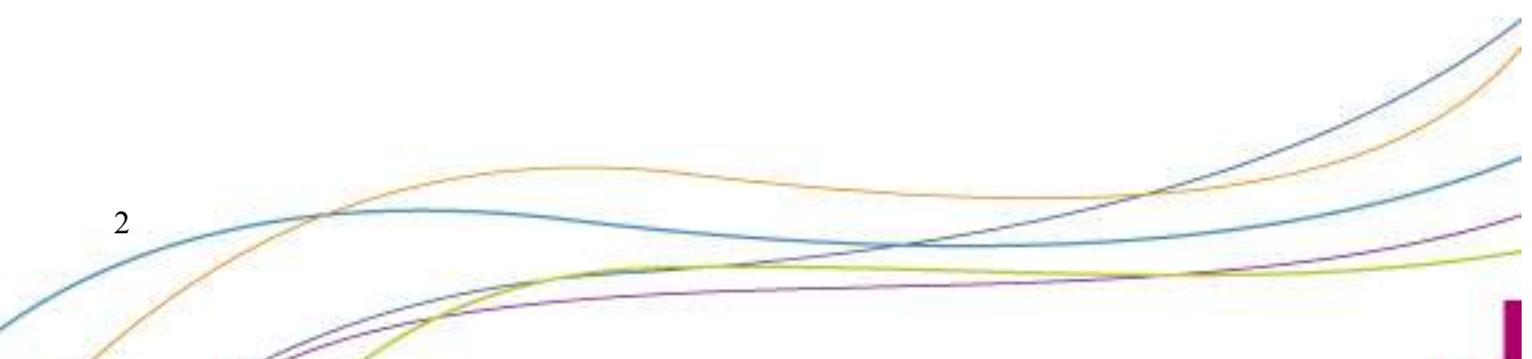




Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire

*(Loi 2003 1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour
2004 modifiée - Titre II Art. 33)*

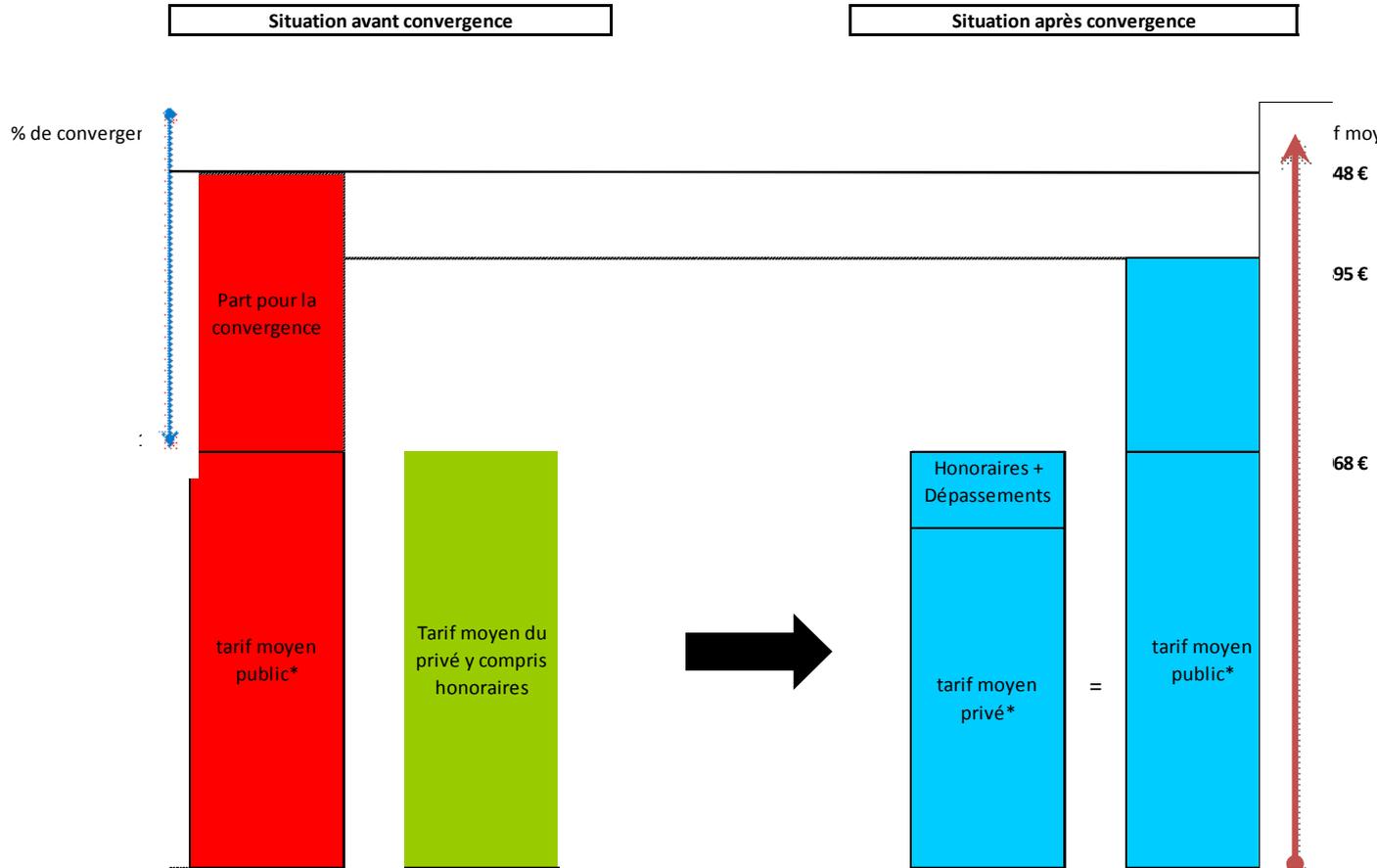


Sommaire

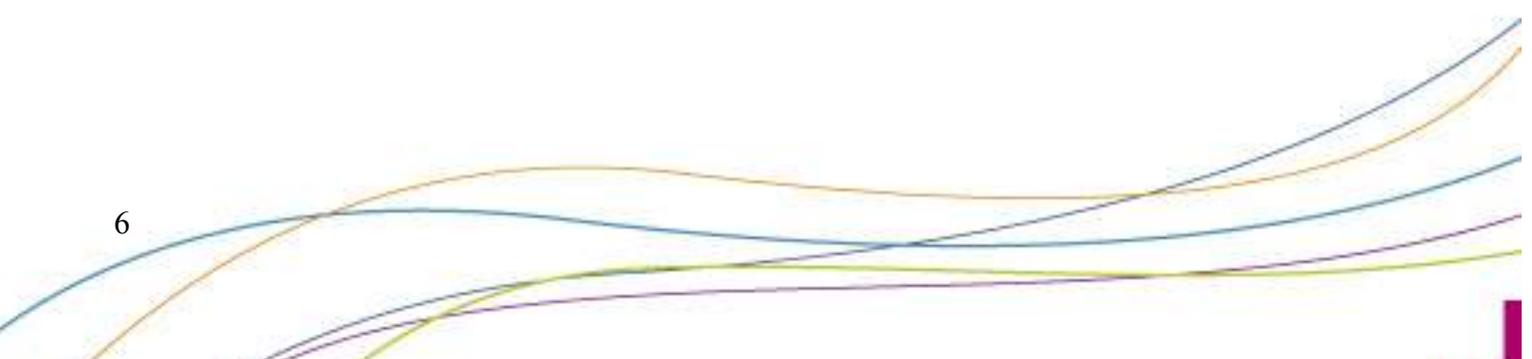
| | |
|---|----|
| Introduction générale aux rapports au Parlement sur la convergence, la Tarification à l'Activité et le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé pour l'année 2011. | 7 |
| Synthèse du rapport | 13 |
| 1. Historique du mécanisme de convergence..... | 15 |
| 1.1. La convergence : un mécanisme intra sectoriel et intersectoriel | 15 |
| 1.1.1. Contexte et définitions..... | 15 |
| 1.1.2. La LFSS pour 2011 : Une convergence vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus | 16 |
| 1.1.3. La question du périmètre pertinent..... | 16 |
| 1.2. La convergence intra sectorielle a été atteinte le 1er mars 2011, en avance sur l'objectif fixé par le législateur..... | 17 |
| 1.2.1. Rappel sur les coefficients de transition | 17 |
| 1.2.2. L'achèvement de la convergence intra sectorielle..... | 17 |
| 2. Bilan 2010-2011 de la convergence intersectorielle | 19 |
| 2.1. Retour d'expérience sur la convergence ciblée | 19 |
| 2.1.1. Résultats de la convergence ciblée 2010 sur 35 GHM..... | 19 |
| 2.1.2. Evolution de la méthode en 2011 : élargissement du champ de la convergence ciblée | 20 |
| 2.2. Les évolutions de l'écart facial tarifaire en 2011..... | 22 |
| 2.2.1. La mesure de l'écart facial : choix de l'activité prise comme référence pour le calcul des tarifs moyens | 22 |
| 2.2.2. L'écart facial depuis 2006 | 23 |
| 2.2.3. Approche par la valeur faciale des tarifs | 25 |
| 2.3. La mesure de l'écart facial ne corrige que certains biais liés à des différentiels de périmètre tarifaire | 26 |
| 2.3.1 Rappel sur la comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs | 26 |
| 2.3.2 La prise en compte des honoraires, principal écart réglementaire, est neutralisée dans le calcul d'écart facial | 27 |
| 2.3.3 D'autres sources d'écart, plus marginales, ne peuvent pas toutes être neutralisées..... | 27 |
| 2.4. La prise en compte de l'enjeu de convergence dans la gestion des MIGAC | 30 |
| 2.4.1. Part fixe des MERRI..... | 31 |
| 2.4.2. Internes | 31 |
| 2.4.3. Permanence des soins en établissements de santé..... | 31 |
| 2.4.4. Qualité des soins en cancérologie..... | 31 |
| 3. Bilan à 5 ans des recommandations du rapport IGAS de 2006 | 32 |
| 3.1. Bilan des recommandations relatives aux études | 32 |
| 3.1.1. Coût du travail | 32 |

| | |
|---|----|
| 3.1.2. Approche tous financeurs | 35 |
| 3.1.3. Evolution de la classification..... | 36 |
| 3.1.4. Taille et gamme | 38 |
| 3.1.5. Précarité | 41 |
| 3.1.6. Activités non programmées | 43 |
| 3.1.7. Gestion des crises sanitaires | 45 |
| 3.1.8. Charges péri-hospitalières | 46 |
| 3.1.9. Insolvabilité et créances irrécouvrables..... | 47 |
| 3.2. Bilan des recommandations relatives au pilotage des études | 48 |
| 3.2.1. L'association des acteurs et le pilotage des travaux | 48 |
| 3.2.2. Constitution d'un groupe d'experts indépendants | 49 |
| 3.2.3. Renforcer le pilotage de la convergence..... | 49 |
| 4. Conclusion..... | 51 |
| 4.1. La convergence ciblée | 51 |
| 4.2. Les évolutions de la structure du modèle | 51 |
| 4.2.1. La révision des CMD 14 et 15 | 52 |
| 4.2.2. Le financement de l'accueil des patients précaires..... | 52 |
| 4.2.3. L'homogénéisation des éléments de tarification complémentaires aux GHS | 52 |
| 4.3. Poursuivre l'amélioration de la prise en compte des écarts de périmètre réglementaire..... | 53 |
| 5. Annexes..... | 54 |
| Annexe 1 : LFSS pour 2004 (VII de l'article 33)..... | 54 |
| Annexe 2 : Analyse de la convergence intra sectorielle (source note ATIH)..... | 55 |
| Annexe 3 : Détail des 35 GHM de la «convergence ciblée» | 58 |
| Annexe 4 : Economies réalisées sur la convergence (sources : note ATIH)..... | 60 |
| Annexe 5 : Recherche d'une tentative de contournement de la mesure de convergence | 64 |
| Recherche d'une tentative de contournement de la mesure de convergence..... | 64 |
| Annexe 6 : Liste des GHM soumis à convergence ciblée en 2011 (source ATIH) | 74 |
| Annexe 7 : Méthode de sélection des GHM soumis à la convergence en 2011 | 81 |
| Annexe 8 : Méthode de comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN (note ATIH)..... | 83 |
| Méthode de comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN | 83 |
| Annexe 9 : Illustration du calcul de l'écart facial sur un GHM | 88 |

Convergence à 35%
exemple du GHM 08C241: Prothèses de genou, niveau 1



| | |
|--|-----|
| Annexe 10 : calcul du coût pour l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels exerçant en clinique au titre du conventionnement en secteur 1 | 89 |
| Annexe 11 : Etude coût du travail | 94 |
| Annexe 12 : Etude sur les charges péri hospitalières – synthèse | 96 |
| Annexe 13 : Montants de créances admises en non-valeurs dans les établissements publics de santé de 2006 à 2010..... | 97 |
| Annexe 14 : Tableau de suivi des études convergence..... | 99 |
| Annexe 15 : Liste des rapports sur la tarification à l'activité | 104 |



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chaque année, l'évolution tendancielle des charges hospitalière fait l'objet d'un calcul prospectif dont le résultat, mis en regard de l'évolution de l'ONDAM hospitalier, permet d'approcher l'effort de productivité global à réaliser pour atteindre l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Cet effort est ensuite réparti entre les différents compartiments du système de financement. Il est donc possible d'individualiser les efforts attendus de chacun des deux secteurs (ex-DG et ex-OQN²).

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

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

Ainsi, s'agissant des hôpitaux publics :

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

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

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | <i>*en M€</i> |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| ONDAM hospitalier | +3,5% | +3,2% | +3,2% | +2,8% | +2,8% | <i>**source DGOS</i> |
| Economies en construction* | 460,00 | 405,06 | 302,56 | 444,51 | 365,73 | <i>*** données</i> |
| <i>Dont ex-DG**</i> | <i>345,41</i> | <i>335,46</i> | <i>250,65</i> | <i>401,52</i> | <i>327,66</i> | <i>provisoires</i> |
| Dépassement ONDAM part établissements publics* | 0 | 154 | 390 | 0 | 0 | <i>source DGFIP</i> |
| Déficit consolidé établissements publics* | -475 | -360 | -185 | -180*** | <i>nc</i> | Cependant, la répartition de ce déficit évolue fortement entre |

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

Deux enseignements essentiels peuvent être avancés :

- L'effort soutenu d'adaptation des établissements publics et privés mérite d'être souligné : les gains de productivité sont réels, les déficits cumulés se réduisent fortement et l'ONDAM est respecté ; mais la proportion d'établissements en déficit montre que sont atteintes les limites du rythme auquel peuvent évoluer les organisations. L'IGAS recommandait dans son rapport de 2005 « mission d'appui à la mise en œuvre de la convergence intersectorielle » que l'indicateur retenu pour le « bon » niveau de tension devait être le fait qu'un tiers des cliniques ait une rentabilité sur fonds propres supérieure à 5%. Aujourd'hui, cette situation est atteinte ;
- L'objectif de retour à l'équilibre global des établissements publics dans le respect de l'ONDAM ne sera atteint que si, d'une part, les ressources financières continuent d'être ajustées et redéployées en regard des coûts des activités et, d'autre part, les schémas régionaux d'organisation des soins en cours d'élaboration accélèrent la transformation des activités pour optimiser en la rationalisant une offre en stricte adéquation avec les besoins des populations sur les territoires de santé.

CONCLUSION COMMUNE AUX TROIS RAPPORTS : LA SOUPLESSE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE PERMET UN PILOTAGE FIN DE LA REGULATION FINANCIERE DES ACTIVITES

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

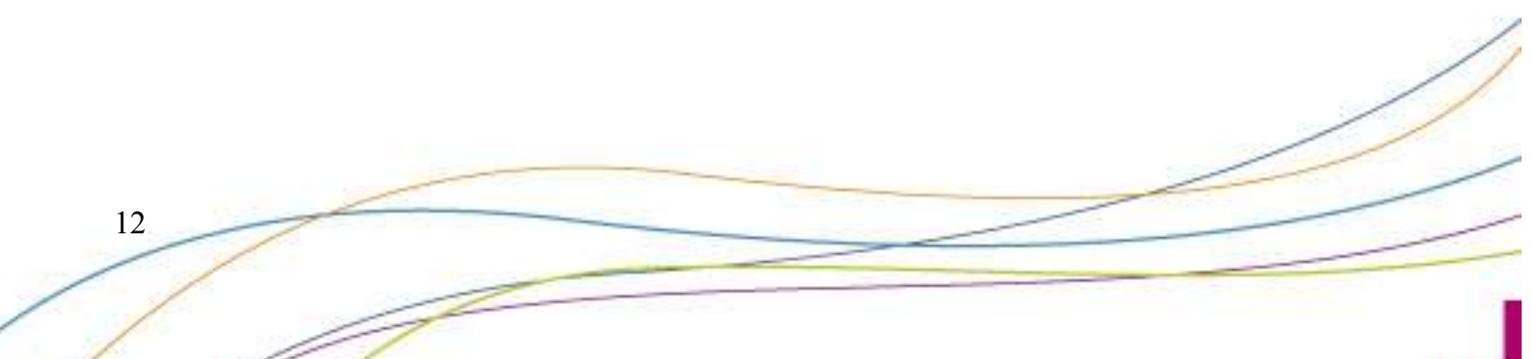
HOSPITALIERES, INSEPARABLE CEPENDANT DE CELUI DE L'ORGANISATION TERRITORIALE POUR RESPECTER L'ONDAM

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

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

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

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



Synthèse du rapport

Instaurée en 2004, la T2A a unifié les modes de financement, mais pas les tarifs servis à tous les établissements. Un double processus de convergence a donc été mis en œuvre :

- La démarche de convergence intra sectorielle, qui reposait sur un effort d'efficacité de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. En mars 2011, le processus de convergence intra sectorielle a pris fin dans les secteurs public et privé, en avance sur l'objectif fixé à 2012.
- La convergence intersectorielle, définie par la LFSS pour 2004 (VII de l'article 33), qui consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements publics et privés **hors écarts de charges justifiés**. C'est principalement de cet aspect que traite le présent rapport.

La convergence menée jusqu'à aujourd'hui a donc consisté, d'une part, à rapprocher progressivement les tarifs des deux secteurs, d'autre part à clarifier progressivement ces écarts de charges « justifiés » qui recouvrent deux notions différentes :

- Les différences de périmètre qui résultent de la réglementation (par exemple la rémunération des médecins, incluse dans les tarifs des hôpitaux, mais pas dans ceux des cliniques à but lucratif) ;
- Les différences dues à la nature des missions ou à des obligations diverses.

Le principal indicateur de l'avancement de la convergence est l'écart facial tarifaire. Deux valeurs sont présentées car le calcul de l'écart facial des tarifs dépend étroitement de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée. Entre 2010 et 2011, l'écart a été réduit d'environ 2,4 points. **Il est désormais de 21,6% sur la base de l'activité du secteur public, et de 14,6% sur celle du secteur privé.** A titre de comparaison, qui se doit d'être nuancée du fait des ruptures de série liées aux changements de la classification, il était, respectivement, de 40,1% et de 28,6% en 2006. L'écart de la valeur des tarifs entre les deux secteurs a donc été approximativement réduit de moitié en cinq ans.

Ainsi, un effort d'efficacité légèrement plus élevé pour le secteur public, venant s'ajouter à la convergence ciblée, a permis aux tarifs de se rapprocher d'un peu plus de 2 points chaque année. Certaines évolutions structurelles, notamment la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), ont en plus permis d'importantes réductions ponctuelles.

En 2010 et 2011, une source du rapprochement des tarifs a été la « convergence ciblée », annoncée par le Gouvernement dans l'exposé des motifs de l'article 48 de la LFSS pour 2010, mise en œuvre en adéquation avec la poursuite des études d'objectivation des écarts de coûts et l'affinement du modèle de financement.

Ainsi, en 2010, une liste de 35 tarifs (groupes homogènes de séjours, GHS) a été sélectionnée selon des critères du niveau de charge en soins similaire et des pratiques et des prises en charge semblables. La convergence fut totale pour 21 GHS et les 14 autres furent rapprochés entre 46% et 50%.

Afin de garantir une plus grande soutenabilité dans le temps du processus, tout en modulant les effets revenus afin qu'ils restent supportables pour les établissements, l'exercice de convergence ciblée réalisé **en 2011** est fondé sur une méthodologie davantage statistique qui a permis une sélection élargie à 193 GHS (sur les 2200 de la classification). Ces derniers se sont vus appliquer des taux de convergence allant de 10% à 35% selon leur degré d'écart des durées moyennes de séjour entre secteurs.

Pour la première fois, ce rapport cherche par ailleurs à estimer, selon une méthode qui devra être améliorée, l'impact de différents écarts de périmètre réglementaires entre tarifs du secteur public et ceux du secteur privé.

Le rapport établit également un premier bilan à 5 ans des recommandations du rapport IGAS 2006. En 2005, le ministre de la Santé et des Solidarités avait en effet sollicité l'IGAS afin de diligenter une mission d'appui sur la convergence tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé. Les principales conclusions de ce rapport ont abouti notamment à 16 recommandations concernant les études et à 5 recommandations concernant leur pilotage. Ces recommandations ont constitué l'essentiel de la « feuille de route » du ministère de la Santé s'agissant de la convergence. **Le programme d'études est maintenant quasiment terminé et ce bilan montre les avancées qu'il a permis de réaliser et les questions qui restent ouvertes**, tant au plan technique qu'en ce qui concerne certains choix fondamentaux relatifs à l'architecture du modèle.

Il convient de souligner que les résultats de ces études n'ont pas tous vocation à faire l'objet d'une traduction dans le processus de convergence. En effet, ces études cherchent avant tout à éclairer des écarts de coûts entre les secteurs privé et public, qui ne justifient pas systématiquement une évolution du modèle de tarification et/ou de financement des établissements, mais peuvent en revanche déboucher sur des recommandations d'ordre organisationnel. Certains sujets devront toutefois être approfondis techniquement car ils constituent un degré plus fin du modèle souhaité par tous les acteurs. Il en va notamment ainsi de la prise en compte des surcoûts dus aux séjours non programmés.

Les perspectives tracées par le rapport de l'IGAS et par les actions conduites jusqu'à aujourd'hui montrent que la convergence recouvre une multitude d'aspects : la convergence faciale elle-même, mais également l'amélioration de la connaissance et de la justification des écarts de coûts, ou les modalités de financement et d'attribution des MIGAC, qui sont de plus en plus attribuées de manière objectivée quel que soit le secteur de l'établissement.

Cette multiplicité de dimensions amène à concevoir la trajectoire de convergence comme nécessairement composée de plusieurs approches imbriquées, à savoir principalement :

- La poursuite de rapprochements tarifaires ciblés, lorsque cela apparaît pertinent ;
- La résorption, ou la neutralisation dans la mesure de l'écart facial, des écarts de périmètre réglementaire ;
- Les évolutions structurelles du modèle pour prendre en compte les différences de missions et de sujétions entre secteurs, mais aussi entre établissements d'un même secteur.

En conclusion, à plusieurs égards, 2010 et 2011 auront constitué deux années charnières pour la convergence. Le quasi-achèvement du programme d'étude fixé par l'IGAS, le renouveau de la méthode de travail, enfin la mise en œuvre de la convergence « ciblée » permettent d'esquisser un programme de travail et une trajectoire pour les années à venir.

1. Historique du mécanisme de convergence

1.1. La convergence : un mécanisme intra sectoriel et intersectoriel

1.1.1. Contexte et définitions

Le système de santé français s'appuie sur une organisation pluraliste de l'offre de soins. Celle-ci repose, en effet, sur la coexistence d'acteurs publics et privés⁵, y compris dans le secteur hospitalier qui est composé de trois types d'établissement : les hôpitaux publics (secteur ex-DG), les hôpitaux privés à but non lucratif (appartenant majoritairement au secteur ex-DG) et les établissements privés à but lucratif, ou, plus communément, les cliniques (secteur ex-OQN). Ainsi, dans le secteur hospitalier français, divers modes de financement des établissements de santé ont coexisté et des coûts hétérogènes sont observés, entre secteurs mais aussi au sein même de chaque secteur.

Le financement des établissements de santé a été profondément modifié avec l'instauration de la tarification à l'activité par la LFSS pour 2004. C'est cette tarification à l'activité, basée sur deux échelles tarifaires, qui fonde désormais le financement de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sur l'activité qu'ils réalisent en médecine, chirurgie et obstétrique.

A cette double hétérogénéité (à la fois *entre* secteurs et à *l'intérieur* de chaque secteur) correspond un double processus de convergence.

La démarche de convergence intra sectorielle repose sur un effort d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Elle concerne chacune des deux échelles tarifaires existantes : une pour le secteur public et une pour le secteur privé. Elle a conduit à l'instauration d'un coefficient de transition, qui permet notamment aux établissements initialement « surdotés » de ne pas subir de pertes de recettes trop lourdes afin de leur laisser le temps de s'adapter aux mêmes exigences d'efficacité que celles prévalant désormais pour tous les établissements du même secteur. Ces coefficients de transition avaient vocation à converger totalement au plus tard le 1er mars 2012, objectif qui a été atteint dès le 1er mars 2011. Ce point est développé au § 1.2.2.

La convergence intersectorielle est pour sa part définie par la LFSS pour 2004 (VII de l'article 33)⁶. Elle consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements anciennement ex-DG et ex-OQN. Ces établissements assurent des activités, missions et obligations différentes. La convergence doit dès lors concerner des prestations homogènes et clarifier au préalable les différences dans la nature des activités assurées et des charges supportées. C'est pourquoi la loi précise que la convergence s'entend hors écarts de charges « justifiés ». Ceux-ci doivent donc être définis et évalués.

⁵ La définition des secteurs « public » et « privé » retenue dans ce rapport repose sur le critère du mode de financement. Le secteur « public » est ainsi composé des établissements publics hospitaliers et de tous les établissements privés non lucratifs antérieurement financés par dotation globale (ex-DG) et mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Cette catégorie comprend tous les établissements privés participant au service public hospitalier (ex-PSPH).

Le « privé » est constitué de l'ensemble des autres établissements, financés antérieurement hors dotation globale, essentiellement par un tarif de prestations fixé dans le cadre de l'ex objectif quantifié national (ex-OQN) et mentionnés au d du même article.

⁶ Annexe 1

Le périmètre des tarifs n'est par ailleurs pas identique, les tarifs du secteur privé étant publiés hors honoraires (médicaux et relatifs aux activités médico-techniques notamment). Il convient donc de les ajouter pour définir le niveau de convergence des tarifs du secteur ex-DG.

Initialement fixé à 2012, le terme de la convergence a été reporté à 2018 par la LFSS pour 2010. En effet, la poursuite du processus de convergence tarifaire est subordonnée à une double exigence : la disponibilité d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées et la soutenabilité des ajustements du modèle pour les établissements. Les études réalisées ou en cours de réalisation dans le cadre de la convergence intersectorielle, qui seront développées dans le point 3, montrent la complexité du sujet et la nécessité d'affiner l'analyse de l'origine des écarts de coûts afin de faire aboutir le processus de convergence.

1.1.2. La LFSS pour 2011 : Une convergence vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus

Le législateur dans la LFSS pour 2008 avait précisé que «le processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale». Etaient ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées, considérés par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dans son rapport de janvier 2006 comme ceux des établissements globalement les plus efficaces.

S'il est exact que les tarifs des établissements ex-OQN, sont dans l'ensemble plus bas que ceux des établissements publics et privés, cela n'est pas systématiquement le cas pour chaque prestation. En effet, il est des cas pour lesquels ce tarif est supérieur à celui des établissements ex-DG. L'objectif poursuivi par le législateur était de tendre vers le tarif le plus bas ou le plus efficace, tous secteurs confondus, comme le démontre l'exposé des motifs de la LFSS pour 2005.

Cet objectif initial ne pouvait donc être atteint complètement qu'après avoir modifié l'article 33 afin qu'il mentionne le tarif le plus bas en tant que tel, sans exclusive. C'est pourquoi la LFSS pour 2011 a permis cette modification conforme à l'esprit initial de la loi.

1.1.3. La question du périmètre pertinent

La convergence intersectorielle pose une difficulté qui est celle des écarts de champs (missions et activités des établissements) et de la nature différente des charges entre les deux secteurs (honoraires médicaux exclus des tarifs du privé, salaire des praticiens inclus dans ceux du public, par exemple).

La convergence intersectorielle ne s'apparente donc pas forcément à une unicité d'échelle et de tarifs, mais peut être réalisée tout en maintenant la coexistence de deux échelles tarifaires différentes. La loi pose en conséquence le principe d'une convergence intersectorielle des tarifs «dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs».

Cette différence dans la nature des charges recouvre deux notions différentes :

- les différences de périmètre réglementaires, telles qu'elles résultent de la réglementation (par exemple les honoraires ex-OQN ne sont pas comprises dans le tarif du GHS) ;
- les différences dues à la nature des missions ou obligations diverses.

L'harmonisation du périmètre tarifaire, sans être un préalable à la convergence, conduit à devoir comparer des tarifs différents dans leur champ et donc à reconstituer un tarif «tout compris» (cf. 2.3).

C'est pourquoi la convergence est conduite selon une logique de «double périmètre pertinent». Il faut en effet distinguer deux approches du périmètre, conformément à la notion de «double périmètre» de la convergence que le ministère de la Santé utilise depuis plusieurs années :

- Harmonisation des périmètres de facturation au sens réglementaire ;
- Assiette de la convergence en nombre de GHM, considérée en fonction de la proximité des missions assumées et de la nature des prises en charge.

S'il est exact que la définition du périmètre au sens réglementaire constitue une des problématiques essentielles de la convergence, le ministère met aujourd'hui la priorité sur la définition du périmètre de la convergence en termes de comparabilité à la fois économiques et de l'activité, à savoir la définition de l'assiette des GHM susceptibles d'être concernés par la convergence.

1.2. La convergence intra sectorielle a été atteinte le 1er mars 2011, en avance sur l'objectif fixé par le législateur

1.2.1. Rappel sur les coefficients de transition

La complète réalisation de la convergence intra sectorielle était l'un des prérequis à la convergence intersectorielle. Le mécanisme progressif de convergence intra sectorielle, propre à chacun des secteurs public et privé avait pour but d'accompagner la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), introduite par la LFSS pour 2004. Il devait permettre aux établissements d'absorber progressivement l'évolution de leurs recettes en adaptant leurs structures à la nouvelle donne financière.

Cette dynamique de convergence s'est opérée par l'utilisation de coefficients de transition⁷, calculés et affectés de manière définitive à chaque établissement⁸. Ces coefficients de transition ont été établis de manière à garantir, avant toute convergence, la neutralité de l'application de la T2A 100% dans le calcul des recettes et ont permis de positionner chaque établissement en situation de sur- ou de sous-dotation initiale au regard d'un financement par les tarifs fixés au niveau national :

Recettes de l'établissement = tarif national * coefficient de transition de l'établissement

1.2.2. L'achèvement de la convergence intra sectorielle

Le rythme de convergence annuelle était déterminé au niveau national. Il était en principe proportionnelle au nombre d'années restant avant l'échéance de 2012. Les ARS avaient néanmoins la possibilité de moduler cette convergence, dans le respect de l'équilibre global des masses financières. Les régions ont bien utilisé la modulation. Ainsi, la vitesse de convergence nationale a été supérieure à celle imposée chaque année par le niveau national. La vitesse imposée dans les deux secteurs en 2010 s'élevait à 50% et 50% restants en 2011.

En 2011, 100% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence est évaluée à environ 121 M€ en 2011 soit un total de près de 1,2 Md€ sur la période 2005-2011 dans le

⁷ Annexe 2

⁸ Il convient de préciser que dans le secteur public, la convergence intra s'est faite, de 2003 à 2007, par le mécanisme de la «dotation annuelle complémentaire». Ce n'est qu'en 2008 que des coefficients de transition ont été créés. Le mécanisme est décrit dans le rapport T2A pour 2009 (page 46).

secteur public et 19,5 M€ en 2011 soit un total de près de 157 M€ sur la période 2005-2011 dans le secteur privé. Au terme de ce mouvement, des ressources représentant des volumes importants ont donc été transférées.

Cette accélération de la vitesse de convergence par les ARS a permis de mettre fin dès 2011 à la convergence intra sectorielle. L'article 6 de l'arrêté tarifaire pour 2011⁹ a en effet prévu que «le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition mentionnés au IV de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 susvisée et celui mentionné au V du même article est fixé à 100%». Les coefficients ont donc pu être supprimés avec un an d'avance sur le calendrier initialement permis. Il en résulte une simplification pour les établissements et les ARS, un gain de lisibilité et surtout l'aboutissement d'une étape essentielle de la réforme : la notion de tarif national a acquis toute sa portée.

Toutefois, il existe encore quelques exceptions, puisque certains établissements voient encore les tarifs nationaux affectés de coefficients de transition selon le mécanisme décrit en §1.2.1 car ils sont passés en T2A plus tardivement :

- Les hôpitaux du service de santé des armées, passés à la T2A en 2009 (LFSS pour 2009) ;
- Les établissements de santé de Guyane, passés à la T2A en 2010 (LFSS pour 2010).

Les enseignements des mécanismes de convergence intra sectorielle, notamment la complexité liée à l'existence initiale, jusqu'en 2007, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC) pour les établissements ex-DG, ont été tirés pour ces établissements qui ont d'emblée bénéficié d'un financement T2A 100% affecté d'un coefficient de transition.

⁹ Arrêté du 1er mars 2011 fixant pour l'année 2011 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la LFSS pour 2004

2. Bilan 2010-2011 de la convergence intersectorielle

2.1. Retour d'expérience sur la convergence ciblée

Le Gouvernement a annoncé, dans l'exposé des motifs de l'article 48 de la LFSS pour 2010, la mise en œuvre d'un scénario de convergence ciblée.

Un rapprochement entre certains tarifs des établissements ex-DG et des établissements ex-OQN a donc été réalisé dans le cadre de la campagne 2010 représentant un montant de 150 M€ d'économies, intégrés lors de l'élaboration de l'ONDAM 2010. Ce scénario de convergence ciblée est cohérent avec la poursuite des études d'objectivation des écarts de coûts et l'affinement du modèle de financement, qui seuls permettront d'aller au bout du processus de convergence dans la limite des écarts de charge justifiés. Cette modalité permet de couvrir une partie de l'écart tarifaire, en se concentrant sur les tarifs pour lesquels les différences de charges apparaissent les plus faibles, tout en conservant une certaine prudence au vu des travaux d'élucidation restant à conduire. Véritable laboratoire méthodologique de la convergence intersectorielle, la convergence ciblée permet aussi d'en tester les modalités pratiques de mise en œuvre.

Ainsi, la convergence ciblée a été réitérée en 2011 avec le même objectif d'économie, mais suivant une méthode nouvelle visant à garantir un caractère plus durable au processus. La convergence ciblée permet en effet d'approcher le périmètre pertinent de la convergence en termes d'activité.

2.1.1. Résultats de la convergence ciblée 2010 sur 35 GHM¹⁰

En 2010, sur une liste de 35 GHM¹¹ sélectionnés selon des critères tels qu'un niveau de lourdeur des patients similaire et des pratiques et des prises en charge semblables, la convergence fut totale pour 21 GHS et les 14 autres furent seulement rapprochés entre 46% et 50%. Les GHM sélectionnés devaient aussi présenter des effectifs nombreux et ce, au sein de chaque secteur afin de garantir une homogénéité acceptable tant en termes médical qu'économique. La convergence n'a été réalisée que sur les tarifs du secteur ex-DG puisqu'il s'agissait de faire converger le tarif de ce secteur vers celui du secteur ex-OQN après prise en compte des honoraires (y compris les dépassements). Les résultats de l'exercice 2010 ont permis de confirmer que les économies attendues ont été réalisées. Il faut rappeler que la convergence se réalise au niveau du tarif moyen du séjour. Ainsi, elle ne nécessite pas des bornes identiques aux deux secteurs, ces dernières étant calculées selon les durées moyennes de séjours propres à chacun des secteurs.

Un des risques théoriques de la convergence est le désengagement des établissements à réaliser les activités pour lesquelles une baisse tarifaire a été opérée, ou la modification des pratiques de codage de manière à éviter la classification d'un séjour dans un GHM ayant fait l'objet de la convergence. Pour évaluer l'éventuelle réalisation de ce risque, une analyse a été conduite afin de suivre en *infra*-annuel deux phénomènes :

- entre les GHM de convergence et des GHM dits proches il peut exister un risque de déport vers les GHM concernant une activité proche mais non impactés par une baisse tarifaire, il s'agit donc de suivre l'évolution du poids des GHM de convergence ;

¹⁰ Voir annexe 4

¹¹ Voir annexe 3

- au sein des GHM de convergence, puisque la baisse n'a concerné que les niveaux J et 1¹² et il peut exister un risque de déport vers les niveaux supérieurs, il s'agit donc de suivre l'évolution du poids des GHM de base (poids des GHM de niveau 1 par rapport aux GHM de niveaux 1 et 2 ou poids des GHM de niveau A par rapport aux GHM de niveaux A et B).

L'analyse de l'ATIH a apporté les conclusions suivantes¹³ :

- S'agissant du risque de désengagement des établissements à réaliser les activités pour lesquelles une baisse tarifaire a été opérée dans le cadre de la convergence ciblée, l'analyse des données disponibles révèle l'absence de déport vers les GHM relevant d'une activité proche de celle concernée par la convergence ciblée.
- Au sein des GHM concernés par la convergence ciblée, on constate un très faible déport vers le niveau 2. Il convient de noter que certaines racines peuvent être davantage concernées par ce risque (ex. : Ligatures de veines et éveinages) et devront à ce titre faire l'objet d'une vigilance accrue.

La méthode retenue en 2010 posait toutefois la difficulté de concentrer fortement l'effort budgétaire sur certains établissements avec une gamme d'activité étroite, notamment certaines maternités.

2.1.2. Evolution de la méthode en 2011 : élargissement du champ de la convergence ciblée

Afin de garantir une plus grande soutenabilité dans le temps du processus de convergence ciblée tout en modulant les effets revenus pour les établissements, l'exercice de convergence réalisé en 2011 a impliqué une méthodologie différente, plus statistique et qui a permis une sélection élargie à 193 GHS¹⁴.

Cet élargissement du périmètre a pour conséquence une moindre comparabilité qu'en 2010 en termes de prise en charge médicale. Néanmoins, la classification, constituée en elle-même une garantie d'homogénéité forte des séjours regroupés au sein d'un même GHM, ce pour les deux secteurs. Pour autant, les séjours les plus hétérogènes au sein de la classification médico-économique, en termes de prise en charge médicale, ont été éliminés. En outre, la durée moyenne d'un séjour (DMS) étant fortement corrélée avec son coût global, cette dernière a constitué un paramètre déterminant de la sélection.

L'élaboration des critères de sélection des GHS candidats à la convergence ciblée 2011 s'est faite en concertation avec les fédérations hospitalières. Au cours de ce processus a été défini un arbre de décision en 5 étapes¹⁵ :

1. l'élimination de certains GHM (déjà convergés totalement en 2010, appartenant aux CMD 14 et 15¹⁶ en cours de révision, ou encore ceux qui concernent des activités soumises à politiques publiques (chirurgie ambulatoire, cancer, soins palliatifs, AVC, activités lourdes) : à l'issue de cette étape, 347 GHM ont été présélectionnés ;

¹² Le niveau J et le niveau de sévérité 1 d'un GHM sont de même nature, c'est-à-dire sans sévérité. Le J distinguant les GHM d'ambulatoire des autres GHM.

¹³ Voir annexe 5

¹⁴ Voir annexe 6

¹⁵ Voir détail en annexe 7

¹⁶ Des travaux d'actualisation de la classification sont prévus sur les CMD 14 et 15 à l'horizon 2012

2. la prise en compte d'un volume suffisant (en termes de nombre de séjours et de répartition entre secteurs) ;
3. l'analyse statistique portant sur la DMS¹⁷, qui a permis de classer les GHM du moins hétérogène au plus hétérogène ;
4. le rajout des GHM dont la DMS est égale à zéro (non concernés par l'étape 1 et dont le volume atteint les seuils définis en 2.) ;
5. et l'identification de GHM particuliers.

Cette méthode de sélection visait à s'assurer que la convergence des tarifs, même partielle, ne porterait que sur des activités :

- qui étaient réalisées dans les deux secteurs de manière non marginale, afin que la convergence ait un sens, et dont les tarifs cibles étaient suffisamment robustes. C'est le sens des étapes 2 et 4 ;
- pour lesquelles il n'existait pas déjà des politiques tarifaires spécifiques (étapes 1 et 5) ;
- dont la charge pour les établissements, mesurée par la DMS, n'était pas trop éloignée (étape 3).

Cette méthode permet de classer les GHM candidats en différentes classes selon le degré d'hétérogénéité inter-secteur et de leur appliquer des taux de convergence allant de 10% pour les GHM les plus hétérogènes à 35% pour les GHM les moins hétérogènes.

Ces modalités visent aussi à éviter un effort d'économie trop concentré sur certains établissements, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

| Année | Nombre GHM | Economie réalisée (M€) | Nombre de GHM convergés | Taux de convergence appliqué | économie réalisée (M€) | |
|--------------|------------|------------------------|---|------------------------------|------------------------|-----------|
| 2010 | 35 | 150 | 21 GHM convergés à 100% soit : | | | |
| | | | 8 couples de GHM chirurgie ambulatoire | 100% | 29 M€ | |
| | | | 3 GHM de chirurgie légère de niv 1 + 1 GHM d'ambulatoire | 100% | 20 M€ | |
| | | | 1 GHM d'obstétrique | 100% | 13 M€ | |
| | | | 14 GHM à rapprochement tarifaire soit : | | | |
| | | | GHM d'obstétrique : Accouchement par voie basse | 50% | -22 M€ | |
| | | | GHM d'obstétrique : Nouveaux-nés normaux | 46% | 53 M€ | |
| | | | 11 GHM autres | 35% | 37 M€ | |
| | | | 1 GHM de chimiothérapie | 25% | 20 M€ | |
| | | | TOTAL | | | 35 |
| 2011 | 193 | 150 | 52 GHM | 35% | 27 M€ | |
| | | | 51 GHM | 32% | 57 M€ | |
| | | | 27 GHM | 28% | 39 M€ | |
| | | | 22 GHM | 19% | 11 M€ | |
| | | | 41 GHM | 10% | 16 M€ | |
| TOTAL | | | 193 | - | 150 M€ | |

¹⁷ Voir le détail de cette analyse en annexe 7

2.2. Les évolutions de l'écart facial tarifaire en 2011

L'écart facial tarifaire est le marqueur principal de l'avancement du processus de convergence, même s'il ne constitue pas l'unique manière de le mesurer.

2.2.1. La mesure de l'écart facial : choix de l'activité prise comme référence pour le calcul des tarifs moyens

Ce type de comparaison est opéré chaque année pour s'assurer de la convergence ou non du tarif moyen propre à chaque secteur.

Le calcul d'un écart facial tarifaire requiert de valoriser successivement une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, de déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et d'en faire la comparaison. Il convient de rappeler que les mesures de convergence réalisées lors des campagnes 2010 et 2011 ont consisté à rapprocher les tarifs moyens des séjours et non directement la valeur faciale du tarif. Ainsi, avoir convergé à 100% signifie que le séjour réalisé dans un établissement ex-DG et celui réalisé dans un établissement ex-OQN seront en moyenne financés de manière identique en intégrant les spécificités propres à chaque secteur (structure de l'activité en fonction de sa répartition géographique et de ses durées, intégration des honoraires, etc.). Ainsi, les mesures de convergence ont permis de rapprocher les tarifs moyens de chaque secteur.

Pour mesurer ce rapprochement, des éléments de correction sont intégrés pour améliorer la comparabilité des champs, notamment par la prise en compte des honoraires des praticiens du secteur privé.

Le calcul de l'écart facial des tarifs est cependant très dépendant de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée. En 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté un avis sur la tarification à l'activité et la convergence tarifaire dans lequel il propose de retenir comme cible de la convergence les tarifs du secteur privé tout en soulignant le «niveau élevé d'exigence de cette référence» et la nécessité d'y parvenir de façon progressive, «sans forcer l'allure». Il a confirmé cette position dans sa note d'avril 2009 sur la situation des établissements de santé.

Cette position n'emporte pas l'unanimité de tous les acteurs du secteur. Néanmoins, il est nécessaire de disposer d'un indicateur commun et de référence. Le présent rapport retient donc l'approche consistant à baser la comparaison sur l'activité du secteur ex-DG, tout en la complétant par un éclairage issu de méthodes alternatives. Cette approche pourrait encore être affinée : par exemple, on pourrait mesurer l'écart sur le seul périmètre de la convergence ciblée, ce qui conduirait à une valeur d'écart facial plus proche de celle obtenue en mesurant sur la base de l'activité du secteur ex-OQN.

Un exemple très simplifié, basé sur des données observées (effectifs de séjours et tarifs) permet d'illustrer les différences d'écart des tarifs moyens selon la base d'activité retenue. Ce calcul est réalisé selon la même échelle de tarifs mais en utilisant la structure d'activité de deux exercices différents.

On se place dans l'hypothèse où l'activité globale du secteur public se répartirait exclusivement sur deux GHS :

- le premier GHS, tarifé à 1 453€, est représenté dans le secteur public par : 13 272 séjours en 2009, et 16 448 séjours en 2007;
- le second GHS, tarifé à 6 792€, est représenté dans le secteur public par : 22 670 séjours en 2009, et 21 925 séjours en 2007;

Si l'on retient la structure d'activité de l'exercice 2007, le tarif moyen vaut 4 504€.

La même méthode avec, cette fois, la structure d'activité 2009 du secteur public, le tarif moyen vaut 4 821€ soit un écart de 7% par rapport à celui calculé sur la base de l'activité 2007. Cet écart s'explique par la baisse des séjours portant sur le GHS ayant le tarif le plus bas, conjugué à une hausse des séjours sur le GHS ayant le tarif le plus élevé.

Ces différences de résultats sont liées aux écarts d'effectifs de séjours, pour chacun des GHS.

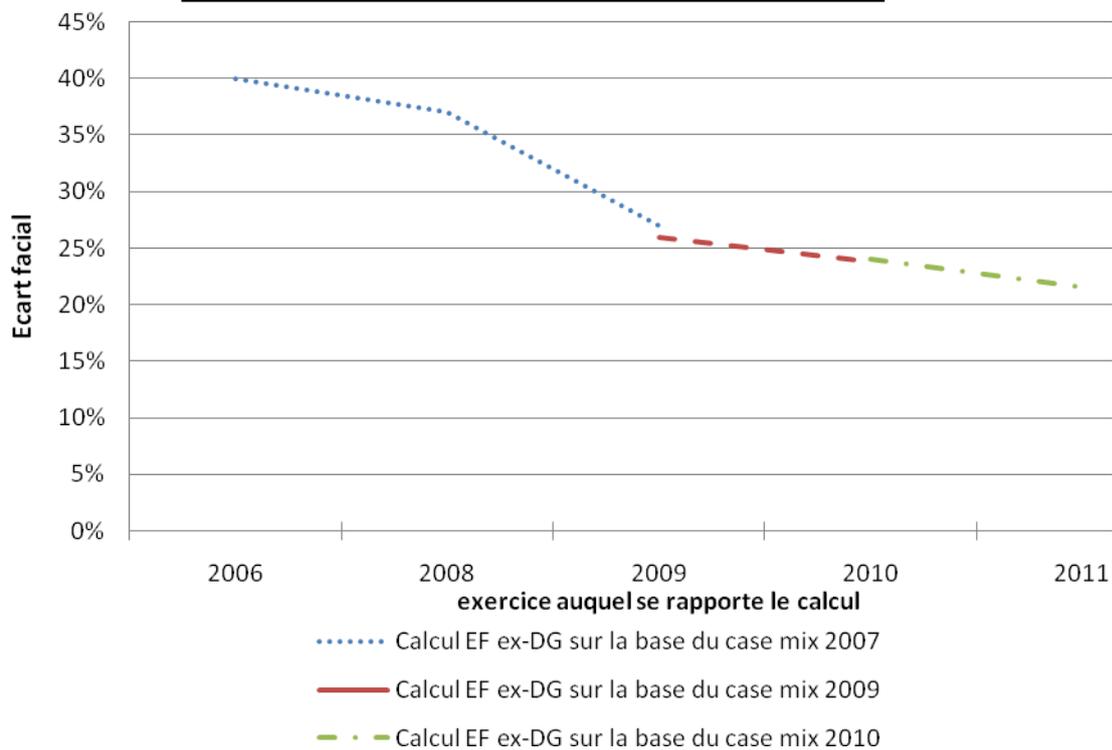
2.2.2. L'écart facial depuis 2006¹⁸

| type d'activité retenue | ratio (public - privé) / public en masse 2006 | ratio (public - privé) / public en masse 2008 | ratio (public - privé) / public en masse 2009 | ratio (public - privé) / public en masse 2010* | ratio (public - privé) / public en masse 2011* |
|--|--|--|--|---|---|
| Ex-OQN | 28,7% | 25,1% | 20,7% | 17,1% | 14,6% |
| Ex-DG | 40,1% | 36,9% | 26,8% | 23,8% | 21,6% |
| Deux secteurs | 36,1% | 32,8% | 24,7% | 21,6% | 19,3% |
| Evolution de l'écart facial mesuré sur la base d'activité du secteur ex- DG | | -3,2% | -10% | -2,2% | -2,4% |
| Année de l'activité de référence | 2007 | 2007 | 2007 | 2009 | 2010 |

* Les chiffres 2010 et 2011 ne sont pas comparables aux chiffres des années antérieures ni entre eux, cf. *infra*. Source : ATIH

¹⁸ Annexe 8

Evolution de l'écart facial (EF) de 2006 à 2011



Source : ATIH, schéma DGOS

Il existe des ruptures de série car les méthodes utilisées ont varié au cours du temps mais les ordres de grandeur restent toutefois valables et surtout, la valeur de réduction de l'écart facial garde tout son sens:

- Pour les années 2006 à 2009, la même année d'activité a été utilisée (2007) et valorisée successivement en utilisant les classifications et grilles tarifaires des différentes années. Cela permet une comparabilité dans le temps des différents ratios ;
- Pour les années 2009 et 2010, étant données les importantes modifications liées à la mise en place de la V11 de la classification, il a paru préférable de recalculer les valeurs sur la base des nouveaux case-mix. Or toute modification de l'activité prise pour référence induit inévitablement un changement dans les valeurs des tarifs moyens. Il devient donc impossible de comparer strictement le nouveau point de référence à l'ancien. Ainsi, en 2010, l'activité 2009 a été valorisée successivement avec les tarifs de 2009 puis 2010 pour obtenir l'évolution de l'écart facial. La même opération a été réalisée en 2011 (valorisation de 2010 successivement aux tarifs 2010 puis 2011). Il s'agit donc d'une rupture par rapport aux séries affichées précédemment et les évolutions de l'écart facial ne peuvent pas être strictement sommées..

Le graphique ci-dessus montre l'évolution de l'écart facial et se décompose en 3 séries.

a) De 2006 à 2009 (courbe bleue) :

De 2006 à 2009, en retenant l'activité du secteur ex-DG comme activité de référence, comme le HCAAM le recommande, l'écart facial passe progressivement de 40% au titre de l'exercice 2006 à 37% au titre de l'exercice 2008 et à 27% au titre de l'exercice 2009. Les réductions de l'écart facial entre 2006 et 2008 s'expliquent par les politiques tarifaires qui ont conduit à réaliser un effort de convergence même modeste. L'effet en 2009 est lié à la mise en place de la V11 (qui représente de l'ordre de 7 points) et au

changement de périmètre des tarifs (de l'ordre de 3 points), lié aux débasages précarité et PDSH (permanence des soins hospitalière).

b) De 2009 à 2010 (courbe pointillés rouge) :

Pour 2010, l'opération a été répétée à partir des tarifs 2010 et de l'activité 2009. Du fait de ces mises à jour, les résultats présentés ici et dans le rapport au Parlement sur la convergence tarifaire 2010, ne sont pas comparables à ceux qui ont été produits en 2009 et qui reposaient sur la structure d'activité de 2007.

Entre 2009 et 2010, l'écart se réduit d'environ 2,2% (réduction imputable à la mesure de convergence ciblée, la réintégration d'une partie du forfait haute technicité (cf. *infra*, 2.3.3), ainsi qu'un différentiel d'effort de productivité demandé aux deux secteurs).

c) De 2010 à 2011 (courbe pointillés verts) :

En 2011, l'ATIH a pris l'année 2010 pour activité de référence, ce qui a nécessité de recalculer le point 2010. Le tarif moyen 2010 n'est donc pas identique à celui affiché dans le rapport de l'année dernière (pour lequel l'activité de référence était 2009).

Entre 2010 et 2011, l'écart se réduit d'environ 2,4% (selon les mêmes mécanismes qu'en 2010). **Il est désormais de 21,6% en retenant l'activité du secteur ex-DG, et de 14,6% en retenant l'activité du secteur ex-OQN.**

Un effort de convergence des tarifs régulier, d'un peu plus de deux points par an, a donc bien été réalisé en 2010 et 2011. Ainsi, après une phase de convergence essentiellement liée à la clarification des activités financées par les tarifs (transferts vers les MIG), une phase plus volontariste a bien été engagée depuis 2009 : amélioration de la comparabilité des activités *via* la V11 de la classification, puis convergence ciblée accompagnée d'un effort de productivité différent demandé aux deux secteurs.

2.2.3. Approche par la valeur faciale des tarifs

Si est effectuée une analyse par GHS sur la valeur faciale des tarifs, au lieu de raisonner en activité moyenne ou en masse comme précédemment, il existe 32 GHS pour lesquels les tarifs du secteur privé sont supérieurs à ceux du public. Il convient de noter que cette comparaison directe doit être nuancée en raison des différences de champ tarifaire.

Une fois les corrections opérées (prise en compte des honoraires des praticiens dans le privé et des séjours de durée extrême qui font l'objet d'une sous- ou surtarification), il apparaît que 239 GHS présentent un tarif moyen supérieur pour le secteur ex-OQN que pour le secteur ex-DG. Ces GHS représentent environ 0,9 million de séjours¹⁹ des cliniques privées soit 14% de l'activité du secteur. La masse financière de ces séjours est évaluée à 2,1 Md€ soit 20% de la masse du secteur.

Il existe par ailleurs un nombre croissant de GHS (367 GHS cette année) pour lesquels le tarif privé 2011 est pratiquement égal au tarif public 2011 (à 10% près). Pour environ le tiers de ces GHS, le GHM qui s'y rattache se termine par J ou T. Une grande partie des GHM d'ambulatoire est donc ciblée dont les tarifs concernant l'activité d'endoscopie. Enfin, on retrouve une grande partie des tarifs de la CMD 05 (affections de l'appareil circulatoire).

¹⁹ Sur la base des données d'activité 2010 du secteur.

2.3. La mesure de l'écart facial ne corrige que certains biais liés à des différentiels de périmètre tarifaire

2.3.1 Rappel sur la comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Conformément à la notion de périmètre pertinent de la convergence envisagé dans son aspect réglementaire, la convergence doit se faire à champs comparables. Or, les tarifs applicables à chacun des deux secteurs ne recouvrent pas les mêmes champs. Parmi ces écarts de champs, peuvent notamment s'observer les facteurs suivants :

| Secteur public | | Secteur privé | |
|--|---|---|--|
| Hors tarif | Inclus dans tarif | Inclus dans tarif | Hors tarif |
| Honoraires médecins (uniquement dans le cadre de l'activité libérale des PH) | Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales | | Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur I |
| | Rémunérations personnels non médicaux | Rémunérations personnels non médicaux | Honoraires auxiliaires médicaux hors infirmiers (2° R. 162-32-1 CSS) |
| | | | Forfait « haute technicité » |
| Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables | Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes) | Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes) | Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables |
| | Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles | | Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles |
| Transports | Transports secondaires (inter-établissements) non définitifs | | Transports |
| | Charges logistiques, hôtelières et générales | Charges logistiques, hôtelières et générales | |

Source DGOS

2.3.2 La prise en compte des honoraires, principal écart réglementaire, est neutralisée dans le calcul d'écart facial

Les honoraires des praticiens libéraux, facturés aux patients et à l'assurance maladie, sont retracés dans le PMSI et peuvent donc faire l'objet d'une valorisation théorique. Ils sont pris en compte dans les calculs d'écart facial présentés depuis 2009²⁰. En outre, est prise en compte une partie des dépassements d'honoraires. Ces montants représentent globalement, en masse :

- 3,9 Md€ pour les honoraires ;
- 553 M€ pour les dépassements.

2.3.3 D'autres sources d'écart, plus marginales, ne peuvent pas toutes être neutralisées

a) L'activité libérale des PH plein temps :

En vertu du code de la santé publique, les praticiens hospitaliers plein temps sont autorisés à pratiquer une activité libérale, qui ne peut représenter plus de 20% de leur temps de travail²¹. Cette activité libérale peut se dérouler au sein de l'hôpital, et en utilisant ses moyens, en échange du paiement d'une redevance qui doit compenser les coûts des moyens mis à disposition.

Dans une logique de convergence, ce dispositif peut occasionner un double paiement. En effet, les honoraires du praticien lui sont versés directement par l'assurance maladie (pour la part prise en charge) et par le patient (pour le ticket modérateur). Il en résulte que l'assurance maladie paye deux fois une partie du séjour, déformant ainsi la mesure de l'écart facial au profit du secteur public.

Un rapport de l'IGAS avait estimé à environ 312 M€ les honoraires correspondants en 2009 (à comparer à une «part tarifs» du secteur ex-DG de 30,5 Md€ en 2009²²). Neutraliser cet écart s'avère toutefois très complexe car la répartition de ces honoraires est très dispersée entre établissements comme entre spécialités²³. Par ailleurs, la facturation directe des actes à l'assurance maladie par les praticiens ne permet pas aux établissements de facturer certaines prestations (forfait sécurité et environnement notamment). Dès lors, calculer une majoration moyenne par séjour et l'appliquer à l'écart tarifaire ne peut avoir un sens que limité.

b) La facturation du forfait journalier hospitalier du jour de sortie :

Dans un établissement de santé, le forfait journalier hospitalier du jour de sortie est facturé aux patients pour les séjours de plus de 24 heures, sauf en cas de décès et de permissions de sortie. Alors que ce forfait est déduit des tarifs versés aux établissements du secteur public pour les patients pris en charge à 100% par l'assurance maladie, il ne l'est pas dans ceux du privé. Il en découle une survalorisation apparente des tarifs publics de 102 M€ (sur environ 5,5 millions de séjours).

En retenant la structure d'activité du secteur ex-DG, le tarif moyen 2010 et 2011 du secteur ex-DG baisse d'environ 8 euros en neutralisant cet écart apparent, ce qui engendre une baisse de l'écart de tarifs de 0,30% sur les deux années²⁴.

²⁰ Voir Illustration sur un GHM en annexe 9

²¹ Articles L. 6154-1 et suivants CSP, Décret n°2001-367 du 25 avril 2001.

²² *Les réalisations de la campagne budgétaire 2010, rapport général*, sur le site de l'ATIH. P. 13

²³ IGAS, Laurent Chambaud et al. *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, janvier 2009, Tome I, p. 45.

²⁴ Cf. annexe 8, point iii du 3.

c) Les cotisations sociales des professionnels libéraux prises en charge par l'assurance maladie

L'assurance maladie verse une partie des cotisations de sécurité sociale des médecins conventionnés, en vertu de la convention médicale. Dans l'optique de la reconstitution d'un coût «tout compris» par l'assurance maladie, cette charge devrait être prise en compte. Pour l'assurance maladie, tous professionnels libéraux et tous modes d'exercice (ville/hôpital) confondus, ces montants ont représenté les sommes suivantes en 2010 :

En M€

| | maladie | famille | asv | mica | Total |
|-------------------------|---------|---------|-----|------|-------|
| Médecins | 694 | 302 | 247 | 10 | 1 253 |
| dont secteur 1 | 691 | nd | nd | nd | |
| dont secteur 2 | 3 | nd | nd | nd | |
| Ensemble des PS* | 1 321 | 302 | 407 | 10 | 2 039 |

* Auxiliaires médicaux, chirurgiens dentistes, sages-femmes, directeur de laboratoire et pharmacien.

Source : DSS (TCDC 2010 des régimes)

L'identification de la part des honoraires liée à l'activité de professionnels exerçant en clinique n'est guère aisée. Des calculs de la DGOS l'ont évaluée à environ 82 M€²⁵ mais ce montant est probablement sous-estimé. Les calculs nécessitent d'être affinés, en lien avec la CNAMTS.

d) La réglementation des transports secondaires (inter-établissements) provisoires

L'état de la réglementation, confirmé dans la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n°2007-330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées aux transports de patients, prévoit que les transports secondaires, ou inter-établissements, sont financés par l'établissement d'origine dans le cas des transferts provisoires (pour les établissements antérieurement en dotation globale), c'est-à-dire avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures. Pour les établissements ex-OQN, ces transports sont pris en charge directement par l'assurance maladie, dans les conditions de droit commun.

Cette différence de réglementation est également un héritage de l'époque antérieure à la T2A, qui n'a pas fait l'objet d'une modification par souci de pragmatisme (modification des circuits de gestion) et de responsabilisation des établissements ex-DG quant à leurs prescriptions de transports inter-établissements. Les tarifs des établissements ex-DG intègrent cependant les charges correspondantes. Sur la base de la comptabilité des établissements, ce coût peut être estimé à 210 M€ en 2010²⁶ (uniquement pour les établissements publics, la source utilisée ne couvrant pas les établissements privés ex-DG).

e) Le forfait haute technicité

A la mise en place de la T2A dans les établissements ex-OQN, un coefficient de haute technicité, visant à prendre en compte l'activité plus lourde de certains établissements, avait été mis en place. Les évolutions ultérieures et notamment l'amélioration de la classification ont permis d'envisager sa disparition. Son extinction progressive a ainsi été programmée de 2008 à 2012²⁷. En mars 2008, le coefficient haute technicité (dit HT) des établissements ex-OQN a été réduit de 50%. Les sommes correspondantes ont été basculées dans un forfait HT. En mars 2009, le coefficient HT a disparu (il a été réduit à 1) pour l'ensemble des établissements concernés. La masse globale HT (236,5 M€) a été

²⁵ Ces calculs sont précisés en annexe 9-1.

²⁶ Source : DGFIP, comptes des établissements publics de santé, valeur du compte 6245 «Transports inter-établissements».

²⁷ IV de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifié, arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient HT

répartie pour 75% dans le forfait HT en 2009, et 25% dans les tarifs. Ensuite, la part du forfait est réduite tous les ans de 25% jusqu'en 2012. Ainsi, 59,1 M€ (= 25% * 236,5) seront réinjectés dans les tarifs tous les ans entre 2009 et 2012.

| Répartition de la masse HT | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Coefficient HT | 100% | 50% | - | - | | |
| Forfait HT | - | 50% | 75% | 50% | 25% | - |
| Tarifs des GHM | - | - | 25% | 50% | 75% | 100% |

De manière à réintégrer prioritairement ces montants dans les tarifs correspondant effectivement aux activités lourdes, des travaux ont été conduits afin de repérer les activités de chirurgie plus lourdes, dites de haute technicité. Une liste de 62 racines (en V11), appelée « liste HT », a été retenue en accord avec les fédérations d'établissements²⁸. Ces racines représentent une masse financière de 1,4 Mds€, soit 23% de la masse financière totale GHS. La masse HT est réintégrée progressivement, pour moitié au sein de ces racines, pour moitié dans les autres GHS de chirurgie.

f) Les journées d'intérêt général des praticiens hospitaliers

Les praticiens hospitaliers à temps plein sont statutairement autorisés à consacrer deux demi-journées par semaine à des missions d'intérêt général, c'est-à-dire en pratique à des activités d'enseignement, de recherche, auprès d'organismes à but non lucratifs, voire d'expertise auprès des administrations (article R. 6152-30 du code de la santé publique). Les organismes bénéficiant de mises à disposition ne remboursent pas toujours les établissements, souvent parce que leur situation financière ne le permet pas. L'IGAS relevait, dans son rapport de 2009 consacré à la gestion des dotations MIGAC²⁹, que le dispositif pouvait introduire des distorsions de coût entre secteurs, les établissements privés n'ayant pas à supporter cette charge, mais aussi à l'intérieur du secteur public, puisque les CHU sont en pratique plus concernés par ce dispositif. Dès lors, il y aurait lieu de financer le coût direct pour les établissements à part des tarifs. En tout état de cause, même si son imputation pose des difficultés du fait de l'hétérogénéité intra-sectorielle, le poids financier que représente cette activité pourrait être neutralisé. A l'heure actuelle, cette activité et la manière dont elle est financée sont encore mal connues mais elles représentent de l'ordre de plusieurs dizaines de millions d'euros.

g) Synthèse sur l'impact des écarts liés à la réglementation

Il résulte de ces analyses qu'un certain nombre d'écarts de champ réglementaire pourraient être corrigés dans les calculs de l'écart facial. Cependant, l'intégration de ces écarts dans les calculs soulève des difficultés qui interdisent, à ce stade, de les réaliser. Ces difficultés sont à la fois de principe, comme précisé au fil du texte, mais également méthodologiques.

Le calcul de l'écart facial est en effet fondé sur le calcul d'un tarif moyen qui implique d'être capable de rattacher les charges à chaque séjour, ce qui permet de neutraliser le différentiel de structure d'activité entre les secteurs. Cette opération n'est pas possible pour les éléments présentés dans cette partie. Il est cependant possible d'approcher l'ordre de grandeur des enjeux, ainsi que le sens de l'impact. Ce tableau ne présente pas de total de l'impact, étant données les incertitudes méthodologiques soulevées

²⁸ Les critères de sélection retenus sont les indices de coûts relatifs (ICR) privés, théorique et réel : une racine de GHM est retenue si son ICR théorique et son ICR réel est supérieur à 250.

²⁹ IGAS, *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, PL Bras et G. Duhamel, p. 35

par chacun des sujets considéré isolément.

| Ecart réglementaire | Montant 2010 (M€) | En % | Impact sur l'écart facial |
|--|-------------------|------------------------------|---------------------------|
| Activité libérale des PH | 312* | 1 % masse tarifaire ex-DG | Augmente |
| Facturation FJH jour de sortie | 102 | 0,3 % masse tarifaire ex-DG | Diminue |
| Prise en charge cotisations libéraux secteur 1 | 80 | 1,2 % masse tarifaire ex-OQN | Diminue |
| Facturation transports secondaires provisoires | 210 | 0,8 % masse tarifaire ex-DG | Diminue |
| Forfait Haute technicité | 55 | 0,8 % masse tarifaire ex-OQN | Diminue |

* Valeur 2009

h) Les tarifs des GHS ne constituent qu'un des éléments d'appréciation des écarts tarifaires.

Outre les écarts faciaux des tarifs de GHS, certains éléments de tarification restent hétérogènes entre secteurs, le plus souvent pour des raisons historiques. Ils représentent des montants beaucoup moins importants que les tarifs des GHS eux-mêmes mais pourraient faire l'objet de travaux de rapprochement dans les prochaines années. Il en va notamment ainsi :

- Des «bornes» hautes et basses des GHS, aujourd'hui calculées en fonction de la durée moyenne de séjour propre à chaque secteur. Cet écart est toutefois corrigé dans le calcul de l'écart facial des tarifs ;
- Du financement de l'activité de radiothérapie, financée intégralement en CCAM dans le secteur ex-OQN ;
- Des FAU, qui financent les services d'urgence. Un rapprochement éventuel de ces tarifs impliquerait d'analyser précisément la nature des activités assurées par les deux types de services ;
- Des honoraires des médecins coordonnateurs en HAD, qui sont intégrés aux tarifs des établissements ex-DG mais pas des établissements ex-OQN.

2.4. La prise en compte de l'enjeu de convergence dans la gestion des MIGAC

La convergence des modes de financement signifie que l'allocation de ressources doit être la plus objectivée possible, et neutre par rapport à la question du statut (public/privé) des acteurs. Cela concerne les tarifs, ce qui est la conception classique de la convergence. Mais cela peut également concerner l'attribution de crédits MIGAC. En ce sens, l'année 2011 a vu la mise à plat de plusieurs MIG importantes, représentant plus de un Md€, dans l'optique de mettre les deux secteurs sur un pied d'égalité lorsqu'ils assumaient les mêmes missions :

- La rémunération des internes accueillis en stage ;
- La permanence des soins en établissements de santé ;
- La qualité des soins en oncologie.

Par ailleurs, un guide portant sur l'allocation de dotations d'aides à la contractualisation (AC) et rappelant les obligations de transparence et de non-discrimination a été diffusé auprès des ARS. Ces points sont précisés dans le rapport au Parlement relatif aux MIGAC.

2.4.1. Part fixe des MERRI

Les modifications apportées cette année au modèle MERRI sont expliquées en détail dans le rapport relatif aux MIGAC. Dans l'optique de la convergence, il convient de noter que la décote relative à la part fixe dont le montant prend en compte les coûts des personnels médicaux et les coûts des plateaux médico-techniques est appliquée à toutes les catégories d'établissements. Elle est calculée en fonction du ratio part modulable/part fixe théorique, alors que jusqu'en 2010 elle dépendait du statut de l'établissement, les CHU et CLCC ayant bénéficié jusqu'alors d'un traitement spécifique.

2.4.2. Internes

Un nouveau mode de financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie a été mis en place en 2011 par le biais d'une dotation MERRI variable versée à chaque établissement de santé accueillant des internes en stage, à raison d'un forfait par interne dépendant de son ancienneté dans le cursus de formation. Ce système se substitue au financement des seuls internes recrutés au-delà du *numerus clausus* de 2005 par une dotation d'aide à la contractualisation. Il abonde sensiblement le financement des internes qui passe de 143 à 320 M€.

Dans un souci d'égalité de traitement pour des missions similaires et de transparence, la dotation est versée à l'établissement d'accueil de l'interne, sur la base d'un forfait identique quel que soit le statut de l'établissement d'accueil.

2.4.3. Permanence des soins en établissements de santé

L'indemnisation de la permanence des soins médicale s'inscrit, à compter de l'année 2011, dans le cadre d'un dispositif, désormais commun aux secteurs public et privé, de financement en MIG des lignes de permanence des établissements concernés. Ce dispositif commun est également fongible. Le rapport MIGAC présente ces éléments plus en détail.

2.4.4. Qualité des soins en cancérologie

Depuis 2009, des travaux ont été conduits visant à forfaitiser l'allocation de la MIG «action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie» en fonction de critères d'activité ou liés aux missions des établissements bénéficiaires, et pas à leur statut ou à l'allocation historique. Les objectifs de cette forfaitisation sont de renforcer la transparence de l'allocation des MIG finançant les soins en cancérologie, à l'exclusion des centres de coordination en cancérologie (3C) qui ne font pas encore l'objet d'un référentiel. Ils visent également à évaluer la pertinence et la faisabilité à court terme d'un financement par un forfait structure. Un modèle d'allocation fondé sur des données objectives, ainsi la file active des établissements, et traitant tous les établissements de la même manière, a été mis en place en 2011.

3. Bilan à 5 ans des recommandations du rapport IGAS de 2006

En 2005, le ministre de la Santé et des Solidarités a sollicité l'IGAS afin de diligenter une mission d'appui sur la convergence tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé. Les principales conclusions du rapport, établi en 2006 par l'IGAS, ont abouti notamment à 16 recommandations concernant les études et à 5 recommandations concernant leur pilotage. Ces recommandations ont constitué l'essentiel de la «feuille de route» du ministère de la Santé s'agissant de la convergence. Le programme d'études est maintenant quasiment terminé et il a paru utile d'en présenter ici un bilan systématique à cinq ans³⁰, en montrant les avancées qu'il a permis de réaliser et les questions qui restent ouvertes, tant au plan technique qu'en ce qui concerne certains choix fondamentaux relatifs à l'architecture du modèle.

Il convient dès l'abord de souligner que les résultats de ces études n'ont pas tous vocation à faire l'objet d'une traduction dans le processus de convergence. En effet, ces études cherchent avant tout à éclairer des écarts de coûts entre les secteurs privé et public, qui ne justifient pas systématiquement une évolution du modèle de tarification et/ou de financement des établissements, mais peuvent en revanche déboucher sur des recommandations d'ordre organisationnel.

L'inscription d'un sujet d'étude dans le rapport de 2006 ne vaut en conséquence pas automatiquement prise en compte dans le modèle de financement. La présentation des travaux menés est complétée par une analyse des décisions qui ont été prises ou pourraient être prises sur cette base.

3.1. Bilan des recommandations relatives aux études

3.1.1. Coût du travail

a) L'IGAS avait identifié le sujet du différentiel de coût du travail comme central, mais sans se prononcer sur l'opportunité de l'intégrer dans le modèle de financement

Le rapport de 2006 développait en détail le sujet du coût du travail et identifiait deux scénarios en fonction de l'objectif fixé : création d'un surtarif dans le secteur privé (dans un objectif d'équité : alignement des rémunérations nettes des personnels), ou création d'un surtarif dans le secteur public (justifié par le fait que des règles exogènes à la gestion, statutaires notamment, impliquent pour le secteur public un personnel en moyenne plus qualifié). Il reconnaissait que «Le choix entre ces deux options est éminemment politique» et soulignait que «le choix d'une posture en ce domaine est stratégique par rapport à la politique de convergence» (p. 23).

La recommandation générale n°6 se prononçait en faveur d'un surtarif en faveur du secteur ex-DG, ayant vocation à diminuer progressivement au fur et à mesure de l'optimisation de la structure de qualification des personnels de ce secteur ; le rapport reconnaissait que cette solution n'était pas pleinement satisfaisante (p. 25). Le rapport formulait surtout quatre recommandations d'études liées entre elles :

³⁰ Ce bilan est présenté sous forme de tableau de suivi en annexe 14.

- Recommandation d'étude n°1 : Procéder aux évaluations de base sur les écarts de coût global horaire du travail en tenant compte des exonérations de charges sociales et des différences de financement de certaines fonctions sociales (arrêts de travail, formation professionnelle).
- Recommandation d'étude n°2 : Construire au niveau global une estimation de l'impact des principaux facteurs explicatifs des écarts de coûts salariaux.
- Recommandation d'étude n°3 : Affiner l'analyse relative à la structure de qualification.
- Recommandation d'étude n°4 : Analyser les écarts d'effectifs par fonction (administration, technique, soins...) pour comprendre la nature des écarts et les rapprocher des modalités de recours à la sous-traitance.

b) Les différentes études menées confirment les écarts de charges salariales

L'étude du cabinet Aumeras portant sur les écarts de coût du travail entre secteurs a été rendue en avril 2010 et les résultats ont été communiqués par courrier aux fédérations le 22 juin 2010³¹. Cette étude a été effectuée à partir des travaux de la DREES et vient compléter d'autres études réalisées antérieurement sur le sujet³².

La diversité des situations observées implique de prendre en compte deux facteurs de coûts : la prévoyance et l'absentéisme. Le régime de prévoyance influe sensiblement sur les niveaux de charges et est très corrélé au type de convention collective. Les charges liées à l'absentéisme induisent des disparités de coûts entre les secteurs observés. Elles ont été estimées à 8,07% dans la fonction publique sur la base d'une position adoptée par l'IGAS³³.

Ces effets de périmètre ont conduit le cabinet Aumeras à présenter les données de synthèse sous la forme de deux évaluations : calcul des coûts globaux sur la base de cotisations minimales obligatoires et calcul des coûts globaux avec intégration des cotisations prévoyance et du coût de l'absentéisme.

Des résultats fournis, il ressort que le coût global du travail est plus élevé dans le secteur privé ex-DG que dans le secteur public et dans le secteur privé ex-OQN. Les différences sont de 11% entre les secteurs privés ex-DG et ex-OQN et de 6,5% entre les secteurs privé ex-DG et public.

Si l'on compare le coût global du travail dans les secteurs public et privé ex-OQN, ce dernier enregistre un coût globalement inférieur de 3,67% par rapport au premier avec des écarts notables sur deux catégories professionnelles : celle des agents de service et employés administratifs, dont le coût du travail est inférieur de 18,8% dans le secteur privé ex-OQN par rapport au secteur public, tandis que le coût du travail des cadres non médicaux est 33,3% plus élevé dans le secteur privé ex-OQN que dans le secteur public³⁴.

La part des charges patronales par rapport aux salaires bruts est homogène quel que soit le secteur. On ne relève que deux points d'écart entre le secteur public et le secteur privé ex-OQN.

³¹ Un premier bilan a été présenté en page 15 et en annexe 7 du rapport sur la convergence en 2010.

³² Etude réalisée par l'IGAS en 2007, avec l'appui de Deloitte : mesure les écarts de coût global du travail entre EPS et PSPH ; travaux menés par la DREES concernant les écarts de rémunérations des personnels salariés (hors cadres médicaux) dans les différents types d'établissements de santé ; étude exploratoire de l'ATIH visant à mesurer les écarts de coût du travail des personnels hospitaliers (incluant les médecins) par Groupe Homogène de Malades

³³ Rapport Aumeras et Mission Tarification à l'activité «Evaluation du coût du travail des différents secteurs hospitaliers à partir des données brutes salariales», 2.4.2 L'absentéisme dans les structures publiques, page 8

³⁴ Voir annexe 11

Les charges salariales sont sensiblement moins élevées dans le secteur public. L'écart est de 7,5 points entre le secteur public et le secteur privé ex-DG et de 6,5 points entre le secteur public et le secteur privé ex-OQN.

De ce fait, les agents du secteur public bénéficient de rémunérations nettes mensuelles plus élevées que ceux des autres secteurs. L'écart est plus marqué vis-à-vis du secteur privé ex-OQN (11%) que du secteur privé ex-DG (2,4%).

Ces études présentent néanmoins certaines limites liées à la qualité des données issues des déclarations annuelles des données sociales, à la nécessité de compléter par des analyses des structures de qualification, du temps de travail rémunéré *versus* temps de travail effectif ainsi que de l'absentéisme, dans chacun des secteurs.

c) L'introduction d'une correction pérenne au profit des ex-DG privés compromettrait les travaux sur la convergence

La traduction des résultats de ces études sur la construction tarifaire pourrait prendre une des deux formes suivantes :

- Si l'on considère les salaires bruts, l'acceptation d'un surtarif pour le secteur privé ou d'un « sous-tarif » pour le secteur public étant donné que les charges sont moins élevées dans le secteur public.
- Si l'on considère les rémunérations nettes, ce serait alors les établissements ex-DG qui devraient bénéficier d'un surtarif au titre des coûts salariaux. Il conviendrait en outre de différencier les établissements, au sein du secteur privé, selon leur convention collective d'appartenance.

Toute création de coefficient *ad hoc* conduirait donc l'assurance maladie, sans pouvoir d'intervention, soit à assumer les décisions prises par les opérateurs privés (convention collective), soit à assumer les décisions prises par l'Etat en matière de politique fiscale ou de différence de traitement entre les divers opérateurs.

Les débats parlementaires autour de la création d'un tel coefficient *ad hoc*, dans le cadre du PLFSS pour 2010 notamment, ont mis en lumière les risques inflationnistes qui s'attachent à la reconnaissance des surcoûts induits par une telle approche. Les perspectives relatives à la hausse des cotisations retraites dans le secteur public rendent également manifeste la variabilité dans le temps de ces écarts.

Pour mémoire, le rapport IGAS de 2006 «*Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*», n'avait pas tranché sur l'opportunité et la manière de prendre en compte le différentiel de coût du travail entre secteurs public et privé et n'avait pas abordé la question du différentiel de charges interne au champ ex-DG.

Le rapport de l'IGAS de mars 2007 intitulé «*tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH*» indique bien quant à lui que la FNCLCC subit les mêmes écarts de charges et de salaires nets que la FEHAP³⁵. Les analyses menées par l'IGAS dans ce rapport font apparaître comme légitime de compenser les écarts de coût global du travail non maîtrisables par les établissements entre les deux secteurs mais **insistent sur le fait que cette compensation devra être limitée dans le temps**, rien ne permettant de justifier que le régulateur rémunère durablement de manière différenciée des prestations équivalentes. Cette compensation semble nécessaire pour éviter que des établissements ne soient mis en difficulté uniquement pour des raisons tenant à un coût du travail plus élevé sans temps d'adaptation.

³⁵ Ce rapport indique que les coûts minimums du travail sont plus élevés pour les établissements privés que pour les établissements publics. Pour certains, ces écarts relèvent essentiellement d'un différentiel de charges sociales (FEHAP, CRF), pour d'autres cet écart provient de l'ensemble des salaires nets et charges (FNCLCC, UGECAM), les CLCC rémunérant davantage leur personnel médical.

d) Une compensation transitoire en 2011 au profit des établissements privés ex-DG.

Suite à ces analyses et conformément aux engagements souscrits par le ministre lors des débats relatifs au PLFSS 2011, les principes de l'allocation d'une dotation permettant de compenser partiellement le surcoût de charges salariales qui touche les établissements privés ex-DG ont été mis en place durant la campagne 2011. Une aide financière a en effet été accordée, par le biais des ARS, aux établissements à but non lucratif sous la forme d'un montant d'AC de 35 M€³⁶.

Le périmètre de cette aide englobe tous les établissements à but non lucratif (EBNL) car elle est destinée à compenser un différentiel de charges sociales dû à des obligations légales et réglementaires.

La masse totale identifiée au niveau national a été attribuée aux établissements (tous les établissements privés à but non lucratif, *i.e.* les CLCC, FEHAP, UCANSS et Croix-Rouge) en fonction de deux critères :

- Pour 50% en fonction de la situation financière de l'établissement en 2009 au prorata du déficit général des établissements dotés, en plafonnant le déficit à 2% du ratio résultat / [masse salariale MCO + HAD]. Les établissements en excédent n'ont pas été pris en compte à ce titre.
- Pour 50% au prorata de la masse salariale MCO + HAD.

3.1.2. Approche tous financeurs

a) L'IGAS recommandait de progresser dans une vision consolidée des ressources des établissements

Les travaux qui sont menés ont retenu une approche en termes de coûts «remboursables» par l'assurance maladie. En effet, les tarifs (au sens des tarifs hospitaliers et des honoraires) tels qu'ils sont fixés aujourd'hui ne recouvrent qu'une part de la dépense de santé : celle prise en charge par l'assurance maladie. L'ensemble des tarifs non remboursables par l'assurance maladie (chambre particulière, téléphone, dépassement d'honoraires) ne sont pas pris en compte étant donné qu'ils relèvent d'une autre source de financement (le patient, l'assurance maladie complémentaire, *etc.*). Par ailleurs, les différences de réglementation entre secteurs³⁷ quant à la fixation du ticket modérateur ou à la facturation du forfait journalier hospitalier du jour de sortie³⁸ ne sont pas prises en compte. Ainsi, globalement, en 2009, le taux de couverture des dépenses hospitalières par les financeurs publics était de 94,3% dans le public, et de 83,0% dans le privé³⁹. La convergence est donc entendue à ce stade comme une convergence des tarifs d'assurance maladie et pas une convergence des conditions financières d'accès aux soins ou de financement des établissements.

L'IGAS estime que l'étude des coûts ne saurait se limiter aux seuls coûts remboursables par la sécurité sociale dans la mesure où l'efficacité globale des deux secteurs ne peut être établie en se bornant à comparer les dépenses remboursables par les organismes de sécurité sociale. Elle recommande d'établir un coût tous financeurs, et pose la question de prendre en compte d'éventuelles différences significatives entre les secteurs. L'IGAS pose ainsi la question du principe même de la convergence :

³⁶ CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

³⁷ Pour un état des lieux de la différence de réglementation et des difficultés suscitées, Cf. le rapport de la Cour des Comptes : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VII : «La mise en œuvre de la T2A, bilan à mi-parcours», 2009, pp. 191 sq. («Les recettes en provenance des assurés»).

³⁸ En cas de transfert d'un établissement ex OQN vers un autre, le FJH du jour de transfert est facturé par l'établissement d'origine et par l'établissement d'accueil ; cette règle n'est pas appliquée par tous les établissements ex-DG en vertu d'une circulaire de 1993, seul l'établissement d'accueil facturant le FJH. Le supplément de recettes pour les ex OQN peut être évalué à 4 M€ (et la perte de recettes pour les ex-DG à 12 M€).

³⁹ DREES, *Comptes nationaux de la santé 2009*, «4.3 Les financements publics», p. 199.

convergence justifiée au nom de l'égalité des patients devant les charges ou convergence sur le seul périmètre relevant de l'assurance maladie. La recommandation tirée de cette analyse est la suivante :

- Recommandation d'étude n°5 : Les études sur la convergence ne peuvent se limiter au remboursable sécurité sociale mais doivent comporter une approche «tous financeurs».

La CNAMTS partage cette approche. En effet, les Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2012 du 7 juillet 2011 montrent que la comparaison des montants moyens facturés, c'est-à-dire le tarif dans le secteur ex-DG et le tarif, les honoraires, actes de laboratoire, imagerie *etc.*, dépassements inclus, dans le secteur ex-OQN fait apparaître des écarts très importants. Le secteur privé est plus onéreux pour certains GHM après prise en compte des honoraires. C'est le cas par exemple pour les endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (niveau 1 de sévérité). La situation inverse s'observe pour un nombre important de GHS chirurgicaux, pour lesquels les cliniques facturent en moyenne, honoraires et dépassements compris, significativement moins que les hôpitaux publics, avec le paradoxe que pour le patient ou son assurance complémentaire, le montant à payer est nettement plus élevé. Ainsi en 2010, pour une cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire pour affections aiguës (intervention chirurgicale de niveau 1 de sévérité), une clinique facturait en moyenne 2549 €, dépassements d'honoraire inclus, soit 746 € (23%) de moins que l'hôpital public⁴⁰.

b) Actions entreprises et difficultés persistantes

La convergence ciblée, en 2010 comme en 2011, retient une approche partielle : les honoraires ainsi que les dépassements sont réintégrés dans la comparaison des tarifs en ce qui concerne le secteur privé. La limite de cette approche est de ne pas tenir compte du reste à charge pour le patient. Par ailleurs il peut en résulter des difficultés lorsque qu'il apparaît que les tarifs du secteur ex-OQN sont plus élevés que ceux du secteur ex-DG du fait des honoraires médicaux, voire des dépassements : dans ce cas, la convergence ne peut s'appliquer qu'au moyen d'une diminution des tarifs ex-OQN et non des honoraires qui font l'objet d'une régulation *via* la CCAM et la convention médicale. Or, cela peut conduire à des tarifs qui ne correspondent plus à la réalité économique des structures.

A ce jour, la première contrainte pour mener à bien ce sujet est la coordination de tous les travaux à mener parallèlement par les différents organismes (HAS, DGOS, ATIH, CNAMTS), qui reposent aujourd'hui pour certains sur la négociation conventionnelle entre la CNAMTS et les syndicats de médecins libéraux et pour d'autres sur les modalités réglementaires. Notamment, l'écart facial de tarifs entre les deux secteurs est dépendant des évolutions des honoraires ou du secteur optionnel qui impacterait les dépassements d'honoraires. Par ailleurs, la réforme de la réglementation du ticket modérateur dans le secteur ex-DG, envisagée au départ comme un corollaire de la T2A n'a pas encore été engagé, les difficultés de principe soulignées en 2009 par la Cour des Comptes n'ayant pas été réglées⁴¹.

Il existe donc de nombreux préalables qui ne dépendent pas exclusivement de la politique tarifaire hospitalière. Les parties prenantes ont été saisies en 2010 afin d'envisager des travaux conjoints visant à mieux connaître les conséquences de cette approche tous financeurs.

3.1.3. Evolution de la classification

⁴⁰ Cf. rapport de la CNAMTS du 7 juillet 2011 «*Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2012*», pages 34 à 40

⁴¹ Cour des Comptes : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VII : «La mise en œuvre de la T2A, bilan à mi-parcours», 2009

a) L'IGAS recommandait d'affiner la classification afin d'améliorer la comparabilité des prestations d'un champ à l'autre

Les Groupes Homogènes de Malades (GHM) constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique. Au terme de l'hospitalisation d'un patient, un recueil d'informations synthétique est produit : le résumé de sortie standardisé (RSS). Pour obtenir le classement d'un séjour dans un GHM, de nombreuses informations sont codées : le diagnostic principal, l'ensemble des autres diagnostics, mais également les actes médicaux effectués pendant le séjour et les données administratives concernant le patient.

Depuis sa première version publiée en 1986, la classification des GHM a fait l'objet d'actualisations régulières. La première version utilisée au moment de la mise en place de la T2A pour correspondre au modèle de financement était la version 9. La version 10 a par la suite permis d'introduire des améliorations, notamment pour les GHM chirurgicaux, suite aux observations des professionnels et des fédérations hospitalières. Enfin, la classification a été à nouveau profondément modifiée lors de la campagne 2009 avec la mise en œuvre de la version 11 (V11).

L'IGAS relève qu'en 2005, à quelques rares exceptions près, à un GHM correspond un seul GHS. L'hypothèse d'homogénéité « acceptable » des coûts au sein des GHS est le principal élément conditionnant l'efficacité du mécanisme de la T2A. Mais il existe en réalité une certaine hétérogénéité des coûts des différentes pathologies composant un GHS. Cette hétérogénéité repose notamment sur la gravité inégale des situations cliniques composant le GHS.

L'introduction d'un mode de tarification à l'activité construit sur la même base PMSI pour les établissements de santé publics et privés a fait émerger la question de l'hétérogénéité des GHS. En 2006, la classification en était à sa version 10.

Les recommandations suivantes sont issues de ces réflexions :

- Recommandation d'étude n°6 : Poursuivre les études sur l'hétérogénéité résiduelle du case-mix partagé entre les deux secteurs dans sa version 10 et identifier les GHM qui pourraient encore être scindés dans la version 11 et/ou modifications de règle de groupe à introduire.
- Recommandation d'étude n°7 : A partir des résultats de l'échelle nationale de coûts commune 2006, il conviendra d'identifier l'impact du facteur « hétérogénéité » intra-GHM sur les écarts de coûts entre les deux secteurs.

b) La mise en place de la V11 a considérablement amélioré l'homogénéité de la description des séjours

L'introduction de la version 11 de la classification des séjours (V11) a introduit des changements significatifs dans la manière de décrire et de classer les séjours de Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Elle permet désormais de décrire plus finement l'activité. Les regroupements de séjours ont notamment été affinés en prenant mieux en compte le niveau de sévérité de ces séjours. Ainsi, sur la majorité des activités (*i.e.* : racines) ont été introduits des niveaux de sévérité (niveau 1 : léger jusqu'au niveau 4 : lourd, avec parfois l'existence d'un groupe rassemblant les prises en charge en ambulatoire ou de très courte durée).

Dans le cadre de cette nouvelle version a été également conduite la révision de la liste des comorbidités associées (CMA), les diagnostics permettant le classement dans les différents niveaux de sévérité.

La catégorie majeure 24 regroupant les séjours de moins de deux jours a été supprimée : il a été créé dans un certain nombre de racines⁴² concernées des groupes de prises en charge en ambulatoire (groupes en J sur les racines chirurgicales) ou des groupes de courte durée en médecine.

Enfin, la définition du diagnostic principal, auparavant « motif de soins ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant » a été modifiée pour devenir le « problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale ».

La version 11 de la classification permet donc de décrire plus finement l'activité et attribue un rôle plus important aux informations médicales codées. Elle permet d'augmenter considérablement le degré d'homogénéité de séjours classés au sein d'un GHM et, par voie de conséquence, l'adéquation du niveau de rémunération du séjour. Ce faisant, elle a permis de réduire d'environ 7% l'écart facial tarifaire en 2009.

c) Des travaux restent à conduire afin de parfaire la V11

La version 11 de la classification a représenté une évolution essentielle et il convient de laisser aux établissements et aux communautés hospitalières le temps de l'absorber et d'en tirer les conséquences. C'est pourquoi depuis 3 ans, aucune évolution importante de la classification n'a eu lieu. Seules des mises à jour ponctuelles ont lieu chaque année, qui se sont traduites par des V11 a (2009), b (2010) et c (2011). L'ATIH travaille néanmoins à la refonte des CMD 14 (obstétrique) et 15 (néonatalogie) qui pourrait être mises en œuvre en 2012. Cette refonte vise notamment à revoir la liste des comorbidités et donc les niveaux de sévérité dans ces deux CMD, qui avait été écartée lors de la refonte de la V11.

L'étape suivante consistera à affiner la description des GHM « médicaux », c'est-à-dire sans acte classant, construits essentiellement sur la base des diagnostics des patients, et non en fonction des actes réalisés.

3.1.4. Taille et gamme

a) L'IGAS ne considérait pas le sujet comme prioritaire

L'IGAS se penche sur le sujet de l'impact de la spécialisation et de la taille des établissements de santé comme facteurs d'économie discutés. Mais la mission relève qu'il n'existe pas d'éléments concordants sur les effets de taille ou de gamme dans la littérature française ou internationale. Cette hypothèse sur cette source d'écart de coûts entre les secteurs publics et privé n'est pas écartée mais ne semble pas la plus pertinente pour l'inspection. De ces remarques émane la recommandation suivante :

- **Recommandation d'étude n°8** : Il ne semble pas prioritaire de privilégier à ce stade les questions d'effet de taille ou de gamme dans les études complémentaires à conduire.

b) Une étude sur les effets de taille et de gamme a été conduite en 2010

Une étude relative à l'évaluation de l'impact de la taille et de la gamme sur les coûts des établissements, a été confiée à un prestataire et s'est déroulée de décembre 2009 à décembre 2010. L'objectif de cette étude était de réaliser une revue de littérature internationale sur l'effet de taille et de gamme en secteur hospitalier, d'estimer l'impact sur les coûts des établissements, d'analyser les écarts et de mettre en évidence les facteurs explicatifs liés d'une part aux effets de taille des établissements, d'autre part aux effets de gamme des activités.

⁴² Une racine est le socle du groupe homogène de séjours qui se décline en quatre niveaux de sévérité.

Ainsi, a été testée l'influence potentielle de la taille des structures sur les processus de production, soit en permettant des économies d'échelle, soit à l'inverse en alourdissant les coûts de production par un phénomène de «déséconomie» d'échelle.

De même, la gamme des activités peut être plus ou moins large : une restriction de l'offre à quelques disciplines, voire à quelques pathologies ou actes au sein d'une discipline peut permettre de standardiser les prises en charge et de diminuer les coûts de production, mais à l'inverse peut fragiliser la gestion en rendant les opérateurs très sensibles aux variations tarifaires.

La revue de littérature a permis de mettre en évidence les différentes méthodes utilisées dans l'analyse de la taille et de la gamme comme facteurs explicatifs des coûts des établissements de santé, mais sans parvenir à un constat partagé sur l'existence d'effets de seuil ou sur leur niveau.

Cette étude a été conduite en lien entre l'ATIH (pour les établissements ex-DG) et le cabinet PriceWaterhouseCoopers (pour les établissements ex-OQN), la méthodologie d'analyse étant commune. Les deux études se sont attachées, d'une part, à dégager les coûts moyens de production des établissements (au regard d'une part de leur taille et d'autre part de leur profil d'activités), selon des analyses multicritères conduites en tenant compte des limites liées aux données disponibles. Elles ont cherché, d'autre part, à expliciter les différences relevées et à les analyser en mettant en évidence les facteurs explicatifs.

Le modèle construit lors de l'analyse statistique reposait sur l'analyse du coût total ou du coût moyen par établissement. Il s'agit d'un modèle multivarié qui s'appuie sur trois séries de paramètres :

- Paramètres de taille (volume d'activité, nombre de lits, *etc.*)
- Paramètres de gamme (nombre de GHM représentant 80% de l'activité, part des séjours de sévérité 3 ou 4, *etc.*)
- Paramètres autres dont on cherche à neutraliser l'impact (qualité, localisation, *etc.*).

Les résultats obtenus ne permettent pas de conclure à une significativité statistique de l'impact de la classe de taille ou de gamme d'un établissement sur ses coûts. Cela ne permet pas pour autant d'affirmer que les effets de taille ou de gamme sont inexistantes, mais il n'existe pas d'élément statistiquement significatif tendant à démontrer l'existence d'un effet de taille et/ou de gamme. Cela peut s'expliquer par divers biais que des compléments de l'étude pourraient s'attacher à tenter d'éliminer :

- Les impacts de la taille et de la gamme s'observent selon différentes échelles ; l'établissement, au sens juridique, n'est pas forcément la plus pertinente (établissements multi-sites, effets au niveau des pôles...);
- Les effets de taille et de gamme dépendent de l'organisation mise en place et ne s'expriment donc pas de la même manière dans des établissements appartenant à la même classe de taille et/ou de gamme ;
- Des éléments impactant les coûts n'ont pas pu être pris en compte dans l'analyse statistique : niveau d'absentéisme, architecture des bâtiments, système d'information mis en place, plages horaires des plateaux techniques, *etc.*

Résultats des monographies : elles ont été conduites dans 6 établissements du secteur public. La taille et la gamme impactent l'organisation des établissements de santé. Les contraintes relatives à la taille et/ou la gamme peuvent être résolues ou diminuées en mettant en place une organisation adaptée. Les monographies ne permettent pas non plus de conclure à un impact manifeste et fort de la taille ou de la gamme, envisagées globalement, sur les coûts. Elles font de nouveau apparaître l'importance des facteurs architecturaux et organisationnels

Ces travaux permettent d'orienter les analyses sur des approches plus microéconomiques des effets de gamme, notamment *via* l'évolution de la classification des GHM ou certains travaux complémentaires

conduits par l'ATIH relatifs par exemple à la description de la lourdeur des GHM ou aux «activités de recours».

Les conclusions de cette étude ont été présentées aux fédérations hospitalières le 7 février 2011. Le prestataire a livré son rapport définitif le 8 avril 2011.

c) Suites à donner à l'étude sur les effets de taille et de gamme :

L'étude sur les effets de taille et de gamme ne permet pas de justifier une correction globale du type «coefficient de taille» et les monographies n'ont pas montré d'effet univoque. Cependant, certaines pistes ont été évoquées pour des problématiques plus ciblées :

- Le financement des activités rares/lourdes : des travaux de l'ATIH sont en cours sur l'identification des activités lourdes, qui seront complétés par des travaux sur la classification pendant la campagne 2011 ;
- L'existence d'économies d'échelles sur des activités standardisées qui pourraient amener à modifier le modèle de financement et fonder éventuellement la mise en œuvre d'une dégressivité tarifaire.

En outre, des compléments d'analyse portant sur les points précédemment évoqués pourraient être conduits, dans le cadre d'un programme de recherche sur la qualité hospitalière piloté par la DGOS.

3.1.5. Précarité

a) L'IGAS recommandait de prendre en compte la précarité dans la mesure du coût des séjours

La situation de précarité de certains patients est l'un des facteurs souvent avancés par les soignants pour expliquer des écarts de coûts de prise en charge dans le système de soins, du fait de durées de séjours plus longues ou de la nécessité de mobiliser des moyens spécifiques. De ce constat sont tirées trois recommandations :

- Recommandation d'étude n°9 : La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS, ou par une nouvelle étude de patientèle.
- Recommandation d'étude n°10 : Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.
- Recommandation d'étude n°11 : Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée.

b) La difficulté d'intégrer la mesure de la précarité à l'ENC et au dispositif de tarification a conduit à la mise en place d'une MIG *ad hoc*

La classification des séjours et l'échelle des tarifs ne tiennent pas compte de ce facteur. Les études et travaux engagés depuis 2008 ont donc dans un premier temps visé à améliorer la mesure du phénomène de précarité et des coûts associés.

Dès 1998, la mission PMSI a mené une étude utilisant les codes diagnostic «Z» (précarité) de la CIM 10⁴³ regroupés en trois catégories : précarité d'environnement, de revenus, d'isolement. Elle a porté sur 55 626 séjours regroupés dans 21 établissements publics et PSPH et sur des résultats essentiellement

⁴³ Version 10 de la classification internationale des maladies, élaborée par l'OMS et utilisée pour le codage des pathologies dans le PMSI français.

liés à la précarité financière. Parmi les séjours, environ 9% ont été identifiés comme liés à des populations précaires, dans la mesure où ils comportaient au moins un code de précarité.

Des travaux complémentaires ont été conduits par la DREES, en collaboration avec l'ATIH, visant à explorer la voie du codage des situations de précarité dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁴⁴. Les travaux concluaient au caractère multidimensionnel de la précarité, ainsi qu'à la réalité des surcoûts impliqués par ces patients. Parallèlement, il apparaissait difficile de mesurer un seul indicateur de nature administrative pour mesurer la précarité d'un patient, mais la mise en œuvre de l'étude montrait qu'il serait difficile de généraliser de manière fiable le recueil des codes diagnostics «Z» sans coûts de gestion.

Il a donc été décidé d'adopter un financement par structure plutôt que par patient, au bénéfice des établissements les plus concernés par cette problématique. Ce financement a pris la forme d'une MIG calculée au niveau national en fonction d'indicateurs, suivant ainsi la deuxième option indiquée dans l'IGAS (p. 43).

Dès 2009, une première attribution de moyens à hauteur de 100 M€ en faveur des établissements de santé accueillant une forte proportion de patients hospitalisés en situation de précarité avait été mise en œuvre. Ce financement avait été réalisé par transfert de la base tarifaire vers une dotation «MIG précarité», à hauteur de 95 M€ pour le secteur public et PSPH et 5 M€ pour le secteur privé.

Au sein de chaque secteur, la dotation était attribuée aux établissements ayant les plus fortes proportions de séjours de patients en situation de précarité. La répartition est effectuée sur la base des marqueurs accessibles et généralisés dans le système d'information de l'Assurance Maladie (patients bénéficiaires de la CMU base ou complémentaire ou de l'AME). Ces marqueurs avaient été retenus car ils sont fortement liés à d'autres indicateurs représentatifs des différentes situations de précarité, générateurs de surcoûts (isolement, pauvreté) mais plus difficiles à recueillir. Un seuil plancher avait été retenu, faisant référence au financement d'un poste d'assistant de service social (40 000 €) et à un pourcentage de la base tarifaire afin d'éviter un effet de «saupoudrage».

Le modèle avait été amendé dès 2010, afin de prendre en compte le premier retour d'expérience et les observations formulées par les agences régionales, les fédérations et les établissements. En effet, certains établissements publics situés en deçà du seuil étaient, pour autant, considérés par les experts comme concernés par la prise en charge de patients précaires et ayant mis en place des organisations spécifiques. Les modalités d'attribution de la dotation «MIG précarité» ont donc été ajustées par l'application d'un nouveau seuil plancher fonction de la part de séjours CMU/CMUC/AME. Pour les établissements des DOM, d'Ile-de-France et de Corse, le coefficient géographique était pris en compte. En conséquence, le montant de la dotation a été porté à 150 M€ afin de couvrir les charges supplémentaires liées à l'élargissement de la liste des établissements bénéficiaires.

Pour la campagne 2011, dans l'attente d'une révision des critères à moyen terme, il a été décidé de reconduire les dotations régionales 2010 relatives à la compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité (MIG identifiée sous le nom : «Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières»). A cette fin, les critères d'éligibilité à la dotation MIG pris en compte en 2010 restent inchangés et l'enveloppe MIGAC reste stable à 150 M€. Cette stabilité permet d'éviter les effets revenus et de gagner en stabilité pour la deuxième année consécutive.

⁴⁴ Ces travaux ont fait l'objet d'une publication : D. Raynaud, E. Yilmaz, «Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?», in DREES, *Panorama des établissements de santé 2010*.

En 2011-2012, sera appréciée la pertinence d'une approche complémentaire de type géo-populationnelle fondée sur une analyse des zones géographiques dans lesquelles se situent les établissements de santé et leurs bassins de patientèle (voir § 4.2.4.).

S'agissant de la recommandation relative aux trajectoires des patients précaires, la DGOS, en lien avec la DREES et l'IGAS, a conduit une étude plus générale relative à la mesure du niveau et des causes des inadéquations hospitalières⁴⁵. Il n'en ressort pas que la précarité soit un facteur particulièrement important d'inadéquations, même si le taux de patients bénéficiant de la CMU tend à augmenter les inadéquations.

3.1.6. Activités non programmées

a) L'IGAS considérait qu'il convenait de progresser sur la connaissance des causes et de l'impact des activités non programmées

Dans son rapport l'IGAS considère que l'activité non programmée, qui est plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé, semble être un facteur de surcoût. Ses fluctuations induiraient la désorganisation de l'activité des équipes hospitalières publiques, mais la mission IGAS relève aussi que la définition du caractère programmé ou non programmé n'apparaît pas stabilisée à ce jour.

Les recommandations tirées de cette analyse sont les suivantes :

- Recommandation d'étude n°12 : Le premier objectif doit être de produire une définition de l'activité programmée, acceptée par les experts, enregistrable par les établissements sans difficulté majeure et enfin contrôlable par un tiers.
- Recommandation d'étude n°13 : Un second objectif pourrait être de cibler les recherches sur les causes de non-programmation.

b) Les études conduites amènent à envisager une évolution du modèle de financement

Une première action avait consisté à distinguer, au sein de certains GHM, les prises en charge «chaudes» des prises en charge «froides», moins susceptibles de faire l'objet d'accueil non programmé (cf. le rapport au Parlement relatif à la convergence de 2010, p. 10).

Parallèlement, par le biais de la mission tarification à l'activité, la DGOS a lancé une étude ayant pour objectif d'analyser l'existence éventuelle de surcoûts structurels liés à la mission de prise en charge par un établissement de santé de patients en situation d'urgence, de jour comme de nuit. L'étude intégrait également une revue de la littérature sur la problématique spécifique de la gestion des situations de crises et d'hôpitaux sous tension. Ce sujet sera traité dans le paragraphe suivant (§ 3.1.8.). L'étude a été réalisée par un prestataire, entre décembre 2009 et décembre 2010.

Cette étude a été présentée aux fédérations dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement (hors volet gestion des crises).

Elle a poursuivi trois objectifs principaux :

- Identifier les impacts organisationnels résultant des prises en charge de patients non programmées : désorganisation, déprogrammation d'activités, maintien de lits appropriés disponibles, utilisation des plateaux techniques, gestion de l'aval de l'hospitalisation, etc. ;

⁴⁵ L'étude sera publiée très prochainement et fera l'objet d'une synthèse dans le *Panorama des établissements de santé 2011*.

- Déterminer les facteurs de surcoûts associés : recherche de lits d'hospitalisation (temps infirmier ou médical), engorgement de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), coût du maintien de lits disponibles et/ou de la réquisition de lits, coûts de transaction issus de la désorganisation, etc. ;
- Quantifier les surcoûts observés : analyse des différents facteurs de surcoûts et quantification en vue d'une modélisation économique éventuelle.

L'étude a comporté trois étapes : une analyse de la revue de littérature-volet admissions non programmées, des études monographiques (10 établissements), une modélisation économique.

La revue de littérature a constaté l'absence de définition consensuelle sur la notion d'activité non programmée. Elle s'est également attachée à établir une typologie des flux non programmés et à repérer les facteurs explicatifs de surcoûts.

S'agissant de ces derniers, un grand nombre d'articles mettent en évidence l'existence d'un surcoût des admissions dites «urgentes» par rapport aux prises en charges programmées. Tous ces facteurs ont fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'exploitation statistique des données et des études monographiques réalisées auprès d'une dizaine d'établissements.

L'analyse de la littérature a permis de montrer l'existence d'un surcoût propre aux admissions non programmées par rapport aux admissions programmées.

Dans le cadre de cette étude, l'ATIH a réalisé une étude des coûts de la prise en charge de patients dits «en urgence» à partir des données des ENCc 2007 et 2008. Cette étude a pour but de déterminer si les séjours avec arrivée du patient en urgence présentent un surcoût par rapport aux séjours dont la venue du patient était programmée, à GHM identique. Le séjour est dit en urgence lorsque le patient arrive, soit par les urgences, soit avec le SMUR, soit par une unité de réanimation, de surveillance continue, ou de soins intensifs, ou encore directement par une unité d'hospitalisation de courte durée. Le coût étudié au sein de cette analyse est le coût comparable au champ tarifaire, c'est-à-dire le plus proche de la notion de tarifs.

Une liste de 11 GHM avec un différentiel de coût positif a donc été établie, ces GHM présentent un écart de coût élevé et sont présents pour un grand nombre de types d'établissements. L'ATIH précise que cette analyse porte sur un échantillon de séjours et montre que l'existence d'un différentiel de coût dépend des GHM et du type d'établissement : le différentiel peut être négatif, positif ou inexistant. Concernant les 11 GHM étudiés, présentant un différentiel de coût positif, il faut rechercher les causes de ce différentiel qui n'est peut pas uniquement dû au caractère urgent du séjour. Ces travaux, en cours de finalisation, seront présentés aux fédérations d'établissements à l'automne 2011.

Ces différents travaux ont mis en évidence des leviers d'actions différents et complémentaires (national, régional, local, établissement) :

- Au niveau national, l'évaluation du différentiel de coût par GHM et grandes disciplines : évolution de la politique tarifaire pour prendre en compte les surcoûts liés à l'accueil d'activité non programmée ;
- Au niveau régional/local, avec l'étude de certains facteurs environnementaux liés à la prise en charge de l'activité non programmée (densité des médecins de ville, taux d'équipement du territoire, taux de refus de l'établissement, nombre d'établissements prenant en charge les urgences sur le territoire) et qui peut donner une idée sur la charge portée par un établissement par rapport à la prise en charge du non programmé de son territoire ;

- Au niveau de l'établissement, avec l'amélioration de l'organisation de la filière non programmée des établissements.

Le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé s'est engagé auprès des professionnels à établir une feuille de route pour améliorer le fonctionnement des urgences et des SAMU. Un groupe de travail sera rapidement mis en place pour évaluer la faisabilité du financement de l'activité non programmée et aboutir à un financement forfaitaire des plateaux techniques participant à la PDSES.

Finalement, ces différents leviers étant complémentaires, il sera nécessaire d'étudier les impacts des actions sur le différentiel de coût et d'en déduire les mesures permettant de réduire au maximum le surcoût «évitable» de ces prises en charge.

3.1.7. Gestion des crises sanitaires

a) Diagnostic et recommandations de l'IGAS en 2006

Certaines exigences de permanence des soins peuvent contribuer à accroître les écarts de productivité. Les pouvoirs publics peuvent être amenés à imposer aux établissements de santé publics une présence minimale pour faire face à des événements de grande ampleur. Cette contrainte devrait être financée en principe par les MIGAC sous réserve d'évaluation précise des surcoûts engendrés.

La recommandation suivante est induite par ces remarques :

- Recommandation d'étude n°14 : Une étude complémentaire visant à mesurer les coûts des charges de service public pour événement exceptionnel devrait être conduite à partir des données des campagnes 2004 et 2005.

b) Travaux menés

Ce sujet a fait l'objet d'une analyse de la littérature, dont les principales conclusions sont exposées ci-après.

La revue de littérature réalisée par la société Sanesco, portant notamment sur l'exemple américain et les crises subies depuis dix ans par les Etats-Unis (attentats du 11 septembre 2001, anthrax, ouragan Katrina, etc.), donne des orientations intéressantes pour les travaux à développer dans le cadre de la présente étude.

La littérature pointe principalement l'importance du concept de *surge capacity*, c'est-à-dire la faculté d'un établissement à augmenter sa capacité de prise en charge pour faire face à une urgence et les leviers d'action : le personnel, le matériel, les *infrastructures*, les systèmes de management et de commandement.

Une revue complémentaire a été réalisée à partir des rapports remis au ministère, suite à l'accident AZF en 2002 et à l'épidémie du Chikungunya en 2006. Quelques problématiques majeures en ressortent en termes de coûts et de financements à assurer durant une crise : prise en charge de l'urgence médico-psychiatrique, prise en charge sociale (ses conséquences sur le sanitaire), la communication de crise (formation des personnels face à la médiatisation, l'identification) et recensement des victimes (disposer de moyens partagés, la nécessité des exercices et tests).

Enfin, une typologie des crises par nature a été établie :

- Catastrophes naturelles (tremblement de terre, ouragan, etc.) ;

- Grands événements (visite de chefs d'Etat, manifestation sportive d'envergure...);
- Grands accidents (catastrophes routiers, ferroviaires, accidents industriels...);
- Pandémies ;
- NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique).

Celle-ci permettra de rechercher, au moyen d'une enquête et d'entretiens ciblés, une identification de facteurs contributifs de coûts «types». La méthodologie de cette enquête est en cours de conception.

3.1.8. Charges péri-hospitalières

a) Diagnostic et recommandations de l'IGAS en 2006

Les conditions de réalisation de certains actes médico-techniques peuvent fausser l'appréciation en coûts complets des séjours.

Certains actes et certaines prestations peuvent être réalisés en ville en péri-hospitalisation, c'est-à-dire avant et/ou après le séjour et ne sont pas retracés dans les coûts complets des séjours actuellement.

La production d'actes médico-techniques péri-hospitaliers existe dans les deux secteurs de soins mais est mal connue à ce jour. Son importance pourrait conduire à sous estimer les coûts d'actes médico-techniques liés à une hospitalisation entre les deux secteurs, faussant l'appréciation des écarts de coûts des GHS.

De ces remarques, la recommandation suivante est tirée :

- Recommandation d'étude n°15 : Une étude de faisabilité du recueil des charges péri-hospitalières rattachable à un séjour doit être conduite.

Les charges péri-hospitalières couvrent l'ensemble des actes et des soins réalisés en amont et en aval d'un séjour hospitalier et en lien direct avec celui-ci. Il s'agit ici d'identifier uniquement les actes et prescriptions induits spécifiquement par l'hospitalisation du patient. Ainsi, par exemple, certains actes médico-techniques de biologie ou de radiologie se rapportant à un séjour hospitalier peuvent être réalisés en ville avant et/ou après le séjour.

b) Une étude a été conduite par la CNAMTS en 2009, sans montrer de différence significative entre secteurs

En 2009, une étude a été menée par la CNAMTS avec pour objectif d'analyser les charges péri-hospitalières rattachées en amont et en aval des séjours hospitaliers en MCO et objectiver l'existence ou non de différences de pratique entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN et les quantifier le cas échéant. Les résultats de l'étude indiquent des différences de consommation de soins extrahospitaliers globalement très faibles entre les deux secteurs⁴⁶.

Il faut néanmoins rapporter les limites mises en évidence par la CNAMTS :

- au moment de la réalisation de cette étude, les données disponibles permettaient de connaître uniquement le mois du séjour hospitalier dans le secteur public (pas le jour d'entrée/sortie) ce qui ne permettait pas de savoir avec certitude si toutes les prestations reçues par un patient avaient trait au même séjour ;
- difficulté à rattacher les prestations péri-hospitalières au motif du séjour d'hospitalisation ;

⁴⁶ Cf. la synthèse de l'étude de la CNAMTS en annexe 12.

- impossibilité de prendre en compte les consultations externes réalisées à l'hôpital dans les charges péri-hospitalières (soumis à la mise en place de la facturation directe de ces prestations).

Peu de conclusions peuvent donc être formulées suite à cette étude mais des améliorations de l'étude sont envisageables à court et moyen termes par l'amélioration des systèmes d'information :

- Un chaînage plus précis entre ville et hôpital est désormais réalisable ; il pourra être mis en œuvre pour affiner les résultats d'une telle étude ;
- Un contenu des GHS a été précisé en termes de prestations ;
- La poursuite de l'analyse sur les cas spécifiques identifiés : bilan préopératoire des séjours de chirurgie ambulatoire, séjours avec arrivée en urgence suivie d'hospitalisation, *etc.* ;
- Mise en place de la facturation directe des consultations externes, qui permettrait de les ajouter à l'étude.

L'étude réalisée constitue donc une première approche. Les zooms discutés plus haut pourraient alors être explorés (contour du GHS et passage aux urgences avec hospitalisation), dans le cadre d'une mise à jour de l'étude réalisée dans le courant de 2012. Il est toutefois très peu probable que ces compléments puissent avoir un impact sur le processus de convergence.

3.1.9. Insolvabilité et créances irrécouvrables

a) Diagnostic et recommandations de l'IGAS en 2006

Selon l'IGAS, le champ des missions d'intérêt général serait incomplet. En 2005, plus de 75 activités et missions ont été identifiées dans l'arrêté d'avril. Cependant, il existerait encore des missions non ou insuffisamment prises en compte pesant notamment sur le secteur public comme les soins de recours de très haute technicité, le poids des créances irrécouvrables, la couverture insuffisante des services sociaux et les charges spécifiques de la permanences des soins.

La mission IGAS considère que : « le poids des créances irrécouvrables et de l'insolvabilité de certains patients constitue le sujet insuffisamment traité à ce jour, contrairement aux autres points avancés, qui ont trouvé des éléments de réponse dans les dispositions tarifaires de 2005 ». De ces remarques est tirée la recommandation suivante :

- Recommandation d'étude n°16 : L'insolvabilité et les créances irrécouvrables doivent faire l'objet d'études spécifiques.

b) Actions mises en œuvre

Les montants de créances irrécouvrables sont régulièrement suivis par la DGOS, en lien avec la direction générale des finances publiques⁴⁷. Ils ont représenté presque 156 M€ en 2009 pour l'ensemble des établissements publics de santé.

Leur limitation, et l'amélioration des processus de recouvrement, font partie des chantiers importants d'amélioration de la performance des établissements les plus concernés, notamment *via* le versement de provisions à l'admission lorsque la situation du patient rend cela possible.

⁴⁷ Cf. l'annexe 13 pour un historique de ces montants de 2006 à 2010.

Par ailleurs, les créances irrécouvrables sont fréquemment liées à l'accueil de patients non assurés sociaux et elles ont à ce titre été prises en compte dans les travaux relatifs au financement des surcoûts liés à la précarité de la patientèle.

3.2. Bilan des recommandations relatives au pilotage des études

En l'état des moyens et de l'organisation actuels, la mission IGAS doutait de la possibilité de tenir le calendrier d'une mise en œuvre de la convergence, sur les bases documentées appropriées, à l'échéance 2008. Elle recommandait un meilleur partage des rôles entre DHOS et ATIH et une meilleure priorisation des travaux relatifs à la convergence⁴⁸, de manière à pouvoir faire aboutir le processus. Les recommandations suivantes sont formulées au regard de ces remarques :

3.2.1. L'association des acteurs et le pilotage des travaux

a) Diagnostic et recommandations de l'IGAS en 2006

- Recommandation pilotage des travaux n°1 : faire de l'actuel comité de pilotage de la convergence un «comité de surveillance et d'orientation».
- Recommandation pilotage des travaux n°2 : Assurer au sein de la DHOS le pilotage des travaux restant à conduire.

b) La mise en place du groupe de travail «évolution du modèle» et la disparition de la Mission T2A

Le report à 2018 de l'échéance a modifié les enjeux par rapport à 2006. Par ailleurs, la reprise par le ministère du pilotage direct de la réforme du financement avec l'appui technique de l'ATIH en a modifié la gouvernance. Ainsi, la disparition au 1^{er} janvier 2011 de la MT2A a entraîné la disparition des instances qui lui étaient associées : comité de suivi et de concertation et comité d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La relative confusion des rôles qui pouvait exister entre ATIH/MT2A et DHOS a ainsi été supprimée, en cohérence avec la réorganisation de la DHOS en DGOS conduite en 2010. La DGOS a ainsi repris en interne le pilotage des travaux et l'animation des instances de dialogue.

Le groupe de travail technique sur la convergence et l'évolution du modèle de financement, placé sous l'égide de la DGOS, constitue désormais l'instance unique de discussion relative au modèle de financement. Il remplace notamment le comité de pilotage des travaux sur la convergence, qui était en sommeil.

Présidé par la directrice générale de l'offre de soins ou son adjoint chef de service, il est composé de deux représentants par fédération hospitalière : Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), Le Groupe des Centres de lutte contre le cancer (UNICANCER), Fédération Hospitalière de France (FHF) et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), de la DGOS, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ainsi que, plus récemment, d'un représentant de la HAS.

⁴⁸ Cf. annexe 14 : Tableau de suivi des études convergence.

Le groupe de travail a pour mission principale d'actualiser la méthode, le calendrier, les processus et les modalités d'évolution du modèle de financement. Dans cette optique, les études qu'il a vocation à piloter dépassent le seul sujet de la convergence.

Comparativement au comité de pilotage précédent, la création du groupe de travail sur l'évolution du modèle présente l'avantage d'un groupe plus opérationnel mobilisable pour des réunions à un rythme plus fréquent, ce qui répond aussi aux attentes des fédérations hospitalières. Une garantie de cohérence est alors apportée dans la mesure où les mêmes acteurs sont regroupés en une seule instance compétente sur plusieurs thèmes. La conduite de travaux techniques, en partage avec les fédérations sur des sujets qui ne se limitent pas à la convergence, fait également partie de ses attributions.

Ainsi, le groupe a notamment retenu dans son programme de travail les réflexions sur la prise en compte de la qualité dans le modèle de financement ainsi que les évolutions relatives à certaines MIG, les conséquences et modalités de la régulation prix-volume, etc. Depuis sa création en mai 2010 au mois de juin 2011, 8 réunions de travail ont été tenues, en plus de réunions thématiques consacrées à la présentation des résultats des études.

3.2.2. Constitution d'un groupe d'experts indépendants

- Recommandation pilotage des travaux n°3 : Constituer un groupe d'experts indépendants, chargé de conseiller la DHOS sur le pilotage des études complémentaires.

Dans le cadre du groupe de travail technique sur l'évolution du modèle de financement, qui a pour missions principales d'actualiser la méthode, le calendrier, etc., dont la convergence est un aspect important (cf. 3.2.1.), des experts sont conviés au groupe de travail sur l'évolution du modèle, *via* les fédérations, ou mobilisés à l'occasion des études thématiques, notamment pour apprécier les aspects techniques médicaux du modèle.

3.2.3. Renforcer le pilotage de la convergence

- Recommandation pilotage des travaux n°4 : Attribuer explicitement la conduite des travaux sur la convergence aux niveaux appropriés à la DHOS en renforçant ses moyens.
- Recommandation pilotage des travaux n°5 : Clarifier la répartition des rôles entre la DHOS (maître d'ouvrage) et l'ATIH (maître d'œuvre) sur la base d'un cahier des charges précis ; procéder de même avec la mission T2A et la MEAH.

Lors de la réorganisation de la DHOS en DGOS en mars 2010, les attributions et rôles entre la DGOS et l'ATIH ont été précisés (voir le § 3.2.1. pour les attributions de la DGOS). Quant à l'ATIH, avec le renouvellement de son COP (contrat d'objectif et de performance) signé le 23 mai 2011, elle a pu préciser ses missions générales et celles en partenariat avec la DGOS.

Au regard de ces nouvelles modalités de fonctionnement le bureau Evaluation, modèles et méthodes (DGOS/R5) en charge du dossier de la convergence (le bureau R5 lors de la création de la DGOS a reçu dans ses attributions la poursuite des dossiers menés alors par la mission T2A)⁴⁹ : 2 ETP sont en charge du dossier.

⁴⁹ Arrêté du 27 janvier 2011 portant suppression de la mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité, NOR: ETSH1031579A

A noter pour mémoire que la mission MEAH (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier) a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007 et rattachée au ministère de la Santé (DHOS). Un an avant la mission T2A, elle aussi a cessé d'exister en tant qu'entité unique et a fusionné dans le cadre de la création de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux instituée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁵⁰).

Il en résulte une réorganisation complète du pilotage hospitalier qui situe clairement la DGOS en tant que maître d'ouvrage, les agences étant chargées des fonctions opérationnelles.

⁵⁰ Source ANAP

4. Conclusion

A plusieurs égards, 2010 et 2011 auront constitué deux années charnières pour la convergence. Le quasi-achèvement du programme d'étude fixé par l'IGAS, le renouveau de la méthode de travail à travers le groupe de travail «Evolution du modèle», enfin la mise en œuvre de la convergence «ciblée» permettent d'esquisser un programme de travail et une trajectoire pour les années à venir.

Les perspectives tracées par le rapport de l'IGAS et par les actions conduites jusqu'à aujourd'hui montrent que la convergence recouvre divers aspects : la convergence faciale elle-même, mais également l'amélioration de la connaissance et de la justification des écarts de coûts, ou les modalités de gestion et d'attribution des MIGAC.

L'approche se doit également d'être pragmatique : pour aboutir, la convergence ne saurait attendre une mise à plat totale de tous les sujets, la solution de toutes les questions de fond soulevées par l'IGAS ou les acteurs, ni la définition d'un modèle cible intangible, par définition inadéquat en regard d'une réalité mouvante : tant les processus de production de soins que les déterminants de leur efficacité médico-économique connaissent des évolutions constantes. Dès lors, la convergence doit pouvoir s'adapter à cette dynamique qui opère, en permanence, un reclassement de la performance des acteurs et des secteurs.

Ce pragmatisme conduit à privilégier la conduite de front de plusieurs réflexions :

- La poursuite des travaux engagés, notamment l'achèvement de la v11 par la mise à jour des CMD 14 et 15, ainsi que les efforts de mise à plat des MIGAC ;
- La poursuite d'une convergence ciblée raisonnée, portant sur les activités et tarifs sur lesquels il n'existe pas de doute raisonnable pouvant justifier des écarts de coût ;
- Les évolutions structurelles du modèle, notamment pour prendre en compte des facteurs d'écart de charge inter mais aussi intra-sectoriels, notamment l'activité «non programmée» ;
- En parallèle, un travail sur la mesure de l'effort de convergence à accomplir, à défaut d'être en mesure de faire disparaître tous les écarts de périmètre réglementaire.

4.1. La convergence ciblée

La convergence ciblée peut se poursuivre selon deux scénarios pouvant être mixés :

- **l'approfondissement** avec une convergence ciblée qui porterait sur les mêmes GHM qu'en 2011, avec une attention particulière à avoir sur la maîtrise des effets revenus, et par suite sur la soutenabilité et la pérennité de l'offre de soins ;
- **l'élargissement**, ce qui fera porter l'effort de convergence par exemple sur les GHM les plus hétérogènes.

4.2. Les évolutions de la structure du modèle

Un certain nombre de changements structurants, comparables à ceux qui avaient été opérés à l'occasion de la création des MIG PDSH et précarité, ou de la mise en place de la V11, devront également être conduits. Certaines évolutions à l'étude, notamment le financement des activités non

programmées et les surcoûts non médicaux de la permanence des soins, ont déjà été présentées en partie 3.

4.2.1. La révision des CMD 14 et 15

Les CMD 14 et 15, correspondant respectivement à l'obstétrique et à la néonatalogie, avaient été écartées de la révision de la classification des GHM à l'occasion de la V11 du fait de la nécessité d'échelonner les travaux. Les travaux sont en cours de conduite par l'ATIH et seront aboutis techniquement en 2012. Il en résultera pour ces activités des conséquences comparables à celles de la V11 du fait de la révision de niveaux de sévérité.

A un terme plus lointain, lorsque la CCAM clinique aura pu être élaborée, il pourrait en résulter une évolution des parties médicales de la classification des GHM. En affinant la description au sein de ces GHM, elle permettra sans doute de mieux décrire les différences de pratique et donc de faire progresser la convergence.

4.2.2. Le financement de l'accueil des patients précaires

Deux MIG et le dispositif AME traduisent aujourd'hui les surcoûts générés par la prise en charge d'une telle population : la MIG PASS, la MIG précarité (créée en 2009) et un coefficient de compensation AME.

Comme décrit en § 3.1.5, les premiers travaux de la DREES et de la DHOS-MT2A autour de cette thématique ont permis de définir un premier modèle se basant sur les données disponibles, qui a permis la répartition en 2009 d'une dotation plancher MIG précarité. Le modèle ensuite été amendé en 2010.

Il s'est avéré que cette approche utilisait des données insuffisamment fiables et entraînait donc des effets revenus importants, ce qui compromettait la gestion du modèle dans le temps. Il s'agirait de sortir du modèle actuel en définissant des critères plus fiables de la précarité, ce qui permettrait ensuite de construire plus facilement un modèle de financement.

La question se pose également de compléter ces indicateurs administratifs par des données de type démographique. En effet, il semble intéressant de poursuivre l'étude pour intégrer à terme, dans le modèle de répartition de la dotation précarité une dimension fondée sur la connaissance des bassins démographiques dans lesquels s'inscrit l'activité des établissements.

Un des enjeux des travaux sera d'organiser les articulations entre ces trois types de financements (MIG PASS/ MIG précarité/AME), dont les périmètres respectifs peuvent se recouvrir.

4.2.3. L'homogénéisation des éléments de tarification complémentaires aux GHS

D'autres éléments du modèle tarifaire, plus marginaux que la valeur des GHS elle-même, restent hétérogènes entre secteurs (*cf.* 2.3.3, g). Ils doivent faire l'objet d'adaptations progressives. Ainsi, un rapprochement des bornes des deux secteurs (*cf.* le g du § 2.3.3) est à l'étude pour 2013. (Par exemple : à partir d'un case-mix global commun aux deux secteurs, lorsque cela est pertinent).

4.3. Poursuivre l'amélioration de la prise en compte des écarts de périmètre réglementaire

La partie 2.3 décrit les écarts réglementaires qui ne sont pas, à l'heure actuelle, neutralisés dans le calcul de l'écart facial, ainsi que les difficultés techniques et de principe que soulèveraient un certain nombre de corrections. Ces comparaisons, présentées pour la première fois de manière chiffrée dans ce rapport, devront faire l'objet d'approfondissements de manière à pouvoir les intégrer dans un indicateur d'écart facial unique.

En 2012, des travaux de rapprochement de la règle de facturation des forfaits journaliers hospitaliers (FJH) permettront de neutraliser une partie de l'écart. Le coefficient «Haute technicité» disparaîtra également, résorbant ainsi deux sources d'écarts.

5. Annexes

Annexe 1 : LFSS pour 2004 (VII de l'article 33)

«Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.»

Annexe 2 : Analyse de la convergence intra sectorielle (source note ATIH)



Analyse de la convergence intra-sectorielle

Il convient de rappeler que le coefficient de transition est un outil du dispositif de transition mis en place dans le cadre de la tarification à l'activité. Il est en vigueur dans le secteur ex OQN depuis 2005 lors de la mise en œuvre de la T2A, alors que dans le secteur ex-DG il n'a été mis en place qu'en 2008 lors de la suppression de la dotation annuelle complémentaire (DAC) et du passage à 100% de fraction de tarif dans ce secteur.

Ce coefficient mesure la sur ou sous dotation initiale d'un établissement par rapport au financement de son activité aux tarifs nationaux. Il converge chaque année jusqu'en 2012 vers 1.

En pratique, pour un établissement, il est appliqué au tarif national pour déterminer le tarif du financement de son activité. Aussi, lorsqu'il est affecté au tarif national, il permet d'obtenir le tarif de l'établissement. Ainsi, tout se passe comme si pendant toute la période de transition, chaque établissement dispose de son système tarifaire propre et donc la prise en charge d'un patient est plus ou moins « coûteuse » en fonction du secteur (le niveau des tarifs nationaux) et de l'établissement (le niveau du coefficient de transition).

En 2009, les chiffres d'affaires des établissements de santé publics et privés ont été mis à jour de telle sorte qu'ils prennent en compte le changement de classification (passage à la classification des séjours V11).

Principaux résultats

En 2011, 100% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence est évaluée à environ 121 M€ en 2011 soit un total de près de 1,2 Md€ sur la période 2005-2011 dans le secteur public et 19,5 M€ en 2011 soit un total de près de 157 M€ sur la période 2005-2011 dans le secteur privé.

Pour ce qui est du redéploiement inter-région en 2011, dans le secteur privé, 12 régions étaient surdotées en 2010 et donc ont contribué à compenser la sous dotation des autres régions de l'ordre de 9 M€. Concernant le secteur public, 8 régions sont surdotées et donc contribueront à compenser la sous dotation des autres régions d'environ 76 M€.

Tableau 1 : Redéploiement inter-région en 2011 pour le secteur privé et le secteur public.

| Région | Privé | | | |
|----------------------------|---|---|--|---|
| | Montant des pertes de recettes des établissements surdotés au terme de la convergence | Montant des gains de recettes des établissements sousdotés au terme de la convergence | Redistribution inter-régionale restant à opérer d'ici 2012 | Part de cette redistribution par rapport au CA de la région |
| Alsace | - | 192 392 | 192 392 | 0.13% |
| Aquitaine | - 1 026 646 | 1 299 713 | 273 067 | 0.06% |
| Auvergne | - 323 930 | 90 471 | - 233 459 | -0.16% |
| Bourgogne | - | 13 702 | 13 702 | 0.01% |
| Bretagne | - 45 386 | 534 348 | 488 961 | 0.16% |
| Centre | - 392 164 | 353 076 | - 39 088 | -0.01% |
| Champagne-Ardennes | - 725 400 | 602 017 | - 123 384 | -0.07% |
| Corse | - 127 102 | 187 713 | 60 611 | 0.13% |
| Franche-Comte | - 275 138 | 355 812 | 80 674 | 0.09% |
| Guadeloupe | - 486 685 | 517 576 | 30 891 | 0.04% |
| Guyane | - 143 364 | 35 280 | - 108 084 | -1.09% |
| Ile-de-France | - 5 498 957 | 1 269 682 | - 4 229 275 | -0.32% |
| Languedoc-Roussillon | - 1 592 909 | 710 158 | - 882 751 | -0.21% |
| Limousin | - 136 945 | - | - 136 945 | -0.15% |
| Lorraine | - 597 346 | 133 420 | - 463 926 | -0.22% |
| Martinique | - | 450 512 | 450 512 | 1.42% |
| Midi-Pyrénées | - 494 606 | 2 123 804 | 1 629 198 | 0.37% |
| Nord-Pas-de-Calais | - 1 243 493 | 1 766 379 | 522 887 | 0.11% |
| Normandie-Basse | - 55 013 | 562 560 | 507 547 | 0.38% |
| Normandie-Haute | - 301 344 | 19 802 | - 281 542 | -0.14% |
| Pays de la Loire | - 164 378 | 862 254 | 697 876 | 0.17% |
| Picardie | - 529 868 | 329 804 | - 200 063 | -0.16% |
| Poitou-Charentes | - 424 156 | 297 865 | - 126 291 | -0.08% |
| Provence-Alpes-Cote-d'Azur | - 730 135 | 2 872 769 | 2 142 634 | 0.29% |
| Rhone-Alpes | - 3 275 471 | 931 193 | - 2 344 278 | -0.37% |
| Reunion | - 890 059 | 1 912 854 | 1 022 795 | 0.87% |
| TOTAL | - 19 480 496 | 18 425 156 | - 1 055 340 | -0.01% |
| | | Perte finale | - 9 169 088 | |
| | | Gain final | 8 113 748 | |

| Région | Public | | | |
|----------------------------|---|---|--|---|
| | Montant des pertes de recettes des établissements surdotés au terme de la convergence | Montant des gains de recettes des établissements sousdotés au terme de la convergence | Redistribution inter-régionale restant à opérer d'ici 2012 | Part de cette redistribution par rapport au CA de la région |
| Alsace | - | 3 870 693 | 3 870 693 | 0.38% |
| Aquitaine | - 2 571 358 | 7 732 598 | 5 161 240 | 0.40% |
| Auvergne | - 1 058 620 | 1 967 413 | 908 794 | 0.15% |
| Bourgogne | - 946 239 | 5 916 884 | 4 970 645 | 0.64% |
| Bretagne | - 453 352 | 7 082 866 | 6 629 513 | 0.47% |
| Centre | - 828 715 | 6 926 586 | 6 097 871 | 0.61% |
| Champagne-Ardenne | - 3 514 447 | 1 634 312 | - 1 880 135 | -0.31% |
| Corse | - 1 721 340 | 381 244 | - 1 340 096 | -1.37% |
| Franche-Comte | - 340 858 | 3 690 804 | 3 349 946 | 0.61% |
| Guadeloupe | - 2 494 637 | 87 349 | - 2 407 288 | -1.68% |
| Guyane | - | - | - | |
| Ile-de-France | - 59 331 001 | 5 651 071 | - 53 679 930 | -1.02% |
| Languedoc-Roussillon | - 1 235 916 | 4 879 430 | 3 643 514 | 0.38% |
| Limousin | - 16 076 | 2 802 033 | 2 785 957 | 0.68% |
| Lorraine | - 8 069 039 | 3 796 054 | - 4 272 986 | -0.36% |
| Martinique | - 1 462 457 | 170 310 | - 1 292 148 | -0.59% |
| Midi-Pyrénées | - 2 805 167 | 3 501 540 | 696 373 | 0.07% |
| Nord-Pas-de-Calais | - 2 458 874 | 8 863 321 | 6 404 447 | 0.33% |
| Normandie-Basse | - 3 641 684 | 2 825 610 | - 816 074 | -0.11% |
| Normandie-Haute | - 2 252 120 | 3 107 462 | 855 342 | 0.12% |
| Pays de la Loire | - 124 091 | 10 452 995 | 10 328 905 | 0.76% |
| Picardie | - 1 630 082 | 3 336 838 | 1 706 757 | 0.21% |
| Poitou-Charentes | - 196 553 | 4 777 354 | 4 580 801 | 0.60% |
| Provence-Alpes-Cote-d'Azur | - 17 438 219 | 6 868 246 | - 10 569 973 | -0.51% |
| Rhone-Alpes | - 4 767 813 | 18 604 954 | 13 837 141 | 0.53% |
| Reunion | - 456 828 | 2 642 291 | 2 185 463 | 0.64% |
| TOTAL | - 119 815 485 | 121 570 256 | 1 754 771 | 0.01% |
| | | Perte finale | - 76 258 629 | |
| | | Gain final | 78 013 400 | |

Sur le secteur privé, il convient de noter que les régions ont accéléré le rythme de convergence. Sur le secteur public, cette accélération n'a pu avoir lieu qu'à partir de 2009.

Tableau 2 : Evolution des vitesses de convergence pour les secteurs privé et public depuis la mise en place de la TAA

| PRIVE | | |
|-------|-----------------|------------------|
| Année | Vitesse imposée | Vitesse observée |
| 2005 | 14.29% | 14.29% |
| 2006 | 16.67% | 21.50% |
| 2007 | 20.00% | 23.55% |
| 2008 | 25.00% | 28.96% |
| 2009 | 33.33% | 38.13% |
| 2010 | 50.00% | 51.81% |
| 2011 | 100.00% | 100.00% |

| PUBLIC | | |
|--------|-----------------|------------------|
| Année | Vitesse imposée | Vitesse observée |
| 2008 | 30.00% | 30.00% |
| 2009 | 33.33% | 34.29% |
| 2010 | 50.00% | 50.24% |
| 2011 | 100.00% | 100.00% |

Annexe 3 : Détail des 35 GHM de la «convergence ciblée»

Le tableau *infra* fixe la liste des 35 GHM qui ont été soumis au processus de convergence décidé en 2010. Selon les GHM, le processus de convergence appliqué a été différent :

- **20 GHM ont été soumis à une convergence totale**, pour un montant d'économies pour l'Assurance Maladie (AM) estimé à **62 M€**, se déclinant comme suit :
 - **16 GHM de chirurgie correspondant à 8 couples de GHM de chirurgie ambulatoire** avec leur équivalent en niveau 1 faisant également l'objet d'une politique tarifaire incitative avec fixation d'un tarif unique. **Economies de 29 M€**
 - **3 GHM de chirurgie légère de niveau 1 et 1 GHM d'ambulatoire** (sans existence de niveau 1 donc sans risque d'être désincitatif à l'ambulatoire). Economies de **20 M€**
- 3 GHM d'obstétrique ont été soumis à une convergence « mixte » basée sur un montant d'économie globale pour l'assurance maladie de 44M€ reposant sur des évolutions tarifaires différenciés :
 - Augmentation du tarif du GHM « Accouchement par voie basse sans complication significative » => **Coût AM de 22 M€**
 - Diminution du tarif du GHM « Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif » avec application d'un taux de convergence partiel fixé à 46% => **Economies de 53 M€**
 - Diminution du tarif du GHM « Césariennes sans complication significative » avec application d'une convergence totale => **Economies de 13 M€**
- **12 GHM ont été soumis à un rapprochement tarifaire** pour un montant d'économies pour l'AM estimé à **88 M€**, se déclinant comme suit :
 - **11 GHM autres**, avec un taux de convergence à 35%, dont :
 - 2 GHM correspondant à un couple de GHM de chirurgie ambulatoire avec son équivalent en niveau 1,
 - 8 GHM de chirurgie légère de niveau 1
 - 1 GHM de séance (transfusion)**Economies de 37 M€**
 - **1 GHM de chimiothérapie** en séances avec un taux de convergence à 25%. **Economies de 20 M€.**

LISTE DES 35 GHM – Convergence ciblée 2010

| 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 |
| 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 | augmentation tarifaire 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 % |

Annexe 4 : Economies réalisées sur la convergence (sources : note ATIH)



Bilan des économies réalisées sur la convergence 2010

Problématique

Il a été décidé de retenir une convergence graduée entre les deux secteurs, correspondant à une convergence totale pour 21 GHM et à un rapprochement tarifaire pour 14 autres, soit une liste de 35 GHM pour un montant d'économies Assurance maladie intégré dans l'ONDAM 2010 à hauteur de 150 M€. Dans ce cadre, les séjours retenus doivent respecter des critères tels qu'un niveau médical similaire (lourdeur des patients) et des pratiques de prises en charge semblables. L'approche médicale approfondie a donc constitué le socle de la démarche de sélection des GHM. 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 médical qu'économique.

Cette annexe présente un bilan de la réalisation des économies prévues pour l'Assurance Maladie.

Données

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités de l'exercice 2010 recueillies dans le cadre du PMSI. Cependant, les mois de janvier et février n'étant pas valorisés aux tarifs 2010, ils sont écartés de l'analyse.

Résultats

Entre 2009 et 2010 comme entre 2008 et 2009, l'évolution du nombre de séjours sur les GHM de convergence est de +3,3%.

Le constat de mars à décembre 2010 indique une économie sur 10 mois d'environ 160 M€ en dépense encadrée (*i.e.* hors taux de remboursement), soit une économie en dépenses AM de 147 M€.

Conclusion

Le constat de mars à décembre 2010 permet de conclure que les économies attendues ont été réalisées.

| GHM | GHS | libellé | Evolution 2008-2009 | Evolution 2009-2010 | Economie en dépense encadrée sur 10 mois (mars-décembre 2010) | Contribution à l'économie | Contribution à l'économie prévue lors de la construction tarifaire |
|--------|------|---|---------------------|---------------------|---|---------------------------|--|
| 01C131 | 59 | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1 | -12.0% | -12.7% | 623 776 | 0.4% | 0.5% |
| 01C13J | 63 | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire | 4.9% | 1.5% | 3 873 568 | 2.4% | 2.5% |
| 03C101 | 643 | Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1 | -8.0% | 5.8% | 1 691 141 | 1.1% | 1.0% |
| 03C141 | 659 | Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1 | -4.9% | -5.8% | 73 338 | 0.0% | 0.1% |
| 03C14J | 663 | Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire | 5.5% | 2.2% | 613 266 | 0.4% | 0.4% |
| 03C22J | 697 | Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire | 1.6% | 1.5% | 1 952 304 | 1.2% | 1.2% |
| 03K021 | 815 | Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1 | -24.4% | -11.6% | 495 136 | 0.3% | 0.4% |
| 03K02J | 819 | Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire | 13.5% | 9.4% | 2 351 412 | 1.5% | 1.4% |
| 05C151 | 1484 | Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1 | -4.9% | -2.4% | 1 483 421 | 0.9% | 1.0% |
| 05C171 | 1489 | Ligatures de veines et éveinages, niveau 1 | -25.9% | -23.8% | 1 381 349 | 0.9% | 1.3% |

| | | | | | | | |
|--------|------|---|--------|--------|-----------|------|------|
| 05C17J | 1493 | Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire | 52.3% | 26.4% | 2 526 951 | 1.6% | 1.3% |
| 06C091 | 1955 | Appendicectomies non compliquées, niveau 1 | -3.5% | -5.0% | 7 561 481 | 4.7% | 5.0% |
| 06C111 | 1964 | Interventions réparatrices pour hernies et éversions à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | -4.6% | -3.7% | 6 365 186 | 4.0% | 4.3% |
| 06C121 | 1969 | Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | -8.6% | -14.8% | 2 948 297 | 1.8% | 2.2% |
| 06C12J | 1973 | Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire | 63.4% | 59.4% | 1 391 014 | 0.9% | 0.6% |
| 06C141 | 1978 | Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1 | -0.7% | -2.9% | 1 655 655 | 1.0% | 1.1% |
| 07C141 | 2351 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1 | 4.6% | 3.1% | 4 804 697 | 3.0% | 3.0% |
| 08C241 | 2783 | Prothèses de genou, niveau 1 | -0.9% | 3.9% | 3 704 253 | 2.3% | 2.3% |
| 08C451 | 2871 | Ménisectomie sous arthroscopie, niveau 1 | -25.9% | -17.5% | 1 488 852 | 0.9% | 1.1% |
| 08C45J | 2875 | Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire | 18.1% | 5.7% | 4 509 444 | 2.8% | 2.7% |
| 08C481 | 2885 | Prothèses de hanche pour des traumatismes récents, niveau 1 | -0.9% | -1.0% | 4 525 115 | 2.8% | 2.9% |
| 09C051 | 3328 | Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne, niveau 1 | -4.3% | 4.6% | 3 291 219 | 2.1% | 2.0% |
| 10C121 | 3750 | Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1 | -1.4% | -3.4% | 4 824 691 | 3.0% | 3.2% |

| | | | | | | | |
|--------------|------|--|--------------|-------------|--------------------|---------------|---------------|
| 11C051 | 4125 | Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1 | 6.1% | 5.6% | 3 156 054 | 2.0% | 1.9% |
| 11K08J | 4283 | Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire | 1.9% | 10.4% | 289 441 | 0.2% | 0.2% |
| 12C081 | 4536 | Circoncision, niveau 1 | -12.3% | -9.2% | 521 160 | 0.3% | 0.3% |
| 12C08J | 4540 | Circoncision, en ambulatoire | 6.6% | 3.5% | 5 331 668 | 3.3% | 3.2% |
| 13C031 | 4922 | Hystérectomies, niveau 1 | -3.0% | 0.2% | 9 686 545 | 6.1% | 6.2% |
| 13C121 | 4964 | Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, niveau 1 | -15.6% | -16.2% | 626 285 | 0.4% | 0.5% |
| 13C12J | 4968 | Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire | 9.3% | 6.6% | 1 479 546 | 0.9% | 0.9% |
| 13C12J | 4987 | Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes, en ambulatoire | 22.1% | 23.5% | 141 349 | 0.1% | 0.1% |
| 14C02A | 5306 | Césariennes sans complication significative | -1.4% | 1.8% | 13 691 339 | 8.6% | 8.3% |
| 14Z02A | 5462 | Accouchements par voie basse sans complication significative | -0.7% | 0.9% | -23 558 874 | -14.7% | -14.5% |
| 15Z05A | 5822 | Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif | -0.8% | 0.5% | 55 553 177 | 34.8% | 34.5% |
| 28Z07Z | 9606 | Chimiothérapie pour tumeur, en séances | 7.5% | 6.0% | 22 199 698 | 13.9% | 13.1% |
| 28Z14Z | 9613 | Transfusions, en séances | 5.8% | 4.6% | 6 516 736 | 4.1% | 3.9% |
| TOTAL | | | 3.3% | 3.3% | 159 769 693 | 100.0% | 100,0% |

Annexe 5 : Recherche d'une tentative de contournement de la mesure de convergence (Source : extrait d'une note ATIH)



Recherche d'une tentative de contournement de la mesure de convergence

Problématique :

Un des risques de la convergence est le désengagement des établissements de santé à réaliser les activités pour lesquelles une baisse tarifaire a été opérée. Pour évaluer la réalisation ou non de ce risque, un dispositif de suivi *infra* annuel a été mis en place. Ce dispositif a pour objectif de suivre l'évolution du poids des GHM de convergence et l'apparition éventuelle d'un risque de déport de l'activité entre les GHM qui ont convergés vers :

- d'une part les GHM dits « proches » non soumis à la convergence et donc non impactés par une baisse tarifaire ;
- d'autre part les GHM de niveaux supérieurs, puisqu'au sein des GHM de convergence, la baisse n'a concerné que les niveaux J et 1.

Données

Les résultats présentés reposent sur les données d'activité de l'exercice 2010.

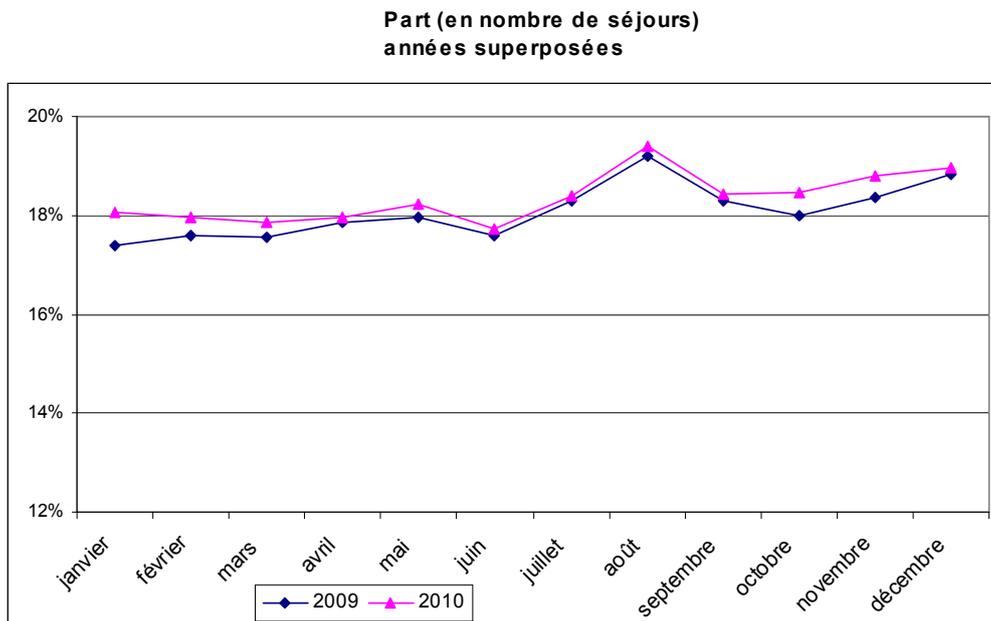
Résultats

➤ Résultats généraux

Globalement, l'analyse de l'évolution du nombre de séjours relatifs aux 35 GHM (*cf.* liste en annexe 1) ayant fait l'objet de convergence ciblée lors de la campagne 2010 révèle que leur part dans l'ensemble de l'activité est stable. En 2010 ils représentent chaque mois environ 18% des séjours réalisés par l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale ; cette part étant légèrement supérieure à celle qui a pu être observée au cours de l'année 2009. (*cf.* figure 1).

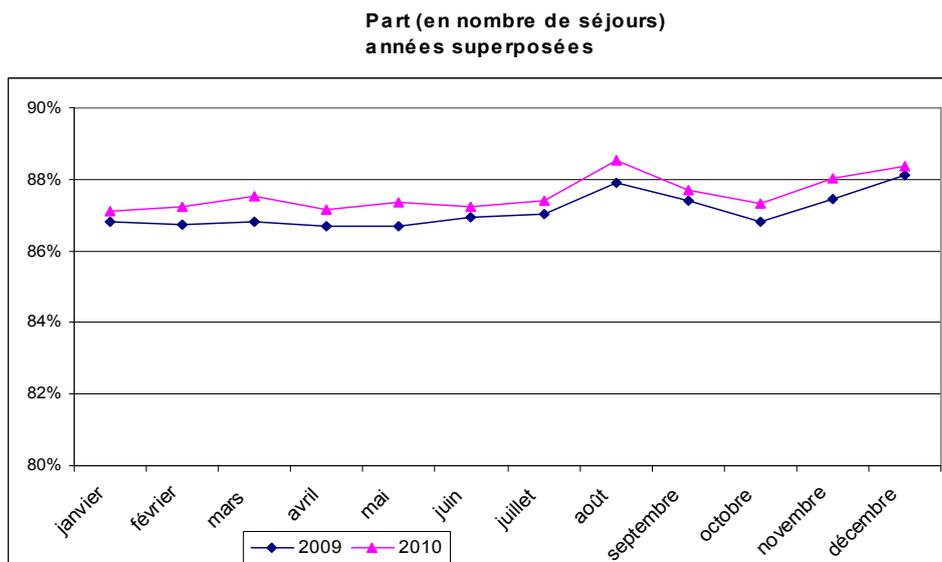
En termes de volume économique (valorisation des GHS par les tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2010, y compris extrêmes), les 35 GHM représentent chaque mois environ 11% de l'activité séjours (hors suppléments).

Figure 1 Evolution de la part des 35 GHM de convergence dans l'ensemble du secteur



S'agissant plus particulièrement du risque, de déport de l'activité vers les GHM dits «proches», l'analyse des données 2010 révèle que la part des GHM de convergence par rapport à l'ensemble des GHM proches a légèrement augmenté entre 2009 et 2010, passant de 86,8% en janvier 2009 à 88,1% en décembre 2009, et de 87,1% en janvier 2010 à 88,4% en décembre 2010 (figure 2). Ce résultat indique donc l'absence de déport vers les GHM dits «proches» non impactés par une baisse tarifaire.

Figure 2 Evolution de la part des GHM de convergence par rapport à l'ensemble des GHM proches et des GHM de convergence



En complément, au sein des GHM de convergence :

- le poids des GHM de niveau 1 par rapport aux GHM de niveaux 1 et 2 a décliné tout au long de l'année 2009 passant de 85,8% en janvier 2009 à 82,4% en décembre 2009 et de 83,5% en janvier 2010 à 82,1% en décembre 2010 (cf. figure 3) **indiquant un faible risque de déport vers le niveau 2** ;
- le poids des GHM de niveau A par rapport aux GHM de niveaux A et B semble décroître mais de façon nettement moins sensible, passant de 84,5% en janvier 2009 à 84,1% en décembre 2009 puis de 84,2% en janvier 2010 à 86,5% en décembre 2010 (cf. figure 4).

Figure 3 Evolution de la part du niveau 1 /niveau 1+2 dans les racines avec GHM de niveau 1

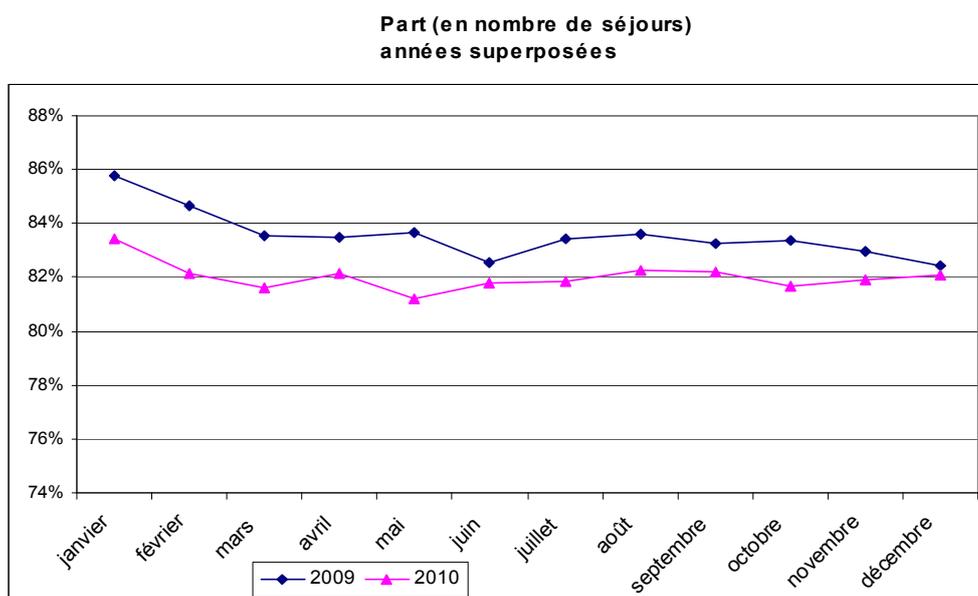
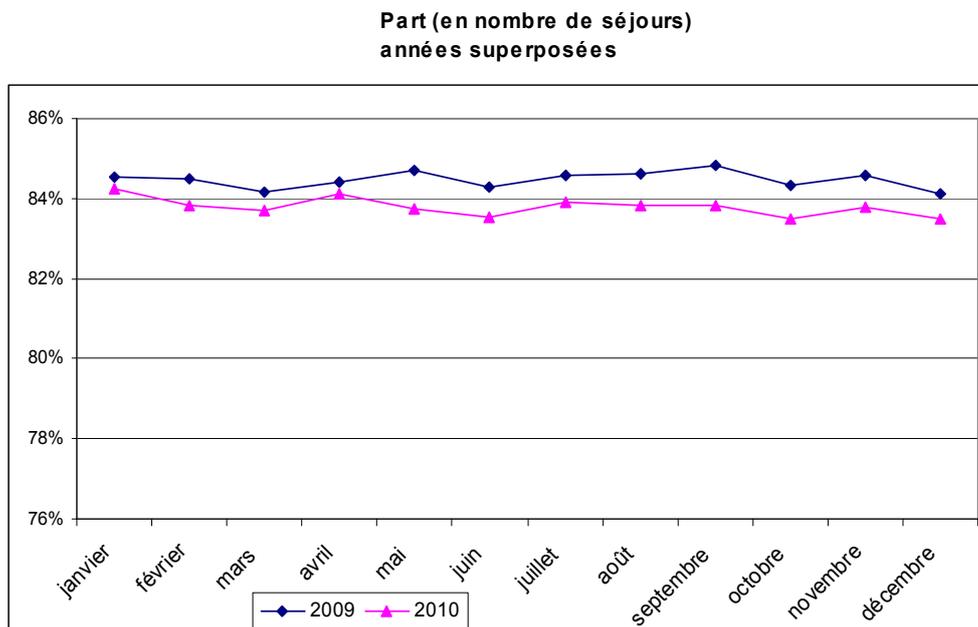


Figure 4 Evolution de la part du niveau A /niveau A+B dans les racines avec GHM de niveau A



Le détail des évolutions est présenté en annexe par racine pour les 6 racines suivantes :

- 05C17 Ligatures de veines et éveinages
- 06C09 Appendicectomies non compliquées
- 06C12 Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
- 14C02 Césariennes
- 14Z02 Accouchements par voie basse
- 15Z05 Nouveau-nés de 2500 g et plus.

➤ **Résultats détaillés : Analyse de l'évolution du poids GHM de base pour 6 racines**

| Racine | Libellé de la racine |
|--------|----------------------------------|
| 5C17 | Ligatures de veines et éveinages |

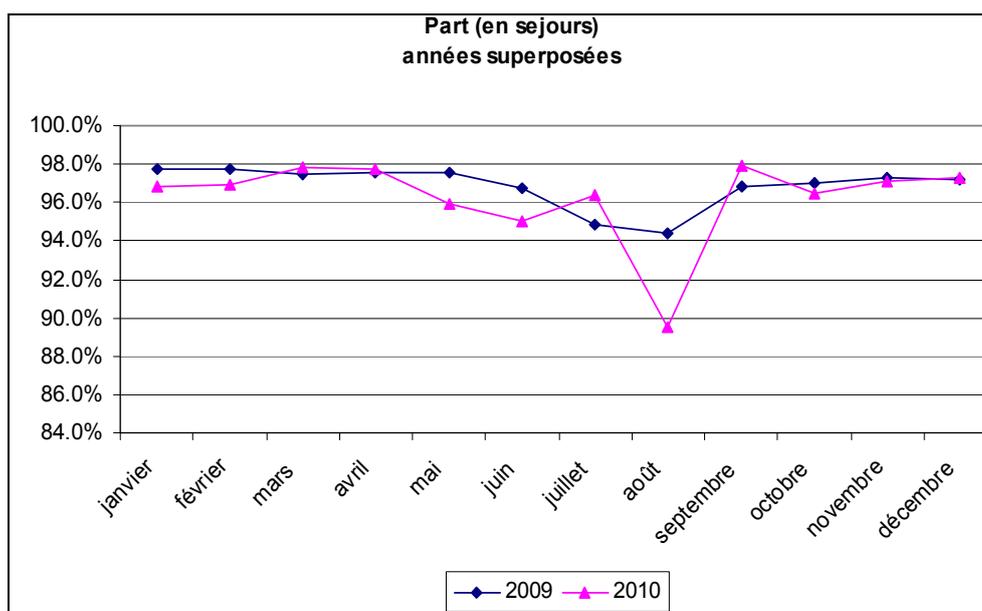
Cette racine a représenté près de 29 000 séjours en 2009 comme en 2010, correspondant à un total de 38,7M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2010.

Il convient de noter que cette racine fait l'objet d'une baisse d'activité saisonnière de juin à septembre

Le poids des GHM de niveau 1 par rapport aux GHM de niveaux 1 et 2 est relativement stable en moyenne, passant de 97,8% en janvier 2009 à 97,3% en décembre 2010.

Figure 5 Evolution de la part du niveau 1/niveau 1+2 dans les racines avec GHM de niveau 1

RACINE 05C17



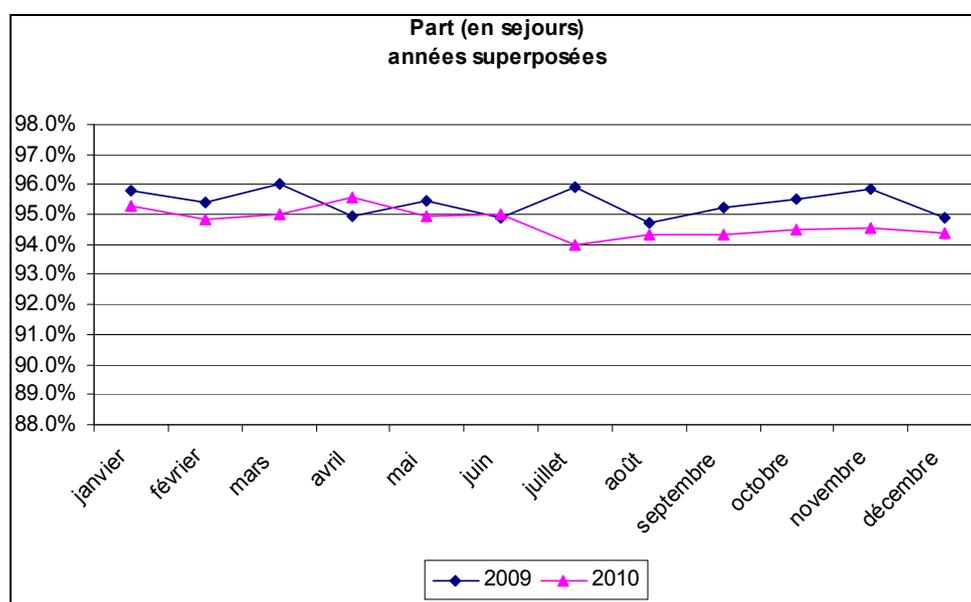
| Racine | Libellé de la racine |
|--------|----------------------------------|
| 06C09 | Appendicectomies non compliquées |

Cette racine a représenté près de 34 000 séjours en 2009 comme en 2010, correspondant à un total de 79,3M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

Le poids des GHM de niveau 1 par rapport aux GHM de niveaux 1 et 2 est relativement stable autour de 95% en 2009 et 95,5% en 2010.

Figure 6 Evolution de la part du niveau 1/niveau 1+2 dans les racines avec GHM de niveau 1

RACINE 06C09



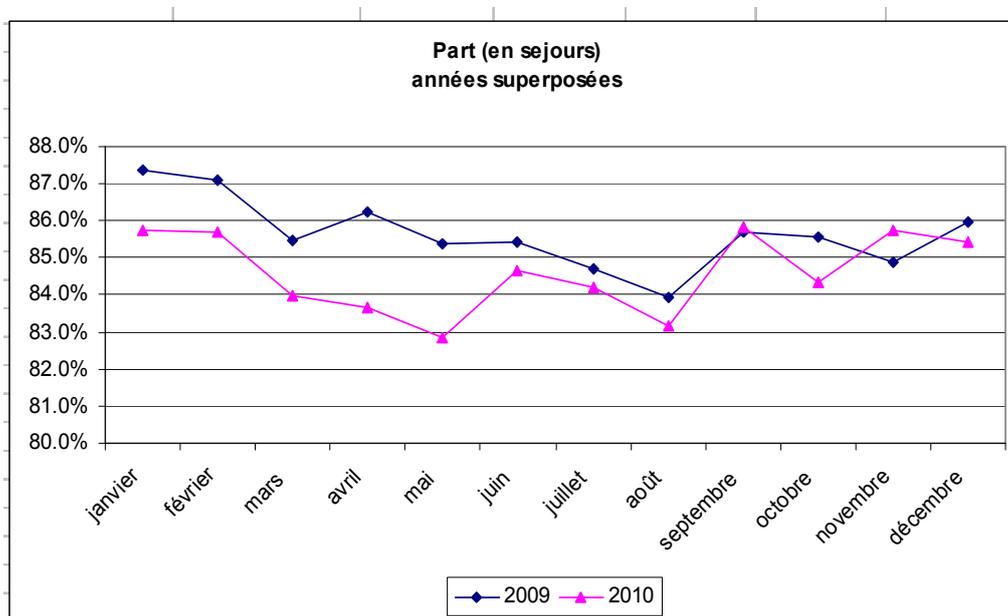
| Racine | Libellé de la racine |
|--------|--|
| 06C12 | Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans |

Cette racine a représenté près de 54 000 séjours en 2009 comme en 2010, correspondant à un total de 107,5M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

Le poids des GHM de niveau 1 par rapport aux GHM de niveaux 1 et 2 a décru régulièrement depuis 2009, passant de 87,4% en janvier 2009 à 86,0% en décembre 2009, puis 85,4% en décembre 2010.

Figure 7 Evolution de la part du niveau 1/niveau 1+2 dans les racines avec GHM de niveau 1

RACINE 06C12



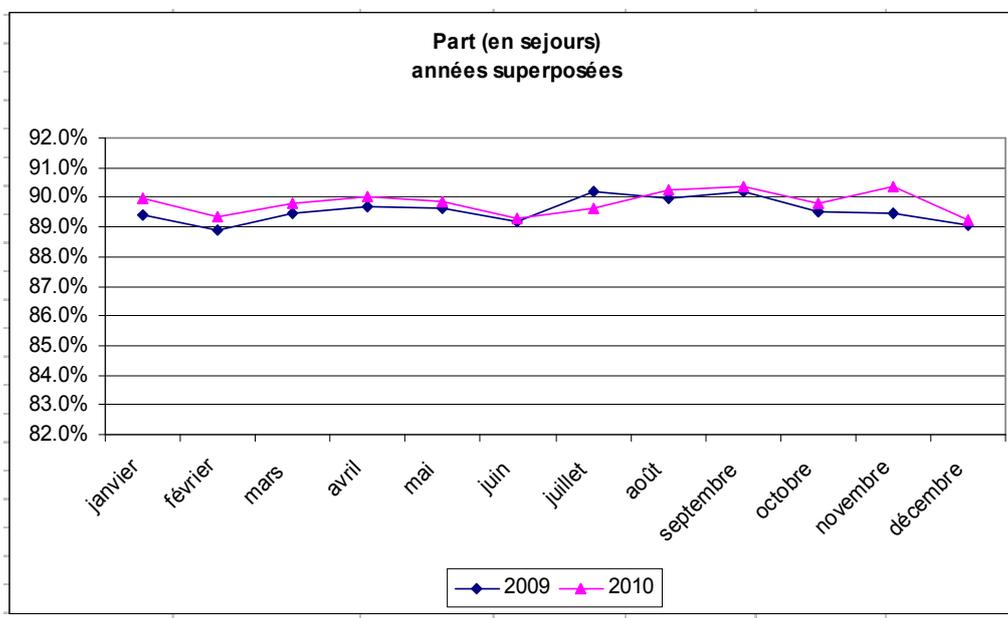
| Racine | Libellé de la racine |
|--------|----------------------|
| 14C02 | Césariennes |

Cette racine a représenté près de 112 000 séjours en 2009 et 116 000 séjours en 2010, correspondant à un total de 414,3M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

Le poids des GHM de niveau A par rapport aux GHM de niveaux A et B est resté stable autour de 90% tout au long de 2009 et 2010.

Figure 8 Evolution de la part du niveau A/niveau A+B dans les racines avec GHM de niveau A

RACINE 14C02



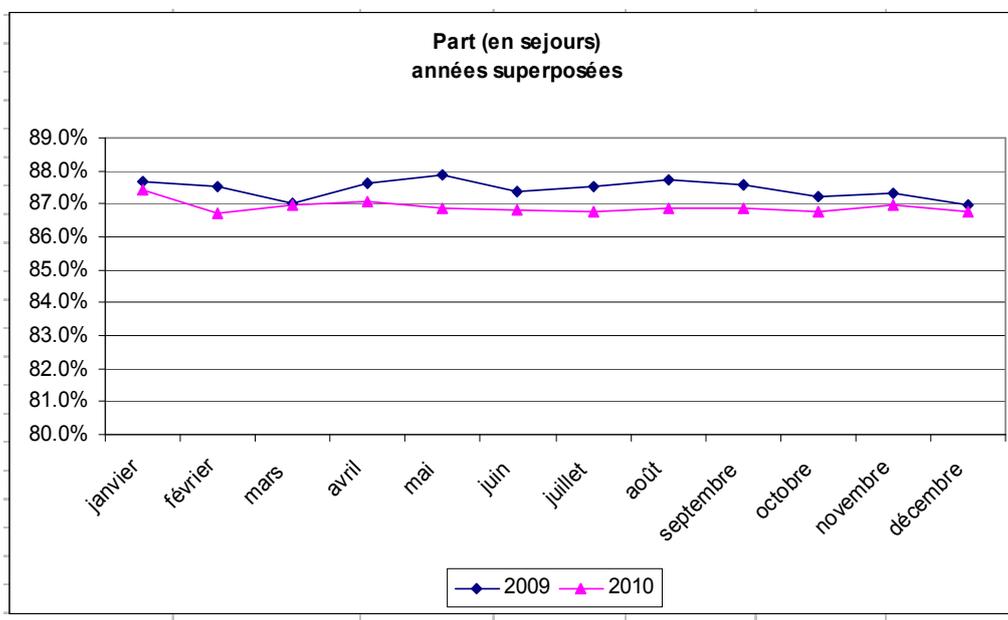
| Racine | Libellé de la racine |
|--------|------------------------------|
| 14Z02 | Accouchements par voie basse |

Cette racine a représenté près de 461 000 séjours en 2009 et 470 000 séjours en 2010, correspondant à un total de 1 106,5M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

Le poids des GHM de niveau A par rapport aux GHM de niveaux A et B est resté stable autour de 87% tout au long de 2009 et 87,5% en 2010.

Figure 9 Evolution de la part du niveau A/niveau A+B dans les racines avec GHM de niveau A

RACINE 14Z02



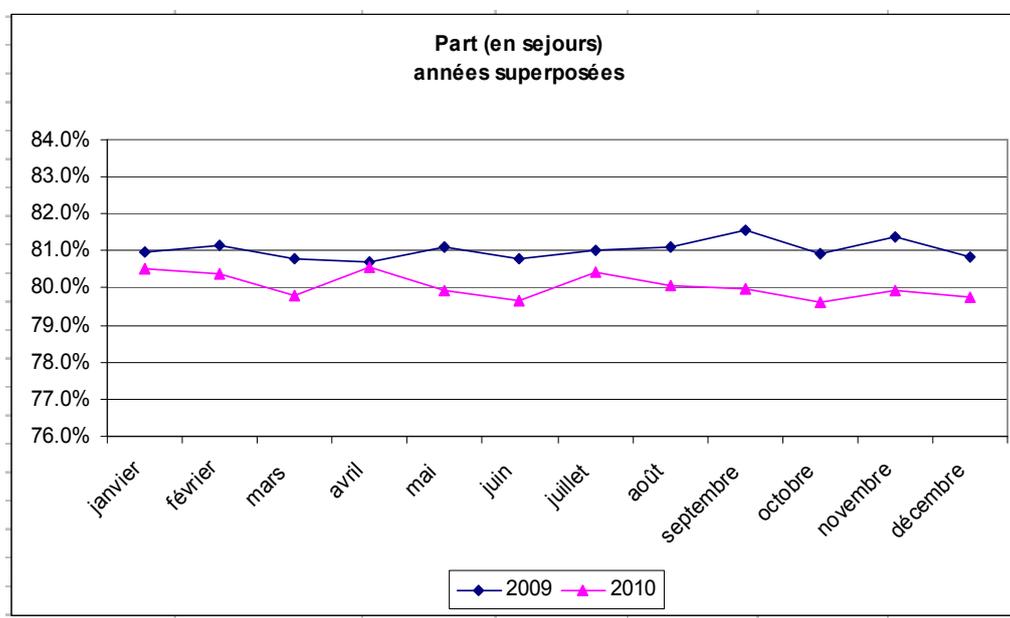
| Racine | Libellé de la racine |
|--------|-------------------------------|
| 15Z05 | Nouveau-nés de 2500 g et plus |

Cette racine a représenté près de 543 000 séjours en 2009 et 554 000 séjours en 2010, correspondant à un total de 592,8 M€ en 2010 aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

Le poids des GHM de niveau A par rapport aux GHM de niveaux A et B est resté stable autour de 80% tout au long de 2009 et 81% en 2010.

Figure 10 Evolution de la part du niveau A/niveau A+B dans les racines avec GHM de niveau A

RACINE 15Z05



Annexe 6 : Liste des GHM soumis à convergence ciblée en 2011 (source ATIH)

Le tableau *infra* fixe la liste des GHM soumis au processus de convergence pour 2011. Comme en 2010, le taux de convergence appliqué aux GHM sélectionnés est différent ; les GHM sont donc classés en fonction du taux appliqué.

| GHM | Libellé | niveau | classé | Taux de rapprochement |
|--------|--|--------|--------|-----------------------|
| 01M21T | Douleurs chroniques rebelles, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 03K04J | Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 03M02T | Traumatismes et déformations du nez, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 03M04T | Otitites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 03M09T | Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 03M10T | Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 03M11T | Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 04K02J | Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 05C22T | Remplacements de défibrillateurs ou de stimulateurs cardiaques permanents, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 06K03J | Séjours comprenant une endoscopie digestive thérapeutique sans anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 06K06J | Affections digestives sans acte opératoire de la CMD 06, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 06M09T | Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 06M12T | Douleurs abdominales, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 06M16Z | Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif | Z | 0 | 35,0% |
| 06M18T | Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 07K04J | Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 08K02J | Affections de l'appareil musculosquelettique sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 08M18T | Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 08M29T | Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 09K02J | Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 09M03T | Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 10M18T | Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 11K03Z | Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 11 et de moins de 2 jours | Z | 0 | 35,0% |

| GHM | Libellé | niveau | classe | Taux de rapprochement |
|-----------------------|--|--------|--------|-----------------------|
| 11K04Z | Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire thérapeutique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | Z | 0 | 35,0% |
| 11K06Z | Séjours de la CMD 11 comprenant une endoscopie génito-urinaire diagnostique sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | Z | 0 | 35,0% |
| 11K08J | Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 11M02T | Lithiases urinaires, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 11M04T | Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 11M19T | Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 13K04Z | Endoscopies génito-urinaires diagnostiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours | Z | 0 | 35,0% |
| 13K06J | Affections de l'appareil génital féminin sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 13M04T | Autres affections de l'appareil génital féminin, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 13M081 | Assistance médicale à la procréation, niveau 1 | 1 | 0 | 35,0% |
| 16M11T | Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 0 | 35,0% |
| 17K07J | Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| 23K02Z | Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours | Z | 0 | 35,0% |
| 23K03J | Motifs de recours de la CMD 23 sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire | J | 0 | 35,0% |
| Total classe 0 | | | | 37 |
| 03C091 | Rhinoplasties, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 06M121 | Douleurs abdominales, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 08C131 | Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 08C141 | Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 08C241 | Prothèses de genou, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 08C242 | Prothèses de genou, niveau 2 | 2 | 1 | 35,0% |
| 11C051 | Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 12C041 | Prostatectomies transurétrales, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 12C042 | Prostatectomies transurétrales, niveau 2 | 2 | 1 | 35,0% |
| 12C121 | Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 12C122 | Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes, niveau 2 | 2 | 1 | 35,0% |
| 12C041 | Prostatectomies transurétrales, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 13C032 | Hystérectomies, niveau 2 | 2 | 1 | 35,0% |
| 13C101 | Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| 13C151 | Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes, niveau 1 | 1 | 1 | 35,0% |
| Total classe 1 | | | | 15 |
| 03C071 | Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |

| GHM | Libellé | niveau | classe | Taux de rapprochement |
|--------|---|--------|--------|-----------------------|
| 03C111 | Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 03C201 | Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 03C241 | Interventions sur les glandes salivaires, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 04C041 | Interventions sous thoracoscopie, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 04M101 | Embolies pulmonaires, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 05C221 | Remplacements de défibrillateurs ou de stimulateurs cardiaques permanents, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 05M151 | Hypertension artérielle, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06C041 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06C042 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 06C141 | Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06C191 | Hémorroïdectomies, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06C191 | Hémorroïdectomies, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06M061 | Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06M062 | Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 06M071 | Maladies inflammatoires de l'intestin, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06M122 | Douleurs abdominales, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 06M191 | Affections sévères du tube digestif, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 06M201 | Tumeurs bénignes de l'appareil digestif, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 07C141 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C311 | Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C321 | Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C351 | Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C361 | Interventions sur le pied, âge inférieur à 18 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C371 | Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C431 | Interventions non mineures sur la main, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C471 | Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C472 | Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 08C473 | Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 3 | 3 | 2 | 32,0% |
| 08C481 | Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 08C482 | Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 10C051 | Interventions sur les parathyroïdes, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 10C122 | Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 11C031 | Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 11M021 | Lithiases urinaires, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 11M041 | Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 11M101 | Rétrécissement urétral, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 11M121 | Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 12C031 | Interventions sur le pénis, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 12C043 | Prostatectomies transurétrales, niveau 3 | 3 | 2 | 32,0% |

| GHM | Libellé | niveau | classe | Taux de rapprochement |
|-----------------------|---|--------|--------|-----------------------|
| 12C071 | Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 12M061 | Prostatites aiguës et orchites, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 13C041 | Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 13C042 | Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 13C061 | Interruptions tubaires, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 13C071 | Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 13C072 | Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| 13C171 | Cervicocystopexie, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 23C021 | Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 23M101 | Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 1 | 1 | 2 | 32,0% |
| 23M102 | Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 2 | 2 | 2 | 32,0% |
| Total classe 2 | | | | 51 |
| 01C101 | Pose d'un stimulateur médullaire, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 03C121 | Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 04C042 | Interventions sous thoracoscopie, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 04M102 | Embolies pulmonaires, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 05C101 | Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 05C102 | Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 05C103 | Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 3 | 3 | 3 | 28,0% |
| 05M073 | Thrombophlébites veineuses profondes, niveau 3 | 3 | 3 | 28,0% |
| 06C031 | Résections rectales, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 06C032 | Résections rectales, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 06C043 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3 | 3 | 3 | 28,0% |
| 06C071 | Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 06C072 | Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 06C091 | Appendicectomies non compliquées, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 06C112 | Interventions réparatrices pour hernies et éviscérations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 07C142 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 08C391 | Interventions sur l'avant-bras, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 08C392 | Interventions sur l'avant-bras, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 08C411 | Interventions sur le poignet, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 08C421 | Interventions non mineures sur les tissus mous, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 08C483 | Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 3 | 3 | 3 | 28,0% |
| 08M181 | Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 09C111 | Reconstructions des seins, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 09C111 | Reconstructions des seins, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| 11C052 | Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 2 | 2 | 3 | 28,0% |
| 11M122 | Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge | 2 | 3 | 28,0% |

| GHM | Libellé | niveau | classe | Taux de rapprochement |
|-----------------------|---|--------|--------|-----------------------|
| | supérieur à 17 ans, niveau 2 | | | |
| 21C021 | Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures, niveau 1 | 1 | 3 | 28,0% |
| Total classe 3 | | | | 27 |
| 04M171 | Epanchements pleuraux, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 04M172 | Epanchements pleuraux, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 05C141 | Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 05K063 | Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 3 | 3 | 4 | 19,0% |
| 05K102 | Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 05K131 | Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 05K132 | Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 05M081 | Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 05M082 | Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 06C033 | Résections rectales, niveau 3 | 3 | 4 | 19,0% |
| 06C092 | Appendicectomies non compliquées, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 06C221 | Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 07C131 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 07C132 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 2 | 2 | 4 | 19,0% |
| 07C133 | Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 3 | 3 | 4 | 19,0% |
| 08C251 | Prothèses d'épaule, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 08C341 | Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 08C541 | Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 11C091 | Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 11M123 | Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 | 3 | 4 | 19,0% |
| 13C091 | Laparoscopies ou coelioscopes diagnostiques, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| 21C041 | Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, niveau 1 | 1 | 4 | 19,0% |
| Total classe 4 | | | | 22 |
| 01C081 | Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 02C021 | Interventions sur la rétine, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 03C131 | Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 03C171 | Interventions sur la bouche, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 03M111 | Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |

| GHM | Libellé | niveau | classe | Taux de rapprochement |
|-----------------------|---|--------|--------|-----------------------|
| 05C151 | Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 05C152 | Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 05C211 | Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 05M121 | Troubles vasculaires périphériques, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 05M122 | Troubles vasculaires périphériques, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 06C044 | Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4 | 4 | 5 | 10,0% |
| 06C081 | Appendicectomies compliquées, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 06C082 | Appendicectomies compliquées, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 06C142 | Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 06M041 | Hémorragies digestives, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 06M04T | Transferts et autres séjours courts pour hémorragies digestives | T | 5 | 10,0% |
| 06M06T | Occlusions intestinales non dues à une hernie, très courte durée | T | 5 | 10,0% |
| 06M111 | Ulcères gastroduodénaux non compliqués, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 07M021 | Affections des voies biliaires, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 07M022 | Affections des voies biliaires, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 07M023 | Affections des voies biliaires, niveau 3 | 3 | 5 | 10,0% |
| 07M02T | Affections des voies biliaires, très courte durée | T | 5 | 10,0% |
| 07M14Z | Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07 | Z | 5 | 10,0% |
| 08C252 | Prothèses d'épaule, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 08C322 | Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 08C331 | Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 08C352 | Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 08C353 | Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 3 | 3 | 5 | 10,0% |
| 08C372 | Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 08C501 | Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 08C531 | Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 08M271 | Sciaticques et autres radiculopathies, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 09C031 | Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 09C032 | Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 09C091 | Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 10C091 | Gastroplasties pour obésité, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 10M181 | Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 | 1 | 5 | 10,0% |
| 10M182 | Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 | 2 | 5 | 10,0% |
| 11C053 | Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 3 | 3 | 5 | 10,0% |
| 11M12T | Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | T | 5 | 10,0% |
| 23M15Z | Actes non effectués en raison d'une contre-indication | Z | 5 | 10,0% |
| Total classe 5 | | | | 41 |

| GHM | Libellé | niveau | classé | Taux de rapprochement |
|---------------|---------|--------|--------|-----------------------|
| Total général | | | | 193 |

Annexe 7 : Méthode de sélection des GHM soumis à la convergence en 2011

En 2011, la méthode de sélection des GHM soumis à la convergence repose sur un arbre de décision en 5 étapes :

Etape 1 : ensemble des GHM entrant dans l'arbre

→ Tous les GHM à l'exception de :

- Ceux des CMD 14 et 15 (réforme de la classification prévue en 2012)
- GHM autres (GHM fourre-tout)
- GHM de 0 jours (soit les J, les T0 et les séances)
- GHM ayant fait l'objet d'une convergence totale en 2010

Etape 2 : prise en compte d'un **volume suffisant**

→ Sélection des GHM ayant au moins 1000 séjours dans la base PMSI 2009 et une part de marché «équilibrée» (au moins 20% dans l'un des deux secteurs)

Etape 3 : analyse statistique portant sur la DMS

→ Classer les GHM du moins au plus hétérogène

Etape 4 : ajout à cette liste des GHM en J, T0 et des séances (y compris dialyse)

Etape 5 : parmi les GHM sélectionnés, bénéficient d'un traitement spécifique :

- GHM dont la fiabilité de la mesure du coût (pour chaque secteur) est jugée faible
- GHM en J (cf. incitation à la chirurgie ambulatoire)
- GHM en T ayant un taux de transfert important
- GHM ayant fait l'objet de contraintes repères (avec identification des GHM entrant dans le champ des plans de santé publique)
- GHM impactés par l'application du coefficient de haute technicité (HT)

Etape 6 : élaboration d'une liste de GHM sélectionnés après réalisation de contrôles de cohérence sur la fiabilité du coût.

Après réalisation de l'étape 1 (suppression de certains GHM : CMD 14 et 15, etc. Voir annexe 5) et de l'étape 2 (volumes suffisants, en nombre de séjours et parts de marché, voir annexe 5), l'objectif de l'étape 3 était de classer les GHM du moins hétérogène au plus hétérogène. Les GHM ayant une durée de séjours très faible ont été exclus de l'étape 3 car les statistiques perdent alors leur sens, ils ont été traités comme des J ou T (GHM exclus en étape 1).

L'étape 3 s'effectue donc sur 212 GHM.

Le principe retenu est de tester que la différence des moyennes de chaque GHM entre les deux secteurs est inférieure à +/-5% de la moyenne de la durée de séjours du GHM tous secteurs confondus. Un score est ensuite attribué à chaque GHM en fonction de la différence.

A partir de ce score, l'élaboration des classes de GHM devient possible et l'on obtient ce qui suit :

- Classe 1 → peu d'hétérogénéité
- Classe 5 → très hétérogène
- Classe 0 → GHM de courte durée ou séances mis à l'écart lors de l'étape 1 ; traitée comme la classe 1

Les classes sont dans un premier temps réalisées avec la double contrainte:

- rupture de la valeur du score entre deux classes
- classes à peu près homogènes en nombre de séjours

Il est ensuite procédé à un ajustement des classes

- pour une racine, si un GHM de la racine est traité par l'étape 3, les GHM de niveaux inférieurs de cette racine sont de facto également traité par l'étape 3 (même s'ils ont été préalablement écartés), à l'exception de ceux ayant fait l'objet d'un rapprochement tarifaire public/privé à 100% → 4 GHM ajoutés
- si l'un des niveaux supérieurs est classé dans une classe moins hétérogène que celle du niveau 1, les classes des GHM de niveaux supérieurs sont modifiées pour les rendre identiques à celle du niveau 1.
→ 11 GHM voient ainsi leur classe modifiée en fonction de celle du niveau 1.
- les GHM en T ayant un taux de transfert élevé sur le secteur ex-DG (i.e. : taux supérieur à 15%) sont classés en classe 5
- Exclusion de certaines activités : chirurgie ambulatoire, soins palliatifs, Cancer, AVC

Détails des étapes 5 et 6 : passage à 193 GHS (case mix 2010)

L'hypothèse retenue par la DGOS à l'issue de l'étape 5, après concertation, a été d'exclure de l'assiette la chirurgie ambulatoire, les soins palliatifs, les activités lourdes, les GHM de cancérologie et d'AVC (activités faisant l'objet de contraintes liées à des politiques de santé publique, cf. rapport au Parlement relatif à la T2A). Il en est résulté la répartition des GHM soumis à convergence suivante :

| Classe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total |
|---------------|-----|----|----|----|----|----|------------|
| Nombre de GHM | 168 | 14 | 49 | 25 | 22 | 69 | 347 |

Un contrôle cohérence a ensuite été effectué notamment sur les GHM :

- de plus de 1 000 séjours (base 2009)
- ayant une part de marché (PDM) d'au moins 20% dans l'un des deux secteurs
- ERE < 30

Ces filtres font passer la liste des GHM candidats à la convergence ciblée de 347 à 193 sur la base du case mix 2010. On observe les principales baisses sur les classes 0 (GHM J, T, Z qui avaient échappé à l'étape 2) et 5 (GHM en T ayant un taux de transfert >15% et ne répondant pas aux critères nombre de séjours/PDM/ERE). La classe 4 reste stable à 22 GHM tandis que les classes 1, 2 et 3 augmentent respectivement de 1, 2 et 2 GHM.

Pour obtenir l'économie de 150 M€ sur 10 mois, les taux de convergence suivants, différenciés selon les classes, sont appliqués aux 193 GHM candidats à la convergence ciblée 2011 :

| Classe | Nombre GHM | Taux de convergence |
|--------------|------------|---------------------|
| 0 | 37 | 35% |
| 1 | 15 | 35% |
| 2 | 51 | 32% |
| 3 | 27 | 28% |
| 4 | 22 | 19% |
| 5 | 41 | 10% |
| Total | 193 | |

Annexe 8 : Méthode de comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN (note ATIH)



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

Méthode de comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN

La mise en place de la tarification à l'activité repose sur un système d'allocations de ressources des deux secteurs publics et privés fondé sur la même classification des séjours. Néanmoins, le champ couvert par les tarifs reste différent dans les deux secteurs. Réaliser des comparaisons directes entre les tarifs des deux secteurs n'est donc pas pertinent. Des corrections doivent être opérées sur les tarifs des deux secteurs pour tenir compte notamment des différences dans la structure d'activité. Toutefois, ces corrections resteront, insuffisantes pour permettre une comparaison totale des tarifs des deux secteurs.

1) Corrections réalisées

- Prise en compte des honoraires des praticiens (y compris dépassement)

Pour le secteur public, les tarifs intègrent la rémunération des praticiens. En revanche, pour le secteur privé, les tarifs n'intègrent pas les honoraires des médecins, qui ont un statut libéral.

Pour permettre la comparaison des tarifs de GHS des deux secteurs, il convient de réintégrer dans les tarifs des GHS du secteur privé, les honoraires des praticiens⁵¹.

- Prise en compte de la présence d'une rémunération différente des séjours extrêmes

Le modèle de tarification à l'activité prévoit une prise en charge spécifique pour les séjours dont la durée est anormalement basse et anormalement haute. Il convient dans un premier temps de corriger, pour les deux secteurs, le tarif du GHS, compte tenu de cette prise en charge spécifique.

La comparaison effectuée tient compte des corrections décrites ci-dessus. Ne sont donc pas pris en compte les prestations facturables en sus (suppléments journaliers ou médicaments et DMI) qui pour autant interviennent dans la valorisation du séjour.

Par ailleurs, il convient de noter que les comparaisons qui sont opérées ne concernent que les activités communes aux deux secteurs. En effet, il existe des GHS qui sont réalisés uniquement dans le secteur public. Il s'agit principalement de l'activité de radiothérapie qui est très importante en fréquence. De même les transplantations et les greffes (CM 27) ne sont pas réalisées dans le secteur privé. Cette activité n'entre donc pas non plus dans le champ de la comparaison.

2) Choix de l'activité prise comme référence pour le calcul des tarifs moyens

Ce type de comparaison est opéré chaque année pour s'assurer de la convergence ou non du tarif moyen propre à chaque secteur.

⁵¹ Les dépassements d'honoraires sont pris en compte dans les montants réintégrés puisque ces derniers sont basés sur les montants facturés.

Afin de pouvoir s'assurer de la comparabilité dans le temps des différents ratios, il convient de figer l'activité de référence qui sert pour le calcul des tarifs moyens. En effet, il s'agit de mesurer l'impact des campagnes tarifaires sur l'écart facial des tarifs moyens des deux secteurs. Pour cela, il est nécessaire de neutraliser l'impact lié à la modification de la structure d'activité de chaque secteur.

Un exemple très simplifié, basé sur des données observées (effectifs de séjours et tarifs) permet d'illustrer les différences d'écart des tarifs moyens selon la base d'activité retenue. Ce calcul est réalisé selon la même échelle de tarifs mais en utilisant la structure d'activité de deux exercices différents.

On se place dans l'hypothèse où l'activité globale du secteur public se répartirait exclusivement sur deux GHS :

- le premier GHS, tarifé à 1 453 €, est représenté dans le secteur public par : 13 272 séjours en 2009, et 16 448 séjours en 2007;
 - le second GHS, tarifé à 6 792 €, est représenté dans le secteur public par : 22 670 séjours en 2009, et 21 925 séjours en 2007;
 - Si l'on retient la structure d'activité de l'exercice 2007, le tarif moyen vaut 4 504€.
 - La même méthode avec, cette fois, la structure d'activité 2009 du secteur public, le tarif moyen vaut 4 821€ soit un écart de 7% par rapport à celui calculé sur la base de l'activité 2007. Cet écart s'explique par la baisse des séjours portant sur le GHS ayant le tarif le plus bas, conjugué à une hausse des séjours sur le GHS ayant le tarif le plus élevé.
- Ces différences de résultats sont liées aux écarts d'effectifs de séjours, pour chacun des GHS.

Il convient donc de noter toute modification de l'activité prise pour référence induit inévitablement un changement dans les valeurs des tarifs moyens. Il devient également impossible de comparer le nouveau point de référence à l'ancien ; il s'agit donc d'une rupture par rapport aux séries affichées précédemment.

Les résultats présentés ici reposent donc sur les données d'activités 2010, pour chacun des deux secteurs, groupées selon la version 11c de la classification.

3) Résultats globaux sur les tarifs 2011

I. Résultats globaux

- Comparaison des tarifs moyens propres à chaque secteur

En 2011, le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut 938€. Une fois les différentes corrections opérées (*i.e.* intégration des honoraires des praticiens, prise compte de la tarification des bornes) sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 494 €.

Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 018 €.

Le ratio moyen tarif privé 2010 / tarif public 2010 est égal à 74%.

Ces comparaisons sont peu pertinentes puisqu'elles intègrent l'effet lié à la différence de structure d'activité entre les deux secteurs. En effet, même si les tarifs étaient identiques dans les deux secteurs, les tarifs moyens deux secteurs seraient différents du fait de la différence de la structure d'activité.

- Comparaison des tarifs moyens de chaque secteur basés sur une même activité

Afin de neutraliser l'effet de la structure de l'activité qui n'est pas identique entre les deux secteurs, des tarifs moyens ont été calculés en considérant les valorisations des tarifs corrigés selon une seule et même activité (soit l'activité du secteur ex-DG, soit celle du secteur ex-OQN, soit la somme des deux secteurs).

| <u>type d'activité retenue</u> | Tarifs ex-DG | Tarifs ex-OQN | deux secteurs |
|---|--------------|---------------|---------------|
| tarif moyen calculé sur la structure d'activité du secteur ex-OQN | 1 582.22 | 1 493.56 | 1 550.39 |
| tarif moyen calculé sur la structure d'activité du secteur ex-DG | 2 017.99 | 1 748.86 | 1 921.39 |
| ratio (public - privé) / public en masse | 21.59% | 14.60% | 19.31% |

Les résultats montrent des écarts sensiblement différents selon la structure d'activité qui est retenue pour l'analyse. Dans le cadre de la convergence, il convient de rappeler qu'il s'agit d'une convergence de tarifs et non pas d'une convergence d'activité. Si l'activité retenue est celle du secteur ex-OQN, l'écart de tarifs entre les deux secteurs s'avère moindre que si l'on considère l'activité du secteur ex-DG.

Le premier écart, qui s'élève à 21,6%, est calculé à activité identique en termes de nombre et de répartition des GHS pour les deux secteurs : privé et public. L'activité retenue est celle des établissements du secteur public. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur public.

Le deuxième écart, de l'ordre de 14,6% en 2011, est basé sur l'activité du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur privé.

Enfin le troisième écart, de l'ordre de 19,3% en 2011, est calculé sur la base l'ensemble des activités du secteur public et du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle constituée par l'agrégation de l'activité des deux secteurs.

II. Comparaison avec les résultats sur les tarifs 2010

- Mise à jour des résultats 2010

Afin que les résultats soient comparables avec ceux issus de l'analyse des tarifs 2011, l'exercice a été réalisé à partir des tarifs 2010. Dans ce cas et afin de ne pas introduire d'effet relatif à l'activité, la même activité (celle relative à l'exercice 2010) a été utilisée. Par ailleurs, la réintégration des honoraires s'est faite selon la même structure que celle utilisée pour les tarifs 2011. Du fait de ces mises à jour, les résultats présentés ici ne sont pas comparables à ceux qui ont été produits l'année dernière et qui reposaient sur la structure d'activité de l'exercice 2009.

En 2010, le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut 926€.

Une fois les différentes corrections opérées, sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 481 €. Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 068 €. Le ratio moyen tarif privé 2010/tarif public 2010 est égal à 75%.

Si l'on considère les tarifs moyens calculés selon la même activité, les résultats sont les suivants :

| type d'activité retenue | Tarifs ex-DG | Tarifs ex-OQN | deux secteurs |
|---|--------------|---------------|---------------|
| tarif moyen calculé sur la structure d'activité du secteur ex-OQN | 1 570.84 | 1 481.12 | 1 538.63 |
| tarif moyen calculé sur la structure d'activité du secteur ex-DG | 2 067.89 | 1 785.35 | 1 966.45 |
| ratio (public - privé) / public en masse | 24.04% | 17.04% | 21.76% |

- *Rapprochement des tarifs entre 2010 et 2011*

comparaison des ratios des tarifs moyens calculés sur la même activité

| type d'activité retenue | ex-DG | ex-OQN | deux secteurs |
|---|--------|--------|---------------|
| ratio (public - privé) / public en masse 2011 | 21.59% | 14.60% | 19.31% |
| ratio (public - privé) / public en masse 2010 | 24.04% | 17.04% | 21.76% |
| Ecart 2011 - 2010 | -2.45% | -2.44% | -2.45% |

Ainsi, en 2010, l'écart de tarifs était de 24,04% en se basant sur l'activité du secteur public soit un écart de 2,45% par rapport à 2011.

Si l'on considère non plus l'activité du secteur ex-DG mais celle du secteur ex-OQN, l'écart de tarifs était de 17,04% en 2010 soit un écart de 2,44% par rapport à 2011.

Il peut être constaté que l'écart facial des tarifs a diminué entre 2010 et 2011 notamment du fait des mesures de financement de la campagne 2011 (notamment la convergence inter sectorielle ciblée).

Un effort de convergence des tarifs a donc bien été réalisé sur cette période.

III. Comparaison tarifs 2010/2011 y compris facturation du jour de sortie

Dans un établissement de santé, le forfait journalier de sortie est facturé aux patients pour les séjours de plus de 24 heures, sauf en cas de décès et de permissions de sortie. Alors que ce forfait est intégré dans les tarifs du secteur public, il ne l'est pas dans ceux du privé. Il en découle une survalorisation des tarifs publics de 102M€ (sur environ 5,5 M de séjours).

Les résultats suivants intègrent dans la comparaison désormais cette correction. Cette dernière consiste à débiter le montant du forfait journalier de sortie sur les séjours d'hospitalisation complète du secteur ex-DG concernés par cette intégration. La structure d'activité retenue est celle du secteur public de 2010 et la comparaison porte par conséquent sur les tarifs moyens 2010 et 2011 à activité identique.

| | Tarif moyen ex-OQN | Tarif moyen ex-DG | ratio (public - privé) / public en masse |
|-----------------|--------------------|-------------------|--|
| Masse 2010 | 1 570.84 | 2 059.81 | 23.74% |
| Masse 2011 | 1 582.22 | 2 009.91 | 21.28% |
| Ecart 2011-2010 | | | -2.46% |

En retenant la structure d'activité du secteur ex-DG, le tarif moyen 2010 et 2011 du secteur ex-DG baisse d'environ 8€, ce qui engendre une baisse de l'écart de tarifs de 0,30% sur les deux années.

4) Analyse par GHS sur la valeur faciale des tarifs

La comparaison faciale des deux échelles de tarifs 2011 fait apparaître 32 GHS pour lesquels les tarifs du secteur privé sont supérieurs à ceux du public. Il convient de noter que cette comparaison directe n'a pas de sens puisque :

- le champ tarifaire n'est pas identique
- le tarif facial ne correspond pas au tarif moyen des séjours qui tient compte de la facturation des séjours bas et hauts.

Une fois les corrections opérées, il apparaît que 239 GHS présentent un tarif moyen supérieur pour le secteur ex-OQN que pour le secteur ex-DG.

Ces 239 GHS représentent environ 900 000 séjours⁵² des cliniques privées soit 14% de l'activité du secteur. La masse financière de ces séjours est évaluée à 2,1 Milliards d'€ soit 20% de la masse du secteur.

Une analyse par GHS montre qu'il existe aujourd'hui des GHS pour lesquels le tarif du secteur privé se trouve être supérieur au tarif du public (ou très voisin). Pour 367 GHS, le ratio tarif privé 2011 / tarif public 2011 est supérieur à 90%. Parmi ces 367 GHS qui proviennent de 238 racines différentes, on dénombre 101 GHS dont le GHM se termine par J ou T, et 35 GHS qui sont associés à un GHM en Z. Sur les tarifs 2010 352 GHS étaient concernés, 334 en 2009, 81 en 2008, 76 en 2006. Parmi ces GHS, 29 d'entre eux ont pour le secteur ex-OQN un nombre de séjours supérieur à 20 000 séjours.

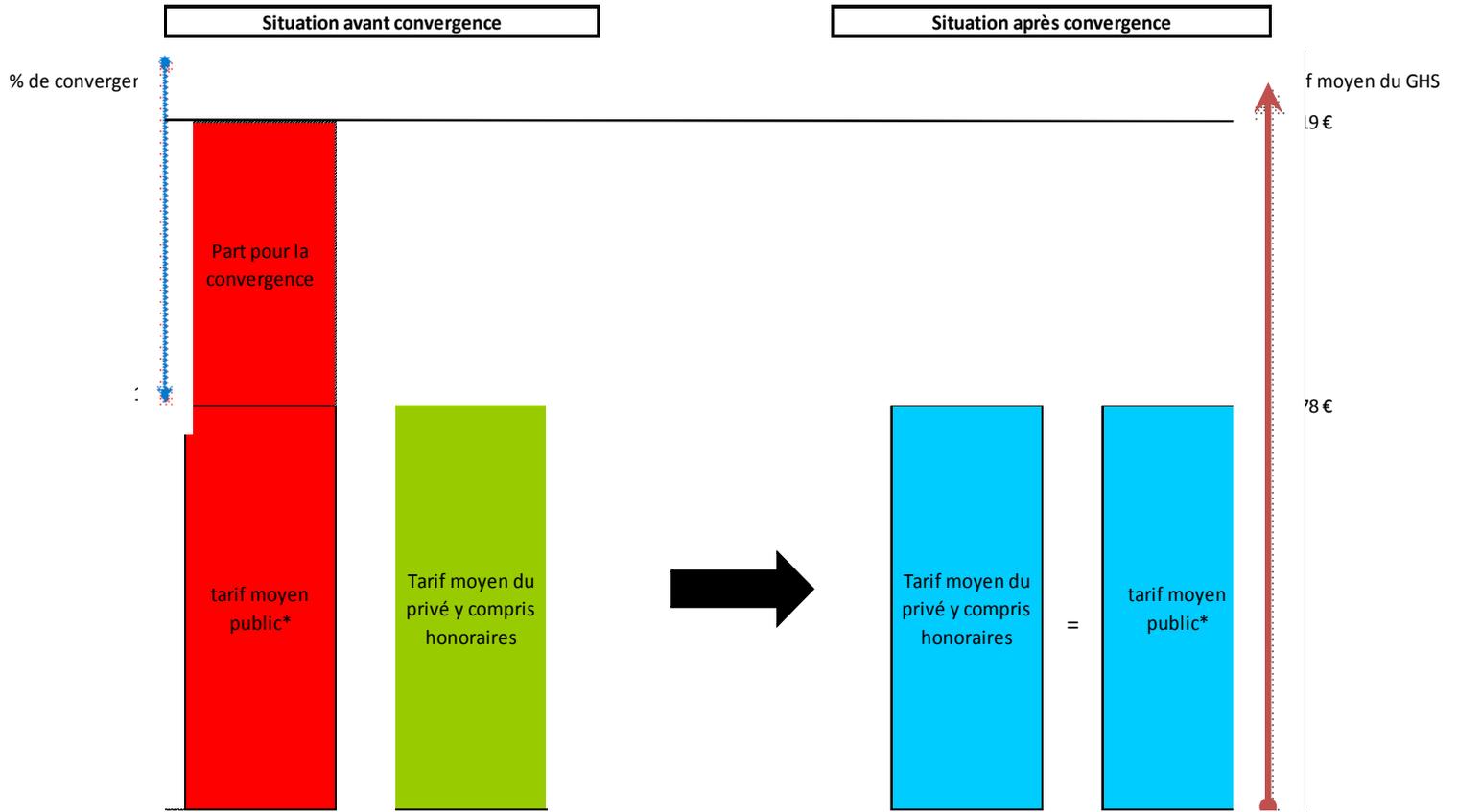
Une grande partie des GHM d'ambulatoire est donc ciblée (forte présence des GHM en J et T) avec en particulier les tarifs concernant l'activité d'endoscopie. Enfin, on retrouve une grande partie des tarifs de la CMD 05.

A l'inverse, il existe des GHS pour lesquels le tarif du privé est très inférieur au tarif du secteur public. Pour les GHS ainsi ciblés, le nombre de séjours réalisés dans les deux secteurs reste relativement faible (pour le secteur ex-OQN, le maximum atteint en nombre de séjours est de 824 séjours). Ces GHS sont au nombre de 205, pour 126 racines distinctes. Plus de la moitié de ces GHS n'ont pas de séjours recensés dans le privé (et deux n'en ont pas dans le public). Sur ces 205 GHS, la comparaison ne peut être faite que sur 45 d'entre eux, pour lesquels 31 racines sont concernées parmi les 126 de départ.

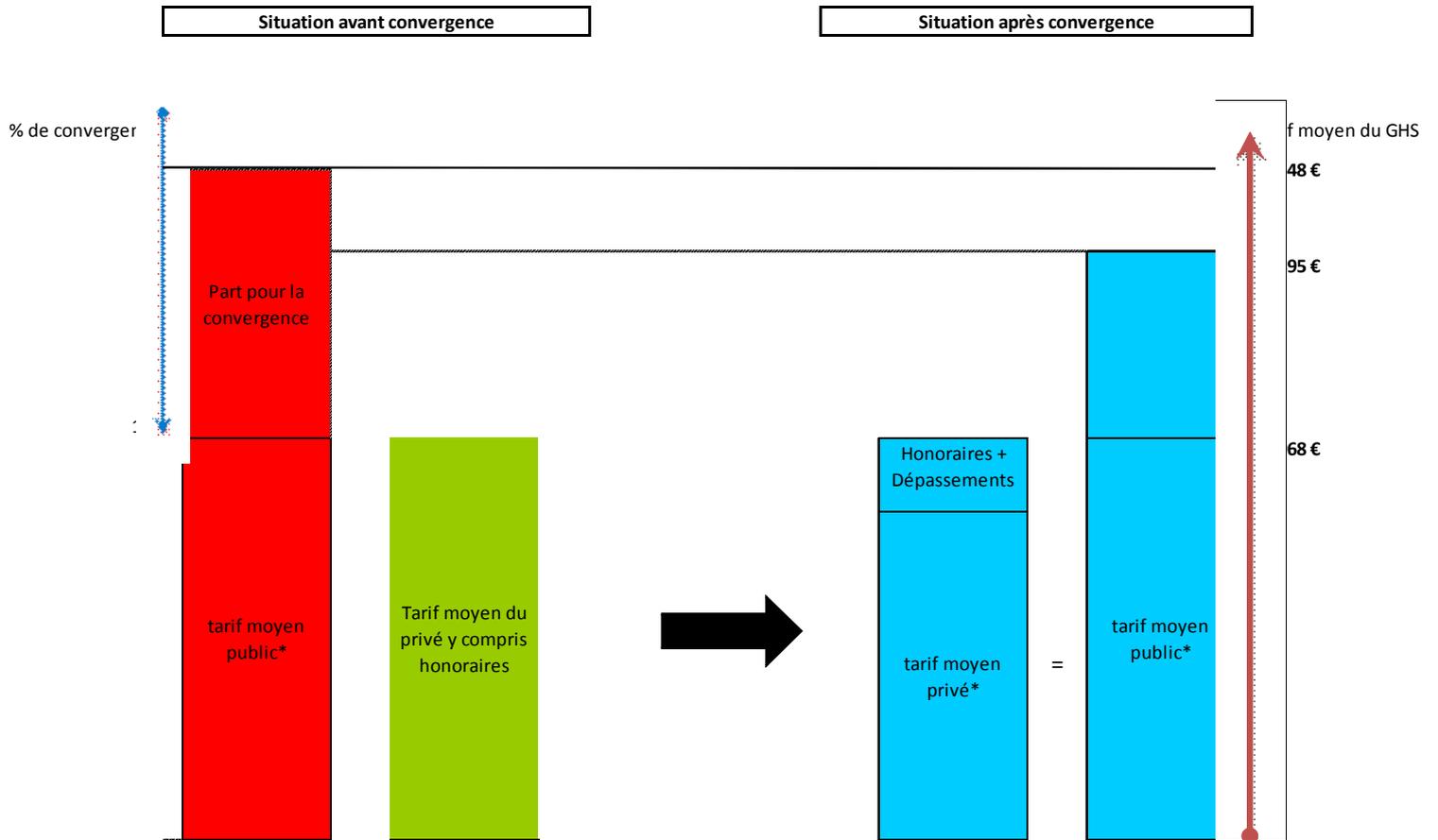
⁵² Sur la base des données d'activité 2010 du secteur

Annexe 9 : Illustration du calcul de l'écart facial sur un GHM

Convergence à 100%
exemple du GHM 01C13J: Libérations du canal carpien et
d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire



Convergence à 35%
exemple du GHM 08C241: Prothèses de genou, niveau 1



Annexe 10 : calcul du coût pour l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels exerçant en clinique au titre du conventionnement en secteur 1

I. Objectif

Dans le cadre du rapport au Parlement relatif à la convergence de 2011, la DGOS a souhaité affiner l'évaluation des montants afférents aux différents écarts de périmètre des tarifs entre secteurs public et privé. Figure parmi ces écarts la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des cotisations de sécurité sociale des praticiens exerçant en secteur 1, qui constitue un coût Assurance Maladie même s'il ne peut être directement rapporté aux tarifs.

II. Méthodologie

Le SNIIRAM ne permet pas de rattacher aisément les montants de cotisation pris en charge par l'AM directement à l'activité. Il est donc difficile sans traitements lourds de préciser ce qui correspond à de l'activité exercée en clinique. Nous avons donc cherché à calculer une approximation basée sur les données et hypothèses suivantes :

Données :

- **Honoraires** : Extraction SNIREP 2010 (envoyée par la CNAMTS) pour le montant des honoraires bruts des spécialistes exerçant en cliniques ;
- **Taux de cotisations pris en charge par l'AM** : DSS pour les généralistes et extrapolation pour les autres colonnes.
- **Effectif des médecins libéraux** : CARMF, déclaration BNC 2009 sur revenus 2008, Statistique arrêtée au 05/04/2011 <http://www.carmf.fr/page.php?page=Actualites/divers/2010/bnc2008.htm>
- **Taux de charges moyen des professionnels de santé en pourcentage des honoraires nets de débours et rétrocessions (recettes nettes)** : tableau 8, p. 22 du document de travail de la DREES sur « Les revenus libéraux des professionnels de santé », Série sources et méthodes, Vanessa BELLAMY - Hélène FRECHOU, n°16 – juillet 2010. Ce tableau indique les taux de charges moyens de 2002 à 2007. On remarque que ces taux varient très peu (environ 1% de variation sur 5 ans).

Hypothèses :

- Tous les libéraux exerçant en clinique sont des spécialistes.
- Les « autres PS » sont considérés comme exerçant tous en ville.
- **Estimation de la part des médecins de secteur 1 travaillant en clinique** : effectif des médecins libéraux de secteur 1 de la déclaration BNC 2009 rapporté à l'effectif global des médecins spécialistes 2009 (source INSEE), soit 27,75%.
- **Taux de cotisation famille pris en charge par l'AM** : Le document de la DSS (voir annexe) indique que l'AM prend en charge **5% de la cotisation de 5,4% en-dessous du PSS** (plafond de la sécurité sociale) et **2,9% de la cotisation de 5,4% au-dessus du PSS**. Nous sommes partis de l'hypothèse que le revenu moyen était de 3 fois le PSS et avons retenu un taux constant de 3,6%.
- **Taux de cotisation forfaitaire ASV pris en charge par l'AM** : ne disposant ni des effectifs des sages-femmes, ni des effectifs des chirurgiens dentiste, ni de ceux des directeurs de laboratoire, nous avons utilisé le montant de cotisation forfaitaire qui s'applique aux médecins de secteur 1 en général pour l'ensemble des spécialités.

Résultats :

| Spécialité | Base de remboursement - HSD | tx de charges moyen des PS 2007 | Honoraires net | Maladie | Famille | ASV | | MICA |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------|---------------------------|--|--------------|------|
| | | | | PEC par l'AM | cotisation forfaitaire | cotisation proportionnel le (plafonnée à 5 PSS) | PEC par l'AM | |
| SAGE-FEMME | 226 269 | 45,9% | 103 857 | 10 074 | 0 | na | na | |
| CHIRURGIE INFANTILE | 87 465 | 47,2% | 41 283 | 4 004 | 1 486 | na | 32 | |
| CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTR | 1 406 569 | 47,2% | 663 900 | 64 398 | 23 900 | na | 511 | |
| CHIRURGIE DENTAIRE | 6 830 696 | 61,8% | 4 221 370 | 409 473 | 0 | 666 | na | |
| CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET S | 2 645 669 | 47,2% | 1 248 756 | 121 129 | 44 955 | na | 962 | |
| NEUROCHIRURGIE | 3 621 944 | 47,2% | 1 709 558 | 165 827 | 61 544 | na | 1 316 | |
| CHIRURGIE GENERALE | 38 105 538 | 47,2% | 17 985 814 | 1 744 624 | 647 489 | na | 13 849 | |
| OPHTALMOLOGIE | 40 355 144 | 47,1% | 19 007 273 | 1 843 705 | 684 262 | na | 14 636 | |
| OTO RHINO-LARYNGOLOGIE | 20 894 160 | 49,2% | 10 279 927 | 997 153 | 370 077 | na | 7 916 | |
| ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION | 446 016 496 | 34,1% | 152 091 625 | 14 752 888 | 5 475 299 | na | 117 111 | |
| INCONNU | 2 514 042 | 45,9% | 1 153 945 | 111 933 | 41 542 | na | 889 | |
| STOMATOLOGIE | 12 384 091 | 55,3% | 6 848 403 | 664 295 | 246 542 | na | 5 273 | |
| CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRA | 32 697 226 | 47,2% | 15 433 091 | 1 497 010 | 555 591 | na | 11 883 | |
| CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTI | 5 259 553 | 47,2% | 2 482 509 | 240 803 | 89 370 | na | 1 912 | |
| OBSTETRIQUE | 105 313 | 50,9% | 53 604 | 5 200 | 1 930 | na | 41 | |
| GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE | 37 109 850 | 50,9% | 18 888 914 | 1 832 225 | 680 001 | na | 14 544 | |
| CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDI | 10 604 275 | 47,2% | 5 005 218 | 485 506 | 180 188 | na | 3 854 | |
| CHIRURGIE VASCULAIRE | 8 355 643 | 47,2% | 3 943 864 | 382 555 | 141 979 | na | 3 037 | |
| CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE | 205 090 | 47,2% | 96 803 | 9 390 | 3 485 | na | 75 | |
| CHIRURGIE UROLOGIQUE | 9 052 991 | 47,2% | 4 273 012 | 414 482 | 153 828 | na | 3 290 | |
| RADIOLOGIE DIAGNOSTIC ET IMAGERIE M | 6 068 174 | 55,9% | 3 392 110 | 329 035 | 122 116 | na | 2 612 | |
| PEDIATRIE | 20 878 881 | 45,7% | 9 541 649 | 925 540 | 343 499 | na | 7 347 | |
| DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE | 584 330 | 52,1% | 304 436 | 29 530 | 10 960 | na | 234 | |
| GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATO | 129 211 503 | 47,0% | 60 729 406 | 5 890 752 | 2 186 259 | na | 46 762 | |
| RHUMATOLOGIE | 1 273 719 | 49,1% | 625 396 | 60 663 | 22 514 | na | 482 | |
| MEDECINE GENERALE | 28 406 100 | 45,9% | 13 038 400 | 1 264 725 | 469 382 | na | 10 040 | |
| | 1 006 686 | 45,9% | 462 069 | 44 821 | 16 634 | na | 356 | |
| GYNECOLOGIE MEDICALE | 41 231 | 50,9% | 20 987 | 2 036 | 756 | na | 16 | |
| PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE | 101 005 633 | 45,9% | 46 361 586 | 4 497 074 | 1 669 017 | na | 35 698 | |
| DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECI | 318 703 | 45,9% | 146 285 | 0 | 0 | 219 | na | |
| NEUROLOGIE | 3 440 265 | 45,9% | 1 579 082 | 153 171 | 56 847 | na | 1 216 | |
| RADIOTHERAPIE | 7 053 705 | 45,9% | 3 237 650 | 314 052 | 116 555 | na | 2 493 | |
| ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOG | 29 858 467 | 45,9% | 13 705 036 | 1 329 389 | 493 381 | na | 10 553 | |
| PNEUMOLOGIE | 20 987 711 | 48,7% | 10 221 015 | 991 438 | 367 957 | na | 7 870 | |
| ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE | 7 989 155 | 45,9% | 3 667 022 | 355 701 | 132 013 | na | 2 824 | |
| PSYCHIATRIE GENERALE | 781 691 | 44,0% | 343 944 | 33 363 | 12 382 | na | 265 | |
| MEDECINE INTERNE | 7 267 035 | 45,9% | 3 335 569 | 323 550 | 120 080 | na | 2 568 | |
| NEPHROLOGIE | 4 865 661 | 45,9% | 2 233 338 | 216 634 | 80 400 | na | 1 720 | |
| NEUROPSYCHIATRIE | 265 337 | 44,0% | 116 748 | 11 325 | 4 203 | na | 90 | |
| ONCOLOGIE MEDICALE | 12 817 113 | 45,9% | 5 883 055 | 570 656 | 211 790 | na | 4 530 | |
| ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISM | 1 238 753 | 45,9% | 568 588 | 55 153 | 20 469 | na | 438 | |
| MEDECINE PHYSIQUE ET DE READ | 254 828 | 45,9% | 116 966 | 11 346 | 4 211 | na | 90 | |
| GERIATRIE | 458 928 | 45,9% | 210 648 | 20 433 | 7 583 | na | 162 | |
| REANIMATION MEDICALE | 1 441 138 | 45,9% | 661 482 | 64 164 | 23 813 | na | 509 | |
| MASSEUR-KINE | 16 | 46,9% | 8 | 1 | 0 | na | 0 | |
| CHIRURGIE DENTAIRE (SPECIALIST | 23 | 61,8% | 14 | 1 | 1 | na | 0 | |
| HEMATOLOGIE | 1 574 053 | 45,9% | 722 490 | 70 082 | 26 010 | na | 556 | |
| MEDECINE NUCLEAIRE | 14 837 | 45,9% | 6 810 | 661 | 245 | na | 5 | |
| PSYCHIATRIE DE L ENFANT ET DE | 2 708 | 44,0% | 1 192 | 116 | 43 | na | 1 | |

1 067 584 409

446 765 705

43 322 084

15 922 591

22 847 877

886

340 567

Coût total des honoraires des PS de secteur 1 dans les établissements ex-OQN MCO en 2010 (en date de liquidation)

: 82 434 004 €

DONNEES GENERALES

| | |
|---|----------------------------------|
| PSS | 35 532 |
| 2010 | Base de remboursement |
| Tous régimes | 1 067 584 409 |
| Régime général | 954 804 266 |
| Part RG | 89% |
| taux moyen de charges (2007) | 48% |
| Estimation des Honoraires nets | 446 765 705 |
| effectif sct 1 2009 (source CARMF) | 29 828 |

Annexe : les règles de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie (Source : DSS)

Pour les médecins, seuls les cotisations des médecins conventionnés en secteur 1 sont prises en charge, ainsi que, pour les médecins de secteur 2, la part prise en charge au titre du MICA (mécanisme anticipé de cessation d'activité) et les cotisations de ceux qui adhèrent à l'option de coordination (et bénéficient à ce titre d'une prise en charge).

Pour les autres PS (auxiliaires, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, directeurs de laboratoire), la prise en charge concerne tous les professionnels conventionnés (il n'y pas de secteurs). L'assurance maladie ne prend alors en charge que les cotisations maladie (sauf pour les directeurs de laboratoire) et ASV, dans des proportions variables selon les professions.

Pour tous les PS, la prise en charge est calculée uniquement sur l'assiette des revenus issus de l'activité hors dépassement.

Voici un tableau récapitulatif des taux de cotisations et de la part prise en charge par l'assurance maladie :

| | Maladie | Famille | ASV | MICA | |
|-------------------------------------|----------------|---|------------------------|--|---------------------|
| | | | cotisation forfaitaire | cotisation proportionnelle (plafonnée à 5 PSS) | |
| Médecin de secteur 1 | 9,7% sur 9,81% | 5% de 5,4% en-dessous du PSS 2,9% de 5,4% au-dessus du PSS | 2/3 de 4 140 € | non assujetti | 0,077 % sur 0,112 % |
| Médecin de secteur 2 | 0% | 0% | 0 € | non assujetti | 0,077 % sur 0,112 % |
| Chirurgien-dentiste | 9,7% sur 9,81% | 0% | 2/3 de sur 3 912 € | 50% de 0,75% | non assujetti |
| Auxiliaire médical | 9,7% sur 9,81% | 0% | 2/3 de sur 540 € | 60% de 0,4% | non assujetti |
| Sage-femme | 9,7% sur 9,81% | 0% | 2/3 de sur 687 € | non assujetti | non assujetti |
| Directeur de laboratoire pharmacien | 0% | 0% | 2/3 de sur 1 314 € | 50% de 0,30% | non assujetti |

PSS : plafond de la sécurité sociale (35 532€ en 2011).

Annexe 11 : Etude coût du travail

a) Résultats pour chaque catégorie de convention (2007)

ENSEMBLE HORS MEDECINS (TOUTES CHARGES INCLUSES)

| En € (arrondis) | FEHAP | FNLCC | FHP | FHF Titulaires | FHF Contractuels |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------------|---------------------|
| Brut | 2 448 | 2 448 | 2 227 | 2 280 | 2 280 |
| Charges Salariales | 578 | 548 | 502 | 365 | 414 |
| Salaire net | 1 870 | 1 900 | 1 725 | 1 915 | 1 866 |
| Brut | 2 448 | 2 448 | 2 227 | 2 280 | 2 280 |
| Charges Patronales | 1 417 | 1 414 | 1 261 | 1 336 | 1 336 |
| Coût Total | 3 865 | 3 862 | 3 488 | 3 616 | 3 616 |
| Coût Total / Net | 2,07 | 2,03 | 2,02 | 1,89 | 1,94 |
| Coût Total / Brut | 1,58 | 1,58 | 1,57 | 1,59 | 1,59 |
| Charges Salariales / Brut | 0,24 | 0,22 | 0,23 | 0,16 | 0,18 |
| Charges Patronales / Brut | 0,58 | 0,58 | 0,57 | 0,59 | 0,59 |

N.B : Les salaires bruts sont issus des données DREES, les salaires nets et les charges (salariales et patronales) sont issus des calculs effectués par le Cabinet Aumeras & Associés.

L'ampleur des écarts de rémunérations selon le type d'établissement varie selon la catégorie socioprofessionnelle et le type de salaire considérés.

b) Résultats après calcul de la moyenne entre les établissements publics privés antérieurement financés par Dotation globale (ex-DG)

Toutes charges incluses :

| Ensemble Hors Médecins | Public Titulaire | Public Contractuel | Privé ex DG | Moyenne pondérée | Privé | Ecart en % |
|--------------------------------|------------------|--------------------|-------------|------------------|-------|------------|
| <u>Toutes charges incluses</u> | FHF | FHF | | Public et ex-DG | FHP | |

| | | | | | |
|------------------|---------|---------|---------|------------------|----------------|
| Effectifs | 772 745 | 161 263 | 141 074 | 1 075 124 | 182 912 |
|------------------|---------|---------|---------|------------------|----------------|

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|
| Coût Total | 3 616,08 | 3 615,51 | 3 865,28 | 3 649 | 3 488 | 4,6% |
| Charges Patronales | 1 336,08 | 1 335,51 | 1 417,28 | 1 347 | 1 261 | 6,8% |
| Brut | 2 280,00 | 2 280,00 | 2 448,00 | 2 302 | 2 227 | 3,4% |
| Charges Salariales | 364,72 | 413,51 | 578,37 | 400 | 502 | -20,3% |
| Rémunération nette | 1 915,28 | 1 866,49 | 1 869,63 | 1 902 | 1 725 | 10,2% |
| Coût Total / Net | 1,89 | 1,94 | 2,07 | 1,92 | 2,02 | -5,1% |
| Coût Total / Brut | 1,59 | 1,59 | 1,58 | 1,58 | 1,57 | 1,2% |
| Charges Salariales / Brut | 0,16 | 0,18 | 0,24 | 0,17 | 0,23 | -22,9% |
| Charges Patronales / Brut | 0,59 | 0,59 | 0,58 | 0,58 | 0,57 | 3,3% |

Selon ces calculs, le coût global du travail, le salaire net et le coût total comparé au salaire brut sont plus élevés dans le secteur public et le secteur privé ex-DG que dans le secteur privé ex-OQN.

Par contre, le coût total comparé au salaire net est plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public et le secteur privé ex-DG.

Le pourcentage de charges salariales est plus élevé dans le secteur privé ex-OQN que dans les secteurs public et privé ex-DG réunis, alors que le pourcentage de charges patronales est plus élevé dans les secteurs public et privé ex-DG réunis.

Ecarts de coût total entre chaque secteur et l'hôpital public, en appliquant à chaque secteur la structure de l'effectif de l'hôpital public

Toutes charges incluses :

| | | Ecart sur Coût Total | Ecart sur Salaire Net | Ecart sur Contributions Salariales | Ecart sur Contributions patronales |
|-------|---|----------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| FEHAP | % | -0,46% | -7,34% | 48,81% | -4,15% |
| FHP | % | -9,37% | -12,57% | 33,03% | -16,48% |

Dans l'hypothèse retenue, si les établissements ex-OQN et ex-DG avaient la même structure (c'est-à-dire le même pourcentage de salariés dans chaque catégorie) que l'hôpital public, le coût du travail serait quasiment identique dans les structures ex-DG et l'hôpital public, mais serait moins élevé dans les structures ex-OQN.

Si les établissements FEHAP avaient la même structure d'effectif que l'hôpital public, le coût total serait d'environ 0,5% moins élevé dans les établissements FEHAP que dans les établissements publics et inversement il serait de 9% moins élevé dans les structures ex-OQN que l'hôpital public.

Annexe 12 : Etude sur les charges péri hospitalières – synthèse

Indicateur d'écart entre privé et public cf. tableau ci-dessous

L'indicateur mesure l'écart entre le montant moyen dépensé en soins de ville par un bénéficiaire ayant été hospitalisé dans un établissement ex-OQN et celui d'un bénéficiaire ayant été hospitalisé dans un établissement ex-DG rapporté au tarif du GHM pour lequel a été hospitalisé le bénéficiaire.

Pour chaque groupe de prestations et chaque GHM il est calculé l'indicateur suivant :

$$\frac{\text{Montant moyen ex-OQN} - \text{Montant moyen ex-DG}}{\text{Tarif du GHS}}$$

Le montant moyen est calculé en faisant la somme de la base de remboursement des soins de ville sur les trois mois (février mars avril 2008) divisé par le nombre de bénéficiaires ayant eu le GHM concerné. Cet indicateur représente la part de l'écart de tarif moyen des soins de ville entre privé et public par rapport au tarif du GHM.

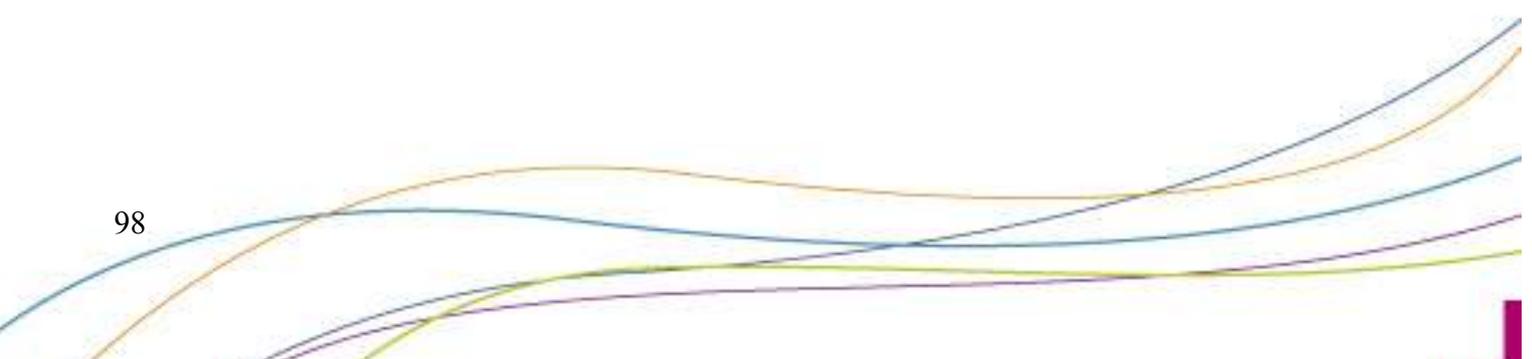
| | | Ex-DG | | Ex-OQN | | Indicateur |
|---|-------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|------------|
| | | base de remboursement | | base de remboursement | | |
| | | montant | moyenne | montant | moyenne | |
| Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA | TOTAL | 176 503 | 538 | 519 911 | 566 | 1,01% |
| Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne | TOTAL | 246 612 | 431 | 297 414 | 443 | 0,53% |
| Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque | TOTAL | 967 290 | 1 041 | 1 223 082 | 1 115 | 1,97% |
| Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA | TOTAL | 579 901 | 701 | 2 215 924 | 709 | 0,48% |
| Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA | TOTAL | 473 856 | 229 | 491 887 | 291 | 2,47% |
| Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA | TOTAL | 684 557 | 683 | 920 740 | 645 | -1,15% |
| Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA | TOTAL | 1 061 780 | 555 | 1 440 667 | 627 | 2,08% |
| Interventions sur le pied sans CMA | TOTAL | 1 285 657 | 986 | 2 541 561 | 896 | -3,06% |
| Prothèses de genou | TOTAL | 1 572 559 | 1 280 | 3 905 948 | 1 439 | 2,79% |
| Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA | TOTAL | 2 518 615 | 1 338 | 250 727 | 1 320 | -0,85% |
| Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA | TOTAL | 673 488 | 553 | 704 932 | 592 | 1,12% |
| Accouchements par voie basse sans complication significative | TOTAL | 6 273 541 | 272 | 3 906 361 | 418 | 6,49% |

Annexe 13 : Montants de créances admises en non-valeurs dans les établissements publics de santé de 2006 à 2010.

Montants en milliers d'euros

| Exercice | Type d'établissement | Compte 654 |
|------------------------------|---|-------------------|
| 2006 | AP - HP | 43 838 |
| 2006 | CHU | 32 695 |
| 2006 | Centres Hospitaliers Généraux | 70 744 |
| 2006 | Centres Hospitaliers Spécialisés | 4 922 |
| 2006 | Hôpitaux locaux | 1 465 |
| 2006 | Syndicats inters hospitaliers et autres | 348 |
| Total 2006 | | 154 012 |
| 2007 | AP - HP | 37 984 |
| 2007 | CHU | 26 162 |
| 2007 | Centres Hospitaliers Généraux | 61 845 |
| 2007 | Centres Hospitaliers Spécialisés | 4 839 |
| 2007 | Hôpitaux locaux | 1 880 |
| 2007 | Syndicats inters hospitaliers et autres | 46 |
| Total 2007 | | 132 756 |
| 2008 | AP - HP | 42 968 |
| 2008 | CHU | 21 379 |
| 2008 | Centres Hospitaliers Généraux | 75 924 |
| 2008 | Centres Hospitaliers Spécialisés | 4 539 |
| 2008 | Hôpitaux locaux | 2 046 |
| 2008 | Syndicats inters hospitaliers et autres | 67 |
| Total 2008 | | 146 923 |
| 2009 | AP - HP | 55 813 |
| 2009 | CHU | 32 904 |
| 2009 | Centres Hospitaliers Généraux | 61 268 |
| 2009 | Centres Hospitaliers Spécialisés | 4 477 |
| 2009 | Hôpitaux locaux | 1 355 |
| 2009 | Syndicats inters hospitaliers et autres | 38 |
| Total 2009 | | 155 855 |
| 2010 <i>provisoire</i> | AP - HP | 53 757 |
| 2010 <i>provisoire</i> | CHU | 27 102 |
| 2010 <i>provisoire</i> | Centres Hospitaliers Généraux | 76 738 |
| 2010 <i>provisoire</i> | Centres Hospitaliers Spécialisés | 4 270 |
| 2010 <i>provisoire</i> | Hôpitaux locaux | 2 199 |
| 2010 <i>provisoire</i> | Syndicats inters hospitaliers et autres | 419 |
| Total 2010 provisoire | | 164 485 |

Source : direction générale des finances publiques, comptes financiers



Annexe 14 : Tableau de suivi des études convergence.

Travaux en cours en 2011

| Recommandations Rapport GAS 2010 | Contenu du cahier des charges | Prestateur | Livrable | Livre 2009 | Travaux 2009-2010 | Livrable 2010 | Travaux 2010-2011 | Livrables 2011 | Travaux 2012-2013 | Livrables 2012-2013 |
|--|---|-----------------|--|--|--|---|--|---|---|---------------------|
| Travaux en cours en 2011 | | | | | | | | | | |
| Précisité | Evaluation de l'utilisation de la MIG « surcoûts structurels » créée en 2009 Mise en place d'un nouveau modèle de financement (sauf arbitrage contraire de la part de la SDR sur la formation du groupe de travail) A déterminer plus en détail selon arbitrage SDR | DDGOS ATH/DREES | Evaluation de l'utilisation de la MIG « surcoûts structurels » créée en 2009 Mise en place d'un nouveau modèle de financement (sauf arbitrage contraire de la part de la SDR sur la formation du groupe de travail) | | | | Formation d'un groupe de travail sur la précision travaux DDGOS et ATH Evaluation de l'utilisation de la MIG « surcoûts structurels » créée en 2009 (sauf arbitrage contraire de la part de la SDR) | Création d'indicateurs géopopulationnels (bassins NSEE, nouveau modèle de financement) (tranches 212) | Mise en place (2012/2013) et stabilisation du modèle de financement moyennant ajustements éventuels des indicateurs | |
| Classification des séjours | Amélioration de l'homogénéité des GHM Valorisation plus juste des séjours courts | ATH | Nouvelle classification | 1er mars 2010 : mise en œuvre de la V16 Ajustements en fonction des retours de campagne (basses basses, surveillance continue, création de GHM annulaires etc.) | | | Finalisation CIMD14 et Travail sur les niveaux de séjetté + Intégration de l'âge gestationnel CIMD15 + maintenance (notamment CIMD17) | Finition travaux CIMD14 et CIMD15 | Ajustements Prise en compte des ajustements (notamment sur CIMD14 et 15) | |
| Charge en soins | Prise en compte de la charge en soins comme de ventilation des charges | ATH | Recueil des données auprès d'un échantillon d'établissements | Exploitation des données Prémière 2009 : liaison des données | Ete 2010 : modélisation | | Intégration dans la méthodologie ENCC | 2011 : ajustement de l'ENCC | | |
| Activité non programmées | Identification de surcoûts structurels intégrant la gestion de soins | Sanesco | Prise en compte de la charge en soins comme de ventilation des charges | Exploitation des résultats Etude d'intégration dans le modèle sur quelques GHS | Ete 2010 actualisation de l'étude : résultats de l'évaluation des surcoûts patients sur certains GHS | | Formation d'un groupe de travail sur le non programmé et la PDS non médicale Etude complémentaire ATH, DDGOS | | Mise en place (2010) et stabilisation du modèle de financement moyennant ajustements éventuels des indicateurs | |
| | | | Identification de surcoûts structurels intégrant la gestion de soins | Exploitation des résultats Etude d'intégration dans le modèle sur quelques GHS | Etude d'intégration dans le modèle sur quelques GHS | Livrable : Analyse et évaluation des surcoûts structurels | | Travaux de modélisation en vue de relever l'opportunité et la faisabilité d'une prise en compte du non programmé pour une liste restreinte de prestataires (sauf arbitrage contraire de la SDR) | | |

Travaux à lancer en collaboration avec d'autres administrations

| Etudes | Recommandations Rapport GAS 2006 | Contenu du cahier des charges | Prescripteur | Livrable | Livre 2009 | Travaux 2009 - 2010 | Livrable 2010 | Travaux 2010 - 2011 | Livrables 2011 | Travaux 2012 - 2018 | Livrables 2012 - 2018 |
|--|--|---|------------------------|---|------------|---------------------|---------------|---|--|---------------------|--|
| Travaux à lancer en collaboration avec d'autres administrations | | | | | | | | | | | |
| | Rec.5 | Mesure de l'ensemble des ressources perçues par les établissements ou directement par les médecins (au-delà du remboursement AMI) | DGOS CNAVITS DSS | Séance CNAVITS / DSS + Fiche mission GAS 2011 | - | - | - | Groupe de travail avec CNAVITS/DSS | - | - | - |
| Rapprochement du périmètre tarifaire et approche tous financeurs | | Impact de la réforme de la tarification de l'imagerie et de la réforme de la biologie sur le périmètre tarifaire du secteur ex-COJN Réforme de la biologie | DGOS CNAVITS DSS | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | Pas de recommandation | Elaboration d'une EVC commune sur le périmètre commun des charges | DGOS + ATH | - | - | - | - | Définition de la méthodologie / Réalisation des travaux | Veie approche d'un périmètre commun des charges dans l'EVC à partir de celui du tarif du secteur privé (plus petit périmètre commun) | Recueil des coûts | Mobilisation afin de construire les tarifs en 2014 |
| Dégressivité tarifaire | Pas de recommandation | Régulation prix / Volume Suite de l'étude Italie et gamme | DGOS + ATH | - | - | - | - | Revue de la littérature / Enquête par les conseillers des affaires sociales dans les ambassades | Résultats d'enquête | - | - |
| | | | | - | - | - | - | Etude économétrique | Evaluations micro-économique de l'impact des économies d'échelle | - | - |
| Qualité et financement | Pas de recommandation | Prise en compte de la qualité dans le dispositif de financement | DGOS | - | - | - | - | Cahier de travail Constitution du groupe de travail | Définition de la méthodologie / Travaux du groupe | Résultats travaux | - |

Annexe 15 : Liste des rapports sur la tarification à l'activité

DGOS :

- Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A) – septembre 2010
- Rapport 2009 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A) – octobre 2009

- Rapport au Parlement sur les MIGAC – 2010
- Rapport au Parlement sur les MIGAC – 2009
- Rapport 2010 au Parlement sur les MIGAC – 2008

- Rapport au Parlement sur la convergence tarifaire – 2010
- Rapport au Parlement sur la convergence tarifaire – 2009
- Rapport au Parlement sur la convergence tarifaire – 2008

DREES – comité d'évaluation de la T2A :

- Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires – A paraître Juin 2011
- Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements – 2010
- Point d'étape T2A à l'occasion du passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public en 2008 – Juin 2010
- Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A – Juillet 2009
- Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A - Rapport final - novembre 2008

Irdes :

- Inscription au programme de recherche 2010-2013 d'une étude relative à l'impact quantitatif de la T2A - Mars 2011
- Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères - Mars 2009

Cour des comptes :

- Les CHU et la réforme de la T2A 2006 – 2009 - A paraître 2011
- Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) et convergence tarifaire - A paraître 2011
- RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PILOTAGE DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE – M Briet - Avril 2010
- RALFSS 2009, Chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours

IGAS :

- Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé - novembre 2009
- Rapport 2006-009 – Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé – janvier 2006
- Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières – juillet 2005

Assemblée nationale :

- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital ET PRÉSENTÉ PAR M. Jean Mallot, Député. – mai 2010

- RAPPORT DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 2854) - TOME II - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL - Par M. Jean-Pierre DOOR, Député - octobre 2010

Sénat – MECSS :

- Rapport d'information N° 686 de M. Jean-Jacques JÉGOU, Fait au nom de la commission des finances (1) sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) - juin 2011
- Finances sociales : un automne décisif - Rapport d'information No 615 de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la commission des affaires sociales – Juillet 2010
- SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010 - RAPPORT D'INFORMATION N° 76 FAIT au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS)(1) de la commission des affaires sociales (2) sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018, Par M. Alain VASSELLE, Sénateur - novembre 2009

Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée :

- OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE – rapport 2010
- OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE – rapport 2009
- OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE – rapport 2008
- OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE – rapport 2007

ATIH

- Rapports annuels sur l'exécution de la campagne tarifaire