme indicateur de la variété du casemix. L'entropie résume la dispersion des séjours d'un établissement au sein des groupes homogènes de malades. Pour un hôpital réalisant N séjours par an, l'entropie (notée E) s'exprime par la formule suivante :

$$E = \sum_{i=1}^n s_i \ln\left(\frac{1}{s_i}\right) \text{ où } s_i = \frac{n_i}{N} \text{ est la part des séjours classés dans le GHM}$$

<sup>14</sup> Méthode IRDES : « La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie » Kerleau M., Le Vaillant M., Or Z., In « Dossiers Solidarité et Santé », 2005/04-06, n° 2, pp. 49-60.

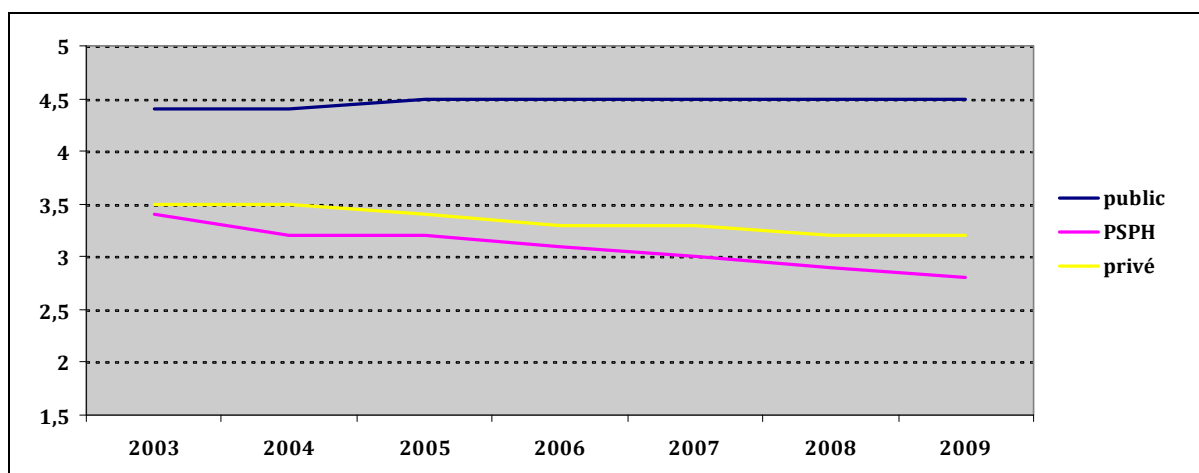
## Annexe IV

Plus la valeur entropique est élevée, plus la production médicale de l'hôpital est variée.

Le graphique 10 présente la moyenne, de 2002 à 2009, des entropies par établissement selon leur secteur d'appartenance. L'étude, par l'IRDES, de cet indicateur sur la période allant de 2003 à 2009 semble ainsi montrer :

- une variété du casemix plus importante pour les établissements publics sur l'ensemble de la période (2003 à 2008) ;
- une spécialisation accrue pour les établissements du secteur privé et PSPH (indicateur d'entropie en baisse) ;
- une stabilité de l'indicateur d'entropie pour les établissements publics.

**Graphique 10 : Évolution du taux d'entropie par type d'établissement entre 2003 et 2009**



Source : IRDES.

Ainsi, l'IRDES analyse qu' « à la différence des entreprises « classiques », et du fait de leur appartenance au service public, une possible déduction de ces résultats consiste à soutenir que les structures hospitalières publiques sont a priori des établissements à spectre d'activités imposé. La planification et le système d'autorisation qui lui est lié laissent peu de marges de manœuvre aux établissements pour répartir de façon autonome leurs capacités entre les activités. Les choix de développement et de spécialisation des équipes médicales « colorent » néanmoins au fil du temps le profil d'activité des établissements, sans toutefois différencier significativement les établissements. Bien que soumises également au régime des autorisations, les cliniques privées ont quant à elles, une plus grande latitude décisionnelle en ce qui concerne la délimitation de leurs portefeuilles d'activité et de leur évolution. Depuis 2004, on observe une augmentation des structures spécialisées sur un nombre limité de produits ».

### 1.1.3.2. Des phénomènes de spécialisation entre les structures

L'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés fait apparaître des choix contrastés en matière de spécialisation.

De façon générale, les hôpitaux publics sont davantage présents sur les activités de médecine puisqu'ils couvrent 67,5 % du total des séjours. Dans la quasi-totalité des groupes d'activités médicales, la part du secteur public est d'au moins 50 %. Elle est supérieure à 80 % pour les pathologies relevant de la pneumologie, de l'endocrinologie, les maladies du système nerveux ou les maladies infectieuses. Par ailleurs, deux accouchements sur trois ont lieu dans une maternité publique.

## Annexe IV

En chirurgie, près de 55 % des séjours sont réalisés par des cliniques privées. Mais ces dernières concentrent leur activité sur des actes souvent réalisables en moins d'un jour et nécessitant un mode organisationnel adapté. À titre d'exemple, elles réalisent environ 76 % de la chirurgie de la cataracte, 74 % de la chirurgie des varices, 74 % des arthroscopies ou encore 72 % des ablations des amygdales ou des végétations et des poses de drains. Les hôpitaux publics ont la quasi-exclusivité de la prise en charge de certains actes complexes tels que les brûlures (92 %) ou la chirurgie des traumatismes multiples graves (97 %).

L'activité des cliniques privées domine également dans quelques groupes dont l'ophtalmologie et l'ORL (71 % de prise en charge pour les cliniques privées), les soins pour les tissus cutanés et sous-cutanés (64 %) ou le vasculaire périphérique (63 %).

### 1.1.4. Une difficulté à structurer à moyen terme une offre adaptée

Puisque la T2A finance une activité et non un besoin, son impact en termes de régulation et d'organisation de l'offre de soins doit s'évaluer sur sa capacité à financer une offre conforme aux stricts besoins.

En pratique, le décalage entre l'offre de soins et les besoins de santé sont de deux ordres :

- ◆ d'une part, le nouveau système de financement des établissements de santé mis en œuvre en 2004 s'inscrit dans le cadre d'une offre de soins existante, en grande partie figée. La tendance à la réduction des capacités d'hospitalisation en court séjour constatée dans l'ensemble des pays de l'OCDE impliquerait que la T2A puisse avoir un effet restructurant à la baisse. Or, la T2A est un outil qui cherche surtout à révéler une demande non satisfaite ou induire une demande nouvelle. Il est originellement conçu pour résorber les défauts d'offre ou les « files d'attente » ;
- ◆ d'autre part, l'adaptation de l'offre aux besoins selon le mode le plus pertinent (par exemple par le développement des capacités d'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation conventionnelle) combine plusieurs facteurs tels que la formation, la bonne articulation des parcours de soins (réduire la durée moyenne de séjour d'une personne âgée prise en charge en ambulatoire implique des solutions d'aval adaptées) et l'intérêt à agir (le tarif et la rémunération). Le rôle de l'outil tarifaire doit dans ce cas être relativisé.

En 2008, le rapport établi par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital soulignait déjà que *« l'organisation des soins ne peut que tenir compte des problématiques générales d'aménagement du territoire (bassins de vie et d'emploi, zones d'attractivité, transports...). Il convient résolument de penser cette organisation à partir des besoins et non pas de l'offre ou des structures existantes. [...] Pour s'ancrer dans l'avenir, un hôpital doit répondre à des besoins et s'inscrire dans une offre de soins graduée, ce qui exige une analyse territoriale pertinente, tenant compte des flux de population et des bassins d'emploi, et graduée selon les activités. Les travaux de géographie et d'économie de la santé fournissent à cet égard des analyses permettant d'illustrer les bassins de population pertinents en fonction des activités dans une logique de gradation des soins ».*

Or, tant l'absence de réelle analyse des besoins<sup>15</sup> que l'existence d'une offre de soins préexistante conduit à biaiser les effets que peuvent avoir l'outil tarifaire.

---

<sup>15</sup> Dans les faits, il semble que l'évaluation des besoins de santé se limite à une analyse de la consommation de soins (vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle), ajustée d'un certain nombre de facteurs démographiques. C'est ce que les monographies régionales ont globalement mis en évidence, cf. rapport DREES sur T2A et planification, 2008.



## Annexe IV

Par ailleurs, rien n'indique que la T2A puisse à elle seule restructurer l'offre existante dans le sens souhaité par les pouvoirs publics. Au contraire parfois, il peut être plus aisé d'adopter une stratégie de contournement qu'une opération de restructuration. A ce titre, l'essentiel des plans de retour à l'équilibre financiers conduits dans les établissements de santé ont reposé sur une forte croissance des recettes plutôt que sur des réductions de dépenses (cf. rapport de l'IGAS de mars 2008 sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par des hôpitaux « perdants » à la T2A).

La T2A peut également conduire à des restructurations préjudiciables (fermeture d'un établissement déficitaire et pour autant indispensable en termes d'offre de soins). Les politiques mises en œuvre d'adaptation de l'offre de soins se sont ainsi articulées principalement autour du droit des autorisations, de la planification territoriale à travers les schémas territoriaux de l'offre de soins (SROS) ou des tentatives de régulation des volumes d'activité au sein de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements (CPOM). Dans ce cadre, la T2A ne peut permettre d'accompagner les mesures engagées du point de vue de l'organisation de l'offre que s'il existe un signal-prix et que ce dernier est effectivement capté (cf. annexe III).

Par ailleurs, l'investissement constitue souvent le meilleur moyen de régulation et d'ajustement de l'offre aux besoins. Deux questions centrales se posent à ce titre, qui déterminent la capacité de l'outil tarifaire à envisager la structuration d'une offre à moyen-long terme :

- ◆ quelles doivent être les modalités de prise en compte de l'investissement dans les tarifs ?
- ◆ comment la T2A intervient-elle dans la construction – validation des projets d'investissements ?

Le sujet de l'investissement hospitalier et de son articulation avec l'outil tarifaire vaut autant pour l'élaboration du plan de financement que pour la pertinence de l'investissement eu égard à l'offre existante et aux besoins de santé. Faut-il en ce sens que les tarifs intègrent le financement de tout ou partie de l'investissement hospitalier ? Faut-il au contraire confier des enveloppes d'investissement aux ARS ?

La difficulté vient de ce que, intégré aux tarifs, l'effort d'investissement est lissé et réparti indifféremment sur l'ensemble des structures, quels que soient les besoins. A l'inverse, le fait de confier les enveloppes aux ARS, plus pertinent en termes de planification, retire aux acteurs locaux toute marge de manœuvre pour se développer librement (ce qui va à l'encontre du principe d'autonomie des établissements publics) et répondre au signal-prix.

En pratique, selon une étude<sup>16</sup> conduite pour la DGOS, le critère d'équilibre financier de l'établissement ne conditionne pas forcément la décision d'investir. Le financement d'un projet est théoriquement conditionné au maintien de l'équilibre financier de l'établissement. Mais, dans les faits, des projets non rentables peuvent être financés s'ils correspondent à des priorités de planification. L'étude montre que « *certaines projets d'investissement ont pu être financés alors que le projet n'était pas rentable. De nombreux facteurs peuvent expliquer ce type de situations, au premier rang desquels l'influence de certains élus sur les décisions* ».

---

<sup>16</sup> Examen des liens entre les modes de financement et la planification, Price Waterhouse Coopers, 2008.



## 1.2. Un outil CCAM qui ne permet pas de résorber les déséquilibres de l'offre

L'instauration de l'outil CCAM s'est faite dans le cadre d'une offre de soins de ville marquée par des enjeux majeurs d'organisation et de permanence des soins (1.2.1). Sa mise en œuvre est concomitante d'une accentuation des déséquilibres de l'offre entre secteurs et spécialités (1.2.2) et d'une inadaptation à la spécificité des consultations hospitalières (1.2.3).

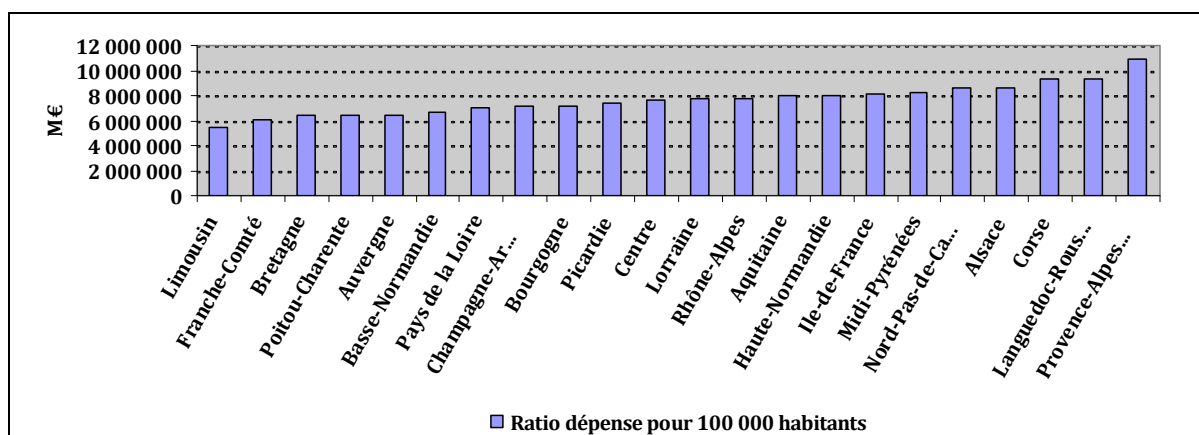
### 1.2.1. L'objectif d'organisation et de permanence des soins

La France connaît en 2011 un niveau historiquement élevé du nombre de médecins. Pourtant, d'importantes disparités géographiques et de spécialités existent. La réduction du temps médical disponible, accentuée par l'ampleur des départs en retraite, laisse entrevoir des difficultés importantes pour la permanence des soins en ville, notamment dans les zones rurales<sup>17</sup>.

De fait, les actions directes sur le flux des formations médicales (action sur le *numerus clausus*) et sur la filialisation (action sur les épreuves classantes nationales) ne permettent pas d'obtenir, à elles seules, une répartition équilibrée des professionnels de santé en raison notamment de la liberté d'installation des médecins libéraux. L'absence de mécanismes contraignants, doublée d'incitations insuffisantes (cf. partie 1.3.2), conduit la CCAM, en tant qu'outil tarifaire, à « transcrire » les inégalités médicales en inégalités de dépenses médicales par habitant.

Ainsi, le ratio de dépense CCAM pour 100 000 habitants en 2009 était d'environ 5,5 M€ contre 10,9 M€ en PACA. La moyenne en métropole se situe quand à elle à 7,9 M€.

**Graphique 11 : Montants CCAM remboursables en 2009 par région rapproché à la population (en M€).**



Source : ADELI, CNAMTS, retraité par la mission.

<sup>17</sup> La problématique de démographie médicale impacte également les établissements de santé et provoquent parfois des abandons d'activité faute de personnel médical.

## Annexe IV

- ◆ Un niveau historiquement élevé du nombre de médecins inégalement répartis

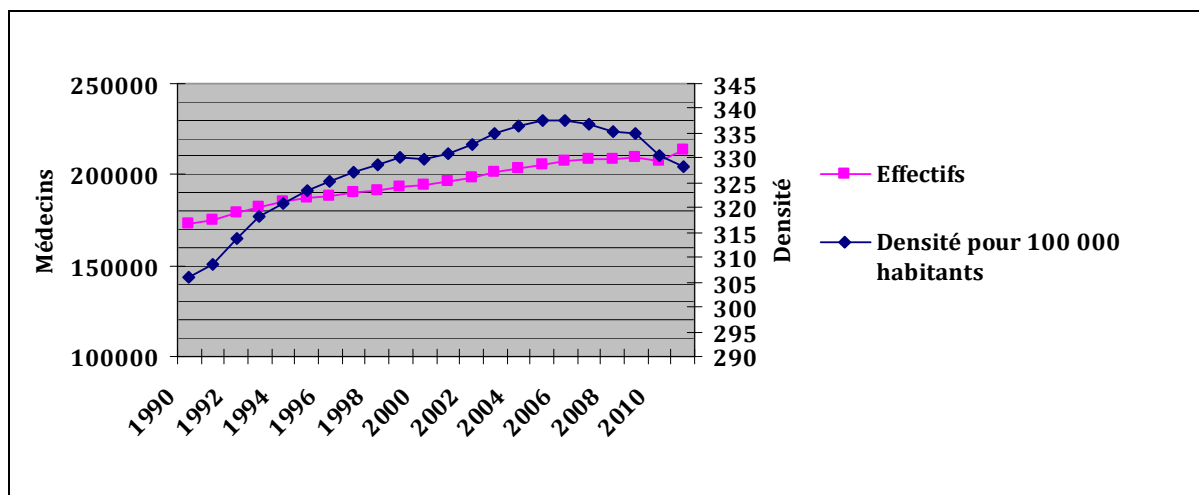
Malgré les incertitudes entourant le recensement du nombre de médecins (variété des méthodes, imprécisions sur les effectifs des médecins de premiers recours<sup>18</sup>) les statistiques publiées par la DREES sur la démographie des médecins<sup>19</sup> font ressortir un effectif médical à un niveau historiquement élevé.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010 les données pour la France métropolitaine provenant des différentes sources comptabilisent :

- 207 457 médecins pour Adeli ;
- 210 150 médecins en activité globale pour l'Ordre des médecins ;
- 200 660 médecins, chiffre estimé à partir de la tendance issue des données des enquêtes Emploi (à l'exclusion des internes).

En 20 ans, les effectifs ont augmenté de 23,3 %, soit +40 342 médecins. Rapportée à l'évolution de la population, l'augmentation du nombre de médecins entre 1990 et 2011 est également constatée : la densité médicale a augmenté de 7,3 % sur cette période. Toutefois, une dérive de la densité médicale est observée à compter de 2007 malgré la poursuite de l'augmentation du nombre de médecins.

**Graphique 12 : Évolution du nombre de médecin comparée à l'évolution de la densité médicale entre 1990 et 2011**



Source : DREES-ADELI.

Les médecins sont très inégalement répartis sur le territoire. On distingue ainsi des régions sous-dotées et des régions sur-dotées. D'une manière générale, ils sont plus nombreux dans le Sud de la France et en Île-de-France. C'est en Picardie que la densité médicale est la plus faible avec 254 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants. C'est en PACA qu'elle est la plus forte avec 409 médecins pour 100 000 habitants. La moyenne nationale se situe à 313 médecins pour 100 000. Notons que, parmi les médecins comptabilisés, certains ne sont pas en activité ou ne le sont que de façon irrégulière sans que les grands équilibres démographiques soient modifiés.

<sup>18</sup> Rapport au Président de la République du docteur Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité, 2010.

<sup>19</sup> « Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2010 », Didier Sicart, DREES, document de travail, février 2011.

## Annexe IV

**Tableau 11 : Effectifs et densité (pour 100 000 habitants) des médecins par région**

Région	Population	Effectifs spé.	Effectifs gén.	Total	Densité spé.	Densité gén.	Total
Picardie	1 903 500	2 203	2 634	4 837	116	138	254
Centre	2 535 000	3 293	3 380	6 673	130	133	263
Haute-Normandie	1 819 500	2 321	2 494	4 815	128	137	265
Basse-Normandie	1 464 000	1 966	2 054	4 020	134	140	274
Pays de la Loire	3 510 500	4 696	5 017	9 713	134	143	277
Bourgogne	1 636 000	2 264	2 386	4 650	132	146	278
Champagne-Ardenne	1 338 500	1 736	2 025	3 761	130	151	281
Poitou-Charentes	1 749 500	2 297	2 779	5 076	131	159	290
Lorraine	2 341 000	3 358	3 480	6 838	143	149	292
Nord-Pas-de-Calais	4 022 000	5 419	6 411	11 830	135	159	294
Franche-Comté	1 163 000	1 603	1 886	3 489	138	162	300
Auvergne	1 341 500	1 923	2 169	4 092	143	162	305
Bretagne	3 141 000	4 687	4 973	9 660	149	158	307
Moyenne	6 121 717	9 278	8 767	18 044	155	158	313
Corse	303 000	455	500	955	150	165	315
Limousin	739 000	1 120	1 287	2 407	152	174	326
France Métropolitaine	62 131 000	106 642	100 815	207 457	172	162	334
Aquitaine	3 175 500	5 427	5 344	10 771	171	168	339
Rhône-Alpes	6 113 000	10 735	9 981	20 716	176	163	339
Alsace	18 375 000	3 268	2 976	6 244	178	162	340
Midi-Pyrénées	2 837 500	5 098	4 910	10 008	180	173	353
Languedoc-Roussillon	2 587 500	4 741	4 563	9 304	183	176	359
Île-de-France	11 672 500	27 374	20 309	47 683	235	174	409
Provence-Alpes-Côte-D'azur	4 900 500	10 758	9 257	20 015	220	189	409

*Source* : « Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2010 », *Didier Sicart, DREES, document de travail, février 2011.*

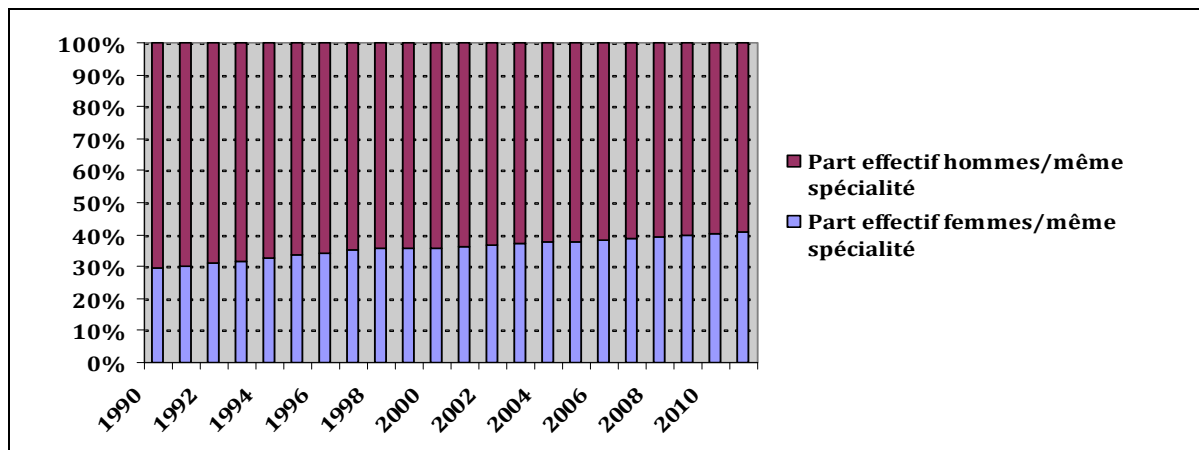
◆ Des inégalités territoriales amenées à s'accroître

Deux facteurs conduisent actuellement à prévoir un abaissement du temps médical disponible dans les prochaines années, tous statuts de médecins confondus (libéraux, salariés...) : la féminisation de la profession et le vieillissement des médecins.

L'une des caractéristiques majeures de l'évolution de la profession médicale depuis les années 1990 est tout d'abord celle de sa féminisation. Alors qu'en 1990, 30 % des médecins étaient des femmes, en 2011, cette part atteint les 40 %. Cette tendance est amenée à s'accroître. Ainsi, une étude de Niel et Vilain (2001) montre que les femmes médecins travaillent toutes choses égales par ailleurs, environ six heures de moins par semaine que les hommes.

## Annexe IV

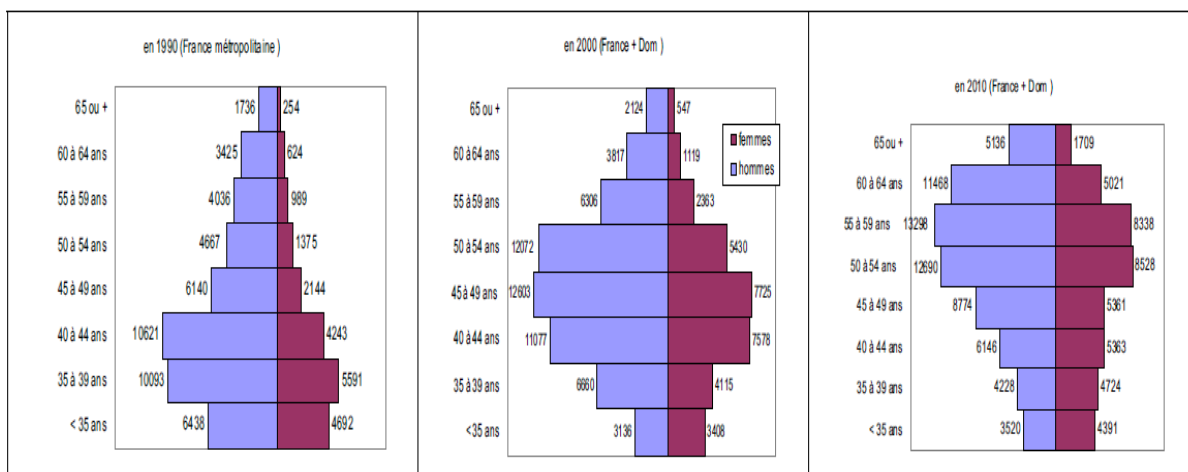
**Graphique 13 : Répartition hommes-femmes dans l'ensemble des médecins (en %)**



Source : DREES-ADELI

Par ailleurs, la démographie médicale révèle un important vieillissement de la population des médecins (cf. graphique ci-dessous).

**Graphique 14 : Évolution de la pyramide des âges des médecins en France en 1990, 2000 et 2010**



Source : DREES, Didier Sicart Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2010, document de travail, n°152, février 2011.

Ces deux caractéristiques sont de nature à aggraver les disparités actuelles. A l'avenir, les effectifs de médecins évolueront différemment selon les territoires. Selon certaines hypothèses relatives à la répartition régionale du *numerus clausus* et des postes ouverts aux épreuves nationales classantes ainsi qu'à la mobilité, les évolutions des densités médicales régionales seraient très hétérogènes<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Mission du docteur Michel Legmann « Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale », avril 2010. : la densité médicale chuterait fortement d'ici 2030 dans des régions aujourd'hui bien dotées, en Corse (-35 %), en Languedoc Roussillon (-30 %), en Ile de France (-26 %), en PACA (-26 %) et en Midi-Pyrénées (-22 %). Au contraire elle croîtrait de 10 à 16 % en Poitou Charente, en Franche-Comté, en Basse Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine. L'évolution de la population dans certaines régions aura également un impact sur la densité médicale. Ainsi en Languedoc Roussillon, le nombre de médecins devrait baisser de 8 % alors que la population devrait augmenter de 30 %.

## Annexe IV

Un scénario de référence tendanciel a été élaboré par la DREES<sup>21</sup>. Ce scénario repose sur une hypothèse de la stabilité des comportements actuels. Il permet ainsi « *d'apprécier l'ampleur des inflexions nécessaires pour obtenir des évolutions différentes* ».

Le nombre de médecins, après une diminution jusqu'en 2019 à 188 000 personnes, atteindrait, en 2030, un total de 206 000 (contre 207 000 environ au 1<sup>er</sup> janvier 2010). La densité médicale serait plus faible compte tenu d'un accroissement prévisionnel de la population de l'ordre de 10 %. Après un point bas en 2020 à 276 médecins pour 100 000 habitants, elle serait de 292 en 2030.

Les inégalités de densité médicale entre régions seraient fortement modifiées mais pas réduites. La carte des écarts régionaux à la densité médicale moyenne « *serait assez bouleversée. En 2030 [...], l'Île-de-France et la région PACA ne se distingueraient plus par des densités élevées, tandis que la Bretagne, la Franche-Comté, le Poitou-Charentes, le Limousin, l'Auvergne, et l'Aquitaine seraient mieux dotées en médecins que les autres régions* ».

Enfin, outre le rajeunissement et la féminisation de la profession, la baisse des effectifs serait plus marquée pour les spécialistes (autres que médecine générale) compte tenu de l'hypothèse selon laquelle 55 % des postes ouverts aux épreuves nationales classantes sont des postes d'interne en médecine générale. Le nombre de spécialistes diminuerait ainsi plus rapidement que celui des généralistes.

### 1.2.2. Une accentuation des déséquilibres de l'offre entre secteurs et spécialités

L'exercice médical est caractérisé par une importante variation des revenus selon la spécialité exercée (cf. annexe II). Ces inégalités ne sont pas sans incidence sur la structure de l'offre de soins. Elles ont deux effets principaux : un déséquilibre entre le secteur hospitalier et le secteur libéral sur certaines disciplines, et un déséquilibre entre spécialités médicales, notamment entre généralistes et spécialités « techniques ».

#### 1.2.2.1. Des inégalités de revenus qui peuvent conditionner, à long terme, l'attractivité des spécialités

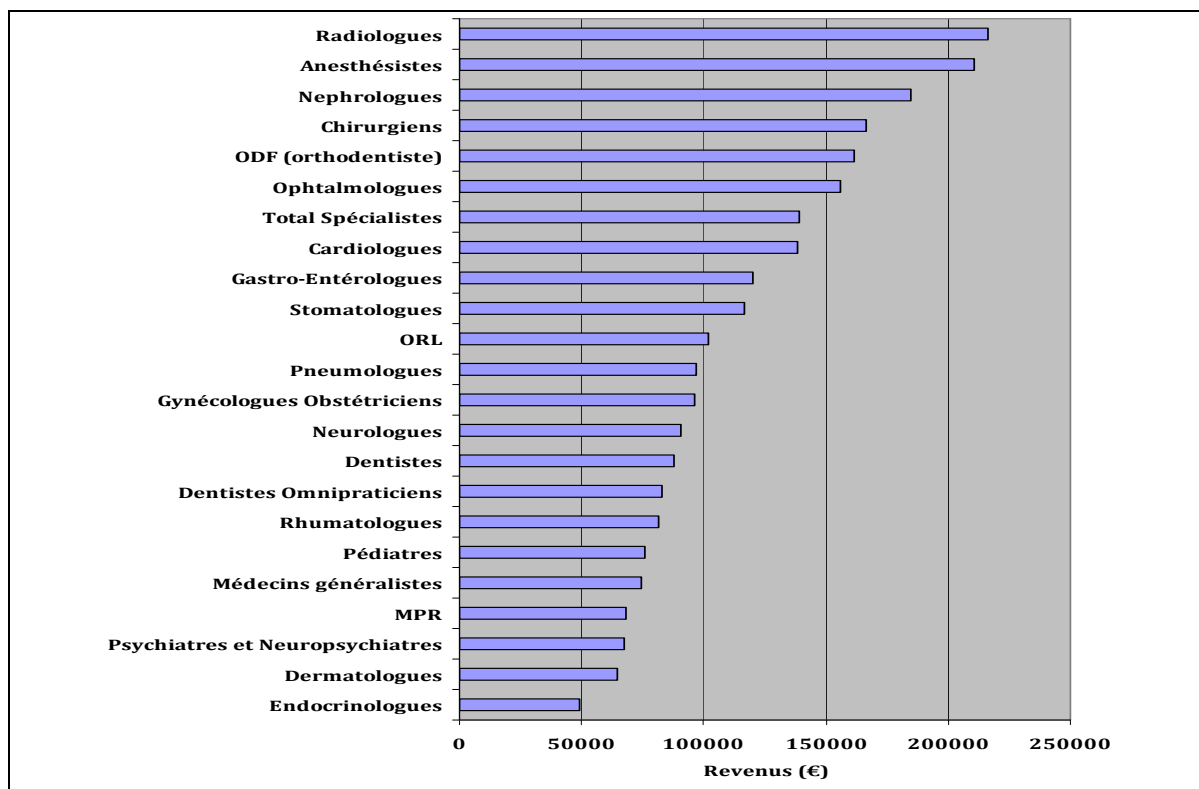
Bien que la CCAM ait eu pour objectif de rétablir une équité de rémunérations entre praticiens, celles-ci se sont davantage creusées depuis 2004 (cf. annexe II) En 2010, les radiologues ont des revenus qui, en moyenne, dépassent les 200 000 euros alors que les endocrinologues avoisinent les 50 000 euros.

---

<sup>21</sup> La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.

## Annexe IV

**Graphique 15 : Revenus annuels par spécialité médicale en 2010 (en euros)**



Source : Mission IGF.

Les écarts de revenus peuvent s'avérer structurants dans les choix de spécialités que les étudiants en médecine opèrent, bien que la rémunération ne soit pas le seul élément (effets modes, risque juridique, pénibilité...). La rémunération des médecins ne se réduit pas non plus à la facturation des actes techniques de secteur 1. Outre les majorations existantes, l'existence du secteur 2 compense une partie de ces écarts (cf. annexe II).

L'évolution des effectifs non salariés sur la longue période par spécialité montre certaines concordances mais aussi certains rapports inverses. Ainsi, entre 1984 et 2011, les dermatologues, dont la rémunération figure dans le bas du tableau (cf. graphique 10) ont connu une augmentation de leurs effectifs supérieure à la moyenne des médecins spécialistes en secteur libéral. Les chirurgiens et pédiatres, moins bien rémunérés en secteur 1 *via* la CCAM sont les disciplines pour lesquelles le taux d'évolution est le plus faible.

**Tableau 12 : Évolution des effectifs de quelques spécialités en secteur libéral entre 1984 et 2011**

Discipline	1984	2011	Δ
Chirurgiens	2 525	2 908	15 %
Pédiatrie	2 340	3 002	28 %
Total spécialistes	30 918	55 957	81 %
Anesthésistes	1 858	3 786	104 %
Dermatologues	1 722	3 511	104 %
Radiologue	2 868	6 214	117 %
Néphrologues	59	368	524 %
Urologues	73	673	822 %

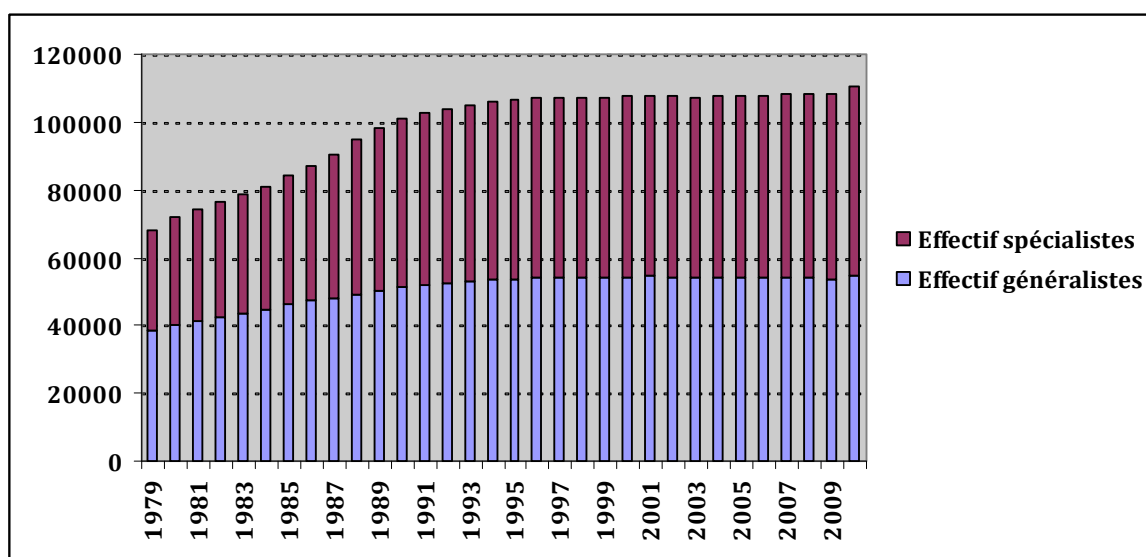
Source : DREES - ADELI.

### 1.2.2.2. L'iniquité croissante de rémunération entre spécialistes et généralistes est couplée d'une réduction relative du nombre de généralistes

Il existe une iniquité croissante de rémunération entre spécialistes et généralistes (cf. annexe II).

Or, l'enjeu pour la structuration de l'offre de soins (parcours coordonnés, permanence des soins) réside dans la valorisation du métier de généraliste. La mise en place de la CCAM favorise les médecins de spécialités techniques. Elle accentue en cela une tendance déjà marquée historiquement de décroissance relative du nombre de médecins généralistes par rapport aux spécialistes.

**Graphique 16 : Évolution comparée du nombre de spécialistes et de généralistes entre 1979 et 2011 (en nombre de médecins)**



Source : DREES - ADELI.

### 1.2.2.3. Un effet structurant sur la spécialisation de l'activité des secteurs public et libéral

Les écarts de revenus entre spécialités posent également la question, pour les médecins, du choix entre un statut de salarié ou de libéral.

La comparaison entre les rémunérations des praticiens du public avec celles des libéraux est complexe. Le rapport d'enquête de l'IGAS publié en janvier 2009 sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, fait état d'un écart important de rémunération en faveur du privé, surtout pour les spécialités médico-techniques. Il existe toutefois des limites à la comparaison qui tiennent « aux difficultés à intégrer l'ensemble des revenus perçus tout au long de la vie professionnelle et après ». Le HCCAM a ainsi retraité le niveau de rémunération des médecins par catégorie. Il a relevé un écart moyen sur l'ensemble de la carrière de 14,4 % au profit des médecins libéraux.

Ce constat explique en partie la problématique du manque d'attractivité de l'hôpital pour certaines disciplines médicales, celle-ci étant par ailleurs complétée de conditions d'exercices différentes, notamment en matière de gardes et astreintes.

Ainsi, le plus fort taux de vacance de postes de praticiens hospitalier (PH) temps plein et temps partiels se situe-t-il sur les disciplines médico-techniques, et en particulier les radiologues.

Annexe IV

**Tableau 13 : Décomposition du nombre de praticiens hospitaliers statutaires (temps plein et temps partiel) et taux de vacance de postes en 2010**

Discipline	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire
<b>Biologie</b>	<b>1 987</b>	<b>1 778</b>	<b>10,5 %</b>	<b>265</b>	<b>180</b>	<b>32,1 %</b>
Chirurgie générale	393	325	17,3 %	29	16	44,8 %
Chirurgie infantile	175	150	14,3 %	25	21	16,0 %
Chirurgie maxillo-faciale	52	38	26,9 %	25	18	28,0 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 044	793	24,0 %	82	53	35,4 %
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	43	28	34,9 %	26	19	26,9 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	157	120	23,6 %	15	12	20,0 %
Chirurgie urologique	299	216	27,8 %	65	38	41,5 %
Chirurgie vasculaire	142	111	21,8 %	20	14	30,0 %
Chirurgie viscérale et digestive	811	666	17,9 %	61	42	31,1 %
Gynécologie et obstétrique	1 766	1 342	24,0 %	402	266	33,8 %
Neurochirurgie	159	124	22,0 %	3	2	33,3 %
Ophthalmologie	321	225	29,9 %	263	187	28,9 %
Oto-rhino-laryngologie	358	292	18,4 %	329	269	18,2 %
Stomatologie	39	35	10,3 %	106	87	17,9 %
<b>Total chirurgie</b>	<b>5 759</b>	<b>4 465</b>	<b>22,5 %</b>	<b>1 451</b>	<b>1 044</b>	<b>28,0 %</b>
Anatomie et cytologie pathologiques	325	274	15,7 %	83	64	22,9 %
Anesthésie-réanimation	5 747	4 443	22,7 %	264	114	56,8 %
Cardiologie et maladies vasculaires	1 422	1 079	24,1 %	410	304	25,9 %
Dermatologie et vénéréologie	157	130	17,2 %	81	60	25,9 %
Endocrinologie et métabolisme	379	308	18,7 %	85	68	20,0 %
Explorations fonctionnelles	61	55	9,8 %	18	17	5,6 %
Gastro-entérologie et hépatologie	924	740	19,9 %	175	143	18,3 %
Génétique médicale	80	64	20,0 %	4	4	0,0 %
Gériatrie	2 022	1 507	25,5 %	516	249	51,7 %
Hématologie clinique	255	213	16,5 %	14	11	21,4 %
Hémobiologie transfusion	235	200	14,9 %	13	9	30,8 %
Hygiène hospitalière	198	165	16,7 %	37	22	40,5 %
Immunologie clinique	13	11	15,4 %	5	5	0,0 %
Maladies infectieuses, maladies tropicales	157	133	15,3 %	12	8	33,3 %
Médecine de la reproduction et gynécologie médicale	22	15	31,8 %	19	14	26,3 %
Médecine d'urgence	3 940	3 119	20,8 %	592	355	40,0 %
Médecine du travail	62	42	32,3 %	4	4	0,0 %
Médecine générale	2 808	2 151	23,4 %	990	551	44,3 %
Médecine interne	704	604	14,2 %	52	36	30,8 %
Médecine légale	51	40	21,6 %	13	9	30,8 %
Médecine physique et de réadaptation	463	351	24,2 %	91	57	37,4 %
Néphrologie	576	442	23,3 %	50	33	34,0 %
Neurologie	777	599	22,9 %	123	92	25,2 %
Oncologie médicale	296	184	37,8 %	43	16	62,8 %
Oncologie radiothérapique	182	122	33,0 %	16	12	25,0 %
Pédiatrie	2 174	1 721	20,8 %	539	361	33,0 %
Pharmacologie clinique et toxicologie	34	27	20,6 %	0	0	---



## Annexe IV

Discipline	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire
Pneumologie	884	724	18,1 %	176	126	28,4 %
Réanimation médicale	614	455	25,9 %	12	6	50,0 %
Rhumatologie	256	213	16,8 %	91	70	23,1 %
Santé publique	595	441	25,9 %	93	34	63,4 %
Spécialité non signalée	1	0	100,0 %	5	0	100,0 %
<b>Total médecine</b>	<b>26 414</b>	<b>20 572</b>	<b>22,1 %</b>	<b>4 626</b>	<b>2 854</b>	<b>38,3 %</b>
<b>Odontologie</b>	<b>75</b>	<b>61</b>	<b>18,7 %</b>	<b>134</b>	<b>94</b>	<b>29,9 %</b>
<b>Pharmacie hospitalière</b>	<b>1 936</b>	<b>1 769</b>	<b>8,6 %</b>	<b>437</b>	<b>242</b>	<b>44,6 %</b>
<b>Psychiatrie polyvalente</b>	<b>6 072</b>	<b>4 460</b>	<b>26,5 %</b>	<b>1 310</b>	<b>801</b>	<b>38,9 %</b>
<b>Médecine nucléaire</b>	<b>173</b>	<b>136</b>	<b>21,4 %</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>61,9 %</b>
<b>Radiologie</b>	<b>1 894</b>	<b>1 197</b>	<b>36,8 %</b>	<b>500</b>	<b>270</b>	<b>46,0 %</b>
<b>Radiologie imagerie et médicale</b>	<b>2 067</b>	<b>1 333</b>	<b>35,5 %</b>	<b>521</b>	<b>278</b>	<b>46,6 %</b>
<b>Total</b>	<b>44 310</b>	<b>34 438</b>	<b>20,7 %</b>	<b>8 744</b>	<b>5 493</b>	<b>37,2 %</b>

*Source : Centre National de Gestion, rapport statistique de janvier 2010.*

Il semble ainsi qu'un lien de corrélation puisse exister entre les disparités de rémunération observées à travers la CCAM et la répartition de l'offre de soins entre secteur public et libéral. Ce constat est à prendre avec prudence, d'une part compte tenu de l'incertitude existante dans l'évaluation des revenus par spécialité entre secteur public et libéral, et d'autre part en raison du fait que la rémunération n'est pas l'unique paramètre qui détermine les choix d'exercice des praticiens.

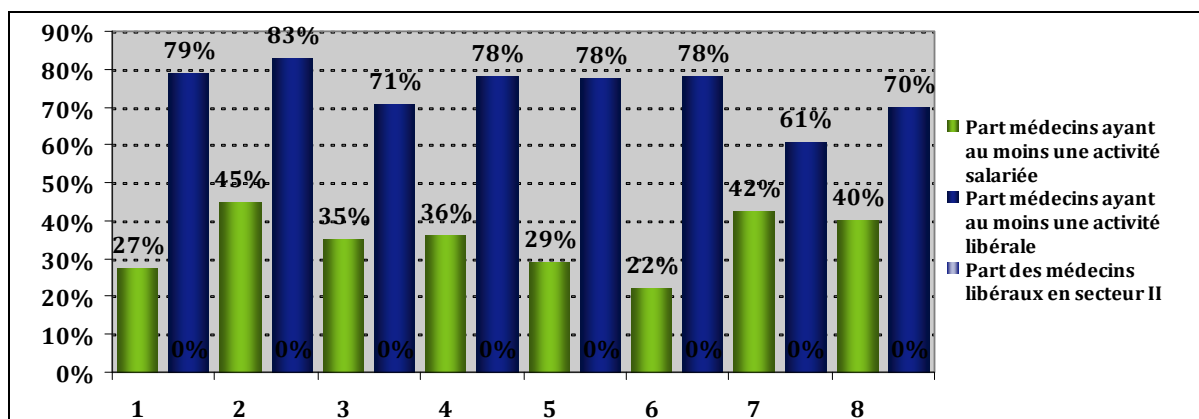
On dénote sur certaines spécialités des écarts de rémunération importants, couplés d'une inégale répartition des médecins entre les deux secteurs. Les différences de rémunération liées à certains actes très bien valorisés semblent ainsi favoriser les « fuites » des praticiens vers le secteur libéral, notamment pour les ophtalmologues ou les radiologues.

A titre d'exemple, selon la FHF, les radiologues exerçant en libéral, sans gardes de nuit et en week-end, ont un revenu annuel moyen de 197 000 € environ, alors que leur salaire à l'hôpital public est de 65 500 euros (également sans garde et week-ends). Par ailleurs, le taux de poste vacants à l'hôpital public sur cette discipline est de 36,8 % pour les praticiens hospitaliers (PH) temps plein et de 46,0 % pour les PH temps partiels en 2010.

Dans ce cas précis, l'inégalité de revenus, conjuguée à une inégale répartition entre secteur libéral et secteur hospitalier pose un sujet de permanence et d'égal accès aux soins puisque l'activité de médecine, comme de chirurgie, notamment en urgence, requiert des actes d'imagerie. En Bretagne par exemple, la répartition des radiologies entre les différents territoires de santé (il en existe 8) montre très nettement la disparité de répartition des professionnels entre secteur public et secteur libéral.

## Annexe IV

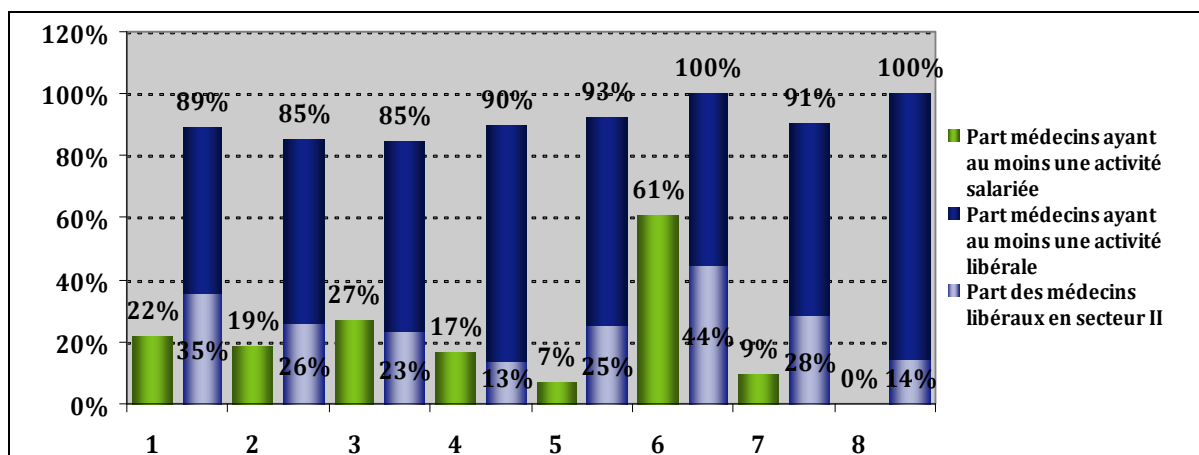
**Graphique 17 : Répartition<sup>22</sup> des médecins radiologues par territoire de santé en région Bretagne en mars 2011**



*Source : ARS Bretagne, base de données DEMOPS (issue de la mise en cohérence de plusieurs sources de données : ADELI, Fichier national de l'Assurance Maladie, SIGMED).*

En ophtalmologie, le constat est plus sévère encore, puisque pour deux des huit territoires de santé, il n'existe aucun praticien en secteur public. Sur l'ensemble des territoires, il existe une part des médecins exerçant en secteur 2, notamment en territoire 6 où près d'un médecin sur deux est conventionné secteur 2.

**Graphique 18 : Répartition des médecins ophtalmologistes par territoire de santé en région Bretagne en mars 2011**



*Source : ARS Bretagne base de données DEMOPS (issue de la mise en cohérence de plusieurs sources de données : ADELI, Fichier national de l'Assurance Maladie, SIGMED).*

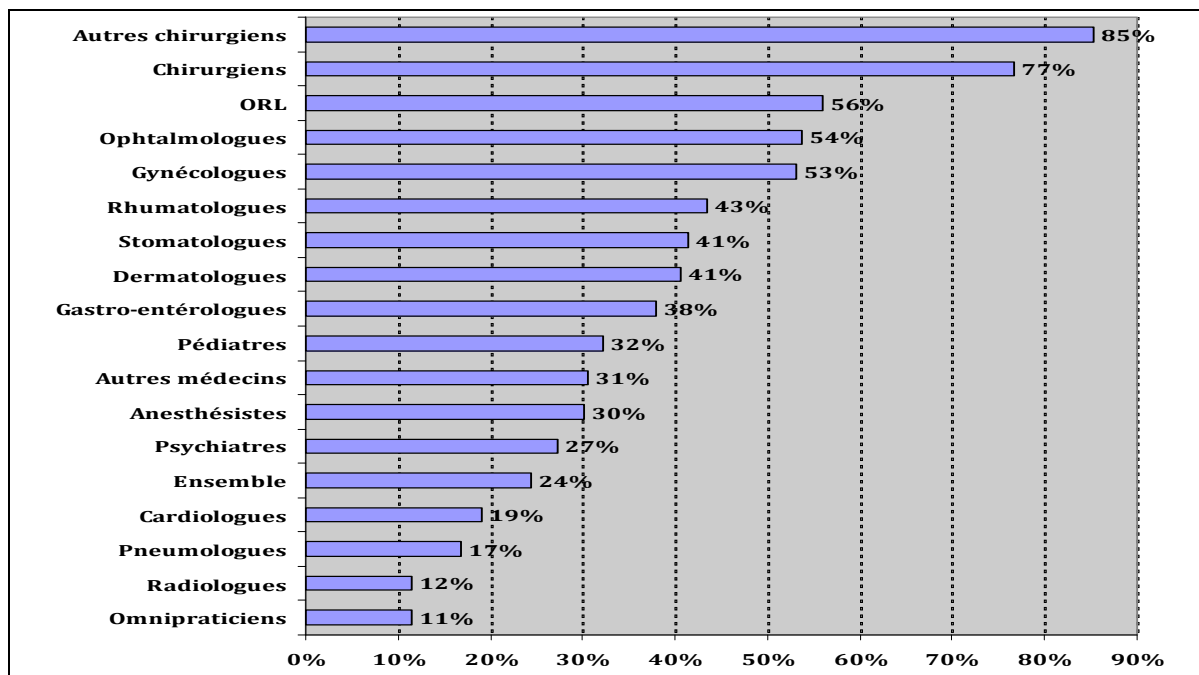
### 22 Remarques méthodologiques :

- un médecin peut exercer à la fois une ou plusieurs activités libérales et une ou plusieurs activités salariées ; c'est pourquoi la somme du nombre de médecins libéraux et du nombre de médecins salariés n'est pas égal à l'effectif total ;
- les médecins salariés sont les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, les assistants des hôpitaux, les praticiens universitaires, les contractuels, les attachés qui sont salariés d'un établissement de santé privé ou public ;
- il s'agit d'effectif et non pas d'équivalent temps plein.

## Annexe IV

L'approche par le secteur 2 nuance en partie cet effet puisqu'il existe une corrélation entre les disciplines ayant le plus recours au secteur 2 et celles qui sont en bas de l'échelle de rémunération via la CCAM (cf. constat annexe II). La forte présence, pour certaines disciplines dont la radiologie, dans le secteur libéral, est à tempérer puisque l'accessibilité aux soins n'est pas remise en cause. En revanche, la permanence des soins, notamment la nuit, les week-ends et vacances scolaires pose toujours question.

**Graphique 19 : Part des médecins en secteur 2 en 2008 par discipline**



*Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.*

**Tableau 14 : Évolution sur longue période de la part des effectifs en secteur 2 et secteur 1 avec dépassements**

	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Généralistes	16 %	22 %	18 %	14 %	13 %	11 %	11 %
Généralistes sans mode d'exercice particulier	12 %	16 %	13 %	10 %	9 %	7 %	7 %
Médecins à exercice particulier	49 %	61 %	55 %	49 %	44 %	38 %	38 %
Autres spécialistes	30 %	42 %	38 %	37 %	38 %	40 %	41 %
Chirurgiens	55 %	73 %	74 %	79 %	79 %	85 %	85 %
Anesthésistes	12 %	28 %	23 %	22 %	26 %	33 %	34 %
Gynécologues chirurgiens, obstétriciens et médicaux	36 %	56 %	52 %	51 %	53 %	54 %	66 %
ORL	41 %	56 %	52 %	52 %	55 %	55 %	56 %
Ophtalmologues	35 %	52 %	49 %	49 %	51 %	53 %	53 %
Dermatologues	32 %	51 %	45 %	41 %	41 %	40 %	40 %
Gastro-entérologues	28 %	44 %	39 %	37 %	38 %	40 %	40 %
Pédiatres	31 %	42 %	36 %	34 %	33 %	32 %	32 %
Total Médecins	22 %	31 %	27 %	25 %	24 %	24 %	24 %

*Source : Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012.*

*Nb : pour les gynécologues médicaux, ce taux est de 49 % en 2010.*

### 1.2.3. Une tarification en partie inadaptée à la spécificité des ACE hospitalières

Les consultations et l'activité externe à l'hôpital (ACE) correspondent pour l'essentiel à une activité de ville à l'hôpital. Toutefois, elle présente pour un volume difficile à évaluer, des caractéristiques propres qui tendent, outre l'importance des coûts de structures, à la rendre, *a priori*, déficitaire. Ce mouvement est accentué par leur augmentation récente, notamment sous l'effet du transfert actuel et à venir d'une partie de l'activité d'hospitalisation vers une prise en charge externe. De fait, cela interroge la pertinence du recours quasi exclusif à la CCAM pour assurer leur financement.

#### 1.2.3.1. Un financement homogène d'actes pour une activité hétérogène

L'activité de consultation et les actes médicaux peuvent être réalisés en ville ou à l'hôpital. Le concept d'activité externe ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif. Dans les cliniques, les consultations et les actes « externes » sont dispensés par des praticiens libéraux dans des cabinets installés dans l'établissement de soins, mais juridiquement différents de celui-ci et assimilables à des cabinets de ville.

L'article R. 162-51 du code de la Sécurité sociale prévoit que « *les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes [...] pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié* ». Une circulaire du 12 février 1983 précise que l'objectif des consultations hospitalières « *est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipements* ».

La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'un regain d'intérêt pour l'activité externe. Elles constituent en effet une vitrine pour les établissements et sont un vivier, puisqu'une partie des consultations est susceptible de générer une hospitalisation<sup>23</sup>.

#### ◆ Une activité hétérogène insuffisamment évaluée

Au-delà de la classification des actes médicaux, l'hétérogénéité de l'activité de consultation externe des hôpitaux est, en théorie, de plusieurs ordres :

- entre celles qui sont réalisées en ville et à l'hôpital ;
- entre celles qui mobilisent un ou plusieurs professionnels de santé ;
- entre celles qui s'approchent ou non d'une durée classique de consultation ;
- entre celles qui requièrent un environnement spécifique de celles qui n'en relèvent pas ;
- entre celles qui associent des actes médicaux et celles qui n'en n'associent pas ;
- entre celles qui associent des actes médicaux et des actes paramédicaux ou qui n'en associent pas ;
- entre celles qui mobilisent un avis très spécialisé (recours) et des consultations classiques ;
- entre celles qui sont programmées et celles qui s'effectuent dans un contexte d'urgence ;
- entre celles qui sont réalisées au sein de l'établissement ou pour le compte d'un autre établissement (consultations avancées).

---

<sup>23</sup> Tellier S., Boisguérin B., Peretti C., 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », Études et résultats n°167, DREES.

## Annexe IV

Compte tenu des modalités de financement actuelles, cette hétérogénéité renvoie à deux types de problématiques.

La première qui envisage l'homogénéité des consultations d'un point de vue global entre deux secteurs (hospitalier et de ville) et traite ainsi du sujet de l'iniquité de financement (problématique relayée par la DGOS). Ainsi, l'homogénéité des actes et consultations externes fait débat. Si concernant les actes techniques, l'homogénéité est assez peu discutée, rien ne permet d'affirmer ou d'infirmer que les consultations hospitalières soient similaires à celles réalisées en ville<sup>24</sup>. Le « ressenti » hospitalier relayé par la direction générale de l'offre de soins indique une part d'activité de consultation singulière, plus lourde, mobilisant des ressources importantes, sans comparaison avec un cabinet de ville.

La seconde qui distingue selon le type de consultations (indépendamment de leur appartenance au secteur hospitalier et de ville) fait plutôt appel à une logique de classification de l'activité (et interroge ainsi en filigrane l'opportunité de concevoir une CCAM « clinique »). Cette spécificité serait davantage le fruit d'une activité singulière que d'une structure de coût inadaptée : consultations d'annonce, d'éducation thérapeutique, pluridisciplinaires, qui font d'ailleurs l'objet, sur ces missions spécifiques, d'un financement complémentaire par l'intermédiaire d'une dotation au titre des missions d'intérêt général destinée à couvrir une partie de ces surcoûts.

La difficulté d'analyse tient à ce qu'aucune étude précise et documentée n'a apporté d'éléments d'appréciation suffisants pour apprécier le « sentiment » de sous financement des ACE relayé par les établissements publics de santé ou les établissements privés hébergeant un plateau de consultation. Cela peut tenir à l'absence de nomenclature spécifique, différente du PMSI, qui a conduit les DIM à ne pas totalement s'investir dans le contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des actes et consultations codées. Cette carence rend donc toute étude sur les données d'activité de consultation et d'actes externes particulièrement aléatoire.

Cette situation tend toutefois à évoluer, sous l'impulsion de plusieurs facteurs :

- la croissance du volume de l'activité de consultation, qui rend son analyse incontournable et qui ne peut être assurée par les responsables des admissions ; une analyse médicale est indispensable, notamment afin de s'assurer de la cohérence entre la consultation réalisée et éventuellement les actes qui y sont rattachés ; même si les textes d'application n'ont pas encore été publiés, les MO-DMI sont appelés à être rattachés à une consultation externe ; le contrôle de cohérence demandera une compétence médicale ;
- de façon concomitante, le renforcement des contrôles externes portant sur les actes indûment réalisés en HDJ par exemple, en lieu et place d'une consultation, va induire un déport de l'analyse de l'activité vers celle réalisée en externe ; l'évolution des techniques médicales, notamment dans la prise en charge de la cancérologie, va amplifier le mouvement ;
- enfin, l'introduction de la facturation directe, notamment dans son volet consultation dès 2013, rend indispensable l'analyse du circuit de facturation et la mise en place d'une procédure de contrôle destinée à s'assurer de la remontée exhaustive des actes avant transmission à l'Assurance maladie ; seule une compétence DIM pourra s'en assurer.

---

<sup>24</sup> A cet égard, il serait utile de pouvoir comparer la durée des consultations cotées C en ville pour lesquelles on dispose de données (voir DREES, Études et Résultats, n°481, avril 2006.) et la durée des consultations cotées C à l'hôpital.

## Annexe IV

### ◆ Un financement en partie homogène

L'activité externe et les consultations (ACE) sont constituées des trois groupes de prestations : les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses ; les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire (composées par (i) les accueils et traitements en urgence, (ii) les forfaits sécurité environnement hospitalier, (iii) les forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre), (iv) les forfaits petits matériels) et les actes et consultations externes référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels, la classification commune des actes médicaux et les forfaits techniques de radiologie.

Dans le secteur public, 80 % des financements des ACE résultent de la facturation des actes *via* la NGAP et la CCAM. En 2010, en montants assurance maladie, les actes NGAP ont représenté 1,4 Mds € et les actes CCAM 1 Md€.

Si la distinction ville-hôpital n'apparaît pas au sein des outils tarifaires, ceux-ci comprennent toutefois des modalités, nombreuses, d'ajustement de la nature de l'activité réalisée à son financement (cf. tableau ci-dessous).

**Tableau 15 : Définition de l'acte dans la NGAP**

Lettre	Définition de l'acte dans la NGAP	Tarif (en €)
C	Consultation effectuée par un médecin généraliste	23,00
C1,5	Consultation avec deux omnipraticiens entre deux médecins généralistes	34,50
C2	Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins, réalisé par un médecin ancien interne, par un médecin titulaire d'un CES ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où il est consulté. Chirurgien agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant	46,00
C2,5	Consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue	57,50
C3	Professeur des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ses fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant	69,00
CS	Consultation effectuée par un médecin spécialiste qualifié et par un médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00
CSC	Consultation effectuée par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, en cardiologie et médecine des affections vasculaires	45,73
CNP	Consultation effectuée par un neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié	34,30
CDE	Consultation effectuée par un chirurgien dentiste omnipraticien	21,00
CSD	Consultation effectuée par un chirurgien dentiste spécialisé	23,00
D ou DC	Acte autre qu'orthopédie dento-faciale et prothèse dentaire pratiqué par un chirurgien dentiste	2,09
PRO	Acte de prothèse dentaire pratiqué par un médecin	2,15
SC	Soins conservateurs pratiqués par un chirurgien dentiste	2,41
SCM	Soins conservateurs pratiqués par un médecin	2,41
SPR	Acte de prothèse dentaire pratiqué par un chirurgien dentiste	2,15

*Source : NGAP.*

L'activité du praticien décrite par lettre clé peut, par ailleurs, être majorée dans certaines conditions.

## Annexe IV

**Tableau 16 : Majoration de l'acte dans la NGAP**

Lettre	Définition de l'acte dans la NGAP	Tarif (en €)
CD	Majoration de dimanche et jour férié pour médecin généraliste et spécialiste	19,06
CFD	Majoration de dimanche et jour férié pour sage-femme	21,00
CN	Majoration de nuit pour médecin généraliste et pédiatre de 20H00 à 00H00 et de 6H00 à 8H00	35,00
CN1	Majoration de nuit pour médecin généraliste et pédiatre de 00H00 à 6H00	40,00
CSN	Majoration de nuit pour spécialiste	25,15
CFN	Majoration de nuit pour sage-femme	35,00
FPE	Forfait pédiatrique du médecin généraliste	5,00
MGS	Majoration de coordination du médecin généraliste	3,00
MCS	Majoration de coordination du médecin spécialiste	3,00
MNO	Majoration pour le médecin généraliste : enfants de 0 à 2 ans	5,00

*Source : NGAP.*

Ce dispositif est enfin complété, pour traduire la spécificité du secteur hospitalier, par le forfait « sécurité environnement » dit « forfait SE » et de « prestations en environnements hospitalier » dit « APE ».

Le « forfait SE » permet ainsi de financer le surcoût lié aux conditions de sécurité et d'environnement hospitalier nécessaires pour la réalisation de ces actes par les établissements de santé. Il est une catégorie de prestations d'hospitalisation visant à couvrir les dépenses résultant des soins non suivis d'hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des « *moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier* ».

Aussi, tout acte inscrit sur les listes du forfait SE et réalisé seul sans anesthésie autre que locale au cours d'une prise en charge de moins d'une journée ne doit pas donner lieu à la facturation d'un GHS.

### Encadré 5 : Forfaits SE et APE

Les prestations sécurité et environnement (SE) et administration de produits et prestations en environnement hospitalier (APE) sont deux prestations permettant de dispenser des soins non suivis d'hospitalisation mais dans un environnement hospitalier. En pratique, ces prestations correspondent à des « consultations » réalisées en environnement hospitalier. L'article R.162-32 du code de la sécurité sociale définit ces deux prestations.

Le forfait SE correspond aux « soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° du présent article ».

L'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale définit plus précisément ces deux prestations :

- ◆ le SE 1 est facturé dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- ◆ le SE 2 est facturé dès lors qu'un acte sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 2 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- ◆ le SE 3 ou le SE 4 est facturé dès lors qu'un acte inscrit respectivement sur les listes 3 ou 4 de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier, est délivré au patient.



## Annexe IV

L'APE correspond aux « soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, à l'exception des moyens faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque administration d'un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés au précédent alinéa. »

Enfin, un certain nombre de crédits spécifiques sont fléchés à travers les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour des activités relevant de priorités nationales de santé publique (par exemple l'éducation thérapeutique).

### 1.2.3.2. Une activité en augmentation considérée comme déficitaire

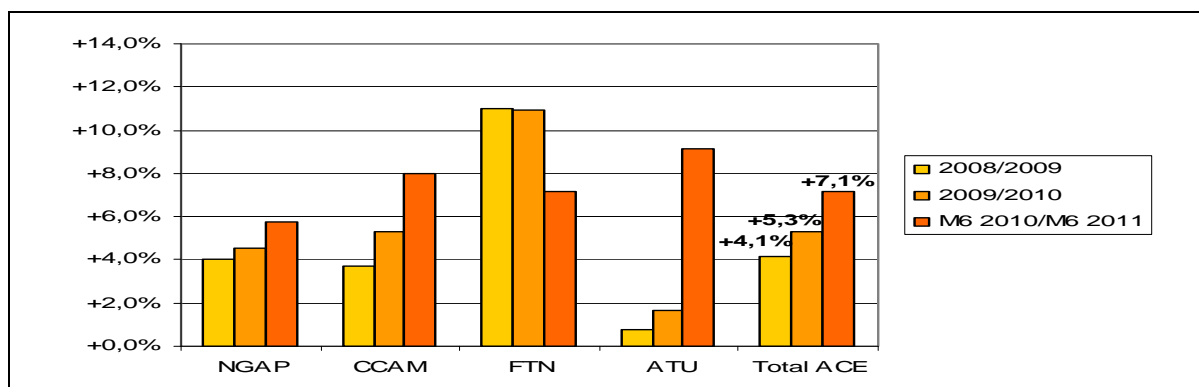
Le montant des dépenses d'assurance maladie au titre des ACE pour le secteur ex DG s'est élevé en 2010 à 3 Mds €, dont 45 % à partir de tarifs NGAP et 34 % à partir de tarifs CCAM, soit au total 2,4 Mds € pour les actes et consultations tarifés à partir de la NGAP ou de la CCAM.

Ce montant est à rapprocher d'un total de dépenses ODMCO/MIGAC de 52,7 Mds € et de l'ensemble des dépenses dites "activité- part tarifs" qui s'élève à 35 Mds €. L'enjeu de cette tarification pour les établissements n'est pas majeur sans être pour autant négligeable, notamment pour les structures à plus faible budget.

#### ◆ Une augmentation aux sources difficilement objectivables

L'activité externe et de consultation représente entre 5 et 15 % des budgets hospitaliers<sup>25</sup> (mais a crû très fortement et beaucoup plus rapidement que l'activité hospitalière dans son ensemble) et connaît une forte croissance des volumes (7 % sur les six premiers mois de 2011) dont la cause n'a pas été encore objectivée, mais qui doit être mise en relation avec le transfert d'une part non négligeable de l'activité d'hospitalisation, notamment dans le cas de suivi de maladies chroniques, vers la consultation ou l'acte externe.

**Graphique 20 : Évolution des principaux groupements ACE entre 2008 et 2010.**



Source : ATIH, pour la mission.

La comparaison des évolutions entre les consultations externes réalisées en hôpital public et les actes réalisés en libéral effectuée par l'Assurance maladie et l'ATIH sur les six premiers mois de l'année 2011 sur cinq régions ne permet pas de conclure à un transfert d'activité en direction de l'hôpital.

<sup>25</sup> Source : entretien DGOS.



## Annexe IV

**Tableau 17 : Comparaison des taux d'évolution sur cinq régions d'actes et consultation entre secteur public et secteur libéral**

Région	Consultations	Public	Privé
Alsace	Consultations	12,7	6,7
	ADI	9,3	0,4
	ADE	22,2	5,4
	ATM	8,1	9,2
	Total	12,0	6,1
Champagne-Ardenne	Consultations	11,0	3,1
	ADI	6,1	-0,3
	ADE	12,4	2,5
	ATM	3,5	7,6
	Total	8,7	3,4
Languedoc-Roussillon	Consultations	13,2	4,4
	ADI	12,7	-0,9
	ADE	18,9	5,9
	ATM	15,2	5,0
	Total	14,0	3,9
Midi-Pyrénées	Consultations	10,8	2,0
	ADI	2,7	-2,4
	ADE	12,5	3,5
	ATM	10,3	3,7
	Total	8,5	1,8
Poitou-Charentes	Consultations	12,3	3,7
	ADI	2,7	-0,4
	ADE	11,3	4,3
	ATM	9,6	8,5
	Total	9,0	3,9

*Source : Assurance Maladie, ATIH.*

Par ailleurs, la mise en œuvre progressive de la T2A au sein des établissements de santé en 2004 a renforcé l'intérêt d'un suivi plus précis de l'activité. La Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DGOS dorénavant) ainsi que la Direction générale de la comptabilité publique ont publié en 2006 un recueil mettant en exergue la nécessité d'améliorer les procédures sur l'ensemble de la chaîne, depuis l'admission ou pré-admission du patient jusqu'à l'émission du titre de recettes ou du flux B2 et les moyens mis en œuvre pour procéder à son recouvrement. Les établissements se sont donc engagés dans des chantiers d'optimisation de leur chaîne de facturation, accompagnés par la MEAH (intégrée depuis au sein de l'ANAP) et ont sensibilisé les professionnels à l'importance du codage, qu'il s'agisse de séjour ou d'activité externe (les principaux éléments de capitalisation du chantier ont été clôturés en décembre 2007). Il est difficile d'évaluer précisément l'impact des chantiers d'optimisation des établissements sur l'augmentation d'activité des ACE.

Surtout, l'évolution des modalités de prise en charge, notamment au profit des techniques ambulatoires, a conduit au développement des ACE. Ces évolutions ont fait l'objet d'un cadrage réglementaire au sein d'une circulaire dite « frontière ». La parution de la première « circulaire frontière » (août 2006) a permis de préciser les modalités de facturation des prises en charge de moins d'une journée, de manière à distinguer ce qui doit relever des soins externes de l'hospitalisation de jour avec facturation des séjours aux tarifs des Groupes Homogènes de Séjours de très courte durée ou ambulatoires. Cette circulaire a été abrogée par l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 afin de prendre acte de la suppression des ZSTCD devenues unités d'hospitalisation de courte durée et du passage à la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades ayant abouti à la suppression de la catégorie majeure 24 qui intégrait les séjours de moins de deux nuits.

## Annexe IV

Cette nouvelle réglementation a conduit à « basculer » une partie de l'activité antérieurement réalisée en hospitalisation dans le secteur des ACE. Ce basculement a justifié l'instauration d'un forfait spécifique, le forfait « sécurité environnement » (voir *supra*) considérant que le tarif des soins externes ne suffit pas à couvrir, à lui seul, le coût généré par certaines activités.

### Encadré 6 : Exemples de prise en charge médicale ne rentrant pas dans le cadre de l'hôpital de jour

- ◆ la réalisation d'actes de biologie ou de radiologie non interventionnelle ;
- ◆ les traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser, sans anesthésie ;
- ◆ les actes de petite chirurgie dermatologique ;
- ◆ les tests d'effort cardiaque ;
- ◆ les épreuves fonctionnelles respiratoires ;
- ◆ les tests endocriniens de type hyperglycémie provoquée ou test au synactène ;
- ◆ les monitorages fœtaux ;
- ◆ les traitements itératifs tels que les saignées thérapeutiques pour les polyglobulies, les hémochromatoses ;
- ◆ les examens diagnostiques sans anesthésie.

*Source : Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010.*

Ce basculement est parfois contesté par les professionnels. Par exemple, la thérapeutique qui se traduit par un déséquilibre hémodynamique du patient (chute de la tension artérielle), justifie des actions thérapeutiques et une surveillance qui implique une prise en charge en hospitalisation incomplète. L'état du patient peut donc parfois justifier l'hospitalisation pour la réalisation d'un acte habituellement réalisé en externe.

#### ◆ Une activité réputée déficitaire

Les tarifs appliqués à l'ACE des hôpitaux ne sont pas fixés en référence à des coûts hospitaliers mais de manière exogène à partir des coûts de l'activité libérale. Le financement de cette activité résulte donc des discussions conventionnelles et s'articule autour de la logique économique du secteur libéral.

Ce dispositif fait donc l'hypothèse sous-jacente que l'ACE hospitalière est un « calque » de l'activité réalisée en ville. Les tarifications CCAM et NGAP correspondent à une valorisation du travail médical différente du coût du travail médical à l'hôpital. Par exemple les tarifs en ville aboutissent à des disparités de rémunération entre spécialités et notamment entre "spécialistes cliniques" et "spécialistes techniques", ce qui n'est pas le cas à l'hôpital. On peut enfin penser, même si cela n'est pas documenté<sup>26</sup>, qu'il existe des écarts de « productivité » entre secteur public et privé.

A ce stade, une partie de la spécificité des coûts de l'ACE à l'hôpital est prise en compte par un complément de financement pour ce qui relève de l'environnement (nécessaire à certaines activités ambulatoires) : les forfaits "sécurité et environnement" (SE) (environ 330 M d'€ en 2010), qui s'appliquent tant dans les secteurs publics que privés, permettent de prendre en compte ce facteur mais ne concernent donc qu'un certain nombre d'actes précis.

---

<sup>26</sup> Il faudrait pour établir des comparaisons de "productivité" pouvoir établir que les produits (une consultation cotée C ou CS) sont homogènes en contenu ville et à l'hôpital et que d'éventuels écarts de productivité ne sont pas reliés à des écarts de qualité

## Annexe IV

Quelques études isolées ont semblé démontrer le caractère systématiquement déficitaire de cette activité. Une étude ponctuelle sur un établissement fait en effet apparaître un déficit conséquent de cette activité, sans commune mesure avec les déficits sur l'activité GHS<sup>27</sup>.

L'évaluation de l'équilibre financier de cette activité est toutefois très dépendante de la nature des charges imputées dans la comptabilité analytique. L'affectation des charges fixes de l'ensemble de la structure hospitalière serait, à l'évidence, de nature à rendre déficitaire l'activité (ce facteur n'ayant pas été pris en compte au moment de l'évaluation des coûts pour la détermination des tarifs initiaux de la CCAM). Les déplacements en établissement effectués par la mission ont montré que les consultations et actes externes sont souvent en partie réalisés au sein de structures d'hospitalisation où les secrétariats et personnels soignants des services d'hospitalisation sont impliqués dans la prise en charge des patients de consultations. De fait, l'affectation des charges, forcément aléatoire dans le cadre d'une multiplication des modes de prise dans un même lieu, conduit à penser que les activités de consultations supportent sans doute une part non négligeable des charges en réalité dédiées à l'activité d'hospitalisation. Le développement de plateaux communs de consultation dans les hôpitaux devrait sans doute permettre d'apprécier le coût « réel » de l'activité de consultations.

Enfin, la comparaison des coûts des ACE à l'hôpital au regard d'une tarification d'actes réalisés en ville requiert la neutralisation d'importants effets périmètres. La CCAM et la NGAP ne constituent pas la totalité des sources de revenu des médecins libéraux. Outre la problématique du secteur 2, ceux-ci connaissent également des paiements à la performance *via* les contrats d'amélioration des pratiques professionnelles. Plus encore, les charges sociales des médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie, ce qui n'est pas le cas des praticiens des hôpitaux publics.

Une étude, réalisée pour la mission par l'ATIH, a toutefois cherché à mettre en comparaison les recettes générées par l'activité externe des établissements publics<sup>28</sup> faisant partie de l'échantillon de la base de l'ENCC et leurs charges<sup>29</sup>.

### Encadré 7 : Méthode de calcul des charges retenue par l'ATIH pour l'étude de rentabilité des ACE

Pour déterminer les charges des ACE non urgents, les fichiers source remplis par chaque établissement dans le cadre de l'ENC à partir de leurs informations comptables a été utilisé (fichier nommé ARCA<sup>n</sup>H). La méthode proposée s'attache à mettre en adéquation le périmètre des charges et celui des recettes autant que possible. Dans ce fichier, les charges des ACE ne sont pas directement identifiables, il est nécessaire de les calculer et une méthodologie a été mise en place pour extraire ces informations.

Le montant total des charges a été calculé en sommant les postes suivants :

- ◆ charges ACE des services cliniques : ces charges sont nettes des produits. les produits proviennent des comptes 7488 (autres subventions et participations), 772 (produits sur exercices antérieurs) et 7548 (remboursements de frais – autres). Hypothèse : les ACE effectués dans les services cliniques sont en totalité des soins non urgents (les consultations urgentes sont réalisées dans la SAMT Urgence) ;

<sup>27</sup> Cas du CHIBT à Sète voir RHF n° 542 sept. Oct. 2011

<sup>28</sup> Les recettes des actes et consultations externes des établissements (en base de remboursement) de l'ENC 2009 ont été extraites du PMSI : actes CCAM, actes NGAP, forfaits FTN (Forfait technique Scanner ou IRM), forfaits SE (Sécurité environnement). Ces recettes ne concernent que les actes et consultations externes sans entrée par les urgences (c'est-à-dire sans ATU facturé).

<sup>29</sup> Il faut noter la difficulté de ne récupérer que les charges des actes et consultations externes des plateaux médico-techniques sans passage aux urgences. En effet, dans l'ENC, il n'existe pas de distinction dans les charges des actes et consultations externes entre les soins urgents et non urgents.

## Annexe IV

- ◆ charges ACE des plateaux médico-techniques (ou SAMT) pour les ACE non urgents : la part des ACE hors urgences dans les ACE totales est calculée par établissement à partir des recettes PMSI 2009. Cette part est ensuite appliquée à l'ensemble des charges médico-techniques attribuées aux actes et consultations externes dans l'ENC hors urgence ;
- ◆ charges ACE de Logistique et Gestion Générale (obtenues grâce aux unités d'œuvre renseignées par les établissements) ;
- ◆ charges ACE de Logistique Médicale (il s'agit de la logistique médicale des services cliniques, la logistique médicale des plateaux techniques se trouve dans les charges SAMT).

L'étude remise repose donc sur une approximation du montant réel des charges des actes et consultations externes :

- ◆ la répartition des charges entre MCO, SSR, HAD puis au sein du MCO entre hospitalisation et consultations externes est réalisée par l'établissement, au moyen de clés de répartition imposées par la méthodologie ENC : il s'agit donc d'une estimation. De plus, comme la méthodologie ENC se concentre sur l'hospitalisation, les montants de charges relatifs aux actes et consultations externes ne sont pas utilisés par ailleurs, la qualité de leur recueil n'est donc pas garantie ;
- ◆ les charges du plateau de laboratoire hors nomenclature pour les actes externes n'ont pas pu être identifiées et donc enlevées des charges totales, bien qu'elles soient financées par MIG. Il en résulte donc une légère surestimation des charges ;
- ◆ la redevance payée par les praticiens hospitaliers pour leur activité libérale de consultation et actes externes n'a pas pu être déduite des charges car la redevance est connue globalement, sans distinction de la part qui concerne les actes et consultations externes et de la part qui concerne l'activité d'hospitalisation.

Les charges sont donc majorées. Pour savoir si la surestimation des charges est importante ou non, le montant total de redevance (activité ACE et hospitalisation) est mise en regard du montant des charges des ACE non urgents. Le rapport entre montant de redevance et montant des charges ACE non urgents est calculé. Ce rapport est faible pour la plupart des établissements étudiés (moins de 3 % pour 35 des 44 établissements étudiés, moins de 6 % pour 41 des 44 établissements étudiés). Au final, 43 établissements ex-DG sont étudiés afin d'écarter les établissements atypiques.

*Source : ATIH, pour la mission.*

Pour les établissements présents dans l'ENC 2009, pour lesquels la confrontation des charges aux recettes a été possible, les charges (qui sont parfois issues d'une estimation) sont plus élevées que les recettes : au moins 30 % d'écart pour l'ensemble des 43 établissements étudiés. Cette conclusion est encore vraie lorsque l'étude est restreinte aux 8 établissements pour lesquels les charges sont strictement issues de l'ENC, sans qu'il soit nécessaire de faire des approximations (pas de service d'urgence et pas de redevance). Cinq de ces établissements sont des CLCC et 3 sont des EBNL.

**Tableau 18 : Différentiel charges-recettes dans un échantillon d'établissement de l'ENC**

Finess	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	Écart charges-recettes (en %)
290020700	8 946 032	6 431 359	39 %
750160012	12 904 771	9 243 304	40 %
670780543	2 284 500	1 618 289	41 %
920000460	13 418 406	9 443 816	42 %
540002078	44 903 722	31 498 220	43 %
820004950	1 874 799	1 310 233	43 %
670780337	5 876 888	4 070 298	44 %
300780038	23 207 475	14 946 582	55 %
840006597	15 195 814	9 565 779	59 %
300780053	4 491 182	2 799 472	60 %
760024042	7 464 921	4 666 663	60 %
670000025	51 152 996	31 692 577	61 %
690805361	10 788 806	6 561 921	64 %
760780023	5 980 038	3 626 316	65 %

## Annexe IV

Finess	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	Écart charges-recettes (en %)
920110038	7 423 240	4 431 990	67 %
880780077	6 519 815	3 857 621	69 %
310782347	10 701 542	6 288 446	70 %
790000012	13 499 634	7 770 010	74 %
870000015	40 577 163	22 945 139	77 %
920000684	4 868 186	2 744 498	77 %
440000289	49 491 296	27 019 220	83 %
950110049	8 934 082	4 841 483	85 %
680000973	21 783 660	11 505 357	89 %
600100713	9 397 222	4 913 921	91 %
380780080	42 885 629	22 389 065	92 %
170780159	12 007 240	6 182 499	94 %
120780085	955 331	489 445	95 %
750150104	13 680 249	7 001 577	95 %
380012658	4 079 395	2 083 419	96 %
380780049	4 372 647	2 203 107	98 %
710780263	8 842 683	4 379 945	102 %
590780193	75 224 991	36 989 726	103 %
340780477	66 764 486	32 585 030	105 %
540003019	4 654 612	2 274 629	105 %
780000436	1 503 229	675 919	122 %
350000139	7 265 530	3 197 283	127 %
60785011	55 867 004	24 011 874	133 %
310780671	2 158 791	910 635	137 %
860780980	32 726 312	13 786 466	137 %
430000018	10 240 446	3 946 013	160 %
940000664	31 721 272	11 390 558	178 %
970421038	4 264 368	1 495 096	185 %
560002933	3 535 740	1 161 096	205 %
Total	764 436 145	410 945 896	86 %

*Source : ATIH, pour la mission.*

Toutefois, cette étude reste sujette à caution, dans la mesure où n'existe aucune ENCC dédiée. Plus largement, l'activité externe, notamment en raison de son caractère hétérogène et de son articulation avec (ou pas) la médecine de ville n'a jamais fait l'objet d'une étude spécifique. Le « faible » enjeu budgétaire explique aussi en partie l'absence d'étude.

### 1.3. Deux outils qui s'intègrent à une régulation plus large de l'offre de soins

#### 1.3.1. Une régulation hospitalière plus axée sur la planification que sur les tarifs

Les restructurations territoriales ne semblent pas liées aux instruments tarifaires. En particulier, les réorganisations de l'offre de soins (fermeture, fusions ou conversion d'établissements) sont essentiellement le fruit de décisions de la tutelle, notamment au motif de qualité ou de seuils d'activités minimum comme pour la chirurgie carcinologique, la radiothérapie et les maternités.

Une étude de la DREES<sup>30</sup> sur l'évolution du nombre de maternités depuis 30 ans (jusqu'en 2007), soutient ainsi 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 1 369 à 572 entre 1975 et 2007)* ». La DREES notait que cette diminution s'était accompagnée d'une amélioration de la sécurité de l'environnement de la naissance, d'une homogénéisation du nombre de structures par région, et d'une bonne satisfaction des parturientes.

#### Encadré 8 : La planification hospitalière

La planification sanitaire et l'encadrement des dépenses sont amorcés avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui instaure la carte sanitaire. Arrêté en 1974, ce découpage de l'espace géographique en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions, vise l'instauration d'un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 renforce le contenu de la carte sanitaire et crée le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui fixent pour 5 ans le cadre général d'évolution de l'offre hospitalière. L'ordonnance du 24 avril 1996 institue les Agences régionales de l'hospitalisation et régionalise les budgets avec pour objectif d'améliorer la complémentarité de l'offre de soins au sein d'une même zone géographique, notamment entre établissements publics et privés.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, l'ordonnance du 4 septembre 2003 simplifie et régionalise les démarches de planification : la carte sanitaire est supprimée, le SROS devient l'outil unique de planification, les "secteurs sanitaires" sont remplacés par des "territoires de santé", toutes les autorisations sont déconcentrées au niveau des agences régionales d'hospitalisation (ARH, aujourd'hui agences régionales de santé, ARS).

Les nouveaux SROS se voient confier comme objectifs d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.

Ces mécanismes de planification sont complétés de procédure d'autorisation au champ régulièrement élargi, qui conditionne la capacité juridique des établissements de santé publics et privés à reprendre, poursuivre ou développer une activité. Les autorisations accordées par les autorités de tutelles reposent en partie sur le contenu des SROS.

*Source : Mission IGF.*

<sup>30</sup> 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*.

### **1.3.1.1. Un mouvement de restructuration engagé par la planification avant la mise en œuvre de la T2A**

Le mouvement de recompositions hospitalières a été amorcé dans le courant des années 1990 (cf. 1.1), sur la base des cartes sanitaires (qui définissent des secteurs ne correspondant pas aux limites administratives départementales) et des schémas régionaux de l'organisation sanitaire. Il s'est accompagné de la création des Agences régionales de l'hospitalisation en 1996 et de la volonté de réorganiser l'offre de soins sous l'égide d'une coopération inter-établissements.

La mise en place des ARS en 2010 et l'esprit des nouveaux dispositifs de coopération prévus dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de juillet 2009, renouvellent cette politique.

Selon la DGOS<sup>31</sup>, de 1997 à 2008, les ARH ont mené quelque 568 opérations de recomposition ayant entraîné des suppressions d'autorisation pour les seules activités de soins de chirurgie (299) et d'obstétrique (196), qu'il s'agisse de fermetures de sites, de fusions ou de regroupements d'activités. La restructuration de l'offre de soins a été conduite, par le passé, selon une logique planificatrice, indépendamment de l'outil tarifaire.

### **1.3.1.2. Une action par les tarifs relativement limitée**

Depuis l'instauration de la T2A, les campagnes tarifaires énoncent un certain nombre de priorités de santé publique qui justifient les modulations tarifaires opérées lors de la construction des tarifs. Des incitations ont ainsi porté sur les soins palliatifs, les activités dites « lourdes » – exercées uniquement en CHU –, le cancer, la chirurgie ambulatoire et la périnatalogie. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont également fait l'objet d'une démarche visant à garantir une stabilité du niveau de ressources antérieur, dans le secteur ex-DG. En 2011, ces mesures ont été renouvelées et complétées avec des mesures d'incitation portant sur la dialyse.

La mission s'est employée à apprécier l'impact de ces mesures à partir de l'analyse des tarifs de la campagne 2010, qui est la dernière année de calcul des tarifs repères, avant le changement de méthode de construction tarifaire en 2011 (cf. annexe I). La mission a observé des écarts entre tarifs bruts, tarifs repères et tarifs de campagne afin d'illustrer la démarche de modulation tarifaire selon : d'une part, l'intention incitative du régulateur, qui doit procéder d'une maximisation du tarif repère par rapport au tarif brut ; d'autre part, la perception de l'incitation par les établissements, qui doit procéder de la maximisation du tarif de campagne par rapport au tarif brut.

Il en ressort que, pour 2010, les montants accordés à la politique incitative dans le cadre de la campagne tarifaire s'élèvent à 439 M€ si l'on considère l'écart entre les tarifs brut et les tarifs de campagne. Ce montant peut être mis en comparaison des fonds consacrés aux réseaux de santé qui participent d'une meilleure coordination des parcours de soins qui se sont élevés en 2010 à 164,4 M€.

---

<sup>31</sup> Les chiffres clés de l'offre de soins – édition 2010.



## Annexe IV

Les incitations tarifaires se répercutent, d'un point de vue budgétaire, sur les autres GHM si bien que l'opportunité de telles modulations se pose. L'ampleur des incitations est modérée au regard des montants de la campagne tarifaire mais importante relativement à d'autres enveloppes d'intervention (cf. financement des réseaux) ; ses effets sont incertains (cf. étude de la DREES sur l'impact des incitations tarifaires sur la chirurgie ambulatoire et la dialyse) ; sa légitimité est parfois contestée compte tenu de ses effets anti-redistributifs : l'incitation sur les racines de GHM relatives à la prise en charge du cancer procède ainsi d'un choix en faveur du financement des Centres de lutte contre le Cancer. L'incitation sur les activités lourdes opère une redistribution budgétaire au profit des CHU.

**Tableau 19 : Évaluation du poids budgétaire des incitations tarifaires en fonction de la réalité des écarts entre les tarifs bruts et les tarifs de campagne sur l'ensemble des GHM dans le secteur ex-OQN**

	Nombre de GHM	Nombre de séjours	Valorisation brut (en M€)	Valorisation repère (en M€)	Valorisation campagne (en M€)	Écart brut/repère	Écart brut/campagne
Désincitation	1 605	3 090 572	3 716	3 595	3 318	-121	-398
Incitation	563	3 974 140	2 729	2 861	3 223	132	495
Neutralité	1	157	0	0	0	0	0
Ensemble	2 169	7 064 869	6 445	6 457	6 542	11	97

*Source : Données ATIH – Retraitements mission IGF.*

### 1.3.2. Une régulation du secteur libéral encore plus limitée

Compte tenu notamment du principe de liberté d'installation, la régulation du secteur libéral (répartition des professionnels, permanence des soins, équilibres entre les spécialités) repose quasi exclusivement sur des mécanismes incitatifs. Ceux-ci ont toutefois un impact limité.

Afin de combattre les déserts médicaux la loi HPST a notamment prévu la « filiarisation » des étudiants en médecine, le contrat santé solidarités, le contrat d'engagement de service public, le contrat de clinicien hospitalier et les coopérations entre professionnels de santé.

A titre d'exemple, les montants consacrés au dispositif d'aide à l'installation garanti par l'État dans les zones sous dotées restent peu nombreux. En 2010, le FIQCS a financé 14 projets relatifs à l'aide à l'installation pour un montant accordé de 1,1 M€. Ces projets représentent 1,1 % de l'ensemble des projets financés par le FIQCS.

**Tableau 20 : Répartition des projets d'aide à l'installation en fonction du nombre et de leurs coûts.**

Type de projet	Nombre	Montant total accordé	Montant versé par le FIQCS	Durée moyenne de convention de financement
Bourse pour des étudiants	3	241 492	94 224	1,7
Forfait de remplacement	3	133 420	57 095	1,4
Tutorat	2	153 212	111 312	3,8
Autres	6	617 329	386 220	1,6
Total	14	1 145 543	647 951	2,1

*Source : Rapport d'activité 2010 du FIQCS, sur la base de données communiquée par les ARS.*



## Annexe IV

Par ailleurs, dans le cadre de la création des ARS, il est théoriquement prévu qu'à l'échelon régional, l'ensemble de l'offre de soins fasse l'objet d'une régulation englobante (secteur de ville, hôpital, médico-social). Les leviers d'actions sont là encore limités<sup>32</sup>.

La relation avec les professionnels libéraux s'organise à travers les conventions négociées au niveau national et mises en œuvre par les caisses locales. Le réseau de la CNAM a développé des outils d'influence sur les comportements à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles. Les moyens humains qui permettent d'intervenir auprès des professionnels (les médecins conseil et les délégués de l'Assurance maladie) n'ont pas rejoint les ARS. Le réseau de la CNAM conserve les capacités d'analyse des données issues des systèmes de remboursement. Si les ARS ont vocation à établir des SROS qui englobent les soins de ville, ces schémas n'ont pas vocation à être opposables. Les dispositions qui prévoyaient ainsi que les médecins installés en zone excédentaires devaient contribuer à l'offre de soins en zones déficitaires ont été abrogées. Si la loi HPST tente de conférer un droit de regard aux ARS sur les actions entreprises par les caisses en matière de gestion du risque, l'article qui organise cette relation est d'une telle complexité « *qu'il a peu de chance d'être effectif* ». Ce n'est qu'en matière d'organisation et de financement de la permanence des soins que les ARS disposent de réelles prérogatives à l'égard des soins de ville.

Les ARS souffrent par ailleurs, dès l'origine, d'un déficit de légitimité à l'égard des soins de ville. Malgré leurs pouvoirs limités, les ARS sont perçues comme une menace par les médecins : selon un sondage Panorama du médecin, la création des ARS est une « mauvaise ou très mauvaise chose » pour 48 % des médecins ; seulement 26 % considèrent qu'il s'agit « d'une bonne ou d'une très bonne chose ».

### 1.3.3. Des éléments de contradiction entre tarification nationale et rôle des ARS

La T2A porte, en tant que telle, une contradiction avec la logique de la planification sanitaire. Les SROS<sup>33</sup> déterminent à l'avance l'organisation de l'offre de soins alors que la T2A introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dynamique et évolutive de l'activité.

Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport de 2006 sur la sécurité sociale, « *reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs, à adapter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables)* ».

La réduction des marges de manœuvre financières du régulateur régional, induite par la T2A, nécessite de trouver d'autres formes de relations entre le régulateur régional et les établissements, notamment entre une dynamique de l'activité initiée de façon décentralisée dans le cadre d'orientations générales et des interventions *a posteriori* ou par exception en cas de désajustements<sup>34</sup>.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité, couplée à la contrainte budgétaire et à la régulation prix-volume place aujourd'hui les ARS dans une posture ambivalente, voire parfois contradictoire. En effet, l'équilibre budgétaire des établissements de santé dont elles assurent la tutelle repose en partie sur le dynamisme de leurs recettes. Or, ce dynamisme est constitutif des dépenses de l'ONDAM qu'elles doivent contribuer à réguler.

---

<sup>32</sup> Les propos ci-après sont inspirés d'un article de Pierre-Louis Bras : Réforme des ARS, un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ? Tribune au sein du recueil « Les ARS, un an après », ADSP, mars 2011.

<sup>33</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

<sup>34</sup> Rapport 2009 du comité d'évaluation de la T2A.

## Annexe IV

Celles-ci sont dotées de moyens importants mais relatifs eu égard aux flux T2A desquels elles sont exclues. Les ressources des ARS, pour 2011, proviennent de subventions de l'État pour 824 M€ (82 % de leur budget) et de contributions des régimes d'assurance maladie pour 191 M€ (18 % de leur budget dont 151 M€ au titre du fonctionnement et 40 M€ au titre de la prévention) soit un total de 1 015 M€ (de 14 M€ pour la Guyane à près de 150 M€ pour l'Île-de-France).

Pour 2011, les budgets primitifs des ARS se sont décomposés comme suit<sup>35</sup> :

- personnel : 625 M€ ;
- fonctionnement (immobilier et dépenses courantes) : 101 M€ ;
- intervention : 287 M€ ;
- investissement : 2 M€.

Ces ressources sont à mettre en comparaison avec les montants de dépenses annuelles qu'elles régulent, soit près de 40 Mds€.

**Tableau 21 : Dépenses régulées par les ARS dans le PLFSS 2010 (en M€)**

	ARS	dont IDF	dont Paca	dont Rhône-Alpes
SSR-PSY public et privé	15 047	2 712	889	1 331
USLD	1 453	219	56	100
Objectif de dépenses (médico-social) personnes âgées	6 200	936	563	767
Objectif de dépenses (médico-social) personnes handicapées	7 700	1 412	589	736
MIGAC	7 700	1 817	541	680
FIQCS	240	42	15	19
ONDAM médico-social hors CNSA (addictologie)	363	61	30	40
FMESPP	190	40	15	19
Permanence des soins	146	48	36	35
<b>Total</b>	<b>39 039</b>	<b>7 287</b>	<b>2 734</b>	<b>3 727</b>

*Source : Ministère de la santé, cité dans PLFSS 2010, I.D.1.*

A compter de 2012, les ARS disposent d'un fond d'intervention régional qui regroupe un certain nombre de fonds antérieurement créés dont l'esprit est de permettre le décloisonnement budgétaire des interventions au niveau régional.

### Encadré 9 : Le fond d'intervention régional

Le Fond d'intervention régional est appelé à succéder à de nombreux fonds d'intervention dont le FIQCS. Ce fonds devrait financer, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

- la permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 » ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 » ;
- l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

<sup>35</sup> Site Internet, Portail des ARS.

#### Annexe IV

- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
- la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et une dotation de l'État.

*Source : Loi de finances pour la sécurité sociale 2012.*

## 2. Des outils tarifaires au service d'une nouvelle régulation de l'offre de soins

Les instruments existants souffrent de plusieurs défauts en matière d'offre de soins : ils financent un acte ou un séjour et non un parcours de soins coordonnés ; ils présentent des risques sur la qualité et en matière de pertinence des actes ; ils constituent un incitatif au développement des volumes ; ils participent à une régulation nationale et non à une action régionale conduite par les ARS.

Dans le contexte créé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009, et compte tenu de l'évolution des besoins de prise en charge, il convient de s'interroger sur le rôle que peuvent avoir les outils tarifaire dans l'émergence d'un nouveau modèle d'offre de soins et sur la façon de pallier leurs lacunes et de tempérer leurs effets pervers. Les mesures de correction envisageables sont de deux ordres.

Il peut s'agir tout d'abord d'adapter les instruments de financement eux-mêmes, afin qu'ils participent à l'émergence d'une offre de soins plus adaptée, notamment aux besoins de santé. Plusieurs types de modulations tarifaires sont envisageables (voir encadré).

### Encadré 10 : Les modulations tarifaires

Les pratiques de modulations tarifaires peuvent prendre plusieurs formes : réduction ou augmentation d'un tarif socle sur la base d'indicateurs (i), versement conditionnel du tarif à des exigences fixées *ex ante* (ii), ou encore tarif dégressif (iii). Chacune de ces pratiques répond à des objectifs distincts :

- ◆ un tarif corrélé à des indicateurs vise à favoriser une politique spécifique (amélioration de la qualité par exemple) ;
- ◆ un tarif conditionnel répond davantage à une logique de sanction budgétaire ;
- ◆ un tarif dégressif vise un effet désincitatif à l'augmentation des volumes et repose sur l'idée d'un coût marginal décroissant.

Par ailleurs, les modulations tarifaires peuvent s'appréhender à deux étapes différentes de la réalisation budgétaire :

- ◆ elles peuvent s'envisager dès la phase d'élaboration de l'ONDAM et donc de la détermination de la campagne tarifaire : il s'agit dans ce cas de moduler les tarifs afin de définir un objectif de dépenses conforme aux taux d'évolution fixé par le Parlement. C'est en pratique l'objet de la diminution globale des tarifs qui tient compte à la fois de l'augmentation des volumes évaluée et de l'augmentation du coût des facteurs ;
- ◆ elles peuvent s'envisager après la fixation de l'ONDAM, pendant l'exercice budgétaire, pour s'assurer du respect de l'objectif fixé. Le dispositif actuel repose sur une « réserve », laquelle sert de variable d'ajustement budgétaire. Dans cette optique les modulations tarifaires peuvent porter sur les activités à fort enjeu, sur les activités particulièrement marquées par la problématique de la pertinence des actes ou bien une logique d'objectifs régionaux de dépenses l'ensemble des tarifs au niveau régional.

*Source : Mission IGF.*

Il peut s'agir ensuite d'étudier des solutions alternatives aux instruments existants par la détermination de compléments de rémunérations pour les professionnels ou les établissements, parallèles aux outils tarifaires. Ceux-ci peuvent être des instruments de planification classiques ou des enveloppes budgétaires réservées ou modulées en fonction des priorités affichées. Il s'agit dans ce cas de relativiser la part des outils tarifaires dans le financement de l'offre de soins pour mieux cibler les incitations souhaitées.

**Encadré 11 : Les financements complémentaires**

D'ores et déjà, le système de financement de l'offre de soins intègre des flux budgétaires hors outils tarifaires (T2A et CCAM). Il peut s'agir de forfaits (pour les urgences par exemple) ou de dotations (pour certaines activités non rémunérées à l'activité telles que la psychiatrie ou les missions d'intérêt général).

Deux logiques peuvent être appréhendées en matière de financements complémentaires. La première, nationale, envisage le financement d'un certain nombre d'activité hors outils tarifaires. La seconde consiste à compléter au niveau local, les insuffisances constatées des outils tarifaires.

- ◆ les limites intrinsèques aux outils tarifaires peuvent conduire à mettre en place pour certaines activités des compléments de financement (voir annexes I et III). Mise à part les missions d'intérêt général, d'autres activités justifient une étude ou une approche spécifique. Les projets en cours sur le SSR, la psychiatrie et les hôpitaux locaux en sont un exemple (cf. annexe I). Les services ne répondant pas à une stricte logique d'activité mais à une logique de permanence (ce qui est le cas des services de réanimation ou de pédiatrie par exemple), pourraient ainsi davantage combiner un financement forfaitaire pour l'infrastructure et un financement à l'activité pour les coûts variables, ce d'autant que la construction tarifaire actuelle ne prend pas directement en compte les normes (ratios de personnels) exigés pour ces activités ; pour la médecine de ville, la montée en charge des maladies chroniques invite à expérimenter des modes de financement alternatifs, davantage axés sur les épisodes de soins (cf. supra) ;
- ◆ les limites des outils tarifaires dans leurs effets sur l'offre de soins peuvent également conduire à mettre en place des fonds spécifiques en direction des acteurs de l'offre. La création d'un fond régional d'intervention dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 participe de cette démarche.

*Source : Mission IGF.*

Bien entendu, l'ensemble de ces mesures peuvent avoir un effet positif sur la maîtrise budgétaire, en participant, notamment par le biais de la maîtrise médicalisée, au respect de l'ONDAM (voir annexe III).

La question de l'équilibre entre régulations micro et macro économiques conduit enfin à s'interroger sur la place des agences régionales de santé (ARS) par rapport aux outils tarifaires.

Si plusieurs solutions sont envisageables pour passer d'un paiement segmenté à une approche coordonnée, la mission propose la mise en place de système tarifaire alternatif, de manière expérimentale et ciblée, et sans que ce mode ait vocation à devenir universel (21). La question de la qualité et de la pertinence relève plus d'une logique de réglementation que de tarification, même si celle-ci n'est pas exclue (22). En revanche, la maîtrise des volumes doit être une partie intégrante de l'outil tarifaire (23).

## 2.1. La nécessité de passer d'un paiement segmenté à une approche coordonnée

L'analyse part du postulat que le mode de paiement à l'acte ou au séjour favorise l'activité en volume et la fragmentation des soins plutôt que la prévention, la coordination des soins et le parcours de soins.

La notion de parcours de soins se définit comme la prise en charge d'un patient dans sa globalité, c'est-à-dire par les actions de prévention, d'éducation, de diagnostic, de surveillance, de traitement et de rééducation. Elle peut s'envisager dans son acception « verticale » comme intégrant l'ensemble des acteurs du système de santé (offreurs, régulateurs et payeurs) ou dans son acception « horizontale » au sens de l'intégration de différents acteurs autour d'une pathologie spécifique.

L'augmentation du nombre de maladies chroniques et le vieillissement de la population (voir *supra*) donnent plus d'acuité à cette problématique puisqu'elles requièrent, plus que d'autres, une prise en charge coordonnée. Une meilleure coordination est également susceptible de réduire le recours à l'hospitalisation, le monadisme médical et certains examens inutiles. Autrement dit, l'optimisation des parcours de soins, bénéfiques à la prise en charge des patients, pourrait se révéler également source d'économies pour l'Assurance maladie.

L'approche coordonnée peut schématiquement prendre trois formes, d'ambition croissante :

- la première consisterait à développer les actions de coordination des acteurs. La mission propose de renforcer le poids des rémunérations complémentaires hors outils tarifaires (211) ;
- la deuxième approche ferait émerger une tarification à « l'épisode de soins », c'est-à-dire le paiement d'un ensemble d'actes ou de consultations normées. La mission propose d'expérimenter cette nouvelle modalité de tarification pour certaines maladies chroniques et les grossesses sans complication (212) ;
- enfin, la troisième approche, la plus intégrée, consisterait à mettre en place de véritables parcours de soins, déclinés le cas échéant en épisodes de soins. Sans élaborer des parcours de soins types, à l'instar des GHM, la mission propose plutôt d'expérimenter un mécanisme de financement complémentaire sous forme d'enveloppe régionale répartie sur appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs de soins (213).

### 2.1.1. Favoriser la coordination par des rémunérations hors outils tarifaires

L'amélioration de la coordination des parcours de soins est une idée ancienne. De nombreux travaux ont été engagés et/ou mis en œuvre par la CNAMTS, la HAS ou le ministère en charge de la santé afin de décloisonner l'offre de soins et d'optimiser les parcours.

Deux approches sont possibles. La première, organisationnelle, renvoie à la problématique de la structuration de filières de prises en charges. La seconde, *via* l'outil tarifaire, consiste à mettre en œuvre les incitations à une meilleure coordination entre acteurs du parcours.

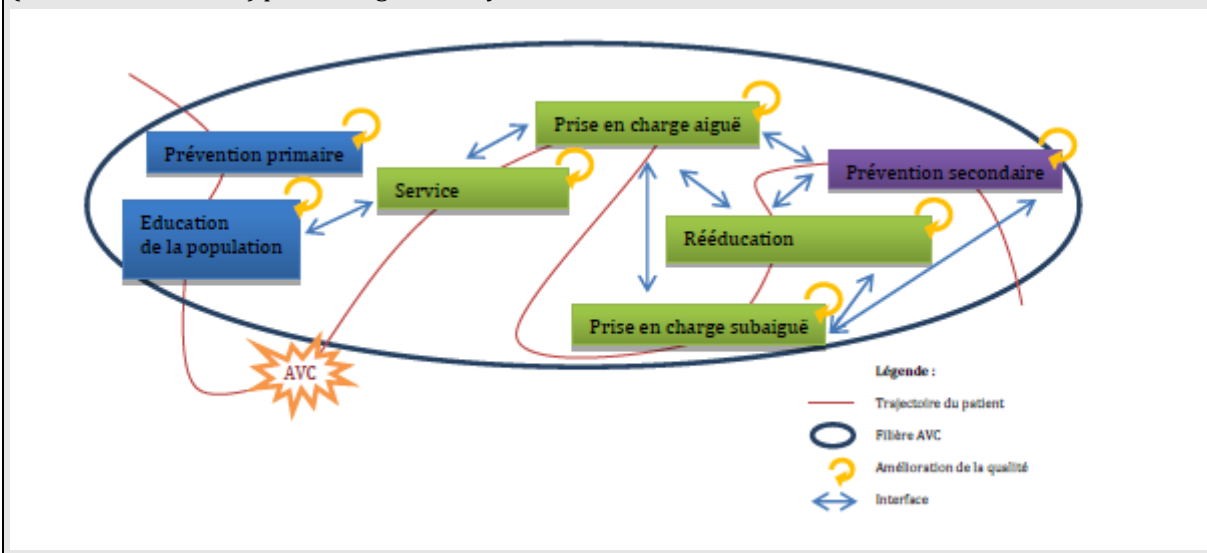
### 2.1.1.1. L'organisation des prises en charges au sein de filières de soins structurées

En France, le terme de filière de soins apparait pour la première fois dans les ordonnances du 24 avril 1996, dites « Juppé ». La notion est définie à l'article L. 162-31 -1 du code de la Sécurité sociale comme « *une forme d'organisation permettant une meilleure prise en charge des patients et l'organisation d'un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination (...), qu'il s'agisse de soins ou de prévention* ».

Ces filières sont « *organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins* ». Cette notion de filière peut correspondre à la description d'un réseau vertical, au sens où il intègre différents acteurs du système de santé.

#### Encadré 12 : L'exemple de la filière AVC

La filière peut être décrite comme un ensemble contenant les étapes clés de la prise en charge des AVC. Cet ensemble inclut la prévention primaire, l'éducation de la population, l'organisation des services médicaux d'urgence, le traitement des AVC à la phase aiguë et subaiguë, la rééducation fonctionnelle et la prévention secondaire. Les activités d'amélioration de la qualité de chaque étape et à leur interface (continuité des soins) peuvent également y être incluses.



*Source* : « Filières de soins, revue des initiatives internationales sur les indicateurs », INSERM, mars 2011.

Plusieurs mesures ont successivement été introduites dans la législation afin d'organiser les prises en charge selon une logique de filière. La première, organisationnelle, consiste à financer des réseaux de soins auxquels adhèrent les professionnels d'un territoire donné, et dont l'objectif est de favoriser les échanges et de développer les protocoles communs de prises en charges (entre ville, hôpital et parfois médico-social). La deuxième, relative aux technologies de l'information et de la télécommunication, repose sur le financement de l'accompagnement au développement de la télémédecine. La troisième a consisté à transcrire l'esprit du « *gate keeper* » britannique par l'instauration du dispositif du « médecin traitant ». Enfin, quelques modèles *ad hoc*, plus ou moins intégratifs, ont vu le jour, telles que les expérimentations de maisons d'orientations pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.



## Annexe IV

### ◆ Le développement de la télémédecine afin de dématérialiser les parcours

En 2008, le rapport Simon et Acker sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins passe en revue les expérimentations conduites en France et à l'étranger depuis une dizaine d'années et souligne l'importance de la télémédecine dans le contexte actuel de restructuration de la santé dans l'hexagone : *« Il apparaît, dans la plupart des pays étudiés, que la télémédecine est considérée comme une valeur ajoutée en matière de qualité et de sécurité dans l'organisation des soins, notamment lorsqu'elle favorise les soins au domicile des patients. »*

S'appuyant sur cet état des lieux, les auteurs se sont attachés à décrire les enjeux d'un déploiement opérationnel de la télémédecine en France dans les prochaines années : *« la télémédecine représente un levier pour restructurer l'hôpital, réorganiser la filière de soins et mettre en place une gradation des soins »*. Ils soulignent également les enjeux médico-économiques d'un déploiement de la télésurveillance des patients atteints de maladies chroniques (insuffisance cardiaque et rénale, diabète, hypertension artérielle).

En revanche selon le CAS (note 2011), si elle laisse espérer plus d'efficacité, elle pourrait aussi offrir de nouveaux services, entraînant des dépenses supplémentaires. L'enjeu serait donc davantage qualitatif qu'économique.

Dans le cadre de la gradation des soins, il est possible de concevoir un recours à la télémédecine structuré en échelons. Le rapport évoque la possibilité d'un maillage qui intègre un échelon de proximité (lequel pourrait prendre la forme de maisons de santé pluridisciplinaires), un échelon de recours constitué des centres hospitaliers, de libéraux spécialisés, voire de CHU, lesquels seraient globalement articulés avec les prises en charge à domicile.

Enfin, la mise en place d'équipements de télémédecine peut être une contrepartie à la perte du plateau technique et de certaines spécialités dans les établissements de proximité.

### Encadré 13 : Les actes relevant de la télémédecine

L'article R. 6316-1 du code de la santé publique (décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine) prévoit que relèvent de la télémédecine les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Les actes suivants sont concernés :

- ◆ la téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ; ce dispositif est en expérimentation dans plusieurs centres hospitaliers français, notamment sur la médecine spécialisée. Le dispositif « Télégéria » relie par exemple depuis 2006 des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à des médecins de l'HEGP ;
- ◆ la télé-expertise qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières ;
- ◆ la télésurveillance médicale qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ; la télésurveillance existe depuis longtemps pour le maintien sécurisé des personnes âgées chez elles, et s'élargit aujourd'hui à l'HAD et à la gestion des maladies chroniques ;
- ◆ la téléassistance médicale qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte (penser à faire le point sur les coopérations entre professionnels).

*Source : Code de la santé publique.*



## Annexe IV

### ◆ Des réseaux de santé au bilan contrasté

La notion de réseaux de soins est décrite dans l'article L. 712-3-2 du code de la Santé Publique comme une association d'établissements de santé et de la médecine libérale, en vue de répondre aux besoins spécifiques à certaines « [...] *activités de soins [...] ou à certaines pathologies* » de la population. Ces réseaux formalisés sont mis en place en particulier sur le diabète, le cancer, la gérontologie et soins palliatifs. Quatre types de réseaux ont eu cours :

- les réseaux dits « Soubie », expérimentaux, autour d'une pathologie, financés par la sécurité sociale ;
- les réseaux inter-établissements ;
- les réseaux ville-hôpital autour d'une thématique de santé ;
- les réseaux de santé de proximité financés par l'État autour d'une logique de territoire.

La loi de santé publique de 2002 a remplacé les notions de réseau de soins et de filière par le terme de « réseaux de santé » qui bénéficie d'une enveloppe ONDAM spécifique. Ces réseaux ont pour objectifs : « *de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de Santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* ».

La majorité des réseaux existants s'est concentrée sur des thématiques fortement marquées par l'importance d'un parcours de soins coordonné : cancer, diabète, gérontologie, soins palliatifs/douleur, périnatalité.

Dans un rapport de 2006, l'IGAS fait un bilan contrasté de la mise en place des réseaux ainsi mis en œuvre : « *en termes de service médical ou médico-social rendu : certains projet ont le mérite de s'adresser à des difficultés réelles rencontrées par les usagers du système de soins* ». Le rapport évoque ainsi les tentatives de réponse aux difficultés d'accès, aux problèmes de lisibilité, d'orientation ou de parcours dans le système de soins. Mais « *rare sont les projets où ont été mesurés des indicateurs permettant d'évaluer (directement ou indirectement) l'impact du dispositif financés pour les personnes malades prises en charge. Plus rares sont encore ceux où un impact positif a effectivement été constaté en termes de résultats constatés sur l'état de santé des personnes prises en charge. C'est toutefois le cas dans certains réseaux prenant en charge des patients diabétiques* ». Au total, l'IGAS considère que la plus-value des réseaux est rarement démontrée.

En outre, « *la majorité des projets financés ne peuvent être considérés comme des réussites en matière d'organisation de l'offre de soins. Très peu d'expérimentation ont su conjuguer de façon convaincante plusieurs fonctions utiles à la prise en charge (formation, coordination des prises en charges, recours à l'expertise, mise en œuvre de référentiels, évaluation des pratiques, éducation sanitaire...).* [...] *Globalement, le nombre de professionnels de santé et singulièrement de médecins généralistes libéraux activement impliqués dans les réseaux de santé et dans les autres dispositifs financés par les deux fonds [fond d'aide à la qualité des soins en ville et dotation nationale de développement des réseaux] demeure extrêmement réduit* ».

## Annexe IV

Ces difficultés ont conduit à la création d'un Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dont l'objet est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Ce nouveau fonds reprend les champs d'intervention du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - hors financement des actions d'évaluation des pratiques médicale - et de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) qui fusionnent. Il finance :

- le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ;
- des actions ou des structures contribuant à la permanence des soins (PDS) comme les maisons médicales de garde ou centre de régulation libérale ;
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- des actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville ;
- le développement du dossier médical personnel (DMP).

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année dans l'ONDAM. En 2010, 730 réseaux de santé ont bénéficié d'un accord de financement au titre du FICQS avec un montant versé, déclaré par les ARS, de 164,4 M€. Ces derniers ont dorénavant vocation à être financés par le nouveau fond d'intervention régional (FIR – voir *supra*).

### ◆ Le médecin traitant, un coordonateur davantage qu'un « *gate keeper* »

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. À défaut, les patients s'exposent à des majorations financières. Cependant, en France, le patient reste libre de consulter le spécialiste de son choix. Une grande partie de la prise en charge des pathologies ne se fait pas dans le cadre d'une filière de soins formalisée *a priori*.

La dernière convention nationale signée entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie pour la période 2011-2016 insiste davantage encore sur l'importance de la coordination des parcours de soins, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques. Il est prévu la mise en place de mesures sur la rémunération des médecins (*cf.* encadré 14).

### ◆ L'expérience des MAIA dans le cadre du plan Alzheimer

Le nombre important de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et la baisse prévisible du nombre d'aidants familiaux auprès de leurs proches en perte d'autonomie font de l'intégration des services et professionnels de santé un enjeu majeur. En France, le système de prise en charge des personnes en perte d'autonomie se caractérisait, selon le ministère de la santé à l'occasion du lancement des appels à projet pour le développement des MAIA, « *par la fragmentation des services, tant au niveau de l'organisation et du financement que de la dispensation des aides* ».

## Annexe IV

Cet appel à projet, fruit du plan Alzheimer, part du constat que les dispositifs de coordination mis en place tels que les coordinations gériatologiques, les réseaux de santé, les équipes mobiles de gériatrie... n'ont pas totalement permis de résorber les cloisonnements. « *Ces dispositifs sont soit principalement sociaux, comme pour les CLIC, soit essentiellement sanitaires dans le cas des réseaux de santé, et cela, malgré les recommandations données sur leur nécessaire complémentarité et leur bonne articulation. Ainsi, le vrai passage de la coordination à l'intégration des soins et des services reste encore à faire*<sup>36</sup> ».

### Encadré 14 : Les maisons d'accueil pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

Les MAIA ont pour objectif d'assurer une prise en charge, sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille. L'objectif est de créer un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social, une « porte d'entrée » unique.

Les MAIA seront en premier lieu dédiées aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer, mais doivent pouvoir s'élargir à toute personne âgée très dépendante, voire à toute personne en perte d'autonomie.

Il s'agit, par le rassemblement des dispositifs existants, de permettre :

- la création d'un espace identifié d'accueil, d'écoute et d'évaluation pluridisciplinaire de la situation vécue par un malade atteint d'une maladie d'Alzheimer pour les cas complexes, et par ses proches ;
- la mise en commun de moyens en termes de recrutement de personnel social, médical, paramédical, administratif ;
- l'acquisition et le partage des moyens logistiques ou des moyens techniques ;
- l'acquisition et le développement de services communs : services à domicile comme le portage de repas, transports ;
- l'élaboration de nouvelles stratégies de prise en charge, en filières notamment et en rassemblant des savoir faire complémentaires ;
- l'interdisciplinarité autour de la personne et la mise en place de prises en charge continues adaptées à ses besoins ; le référent médico-social unique et le gestionnaire de cas ont leur siège administratif dans ce lieu de coordination ;
- la définition d'actions de formation ;
- la définition d'actions de soutien aux aidants ;
- la facilitation d'actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations (diffusion de procédures, de références, de recommandations de bonnes pratiques) ;
- l'évaluation des pratiques ;
- la mise en place d'un système de référent pour toutes les personnes atteintes de la maladie et de coordonnateur unique pour les cas complexes.

*Source : Réseau Alzheimer.*

Le concept de MAIA part du principe que, en Amérique du Nord comme en Europe, la mise en place de « gestionnaires de cas » et de systèmes d'intégration des soins et des services a très nettement montré : une diminution du recours aux hospitalisations ; une réduction des coûts de santé ; une très nette amélioration de la satisfaction des usagers ; et souvent, une diminution de la prévalence de la perte d'autonomie en population générale.

Après l'expérience concluante des MAIA expérimentales de 2009, un nouveau déploiement de 100 nouvelles structures est prévu en 2012<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Cahier des charges de l'appel à candidature pour l'expérimentation de MAIA.

<sup>37</sup> Circulaire interministérielle N° DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

### 2.1.1.2. Une adaptation des outils tarifaires difficile

Malgré l'existence de certaines majorations et le développement de la rémunération à la performance pour les médecins libéraux, la rémunération des médecins par la CCAM et la NGAP telles qu'elles existent aujourd'hui reste en décalage par rapport aux nouvelles exigences du système de santé :

- ◆ d'une part, elle ne permet pas de valoriser spécifiquement des activités telles que les consultations de prévention (pour la personne de plus de 70 ans par exemple), les différents bilans pour les nourrissons, les activités d'éducation thérapeutique du patient, les réunions de concertation pluridisciplinaires, les consultations longues tels que les dispositifs d'annonce dans le cadre du plan cancer, les consultations mémoires préconisées par le plan Alzheimer *etc.* ;
- ◆ d'autre part, la valorisation des charges liées à l'environnement telle qu'elle a été retenue en 2004 n'intègre pas des modes d'exercice qui, aujourd'hui, doivent permettre une meilleure coordination ou une prise en charge non hospitalière tels que les cabinets de groupe qui disposent d'un minimum de plateau technique, ou les plateaux de consultation en hôpital.

À ce titre, le rapport d'enquête de l'IGAS de janvier 2009 sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, les systèmes de rémunération, dans le secteur public comme dans le secteur libéral, « consacrent la dichotomie ambulatoire hôpital, et fait apparaître une hiérarchie des rémunérations qui est défavorable aux spécialités cliniques et valorise les actes médico-techniques au détriment des actes intellectuels et ne favorisent pas la coordination et la qualité des prises en charge ».

Le projet de développement d'une CCAM clinique a régulièrement été repris comme proposition au sein de différents rapports afin de mieux rémunérer les actes cliniques et réduire ainsi l'écart de rémunération entre spécialités (*cf.* annexe II). Le rapport de l'IGAS de 2009 précité préconise également d'étendre le champ de la CCAM à « l'ensemble des activités médicales correspondant aux différentes étapes des prises en charge, qu'elles soient menées en ambulatoire ou dans les établissements hospitaliers publics ou privés ».

Il pourrait s'agir, comme aux États-Unis, de coter les actes cliniques, avec les caractéristiques du patient (nouveau ou déjà connu), le contexte de la consultation (au cabinet, en hospitalisation, en service d'urgence...) et le niveau du service rendu. Au-delà des consultations cliniques classiques, les actes de conseil thérapeutique ou coordination réalisés par les professionnels sont essentiellement facturés au temps passé. Les actes de consultant (consultation demandée par un autre médecin) font par ailleurs l'objet d'une cotation propre mais qui obéit à la même logique. Les actes réalisés par téléphone peuvent également être facturés (*cf.* annexe II).

Cette préconisation comporte plusieurs limites. Un tel projet de construction de nouvelle nomenclature nécessite des études et investigations nombreuses. Elle requiert un important travail de concertation avec les sociétés savantes et présente le risque de complexifier davantage encore les négociations conventionnelles. Surtout, cette innovation est susceptible d'entraîner une inflation des dépenses d'assurances maladies (*cf.* annexe II).

L'adaptation de la CCAM à l'objectif d'une meilleure coordination des parcours de soins est donc difficile. Or, la faible valorisation des consultations des médecins généralistes *via* l'outil tarifaire comparativement aux spécialités « techniques » est un incitatif au volume et donc à la réduction de la durée de consultation. Cette réduction rend difficile une action de coordination satisfaisante. Elle présente le risque de devenir, dans cette optique, davantage une fonction d'orientation dans le système de soins (aux consultations externes des établissements de santé ou auprès des médecins spécialistes). En ce sens, la mission préconise le développement de rémunérations hors outils tarifaires.

### 2.1.1.3. Des rémunérations hors outils tarifaires à privilégier

La complexité d'une refonte de la CCAM et la possibilité de coupler l'outil tarifaire en ville à une logique qualité (cf. *supra*), incitent à privilégier le développement d'une rémunération complémentaire à l'outil tarifaire.

Des expérimentations sont entrées en phase opérationnelles sous l'égide des ARS en 2010. Ces expérimentations ont porté sur deux types de projets :

- ◆ les « forfaits missions coordonnées » destinés à rémunérer le temps de coordination, les professionnels continuant par ailleurs à bénéficier du paiement à l'acte pour leur activité habituelle ;
- ◆ les « nouveaux services aux patients » (limité dans un premier temps à l'éducation thérapeutique) qui propose aux professionnels de santé libéraux une rémunération pour une activité aujourd'hui peu formalisée. La rémunération repose sur un forfait par programme et par patient, alloué à la structure. Selon le rapport Hubert de 2010, ces forfaits ne seraient pas « à la hauteur des enjeux » et traduiraient l'absence de vision sur la globalité du système de santé.

Plus structurellement, une refonte du modèle de rémunération est parfois évoquée pour tenir compte de cet enjeu. La nouvelle convention nationale des médecins libéraux prévoit ainsi la généralisation de la rémunération à la performance en substitution aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles.

#### **Encadré 15 : La coordination des soins dans la convention nationale médecins-libéraux - Assurance maladie 2011-2016**

Les parties réaffirment la nécessité, tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologie chroniques, de favoriser le parcours des soins coordonnés entre les professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des soins et d'assurer une meilleure efficacité. Le dispositif du parcours de soins sera pérennisé.

La fonction de médecin traitant doit être valorisée notamment par l'évolution de leur rémunération de manière à mieux valoriser leurs missions spécifiques en matière de prévention, de suivi des pathologies chroniques et plus généralement, de santé publique. A ce titre, la convention permet la prévention des pathologies chroniques et leur suivi et favorise des prescriptions.

Le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques et y est associé. Il est tenu régulièrement informé des actions engagées dans le cadre de ces programmes (notamment accompagnement des patients diabétique) et assure le suivi des informations transmises dans ce cadre. Il participe à l'évaluation périodique des programmes. Le médecin traitant perçoit une rémunération forfaitaire pour les fonctions exercées au titre des programmes. Le médecin traitant perçoit une rémunération forfaitaire pour les fonctions exercées au titre des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

Le médecin traitant bénéficie d'une rémunération spécifique pour le suivi de ses patients en ALD qui l'ont choisi comme médecin traitant.

En matière de coordination, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques, le médecin traitant a deux missions :

- ◆ une fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge ;
- ◆ l'accompagnement médico-social de la personne et des aidants familiaux, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que l'aide pour les démarches administratives.

Ces mesures ne seront mises en place qu'après obtention des résultats de l'évaluation des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération.

*Source : Convention nationale médecins libéraux - Assurance maladie 2012-2016.*

## Annexe IV

En définitive, la mission confirme l'orientation de la CNAMTS de privilégier un complément tarifaire, hors CCAM, notamment par l'instauration d'une part au forfait et d'une part à la performance.

### 2.1.2. Expérimenter des outils tarifaires par épisodes de soins

Selon le Haut comité de santé publique (HCSP)<sup>38</sup>, le mode de financement des soins en France exerce une influence forte et structurante sur son organisation : en effet, tout est fait pour délimiter un épisode de soins autonome, dont les conséquences d'aval en termes de sécurité ne sont pas prises en compte. Ce système ne comporte guère d'incitation à la délivrance de soins sûrs, ni dans les établissements de santé ni dans les cabinets de ville :

- ◆ dans les établissements de santé, la tarification à l'activité par séjour apporte un financement forfaitaire pour les soins reçus au cours de ce séjour ; les conséquences ultérieures en termes d'évènements indésirables graves par exemple n'interviennent pas. Au pire, la survenue de tels évènements peut conduire à des réadmissions dont l'établissement va bénéficier, quand bien même il a délivré les soins qui en sont à l'origine. Pourtant, il est possible d'analyser les séjours successifs d'un même patient liés par leur "chaînage" ;
- ◆ pour les soins de ville, le financement à l'acte exclusif conduit à une compilation d'honoraires "étanches" pour financer des actes pratiquement indépendants les uns des autres, sans encourager la prévention d'évènements indésirables liés à leur insuffisante coordination. L'exploitation de la base de données du Système National d'Information Inter régime (SNIIR-AM) permettrait de visualiser les trajectoires des patients conduisant ou non à de tels évènements, mais cette information est à l'heure actuelle dépourvue de toutes conséquences financières. Les seules sanctions financières auxquelles les professionnels de santé sont exposés, sont liées à des pratiques ayant des conséquences pour l'Assurance maladie ; les soins en lien avec des évènements évitables ne sont pas, en tant que tels, ciblés.

Une première entrée dans le sujet des épisodes de soins pourrait porter sur des filières spécifiques, pertinentes compte tenu du besoin de coordination qu'elles requièrent ou de leur enjeu budgétaire. De ce point de vue, les maladies chroniques peuvent faire l'objet d'une focale.

---

<sup>38</sup> Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients, principes et préconisations, HCSP, novembre 2011.



**Encadré 16 : Problématiques organisationnelle et typologie de pathologies**

On distingue deux types de problématiques organisationnelles selon le type de pathologie :

- ◆ d'une part, pour les pathologies aiguës (AVC, pathologies coronariennes), la priorité est donnée à la réduction des délais de prise en charge à la phase aiguë. Les filières sont donc centrées sur l'hôpital. Celui-ci est le point névralgique des soins d'urgence. Dans cette situation, la filière intègre systématiquement les acteurs d'amont de l'hôpital et se situe plutôt dans une configuration mono-disciplinaire ;
- ◆ d'autre part, pour les pathologies chroniques, la place du médecin généraliste et l'articulation d'une équipe pluridisciplinaire (autour d'une information partagée et d'une coordination effective) revêt une importance particulière.

Le cancer du sein constitue une particularité : son traitement n'est pour l'instant envisageable qu'en environnement hospitalier, malgré le développement de la chimiothérapie à domicile. De ce fait, la filière en cancérologie est mixte. La pluridisciplinarité et le lien avec le médecin généraliste est important que ce soit en amont (dépistage) ou en aval de la prise en charge ; l'hôpital reste toutefois le point central des soins. Cette analyse vaut aussi en partie pour la filière de prise en charge des personnes dépendantes dont les séjours hospitaliers se multiplient avec l'âge

*Source : Etienne Minvielle, entretien Mission IGF.*

Le nombre de patients souffrant d'affections chroniques aggravées a augmenté de 4 % en 2010, dans la poursuite de la tendance antérieure (entre 2005 et 2010, le taux de croissance annuel a été compris entre 3,5 % et 4,2 %). Le diabète, plus forte croissance en 2010, est ainsi devenu la première affection longue durée (ALD), avec coût total en 2010 d'environ 10 Mds € (soit 7 % à 8 % des dépenses ONDAM du régime général)<sup>39</sup>.

**Tableau 22 : Principales ALD par ordre croissant d'effectifs au 31/12/2010**

	<b>Effectifs au 31/12/2010</b>	<b>TCAM 2010/2005</b>
Diabète de types 1 et 2	1 885 382	7,5 %
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	1 861 113	5,7 %
Hypertension artérielle sévère	1 217 763	7,6 %
Affection psychiatrique longue durée	1 019 551	2,8 %
Maladie coronaire	906 204	5,0 %
Insuffisance cardiaque grave, cardiopathies	673 858	8,5 %
Total patient ALD	437 985	5,7 %

*Source : Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012, conseil CNAMTS du 7 juillet 2011.*

Par ailleurs, le HCAAM a relevé une problématique spécifique aux patients dépendants (voir encadré ci-dessous). D'autres pathologies chroniques comme le diabète peuvent faire l'objet de « parcours cibles ».

<sup>39</sup> Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012, conseil CNAMTS du 7 juillet 2011.

**Encadré 17 : L'enjeu de parcours de soins amélioré pour les patients dépendant**

Selon le rapport du HCCAM, « *les pathologies chroniques dont souffrent les personnes très âgées privées d'autonomie, rendent nécessaire l'intervention de nombreux professionnels spécialisés, comme le montrent nettement les recommandations et les guides de la Haute autorité de santé (HAS)* ». Une étude réalisée met ainsi clairement en évidence le grand nombre d'intervenants impliqués dans le traitement et le suivi des malades : de 12 à 30 professionnels de santé sur les 6 ALD étudiées. Selon le HCCAM, cette observation simple induit un évident besoin de coordination afin d'assurer une prise en charge efficace du patient. Les guides de la HAS mettent systématiquement en avant le rôle du médecin traitant chargé de coordonner l'ensemble des intervenants, souvent en lien avec le médecin spécialiste intervenant à titre principal.

Ainsi que le notait déjà le HCAAM dans son rapport d'avril 2010, l'incitation financière à la coordination ne consiste pas simplement dans le financement d'actes ou de temps spécifiques « de coordination », mais prioritairement dans la recherche de modes de tarification du travail soignant « courant » des médecins, des auxiliaires médicaux, des institutions sanitaires ou médico-sociales, etc. qui soient clairement incitatifs à ce que ce travail aille dans le sens d'un supplément de coordination et de coopération interprofessionnelle.

Or, tant la nomenclature professionnelle que la plupart des grandes réformes tarifaires récentes (T2A hospitalière, tarification en EHPAD), visent essentiellement à refléter l'intensité des moyens à mobiliser par chaque acteur et chaque structure, en vue de pousser à l'optimisation « verticale et locale » de ces moyens, considérés au niveau du seul acteur ou de la seule structure en question, et peuvent, de ce fait, avoir des effets pervers en termes de coordination.

Certes, l'objectif d'optimisation verticale et locale des moyens garde toute sa valeur. Il doit se poursuivre en veillant à l'harmonisation des tarifications en fonction du seul besoin de prise en charge.

Mais, il doit impérativement se combiner avec celui de l'optimisation globale des mêmes moyens, c'est-à-dire l'optimisation des ressources soignantes et sociales dans leur ensemble : les tarifications ne doivent pas pousser les différents acteurs du système de soins à adopter des attitudes contraires à l'efficacité globale du système soignant

Le HCAAM estime toutefois que la réflexion et, au moins, l'expérimentation, doivent maintenant se porter sur plusieurs points complémentaires, tels que notamment :

- la matérialisation, dans les fonctions du médecin traitant et pour ceux de ses patients qui sont dépendants ou en risque de le devenir, de la fonction de « synthèse médicale » décrite dans le rapport du HCAAM d'avril 2010, - ainsi que, pour la mise en œuvre de cette fonction de synthèse médicale, de la fonction de « coordination soignante et sociale » décrite dans le même rapport, notamment dans les cas où cette dernière a vocation à être prise en charge, en sus de ses fonctions soignantes, par un professionnel de santé (le plus souvent, une infirmière libérale) ou par une structure pluridisciplinaire ;
- l'introduction, dans le cadre des travaux actuellement engagés sur la prise en compte d'indicateurs de qualité dans la T2A, d'incitations à mieux gérer les sorties et d'incitations à limiter les ré-hospitalisations évitables ;
- l'introduction de modalités nouvelles de calcul des dotations au titre des missions d'intérêt général (MIG), incitatives à la fois à l'activité et à la qualité de la prise en charge, en s'inspirant de la démarche conduite pour la mise en œuvre du plan Cancer.

*Source : Rapport 2010 du Haut comité consultatif de l'Assurance maladie sur la dépendance.*

Dans cette optique, une des solutions élaborée aux États-Unis au début des années 1980 est le « Case Management ». Son principe consiste à rationaliser les coûts liés aux hospitalisations en questionnant toutes les phases de l'épisode de soins autour de la notion d'interdisciplinarité : la collaboration avec les autres partenaires tels que les soins à domicile, les centres de réadaptation, les établissements de soins de longue durée est organisée. Un des outils privilégiés dans le « Case Management » est le « cheminement clinique ». Celui-ci se construit en équipe interdisciplinaire et doit couvrir l'ensemble des soins et services requis par la clientèle tant durant l'épisode de soins que sur un continuum de soins, d'où la nécessité d'impliquer les intervenants des autres partenaires du réseau de soins.



## Annexe IV

Il requiert d'approcher les problèmes de soins, les résultats cliniques immédiats, intermédiaires ou globaux, les interventions d'évaluation, d'observation et d'éducation, les traitements, les examens et autres procédures relevant des intervenants de l'équipe interdisciplinaire et le relevé des écarts, *etc.*

L'idée générale est que certains patients, identifiables, puissent relever d'une prise en charge renforcée et coordonnée autour d'épisodes de soins. Le principe n'est donc plus de rétribuer un acte individuel, fruit d'une relation entre un patient et un professionnel, mais de rémunérer une activité comprenant temps de coordination et intervention de plusieurs professionnels.

Le principe consiste à verser une rémunération forfaitaire globale pour une prise en charge donnée. Il peut s'appliquer à un épisode donné ou à une période donnée (notamment pour les pathologies chroniques, à l'année). L'intérêt est de permettre la limitation des actes et services inutiles et de renforcer la coordination des professionnels.

Toutefois, les freins méthodologiques pour l'approche des épisodes de soins sont nombreux<sup>40</sup>. L'idée qui semble la plus naturelle pour définir un « épisode de soins » est de regrouper l'ensemble des consommations médicales consacrées à la même pathologie (ou au même motif de recours aux soins) :

- ◆ le choix de rattacher ou non une consommation de soins à un épisode de soins. Cette décision relève largement de l'appréciation médicale et peut souvent être discutée. Ainsi, la définition des recours relevant d'une même pathologie est complexe, notamment l'analyse des recours liés à une maladie intercurrente qui se déclare chez une personne affaiblie par une pathologie grave. La maladie intercurrente peut être considérée comme une conséquence de cette pathologie grave, auquel cas les consommations auxquelles elle donne lieu relèvent du même épisode de soins que celles visant à traiter la pathologie grave, ou peuvent constituer un épisode de soins autonome ;
- ◆ une même séance de médecin ou de dentiste peut être consacrée à plusieurs maladies. Cela peut rendre très compliqué le rattachement de consommations médicales à des épisodes dans des cas où, par exemple, une première consultation est consacrée aux maladies A et B, une deuxième aux maladies B et C, et une troisième à la maladie B.

Au final, une enquête réalisée<sup>41</sup> montre que 96,5 % des ensembles de soins reconstitués ont toujours la même maladie en premier motif, que 3,3 % en ont deux et 0,1 %, davantage. Le fait que ces cas restent marginaux indique que la présence de motifs de recours secondaires n'est pas un obstacle à la construction d'épisodes de soins.

La tarification à l'activité telle qu'elle se pratique en HAD peut par ailleurs inspirer un mode de financement des épisodes de soins spécifique. En effet, les séjours en HAD, en écho de ceux réalisés en MCO, reposent sur quatre informations et déterminent un groupement homogène de tarifs (GHT) :

- le mode de prise en charge (MPC) principal choisi parmi la liste des 24 MPC disponibles (par exemple « soins palliatifs » ou « rééducation neurologique ») ;
- le mode de prise en charge associé s'il y a lieu, également choisi parmi la liste des MPC disponibles ;
- l'indice de Karnofsky qui permet d'évaluer le degré de dépendance du patient ;
- la durée du séjour.

---

<sup>40</sup> L'analyse des difficultés méthodologiques pour l'approche des épisodes de soins est largement inspiré d'une enquête conduite au début des années 1990 : « Comment définir les épisodes de soins » ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-1992, Pascale Brueil-Genier.

<sup>41</sup> L'analyse des difficultés méthodologiques pour l'approche des épisodes de soins est largement inspiré d'une enquête conduite au début des années 1990 : « Comment définir les épisodes de soins » ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-1992, Pascale Brueil-Genier.

## Annexe IV

Au regard de la nécessité d'une plus grande coordination dans les prises en charge des patients, et notamment des malades chroniques, la mission préconise la mise en œuvre, à titre expérimental, de mécanismes de financement qui regroupent l'ensemble des prestations médicales liées au suivi d'un patient chronique sur une période donnée (une année par exemple pour retenir une approche budgétaire ou sur une période à définir dans le cadre du colloque singulier).

La problématique de ce type de financement « à la prise en charge » plutôt qu'à l'activité tient toutefois à l'identification du professionnel qui en a la responsabilité puisqu'il implique de regrouper, fonctionnellement ou structurellement, les diverses parties prenantes qui concourent aux soins. Le paiement forfaitaire par épisode de soins semble ainsi difficilement généralisable à l'ensemble des soins de ville.

La mission préconise ainsi de retenir l'approche présentée par le livre blanc sur les systèmes de santé et l'assurance maladie de 1994 qui indiquait déjà que les épisodes de soins pourraient s'appliquer « *au suivi d'une grossesse, à certains soins dentaires ou à certains cas de patients atteints d'une maladie chronique : là où un même professionnel assure l'intégralité des soins relatifs à l'épisode considéré* ».

Ce dispositif devrait par ailleurs s'adosser à un mécanisme d'évaluation et d'incitation à la qualité. Des indicateurs de recours des patients aux médecins spécialistes, aux services d'urgences ou d'hospitalisation (identifiables par un chaînage des données sous SNIRAM) pourraient ainsi servir de support à la détermination de la rémunération complémentaire apportée au médecin. Celui-ci combinerait ainsi un paiement forfaitaire à l'épisode de soins pour les malades chroniques et un paiement à la performance.

### **2.1.3. Réserver des financements pour des parcours de soins retenus par appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs**

Les limites des dispositifs actuels (réseaux de santé, modalités de rémunération des praticiens...) plaident en faveur de solutions plus intégrées. La nécessité d'une plus grande coordination, notamment des malades chroniques, nécessite d'imaginer des expérimentations, reposant sur des initiatives locales, afin de faire émerger de façon structurée des ensembles organisés capables de prendre en charge, tout au long de leurs parcours, un certain nombre de patients.

Plusieurs expériences de rassemblement de professionnels autour d'une prise en charge donnée ont été réalisées à l'international. Compte tenu du contexte français, particulièrement favorable à l'exercice groupé, l'expérimentation de consortiums de professionnels et d'établissements de santé peut être envisagée.

#### **2.1.3.1. Des expériences plus intégratives conduites à l'international**

À l'étranger, les modes d'organisation du système de soins diffèrent. Certaines formes se rapprochent de la description du réseau de santé.

## Annexe IV

Les Health Maintenance Organization (HMO), assureurs et acheteurs de soins aux États-Unis, forment un réseau de soins en contractualisant avec plusieurs offreurs de soins et en organisant la coordination entre les offreurs. Au travers de ces « HMO » sont nés les concepts d'« integrated care », « managed care » ou de « disease management » qui ont pour but de coordonner les soins du patient lors de son passage dans le système de soins avec un double objectif de rationalisation des coûts et de la qualité. Ces deux derniers concepts reposent en général sur l'existence d'un coordinateur (« case manager ») souvent directement ou indirectement (sous-traitance) employé par l'assureur qui oriente l'assuré pour l'ensemble de ces soins vers des fournisseurs de soins désignés. Ils formalisent ainsi une filière de soins *a priori*. Le système anglais a pour sa part désigné le médecin généraliste comme acheteur des soins spécialisés, faisant de lui le responsable de la filière de soins dont il porte la coordination.

### ◆ L'expérience américaine des « *patient-centered medical home* »

Une matérialisation intéressante d'un modèle de prise en charge de patients chronique (« chronic care model ») a consisté en la création, aux États-Unis, d'un mode d'organisation des cabinets de premier recours sous forme de « *patient-centered medical home* » (PCMH)<sup>42</sup>.

Ce modèle a pour objectif de palier les insuffisances caractérisant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et permet, en théorie, de limiter les hospitalisations. Selon Pierre-Louis Bras, il n'existe pas suffisamment de données probantes afin d'affirmer que ces organisations permettent de générer des économies significatives. Le mode de rémunération du médecin y est par ailleurs interrogé.

Les patients des PCMH sont suivis par un médecin personnel ; ce médecin dirige une équipe qui assure collectivement la prise en charge des soins ; les soins sont coordonnés tant à l'égard des autres composantes du système de soins (spécialités, hôpitaux...) qu'à l'égard de l'environnement du patient (famille, services publics ou privés locaux). Le cabinet est rémunéré selon des modalités qui permettent de tenir compte de l'ensemble de l'activité, au-delà des consultations (travail de l'équipe, coordination, investissement informatique). La rémunération peut prendre la forme d'un paiement à la performance ou d'un intéressement aux économies réalisées en termes d'hospitalisation. Une approche plus poussée du dispositif consiste à labéliser les cabinets médicaux en PCMH sur des critères retenus par la *National committee for quality assurance* (NCQA).

### ◆ L'expérience canadienne d'une organisation intégrée au niveau local pour les patients dépendants<sup>43</sup>

Au Canada, la santé et les services sociaux, tout comme l'éducation, relèvent de la responsabilité des provinces. Elle est déconcentrée au niveau régional dans 18 agences de la santé et des services sociaux (CSSS). Ces CSSS ont été créés en 2004 dans le cadre d'une réforme ayant pour objectif la fusion des hôpitaux, des centres d'hébergement, et des centres locaux de services communautaires (CLSC) d'un même territoire.

La coordination des services représente un enjeu important au Québec, notamment pour les personnes dépendantes. Un modèle d'intégration de type coordination (PRISMA) a été développé. Une étude d'impact a montré la diminution de l'incidence et la prévalence de la perte d'autonomie avec l'application de ces programmes, par l'amélioration de la satisfaction et de l'*empowerment* des sujets, et la réduction du recours aux urgences.

---

<sup>42</sup> Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis, Pierre-Louis Bras, Pratiques et Organisation des Soins, volume 42, n°1, janvier-mars 2011.

<sup>43</sup> Couturier Y, Belzile L, Gagnon D. Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Revue Management et Avenir, 2011

## Annexe IV

Suite à ces résultats positifs, le ministère a décidé de généraliser ce modèle partout au Québec. Le modèle Prisma prévoit la mise en place de tables de concertation locale (gouvernance partagée), d'un guichet unique pour l'accès aux services, de gestionnaires de cas chargés de l'évaluation, de l'élaboration d'un plan de services individualisé, du courtage de services et du suivi des usagers, d'un instrument multidimensionnel unique et d'un dossier clinique informatisé partageable. Ce modèle a été adopté en France et sert de base aux Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

### ◆ Le modèle anglais des « *Primary Care Trust* »

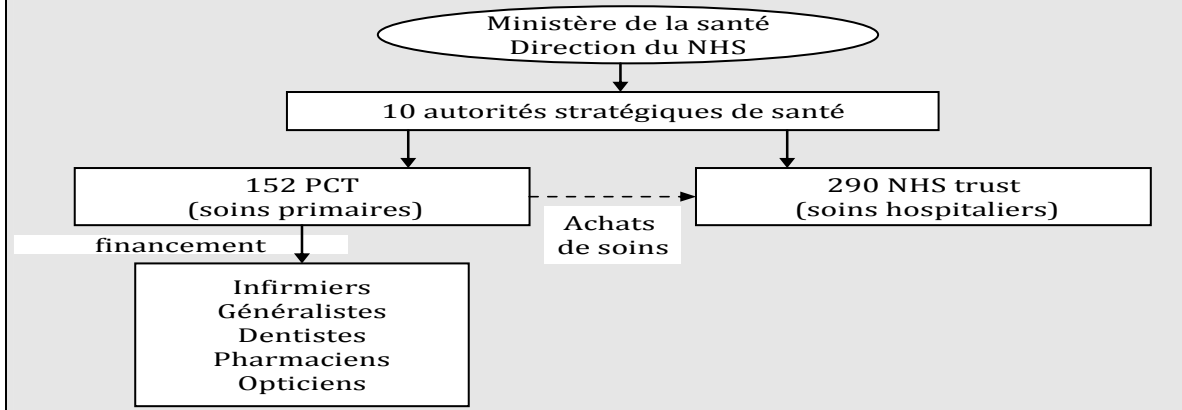
Les soins primaires ont fait l'objet, en Angleterre, de nombreuses réformes depuis les années 1990, avec la constitution des « *Primary Care Trusts* »<sup>44</sup>, organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins. La convention avec les médecins généralistes signée en 2004, comporte des incitations nouvelles au regroupement entre praticiens, à la délégation des tâches et modifie la structure de rémunération, puisqu'une part significative y est désormais conditionnée à l'atteinte d'objectifs. De multiples canaux se mettent en place tels que les médecins gestionnaires, les services médicaux et l'émergence de grandes entreprises recrutées sur appel d'offre.

#### Encadré 18 : Les *Primary Care Trust* (PCT)

Les 152 PCT sont responsables de l'ensemble des soins de première ligne pour la population qu'ils desservent. Une PCT est une structure locale, couvrant en moyenne 330 000 habitants, qui :

- d'une part « chapeautent » environ 50 cabinets de médecine générale en moyenne (soit un peu plus de 200 médecins généralistes) et d'autres professionnels indépendants, avec lesquels il contracte et qu'il finance ;
- et d'autre part, fournit directement des services avec du personnel salarié (soins infirmiers à domicile, PMI, santé scolaire, santé mentale, soins de kinésithérapie...).

Les PCT également sont acheteurs de soins hospitaliers pour le compte de la population qu'il sert. Ils ne sont en revanche pas responsables des dépenses relatives aux services sociaux, qui restent une compétence des collectivités locales.



Source : Points de repère, juillet 2008, n°17, la réforme dans l'organisation des soins primaires en Angleterre.

<sup>44</sup> Points de repère, juillet 2008, n°17, la réforme dans l'organisation des soins primaires en Angleterre.

### 2.1.3.2. En France, une opportunité naissante

Les obstacles à une pratique plus intégrée des parcours de soins en France résident essentiellement dans la pluralité des financeurs et dans le statut libéral du corps médical en ville.

Pour autant, à l'aune d'importants problèmes démographiques, la préférence pour le salariat des nouvelles générations de médecins et la conversion des hôpitaux locaux dans une offre de soins graduées sont autant d'opportunités pour envisager, sur un champ restreint de pathologie, une approche intégrée des parcours de soins qui dépasse la logique d'acte ou de séjour.

◆ Un encouragement grandissant au regroupement des professionnels

Selon le rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité, *« l'exercice regroupé et pluri-professionnel est plébiscité »*. Les centres de santé représentent le mode le plus ancien de ce type d'exercice (en 2005, la CNAMTS en dénombrait 1 432, dont 159 sont médicaux, 521 étant infirmiers) : *« les centres de santé, dans lesquels sont présents entre autres des médecins, essentiellement gérés par des organismes à but non lucratif (mutualité, régime minier...) ou des collectivités locales, sont caractérisés par le mode de rémunération de leurs professionnels de santé, basé essentiellement sur le salariat, et une forte prise en compte de la dimension sociale »*.

Deux modalités existent aujourd'hui : les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les pôles de santé pluridisciplinaires.

Le rapport indique que ce mode d'exercice peine toutefois à se développer notamment en raison d'une fragilité juridique de l'exercice regroupé et de sa vulnérabilité économique : *« contrairement à l'idée selon laquelle le regroupement crée des économies d'échelle, une MSP qui répond à une certaine ambition a un coût de fonctionnement plus élevé que celui d'un cabinet isolé. Une étude menée par la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) évalue le surcoût à 4 400 euros annuels par médecin. Or, les aides sont « multiples, dispersées et mal connues, les dispositifs sont inefficaces et les financements rendus fragiles par l'inconstance des décisions »*.

Le rapport Juilhard d'octobre 2009 sur *« le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement »* évoque également un déficit structurel, de l'ordre de 10 % à 50 % selon les centres, interrogeant ainsi le modèle économique du dispositif. En effet, les outils tarifaires existants (NGAP, CCAM) ne prennent pas en compte dans le coût de la pratique, ces coûts spécifiques. Pourtant, des expériences conduites de rapprochement de professionnels au sein de cabinets pluridisciplinaires ont montré des résultats significatifs en termes d'amélioration et d'optimisation des prises en charges des maladies chroniques (cf. encadré ci-dessous).

## Encadré 19 : L'expérimentation ASALEE

L'expérimentation « Action de santé libérale en équipe » (ASALEE) concerne la prise en charge des maladies chroniques. Elle consiste à employer des infirmières salariées dans les cabinets de médecins libéraux pour qu'elles prennent en charge les patients atteints de maladie chronique, telles que le diabète de type II, et les patients à haut risque cardiovasculaire, afin de leur donner des consultations d'éducation thérapeutique et de s'assurer de leur suivi médical. Une évaluation économique de l'IRDES a montré un rapport coût-efficacité positif : il n'est pas plus coûteux qu'une prise en charge classique dans le cadre des soins primaires ; il permet d'observer de meilleurs résultats et de suivi (nombre d'examens réalisés et équilibre glycémique des patients par exemple). La CNAMTS a par ailleurs étudié durant deux années consécutives la structure de consommation des bénéficiaires atteints de diabète de type II. Une diminution globale de 10 % de la consommation de soins est constatée. Surtout, une diminution de 50 % du coût des hospitalisations est relevée. Ces patients sont au final moins hospitalisés, utilisent moins les transports sanitaires, mais sont davantage suivis par les généralistes.

*Source : Séminaire de la DREES sur les modes incitatifs de rémunération des soins, 29 novembre 2011.*

◆ La promotion des maisons de santé pluridisciplinaires

Les MSP sont des structures d'exercice coordonné composées de plusieurs professionnels médicaux et non médicaux. Elles peuvent être financées par le FIQCS (dorénavant intégré au sein du fond d'intervention régional) si elles répondent au cahier des charges national élaboré en 2008 et réactualisé dans le cadre de la circulaire ministérielle du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en MSP en milieu rural. La structure doit comporter au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical travaillant sur un même lieu géographique, adhérant à un même projet de santé et mutualisant éventuellement des moyens.

On note une augmentation du nombre de projets de MSP financé par le FIQCS entre 2009 et 2010 : celui des MSP en fonctionnement passe de 34 à 45, celui des MSP en cours d'installation baisse de 29 à 23. Ce développement est inégal selon les régions,

**Tableau 23 : Répartition des projets d'exercice regroupés financés par le FIQCS en 2010.**

Région	En fonctionnement	En cours d'installation	Montants versés (en €)
Alsace	1	0	100 000
Aquitaine	1	3	88 630
Auvergne	0	0	0
Basse-Normandie	2	0	23 463
Bourgogne	14	0	184 877
Bretagne	0	0	0
Champagne-Ardenne	0	1	10 999
Centre	3	0	0
Corse	1	0	34 350
Franche-Comté	4	4	248 510
Haute-Normandie	2	0	47 335
Île-de-France	2	2	187 000
Languedoc-Roussillon	1	2	150 000
Limousin	0	0	0
Lorraine	0	2	100 800
Midi-Pyrénées	1	4	124 374
Nord-Pas-de-Calais	7	0	391 708
Pays de la Loire	2	0	59 282
Picardie	2	0	46 560
Poitou-Charentes	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Provence-Alpes-Côte-D'azur	0	0	0
Rhône-Alpes	1	3	173 035

*Source : Bilan d'activité 2010 du FIQCS.*



## Annexe IV

Le rapport d'activité 2010 du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins souligne que la proportion des montants accordés aux maisons de santé pluri-professionnelles est de 0,9 % en 2010, similaire à 2009 : 6 régions y consacrent plus de 2 % de leurs financements, dont 3 plus de 5 % (Guyane, Corse et Bourgogne).

### ◆ Le repositionnement des hôpitaux locaux

Les établissements de santé de proximité, qui recouvrent les anciens hôpitaux locaux mais également l'ensemble des établissements de santé polyvalents mais de taille limitée et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine, sont un appui intéressant pour l'émergence de projets de regroupements.

Ils participent d'ores et déjà à l'offre de proximité, à l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire-médico-social. L'exemple des anciens hôpitaux locaux est illustratif du rôle accordé à ces établissements.

De plus, ils constituent souvent l'unique présence sanitaire dans les zones démographiquement fragiles, lesquelles sont souvent caractérisées par un effectif important de personnes âgées et sont d'ores et déjà associés aux médecins libéraux dans le cadre de leur activité externe. Ils sont en cela un « laboratoire » du décloisonnement entre ville et hôpital au sens où il anticipe l'augmentation du nombre de praticiens hospitaliers à temps partiel. Le rapport Legmann<sup>45</sup> souligne ainsi que « l'extension de la possibilité d'exercice mixte présenterait l'avantage d'améliorer la coopération entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire. Elle permettrait également d'offrir aux médecins libéraux une activité salariée complémentaire ».

Les hôpitaux locaux pourraient ainsi, en fonction des spécificités territoriales identifiées (problématique de permanence, besoin en plateau technique, etc.), constituer des structures ouvertes aux médecins libéraux, reconnues au sein de SROS ambulatoires, notamment pour la prise en charge des patients chroniques. Une refonte des modalités de financement des consultations dans ce cadre pourrait consister en la définition de forfaits de prise en charge globaux, intermédiaire entre le financement à la prestation (CCAM) et le financement au séjour. Ce forfait inclurait *de facto* des exigences liées à la performance.

### 2.1.3.3. Les expériences étrangères de consortiums d'acteurs

Des expériences étrangères de consortiums d'acteurs ont vu le jour. C'est le cas dans le programme *Prometheus* aux États-Unis par exemple.

#### Encadré 20 : L'expérience *Prometheus* aux États-Unis

Le projet porte sur 4 sites pilote et concerne des maladies chroniques et aiguës :

- Asthme, diabète, maladies coronaires, insuffisance cardiaque, hypertension ;
- Infarctus du myocarde, remplacement de hanches et genoux, pontage coronariens, revascularisation, chirurgie bariatrique, hernies.

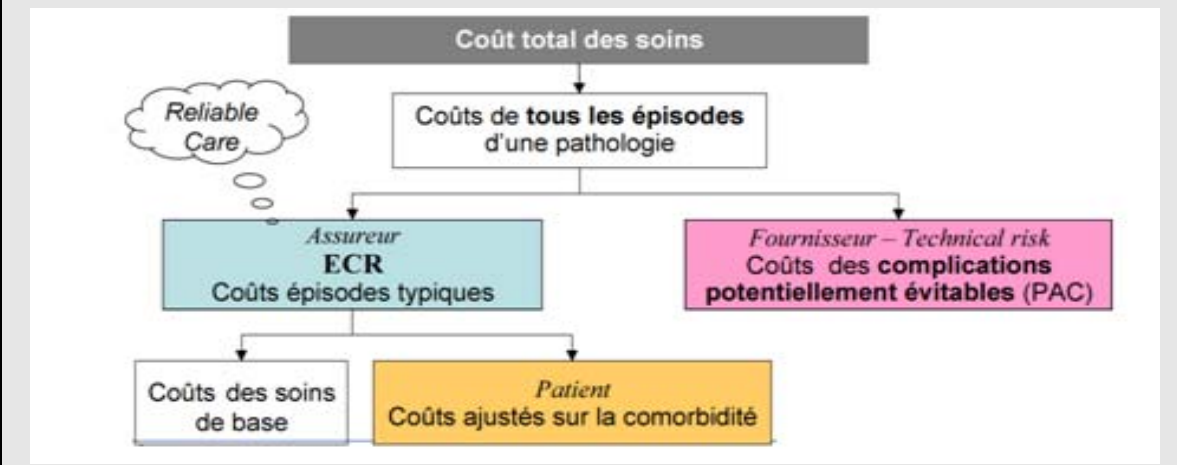
Dans ce cadre, les soins de base non compliqués, sont régis par des recommandations professionnelles publiées. Pour les complications naturelles probables de la pathologie ou de la prise en charge ainsi que pour les complications évitables, un panel de dire d'expert permet de déterminer les modalités et donc les coûts de prise en charge.

<sup>45</sup> « Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale », rapport du Docteur Michel Legmann, président du conseil national de l'ordre des médecins, avril 2010.

## Annexe IV

Par ailleurs, un score de qualité par pathologie, fondé sur des indicateurs de processus et de résultat est mis en œuvre.

Un forfait standard ajusté sur le risque et les bonnes pratiques cliniques augmenté par défaut de 50 % du coût des complications potentiellement évitables est élaboré. Le paiement du reste des complications évitables se fait sous forme d'un bonus au prorata d'un score de qualité des soins mesurée collectivement entre tous les intervenants.



*Source : Dominique Polton, les modèles de rémunération, un regard international, séminaire de la DREES sur les modes incitatifs de rémunération des soins, 29 novembre 2011.*

D'autres expérimentations ont été conduites aux États-Unis. Par exemple, un système intégré autour de la phase hospitalière aiguë (Geisinger-ProvenCare) regroupe des hôpitaux (de MCO et SSR), des prises en charge ambulatoires, de l'éducation thérapeutique, du soutien aux patients et aux familles... L'objectif de ce dispositif est de définir un cadre organisationnel d'application systématique de *guideline* (process, dossier informatisé avec check-list, contrat avec le patient sur son information *etc.*).

Initié en 2006 sur les pontages coronariens, le dispositif a été étendu à l'angioplastie, la cataracte, la chirurgie bariatrique, les hernies discales, la périnatalité... Le paiement à l'épisode de soins remplace dans ce cadre le paiement à l'acte et au séjour pour l'ensemble des soins et complications intervenant dans les 90 jours suivant l'intervention. Des bonus sont par ailleurs instaurés sur des indicateurs de processus. L'évaluation de quelques résultats sur les pontages coronariens montre une réduction de la DMS, du taux de réadmission à 30 jours, des complications neurologiques et des ré-interventions pour saignement.

Aux Pays-Bas, ont été instaurés des « groupes de soins » en charge de la coordination des prestataires intervenant dans le cadre du forfait. Le groupe de soins est une entité juridique gestionnaires mais non soignante qui a vocation à organiser les interventions auprès des patients et de négocier le montant du forfait avec les assureurs. 97 groupes de soins ont été recensés en 2010, regroupant plus de 75 % des médecins généralistes hollandais.

Ces expériences, duplicables en France, seraient facilitées par la tendance au développement du salariat chez les médecins. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 seuls 9 % des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66 % le statut de salarié. 25 % avaient opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85,4 % de généralistes. En 20 ans, dans la plupart des régions, les effectifs de médecins libéraux ont régulièrement décliné pendant que ceux des salariés augmentaient. Les courbes se sont croisées en 1997 avec une progression massive du salariat corrélée à une baisse de l'exercice libéral (cf. annexe II).



#### **2.1.3.4. La proposition d'un appel d'offres à un consortium**

À côté de la tarification à l'acte ou au séjour, la mission préconise, sur la base d'expérimentations locales et volontaires, le développement d'une approche plus intégrée. Elle aurait pour effet d'éviter la segmentation abusive liée à une tarification à l'activité.

Cette proposition n'a pas vocation à se généraliser à l'ensemble des prises en charges, notamment celles qui répondent pour l'essentiel à un besoin de soins aigus ponctuel. Compte tenu de leur importance (cf. 2.1.2 sur les patients ALD), la mission envisage le déploiement d'une telle alternative tarifaire aux patients suivis pour maladie chronique, notamment celles faisant d'ores et déjà l'objet d'études spécifiques par l'Assurance maladie : cancer, accident vasculaire cérébral, diabète ainsi que sur la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

En pratique, le financement de ces parcours procéderait de l'identification d'une file active de patients, laquelle s'engagerait à être suivie par un consortium de professionnels de santé et d'établissements de santé et/ou d'hébergement, retenu par l'ARS sur appel d'offre. Deux modalités de financement sont dès lors envisageables :

- ◆ un financement à l'épisode de soins, préconisé par la mission par ailleurs ;
- ◆ un financement par dotation, évaluée et mise en concurrence au niveau régional par l'ARS.

Dans les deux cas, l'ARS disposerait d'une enveloppe budgétaire à allouer sur appel à projets à des consortiums interdisciplinaires et intersectoriels associant ville et hôpital (en s'inspirant des expériences étrangères) selon une logique pluriannuelle. L'adaptation des dispositifs de coopérations existant actuellement, notamment les groupements de coopération sanitaire, pourrait permettre, le cas échéant, d'identifier juridiquement l'existence du consortium.

Au sein du consortium, les professionnels et établissements membres pourrait soit relever d'une logique salariale (s'il existe un support juridique au consortium) soit d'une logique de répartition par critères de temps et de qualification déterminés en amont. Il pourrait ainsi s'agir d'un système de points qui servirait de base à la répartition de l'enveloppe budgétaire entre les membres. La mission préconise, dans sa phase expérimentale, le second modèle, qui présente l'avantage de la souplesse.

La mesure de la consommation en soins et des prescriptions, couplée à des indicateurs d'amélioration des prises en charges (réduction des hospitalisations *etc.*) permettrait d'instaurer une logique d'intéressement au regroupement des acteurs et à l'amélioration de leur capacité collective à optimiser les prises en charges. L'enveloppe budgétaire ainsi allouée au consortium serait calibrée de telle manière que les économies d'échelle, rendues possible par la logique de parcours, soient réparties à part égale entre les professionnels et l'Assurance maladie.

## **2.2. La prise en compte de la particularité de certaines ACE**

La problématique du financement de l'activité externe des hôpitaux, et notamment des consultations lourdes et pluridisciplinaires, appelle les remarques et préconisations suivantes.

## Annexe IV

- ◆ La réalité du sous-financement estimé de l'activité externe et de consultation des établissements de santé doit être davantage évaluée

Le constat selon lequel l'activité externe et de consultation des hôpitaux est déséquilibré n'est pas suffisamment étayé pour en tirer des conclusions ou recommandations structurantes sur l'évolution de leur mode de financement.

Plusieurs modalités d'évaluation des coûts réels des consultations et de l'activité externe des hôpitaux peuvent être envisagées. D'abord, un modèle exhaustif de calcul des coûts selon une méthode de comptabilité analytique similaire à l'ensemble des établissements, inspirée de la méthode employée pour l'ENCC. Une deuxième méthode pourrait consister à opérer, comme pour l'élaboration de la CCAM, à un calcul de coûts qui intègre différents facteurs (coût de la pratique, temps...).

L'ampleur de telles démarches incite à la réserve quand au déploiement d'outils complexes, qu'il s'agisse d'une CCAM spécifiquement hospitalière ou d'une CCAM clinique.

- ◆ La nature des ACE devrait être davantage connue et précisée

La nature de l'information disponible actuellement à travers le PMSI sur les caractéristiques précises de l'activité externe et de consultations des établissements de santé ne permet pas de distinguer l'activité qui nécessite un environnement hospitalier (le forfait SE n'étant une indication insuffisante) de celle qui ne le nécessite pas. Or, la réévaluation du financement des ACE peut conduire à inciter les établissements de santé à, davantage encore, augmenter cette activité.

Si l'augmentation récente de cette activité ne semble pas se faire au détriment de l'activité en ville, il ne serait pas justifié de financer à un tarif plus élevé une activité qui pourrait s'avérer moins coûteuse en ville (compte tenu de la structure de coût plus faibles des cabinets libéraux).

Plus encore, une partie de l'activité de consultation réalisée en établissement est le fruit de lacunes dans l'organisation de la médecine de ville, qu'il s'agisse de la permanence des soins, de l'accès en secteur 1 ou de la simple présence de professionnels.

- ◆ Des préconisations intermédiaires peuvent être mises à l'étude

Une étape intermédiaire, combinée à l'amélioration des outils de comptabilité analytique, consisterait à identifier ce qui, dans l'activité actuelle des établissements, pose une problématique de financement majeure.

À ce titre, les rencontres effectuées par la mission tendent à cibler quatre sujets :

- celui des consultations lourdes ou pluridisciplinaires ;
- celui de l'activité qui nécessite un environnement spécifique, notamment les activités visées par la circulaire frontière. ;
- les consultations avancées, qui, notamment pour la coopération entre structures et l'évolution de l'offre de soins qu'elles permettent, doivent être encouragées ;
- les consultations qui mobilisent une technique innovante non prévue à la nomenclature.

Concernant les consultations lourdes et pluridisciplinaires, il est envisageable d'adosser à la prise en charge de certaines pathologies (maladies chroniques notamment) un forfait spécifique qui décrive mieux la réalité de la prise en charge. La problématique de la « lourdeur » est également en partie connue des médecins généralistes en ville, pour lesquels la mission préconise également la préférence à une diversification grandissante des modes de rémunération, qui combine l'acte, des forfaits et un intéressement à la performance plutôt que l'instauration d'une CCAM clinique.

## Annexe IV

La seule spécificité hospitalière concerne davantage la mobilisation d'avis très spécialisés et la présence d'une pluralité de professionnels. Pour ces cas précis, qu'il conviendrait encore une fois de mesurer, l'option d'un financement complémentaire par MIG pourrait être envisagée.

Concernant l'activité nécessitant un environnement hospitalier spécifique, une étude ciblée pourrait être conduite sur les coûts et pratiques des prises en charge qui relevaient, avant la circulaire frontière, de l'activité ambulatoire. Pour certaines d'entre elles, un forfait spécifique pourrait être envisagé, davantage modulé que l'actuel forfait SE, qui consacrerait une activité de type intermédiaire entre l'ambulatoire et l'externe.

Pour les consultations avancées, leur inscription dans une logique territoriale reconnue au sein de SROS au titre de la permanence ou de la gradation des soins, devrait pouvoir faire l'objet d'un financement spécifique *via* le fond d'intervention régional.

Enfin, pour les consultations qui mobilisent des pratiques ou technologies innovantes, un financement temporaire, sous réserve de validation par la HAS, à compter du dépôt de la demande de mise à jour de la CCAM par la DGOS, et jusqu'à inscription effective, un financement par MIG est préconisé. Dans ce cadre, un accord préalable entre l'établissement et l'ARS devra être objectivé.

### ◆ La gouvernance du financement des ACE pourrait être améliorée

Une mesure pourrait consister à rapprocher l'activité hospitalière du processus de construction tarifaire de la CCAM et de la NGAP. Ce rapprochement peut s'envisager par une participation de la DGOS au processus lui-même de sorte à ce que la construction tarifaire n'omette pas de problématique spécifique au secteur hospitalier (certains actes étant essentiellement pris en charge par les ACE). Il s'agirait notamment de consulter les hospitaliers sur les mises à jour de la CCAM. En effet, une partie des actes réalisés par les hôpitaux ne figurent pas dans la nomenclature faute de mise à jour régulière (par exemple, sur la seule CCAM médico-technique, 896 actes sur 7289 n'ont pas de tarifs et ne peuvent donc être facturés<sup>46</sup>).

Par ailleurs, il pourrait être envisageable d'intégrer au sein des SROS ambulatoire, le recours, quand il est nécessaire, aux plateaux techniques hospitaliers et à leur activité externe.

En définitive, la mission propose de procéder à une étude de coûts sur un échantillon représentatif d'établissements des ACE, par l'ATIH. Celle-ci devrait, au préalable, prévoir la définition d'une comptabilité analytique adaptée à la spécificité des ACE, notamment afin de répondre à l'imperfection de la connaissance de leur exact contenu en termes qualitatifs.

Dans l'attente des conclusions de cette étude, la mission préconise d'isoler les problématiques les plus saillantes déjà identifiées, en particulier les consultations lourdes et pluridisciplinaires, les consultations avancées et les consultations qui mobilisent une innovation techniques ou technologique, pour les financer sous forme de forfait ou de MIG.

Pour les activités visées par la circulaire frontière, seule une étude plus approfondie permettra d'évaluer l'équilibre ou le déséquilibre de ces activités spécifiques. À cet égard, la mission préconise que le passage d'une activité de l'ambulatoire à l'externe fasse systématiquement l'objet d'une étude économique.

---

<sup>46</sup> Source : entretien DGOS.

## 2.3. L'encadrement de la qualité comme contrepoids aux outils tarifaires

Il existe aujourd'hui une absence de lien entre les modes de financement et la qualité du service rendu. Quelle que soit l'activité considérée, les groupes homogènes de malades et les actes CCAM n'intègrent aucun critère de qualité. Cette caractéristique n'est pas propre à la T2A ni à la CCAM. Il est observable au sein des modes de financement antérieurs. L'articulation entre financement et qualité peut prendre plusieurs formes (cf. encadré ci-dessous).

### Encadré 21 : Articulations entre financement et qualité

Trois types de liens peuvent être considérés :

- ◆ *l'analyse de l'impact d'un mode de financement sur la qualité.* A ce premier niveau, la qualité est appréhendée comme une conséquence. Qu'il s'agisse d'un paiement à l'acte, d'un remboursement forfaitaire par effectif de patients pris en charge (paiement à la capitation) ou d'un remboursement forfaitaire calculé sur une base historique (la dotation globale des établissements publics), c'est l'impact du mode de financement sur la qualité des soins qui constitue le lien. C'est également le cas avec l'introduction de la tarification à l'activité ;
- ◆ *un financement qui incite à l'amélioration de la qualité.* Dans ce second cas, les modes de financement sont raisonnés comme des incitations à l'amélioration de la qualité. Le lien correspond à un financement de la qualité. Une incitation est par exemple constituée par le fait de donner une rémunération supplémentaire à un établissement qui démontrerait un niveau élevé de qualité ;
- ◆ *un financement guidé par la qualité.* À ce troisième niveau, l'allocation des ressources aux établissements devient dépendante des résultats de l'évaluation de la qualité. Par exemple, le système de tarification des établissements à l'activité serait modulé en fonction des niveaux de qualité observés.

Dans une version extrême, la qualité devient le principe dominant du financement. Le lien s'apparente alors à un financement, non pas « de » la qualité, mais « par » la qualité.

*Source : « Financer la qualité des soins hospitaliers, jusqu'où aller ? », Etienne Minvielle, Gérer et comprendre, n°81, septembre 2005.*

Dans un contexte de forte contrainte budgétaire, la qualité des soins dispensés doit faire l'objet d'un plus grand contrôle des effets pervers potentiels des outils tarifaires et d'une plus forte incitation à l'amélioration (2.3.1). La fragilité des outils ne permet pas d'envisager totalement l'adossement de ceux-ci à des critères qualité et doit conduire à privilégier des compléments tarifaires conditionnés à ces critères (2.3.1). Un renforcement de la réglementation apparaît toutefois indispensable (2.3.2).

### 2.3.1. Favoriser l'émergence d'une culture de qualité

#### 2.3.1.1. Une prise en compte incontournable de la qualité dans la régulation de l'offre de soins

Les attentes des patients, la promotion de leurs droits au sein du système de santé<sup>47</sup> et la plus grande judiciarisation de l'exercice médical rendent incontournable la prise en compte de la qualité dans la régulation de l'offre de soins.

<sup>47</sup> Cf. loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## Annexe IV

Les modalités d'intégration de la qualité au sein du processus de régulation sont diverses. Il peut s'agir de régulation financière, par le conditionnement des ressources allouées à l'établissement ou médecins, ou de restructuration de l'offre, par la fermeture d'établissements ou de certaines activités spécifiques sur des critères de qualité. Ces actions s'inscrivent dans une double démarche :

- ◆ d'une part, l'encadrement des effets pervers que peuvent induire les outils tarifaires. Il en existe de trois types identifiés au sein de la littérature<sup>48</sup> :
  - la « sur-fourniture » de soins aux patients atteints de pathologies peu sévères (*creaming*) qui interroge en filigrane la pertinence des actes médicaux et la logique d'acte au détriment de parcours de soins optimisés ;
  - la « sous-fourniture » de soins aux patients atteints de pathologies sévères (*skimping*) qui interroge sur la qualité des soins dispensés dans un contexte budgétaire davantage contraint et de promotion de l'efficacité ;
  - la sélection explicite des patients et l'exclusion des cas les plus lourds (*dumping*) qui interroge sur les phénomènes de spécialisation des établissements de santé et sur l'augmentation du recours aux services d'urgences ou aux consultations hospitalières.
- ◆ d'autre part, la tendance, de plus en plus affirmée, à promouvoir la qualité des soins dispensée. Trois arguments principaux sont régulièrement évoqués en faveur d'une régulation axée sur la qualité<sup>49</sup> :
  - le premier est de permettre une amélioration de la qualité des soins tout en assurant une maîtrise budgétaire. L'idée que des économies potentielles puissent être réalisées en cas de réduction des événements indésirables survenant lors de l'hospitalisation est dorénavant largement répandue. Elle étaye l'hypothèse qu'un investissement financier lié à la qualité permet, outre la régulation envisagée, des impacts économiques positifs à moyen terme ;
  - le deuxième porte sur la plus grande appropriation de la démarche par les professionnels. Le développement d'un mode de financement en lien avec ce qui constitue le cœur de l'exercice médical permet de « légitimer » davantage les choix de régulation qu'une stricte approche comptable. Cet argument prévaut d'ailleurs dans le cadre des programmes de gestion du risque développés par l'Assurance maladie afin d'inciter aux évolutions de pratiques médicales ;
  - enfin, le troisième argument réside dans le caractère plus complet et opérationnel du management par la qualité, notamment au sein des établissements de santé. Le développement des instruments de mesure dans des démarches de gestion interne des établissements et leur diffusion publique (indicateurs publiés en France sur le taux d'infections nosocomiales en établissements de santé) rend l'approche de la régulation par la qualité plus opérante.

### 2.3.1.2. Des effets pervers liés à la T2A qui demeurent incertains

La mesure et l'analyse des effets pervers liés à la mise en œuvre de la T2A butent sur des difficultés méthodologiques. Les évaluations qui ont été conduites présentent des résultats ambivalents.

---

<sup>48</sup> Rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de 2005 sur le pilotage des dépenses hospitalières, (p9 de la PJ1).

<sup>49</sup> « Financer la qualité des soins hospitaliers, jusqu'où aller ? » Etienne Minvielle, Gérer et comprendre, n°81, septembre 2005..

## Annexe IV

### ◆ Un impact difficile à évaluer

Les difficultés méthodologiques pour évaluer précisément cet impact expliquent en partie qu'aucune étude globale n'ait pu objectiver les effets positifs ou négatifs de la T2A sur la qualité des soins. Il est difficile d'établir un indicateur synthétique de la qualité (sous forme de score par exemple), simple à analyser et permettant de comparer les établissements entre eux (et *a fortiori* l'impact du passage à la T2A). Il est possible de recourir à une pluralité d'indicateurs, chacun offrant un regard ciblé sur une sous-problématique.

Enfin, les systèmes d'information collectent depuis peu ce type d'indicateurs de sorte que les appréciations portées en 2004 sur ce sujet sont en parties d'actualité en 2012<sup>50</sup> : « *au regard des besoins pour l'évaluation de la réforme du financement des établissements de santé, trois types de problèmes persistent* :

- *aucun système ne présente un caractère de complétude suffisant au regard de la multiplicité et de la transversalité de problématiques concernées par les éventuels impacts de la mise en œuvre de la tarification à l'activité ;*
- *il apparaît nécessaire d'améliorer les possibilités et la simplicité de croisement des différentes bases de données en améliorant leur communicabilité et leur cohérence conceptuelle* ».

Outre les palmarès régulièrement organisés depuis cinq ans par les médias, différents programmes soutenus par les pouvoirs publics sont engagés d'une manière plus récente. Le projet « COMPAQH », soutenu par le ministère de la santé, la Haute Autorité de Santé et les fédérations hospitalières, teste ainsi, depuis 2003, quarante-deux indicateurs sur trente-six établissements de santé. La DREES cherche également à développer des indicateurs en partant des systèmes d'information existants. L'ensemble de ces démarches sert de support à la généralisation d'indicateurs dans certains domaines (notamment cinq indicateurs sur les infections nosocomiales sont généralisés depuis 2005). Elles relaient aussi différentes réflexions menées actuellement sur la construction d'un classement et les modes de certification des établissements de santé. Dorénavant, une série d'indicateurs est collectée en routine avec obligation de publication pour chaque établissement, qui ne permettent pourtant pas d'affirmer ou d'infirmer que la T2A ait des effets pervers sur la qualité de l'offre :

#### **Encadré 22 : Liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à publication obligatoire**

- ◆ ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ;
- ◆ ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques) ;
- ◆ ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes) ;
- ◆ ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire) ;
- ◆ ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) ;
- ◆ un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessus ;
- ◆ indice SARM (taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et tendance annuelle).

Sous le pilotage de la Haute Autorité de santé, neuf indicateurs de qualité issus du dossier du patient ont été développés : tenue du dossier patient ; délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ; traçabilité de l'évaluation de la douleur ; dépistage des troubles nutritionnels ; tenue du dossier anesthésique ; évaluation du risque d'escarre ; prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë ; sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde ; réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

*Source* : Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

<sup>50</sup> « *Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité* », Frédéric Bousquet, DREES, Solidarité et Santé, n°1, 2004



## Annexe IV

- ◆ Les quelques études conduites présentent des résultats ambivalents

Le paiement prospectif incitant à la réduction des coûts et à la maximisation des revenus, notamment par la réduction de la durée moyenne de séjour, les risques relatifs à la qualité des soins doivent être analysés au regard des incitations, et la diminution de la quantité et/ou de l'intensité des soins doivent être considérés. En outre, la contrainte financière pesant sur les établissements dont les coûts seront supérieurs aux tarifs en vigueur peut également avoir un impact sur les conditions générales de travail, d'hygiène ou de sécurité, avec des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients.

Aux États-Unis, « *l'impact du PPS sur la qualité des soins a fait l'objet de nombreux développements. Malheureusement, il est difficile de fonder ces analyses sur des indicateurs fiables. Le taux de réadmission des patients peut être considéré comme un indicateur des résultats médiocres des services fournis par un indicateur. La réforme semble n'avoir exercé aucun changement notable sur le pourcentage de réadmissions qui s'explique essentiellement par l'élévation de l'âge moyen des patients. Un autre indicateur traditionnellement utilisé est le taux de mortalité. L'opinion générale est que l'instauration de la tarification à la pathologie n'a pas entraîné de dégradation de la santé des patients. Ce résultat favorable s'explique par la mise en place d'un contrôle strict de la qualité des soins et de certification consécutive à l'instauration du paiement prospectif* »<sup>51</sup>.

La revue de littérature effectuée par la DREES et la HAS incitent également à la prudence<sup>52</sup> : la T2A n'est pas forcément synonyme de moindre qualité. Il est en revanche entendu qu'elle n'est pas un incitatif au développement de la qualité des soins.

### 2.3.1.3. Un financement par la qualité dont la mise en œuvre est complexe

D'un point de vue théorique<sup>53</sup>, plusieurs difficultés s'érigent au développement de ces démarches. En effet, en conditionnant le remboursement de la prestation à un niveau de qualité, l'établissement ou le professionnel évalue l'écart entre le prix de remboursement et le coût réellement engagé pour la prestation. Par ailleurs, il évalue le coût de l'effort pour améliorer sa qualité. Plusieurs cas de figure sont alors à craindre.

D'abord, l'incitation, sur le plan de l'amélioration de la qualité, peut être perçue comme trop faible par rapport au coût de l'effort. L'établissement peut alors considérer que le prix à payer pour élever son niveau de qualité est trop élevé, et se positionner sur un ratio « moindre remboursement/moindre qualité » qui lui soit plus avantageux financièrement au regard des coûts réellement engagés. Il peut, à l'inverse, juger que l'incitation est financièrement intéressante, le coût de l'effort pour améliorer sa qualité étant faible au regard du gain en terme de remboursement. Dans ce cas, il peut envisager de capter le gain financier sans partage avec le régulateur.

De façon générale, l'introduction d'une modulation du financement par la qualité peut être confrontée à des difficultés pratiques, notamment en matière de résistance des professionnels et de déploiement opérationnel. En particulier, les systèmes d'information et de comptabilité analytique actuels ne garantissent pas totalement une telle démarche quand bien même l'évaluation permise par les développements des techniques de mesure permet de classer sur les établissements sur une échelle de critères.

---

<sup>51</sup> Rapport IGAS-IGF 2005 sur le pilotage des dépenses hospitalières.

<sup>52</sup> Cf. rapport 2009 du comité d'évaluation de la T2A, p41.

<sup>53</sup> « *Financer la qualité des soins hospitaliers, jusqu'où aller ?* » Etienne Minvielle, Gérer et comprendre, n°81, septembre 2005.

Si une telle démarche peut reposer sur des indicateurs de processus simple, de type certification notamment, dont l'esprit est dorénavant bien ancré dans le système de santé, la mise en œuvre de tarifs conditionnés ou pondérés à des indicateurs, même basiques, semble complexe à mettre en œuvre et incertain dans ses effets.

La mission appelle ainsi davantage à un recentrage de l'incitation à la qualité par le vecteur de la réglementation et à un financement de et par la qualité qui soit exogène aux outils eux-mêmes.

### **2.3.2. Utiliser la réglementation et développer la rémunération à la performance pour favoriser la qualité**

Les difficultés d'élaborer un système de modulation tarifaire sur des critères qualité<sup>54</sup> conduisent à privilégier une approche réglementaire.

Ces dispositifs réglementaires ont déjà montré leurs efficacités. Des fermetures de maternités ont par exemple été engagées pour des raisons de sécurité, des seuils minimum d'activité ont été définis pour conditionner l'obtention d'autorisations d'exercice en cancérologie, des dispositifs de certification des établissements de santé ont été instaurés et la formation continue des médecins réinterrogée. Ces démarches concourent par ailleurs à l'évolution de l'offre de soins.

Une montée en charge des incitations à la qualité dans les rémunérations et les financements complémentaires, comme le paiement à la performance, peuvent également être envisagées.

#### **2.3.2.1. La mise en œuvre d'un paiement à la performance**

Mise à part à l'existence de coefficients géographiques, le système de santé français a, jusqu'à présent, fait le choix d'un financement uniforme par type d'activité. Qu'il s'agisse de la CCAM ou de la T2A, le tarif est prospectif et identique pour l'ensemble des acteurs et ce, quelque soit le volume réalisé.

De même, le principal objectif en matière de qualité est de garantir un niveau homogène dans tous les établissements de santé et chez l'ensemble des médecins libéraux.

Dans tous les cas, il ne s'agit pas de créer une discrimination, à la différence du système concurrentiel nord-américain. Toutefois, une évolution est perceptible dans l'approche des modes de régulation de l'offre de soins, interrogeant ainsi l'application de dispositifs sanctionnant la non-qualité, d'une régulation budgétaire essentiellement portée sur les « mauvais » ou d'une incitation aux « meilleurs ».

La mise en œuvre d'un complément tarifaire aux rémunérations des professionnels et au financement de l'activité des établissements de santé peut prendre plusieurs formes :

- l'instauration de « bonus » ;
- l'instauration de « malus » ;
- une combinaison de « bonus-malus ».

---

<sup>54</sup> Ce type d'approche existe déjà dans certains pays, notamment dans les systèmes de santé, de type régulation administrée comme le cas britannique, ou de type concurrentiel comme le système nord-américain. Il semble davantage adapté à une logique d'achat de soins qu'à une logique de strict paiement prospectif par un organisme unique d'assurance maladie. Par ailleurs, il présenterait le risque d'une gouvernance complexe et alourdirait considérablement la maintenance et l'exploitation des outils tarifaires.



## Annexe IV

Ces trois approches sont déclinables aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Valoriser les « meilleurs » constitue *a priori* l'option la plus séduisante. Mais elle a pour principale limite le coût qu'elle induit pour le régulateur. En effet, sauf à considérer un retour sur investissement massif lié à la réduction du coût de la non-qualité, une approche exclusivement basée sur de la valorisation conduit inévitablement à un surcoût collectif.

Ce constat induit nécessairement un jeu de redistribution entre les « bons » et les « mauvais » ou bien un glissement progressif, à chaque exercice budgétaire, des moyens alloués aux financements complémentaires tarifaires.

La mise en œuvre de complément aux outils tarifaires s'apparente aux dispositifs dits de paiement à la performance. Plusieurs pays, dont la France depuis peu, ont institué ce mode de rémunération, notamment pour la médecine de ville.

**Tableau 24 : Récapitulatif des initiatives de paiement à la performance dans les pays de l'OCDE**

Pays	Bonus pour médecin de premier recours			Bonus pour médecin spécialiste			Bonus pour les hôpitaux
	Prévention	Maladies chroniques	Autre	Prévention	Maladies chroniques	Autre	
Australie	oui	oui	oui	-		-	-
Belgique	-	oui	oui	-	oui	oui	-
France	oui	oui	oui	-	-	-	-
Italie	oui	oui	oui	-	-	-	-
Japon	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Pologne	oui	oui	oui	oui	oui	oui	-
Portugal	oui	oui	oui	-	-	-	
Espagne	oui	oui	oui	-	-	oui	-
Angleterre	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
États-Unis	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

*Source : Paris et al, 2010.*

En France, en ville, des initiatives ont d'ores et déjà été entreprises. L'expérience des contrats d'amélioration de la performance (CAPI), concluante, est ainsi généralisée dans la convention médicale 2012 des médecins généralistes avec la promotion du paiement à la performance en complément du paiement à l'acte.

### Encadré 23 : L'expérience des CAPI

Les contrats d'amélioration des pratiques individuelles sont un dispositif mis en place en 2009 pour accompagner les médecins traitants dans leur démarche d'amélioration de qualité des soins. Le médecin traitant s'engage ainsi pour 3 ans auprès de sa CPAM en co-signant un contrat type national comprenant 16 indicateurs (dont 1 déclaratif).

Les CAPI portent deux champs :

- ◆ un champ optimisation des prescriptions
- ◆ un champ prévention et suivi des pathologies chroniques :
  - grippe : part des patients = 65 ans vaccinés contre la grippe
  - HTA : part des patients traités par antihypertenseurs ;
  - diabète :
    - part des patients diabétiques (>50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) traités par antihypertenseurs et statines sous aspirine faibles doses ;
    - part des patients diabétiques (âge >50 ans pour les hommes et >60 ans pour les femmes) traités par antihypertenseurs sous statines ;
    - part des patients diabétiques ayant eu 1 fond d'œil /an ;

## Annexe IV

- part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 HbA1C / an ;
- benzodiazépines Part des patients >65 ans traités par BZD demi-vie longue à 1/2 longue
- vasodilatateurs Part des patients >65 ans traités par vasodilatateurs ;
- part des patientes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une Cancer du sein mammographie dans les 2 ans.

Pour chacun de ces items, un taux cible est déterminé qui conditionne le versement de la rémunération. Une évaluation conduite montre qu'à fin juin 2011, les signataires ont des résultats supérieurs à ceux des non signataires sur l'ensemble des indicateurs (généralement meilleure progression et moindre baisse). Cet avantage est particulièrement marqué sur les indicateurs du suivi des pathologies chroniques et sur le taux de prescription dans le répertoire pour les IPP et les statines.

70 % des médecins de la première vague ont ainsi reçu une rémunération dès la première année et 77 % la deuxième année (3 000 € puis 3 250 € en moyenne). Les résultats obtenus au niveau national sont donc très significatifs.

*Source : Philippe Ullmann, la rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale, séminaire de la DREES du 29 novembre 2011.*

Pour l'hôpital, un groupe de travail « convergence et évolutions du modèle de financement », piloté par la DGOS, qui réunit les principales fédérations hospitalières, mène actuellement une réflexion sur les modalités d'une éventuelle transposition du modèle de paiement à la performance à l'hôpital.

Le rapport annuel 2010 sur la T2A au Parlement évoque également l'idée selon laquelle les bases techniques (notamment la définition d'indicateurs et leur recueil) et juridiques sont en place pour que puisse être explorée la possibilité de prendre en compte le non respect des garanties de qualité des prises en charge au sein d'un même groupe homogène de séjours.

Ce type de rémunération est encore balbutiante. Les contrats de bon usage du médicament et les procédures d'entente préalable sont une première approche de ce sujet :

- concernant les contrats de bon usage du médicament, le principe consiste, en contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé, un taux de remboursement de 100 % par l'Assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.62-22-7 du code de la sécurité sociale. En cas de non-respect, le taux de remboursement peut être réduit entre 70 % et 100 %. Ces contrats ne visent pas les outils tarifaires mais peuvent toutefois servir de support à la prise en compte de la qualité dans un éventuel complément aux tarifs ;
- concernant les mises sous entente préalable, le principe consiste à conditionner la prise en charge d'un patient en hospitalisation complète, sur un certain nombre d'activités précisées par voie réglementaire sur la base de recommandation validées par la HAS, à la délivrance d'un accord par l'Assurance maladie. Le cas échéant, l'hospitalisation non autorisée pourrait ne pas faire l'objet d'une rémunération. Il s'agit en quelque sorte de l'application d'un mécanisme de financement conditionnel. Son élargissement progressif à d'autres pathologies, qui requièrent notamment une intervention chirurgicale, est de nature à inciter à l'évolution des pratiques et à optimiser les prises en charges.

L'instauration d'un système de bonus-malus aux États-Unis dans le cadre du programme fédéral Medicare/Medicaid pourrait inspirer un tel développement en France. Ce programme suit les praticiens sur la prise en charge des insuffisances coronariennes, à partir d'une batterie d'indicateurs tels que le contrôle de l'administration d'aspirine à la sortie du patient. Les données sont agrégées à l'échelle de l'hôpital. Les hôpitaux classés dans le «top 10 %» reçoivent un bonus financier de 2 %, les hôpitaux qui sont dans le décile suivant reçoivent 1 % de bonus, dans le cadre d'un budget de vingt et un millions de dollars réparti sur trois ans. À la troisième année, les derniers sont pénalisés. Ces initiatives sont rendues techniquement possibles par un investissement important dans les systèmes de recueil de données (bases de données centralisées, informatisation du dossier du patient, ressources dédiées importantes).

### **2.3.2.2. Des financements complémentaires qui relativisent la place des outils tarifaires dans la rémunération des professionnels et le financement des établissements**

La mise en œuvre d'un paiement à la performance, en liant des compléments de rémunération à des objectifs de qualité ou de processus, participe d'un mouvement plus large d'une progressive diversification des modes de rémunérations au sein desquelles le paiement à l'acte tend à devenir une composante parmi d'autres (selon le triptyque paiement à l'acte (i), paiement au forfait (ii) et paiement à la performance).

Le plus souvent, des systèmes intermédiaires sont mis en place, qui combinent dans des proportions variables, différents modes de financement. Les payeurs cherchent ainsi la combinaison optimale avec des paiements additionnels de type :

- paiement forfaitaire par épisode de soins utilisé aux États-Unis (peu d'application concrète dans l'ambulatoire) ;
- paiement forfaitaire pour le suivi des maladies chroniques (rémunération ALD pour les médecins traitants en France) ;
- paiement forfaitaire ciblé (*target payments*).

Pour les pays qui l'ont expérimenté et évalué, le développement de paiements forfaitaires conduit à des résultats relativement contrastés (positives au Royaume-Uni sur le taux de vaccination et de dépistage mais moins convaincant aux États-Unis sur les taux de dépistage du cancer (Medicaid) positif pour les taux de vaccination (Medicare)<sup>55</sup>.

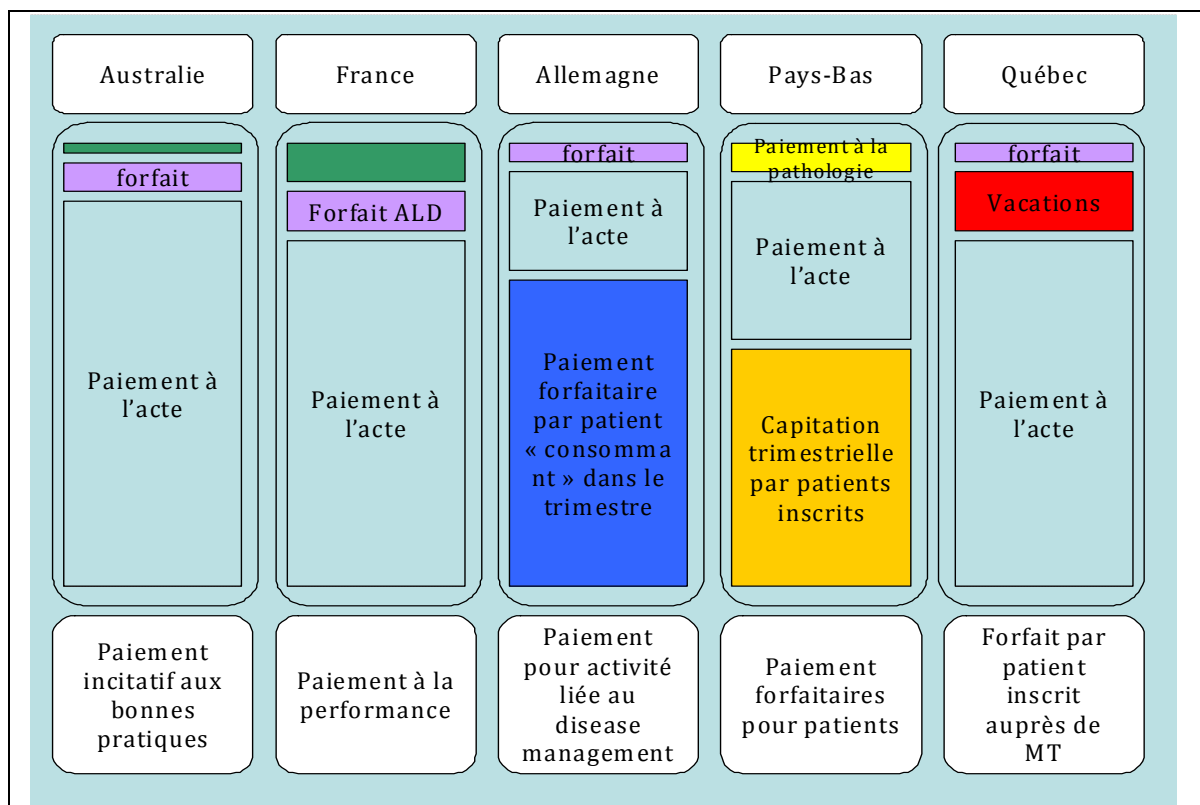
Selon Dominique Polton, la plupart des pays ont désormais des systèmes de paiements mixtes, avec des proportions variables des différentes composantes. Dans certains pays, la rémunération reste majoritairement fondée sur le paiement à l'acte (France, Australie, Québec...), tandis que dans d'autres, la capitation et le paiement forfaitaire ont une part plus importante (comme en Allemagne ou aux États-Unis).

Ainsi, en Australie, le poids du paiement à l'acte et des consultations dans la rémunération est d'environ 94 %. En Allemagne, 70 % de la rémunération est forfaitaire et 30 % répond à un financement à l'acte, quand aux États-Unis l'essentiel des rémunérations est fondé sur les consultations et les actes (*cf.* graphique ci-après).

---

<sup>55</sup> Carine Franc, intervention au séminaire DREES, « les modes incitatifs de rémunération des soins », 29 novembre 2011.

**Graphique 21 : Mixité des modes de rémunération pour la médecine de ville dans 6 pays de l'OCDE**



*Source : Dominique Polton, les modèles de rémunération, un regard international, séminaire de la DREES sur les modes incitatifs de rémunération des soins, 29 novembre 2011.*

### 2.3.2.3. Les préconisations de la mission

En synthèse, l'ensemble de ces modalités (incitations à la qualité appliquées à des compléments tarifaires, en ville comme à l'hôpital, poursuite du développement et approfondissement des dispositifs réglementaires et de certification) présente un intérêt, de façon combinée, pour l'atteinte d'un objectif d'optimisation de l'offre de soins (cf. graphique ci-après).

La mission préconise ainsi, en matière de réglementation, la parution des décrets sur les seuils d'activité en cancérologie. Par ailleurs, elle estime nécessaire et souhaitable l'évolution du dispositif de certification des établissements de santé pour l'étendre d'une part aux équipes médicales elles-mêmes (sur la base du respect des exigences réglementaire mais également du suivi des recommandations de bonne pratique). Cette évolution serait de nature à dépasser le cadre des établissements pour évaluer la qualité des soins pour envisager plus largement les prises en charge, notamment dans une optique de décloisonnement de l'offre de soins et de meilleure coordination des parcours. Cette certification pourrait en priorité s'appliquer aux consortiums de professionnels et établissements de santé et/ou d'hébergement qui candidateraient aux appels d'offre soumis par les ARS (voir les préconisations de la mission en 2.1).

## Annexe IV

Concernant la mise en œuvre (en établissements de santé) ou le développement et la généralisation à l'ensemble des médecins des incitations à la qualité (en ville), la mission préconise de privilégier un système adossé à une rémunération/financement complémentaire, hors outils tarifaires, dont l'attribution serait conditionnée à la satisfaction d'un certain nombre de critères qualité, de processus, comme de résultats. Ce mécanisme semble davantage opérationnel et moins complexe à mettre en œuvre. La mission ne préconise donc pas à ce stade de malus sur critères de qualité, renvoyant pour cela davantage à la logique réglementaire. Toutefois, elle n'exclue pas la possibilité de développer les mécanismes d'allocations conditionnelles *via* les outils tarifaires, dans un certain nombre de cas. La mission encourage ainsi le développement des procédures de mise sous accord préalable.

### 2.4. La prise en compte de la pertinence et des volumes dans l'outil tarifaire

#### 2.4.1. Favoriser une approche par la pertinence

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir des variations importantes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer.

##### ◆ Une notion de pertinence protéiforme

La notion de pertinence ne se résume pas à l'identification d'un acte ou d'une prescription inutile. La pertinence interpelle également sur les éléments suivants :

- un diagnostic insuffisant ou erroné (indépendamment des raisons qui l'expliquent) peut conduire à des actes non pertinents ;
- un acte inadapté au diagnostic (y compris le non-acte) peut être non-pertinent ;
- un acte non-conforme aux recommandations lorsqu'elles existent sur un diagnostic donné peut être non-pertinent ;
- un acte ou une prescription dont le bénéfice risque est négatif peut être non pertinent ;
- un acte dont le bilan coût avantage est négatif peut être non pertinent ;
- un acte médicalement souhaitable et pertinent mais éthiquement contestable (un patient atteint d'un cancer de l'œsophage qui, médicalement nécessite une assistance nutritionnelle, peut ne pas souhaiter en bénéficier) peut être finalement considéré comme non-pertinent ;
- un acte qui n'a pas été précédé d'autres actes ou prescriptions peut se révéler non pertinent : par exemple, compte tenu du développement de l'échographie, le diagnostic de l'appendicite est effectué plus facilement et surtout avec beaucoup plus de certitudes. Aussi, s'interroger sur la pertinence des actes d'appendicectomie revient d'abord à s'interroger sur le fait de savoir s'ils ont bien tous été précédés d'une échographie ;
- un acte est pertinent ou non en fonction du parcours dans lequel il s'inscrit, auquel cas, il s'agit concomitamment d'analyser la pertinence du parcours en question et des actes ou prescriptions qui lui sont sous-jacents.

## Annexe IV

Par ailleurs, la notion de pertinence ne peut pas s'analyser selon une logique totalement binaire :

- elle doit d'une part s'apprécier par degré de pertinence potentiellement identifiables ;
- elle doit tenir compte de la difficulté d'apprécier l'adéquation des recommandations existantes sur la prise en charge de telle ou telle pathologie avec tel ou tel patient (problématique rendue plus complexe encore dans le cadre de poly-pathologies). Par exemple, le suivi de l'application des recommandations existantes sur la prise en charge de l'obésité n'ont jamais réussi à faire l'objet d'un contrôle pertinent par l'assurance maladie compte tenu de la complexité de leur appréciation.

### ◆ Une problématique dorénavant bien identifiée

La pertinence des séjours et des actes entendue au sens de l'adéquation des soins produits aux besoins de la population, constitue l'un des leviers d'amélioration de la productivité des établissements.

Le ministère de la santé et la CNAMTS ont commandé à la Haute autorité de santé (HAS) l'élaboration de recommandations portant sur la pertinence du recours à l'hospitalisation pour certaines prises en charge. En effet, l'analyse des taux de recours pour certains GHM ou actes fait ressortir des variations très fortes que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas d'expliquer. Cela pourrait indiquer une forme d'induction de la demande et donc la délivrance de soins non pertinents. La HAS ainsi produit plus de 250 recommandations de bonnes pratiques, lesquelles ne sont pas opposables à ce stade dans le champ tarifaire.

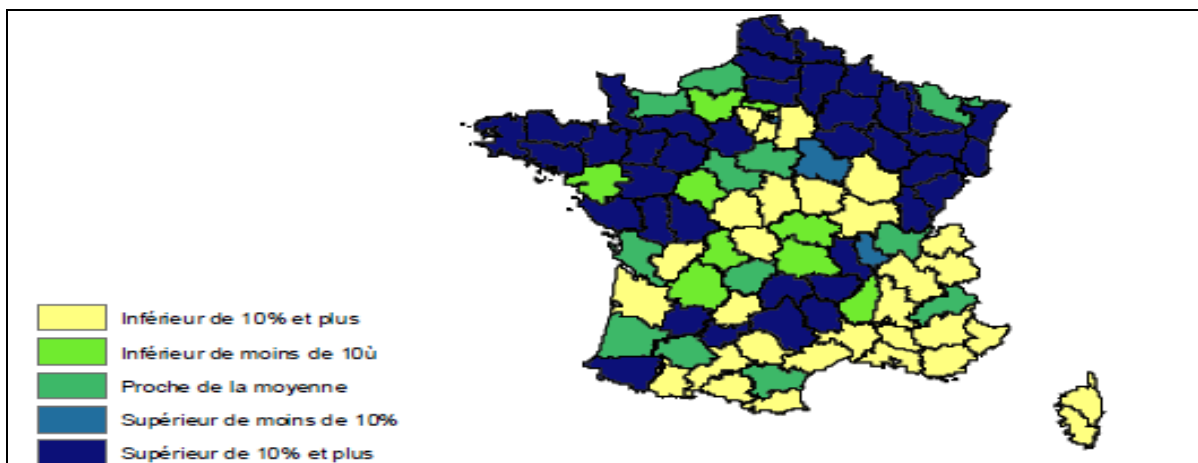
Par ailleurs, la HAS a également été saisie en vue de définir les indications de certains actes répandus et pratiqués de longue date pour lesquels des disparités régionales ont été constatées par l'assurance maladie (« référentiels »). L'observation de ces disparités associées à quelques analyses de dossiers par les médecins conseils dans certaines régions ont en effet suscité des interrogations quant au bien fondé de la réalisation de l'acte dans certaines circonstances cliniques. La liste d'actes à évaluer pour 2011 comprend :

- l'appendicectomie : une diminution de l'ordre de 34 % en 10 ans (1999-2009) est constatée (- 44 % pour les formes non compliquées et + 14 % pour les formes compliquées). La variabilité interrégionale 1.5 à 2 entre les régions de faible incidence et les régions de forte incidence ;
- la libération du canal carpien : le fait que le nombre de patients opérés ait augmenté fortement sur la période récente (+25 % sur les 9 dernières années) et que la moitié seulement de cette augmentation s'explique par les évolutions démographiques pose la question de savoir si l'acte réalisé est toujours pertinent. Cette fréquence est très variable géographiquement (1,1/1000 pour Paris à 5,5/1000 dans l'Aube), avec des disparités non classiques. Certains facteurs peuvent être à l'origine de ces disparités (variations géographiques des pathologies associées à un excès de risque du canal carpien - que diabète, obésité, insuffisance rénale chronique-, ou structure ;
- la césarienne programmée. Après une croissance constante, la pratique de la césarienne est restée stable en France depuis 2003. Cependant, il persiste une forte disparité de la pratique de la césarienne programmée (DRESS, 2003 ; CNAMTS 2011) en fonction des différents niveaux d'établissements (I, II, III), du type juridique de l'établissement (public, privé), des régions ou de la possibilité de pratique sur « demande/convenance » (patiente, équipe médicale) ;
- l'amygdalectomie.

## Annexe IV

Il est ainsi possible pour chaque pathologie de dresser une cartographie des taux de recours et de déceler des atypismes pouvant conduire à identifier des sujets de non pertinence des actes. Par exemple, en matière de chirurgie des varices, le graphique ci-dessous montre une variété importante du taux de recours d'un département à l'autre. Les zones bretonnes et nord-est ont ainsi un taux de recours supérieur d'au moins 10 % à la moyenne.

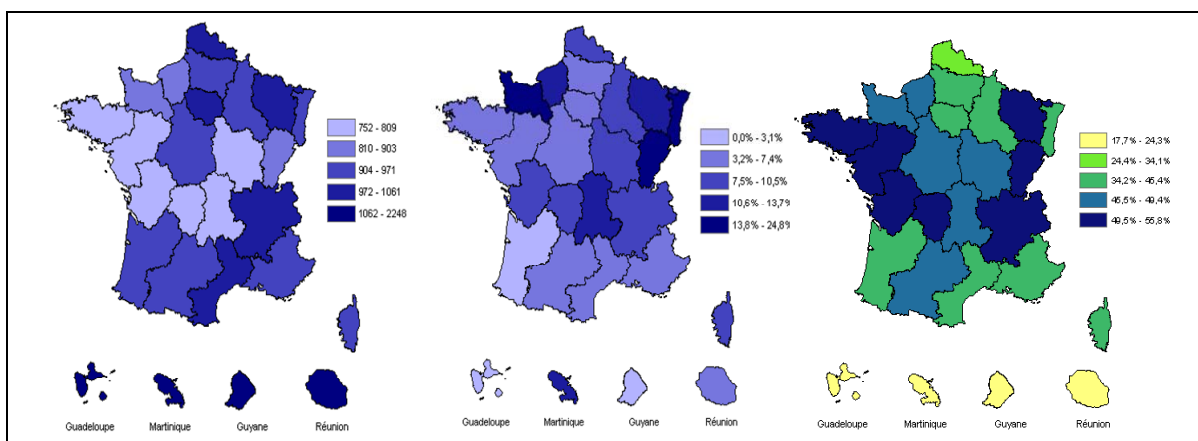
**Graphique 22 : Disparités régionales du taux de recours à la chirurgie des varices**



*Source : Rapport charges et produits CNAMTS, 2011.*

Il est par ailleurs possible de chaîner les taux de recours sur les différentes étapes d'une prise en charge type. Par exemple, en matière d'insuffisance rénale chronique (IRC), il est intéressant de comparer, par bassin de population atteinte, le taux de recours à la dialyse péritonéale et le nombre de personnes greffées. Cela permet d'observer d'éventuelles corrélations ou au contraire des disparités. Ainsi, les régions dans lesquelles la prévalence de l'IRC est la plus forte ne sont pas forcément ceux pour lesquels le taux de recours à la dialyse péritonéale est le plus important. On observe enfin que deux régions ayant une prévalence différente d'IRC ont pourtant des taux de recours semblable en matière de greffes.

**Graphique 23 : Prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC), personnes sous dialyses péritonéales/nombre de personnes dialysées, et personnes greffées du rein/ personnes atteinte d'IRC (standardisé sur l'âge et le sexe)**



*Source : Rapport charges et produits CNAMTS, 2011.*



Ces constats nécessitent, pour chaque pathologie, des études particulières avec une méthode éprouvée. Mais le constat sur l'existence de soins non pertinents ne fait pas débat. Il n'a toutefois pas encore été fait l'objet d'une prise en compte de cette problématique dans l'allocation budgétaires aux établissements ou au professionnels de santé, ni de mécanisme de régulation spécifique.

### **2.4.2. Mettre en place un tarif T2A dégressif au-delà d'un volume d'activité déterminé**

Une approche davantage médicalisée est de nature à permettre de renouveler l'idée d'une régulation corrélée à la progression des volumes d'activité eu égard aux précédentes tentatives infructueuses. Les récentes évolutions des instructions de la DGOS en la matière peuvent en constituer le socle.

#### **2.4.2.1. L'échec d'une régulation uniforme par les volumes**

Selon la DGOS<sup>56</sup>, le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS par territoire dans le SROS, puis déclinaison par la contractualisation entre les établissements de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation, sanctions financières prévues par les textes en cas de dépassement), tel que mis en œuvre dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006-2011) présente un bilan mitigé.

Il n'a notamment pas démontré de véritable efficacité pour réguler la progression de l'activité des établissements. En effet, le respect de l'ONDAM, sous l'angle de l'attention portée aux volumes d'activité, n'était pas présenté comme un objectif des SROS III, qui ont au final été élaborés majoritairement à partir des enjeux de satisfaction des besoins. Les ARH n'ont donc pas eu à vérifier la soutenabilité financière des évolutions de l'offre prévues par les SROS III, ni utilisé le dispositif de sanction en cas de dépassement des OQOS.

Enfin, s'il a permis dans certaines régions, d'orienter de manière plus pertinente l'offre par rapport aux besoins, les résultats en sont contrastés.

#### **2.4.2.2. La prise en compte progressive de facteurs médicaux**

Des instructions récentes de la DGOS relatives au pilotage de l'activité des établissements de santé<sup>57</sup> par les ARS font état d'une régulation des volumes d'activité assise sur des analyses de l'offre et de la pertinence des soins. La démarche proposée dans les SROS-PRS diffère ainsi de celle menée dans le cadre des SROS III (cf. tableau ci-après).

Le pilotage de l'activité des établissements de santé doit donc, à ce titre, articuler deux objectifs :

- la réponse aux besoins de soins et la répartition de l'offre de soins ;
- l'organisation de l'efficience de l'offre de soins, dont :
  - la maîtrise des volumes de certaines prises en charges (séjours, actes), notamment celles présentant des enjeux de pertinence des soins ;
  - le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète ;
  - la réduction des éventuelles inadéquations hospitalières éventuelles ;

---

<sup>56</sup> Guide méthodologique d'analyse des taux de recours – pilotage de l'activité des établissements de santé, décembre 2011.

<sup>57</sup> DGOS, guide méthodologique « pilotage de l'activité des établissements de santé », décembre 2011.



## Annexe IV

- la gestion des situations de sur-offre, qui peuvent appeler des restructurations ou conversions.

**Tableau 25 : Comparaison des modalités de pilotage de l'activité dans le cadre des SROS III et des SROS-PRS**

	<b>OQOS des SROS III</b>	<b>Pilotage de l'activité des SROS- PRS</b>
Dialogue préalable national / régional	Aucun	Contractualisation État-ARS sur un indicateur portant sur l'évolution globale d'activité M/ C/ SSR
Méthodologie des objectifs implantation et volumes	Approche souvent basée sur la production des ES	Approche basée sur les disparités de consommation de soins (taux de recours), quel que soit le lieu de production Les OQOS volume deviennent les indicateurs de pilotage du SROS
Approche comparative	Approche loco-centrée : territoire de santé / région.	Comparaisons inter-niveaux : national, régional, territoire de santé et infra si nécessaire Concertation sur les taux de recours avec les conférences de territoire et la CRSA
CPOM établissements de santé	OQOS en volume/ activité de soins autorisée	- Indicateurs de pilotage / activité de soins autorisée (non opposables) ; - Objectifs contractuels sur des prises en charge ciblées (opposables) : pertinence, accès aux soins, modes de prise en charge...
Suivi de l'activité à l'échelon du territoire	Prévision pluriannuelle, souvent sans pilotage annuel.	- Suivre annuellement les indicateurs de pilotage du SROS par activité de soins - Établir annuellement un diagnostic partagé et des orientations sur l'accès aux soins et la régulation de l'activité
Suivi de l'activité avec chaque établissement	Prévision pluriannuelle d'OQOS volume, souvent sans dialogue de gestion régulier.	Instauration d'un dialogue de gestion annuel, fondé sur le suivi des indicateurs de pilotage et la comparaison objectifs contractuels / réalisation.

*Source : DGOS, guide méthodologique « pilotage de l'activité des établissements de santé », décembre 2011.*

Le dispositif est donc structuré par des objectifs quantifiés en implantation, nombre d'appareils (comme dans les SROS antérieurs) et des objectifs en volume ayant valeur d'indicateurs de pilotage au sein des SROS. Les objectifs en volume d'activité en tant que tels sont donc supprimés des textes réglementaires et remplacés par des indicateurs de pilotage du SROS.

Contrairement aux SROS III, les cibles d'activité (en volume) ne sont donc plus obligatoirement déclinées dans les CPOM des établissements sur une base opposable. La contractualisation ARS-établissement porte désormais sur des objectifs relatifs au développement des substitutions à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet ou à la production de certains GHM/actes ou domaines ciblés, identifiés par l'ARS comme présentant un enjeu territorial. Ces indicateurs n'étant pas opposables, ils ne peuvent être invoqués pour motiver un refus d'instruction de dossier d'autorisation (contrairement aux ex-OQOS volume et aux actuels OQOS implantation).

En revanche, ces indicateurs fixant un volume d'activité cible pourront être mobilisés pour motiver la décision de l'ARS suite à l'instruction du dossier.

### 2.4.2.3. L'instauration d'un barème dégressif selon une logique de maîtrise médicalisée

La régulation par les volumes peut s'appréhender à trois niveaux :

- ◆ au niveau macro, avec la mise en œuvre d'une dégressivité visant l'ensemble de l'activité dépassant les prévisions de volume définies dans le cadre de la campagne tarifaire, voir l'ensemble des tarifs ;
- ◆ au niveau macro régionalisé dans le cadre de la fixation d'ORDAM ;
- ◆ au niveau micro en ciblant les établissements dont l'activité se développe au-delà d'un seuil déterminé par voie contractuelle.

Dans le cadre d'une approche de la régulation par les volumes d'activité, il est ainsi possible de favoriser la diffusion d'orientations axées sur les programmes de gestion de risques ou des études de pertinence afin de favoriser l'émergence des pratiques de prise en charge les plus efficaces.

À ce titre, l'article L 1 431-2 du code de la santé publique prévoit d'ores et déjà que les ARS ont en charge la mise en œuvre « des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

Dix priorités nationales ont ainsi été définies pour 2010-2011 pour les ARS, parmi lesquelles les transports sanitaires, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, l'imagerie médicale, la chirurgie ambulatoire, les prescriptions dans les EHPAD...

Graphique 24 : Programme de gestion du risques ARS pays de la Loire



## Annexe IV

Pour ce qui concerne le suivi de l'activité de chirurgie par exemple, des objectifs de volume pour les prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation complète peuvent être fixés sur la base d'une circulaire ayant identifié, sur la base de référentiels validés par la HAS, de bonnes pratiques opposables. Une évolution des volumes d'activité sur le champ de la chirurgie complète non-conforme à ces référentiels peut ainsi déclencher une procédure de mise sous entente préalable, laquelle conditionne la prise en charge aux tarifs d'hospitalisation complète sur la base d'un accord expresse de l'assurance maladie.

Ce dispositif vise un objectif identique à celui de l'incitation tarifaire conduite sur l'ambulatoire (cf. partie 1.3 et Annexe I) mais présente l'avantage de ne pas désavantager les prises en charges en hospitalisation complète qui sont justifiées (et pour lesquelles les tarifs, sur plusieurs gestes marqueurs, ont été alignés sur les tarifs d'hospitalisation ambulatoire).

Ainsi, l'analyse des taux de recours et l'élaboration de taux cibles de réalisations d'actes par type de prévalence (par exemple recours à la dialyse péritonéale pour les patient atteints d'IRC) doit permettre d'envisager des tarifs dégressifs (entre 30 % et 50 %) pour les établissements qui s'en éloignent, selon le modèle de maîtrise médicalisée appliqué en ville.

La mission préconise de coupler cette approche à la logique de régulation par l'instauration de tarifs dégressifs afin de créer une incitation à la limitation des volumes, notamment de ceux qui peuvent faire l'objet d'amélioration de pratiques.

Compte tenu des échecs passés, la mission préconise plus particulièrement deux mesures :

- ◆ l'instauration d'un mécanisme de dégressivité tarifaire au niveau national pour les GHM faisant l'objet d'un dépassement, applicable à l'ensemble des établissements ;
- ◆ l'instauration d'un mécanisme de dégressivité adossé à une logique de pertinence ou à des programmes de gestion du risque au niveau régional.

## **ANNEXE V**

### **Schémas d'évolution des outils tarifaires**



# SOMMAIRE

<b>1. SCHÉMA 1: DES OUTILS TARIFAIRES COMME OUTILS DE RÉPARTITION BUDGÉTAIRE.....</b>	<b>2</b>
1.1. La détermination des tarifs par une échelle de coûts .....	3
1.1.1. <i>En établissement, une échelle de coûts et de tarifs sans correction.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>En ville, la mise en place d'une enveloppe fermée.....</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>L'encadrement des zones de fuites budgétaires et l'élargissement de la T2A.....</i>	<i>4</i>
1.2. La distinction entre l'outil technique et l'outil budgétaire .....	4
1.2.1. <i>La restauration d'une échelle de tarifs repères en établissement et en ville.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>L'intéressement à l'efficience en ville et en établissement.....</i>	<i>5</i>
1.2.3. <i>La modulation tarifaire pour des raisons de pertinence.....</i>	<i>6</i>
<b>2. SCHÉMA 2: DES OUTILS TARIFAIRES RECENTRÉS SUR UNE LOGIQUE D'EFFICIENCE MÉDICO-ÉCONOMIQUE .....</b>	<b>6</b>
2.1. La construction des tarifs dans une approche médico-économique .....	7
2.1.1. <i>La consolidation de la collecte des coûts en établissement et en ville.....</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>La détermination des tarifs T2A à partir de coûts efficients sans correction ....</i>	<i>10</i>
2.1.3. <i>La détermination des tarifs CCAM selon une approche diversifiée.....</i>	<i>12</i>
2.2. La définition de mécanismes de régulation complémentaires.....	14
2.2.1. <i>La maîtrise des volumes en établissement par des tarifs dégressifs.....</i>	<i>15</i>
2.2.2. <i>Le renforcement de la politique de qualité.....</i>	<i>16</i>
2.2.3. <i>Le développement parallèle d'une logique de parcours.....</i>	<i>17</i>
2.3. L'instauration de nouveaux mécanismes de maîtrise budgétaire .....	18
2.3.1. <i>La redéfinition et l'encadrement des missions d'intérêt général.....</i>	<i>18</i>
2.3.2. <i>Les aides à la restructuration associées à une régulation budgétaire.....</i>	<i>19</i>
2.3.3. <i>L'accentuation en ville de la maîtrise médicalisée.....</i>	<i>20</i>

## INTRODUCTION

À l'origine, les outils tarifaires T2A et CCAM poursuivent simultanément trois objectifs :

- ◆ disposer d'une liste exhaustive, codée et actualisée de l'activité médicale en établissement et en ville ;
- ◆ donner un signal-prix unique à l'ensemble des établissements pour les inciter à l'efficacité du système de production de soins ;
- ◆ améliorer l'équité de la répartition des financements entre praticiens (inter-spécialités) et entre établissements de santé.

Ces objectifs initiaux, qui repose sur une démarche de tarification, doivent être combinés avec une démarche de régulation au travers de :

- ◆ la maîtrise budgétaire ;
- ◆ la participation à la (re)structuration d'une offre de soins adaptée aux besoins et aux priorités de santé publique.

La mission a constaté des discordances entre ces différents objectifs (voir Annexes I à IV). Ainsi par exemple, il existe :

- ◆ une discordance entre les modalités de poursuite de l'objectif budgétaire et la poursuite d'un objectif d'efficacité ;
- ◆ une discordance entre l'objectif d'équité entre spécialités et le périmètre de la CCAM ;
- ◆ une discordance entre un outil de tarification à l'acte et les nouveaux besoins du système de soins.

La mission a élaboré deux schémas de raisonnement qui cherchent, non à définir une liste de préconisations indissociables, mais à caractériser l'alternative pour le décideur entre deux visions des instruments tarifaires :

- ◆ le premier schéma conçoit les outils tarifaires comme des instruments d'allocation des ressources dans une logique budgétaire. C'est le schéma qui tend actuellement à s'imposer ;
- ◆ le second schéma conçoit les outils tarifaires comme des instruments de pilotage médico-économique sur la base de l'efficacité. C'est le schéma d'origine dont on tend à s'écarter.

Bien entendu, ces schémas, à l'état pur, sont simplificateurs. La mission propose donc des corrections aux outils tarifaires ou des compléments à ces outils. L'instauration de nouveaux modes de financement et de nouvelles formes de régulation pourrait ainsi s'accompagner de la montée en puissance d'un fond d'intervention régional confié aux ARS. Il pourrait notamment héberger les enveloppes finançant les parcours de soins, cassant les logiques verticales et donnant du sens à la mise en place des ARS à la vocation transversale. Dans ce schéma les ARS seraient des délégués d'une enveloppe de l'Assurance maladie.

## 1. Schéma 1 : des outils tarifaires comme outils de répartition budgétaire

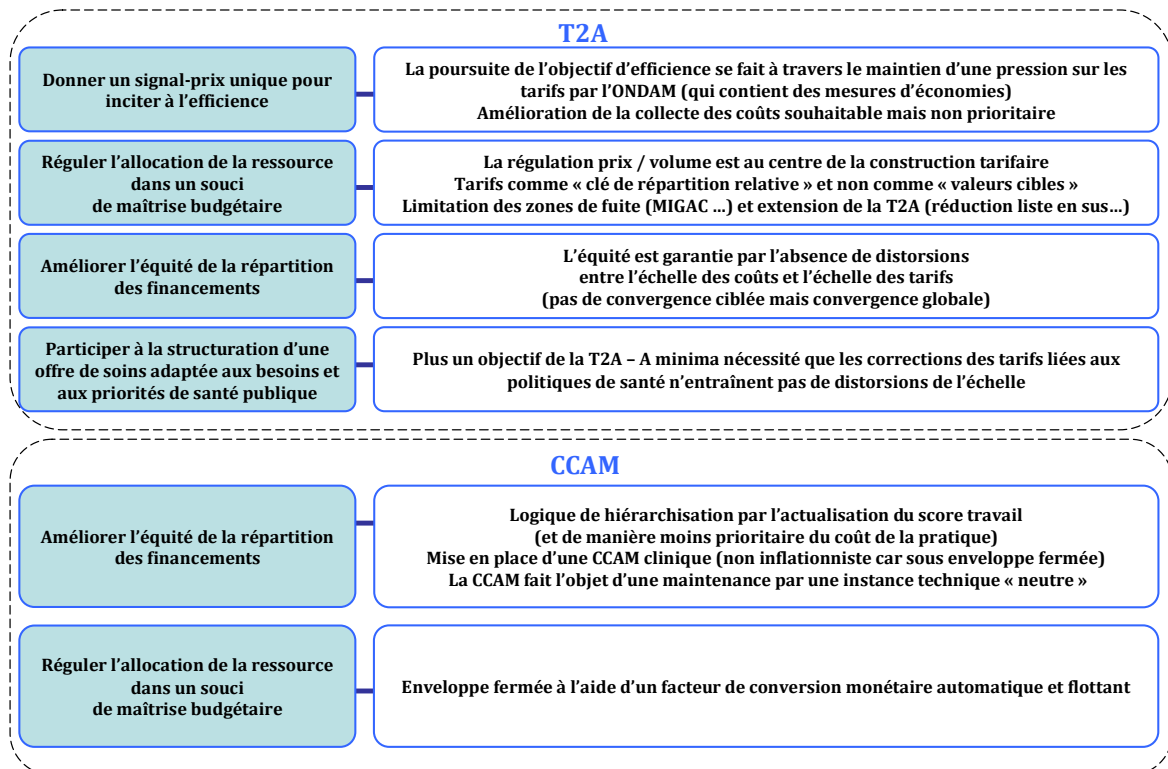
Dans ce premier schéma, les outils tarifaires seraient conçus comme des instruments de répartition des financements, garantissant le respect d'une enveloppe budgétaire fermée. Ce modèle s'inscrit dans la continuité du système actuel (11). Des corrections seraient toutefois apportées afin de combler une partie des faiblesses constatées (12).

Le principal objectif serait de répartir au mieux les financements dans les limites de l'ONDAM à l'aide d'une clé de répartition élaborée à partir d'une échelle de coûts. Les autres objectifs, sans être négligés, seraient de second rang. *A minima* leur prise en compte ne devrait pas contredire l'approche budgétaire :

- ♦ l'application d'un taux d'ONDAM, augmentant moins vite que les charges des établissements, tiendrait lieu d'incitation à l'efficacité. Les établissements de santé seraient incités à réduire globalement leurs coûts, les tarifs intégrant comme aujourd'hui une compression des coûts moyens, homogène sur l'ensemble des GHM ;
- ♦ la capacité des instruments tarifaires à réallouer les financements ne serait plus neutralisée par des éléments exogènes aux tarifs.

En médecine de ville, une enveloppe fermée serait mise en place, facilitant l'instauration d'une CCAM clinique, qui avec l'actualisation de la CCAM technique, devrait permettre de répartir plus équitablement les financements entre spécialités.

Graphique 1 : Présentation synthétique du schéma 1





## 1.1. La détermination des tarifs par une échelle de coûts

### 1.1.1. En établissement, une échelle de coûts et de tarifs sans correction

Pour la T2A, cette approche conduirait notamment à considérer que la collecte et le retraitement des coûts devraient servir en premier lieu à établir une échelle de coûts et non à fixer un coût moyen, efficient ou repère ; il s'agirait de déterminer « une clé de répartition » et non une valeur cible.

Ce ne serait pas tant la valeur en tant que telle qui serait utile, que son positionnement relatif par rapport aux autres. Certes la collecte des coûts pourrait être améliorée, afin de se rapprocher de la réalité économique, mais il ne s'agirait pas d'une condition prioritaire à la mise en œuvre de ce schéma.

L'éloignement progressif entre les coûts et les tarifs ne serait pas une problématique majeure si la hiérarchie des coûts et des tarifs était respectée. Ainsi :

- ◆ la régulation prix/volume devrait être confirmée à la condition qu'elle comprime l'échelle de coûts de manière homothétique ; la régulation étant assumée, les modalités de prévisions du tendanciel de l'ONDAM et les hypothèses de croissance du volume des séjours intégrées à la campagne tarifaire devraient être alignées sur la borne haute ; la régulation pourrait, le cas échéant, être effectuée de manière infra-annuelle, d'autant qu'elle serait facilitée par la simplification du système de tarification ;
- ◆ l'absence de distorsion entre l'échelle des coûts et des tarifs devrait être le gage de la satisfaction de l'objectif de juste répartition budgétaire ; le processus de construction des tarifs pourrait donc être simplifié : (i) en particulier la nomenclature pourrait être allégée ; (ii) l'actualisation annuelle de l'étude des coûts ne serait plus nécessaire ; (iii) la méthode 2011 de construction des tarifs, partant du principe d'une reconduction des tarifs antérieurs corrigée d'une étude « adéquation charges-financements », devrait être privilégiée ;
- ◆ la correction des tarifs pour tenir compte des politiques de santé publique devrait être supprimée dès lors que l'outil tarifaire n'a vocation qu'à répartir des financements de manière équitable et non à orienter des comportements économiques. *A minima*, la correction en fonction des politiques de santé ne devrait pas bouleverser la hiérarchie entre les coûts et les tarifs ;
- ◆ la convergence ciblée serait abandonnée au profit d'une convergence globale sur tous les GHM.

### 1.1.2. En ville, la mise en place d'une enveloppe fermée

Pour la CCAM, il s'agirait notamment de :

- ◆ actualiser la hiérarchisation du score travail ; celle du coût de la pratique ne serait nécessaire que si elle introduit une distorsion dans l'échelle ; il s'agirait également de conserver une vision de la hiérarchie en privilégiant une actualisation par famille d'actes ;
- ◆ mettre en place une enveloppe fermée avec un facteur de conversion monétaire qui s'ajusterait automatiquement à l'ONDAM, et laissant à la négociation conventionnelle le soin de fixer les priorités d'allocation : le facteur de conversion se déduirait mathématiquement du montant de l'enveloppe et d'une prévision en volume ;

## Annexe V

- ◆ fixer et faire voter par le Parlement une enveloppe fermée sur le périmètre des actes techniques au sein de l'ONDAM. Actuellement, il existe un sous objectif « soins de ville » inclus dans l'ONDAM voté par le Parlement mais son périmètre est plus large que celui de la CCAM technique (médicaments, médecins, auxiliaires médicaux, frais de déplacement...).

Cette solution présenterait plusieurs avantages : maîtrise des dépenses ; maintenance de la CCAM puisque ce scénario est de nature à garantir que les travaux de hiérarchisation seraient sans impact sur l'évolution des dépenses ; attribution du travail de hiérarchisation aux professionnels de santé. Par ailleurs, la mise en place d'une enveloppe fermée faciliterait également le passage à une CCAM clinique, en supprimant les effets inflationnistes. Une telle mesure permettrait d'assurer l'équité entre spécialités techniques et cliniques, par le respect d'une hiérarchie globale des actes.

Cela étant, la fixation d'une enveloppe fermée « ONDAM actes techniques » impliquerait, par parallélisme, des enveloppes fermées pour toutes les catégories de dépenses, ce qui conduirait à une rigidification de la dépense et à des tensions sur la fixation de ces enveloppes. Ce système reviendrait également à introduire un mécanisme d'ajustement prix-volume auquel les médecins se sont opposés au début des années 2000.

### 1.1.3. L'encadrement des zones de fuites budgétaires et l'élargissement de la T2A

Les « zones de fuite » que sont les aides à la contractualisation, certaines missions d'intérêt général et les politiques d'endettement devraient être réduites et la tarification à l'activité développée :

- ◆ réduction de la liste en sus et des missions d'intérêt général au profit d'une intégration dans les tarifs ;
- ◆ encadrement des missions d'intérêt général (idem *infra* schéma 2) ;
- ◆ extension de la tarification à l'activité à des secteurs sans acte structurant (Psy et SSR) ;
- ◆ suppression progressive des aides à la contractualisation.

### 1.2. La distinction entre l'outil technique et l'outil budgétaire

Le schéma exclusivement budgétaire trouverait rapidement ses limites, en gommant tout signal-prix. Dans cette approche, la question du pilotage par les établissements poserait problème : les coûts utilisés pour la construction de l'échelle ne seraient pas nécessairement fiables ; les tarifs prenant en compte la contrainte budgétaire ne recouvriraient aucune réalité économique sous-jacente. De plus, même si la pression de l'ONDAM peut constituer une incitation à l'efficacité, celle-ci reste grossière et introduit des effets pervers (décrits à l'*Annexe III*)

Une variante pourrait alors consister à conserver la logique de clé de répartition d'une enveloppe fermée tout en s'assurant, plus qu'aujourd'hui, que cette clé repose sur une prise en compte objective des coûts des facteurs de production des soins. Cette « neutralité relative » viserait à éviter les biais sanitaires, à assurer l'équité entre praticiens et entre établissements et à permettre une identification claire de son « efficacité relative ».

Il conviendrait de distinguer une première étape de la construction tarifaire intégrant uniquement des préoccupations médico-économiques et une seconde étape tenant compte des préoccupations budgétaires par la régulation prix-volume ou des priorités de santé publique. Autrement dit, il s'agirait de revenir à une notion, abandonnée depuis 2011, de « tarifs repères ».

### 1.2.1. La restauration d'une échelle de tarifs repères en établissement et en ville

Dans ce scénario alternatif, la gouvernance devrait évoluer. La hiérarchisation et la valorisation des actes seraient confiées à une instance de nature essentiellement technique indépendante du pouvoir politique ; la régulation budgétaire continuerait à relever du pouvoir politique ou de la négociation conventionnelle.

Il s'agirait tout d'abord de publier une échelle repère :

- ◆ *pour les établissements de santé* : de mettre en place un signal-prix par la fixation d'une « échelle de coûts repères », non sanctionné car non corrélé aux tarifs effectivement applicables mais qui serait suffisamment pertinente pour servir d'instrument de pilotage/de benchmark aux établissements qui souhaitent améliorer leur « efficacité relative » ce qui suppose : (i) une amélioration de la méthode de détermination des coûts ; (ii) une amélioration de la représentativité de l'échantillon ; (iii) une amélioration de la comptabilité analytique des établissements de santé (voir *infra*) ;
- ◆ *pour la ville* : d'actualiser la CCAM par une révision du score travail mais aussi des coûts de la pratique afin de mieux coller à la réalité économique, et de converger vers la CCAM cible.

L'établissement de coûts « neutres » devrait être confié à un organisme indépendant, aussi bien pour la ville que pour les établissements (meilleure distinction entre le maître d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage). Cette instance, de nature essentiellement technique serait chargée de la classification, de la définition du coût et de la tenue de l'échelle des coûts (notamment score travail et coût de la pratique). Pour la CCAM, le travail de hiérarchisation des actes serait uniquement le fait des experts, en mettant en place une structure compétente à la fois pour le score travail et le coût de la pratique. La CHAP verrait ses missions réaménagées, en servant seulement d'instance d'échange entre la CNAMTS et les représentants des professionnels de santé entre deux échéances conventionnelles et lors des pré-négociations.

Il s'agirait ensuite, lors de la seconde étape, de construire des tarifs applicables en faisant jouer la régulation prix/volume et en corrigeant ces tarifs des politiques de santé publique.

Ce scénario suppose une plus grande transparence dans la construction des tarifs, à chacune des deux étapes identifiées : publication de l'échelle repère ; publication des corrections apportées à cette échelle par le pouvoir politique lors de l'étape 2.

### 1.2.2. L'intéressement à l'efficacité en ville et en établissement

Même si une telle approche permet de garantir une sorte de « neutralité » minimale des tarifs, elle ne permet pas d'avoir des tarifs qui soient au plus près des coûts. Il paraît également difficile de considérer que la simple existence d'une « échelle de coûts repères » suffirait à motiver les acteurs pour passer d'une logique d'ajustement par les recettes à une logique d'efficacité médico-économique. Autrement dit, ce scénario semble insuffisant pour rendre effectives une incitation et une sanction au modèle de concurrence par comparaison.

A *minima*, il conviendrait, lors de la seconde étape, d'ajouter un mécanisme de prime à la performance pour les établissements qui se seraient rapprochés des coûts repères ainsi qu'un accompagnement à la restructuration pour les y aider.

De même, en ville, la mission préconiserait, dans ce scénario, la montée en charge de la rémunération à la performance qui permet d'une part, de relativiser le paiement à l'acte et ses inégalités, et, d'autre part, de permettre la fixation de bonnes pratiques professionnelles. En particulier, la fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée (prescription médicamenteuse ou d'actes médico-technique ou de laboratoire) serait à prendre en compte.

### 1.2.3. La modulation tarifaire pour des raisons de pertinence

Sous réserve de ne pas modifier l'échelle tarifaire (pas de distorsion entre les racines de GHM), il serait également possible, lors de la seconde étape, de moduler à la marge les tarifs afin de mieux cibler la pression budgétaire.

Ainsi, les tarifs feraient apparaître des choix assumés de contrainte budgétaire selon des critères fixés *ex ante* A la différence des modulations actuelles liées aux politiques de santé publique, cette mesure répondrait à une logique essentiellement budgétaire même si fondée sur des critères de pertinence.

Il s'agirait par exemple de diminuer de manière sélective certains tarifs sur les activités dont le constat de pratiques non-pertinentes est étayé. Ce dispositif permettrait de corriger à la marge les défauts d'une pression homothétique de l'ONDAM, en faisant peser davantage la contrainte budgétaire sur des prises en charges sous-efficientes.

## 2. Schéma 2 : des outils tarifaires recentrés sur une logique d'efficacité médico-économique

Il s'agirait, dans ce second schéma, de concevoir les outils tarifaires comme des instruments de financement poursuivant prioritairement un objectif d'efficacité médico-économique. Ce modèle présenterait d'importantes similitudes avec celui observé, par la mission, en Allemagne. Il serait, pour la T2A, plus proche de son modèle initial.

La tarification à l'activité serait un outil au service de l'efficacité du système de production de soins, par une optimisation de la ressource financière. Dans ce cadre, l'Assurance maladie s'acquitterait uniquement du « juste coût » des soins pratiqués dans les établissements de santé comme en ville (21) :

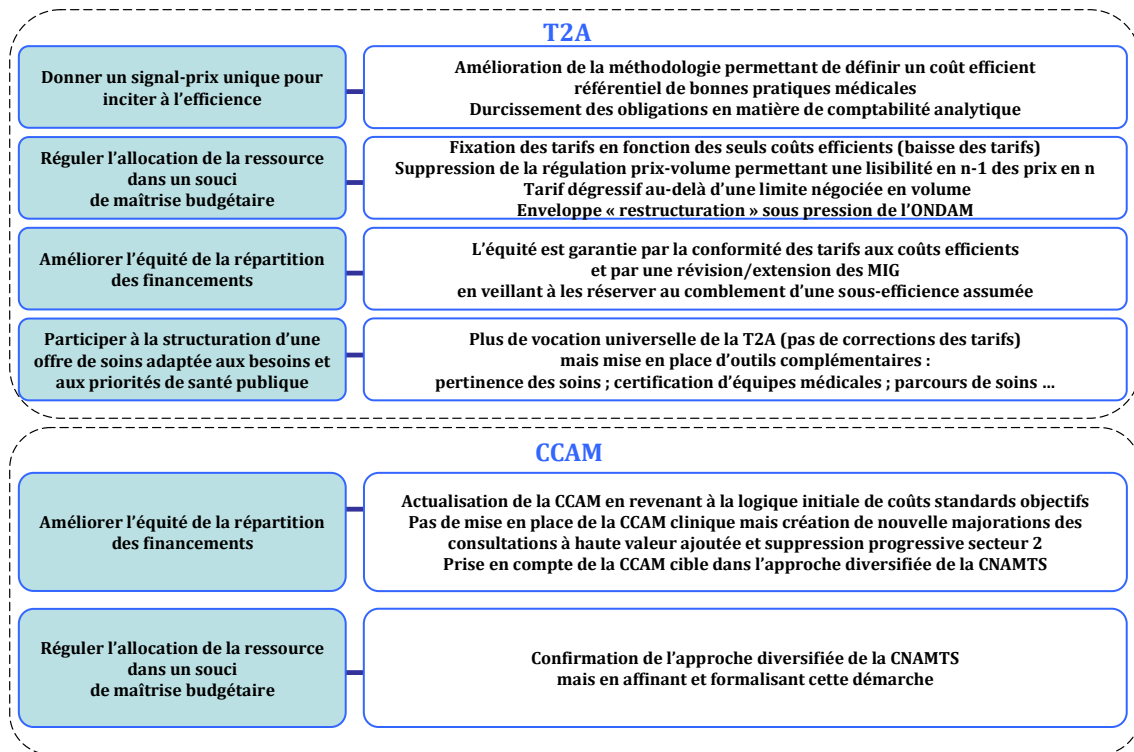
- ◆ pour les établissements de santé, l'outil tarifaire constituerait, plus qu'aujourd'hui, une incitation à la performance, en révélant les efforts et les difficultés de gestion de chaque structure. Après amélioration de leurs outils de pilotage (notamment la comptabilité analytique), la T2A conduirait les établissements à faire des gains d'efficacité productive de façon à aligner leurs coûts sur les tarifs nationaux fixés au « juste coût » ;
- ◆ pour les soins en ville, l'outil tarifaire serait recentré sur sa vocation initiale, afin de garantir une équité entre spécialités techniques, rémunérant le travail et couvrant les coûts de la pratique au « juste coût ».

Dans ce schéma, les outils tarifaires ne pourraient pas couvrir l'ensemble des besoins de financement des actes de soins : le « juste coût » n'est pas toujours définissable ou ne s'adapte pas à la variété des situations ; il peut conduire à des comportements non-conformes à la politique d'égal accès aux soins (fermeture de structures non efficaces mais nécessaires à une bonne couverture du territoire), de sécurité des soins (alignement sur les pratiques les moins onéreuses aux dépens de la qualité des soins) ou de segmentation de l'activité (contraire aux souhaits de s'inscrire dans une logique de parcours de soins).

Dès lors, la tarification à l'activité serait complétée par d'autres formes de dotation ou de réglementation permettant d'orienter l'offre de soins vers plus de qualité, de pertinence et de favoriser la logique de parcours de soins. Pour la ville, des mécanismes complémentaires seraient également nécessaires pour garantir la réalisation de l'objectif d'équité (22).

Enfin, en supprimant la régulation prix/volume applicable à la T2A, cette approche présenterait, en l'absence de garde-fous, des risques budgétaires. Cette préoccupation devrait donc conduire à mettre en place, à côté des instruments tarifaires et des instruments de régulation de l'offre de soins, des mécanismes permettant de respecter l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie en établissement (23).

Graphique 2 : Présentation schématique du schéma 2



## 2.1. La construction des tarifs dans une approche médico-économique

Il s'agirait de redonner une légitimité médico-économique à la tarification à l'activité en revenant aux principes qui fondent, pour les établissements, le modèle de concurrence par comparaison (*voir Annexe I - 11- et Annexe III - 31*) et, en ville, la hiérarchisation des actes (*voir Annexe II - 12*)

Tout d'abord, les imperfections actuelles de l'étude nationale des coûts T2A et de la définition du tarif cible CCAM seraient, dans la mesure du possible, corrigées afin de recueillir des informations fiables quantifiées et standardisées sur les pratiques médicales comme sur les coûts (211).

Ensuite, les tarifs T2A seraient fixés aux coûts efficients, c'est-à-dire à un coût réputé être le coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales. Aucune distorsion n'existerait entre les coûts et les tarifs, ce qui supposerait de supprimer la régulation prix-volume et de ne plus tenir compte, dans les tarifs, des politiques de santé publique. Pour lire correctement ce signal-prix, les établissements seraient invités à poursuivre les efforts déjà engagés pour développer une culture de gestion, notamment à l'aide d'une amélioration de leur comptabilité analytique (212).

Enfin, même si la convergence vers la CCAM au tarif cible serait conforme à ce schéma, la nécessité de poursuivre une équité au-delà des spécialités techniques, la présence de zones de fuites, l'importance de la négociation conventionnelle et la nécessité de maîtriser l'enveloppe budgétaire, conduisent la mission à proposer une solution alternative consistant à confirmer l'approche diversifiée retenue aujourd'hui par la CNAMTS pour la fixation des tarifs, tout en exigeant plus de transparence et en l'assortissant de certaines conditions (213).

### 2.1.1. La consolidation de la collecte des coûts en établissement et en ville

La consolidation de la logique médico-économique suppose de fiabiliser la construction des tarifs T2A en poursuivant et amplifiant le travail accompli par l'ATIH. Elle suppose, en ville, de confirmer la CCAM comme outil de référence, à la fois de description de l'activité médicale et d'études des coûts à des fins de hiérarchisation. Enfin, elle suppose d'adapter ponctuellement et dans l'attente d'une étude approfondie, certaines consultations spécifiques dans les établissements de santé (ACE).

#### 2.1.1.1. La consolidation des coûts servant à la construction des tarifs T2A

Pour la T2A, la méthodologie de l'étude nationale des coûts serait corrigée pour renforcer sa pertinence. Pour cela, il conviendrait notamment de :

- ◆ essayer de faire coïncider le périmètre tarifaire avec les instruments de gestion des établissements, afin que ces derniers puissent comparer leurs charges et leurs ressources ;
- ◆ améliorer la représentativité de l'échantillon selon la méthode proposée par l'ATIH : l'analyse d'un élargissement de l'échantillon suppose de prendre en considération à la fois la capacité pour les établissements de développer un système de comptabilité analytique performant, le gain marginal apporté par l'intégration d'établissements supplémentaires et le coût de l'élargissement (1,5 million pour 30 établissements supplémentaires) (*voir Annexe I – 2.2.1.*) ;
- ◆ réduire le décalage temporel entre coûts collectés et tarifs de campagne, en indexant, le cas échéant, les coûts collectés (*voir Annexe I – 2.2.2.*) ;
- ◆ améliorer et harmoniser les comptabilités analytiques des établissements de santé publics ou privés de l'échantillon (*voir Annexe I – 2.2.3.*).

Dans ce dernier cas, plusieurs mesures apparaissent prioritaires (*voir Annexe I – 2.2.3.*) :

- ◆ harmoniser le découpage des sections d'activités, selon la méthodologie proposée Il s'agirait notamment de distinguer les sections d'analyse suivantes : médecine, chirurgie ambulatoire, chirurgie autre, pédiatrie, chirurgie infantile ambulatoire, chirurgie infantile autre, soins intensifs / surveillance continue, UHCD, gynécologie / obstétrique ;
- ◆ pour la répartition des effectifs, enjeu majeur de fiabilisation de l'étude nationale des coûts, remplacer la ventilation selon la durée du séjour par une méthodologie fondée sur le point « soins infirmiers individualisés à la personne soignée » (SIIPS)<sup>1</sup> par section d'analyse. La collecte des points SIIPS étant malaisée et coûteuse, il paraît plus pertinent de privilégier la recherche d'un modèle prédictif de la charge en soins, à partir de données du PMSI facilement accessibles, dans le prolongement des travaux menés par l'ATIH en 2010 et restés lettre morte ;
- ◆ de manière plus accessoire, étudier les modalités de prise en compte des charges financières et immobilières.

---

<sup>1</sup> Le calcul des SIIPS est une méthode d'origine française, distinguant les soins de base, les soins relationnels et éducatifs et les soins techniques. Pour chaque type de soins, quatre niveaux sont distingués, en fonction du degré de dépendance du patient pour les soins de base et relationnels, et du temps requis sur 24 heures pour les soins techniques. Un coefficient d'intensité est ainsi calculé pour chaque jour du séjour.



### 2.1.1.2. La consolidation des composantes du tarif cible CCAM

La CCAM n'a pas été correctement mise en œuvre, entretenue et mise à jour. En effet les tarifs cibles ne représentent qu'imparfaitement les coûts et les mesures pour résorber la dispersion des coûts n'ont pas été appliqués (voir Annexe II – 2.1.), la convergence des tarifs en vigueur sur les tarifs cible n'a pas abouti et des écarts sensibles persistent (voir Annexe II – 2.2.) et l'actualisation de la CCAM est ponctuelle (voir Annexe II – 2.3.).

Afin de mieux refléter le coût de la pratique et la rémunération du travail, et donc de conserver la CCAM comme outil de référence au service de l'équité entre spécialités techniques, la CCAM cible devrait être révisée dans les conditions suivantes :

- ◆ appliquer une méthodologie uniforme pour la détermination du coût de la pratique et mettre fin aux dérogations existantes (par exemple absence de coût de la pratique actuellement pour les actes de radiologie pour lesquels le tarif NGAP a été maintenu) ;
- ◆ réviser la méthodologie du coût de la pratique pour sortir du « coût de la pratique moyen par spécialités » et tenir compte des surcoûts ou des moindres coûts pour certains actes ou famille d'actes au sein d'une même spécialité (comme il était prévu initialement pour les surcoûts) ou des différences de profil d'activité au sein d'une même spécialité (exemple de la gynécologie obstétrique et de la gynécologie médicale ou des ophtalmologues à profil d'activité chirurgicale ou à dominante médicale). La mise en œuvre de cette mesure pourrait reposer sur des enquêtes spécifiques par spécialité (comme cela a été fait pour les ANAPATH), et sur les données disponibles dans le SNIIRAM qui permettent une segmentation plus fine des spécialités (voir Annexe II – 2.1.3.) ;
- ◆ dans la mesure du possible, affiner le calcul du coût de la pratique en intégrant les taux de charge des sociétés d'exercice libéral (SEL), certaines spécialités ayant une part importante voire majoritaire de leurs effectifs organisés en SEL (radiologues, anesthésistes) ;
- ◆ réviser le score travail pour tenir compte de l'évolution des pratiques médicales qui ont permis, dans la plupart des cas, de réduire la durée de l'acte ;
- ◆ supprimer les dérogations annexes au tarif introduites pour certaines spécialités (voir Annexe II – 2.2.2.) : (i) suppression de certains modificateurs liés à la spécialité qui réalise l'acte (la suppression des modificateurs Y et Z entraînerait une réduction des honoraires sans dépassement de 227 M€ pour les spécialités concernées dont 214 M€ (soit 9 % de leur HSD) pour les radiologues, la suppression des modificateurs J et K bénéficiant principalement aux chirurgiens entraînerait quant à elle une baisse de leurs honoraires sans dépassement de 55 M€, soit 7,5 %) ; (ii) suppression des suppléments transitoires du chapitre 19 ; (iii) suppression de certaines règles d'association dérogatoires, extension de la décote au-delà du deuxième acte, fondée sur les référentiels d'actes en série élaborés par l'assurance maladie et actuellement validés par la HAS, comme le prévoit l'annexe 9 de la LFSS pour 2009. A terme, une tarification de séries d'actes pourrait être envisagée.

### 2.1.1.3. Les consultations et l'activité externe à l'hôpital (ACE)

Les consultations et l'activité externe à l'hôpital (ACE) correspondent pour l'essentiel à une activité de ville à l'hôpital. Toutefois, elle présente pour un volume difficile à évaluer, des caractéristiques propres qui tendent, outre l'importance des coûts de structures, à la rendre, *a priori*, déficitaire. Ce mouvement est accentué par leur augmentation récente, notamment sous l'effet du transfert actuel et à venir d'une partie de l'activité d'hospitalisation vers une prise en charge externe (voir Annexe IV – 1.2.3.).

## Annexe V

La mission propose dans un premier temps que l'ATIH réalise une étude charges/financement sur un échantillon représentatif d'établissements. Celle-ci devrait, au préalable, définir une comptabilité analytique adaptée à la spécificité des ACE.

Sous réserve et dans l'attente des conclusions de cette étude, la mission préconise de résoudre les problématiques les plus saillantes qu'elle a identifiées, en particulier les consultations lourdes et pluridisciplinaires, les consultations avancées et les consultations qui mobilisent une innovation technique ou technologique. Celles-ci feraient l'objet d'un financement sous forme de forfait ou de MIG.

Enfin, pour les consultations qui relèvent de la circulaire dite « frontière », la mission préconise que le passage ambulatoire/activité externe fasse systématiquement l'objet d'une étude économique.

### 2.1.2. La détermination des tarifs T2A à partir de coûts efficaces sans correction

Pour les établissements de santé, la tarification serait entièrement déterminée à partir de « coûts efficaces », ce qui supposerait d'être en capacité de les définir. Aucune correction ne serait apportée à ces coûts, devenus tarifs, ce qui conduirait notamment à supprimer la régulation prix-volume.

#### 2.1.2.1. L'estimation statistique des coûts efficaces

Deux méthodes sont envisageables pour déterminer des coûts efficaces.

Une première méthode consisterait à valoriser les référentiels de bonnes pratiques médicales établis ou à établir par la HAS (conduite thérapeutique de référence). Cette méthode présenterait toutefois plusieurs limites :

- ◆ bien que pouvant être mise en œuvre progressivement en donnant la priorité aux GHM à enjeux, il s'agirait d'un travail complexe et long sans garantie de résultat immédiat ;
- ◆ la définition de ce qui relève du « standard » ferait débat : l'intégration, au-delà de l'acte, d'effets structures ou de pratiques médicales pourrait rendre l'exercice subjectif ;
- ◆ la tendance à fixer un référentiel, non de bonnes pratiques, mais des meilleures pratiques pourrait conduire à fixer un coût standard efficace supérieur aux coûts moyens actuellement constatés.

En partant du principe que le « juste-coût » peut difficilement être défini, un second type de méthode, de nature statistique, pourraient être utilisées pour estimer le coût efficace. Il pourrait s'agir par exemple de :

- ◆ retenir comme base d'élaboration des tarifs, non pas la moyenne des coûts mais le troisième décile de ces coûts observés dans l'ensemble des établissements, ce qui correspond à la limite entre les 30 % des coûts les plus faibles et les 70 % des coûts les plus élevés (*voir Annexe III – 3.5.1.*) ;
- ◆ une autre solution permettant notamment de s'affranchir du risque de confusion entre les coûts les plus élevés et les pathologies les plus sévères (en dépit de la classification des GHM en différents niveaux de sévérités) consisterait à partir des différents coûts moyens observés au sein de chaque établissement (et non de l'ensemble des établissements), à déterminer un coût de référence et à retenir comme coût efficace, celui qui correspond au premier décile (*voir Annexe III – 3.5.2.*).



## Annexe V

En retenant cette dernière solution, le coût ainsi défini représenterait 79 % du coût moyen observé sur l'ensemble de l'ENC (la moyenne étant pondérée par les volumes économiques des GHM). Cet écart correspondrait, en retenant comme tarif ce coût de référence plutôt qu'un coût moyen, à un volume économique (après extrapolation à l'ensemble des GHM du ratio mesuré sur l'échantillon) de l'ordre de 6 Md€.

Il serait en outre possible de raffiner cette évaluation sur la base des travaux de Brigitte Dormont et Carine Milcent qui se sont employées à identifier l'hétérogénéité non observée des hôpitaux et la composante de la variabilité du coût attribuable à un « aléa moral transitoire ». Il s'agirait par exemple, sur la base de la seconde méthode statistique décrite *supra*, de tenir compte notamment des caractéristiques de la patientèle (*voir Annexe III - 3.5.3.*)

Enfin, cette méthode statistique, raffinée ou non, serait complétée par un travail d'expertise de la HAS. Cette dernière vérifierait que les coûts se rapportent bien à des pratiques efficaces (vérification par échantillon préalable à un travail de référencement). En effet, le développement de référentiels de comparaison est une condition essentielle de la recherche d'efficacité (*voir Annexe III - 3.3.2.*)

### **2.1.2.2. La suppression de la régulation prix-volume et des autres corrections**

La lisibilité du signal-prix suppose une absence de distorsions entre coûts et tarifs. En établissement, cette approche conduirait à :

- ◆ supprimer la régulation prix/volume, c'est-à-dire dans ce dernier cas à supprimer l'enveloppe budgétaire fermée : les établissements qui répondent aujourd'hui au signal-prix en améliorant leur efficacité, en augmentant leur volume d'actes ou en réorientant leur activité peuvent être pénalisés par la baisse / l'instabilité des tarifs résultant d'une régulation globale prix/volume. Surtout, la pression homothétique de l'ONDAM pénalise aujourd'hui les établissements les plus efficaces (*voir Annexe III - 3.2.*) ;
- ◆ supprimer les corrections liées aux politiques de santé publique, compte tenu de leurs faibles portées et du caractère distorsif qu'elles ont sur le signal-prix. Ces corrections portent sur une enveloppe nette de 414 M€ dans le secteur ex-DG et 267 M€ dans le secteur ex-OQN en 2010 pour les 423 GHM faisant l'objet de priorité de santé publique et de mesures d'incitation ou de désincitation tarifaire (*voir Annexe I - 4.3.2. et Annexe IV - 1.3.1.*)

### **2.1.2.3. L'amélioration de la capacité à répondre au signal-prix**

Ce schéma suppose que les établissements soient en mesure de répondre rationnellement au signal-prix (*voir Annexe III - 3.3.1.*). Trois conditions apparaissent nécessaires.

En premier lieu, il s'agirait d'améliorer la connaissance des coûts par les établissements ce qui supposerait de :

- ◆ publier les coûts au périmètre tarifaire de la T2A afin de permettre aux établissements de mettre en relation directement leurs charges et leurs recettes, de manière à supprimer la disjonction entre l'instrument de gestion interne que constitue l'ENC et l'outil de tarification ;
- ◆ durcir les obligations en matière de comptabilité analytique, afin que les établissements soient en mesure de connaître leurs coûts, par pôle mais aussi par épisode de soins et par GHM à enjeu ;

## Annexe V

- ◆ homogénéiser les méthodes d'élaboration de la comptabilité analytique, notamment en déterminant une méthode uniforme de répartition des recettes pour établir un résultat par pôle ou unité médicale ;
- ◆ établir et communiquer au-delà des seuls tarifs liés aux coûts efficients, des référentiels de pratiques médicales par GHM pour mieux interpréter le « signal-prix » (*voir Annexe III – 3.3.2.* et l'expérience des *best practice tariffs* au Royaume-Uni) ; ces référentiels devraient être compatibles avec la comptabilité analytique des établissements (fourniture d'une boîte à outils par l'ANAP par exemple).

Ensuite, les établissements devraient être en mesure de construire leurs budgets en n-1 en connaissant les tarifs applicables en n. Pour cela, il conviendrait de revoir le calendrier de construction tarifaire rendu possible par la suppression de la régulation prix/volume. Une publication des tarifs avant le 30 novembre N-1 devrait constituer une priorité.

Enfin, les établissements devraient être en mesure de bâtir une stratégie financière et un dialogue de gestion interne sur le moyen terme, ce qui supposerait une relative stabilité de la méthode et une plus grande transparence. En améliorant la qualité de la collecte des coûts, les tarifs reflèteraient les seules évolutions économiques (*voir Annexe I* sur l'instabilité tarifaire liée à ces éléments).

### 2.1.3. La détermination des tarifs CCAM selon une approche diversifiée

En ville, le schéma médico-économique conduirait à garantir la parfaite corrélation entre coûts et tarifs, c'est-à-dire à assurer la convergence immédiate vers le tarif cible (solution retenue en Allemagne en 2008 avec une enveloppe supplémentaire de 1,2 milliard d'euros).

Dans ce schéma théorique, les évolutions de tarifs seraient le seul résultat des travaux technique de hiérarchisation et supprimerait ainsi toutes portées aux négociations conventionnelles. En outre, les tarifs de certains actes pourraient être amenés à baisser pour satisfaire à la hiérarchisation des actes. Le facteur de conversion serait actualisé, sans mise en place d'une enveloppe budgétaire fermée. Enfin, la mise en place d'une CCAM clinique calculée sur la base de la valeur du travail et des charges, serait nécessaire.

Cela étant, cette solution théoriquement intéressante pour atteindre l'objectif d'équité entre spécialités techniques, ne paraît pas réaliste :

- ◆ elle supposerait tout d'abord un important travail technique de toilettage de la CCAM cible (mobilisation de moyens humains importants à la fois côté CNAMTS et côté experts), alors que la mise à jour au fil de l'eau et par famille d'actes permettrait de couvrir de manière cohérente les principaux besoins de refonte de la classification (*voir infra*) ;
- ◆ elle priverait la CNAMTS d'outils en propre lui permettant de réguler les dépenses. Elle présenterait donc des risques budgétaires ;
- ◆ elle concentrerait les enjeux sur l'actualisation de la hiérarchisation et sur l'introduction d'actes nouveaux. Elle créerait ainsi un risque de tensions entre Assurance maladie et professionnels de santé et entre les spécialités elles-mêmes. Elle serait contraire à la volonté de tenir compte de pratiques innovantes ;
- ◆ elle ne permettrait pas de couvrir complètement la problématique d'inégalités entre spécialités techniques et spécialités généralistes.

## Annexe V

Aussi, la nécessité de poursuivre une équité au-delà des spécialités techniques, la présence de zones de fuites, l'importance de la négociation conventionnelle et la nécessité de maîtriser l'enveloppe budgétaire, conduisent la mission à proposer une solution alternative consistant à confirmer l'approche diversifiée retenue aujourd'hui par la CNAMTS sous les réserves et les conditions suivantes :

- ◆ poursuivre la démarche d'intégration de l'ensemble des actes techniques dans la CCAM afin, conformément à l'objectif initial, de réduire les distorsions tarifaires entre spécialités. Compte tenu de leur poids dans le total des honoraires du secteur libéral, l'introduction des actes dentaires, qui relèvent encore de la NGAP, devrait constituer la prochaine étape d'élargissement du champ de la CCAM (les honoraires des dentistes représentent 15 % des dépenses des CPAM remboursées en 2010 hors consultations et visites) (*voir Annexe II – 1.1.2.*).
- ◆ confirmer l'emploi de la CCAM cible comme outil de référence dans les négociations et pour cela actualiser la CCAM, au fil de l'eau et par famille d'actes (*voir infra*) ;
- ◆ conforter l'approche diversifiée de la CNAMTS : intervention sur les tarifs par le biais de règles annexes (règles d'association des actes), des modificateurs, des forfaits techniques, ou à partir de négociations ciblées, bilatérales, avec telle ou telle spécialité en tenant compte à la fois de la CCAM cible et de l'évolution des revenus des praticiens. Ces données comparatives devraient toutefois être affinées et fournies aux représentants des médecins ;
- ◆ étendre progressivement les majorations pour tenir compte des situations cliniques particulières, au mieux de manière transversale entre spécialités (*voir encadré ci-dessous et Annexe II – 3.1.3.*). La mise en place des parcours de soins (*voir infra*) et l'introduction de nouvelles majorations pour mieux refléter les coûts rendrait inutile l'instauration d'une CCAM clinique ;

### Encadré 1 : Extension progressive des majorations des spécialités cliniques

L'extension progressive de majorations suppose une plus grande formalisation. En effet, la création en continu de majorations présente deux inconvénients : la cohérence dans le temps risque d'être mise à mal du fait de la superposition des différentes majorations et les effets de cliquet de chaque majoration seraient très importants, rigidifiant le dispositif qui a au contraire besoin de souplesse pour tenir compte de l'évolution des pratiques médicales.

Il conviendrait donc de dresser dès à présent une cartographie de l'ensemble des majorations qu'il conviendrait de mettre en place, de chiffrer leur impact sur les dépenses et de prioriser leur mise en œuvre.

Ces majorations correspondraient à des majorations-cible et seraient mises en œuvre progressivement selon un calendrier prévisionnel, en fonction des contraintes budgétaires. Cette cartographie d'ensemble permettrait d'assurer la cohérence dans le temps de ces majorations qui ont par ailleurs vocation à être limitées en nombre. On peut considérer qu'en dehors de situations cliniques particulières, le tarif unique constitue un tarif moyen permettant de prendre en compte la diversité de l'activité.

La définition de ces majorations devrait dépendre de la négociation conventionnelle.

- ◆ introduire plus de formalisme et de transparence dans les procédures :
  - pour l'introduction des actes nouveaux : fixer un délai à l'UNCAM pour prendre la décision d'introduction d'un nouvel acte ; définir et formaliser les critères d'introduction ;
  - accorder le monopole de la demande d'introduction d'un acte à l'UNCAM qui recueillerait les demandes des autres acteurs (professionnels de santé, DGOS...) et choisirait ou non de le proposer à la HAS en fonction de critères pré-définis ;

## Annexe V

- pour la hiérarchisation des actes : la CHAP serait supprimée. Après travail des experts et une hiérarchisation intra et inter spécialités, le score travail et le coût de la pratique des actes nouveaux feraient l'objet, pour l'introduction d'actes nouveaux comme pour l'actualisation au fil de l'eau par famille d'actes (voir *infra*), d'une négociation bilatérale avec les spécialités concernées. La procédure d'actualisation du coût de la pratique (échéance, acteurs) serait formalisée, ce qui n'est pas le cas actuellement.
- ◆ assurer une stabilité des règles de gouvernance de la CCAM (maintien du pôle nomenclature au sein de la CNAMTS), sous réserve d'une plus grande transparence des données.

Bien entendu, la convergence par une approche diversifiée doit s'accompagner d'une extinction progressive du secteur 2, qui ne se justifie que par l'absence de paiement au juste coût de certains praticiens (*voir Annexe II – 3.1.1. et 3.4.2.*).

Enfin, l'approche diversifiée devrait s'appuyer sur la CCAM cible qui devrait être maintenue et actualisée. Il s'agirait de faire vivre la CCAM cible en :

- ◆ permettant une actualisation des actes au fil de l'eau et une révision par famille d'actes à une fréquence fixée conventionnellement (tous les trois à cinq ans pour le score travail et selon un cahier des charges prédéfinis pour le coût de la pratique), se traduisant par une baisse des tarifs si une baisse des coûts est constatée, notamment par la prise en compte de la généralisation des pratiques et des économies d'échelle qui en résultent (*voir Annexe II – 2.3.4.*) ;
- ◆ menant régulièrement une analyse sur les actes réalisés moins de 10 fois dans l'année en cherchant à identifier les actes dont la prise en charge peut être supprimée notamment parce qu'ils ont été remplacés par de nouvelles pratiques. L'analyse de l'activité par acte en 2010 montre une proportion importante d'actes très peu pratiqués. 31 % des actes inscrits à la CCAM sont réalisés moins de 10 fois par an et 24 % moins de 5 fois. Enfin 7,5 % des actes (soit 816 libellés) n'ont pas du tout été réalisés en 2010 (*voir Annexe II – 2.3.4.*).

La CCAM cible ainsi réactualisée servirait de référence et se combinerait avec d'autres approches (notamment revenus) dans le cadre de la négociation conventionnelle.

## 2.2. La définition de mécanismes de régulation complémentaires

La construction d'une tarification à l'activité en fonction de coûts « efficaces » accentuerait la réallocation des financements entre établissements. Elle aurait pour mérite d'accélérer le mouvement de restructuration des établissements de santé, notamment dans le secteur public. Le maintien de structures sous-éfficaces, en particulier pour des raisons d'égal accès aux soins, nécessiterait des compléments de financements, sans toutefois que ceux-ci compensent pour toutes les structures l'effet redistributif obtenu (*voir infra* – les missions d'intérêt général).

La poursuite d'une logique médico-économique aboutirait nécessairement à concevoir les outils de tarification à l'acte ou au séjour comme un élément important mais non exclusif/universel du financement de l'offre de soins. Elle devrait donc conduire à stabiliser, voire à baisser légèrement le financement à l'activité dans la part des budgets des établissements ou des rémunérations des praticiens.

## Annexe V

La tarification à l'activité souffre en effet de plusieurs écueils qui doivent être corrigés par une adaptation des outils ou la mise en place d'instruments complémentaires :

- ◆ en supprimant la régulation prix-volume dans les établissements de santé, la logique inflationniste, déjà présente, redoublerait, conduisant à l'instauration d'un mécanisme de régulation par les volumes, sur le modèle allemand (221) ;
- ◆ en ville, il s'agirait de renforcer l'approche par la maîtrise médicalisée et d'accélérer la mise en place d'une part de rémunération à la performance (222) ;
- ◆ en ne couvrant que le coût efficient, le risque d'une dégradation de la qualité des soins n'est pas absent, ce qui suppose de durcir les conditions réglementaires (223) ;
- ◆ en allouant des crédits à l'acte ou au séjour, les financements sont nécessairement segmentés alors que la logique de parcours de soins devrait être favorisée (224).

### 2.2.1. La maîtrise des volumes en établissement par des tarifs dégressifs

La maîtrise des volumes, en médecine de ville comme à l'hôpital, a déjà fait l'objet de plusieurs tentatives, en grande partie infructueuses.

La mesure proposée consisterait, à l'instar de la solution retenue en Allemagne, à mettre en place un système dégressif, au-delà d'une limite de volume d'activité définie par établissement et par grandes familles de GHM.

#### Encadré 2 : Les tarifs dégressifs en Allemagne

En Allemagne, la T2A a été mise en place à compter de 2003. Elle visait à assurer une plus grande transparence et efficacité du secteur hospitalier, à améliorer la performance du système de remboursement et à optimiser les structures opérationnelles et organisationnelles. Elle cherchait également à freiner la progression des dépenses hospitalières.

Une structure qui regroupe la Fédération allemande des hôpitaux et les fonds d'assurance santé privés a été créée sous le nom d'Institut allemand pour le système de tarification hospitalier prospectif (INEK, ou Institut DRG) et constitue le cœur de la structure organisationnelle de la tarification à l'activité allemande. L'institut a pour mission d'adapter la classification, de calculer les poids relatifs des DRG et de créer le cas échéant des paiements additionnels. Les deux parties doivent s'entendre sur chaque détail du financement à l'activité. En cas de conflit le ministère de la santé arbitre.

Le calcul des coûts moyens est réalisé à partir d'un échantillon d'environ 300 établissements. La classification et la collecte ont été améliorées afin de réduire substantiellement la dispersion des coûts. Surtout, la construction des tarifs ne fait l'objet d'aucun retraitement statistique ou modification pour des raisons de politique de santé. Le coût moyen fixé par l'INEK est jugé globalement consensuel car conforme à la réalité économique.

Une régulation des volumes existe au niveau régional au sein de chaque caisse d'Assurance maladie. Elle consiste à fixer une limitation par spécialité : au-delà d'un certain seuil, le financement est réduit à 35 % du tarif fixé. Aucune limitation quantitative n'est toutefois appliquée durant les 12 premiers trimestres d'activité de l'établissement.

Les ARS négocieraient, de manière pluriannuelle et auprès de chaque établissement public ou privé, un seuil d'activité au-delà duquel les séjours ne seraient plus intégralement financés. Si la limite est négociée, le taux réduit de financement au-delà de cette limite serait en revanche défini de manière nationale.

Ainsi, pour une limite fixée, pour un GHM donné, à 100 séjours entre l'ARS et un établissement et une activité réalisée de 110 séjours, les dix derniers séjours pourraient être financés à raison seulement de 50 % du tarif, niveau fixé nationalement.

## Annexe V

En l'absence de limite prévue dans le contrat d'objectif, le seuil applicable serait la moyenne des volumes réalisés les deux dernières années, majorée de 1 %. Les ARS et l'établissement pourraient retenir une limite supérieure, afin d'accompagner l'évolution de l'activité liée aux besoins du territoire et/ou d'inciter à une plus grande spécialisation de l'établissement. Ils pourraient également convenir d'une limite inférieure afin d'accompagner la restructuration de l'activité ou d'améliorer la pertinence des soins dans une logique territoriale.

Ainsi, cette maîtrise des volumes pourrait être couplée avec une approche par la qualité, de la pertinence ou à des programmes de gestion du risque : il s'agirait notamment de pénaliser les soins dont les prévisions d'augmentation de volumes, supérieure à la moyenne nationale, sont corrélées à des atypies en termes de pertinence des actes.

Ce dispositif aurait par ailleurs pour objectif de tenir compte des économies d'échelle que les établissements spécialisés peuvent réaliser.

Enfin, la mise en place d'un tarif dégressif aurait, au-delà d'une application effective, le mérite d'émettre un signal fort à l'encontre de la logique de volume, consubstantielle à un financement à l'activité et d'autant plus prégnante que la régulation prix-volume serait supprimée.

La mission a cherché à simuler l'impact d'un tarif dégressif en retenant comme limite la moyenne de 2008 et 2009 majorée de 1 % en nombre de séjour, sans modulation des effets par les ARS. Deux méthodes ont été utilisées : une approche en nombre de séjours (nombre de séjour supérieur au seuil multiplié par le volume économique moyen par séjour en 2010) ou en volume économique total de l'établissement moins le seuil.

Sur 609 établissements (26,8 Md de volume éco) du secteur ex DG, l'impact serait supérieur à 10 % de l'enveloppe T2A pour 9 à 14 établissements.

**Tableau 1 : Simulation de l'impact d'un tarif dégressif en fonction du volume**

	<b>Méthode par le nombre de séjours</b>	<b>Méthode par le volume économique</b>
Nombre d'établissement concernés	362	465
Volume économique qui dépasse	685 M€	1,12 Md€
Effet du contrôle des volumes	342,5 M€	560 M€
Nombre d'établissements qui perdent plus de 10 % du revenu T2A	14	9

*Source : Mission IGF.*

### 2.2.2. Le renforcement de la politique de qualité

L'adoption d'une logique médico-économique supposerait une surveillance accrue de la qualité des soins pratiqués, afin que les établissements ou les praticiens ne soient pas tentés de s'aligner sur la qualité minimale.

Outre la « maîtrise médicalisée » en ville (voir *supra*), il pourrait s'agir de :

- ◆ certifier les équipes médicales (en cours d'expertise par la HAS) ;
- ◆ en l'absence de certification, de mettre en place un mécanisme s'inspirant des contrats de bon usage des médicaments (CBUM) qui ont permis de responsabiliser les prescripteurs, de gagner en pertinence des soins et de contenir l'évolution budgétaire ;
- ◆ conditionner le financement à certaines modalités de prise en charge (ambulatoire et entente préalable ; programme de gestion des risques) définies par les ARS à partir de référentiels HAS sur les pratiques les plus efficaces.



### 2.2.3. Le développement parallèle d'une logique de parcours

L'analyse part du postulat que le mode de paiement à l'acte ou au séjour favorise l'activité en volume et la fragmentation des soins plutôt que la prévention, la coordination des soins et le parcours de soins. Or, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et le vieillissement de la population donnent plus d'acuité encore à cette problématique puisque ces situations requièrent, plus que d'autres encore, une prise en charge coordonnée.

Une meilleure coordination est par ailleurs susceptible de réduire le recours à l'hospitalisation, le nomadisme médical et certains examens inutiles. Autrement dit, l'optimisation des parcours de soins, bénéfiques à la prise en charge des patients, pourrait se révéler également source d'économies pour l'Assurance maladie.

L'approche coordonnée pourrait schématiquement prendre trois formes, d'ambition croissante :

- ◆ la première consisterait à développer les actions de coordination des acteurs. La mission propose à ce titre de renforcer le poids des rémunérations complémentaires hors outils tarifaires. Elle écarte à ce stade une adaptation des outils tarifaires mais privilégie un complément tarifaire, hors CCAM, notamment par l'instauration d'une part au forfait et d'une rémunération à la performance. (*voir Encadré et Annexe IV - 2.1.1.*) ;
- ◆ la deuxième approche ferait émerger une tarification à « l'épisode de soins », c'est-à-dire le paiement d'un ensemble d'actes ou de consultations normées. La mission propose d'expérimenter cette nouvelle modalité de tarification pour certaines maladies chroniques et les grossesses sans complication (*voir Encadré et Annexe IV - 2.1.2.*) ;

#### Encadré 3 : Expérimenter les épisodes de soins

Ce dispositif serait très largement inspiré du modèle de rémunération à la performance prévu dans le cadre de la convention 2012 pour les médecins généralistes. Des indicateurs de recours des patients aux médecins spécialistes, aux services d'urgences ou d'hospitalisation (identifiables par un chaînage des données sous SNIRAM) pourraient, entre autre, servir de support à la détermination de la rémunération complémentaire apportée au médecin. Celui-ci combinerait ainsi une rémunération à l'acte pour la patientèle hors maladie chronique, un paiement forfaitaire pour les malades chroniques et un paiement à la performance.

- ◆ enfin, la troisième approche, la plus intégrée, consisterait à mettre en place de véritables parcours de soins. Sans élaborer des parcours de soins types, à l'instar des GHM, la mission propose plutôt d'expérimenter un mécanisme de financement complémentaire sous forme d'enveloppe régionale répartie sur appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs de soins interdisciplinaires et intersectoriels associant ville et hôpital (en s'inspirant des expériences conduites à l'étranger) (*voir Encadré et Annexe IV - 2.1.3.*).

**Encadré 4 : Réserver des financements pour des parcours de soins retenus par appel d'offres auprès de consortiums d'acteurs**

A côté de la tarification à l'acte ou au séjour, la tarification sur certains parcours de soins serait expérimentée. Elle serait mise en place de manière ponctuelle et sans nécessairement avoir vocation à être généralisée. Outre son objectif essentiel d'adaptation de l'offre de soins, elle aurait également pour effet d'éviter la segmentation abusive de l'activité liée à la suppression de la régulation prix-volume.

Ainsi des parcours-types pourraient être définis et expérimentés sur des thématiques précises : cancer, accident vasculaire cérébrale, diabète ainsi que sur la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

L'ARS disposerait d'une enveloppe budgétaire à allouer sur appel à projets à des consortiums interdisciplinaires et intersectoriels associant ville et hôpital. Cette enveloppe serait calibrée de telle manière que les économies d'échelle que la logique de parcours rend possible soient réparties à parts égales entre les professionnels et l'Assurance maladie.

### 2.3. L'instauration de nouveaux mécanismes de maîtrise budgétaire

Si les modalités de construction tarifaire retenues dans ce schéma répondent à une logique exclusivement médico-économique (voir *supra* 21), les outils complémentaires de régulation (voir *supra* 2.2.) devraient, en plus de leurs objectifs propres, participer à la maîtrise budgétaire. Ces derniers ne devraient toutefois pas avoir d'effets financiers immédiats. En outre, les effets budgétaires du tarif dégressif seront fonction de la qualité de la négociation contractuelle entre l'ARS et les établissements sur la détermination de la limite en volume.

Il paraît donc difficile de garantir, *a priori*, que ces nouveaux dispositifs permettront de dégager suffisamment de marges de manœuvres pour respecter l'ONDAM. Dès lors, ce schéma devrait être complété par un nouveau dispositif de régulation budgétaire.

#### 2.3.1. La redéfinition et l'encadrement des missions d'intérêt général

Les missions d'intérêt général seraient redéfinies et encadrées.

- ◆ La redéfinition des missions d'intérêt général

Les missions d'intérêt général seraient réservées à des prestations clairement identifiées ainsi qu'à la satisfaction de contraintes exprimées par le régulateur (couverture géographique ; gamme des soins offerts...). En retenant une T2A au coût efficient, l'enveloppe consacrée à ce type de missions devrait nécessairement augmenter.

Compte tenu des enjeux, les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI) feraient l'objet d'une attention particulière.

La part de financement correspondant aux reconductions d'un budget historique alloué aux établissements devrait disparaître à terme.

- ◆ L'encadrement des missions d'intérêt général

Les missions d'intérêt général ne devraient plus constituer une zone de fuite budgétaire ou un mécanisme de compensation limitant la réallocation légitime des ressources entre établissements entraînée par la tarification à l'activité. Les établissements sous-efficients ne devraient pas être mis à l'abri des efforts nécessaires à leur réorganisation.

D'où l'importance que ces financements soient affectés de façon transparente, à partir de critères justifiés et, autant que faire se peut, mesurables (*voir Annexe III - 1.2.4.*).



## Annexe V

Chaque mission d'intérêt général devrait faire l'objet d'une convention entre l'établissement public et l'ARS précisant la nature des prestations attendues, les modalités de leurs évaluations et les financements accordés. Cette convention devrait prévoir pour chaque mission des objectifs précis et quantifiés. Elle serait pluriannuelle.

Les missions d'intérêt général devraient faire l'objet d'une procédure d'évaluation *ex ante*, intermédiaire et *ex post*. A cette fin, le recours à des expertises extérieures devrait être développé pour définir une méthodologie et des indicateurs pertinents pour la réalisation de ce processus d'évaluation.

Les opérations correspondant aux « missions d'intérêt général » devraient être identifiées dans la comptabilité analytique de l'établissement. Il s'agirait de prévoir une sous-rubrique afin de suivre ces missions de manière distincte à la fois pour des raisons de pilotage et surtout de clarification des relations entre acteurs de l'offre de soins.

Les financements accordés seraient fixés, de manière optimale, pour des montants déterminés en fonction d'indicateurs observables et indépendamment du statut de l'établissement (coûts normés).

### 2.3.2. Les aides à la restructuration associées à une régulation budgétaire

La compression des financements sous l'effet de l'ONDAM ne devrait pas se faire de manière homothétique mais en fonction des gains de performance attendus pour chaque établissement.

Ainsi, le passage, nécessairement progressif, à des tarifs établis par rapport à des coûts efficaces devrait entraîner les conséquences budgétaires globalement positives estimées par la mission à environ 6 Mds € (voir *supra*).

Outre les rémunérations complémentaires proposées par la mission, l'augmentation des financements accordés *via* les missions d'intérêt général redéfinies et encadrées et l'enveloppe destinée à financer l'expérimentation sur les parcours de soins, une fraction de ces financements seraient recyclée, provisoirement, dans les aides à la contractualisation pour restructurer l'offre de soins en établissement.

Les financements accordés *via* l'aide à la contractualisation seraient conditionnés à des opérations de restructurations lourdes (regroupement d'établissements ; fermeture de sites, réorganisations internes majeures ...).

Il s'agirait d'accompagner la réponse des établissements au signal-prix en leur donnant le temps de s'adapter. Les plans devraient, certes tenir compte d'une évolution des volumes, mais surtout se fonder sur des mesures de réorganisation des établissements. Une telle action, couplée avec un plan de retour à l'équilibre, devrait conduire à éviter d'autres zones de fuite, comme l'aggravation des déficits et l'endettement des établissements.

Cette enveloppe, pilotée par les ARS, serait mise sous contrainte progressivement. Dès lors que les aides à la contractualisation regrouperaient l'enveloppe budgétaire correspondant à la sous-efficacité, la réduction progressive de ces aides devrait contribuer au respect de l'ONDAM, afin de donner une visibilité aux ARS et aux établissements pour la négociation des plans de restructuration.

Ce nouvel instrument, à la disposition des ARS, permettrait de poursuivre et de renforcer la politique autorisation/planification : la question de l'adéquation de l'offre de soins à la demande serait résolue par la planification (schémas régionaux d'offre de soins à conclure en 2012 ...) ; par exemple fixation de seuils, notamment pour les blocs chirurgicaux ; validation par les ARS de la pertinence des investissements.

### 2.3.3. L'accentuation en ville de la maîtrise médicalisée

En confirmant sous conditions l'approche diversifiée de la CNAMTS, l'ensemble des leviers actuellement utilisés pour garantir le respect de l'ONDAM serait préservé. Subsisterait notamment la possibilité de corriger les tarifs pour des raisons budgétaires et le gel du facteur de conversion (qui resterait à la main de l'UNCAM). Une telle démarche s'accompagnerait toutefois d'une réactualisation des tarifs cibles (voir *supra*).

Par ailleurs, la mission préconise la montée en charge de la rémunération à la performance qui permet d'une part, de relativiser le paiement à l'acte et ses inégalités, et, d'autre part, permettre la fixation de bonnes pratiques professionnelles. En particulier, la fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée (prescription médicamenteuse ou d'actes médico-technique ou de laboratoire) serait à prendre en compte.



## **ANNEXE VI**

### **Liste des personnes rencontrées**



# SOMMAIRE

<b>1. ADMINISTRATIONS CENTRALES</b> .....	<b>1</b>
1.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS).....	1
1.2. Direction de la sécurité sociale (DSS).....	1
1.3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).....	1
1.4. Direction générale du Trésor (DG Trésor).....	1
1.5. Direction du budget (DB).....	1
1.6. Direction générale des finances publiques (DGFIP).....	2
<b>2. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)</b> .....	<b>2</b>
<b>3. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)</b> .....	<b>2</b>
<b>4. AGENCES</b> .....	<b>3</b>
4.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).....	3
4.2. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).....	3
<b>5. FÉDÉRATIONS ET ASSOCIATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>6. SYNDICATS DE MÉDECINS</b> .....	<b>4</b>
<b>7. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES</b> .....	<b>5</b>
<b>8. AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ</b> .....	<b>5</b>
<b>9. ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b> .....	<b>5</b>
9.1. Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP).....	5
9.2. Centres hospitaliers universitaires.....	6
9.2.1. <i>Centre Hospitalier Universitaire de Rennes</i> .....	6
9.2.2. <i>Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier</i> .....	6
9.3. Centre hospitalier.....	6
9.4. Cliniques.....	6
9.5. Centre de lutte contre le cancer.....	6
9.6. Autres.....	7
<b>10. PARANGONNAGE</b> .....	<b>7</b>
10.1. Royaume-Uni.....	7
10.2. Allemagne.....	7

## **1. Administrations centrales**

### **1.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

- Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins
- Félix Faucon, chef de service
- Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
- Samuel Prاتمarty, adjoint à la sous-directrice, sous direction de la régulation de l'offre de soins
- Sandrine Billet, sous direction de la régulation de l'offre de soins
- Yannick Le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance de l'offre de soins

### **1.2. Direction de la sécurité sociale (DSS)**

- Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale
- Guillaume Couillard, adjoint à la sous-directrice, sous-direction du financement du système de soins
- Laurent Caussat, sous-directeur, sous-direction des études et des prévisions financières
- Guy Daylies, rédacteur

### **1.3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**

- Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Nathalie Fourcade, sous-directrice, sous-direction « observation de la santé et de l'assurance maladie »
- Denis Raynaud, chef de bureau « dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie », sous-direction « observation de la santé et de l'assurance maladie »
- Christelle Minodier, chef de bureau « établissements de santé », sous-direction « observation de la santé et de l'assurance maladie »

### **1.4. Direction générale du Trésor (DG Trésor)**

- Stéphane Paillaud, chef de bureau « Santé et comptes sociaux »
- Grégoire de Lagasnerie, adjoint au chef de bureau « Santé et comptes sociaux »

### **1.5. Direction du budget (DB)**

- Rodolphe Gintz, sous-directeur, 6<sup>ème</sup> sous-direction
- Marie Samson, chef du bureau « comptes sociaux et santé »
- Jennifer Huguenin, adjointe au chef du bureau « comptes sociaux et santé »

### **1.6. Direction générale des finances publiques (DGFIP)**

- Hélène Poncet, chef du bureau des études statistiques en matière fiscale
- Pierre Harymbat, Patricia Lemesle, Christophe Despons, bureau des études statistiques en matière fiscale
- Alain Privez, chef du bureau « comptabilités locales »
- Arnaud Billon, bureau « comptabilités locales »
- Charles Simonnet, chef du bureau « conseil fiscal et valorisation financière du service public local »
- Benoit Sablayrolles, bureau « conseil fiscal et valorisation financière du service public local »

### **2. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

- Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie
- Agathe Denechere, directrice de cabinet du directeur général
- Dominique Polton, directrice, direction de la stratégie, des études et des statistiques
- Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Philippe Ullmann, direction de l'offre de soins
- Yves Ginard, responsable du département des actes médicaux
- Michel Marty, responsable du département de l'hospitalisation

### **3. Haute autorité de santé (HAS)**

- Alain Cordier, membre du collège de la Haute autorité
- Jean-Patrick Sales, directeur délégué, direction de la l'évaluation médicale, économique et de santé publique
- Thomas Le Ludec, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Rémy Bataillon, adjoint au directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur délégué, direction de la l'évaluation médicale, économique et de santé publique
- Sun Hae Lee Robin, responsable du service évaluation des actes professionnels



## 4. Agences

### 4.1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Housseyni Holla, directeur
- Véronique Sauvadet, chef de service financement des établissements de santé
- Clément Rallet, responsable de pôle « allocation de ressources aux établissements de santé »
- Nelly Boulet, pôle « allocation de ressources aux établissements de santé »
- Florence Naudin, responsable de pôle « suivi de l'ONDAM hospitalier »
- Caroline Revelin, responsable de pôle « étude nationale des coûts »
- Joëlle Dubois, chef de service « classifications informations médicale et modèle de financement »
- Nicole Melin, service « classifications informations médicale et modèle de financement »

### 4.2. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

- Christian Anastasy, directeur général
- Noëlle Biron, directeur associé

## 5. Fédérations et associations

- ◆ Fédération hospitalière de France (FHF)
  - Gérard Vincent, délégué général
  - Yves Gaubert, responsable du pôle Finances et BDHF
  - René Caillet, responsable du pôle Offre de soins
  - Murielle Jamot, chargé de secteur médico-social
- ◆ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
  - Yves-Jean Dupuis, directeur général
  - David Causse, coordonnateur du Pôle Santé-social, directeur du secteur sanitaire
- ◆ Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
  - Michel Couhert, directeur de la stratégie, des affaires économiques et réglementaires
  - Thierry Bechu, délégué général de la FHP médecine chirurgie obstétrique MCO

## Annexe VI

- ◆ Unicancer
  - Valérie Jeanne Bardoux, chef de projet, stratégie et gestion hospitalier
  - Pascale Flament, déléguée générale
  - Annexe Vitoux, chef de projet direction qualité-indicateurs
  
- ◆ Union régionale des professionnels de santé (URPS) Île-de-France
  - Bruno Silberman, président

## 6. Syndicats de médecins

- ◆ Fédérations des spécialités médicales (FSM)
  - Oliver Goeau-Brissonnière, président
  - Valérie Leborgne, déléguée générale
  
- ◆ Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
  - Michel Chassang, président
  - Michel Combier, président de l'union nationale des omnipraticiens français
  - Yves Decalf, expert CCAM
  - Jean-François Ray, président de l'union des médecins spécialistes confédérés
  
- ◆ Syndicat des médecins généralistes (MG France)
  - Claude Leicher, président
  
- ◆ Le Bloc
  - Jean Marty, co-président
  
- ◆ G4 radiologie
  - Jean-Luc Dehaene, conseil national professionnel de la radiologie
  - Aïssa Khelifa, président de HMS France
  - Jean-François Meder, collègue des enseignants de radiologie française
  - Jean-Pierre Pruvot, secrétaire général de la société française de radiologie
  
- ◆ Union des chirurgiens de France
  - Xavier Gouyou Beauchamps, secrétaire général

## 7. Personnalités qualifiées

- Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche, École des mines de Paris
- Brigitte Dormont, professeur, université Paris-Dauphine – Laboratoire LEDA-LEGOS
- Jean de Kervadoué, économiste de la santé, titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
- Gérard de Pouvourville, professeur, département « Management de la Santé », Titulaire de la Chaire ESSEC Santé -directeur de l'Institut de la Santé
- Yann Bourgueil, directeur de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
- Zeynep Or, directeur de recherche, IRDES
- Clément Nestrignes, chargé de recherche, IRDES

## 8. Agences régionales de santé

- ◆ ARS Languedoc Roussillon
  - Martine Aoustin, directrice générale
  - Jean-Yves Le Quellec, direction de l'offre de soins et de l'autonomie
- ◆ ARS Bretagne
  - Pierre Bertrand, directeur général adjoint
  - Hervé Goby, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement
  - Julie Courpron, directrice adjointe de la stratégie et des projets

## 9. Établissements de santé

### 9.1. Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)

- Mireille Faugère, directrice générale
- Etienne Deguelle, directeur de cabinet
- Philippe Sauvage, directeur économique, financier, de l'investissement et du patrimoine

## 9.2. Centres hospitaliers universitaires

### 9.2.1. Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

- André Fritz, directeur général
- Pierre Schlosser, directeur général adjoint
- Brigitte Sal-Simon, directrice des finances
- Alain Leguerrier, chef du pôle Thoracique, vasculaire et métabolique, ancien président de commission médicale d'établissement (CME)

### 9.2.2. Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

- Philippe Domy, directeur général
- Rodolphe Bourret, directeur général adjoint
- Guillaume Duchaffaut, directeur des affaires générales et de la communication
- Romain Jacquet, directeur des finances et du contrôle de gestion
- Pierre Dujois, médecin du département d'information médicale (DIM)

## 9.3. Centre hospitalier de Melun

- Michel Palot, directeur centre hospitalier de Melun
- Gabriel Rochette, directeur des finances centre hospitalier de Melun
- Mehran Monchi, président de la CME, centre hospitalier de Melun

## 9.4. Cliniques

- ♦ Nouvelles Cliniques Nantaises
  - Yvon Goarin, membre du directoire
  - Fabrice Evain, directeur administratif et financier
  - Thierry Tregouet, médecin DIM
- ♦ Clinique Jules Verne (Nantes)
  - Olivier Bossard, directeur général
  - Docteur Olivier Perrouin, président de CME

## 9.5. Centre de lutte contre le cancer

- Charles Guépratte, directeur général adjoint de l'institut de cancérologie Gustave Roussy
- Sophie Beaupère, directrice des finances et de l'activité
- Michel Ducreux, coordinateur médical
- Etienne Minvielle, directeur de la qualité et de la gestion des risques
- Muriel Mons, médecin chef du service d'information médicale

## Annexe VI

- Frédéric Dhermain – radiothérapeute
- Mario Di Palma, chef du département d’ambulatoire
- Frédéric Hubert – cadre de radiothérapie

### 9.6. Autres

- Yves Jean Grillet, vice-président du Collège national professionnel de pneumologie
- Serge Larue-Charlus, président, Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP)
- Bernard Garrigue, président du collège national des responsables DIM, Président de CME du Centre hospitalier du Pays d’Aix
- Gabriel Nisand, docteur, chef de service de département de santé publique, hôpitaux universitaires de Strasbourg

## 10. Parangonnage

### 10.1. Royaume-Uni

- Petra Scantlebury, Head of Income Reporting and Costing, The Royal Free Hampstead NHS Trust et M. Peter Ridley, Director of Financial Operations, The Royal Free Hampstead NHS Trust
- Sonia Ashby, Deputy Director of Finance, London Primary Care Trust, NHS
- Martin Campbell, Deputy Director - NHS Finance - Payment by Results Development, Department of Health
- David Moon, Health Value for Money Director, National Audit Office (NAO)
- Peter Saunders, Head of Health Data Assurance & Analysis, Audit Commission

### 10.2. Allemagne

- Frank Heimig, directeur de l’InEK (« Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus »)
- Roland Ilzhöfer, directeur du département « organisation et gestion de l’information » et Mme Patricia Klein, directrice du département « honoraires » de la Fédération des associations de médecins conventionnés (« Kassenärztliche Bundesvereinigung »)
- Robin Rösenberg, directeur du département politique, M. Wulf-Dietrich Leber, directeur du département « hôpitaux », et M. Pascal Kaiser du département « soins ambulatoires » de la Fédération des associations de caisses d’assurance-maladie (« GKV-Spitzenverband »)

## **ANNEXE VII**

### **Lettre de mission**



## Annexe VII



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

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT, PORTE PAROLE DU GOUVERNEMENT

*Les Ministres*

PARIS, LE 12 SEP. 2011

à

Monsieur le Chef de service de  
l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le Chef de service de  
l'Inspection générale des finances

Le maintien d'un niveau de dépenses d'assurance maladie compatible avec les exigences d'un respect de l'ONDAM est un engagement fort du Gouvernement, essentiel pour la pérennité de notre système de soins.

Le renforcement du dispositif de suivi de l'ONDAM, décidé lors de la conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010, entériné dans la LFSS et la LPPF et concrétisé notamment par la mise en place du comité de suivi de l'ONDAM, relève pleinement de cette logique.

Ces premières mesures, qui touchent au pilotage d'ensemble des dépenses d'assurance maladie, doivent impérativement être prolongées par des actions visant les mécanismes de financement eux-mêmes. A cet égard, deux champs semblent pouvoir être optimisés, tant en termes de pilotage que de construction interne et d'évolution : la tarification à l'activité (T2A) et la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ces deux mécanismes ont en effet en commun de structurer fortement l'offre de soins, et de constituer des incitations qui influent sur les comportements des acteurs du système de santé. Il semble donc impératif de clarifier leurs modalités de construction et d'évolution et d'objectiver les effets des incitations qu'ils doivent créer en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons qu'à partir d'un état des lieux de chacun de ces deux dispositifs vous meniez une réflexion et vous nous fassiez des propositions sur les éléments détaillés ci-après.

1) Concernant les modalités actuelles d'évolution de ces deux dispositifs, nous souhaiterions que vous examiniez les points suivants :

- leurs modalités de pilotage institutionnel, notamment en termes d'association des différents acteurs, d'établissement des règles de décisions et de gouvernance administrative ;



## Annexe VII

- le programme et les méthodes de travail de la CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et prestations), chargée de proposer à l'UNCAM les évolutions de la nomenclature inscrite dans la CCAM ;
- les conditions de construction de la tarification, de la détermination de la classification jusqu'à la détermination annuelle des tarifs, en portant une attention particulière aux conditions d'évaluation *ex ante* des changements de nomenclature ;
- les interactions et interfaces existantes entre CCAM et T2A
- les conditions dans lesquelles ces tarifications sont appliquées, en ville comme à l'hôpital.

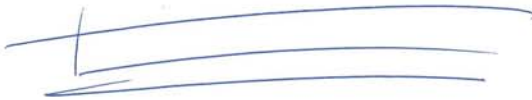
2) Concernant les effets de ces deux dispositifs sur les transformations attendues de l'offre de soins, nous souhaiterions que vous analysiez les points suivants :

- Comment cette classification, centrée sur l'acte d'un seul professionnel de santé, pourrait-elle évoluer, en ville et à l'hôpital, pour prendre en considération les actions de coordination (consultations lourdes et/ou pluridisciplinaires par exemple) requises pour l'optimisation des parcours de soins ?
- Comment coordonner les dispositifs de financement, d'une part, des honoraires médicaux et, d'autre part des séjours hospitaliers, afin notamment de stabiliser et d'assurer dans la durée la convergence tarifaire intersectorielle ?
- Comment tirer meilleur profit des progrès techniques dans l'évolution des deux dispositifs ?
- Comment davantage orienter cette tarification pour inciter à des évolutions de l'organisation du système de soins, notamment en promouvant des activités en ambulatoire tout en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation ?

La mission devra conduire ses travaux en même temps que les travaux relatifs à la préparation de la prochaine campagne budgétaire hospitalière afin d'en alimenter les réflexions.

La mission devra également porter une appréciation et formuler des recommandations sur la place dévolue aux agences régionales de santé dans le pilotage et la mise en œuvre de ces deux dispositifs, ainsi que sur l'impact de ces derniers sur les politiques conduites par les ARS.

Nous souhaitons que la mission fasse un point d'étape en décembre 2011 et rende ses conclusions définitives au plus tard quatre mois après son lancement.



**Xavier BERTRAND**



**Valérie PECRESSE**

**Monsieur Pierre BOISSIER**  
Chef de l'Inspection Générale  
des Affaires Sociales  
14, avenue Duquesne  
75007 Paris

**Monsieur Jean BASSERES**  
Chef de service de l'Inspection générale  
des Finances  
139, rue de Bercy  
75012 Paris