



**Rapport 2009 au Parlement  
Sur la tarification à l'activité**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>1 LA MISE EN PLACE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UNE REFORME STRUCTURANTE DANS UN CONTEXTE SPECIFIQUE .....</b>	<b>4</b>
1.1 LA T2A COMME OUTIL DE PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE.....	4
1.1.1 La T2A au service d'une politique d'organisation des soins .....	4
1.1.2 La T2A un modèle de financement souple et adaptable .....	6
1.1.3 La T2A un levier d'optimisation de la gestion des ressources .....	6
1.2 LA T2A EN MCO : UN MODELE S'INSPIRANT DE L'ETRANGER ET ADAPTE AUX SPECIFICITES DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS.....	8
1.2.1 Les exemples étrangers de tarification à l'activité .....	8
1.2.2 Le modèle de financement français.....	9
1.2.3 Une nouvelle logique de régulation économique.....	17
1.2.4 Des débats toujours d'actualité .....	17
<b>2 UNE REFORME INSTALLEE DANS LA REALITE HOSPITALIERE : BILAN ET IMPACTS .....</b>	<b>19</b>
2.1 UN BILAN D'ETAPE SIX ANS APRES LE LANCEMENT DE LA REFORME .....	20
2.1.1 Le respect des délais par un pilotage associant progressivité, adaptation et volontarisme .....	20
2.1.2 Un accompagnement des acteurs.....	21
2.2 LES IMPACTS DE LA REFORME .....	22
2.2.1 L'impact sur les dépenses d'Assurance Maladie .....	22
2.2.2 L'impact de la T2A sur l'offre hospitalière et les établissements .....	24
2.2.3 Les impacts organisationnels et de gestion.....	32
<b>3 UNE REFORME A POURSUIVRE ET A CONSOLIDER : DE NOUVEAUX DEFIS A RELEVER .....</b>	<b>34</b>
3.1 LES EVOLUTIONS ET EXTENSIONS DE LA REFORME .....	34
3.1.1 L'extension de la réforme aux autres champs du MCO.....	34
3.1.2 L'extension du modèle aux autres grandes disciplines .....	35
3.2 LES REFLEXIONS EN COURS OU A ENTREPRENDRE .....	37
3.2.1 La prise en compte des missions de service public .....	38
3.2.2 La prise en compte d'autres facteurs.....	40
3.2.3 Le renforcement de l'accompagnement des évolutions de l'offre de soins .....	42
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>45</b>
ANNEXE 1 ANALYSE DE LA CONVERGENCE DES COEFFICIENTS DE TRANSITION DANS LE SECTEUR EX-OQN ET LE SECTEUR EX-DG .....	46
ANNEXE 2 EVOLUTIONS DES COMPOSANTES DU MODELE T2A (ATIH) .....	59
ANNEXE 3 : LE POSITIONNEMENT RESPECTIF DES 2 SECTEURS (ATIH).....	62

## INTRODUCTION

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne mission au Gouvernement « *de présenter avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés* ».

Ce rapport précisera « *notamment les dispositions prises* :

- *pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;*
- *pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;*
- *pour tenir compte des cas particuliers des établissements situés dans des zones de faible densité démographique, zone de revitalisation rurale ou zone de montagne. »*

Le texte prévoit par ailleurs que jusqu'en 2018, ce rapport soit transmis en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence, et complété en outre par un rapport portant sur les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Les trois rapports sont ainsi appelés à donner une vision exhaustive des impacts de la réforme du financement des établissements de santé.

L'application durant vingt ans d'un financement par dotation globale des établissements publics de santé a permis une régulation économique dans un contexte de forte croissance des dépenses hospitalières. Toutefois ce dispositif n'a pas induit les efforts de gestion et d'économie attendus de la part des établissements et s'est révélé être un système de régulation "en trompe l'œil" (application de quotas d'activité, déport vers le secteur privé libéral, iniquité budgétaire, impact négatif sur l'investissement ...).

Ces limites ont été rapidement soulignées par l'ensemble des acteurs du système de soins.

Une première tentative d'articulation entre recettes et activités a été réalisée avec la mise en place d'une modulation des dotations globales des hôpitaux publics sur la base d'un Indicateur Synthétique d'Activité (point ISA). Elle s'est rapidement montrée inefficace, tant pour harmoniser les ressources entre régions et entre établissements que pour inciter davantage les acteurs à s'engager résolument dans la conduite du changement.

S'appuyant sur les travaux menés, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 a mis en place une réforme majeure du financement des établissements de santé. Le nouveau dispositif de financement, dit de « tarification à l'activité » (T2A), se substitue d'une part à la dotation globale dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, et d'autre part à une facturation détaillée dans les établissements privés à but lucratif. La réforme a pour objet de baser le financement de l'ensemble des établissements de santé sur l'activité qu'ils réalisent, pour assurer une couverture optimale des charges des établissements sous la contrainte de l'enveloppe de l'ONDAM.

Ce sont les lois de financement de la sécurité sociale pour 2005 et 2008 qui, au-delà de l'objectif d'une harmonisation des règles de financement, ont introduit les modalités selon lesquelles serait menée la convergence des tarifs entre les secteurs public et privé commercial.

Dans un premier temps, la tarification à l'activité a été appliquée à tous les établissements publics et privés pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), y compris les activités de

dialyse et d'hospitalisation à domicile (HAD). Les hôpitaux locaux, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les activités de psychiatrie ont été temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme.

Les travaux se poursuivent pour étendre le plus rapidement possible ce système de financement aux champs précités, selon des modalités adaptées.

En 2009, un modèle intermédiaire a été mis en œuvre pour les activités de SSR, permettant de moduler la dotation de fonctionnement sur la base d'une valorisation de l'activité.

Des réflexions sont également en cours pour le financement des activités de psychiatrie autour d'un modèle appelé "valorisation de l'activité en psychiatrie" (VAP), qui prendra éventuellement la forme, dans un premier temps, d'un dispositif intermédiaire.

L'objet du présent rapport est de répondre aux questions évoquées par la loi mais aussi, d'une manière plus générale, de déterminer si, six ans après le démarrage de la réforme de la tarification, celle-ci a bien répondu aux multiples attentes qui avaient été placées en elle.

## **1 LA MISE EN PLACE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UNE REFORME STRUCTURANTE DANS UN CONTEXTE SPECIFIQUE**

### **1.1 La T2A comme outil de performance médico-économique**

Il convient de rappeler que le lancement, en 2002, du plan Hôpital 2007, ambitionnait :

- de restructurer l'offre de soins hospitaliers en obligeant à une réflexion connexe d'efficacité économique et de planification ;
- de fournir à l'hôpital public les leviers d'un nouvel intérêt à l'action ;
- de moderniser et de redynamiser la gestion hospitalière.

Différentes mesures ont été prises dans ce sens : soutien affirmé à l'investissement hospitalier, instauration de la tarification à l'activité (T2A), modernisation de la gouvernance hospitalière, nouvelle organisation budgétaire et comptable en cohérence avec la T2A... Parallèlement, les SROS III ont été lancés et dans le domaine de la qualité des soins, la Haute Autorité de Santé a développé la certification des structures ainsi que les procédures d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Cette nouvelle approche managériale de l'hôpital, dans laquelle s'est inscrite la création de la Mission de Tarification à l'Activité (MT2A), a posé les jalons d'une gouvernance hospitalière à même de mieux concilier les exigences éthiques et déontologiques de la médecine avec l'efficacité des établissements.

#### **1.1.1 La T2A au service d'une politique d'organisation des soins**

L'ambition de la réforme était de faire du nouveau dispositif de financement des établissements de santé un outil de recomposition de l'offre de soins en même temps que de modernisation de l'hôpital.

La T2A, en amont ou en soutien des autres mesures, en renforce sensiblement les effets et accélère, voire provoque, les évolutions souhaitées :

► *En encourageant une dynamique d'activité pour répondre à la demande de soins*

En matière hospitalière, la tendance en termes d'évolution de l'activité des années 2000 à 2003 se situait autour de +0,4% par an (séjours+venues - *source DREES*) tous secteurs confondus, et pour le secteur hospitalier public de +0,2% par an. Le dispositif de financement par dotation globale avait sans nul doute sa part de responsabilité dans cette évolution modeste, les financements évoluant pour leur part de manière plus dynamique.

Contrairement à ce dispositif qui pénalisait les établissements dont l'activité se développait, le système de tarification à l'activité a pour but d'accroître les recettes des établissements à mesure que leur volume d'activité augmente.

► *En améliorant les moyens d'intervention pour orienter l'activité en réponse aux besoins*

Les évolutions des besoins, des modes de prises en charge, des technologies nécessitent de la part du dispositif de financement une réponse adaptée. Par ailleurs, la dépendance et les maladies chroniques occupent une place grandissante dans la mobilisation des ressources.

La manière de financer est structurante. Dans un dispositif T2A, les acteurs économiques réagissent en faisant des choix orientés vers le développement d'activités qui répondent à un besoin effectif. La T2A introduit également une approche compétitive entre les établissements de santé, en les incitant à rechercher non seulement le meilleur rapport coût/efficacité médicale de leur production de soins, mais aussi la qualité des soins et la satisfaction des patients. La perspective de recettes trop faibles peut aboutir à réguler une activité qui ne répond plus aux besoins de la population. A contrario, l'instauration de tarifs adaptés favorise la création de structures et le développement d'activités nécessaires.

Ainsi, la notion de "soins palliatifs" a été reconnue au plan financier, et la création de structures correspondantes a été favorisée via des tarifs incitatifs. De même, l'activité de transplantations d'organes s'est vue octroyer des financements spécifiques favorisant une organisation des prélèvements et des greffes qui devrait porter ses fruits.

La chirurgie ambulatoire, encore peu développée en France par comparaison aux autres pays occidentaux, et qui potentialise l'utilisation des capacités hospitalières et du temps soignant, a également fait l'objet de mesures tarifaires incitatives depuis le début de la réforme.

► *En contribuant à réduire les inégalités territoriales*

L'option de tarifs nationaux et d'une régulation prix/volume appliquée au niveau national permet l'existence de flux d'activité entre territoires, notamment en direction des zones défavorisées en offre de soins. La réponse aux besoins est ainsi permise, le financement n'est pas contraint par zone géographique, puisque la dépense engagée pour couvrir les nouveaux besoins est gagée par l'ensemble de l'enveloppe nationale.

Contrairement à ce qui est parfois exprimé, il n'y a pas de contradiction entre les deux logiques de planification et de paiement prospectif à l'activité (T2A), mais au contraire une nécessaire complémentarité.

### **1.1.2 La T2A un modèle de financement souple et adaptable**

#### **▶ *Qui préserve les fondamentaux du système de soins***

Les modalités de financement sont identiques quelque soit le statut des établissements, et le respect du financement sous forme d'honoraires pour les praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées est maintenu.

La souplesse du modèle permet la prise en compte rapide de l'évolution des financements. Les différents « compartiments » qui le composent se complètent et s'ajustent au fil des besoins. Ainsi, la liste des molécules onéreuses peut prendre en compte les évolutions thérapeutiques. Par ailleurs le financement par dotation MIG permet de mieux prendre en charge certains éléments de surcoûts auxquels sont confrontés les établissements, par exemple l'accueil des populations en situation de précarité.

La construction des tarifs sur la base d'une classification régulièrement actualisée et détaillant les diverses prises en charge en fonction du degré de sévérité de l'état du malade permet d'adapter au mieux les ressources hospitalières à la typologie de l'activité et, par conséquent, de mieux faire face à l'évolution de la demande en soins de la patientèle.

#### **▶ *Qui permet une harmonisation des financements***

L'application de mêmes règles d'allocation de ressources aux deux secteurs, notamment sur les missions de service public, permet de favoriser les rapprochements d'établissements et les autres formes de coopérations.

Toutefois, l'harmonisation des modalités de financement, sous-tendue par une identité possible des missions, n'est pas synonyme de convergence des tarifs. La convergence des tarifs, qui poursuit un objectif d'équité résumé par le principe « un même tarif pour une même prestation » est d'une autre nature. L'équité sur ce point nécessite que soient justement mises en lumière les différences de charges qui pèsent sur chacun des secteurs, et que soit déterminé le périmètre sur lequel la convergence des tarifs est effectivement applicable. Des travaux spécifiques pluriannuels sont menés sur le sujet de la convergence intersectorielle, qui fait l'objet d'un rapport distinct.

### **1.1.3 La T2A un levier d'optimisation de la gestion des ressources**

#### **▶ *Au plan macro-économique***

La maîtrise des dépenses de santé constitue une préoccupation majeure pour l'ensemble des pays développés. La question se pose avec une acuité particulière en France, compte tenu de l'augmentation des déficits publics et de l'alourdissement de la dette. Parallèlement, des facteurs sociétaux tels le vieillissement de la population, ou encore l'innovation médicale concourent au renforcement de la demande de soins, entraînant une hausse tendancielle des dépenses. La tarification à l'activité comporte, par construction, des risques inflationnistes qui nécessitent la mise en place de mécanismes de régulation des dépenses à même de neutraliser ces possibles dérives.

L'Hôpital, dont la part dans les dépenses de l'ONDAM est désormais inférieure aux dépenses de soins de ville (69,6 milliards d'euros en 2009 contre 73,2), doit persévérer dans sa contribution aux

efforts d'économies visant à stabiliser les déficits de l'Assurance Maladie, tout en poursuivant son adaptation à l'augmentation, en volume et en nature, des besoins sanitaires.

L'équité dans la répartition des ressources entre établissements, mise en place par le modèle de la T2A, est renforcée par l'instauration d'une étude des coûts de production dont la méthodologie de calcul est commune aux secteurs public et privé (ENCC). Cette étude aboutit à la construction de deux échelles nationales des coûts, qui servent de base aux tarifs.

La réforme de la tarification s'inscrit dans une logique de régulation médicalisée des dépenses, participant ainsi à la préservation du système de soins en optimisant la gestion des ressources.

► *Au niveau des établissements*

Le budget alloué aux établissements de santé n'est plus le résultat d'une reconduction quasi automatique d'une dotation globale calculée sur des bases historiques mais la conséquence directe de l'activité, responsabilisant les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes.

L'accroissement des recettes conduit à l'amélioration des résultats financiers dans la mesure où est assurée simultanément une gestion performante des charges. La fixation ex ante de tarifs nationaux déterminés sur la base de coûts moyens, engage en outre les établissements de santé à réaliser des gains de productivité. Les gestionnaires et les équipes médicales et soignantes des établissements sont théoriquement conduits à maîtriser les coûts qu'ils engagent afin que ceux-ci restent dans la limite des tarifs versés.

Par ailleurs, la tarification à l'activité s'est accompagnée d'une réforme de la gouvernance de l'hôpital qui favorise l'optimisation et la modernisation de la gestion des établissements par une délégation en direction des pôles d'activité. Des outils affinés de pilotage médico-économique se doivent désormais d'accompagner les établissements dans leur gestion interne.

Le financement des établissements en T2A impliquait que soit introduite une nouvelle méthode d'élaboration budgétaire. L'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD), effectif depuis 2006, place désormais au premier rang l'activité prévisionnelle et ses tarifs, à l'origine des recettes qui déterminent les moyens que l'établissement peut engager.

La mise en place de la tarification à l'activité est allée de pair avec un renforcement du rôle dévolu à l'information médicale qu'il s'agisse du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), qui mesure l'activité hospitalière, mais aussi des consommations de certains produits médicaux en sorte d'y corréler le financement des établissements.

La T2A consacre pour les établissements une nouvelle approche financière et de gestion. Elle permet au régulateur, au-delà d'une incitation globale, de disposer d'un mécanisme puissant d'incitation à la productivité. L'enjeu réside donc dans la capacité du dispositif dans son ensemble à concilier la maîtrise des dépenses de santé avec le maintien de la qualité des soins et le développement de l'innovation, dans un système de soins où l'égal accès aux soins, l'équité de traitement des patients, mais aussi la liberté des acteurs, constituent les caractéristiques fondamentales, et où les attentes sociétales et le niveau d'exigence des usagers reste à juste titre élevé.

## **1.2 La T2A en MCO : un modèle s'inspirant de l'étranger et adapté aux spécificités du système de soins français**

### **1.2.1 Les exemples étrangers de tarification à l'activité**

L'instauration d'un système de financement à l'activité remonte à 1983 aux Etats-Unis. Le principal objectif était de maîtriser la croissance des dépenses hospitalières dans le cadre du programme d'assurance publique Medicare.

L'exemple américain fut rapidement suivi au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Puis, la mise en œuvre de mécanismes de paiement prospectifs s'est ensuite progressivement développée en Europe, selon des modalités diverses, à partir du début des années 1990 :

- dans les pays d'Europe du Nord (Suède, Norvège, Danemark, Estonie, Lettonie, Lituanie, Finlande) ;
- en Europe de l'Est (Autriche, Hongrie, République Tchèque, Slovaquie, Roumanie, Slovénie) ;
- en Europe du Sud (Italie, Portugal et Espagne) ;
- en Europe occidentale par le biais d'importantes réformes au Royaume-Uni, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas ou via des réformes plus progressives en Belgique, en Suisse et en Irlande.

Cette tendance généralisée concerne également des pays comme le Japon ou l'Afrique du Sud.

L'évolution des modes de financement hospitalier est ainsi analogue au niveau international. La plupart des pays sont en effet confrontés à des défis communs et poursuivent des objectifs similaires de maîtrise de l'évolution des dépenses. La France a ainsi pu tirer les enseignements de l'expérience des nombreux pays ayant mis en place des dispositifs de financement prospectif à la pathologie avant 2004.

Le système de financement américain constitue la source d'inspiration principale. Les Etats-Unis ont mis en œuvre une classification médico-économique des séjours des patients dans des groupes de pathologies, les « Diagnosis Related Groups » (DRG), auxquels correspondent les Groupes Homogènes de Malades (GHM) du système français. Cette classification sert de base au paiement, et les tarifs sont déterminés de manière centralisée, sur la base des coûts moyens observés dans un échantillon d'établissements.

De plus, le financement fondé sur le volume et la nature de l'activité réalisée est complété de modes de rémunération forfaitaire ou de paiements complémentaires : c'est par exemple le cas de certains médicaments onéreux, qui font l'objet d'un paiement en sus des tarifs.

Le système américain a par ailleurs mis en place un mécanisme de prise en compte des disparités géographiques via l'application d'un coefficient correcteur complexe (repris en France de manière beaucoup plus limitée).

Malgré de nombreux éléments de convergence, le champ d'application, le degré d'extension ainsi que les caractéristiques techniques des différents systèmes de paiement prospectif à la pathologie sont très hétérogènes d'un pays à l'autre et varient sensiblement suivant les spécificités des systèmes de santé nationaux.

L'unité principale de remboursement est le séjour (DRG / GHM) dans la plupart des pays (Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie, Belgique, Suisse, Portugal, etc.), mais celle-ci est

parfois associée, pour une partie de l'activité, à un paiement à l'acte, à un prix de journée ou encore un forfait par patient (capitation), comme en Catalogne.

Les systèmes de financement développés en Europe ne sont pas de purs modes de paiement à l'activité ; ils combinent plusieurs mécanismes et la part du financement provenant des tarifs par séjour ne représente jamais la totalité du budget. Il est difficile de préciser un pourcentage habituellement retenu car dans chacun des pays, le financement des dépenses hospitalières fait intervenir divers acteurs (l'Etat, les régimes d'Assurance Maladie obligatoires et/ou complémentaires, etc.) à différents niveaux (national et/ou régional).

## **1.2.2 Le modèle de financement français**

### **1.2.2.1 Un modèle mixte pour tenir compte d'une réalité complexe**

Les processus de production de soins sont parmi les plus complexes. Ils associent un grand nombre de métiers pour des prises en charge d'une forte hétérogénéité, au plan des pathologies et des situations cliniques rencontrées, des modes de prise en charge ou encore des populations accueillies.

La tarification à l'activité a été conçue pour faire face à cette diversité, en prenant en compte les spécificités du système de soins français : libre parcours du patient, existence d'un secteur fort de spécialités libérales, coexistence de plusieurs secteurs d'hospitalisation, nécessaire transversalité et coopération dans les organisations.

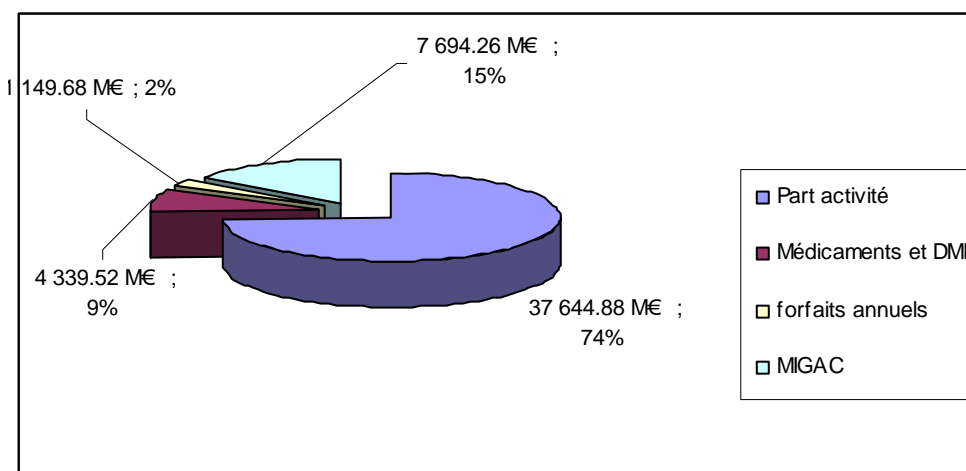
Le respect de ces particularités a nécessité que soit mis en place un modèle mixte, qui permette de couvrir d'une part le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins, et d'autre part la compensation de charges liées à l'accomplissement de services d'intérêt général.

Les objectifs visés d'équité dans l'attribution des ressources compte-tenu des activités spécifiques, et d'égalité dans l'accès aux soins y compris pour les plus innovants et les plus coûteux, ont conduit à la définition de quatre compartiments complémentaires, selon une méthode qui a fait l'objet d'une étroite concertation avec les représentants des professionnels.

Le socle du financement (compartiment principal) est constitué par la tarification au séjour, dont le principe, éprouvé dans pratiquement tous les pays ayant mis en œuvre un système de financement à l'activité, est en lui-même relativement simple. Il consiste en une tarification prospective et forfaitaire (Groupe Homogène de Séjour ou GHS), regroupant les séjours en groupes homogènes selon des critères médico-économiques (Groupe Homogène de Malades ou GHM), et appliquée de manière identique pour tous les établissements d'un secteur donné.

Les trois autres compartiments, financés différemment, recouvrent des missions, activités et produits qui ne peuvent pas, de manière pérenne ou temporaire, être valorisés dans les tarifs. Il s'agit des forfaits annuels, des financements en sus sur liste des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables (DMI), enfin des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

Pour 2009 la répartition correspondant à ces différents compartiments est la suivante :



► *La part «Activité tarifée »*

Compte tenu de l'éventail des situations existantes, le choix s'est porté sur la notion de tarif national, assorti le cas échéant d'une modulation géographique, mais sans prise en compte d'autres éléments notamment statutaires ou de taille d'établissement. Par exemple, il n'a pas été prévu de majoration systématique de tarifs pour les CHU.

Cette attitude initiale répondait à deux soucis :

- Un souci de transparence: un éventuel surcoût susceptible d'être porté sur les tarifs de telle ou telle catégorie d'établissements introduirait une extrême complexité pour distinguer, voire hiérarchiser ces surcoûts selon les établissements. Les études en cours, portant notamment sur les effets de la taille des structures et de la gamme des prestations, pourraient permettre de revoir cette première approche.
- Un souci d'équité : le financement à montant identique pour une même prestation reste un principe de base du dispositif, ceci d'autant qu'il convient de garder à l'esprit le sujet de la participation de l'assuré à la dépense de soins.

► *Les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)*

Parmi les nombreuses missions de l'hôpital, un certain nombre ne peuvent pas faire l'objet d'un financement direct « à l'activité ». Le volet de financement MIG, assuré par dotation, a pour objet la compensation de ces charges. Les activités placées dans ce champ sont essentiellement liées à l'accomplissement de missions de service public ou d'intérêt général. Il peut s'agir de missions fournies par un établissement :

- En direction de l'ensemble de la collectivité : c'est par exemple le cas du financement au titre des soins pour les détenus (unité de consultation et de soins ambulatoires : UCSA) ou de la permanence des soins hospitalière (PDSH, dont le financement a été transféré en MIG en 2009) ; c'est également le cas des Missions d'Enseignement et de Recherche (MERRI) ;
- Au bénéfice d'autres établissements : c'est le cas par exemple des prélèvements de tissus à des fins de greffes (cornées, os...).

Il n'en demeure pas moins que cette dotation doit être rendue équitable grâce à une affectation différenciée qui tienne compte du service rendu. Un travail d'ajustement est donc régulièrement mené notamment par la mise en place d'indicateurs de structure ou de résultats permettant de disposer des éléments nécessaires à une plus grande équité des dotations par établissement. Les activités développées dans ce champ, ainsi que les ressources correspondantes, font l'objet d'une négociation entre l'ARH et l'établissement, négociation qui se concrétise dans un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM).

Au sein des MIG, le financement des *Missions de Recherche et d'Enseignement (MERRI)* a constitué une réforme à part entière.

Dans l'esprit de la tarification à l'activité, le financement des MERRI se veut incitatif au développement d'une recherche de qualité, avec les objectifs suivants : être équitable, en rapport avec l'activité et la production, favoriser la valorisation et la diffusion de l'innovation, éviter le «saupoudrage» des moyens disponibles, enfin accompagner l'organisation de pôles d'excellence au plan national, supportant les comparaisons internationales et s'inscrivant sur la durée. Il ne s'agissait donc plus d'opérer un calcul en pourcentage du budget, inéquitable et inefficace, mais de déterminer une enveloppe spécifiquement affectée selon une méthode de répartition entre les établissements concernés qui produise les résultats recherchés, en dynamique. L'enveloppe disponible, d'un montant équivalent à ce qui était attribué précédemment, a été considérée comme une donnée contrainte. Elle représente en 2009, 1,93 milliard d'euros en dépenses reconductibles. Sont concernés à ce jour 78 établissements, essentiellement les CHU, CHR et CLCC, ainsi que certains autres établissements ayant passé convention avec l'Université. Les modalités retenues à partir de 2008 sont décrites dans le rapport sur les MIGAC.

Les MIGAC comportent également une composante *d'Aide à la Contractualisation (AC)*.

L'attribution de crédits AC est strictement subordonnée à la signature d'un contrat entre l'ARH et l'établissement. Ce financement diffère de la notion de MIG par sa souplesse d'attribution. Les termes du contrat doivent être précisés et les engagements de l'établissement clairs. Il est prévu une procédure de sanction en cas de non respect des engagements (décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006, possibilité de pénalités financières ou/et de suspension du contrat et des financements afférents).

Les engagements financiers des ARH au titre des AC ont dans un certain nombre de cas un caractère pluriannuel. Ainsi, les actions de soutien à l'investissement (notamment au titre des engagements pris avant 2007), d'aide au retour à l'équilibre ou au démarrage d'activité nouvelle, doivent être soutenues selon un programme se déroulant sur plusieurs années. Toutefois, les crédits sont systématiquement alloués de manière non reconductible, la situation des établissements ou les autres équilibres de financement pouvant évoluer au cours du temps.

Pour 2009, la dotation nationale MIGAC avec l'ensemble de ses composantes (MIG dont les MERRI, et AC) a été fixée à 7,694 milliards d'euros, soit une progression de +4,7 % par rapport à la base 2008 et un poids par rapport à l'ensemble des financements qui progresse de 1,3 point par rapport à 2008.

### ► *Les forfaits annuels*

La mise en place de forfaits annuels au sein du modèle T2A a été nécessaire pour certaines activités spécifiques pour lesquelles une description par séjour n'était pas pertinente, et sans relation directe avec les ressources minimales devant être engagées pour assurer une continuité dans la prise en charge.

Trois forfaits annuels ont ainsi été mis en œuvre :

- le forfait annuel « Urgences » (FAU), destiné à couvrir les charges de structure et de fonctionnement des services d'accueil des urgences autorisés. Il est calculé en fonction du nombre de passages aux urgences enregistré l'année précédente, avec un système par paliers ;
- le forfait « Coordination des prélèvements d'organes » (CPO) destiné à couvrir les frais de la coordination : rémunérations des personnels impliqués, astreinte des IDE coordinatrices, dont l'objectif est de recueillir le témoignage des familles en cas de donneur potentiel recensé, et de coordonner les activités de prélèvement ;
- le forfait annuel « Greffes » (FAG), destiné à rémunérer les activités transversales liées à cette activité : coordination, transport des équipes, astreintes, typage HLA, frais liés à la gestion des greffons de cellules souches hématopoïétiques... Il est calculé en fonction d'un certain nombre de paramètres : nombre de greffes de l'année précédente, nombre de greffes avec donneur vivant, nombre de greffes de cellules souches hématopoïétiques...

### ► *Les financements en sus, sur liste, des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables (DMI)*

La mise en place de la T2A s'est traduite pour les établissements hospitaliers par l'instauration d'une liste de produits remboursables en sus des tarifs des séjours (sur la base d'un tarif de responsabilité), comportant des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux. Cette décision reposait sur des nécessités d'équité mais surtout d'accessibilité. Il s'agissait en effet :

- de garantir à chaque patient, où qu'il soit hospitalisé, un accès égal aux traitements et innovations prescrits, la liste ayant vocation à inclure au fil du temps les nouveaux produits particulièrement coûteux.
- d'éviter des distorsions trop fortes entre tarifs et coûts. Les tarifs des GHS, établis sur des bases historiques de coût calculé, ne permettaient pas de financer ces produits innovants, qui de fait, n'étaient pas inclus dans la base de calcul des coûts. Ceci était particulièrement sensible pour les produits coûteux de chimiothérapie en oncologie et pour d'autres domaines très spécialisés sur les dispositifs médicaux coûteux, comme par exemple les cœurs artificiels ou les implants cardio-vasculaires ;
- d'harmoniser les mécanismes de remboursement de ces produits entre les établissements publics et privés. En effet, le montant de ces produits était inclus dans le budget global des établissements publics, alors que les établissements privés étaient autorisés à les facturer en sus des frais d'hospitalisation.

Mise en place dès le début de la réforme en 2004, la liste des médicaments et dispositifs facturés en sus des GHS n'a cessé d'augmenter en nombre de références, régulièrement alimentée par l'accès

au marché remboursé de molécules et de produits innovants et coûteux. Quelques actions de réintégration dans les tarifs de dispositifs ont été réalisées en sorte de rendre identiques les listes dans chacun des deux secteurs.

Nombre de dispositifs et de médicaments sur la liste en sus

	Inscrits en tout	Entrées en 2008	Sorties en 2008	% Génériques
Dispositifs médicaux (codes LPP)	1164	76	10	-
Médicaments (DCI)	104	24	0	30%
Médicaments (Spécialités)	548	124	0	30%

(Source MT2A)

Avec le temps, la dépense totale dédiée a évolué de manière très importante, sur des taux annuels pour les derniers supérieurs<sup>1</sup> à 10%. La difficile maîtrise de ce champ a ouvert un débat bénéfiques/risques quant à l'opportunité de maintenir ce dispositif considéré par certains comme dépensier, mais comportant des avantages notamment en terme de traçabilité.

Progression des dépenses de la liste en sus entre 2006 et 2008

Ensemble SECTEUR PUBLIC et PRIVE	2006 Milliers €	2007 Milliers €	2008 Milliers€	Evolution 2006/2007	Evolution 2007/2008
Médicaments payés en sus	1871,35	2108,80	2445,91	12,7%	16,0%
DMI payés en sus	1329,74	1345,88	1410,11	1,2%	4,8%
Total médicaments et DMI payés en sus	<b>3201,09</b>	<b>3454,68</b>	<b>3856,02</b>	<b>7,9%</b>	<b>11,6%</b>

(Source DHOS)

### 1.2.2.2 Un modèle adaptable dans le temps

L'un des aspects fondamentaux d'un dispositif de tarification à l'activité est sa nécessaire adaptabilité. En effet, le modèle doit investir les nouvelles technologies, permettre le jeu de mécanismes d'incitation économique sur des activités ou des modes de prise en charge, laisser place à des besoins de financement inattendus (situations de crises), etc. Durant les premières années d'application, des ajustements s'avèrent souvent nécessaires dans tous les pays concernés. Aucun dispositif n'est d'emblée opérationnel sur toutes les situations potentielles ni ne peut intégrer par anticipation toutes les ambitions de santé publique.

Il n'est pas sans doute pas souhaitable de modifier un tel dispositif en profondeur à chaque nouvelle option de prise en charge, car cela déséquilibrerait tout un édifice, empêcherait toute prévision sérieuse d'activité et de recettes par les gestionnaires, et contrarierait l'appropriation par les acteurs. A contrario, il est nécessaire que le dispositif prenne en compte l'évolution de l'activité des professionnels, ceux-ci ayant besoin que soit reconnue, voire encouragée, la réalité des prises en charge et des efforts consentis.

Faire évoluer les diverses représentations médico-économiques des activités, en gardant à l'édifice une cohérence d'ensemble, une stabilité et une lisibilité de référence constitue donc un défi constant.

<sup>1</sup> Evolution des dépenses médicaments et DM payés en sus de 7,9% entre 2006 et 2007, de 11,6% entre 2007 et 2008 tous secteurs (privé et public) confondus. Dans le public uniquement l'évolution sur les quatre premiers mois de 2009 a été de 11%.

Avec ses différents compartiments, le modèle de la T2A, outil vivant de gestion, a démontré dès sa mise en place sa souplesse et son adaptabilité, et a sensiblement évolué au fil des ans depuis 2004 notamment pour prendre en compte les évolutions des modes de prise en charge des patients. Quelques exemples peuvent être fournis :

▶ *L'exemple des greffes et prélèvements d'organes*

En matière de transplantation d'organes, les leviers économiques visant à donner aux acteurs un « intérêt à agir » ont été exploités dans le modèle T2A, tout en s'adaptant aux nécessités de terrain. De 2004 à 2009, différents forfaits et tarifs ont été créés pour répondre aux besoins, en concertation avec les professionnels notamment l'agence de biomédecine, avec l'objectif d'adapter au mieux le financement à la complexité du dispositif et à la réalité des dépenses engagées.

▶ *L'exemple des soins palliatifs*

En 2004, deux GHS ont été créés: un GHS de base et un GHS valorisé pour les séjours en unités de soins palliatifs (USP), la borne définissant les séjours extrêmes hauts était fixée selon les mêmes principes que pour tous les autres GHM. De 2004 à 2009, le système a été adapté en concertation avec les professionnels pour prendre en compte trois GHS (un GHS de base; un GHS revalorisé pour les séjours en lits de soins identifiés après agrément de l'ARH ; un GHS revalorisé pour les séjours en USP), avec des ajustements par rapport à la borne définissant les séjours extrêmes hauts.

### **1.2.2.3 Un modèle également adapté aux activités d'HAD**

La volonté de développer l'hospitalisation à domicile (HAD) nécessitait que soit conjointement appliqué, sur ce champ, un financement à l'activité. Le modèle de financement diffère toutefois pour s'adapter aux spécificités de l'activité. Fondé sur une tarification forfaitaire « à la journée » qui repose sur une information médicalisée de type PMSI, il articule et pondère les éléments d'un mode de prise en charge principal et le cas échéant secondaire, avec un score de dépendance et de durée de séjour qui introduit le séjour dans l'un des 31 Groupes Homogènes de Tarifs (GHT).

### **1.2.2.4 Les adaptations du modèle récentes ou en cours**

Régulièrement, le modèle prend en compte les évolutions des modes de prise en charge des patients. Des évolutions importantes sont en cours et devraient avoir un impact direct sur l'activité, l'organisation et le financement des établissements.

▶ *Actes et consultations externes*

Dans le cas général, les actes et consultations externes dans les établissements publics sont rémunérés sur la base des tarifs conventionnels : NGAP pour les consultations et actes d'anatomopathologie, CCAM pour les actes techniques, NABM pour les actes de biologie. La T2A n'a pas modifié ces principes. La modification du régime budgétaire des établissements publics, avec passage à l'EPRD, a toutefois mis en avant l'importance de ces actes pour les recettes de l'établissement.

▶ *Prestation complémentaire de Sécurité et Environnement Hospitalier (SEH)*

Une grande partie de l'activité développée en « soins externes » mobilise les ressources de l'établissement pour assurer la sécurité des soins dispensés. Il en est ainsi par exemple d'une endoscopie digestive haute réalisée sans anesthésie qui ne justifie pas à elle seule une hospitalisation de jour, mais nécessite néanmoins un environnement hospitalier, pour être réalisée dans des conditions de sécurité sanitaire optimale : consignes réglementaires de stérilisation des endoscopes, moyens de faire face à un incident ou accident survenant au cours de l'acte...

Une prestation particulière, dénommée SEH (pour Sécurité et Environnement Hospitalier), a été créée en 2007 pour dédommager l'établissement qui met à disposition des moyens matériels ou humains au cours d'actes réalisés sur des patients non hospitalisés, et des listes d'actes susceptibles de donner lieu à ces prestations ont été définies. En 2008 les SEH ont représenté un montant total de 52 millions d'euros (pour mémoire le montant des soins externes était de 3,8 milliards d'euros).

Ainsi, certaines activités « frontières » entre l'hospitalisation et la pratique ambulatoire « de ville » sont identifiées et la mobilisation des ressources qu'elles génèrent pour les établissements est indemnisée à un niveau équitable sans inciter à des hospitalisations abusives.

#### ► *Consultations longues – Education thérapeutique*

La rémunération des consultations médicales longues, complexes et des consultations pluridisciplinaires faisant intervenir d'autres professionnels (infirmières, diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes...) constitue une problématique importante pour les établissements de santé publics qui développent une grande partie de leurs activités cliniques sous cette forme, à destination de patients pris en charge en ambulatoire.

En principe, la future CCAM clinique devrait intégrer ces situations particulières. Dans l'attente, pour un grand nombre d'affections, ce sont les MIG qui assurent la couverture des surcoûts induits par ces consultations (douleur, addictologie, mémoire...), mais d'autres pistes sont à l'étude.

Un exemple des réflexions en cours peut être donné à propos de l'éducation thérapeutique, financée depuis 2004 dans les établissements de santé au sein des MIG. Ce système constitue une nette amélioration par rapport à la situation antérieure à la réforme où l'éducation thérapeutique n'était pas identifiée dans la dotation globale de financement, ni même promue ou contractualisée.

Les enjeux pour les prochaines années sont de mettre en place une organisation régionale, sous l'égide des futures Agences Régionales de Santé, garantissant un maillage territorial satisfaisant, une bonne complémentarité entre les acteurs, une « labellisation » des équipes, une autorisation des programmes sur le fondement d'un cahier des charges national, puis de se doter d'un dispositif adapté de financement.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » constitue dans cette perspective une étape importante.

### **1.2.2.5 Des outils techniques de construction tarifaire en constante évolution**

La recherche constante d'amélioration et de précision des outils est liée à la grande difficulté que représente la description de situations pathologiques diverses et complexes, aboutissant à un financement standardisé autant que possible, au niveau national.

Déterminer un niveau de tarifs adapté est sans doute l'enjeu le plus complexe d'un dispositif de financement prospectif au séjour. L'option est de poursuivre une politique de tarifs, basés sur une hiérarchie des coûts moyens de production.

► *Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC)*

L'ENCC concerne aujourd'hui les secteurs public et privé et remplit trois objectifs :

- la construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs ;
- la publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts ;
- la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

Bien que déjà performant, cet outil doit évoluer vers une plus grande précision des charges imputées (charges de personnel aujourd'hui imputées « à la journée »), ainsi que sur le nombre d'établissements participants.

A noter que le champ de l'HAD bénéficiera prochainement de tarifs tenant également compte des coûts de production, puisqu'une étude de coûts à méthodologie commune (ENCC) mise en place en 2009, devrait être opérationnelle en 2011.

► *Classification des Groupe Homogènes de Malades (GHM)*

Depuis sa première version publiée en 1986, la classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières. La particularité la plus importante qui la distingue de la plupart des classifications internationales est qu'elle intègre les activités d'hôpital de jour (hospitalisation sans nuitée). Lors du passage en T2A, la classification a été spécifiquement adaptée à sa nouvelle fonction de vecteur de tarification. Elle a ainsi bénéficié de nombreuses modifications toutes destinées à rendre les groupes plus homogènes en termes de consommation de ressources.

Actuellement appliquée dans sa version 11, elle est composée de 2296 groupes homogènes de malades (GHM), chacune des 611 racines étant segmentée jusqu'à 4 niveaux de sévérité pour une meilleure prise en compte de la gravité et de la charge en soins des patients.

### **1.2.2.6 Des dispositifs complémentaires de régulation et de contrôle**

► *Le contrat de bon usage (CBU)*

Institué par le décret du 24 août 2005, le contrat de bon usage signé entre l'établissement et l'ARH a pour but de réguler l'usage des médicaments et dispositifs médicaux onéreux facturés en sus des tarifs. Conclu pour 3 à 5 ans, il poursuit deux grands objectifs :

- engager les établissements de santé dans une démarche qui favorise le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux dans la perspective d'une amélioration continue tant de la qualité que de la sécurité des soins ;
- garantir le bien-fondé des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation par l'observation des référentiels de bon usage publiés par l'AFSAPS, l'INCA et la HAS.

La crainte de voir les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux augmenter dans des proportions trop importantes sans certitude quant au bien fondé de la prescription a conduit les pouvoirs publics à intégrer dans le décret un dispositif de sanction qui permet, en l'absence de

signature de contrat de bon usage ou en cas de non respect de ce contrat, de limiter le remboursement des spécialités de la liste des produits facturables en sus à 70% de leur montant. Les premiers contrôles sont intervenus en 2008.

#### ► *Les autres outils de contrôle T2A*

Un guide du contrôle externe du recueil de données PMSI a été élaboré en 2002, avant la mise en place effective de la T2A. Dès 2006, sur la base de ce guide ultérieurement amélioré, les services médicaux des caisses d'Assurance Maladie ont entrepris des contrôles visant à apprécier l'exactitude du codage des situations médicales et des actes réalisés, et le cas échéant mettre en œuvre des récupérations d'indus et des sanctions avec pénalités en application de l'article L162 -22-18 du CSS. Ces contrôles externes systématiquement mis en œuvre sous forme de campagnes annuelles, suivent une stratégie décidée au niveau d'un groupe national de suivi. Ils donnent également lieu à des réunions d'échanges avec les fédérations professionnelles.

Les campagnes 2007 et 2008 ont permis, outre une sensibilisation des établissements à la nécessité d'un codage exact, une récupération d'indu pour un montant de 26 millions d'euros en 2007 et 14 millions en 2008, et des sanctions financières proposées aux COMEX des ARH, pour un montant de 4 millions d'euros en 2007 et de 14 millions d'euros en 2008 (pour l'ensemble des deux secteurs d'hospitalisation de court séjour).

### **1.2.3 Une nouvelle logique de régulation économique**

Dans son rapport de 2007 sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2005, la Cour des Comptes mettait en évidence les enjeux en matière de gestion budgétaire et comptable : enjeux financiers nationaux, enjeux de sincérité des comptes au niveau des établissements.

#### **1.2.3.1L'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD) dans les établissements précédemment financés par dotation globale**

La dotation globale reposait sur une logique de moyens constatés. Cette logique se trouve inversée par la réforme de l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD).

Ainsi, depuis 2006, l'établissement se trouve dans l'obligation de disposer de moyens fiables pour évaluer sa future activité, et de réfléchir à l'efficacité de son organisation en développant des outils et en associant tous les acteurs internes, aux fins de couvrir par les recettes issues de l'activité ses dépenses d'exploitation et d'investissement.

#### **1.2.3.2La régulation macroéconomique**

La T2A a introduit la notion de tarif par séjour dont le montant est calculé sur la base de l'enveloppe disponible de l'année "n". Lorsque le volume d'activité augmente, l'ajustement se fait par l'adaptation du montant des tarifs. Cette opération est réalisée annuellement en ajustant le montant des tarifs des séjours à l'activité prévisionnelle de l'année "n+1". La loi prévoit qu'un ajustement puisse se faire en infra annuel en cas de dépassement de l'enveloppe ODMCO.

### **1.2.4 Des débats toujours d'actualité**

#### **1.2.4.1Les idées fausses concernant la T2A**

#### ▶ *Tarifification au séjour / Tarifification à l'acte*

Le paiement par GHS est une tarification au séjour à caractère forfaitaire : le tarif doit couvrir l'ensemble des dépenses engagées par l'établissement pour une prise en charge, incluant les frais de personnel, les consommables, les frais hôteliers, etc. Par exception, il existe des suppléments journaliers et des listes de produits facturables en sus des GHS. Dans le secteur des cliniques privées, les tarifs des GHS ont le même périmètre, à l'exception, très importante, de la rémunération des médecins exerçant à titre libéral qui restent financés à l'acte sur tarifs conventionnels (CCAM).

A cet égard, ce système est un puissant incitatif à la maîtrise des durées de séjour, et d'une manière plus générale, à l'optimisation de la consommation de ressources au sein du forfait. En cela, la tarification au séjour par un GHS incluant toutes les prestations dont les actes médicaux (ce qui est le cas du secteur public), incite plutôt à limiter le nombre d'actes à ceux qui sont nécessaires pour assurer la prise en charge au cours du séjour. L'un des effets théorique de ce système tarifaire est d'ailleurs plutôt une limitation du nombre d'actes que l'inverse.

#### ▶ *Coûts / prix*

La grille tarifaire des GHS est un système de prix. Même si le calcul des tarifs prend en compte, entre autres facteurs, les coûts moyens observés sur l'échantillon national de coûts pour hiérarchiser les tarifs, d'autres paramètres entrent en ligne de compte (respect global de l'ONDAM, incitations économiques sur certaines activités, recherche d'une stabilité des prix dans le temps, prise en compte des innovations, etc.). Il s'agit *in fine* de donner aux établissements un signal prix auquel ils doivent adapter leur gestion.

Ce système tarifaire venant en couverture de coûts s'avèrerait inefficace et rapidement inflationniste, l'Etat n'étant pas en mesure de contrôler directement l'utilisation des ressources qui est faite par un établissement donné. De plus, la relation économique est influencée par la manière dont sont calculées les rémunérations. On comprend que si la rémunération se base sur les coûts, l'établissement ne sera pas incité à améliorer sa productivité.

Sous contrainte d'enveloppe nationale, la notion de prix, c'est-à-dire de tarifs, devient une nécessité.

#### ▶ *Coûts moyens / Coûts standards*

Comme il a été précisé, les tarifs sont, entre autres facteurs, basés sur l'observation des coûts moyens dans un échantillon d'établissements. La question de la pertinence du choix de la variable « coût moyen », leur observation avec un décalage de deux ans, pour certaines activités innovantes ou encore faisant l'objet de normes de fonctionnement, peut se poser. Dans certains cas, la base de calcul peut être constituée par un calcul en coûts standards, tenant compte des consommations de ressources normatives pour pratiquer une activité.

Une telle démarche a été entreprise par exemple pour valoriser les forfaits annuels (urgences, transplantations), les suppléments de réanimation néonatale ou encore les GHS caractérisant des activités innovantes.

### **1.2.4.2 De la justification politique à l'application**

#### ▶ *Tarifs/ MIG*

La part respective à donner aux tarifs d'une part, aux MIG d'autre part, fait l'objet d'un débat depuis l'origine de la T2A. Il importe sur ce point d'éviter toute vision dogmatique. Affirmer que la part des MIG doit être par définition supérieure ou inférieure à un certain taux de ressources au plan macro-économique (par exemple au seuil de 50%) ne constitue pas une approche pertinente.

Le véritable enjeu réside dans la détermination, dans l'absolu, du montant à allouer aux MIG en fonction des objectifs qui leur sont assignés.

Ainsi, il convient d'intégrer en dotation MIG ce qui ne peut pas être financé à l'activité ou d'une manière générale intégré dans les tarifs couvrant l'activité de soins, et retirer des MIG les activités qui peuvent faire l'objet d'une tarification ad hoc.

#### ► *La convergence intersectorielle*

Ce débat, qui pour être ancien n'en est pas moins toujours vif, gagnerait à être rendu aussi factuel que possible. Il s'agirait donc d'expliquer les écarts de coûts constatés, de distinguer ceux qui s'imposent à l'établissement du fait de contraintes externes dont il ne peut se dégager de ceux sur lesquels il peut avoir une action, avec en arrière plan la question de l'origine de ces surcoûts :

- Sont-ils liés à des différences au niveau des produits insuffisamment pris en compte par les marqueurs du modèle ?
- Sont-ils liés à des organisations internes variables d'un site à l'autre aboutissant à des performances également variables ?

De nombreuses études ont été réalisées, d'autres sont en cours ou seront lancées prochainement (cf. rapport connexe portant sur la convergence intersectorielle), rendant compte de la complexité du processus. Ce contexte d'études, absolument nécessaires, ne doit pas masquer l'intérêt qu'il y aurait à toujours poursuivre une organisation optimale des processus de soins. Les travaux de la Mission d'Expertise et d'Audits Hospitaliers (MEAH) en fournissent des exemples. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) créée par la loi HPST, devrait poursuivre et renforcer ces actions.

## **2 UNE REFORME INSTALLEE DANS LA REALITE HOSPITALIERE : BILAN ET IMPACTS**

L'une des difficultés dans la mise en œuvre d'une réforme de cette envergure est de décider de la date de son lancement opérationnel. La préparation "en chambre" doit se faire, de la façon la plus détaillée possible, mais elle ne remplace jamais l'application "sur le terrain" qui en dresse un profil différent. L'introduction de la T2A en France n'a pas dérogé à ces règles. Elle a ainsi, antérieurement à sa mise en œuvre effective, fait l'objet de nombreux rapports, études et réflexions, dont les premiers datent de presque dix ans.

Sa mise en place effective, qui a entraîné d'emblée une réelle implication des acteurs, a ensuite généré de nombreuses remarques, à l'origine d'un ajustement régulier et adapté des modalités de répartition des financements et de prise en compte des spécificités.

Une réforme de cette ampleur qui interagit sur les comportements n'a de sens que dans la durée. Cette remarque est d'autant plus pertinente en France, que la réforme a été introduite de manière très progressive.

Par ailleurs, une telle réforme, qui doit actionner des changements structurels mais surtout comportementaux, ne peut porter ses fruits que dans le temps : « *Les comportements des établissements durant la période de transition peuvent être différents de ce qu'ils seront une fois la réforme stabilisée* » (source : DREES).

La pédagogie relative aux effets produits par les ajustements du modèle, notamment pour améliorer la valorisation des séjours ou mieux prendre en compte les missions de service public, reste indispensable pour leur bonne compréhension par les acteurs.

## **2.1 Un bilan d'étape six ans après le lancement de la réforme**

### **2.1.1 Le respect des délais par un pilotage associant progressivité, adaptation et volontarisme**

S'agissant des activités MCO, la mise en œuvre de l'harmonisation des tarifs en intra sectoriel constitue un point fort du principe d'équité porté par la réforme. Elle s'inscrit dans le calendrier défini par le législateur, sur une durée totale de 8 ans, pour un terme fixé à 2012.

#### **2.1.1.1 La montée en charge progressive: la convergence intra sectorielle des tarifs**

Un mécanisme de transition a été prévu pour lisser les effets de la T2A sur les revenus des établissements selon qu'ils étaient historiquement sur-dotés ou sous-dotés, leur permettant d'atteindre progressivement les tarifs nationaux de leur secteur en 2012.

Dans le secteur privé, la réforme introduite en 2005 a vu l'application immédiate des tarifs nationaux assortis d'un coefficient de transition calculé annuellement pour chaque établissement et applicable jusqu'en 2012.

Dans le secteur public, la transition a obéi à un mécanisme plus progressif :

- entre 2004 et 2007, la part tarifée à l'activité a progressé aux dépens de la dotation historique sur la base d'une fraction définie par la LFSS de 2004 et fixée annuellement par le gouvernement. Elle a représenté 10 % des activités MCO en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006 et 50% en 2007 ;
- en 2008, le dispositif a rejoint celui appliqué au secteur privé, avec un tarif national assorti d'un coefficient de transition calculé annuellement pour chaque établissement et applicable jusqu'en 2012.

Cette montée en charge a pu être jugée trop progressive par certains. On a pu considérer que durant au moins les deux ou trois premières années, les charges variables engagées par une augmentation d'activité n'étaient pas couvertes par une progression en tarif limitée à 10%, voire 25 ou 35%, de la masse budgétaire. Ce choix d'une lente progressivité était lié à la volonté de faire porter l'effort non pas sur les volumes mais sur les coûts de production. Enfin, un impact immédiat trop important aurait davantage déstabilisé les établissements dès l'entrée dans le processus, rendant l'exercice insurmontable pour certains.

Le calendrier de la convergence intra sectorielle, affiché dès le démarrage de la réforme, a été mis en application dans les termes prévus. Pour 2009, le taux moyen de convergence intra sectoriel retenu, commun aux deux secteurs, correspond au tiers de l'effort restant à accomplir d'ici 2012.

Ainsi, des effets revenus qui auront encore un impact non négligeable sur les ressources des établissements dans les deux ans qui viennent, restent à gérer.

En effet, en 2009, 80% de la convergence intrasectorielle a été réalisée dans le secteur public et 71% dans le secteur privé. D'ici 2012, les redéploiements financiers atteindront environ 1,2 milliard d'euros dans le secteur public soit 1,6% de la base tarifaire correspondante et 140 millions d'euros dans le secteur privé soit 1,7% de la base tarifaire correspondante.

D'ici à 2010, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence intrasectorielle concernera environ 240M€ pour le secteur public, et environ 40M€ pour les cliniques privés.

Voir en Annexe 1 : Analyse de la convergence des coefficients de transition (ATIH).

### **2.1.1.2L'intégration du Service de Santé des Armées au 1<sup>er</sup> janvier 2009**

La tarification à l'activité a été mise en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans les hôpitaux du Service de Santé des Armées. Le coefficient de transition a été lissé de manière linéaire durant six années c'est-à-dire, par dérogation jusqu'en 2015.

Le passage en T2A doit contribuer à renforcer le rôle et le positionnement de ces établissements dans l'offre de soins hospitalière.

### **2.1.1.3L'intégration de la Guyane au 1<sup>er</sup> janvier 2010**

La tarification à l'activité sera mise en œuvre début 2010 dans les établissements de santé de Guyane. Le coefficient de transition sera lissé par dérogation, au-delà de 2012.

## **2.1.2 Un accompagnement des acteurs**

Tenant compte de l'ampleur de la réforme à mettre en œuvre et du temps nécessaire pour que les acteurs s'approprient la démarche dans son ensemble, le Ministère de la Santé a largement diffusé les orientations et recommandations et contribué à former l'ensemble des interlocuteurs concernés: fédérations représentant les établissements, agences, organismes d'Assurance Maladie, établissements, etc.

De très nombreux colloques, forums et interventions ont ainsi été organisés depuis 2003, permettant de diffuser l'information le plus largement possible, de l'actualiser au fil des évolutions mais aussi de recueillir les besoins exprimés.

Dans cette perspective, le Ministère et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), ont développé deux sites Internet, le premier (CREER) s'intéressant à l'ensemble des questions portant sur le corps de la réforme et le second, plus technique, permettant de diffuser très rapidement les outils utiles (textes, guides, rapports, analyses, réponses aux questions, etc.).

Au sein des établissements, la T2A a obligé les gestionnaires à accompagner la démarche par le développement d'outils et la responsabilisation des acteurs : plans de formation, mise en place de systèmes d'information décisionnels voire d'aide au codage pour les praticiens, association des responsables de pôles... Le rôle des Départements d'Information Médicale (DIM) est désormais essentiel en tant que gage d'un meilleur recouvrement des recettes, mais aussi dans la mise en œuvre des outils d'analyse indispensables pour bâtir la stratégie d'établissement.

L'accompagnement externe et interne a contribué à introduire une nouvelle dimension culturelle dans les établissements, fondée sur l'analyse partagée des activités et des coûts, la contractualisation des engagements, et une appréciation commune des engagements et des risques.

## 2.2 Les impacts de la réforme

### 2.2.1 L'impact sur les dépenses d'Assurance Maladie

#### 2.2.1.1 Evolution de l'ONDAM hospitalier

##### ► La situation avant 2004

La situation financière des établissements en dotation globale montre que, pour certains d'entre eux, les comptes étaient déjà détériorés avant et en 2004.

Dans l'objectif « d'apurer les comptes », c'est-à-dire de mettre à zéro les reports de charges, une circulaire du 14 juin 2004 a délégué aux ARH une aide non reconductible de 300M€ Ce financement devait être réparti par les ARH en tenant compte de la situation financière des établissements et "après une analyse approfondie de la situation de chaque établissement (...) au regard des effets de la T2A". En complément, un financement de 150M€, cette fois « reconductible », c'est-à-dire s'inscrivant en base dans les ressources des établissements, a été également délégué, visant à financer les engagements que les ARH avaient contractés envers les établissements dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens entre 2001 et 2003.

##### ► La participation au plan de redressement de l'Assurance Maladie

Dès 2005, le plan de redressement triennal de l'Assurance Maladie a conduit à des mesures d'économies très sensibles, se traduisant pour le secteur hospitalier par une prévision de décélération volontariste qui, selon le rapport 2009 de la Cour des Comptes, « reposait à la fois sur une maîtrise de l'effet prix-volume en MCO et sur des économies ».

Economies intégrées dans la construction des campagnes hospitalières  
En M€

	Economies totales	Dont transfert sur l'assuré	Taux de croissance de l'ONDAM hospitalier Toutes disciplines (objectif / base)	Taux « brut » ou taux de progression théorique des recettes des établissements (si les économies totales sont réalisées)
2005	350	100	+ 3,69 %	+ 4,21 %
2006	1 260	180	+3,43 %	+ 5,64 %
2007	460	180	+3,49 %	+ 4,22 %
2008	405	0	+ 3,18 %	+ 3,80 %
2009	303	0	+ 3,18 %	+ 3,64 %
<b>Total</b>	<b>2 778</b>	<b>460</b>		

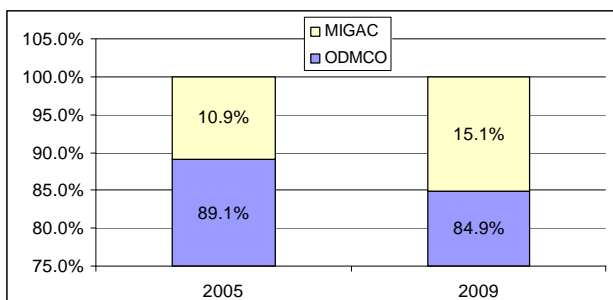
Source : Cour des comptes

#### 2.2.1.2 Evolution des champs ODMCO / MIGAC et des différentes composantes du modèle

En 2009, l'ONDAM hospitaliser (hors champ non régulé et hors FMESPP) a été fixé à 68,53 Milliards d'€ se décomposant en deux sous objectifs :

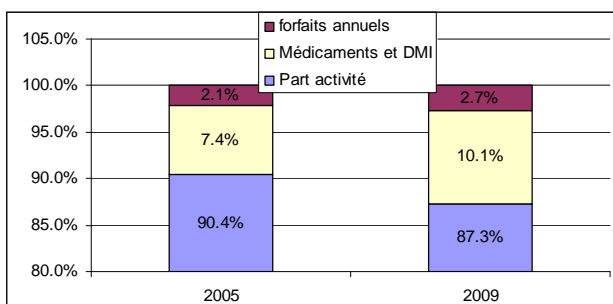
- 50,83 Milliards d'€ pour les établissements de santé tarifés à l'activité d'une part ;
- 17,70 Milliards d'€ pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé d'autre part.

Si la répartition entre ces deux sous-objectifs a connu une stabilité entre 2005 et 2008, en 2009, la part des établissements de santé tarifés à l'activité a augmenté d'un point par rapport à 2008, représentant 74,2% des financements des établissements de santé contre 73,4% en 2008.



Au sein du sous objectif des établissements de santé tarifés à l'activité, il convient de noter que les différentes composantes n'ont pas connu une évolution uniforme depuis 2005.

Ainsi, la part des financements liée à l'activité de soins (ODMCO) a diminué de 5 points depuis 2005, représentant initialement plus de 90% des financements, pour atteindre en 2009 85% des financements. En contrepartie, les financements des activités bénéficiant d'une dotation MIGAC constituent, en 2009, 15% des financements alors qu'initialement ils représentaient une part de 11%.



Enfin, sur l'activité séjours, la part des financements relatifs aux médicaments et DMI payés en sus augmente : initialement, ils représentaient 7% de l'ODMCO pour atteindre 10% en 2009. Cette hausse de la part des financements relatifs aux médicaments et DMI payés en sus entraîne une baisse de la part tarifs.

Voir Annexe 2 : évolutions des composantes du modèle (ATIH).

### ► Les tarifs privilégiés et en même temps variable d'ajustement

Entre 2005 et 2007, le système de transition par le biais d'une fraction de tarifs et du maintien d'une dotation complémentaire (DAC) a conduit à une limitation des recettes, quand bien même l'activité des établissements évoluait. Toutefois, au cours de cette période, les tarifs ont été privilégiés par l'attribution d'une part importante (davantage que les MIG) des mesures nouvelles. De ce fait, en 2008, le passage à 100% a conduit à une baisse faciale des tarifs.

### 2.2.1.3 Le respect de l'ODMCO : une régulation prix / volume

L'évolution des réalisations montre une accélération des dépenses concernant l'activité MCO en 2008, à la hausse de 3,8%. Cette accélération s'explique pour partie par le changement du système de transition dans le secteur public (cf. supra). En effet, entre 2005 et 2007, les recettes ne suivaient

pas totalement l'évolution de l'activité puisqu'une partie d'entre elles étaient en dotation. Les médicaments et DMI connaissent également une croissance importante.

Sur les activités hors champ, il convient de noter que la croissance des recettes du secteur des cliniques privées est passée de +6% en 2006 à + 10% en 2008.

La Cour des Comptes, tout en émettant des réserves du fait d'incertitudes quant aux chiffres, reconnaît que la croissance du sous-objectif T2A (ODMCO+MIGAC) a été maîtrisée : « en 2005, les dépenses d'assurance maladie relatives à la T2A avaient connu une très forte croissance » (+5,2%). « Dès 2006, cette dérive a été enrayée. Au total des cinq exercices cumulés, la croissance moyenne annuelle constatée a été de +3,6%, au lieu du taux autorisé de +3,5% ».

#### **2.2.1.4 Evolution des dépenses relatives aux listes en sus**

La part des financements relatifs aux médicaments et DMI payés en sus augmente : représentant 7% de l'ODMCO en 2005, elle atteint 10% en 2009. Les évolutions diffèrent selon qu'il s'agit du champ des DMI ou des Molécules onéreuses.

Pour le secteur public, les dépenses relatives aux molécules onéreuses ont augmenté de 17,3% entre 2008 et 2007 et de 12,6% entre 2007 et 2006. S'agissant des DMI, l'évolution des dépenses est stable depuis 2006, de l'ordre de +4,5%.

Pour le secteur privé, l'évolution des dépenses relatives aux molécules onéreuses est évaluée à +12,5% entre 2008 et 2007, cette évolution étant identique à celle observée entre 2007 et 2006. S'agissant des DMI, l'évolution des dépenses est de l'ordre de +4,5%. Deux effets convergent à l'explication de ces taux d'évolution : un effet prix, mais aussi un effet volume. Ils sont différents pour les dispositifs et les molécules onéreuses.

### **2.2.2 L'impact de la T2A sur l'offre hospitalière et les établissements**

#### **2.2.2.1 L'impact sur l'activité des établissements**

La mise en place d'une tarification à l'activité a pour objet une restructuration et un rééquilibrage de l'offre dans le sens d'une meilleure couverture des besoins, mais aussi en termes d'activité et de dynamique. Il est important d'évaluer si ces effets attendus ont été observés :

##### **► Les tendances générales des secteurs public et privé**

En 2008, la dépense de 26,6 Mds d'euros est le reflet d'une activité de près de 15 millions de séjours transmis par les établissements du secteur public et soumis à la tarification à l'activité (T2A). Les dépenses liées aux tarifs d'hospitalisation (montants remboursés estimés en dates de soins) ont augmenté de 3,0% entre 2007 et 2008. Globalement, l'évolution des dépenses finançant l'activité de séjours est évaluée à +3,2% (les suppléments journaliers ayant une évolution plus forte de +5,3%, mais cette évolution est plus modérée que celle observée entre 2006 et 2007).

Evolution des montants remboursés du secteur public en dates de soins de 2005 à 2008<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> En 2008, les dépenses sont estimées en dates de soin, en 2006 et 2007 les dépenses ont été ajustées à la construction de l'ONDAM.

(en M€)		2008	Evolution 2006-2007	Evolution 2007-2008	Evolution annuelle moyenne
<b>MCO</b>	GHS (yc dialyse)	24 274.75	2.3%	3.0%	<b>2.7%</b>
	Suppléments	2 341.26	12.1%	5.3%	<b>8.6%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>26 616.01</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.2%</b>	<b>3.2%</b>
	Actes et consultations externes (CCAM, NGAP, IVG, FTN)	3 644.72	-9.4%	5.2%	<b>-2.4%</b>
<b>HAD</b>		305.82	13.5%	10.2%	<b>11.8%</b>
<b>Medicaments et DMI</b>	Médicaments	1 772.82	12.6%	17.3%	<b>14.9%</b>
	DMI	647.34	4.3%	4.9%	<b>4.6%</b>

Source : ATIH - montants remboursés en date de soins, issus du PMSI rapporté 100% tarifs

Il convient de noter la baisse faciale de l'activité externe entre 2007 et 2006, essentiellement imputable à la nécessité depuis 2007 d'apparier les données administratives du patient avec celles du PMSI pour déclencher la facture. Les dépenses de l'activité d'hospitalisation à domicile ont augmenté de +10%.

Dans les établissements du secteur privé, en 2008, la dépense liée aux GHS s'élève à 6,4 Mds d'euros, reflet d'une activité de près de 7 millions de séjours transmis. Les dépenses relatives à l'activité d'hospitalisation ont augmenté de 2,0% entre 2007 et 2008, évolution légèrement supérieure à celle observée entre 2007-2006. Il convient de noter le dynamisme des suppléments journaliers, mais également de l'activité de dialyse.

Evolution des montants remboursés du secteur privé en dates de soins de 2006 à 2008<sup>3</sup>

(en M€)		2008	Evolution 2006-2007	Evolution 2007-2008	Evolution annuelle moyenne
<b>MCO</b>	GHS (y compris FHT)	6 117	1.1%	2.0%	<b>1.6%</b>
	Suppléments	315	7.0%	8.6%	<b>7.8%</b>
	Forfaits dialyse	1 050	5.8%	4.8%	<b>5.3%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>7 482</b>	<b>2.0%</b>	<b>2.7%</b>	<b>2.3%</b>
	Actes et consultations externes (ATU, FFM, IVG, FTN)	217	8.3%	19.1%	<b>13.6%</b>
<b>HAD</b>		270	53.7%	27.7%	<b>40.1%</b>
<b>Medicaments et DMI</b>	Médicaments	673	13.0%	12.5%	<b>12.8%</b>
	DMI	763	-1.3%	4.6%	<b>1.6%</b>

Source: ATIH - montants remboursés en date de soins, issus du PMSI complété par les données du SNIIRAM

L'activité d'hospitalisation à domicile sur ce secteur est très dynamique puisque son évolution est évaluée à +27,7% entre 2008 et 2007.

A ces évolutions de dépenses correspond une évolution de l'activité. S'agissant de l'activité de séjours (GHS hors suppléments), le volume d'activité<sup>4</sup> a connu une nette croissance entre 2007 et

<sup>3</sup> En 2008, les dépenses sont estimées en dates de soin, en 2006 et 2007 les dépenses ont été ajustées à la construction de l'ONDAM.

<sup>4</sup> Le volume d'activité est ici mesuré en séjours pondérés par les tarifs. L'évolution de ces derniers permet de mesurer le dynamisme de l'activité tout en tenant compte de l'évolution de la structure (ainsi, une activité stable en nombre de séjours mais à la hausse en effectifs pondérés traduit une évolution de la lourdeur de l'activité et/ou un meilleur codage de la sévérité des cas hospitalisés (CMA). Le volume d'activité correspond ici à l'activité de séjours hors suppléments.

2008 : +2,5% pour le secteur public et +1,5% pour le secteur privé. Cette croissance est plus élevée d'un point que les années précédentes pour le secteur public ; dans le secteur privé, l'année 2007 s'était caractérisée par un ralentissement par rapport à 2006.

Dans le secteur public, les séances ont connu une forte croissance entre 2007 et 2008 (+6,7%). La baisse de l'hospitalisation partielle observée entre 2006-2007 pourrait être liée à la mise en place de la circulaire-frontière et des SE (hypothèse renforcée par la très forte évolution précédemment observée entre 2005 et 2006 sur ce secteur). En hospitalisation complète, le nombre de séjours a augmenté plus rapidement que les journées, entraînant une baisse de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) : -1,3% entre 2007 et 2008. Il convient de noter que s'agissant de l'hospitalisation de + 2 jours, le volume d'activité est sur une croissance toujours plus forte (+0.8% entre 2006 et 2005 à +2.1% entre 2008 et 2007).

Dans le secteur privé, l'hospitalisation partielle connaît la plus forte croissance entre 2007 et 2008, et ce après une baisse observée entre 2006 et 2007. Le volume d'activité de l'hospitalisation de + 2 jours est relativement stable.

Evolution de l'activité par type de prise en charge et par secteur de 2005 à 2008<sup>5</sup>

<b>Secteur ex DG</b>	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	5.1%	-0.9%	2.7%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	0.8%	1.8%	2.1%
Séances (CM 28)	3.3%	2.9%	6.7%
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>1.4%</b>	<b>1.5%</b>	<b>2.5%</b>
<b>Secteur ex OQN</b>		2006-2007	2007-2008
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)		-2.5%	3.7%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)		0.0%	0.5%
Séances (CM 28)		0.5%	2.9%
<b>Total Hospitalisation</b>		<b>-0.7%</b>	<b>1.5%</b>

Source : ATIH - Casemix (v10c) (PMSI)

Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS) par type de prise en charge et par secteur 2006-2007-2008

<b>Secteur ex DG</b>	<b>DMS</b>			<b>Evolution de la DMS</b>	
	2006	2007	2008	2006-2007	2007-2008
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	0.32	0.33	0.34		
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	7.69	7.67	7.57	-0.3%	-1.3%
<b>Secteur ex OQN</b>	2006	2007	2008	2006-2007	2007-2008
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	0.17	0.18	0.17		
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	5.47	5.45	5.43	-0.4%	-0.4%

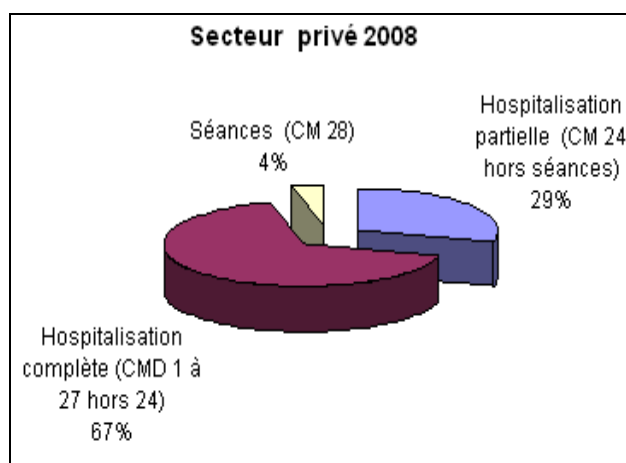
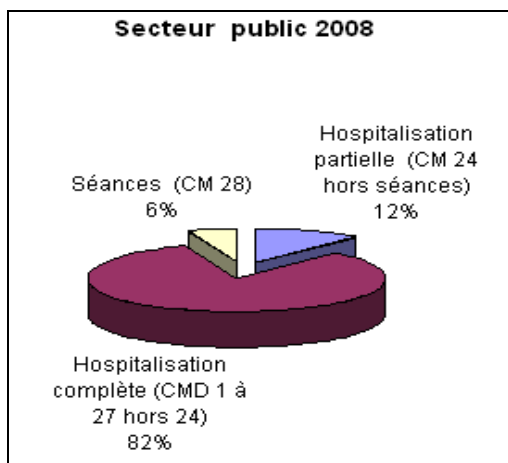
Source : ATIH - Casemix (v10c) (PMSI)

### ► Part de l'activité par type de prise en charge

<sup>5</sup> Pondération par les tarifs 2008, sauf l'évolution 2005-2006 du secteur public, basée sur une pondération par les tarifs 2007.

La part des différents types de prise en charge dans le volume d'activité de l'ensemble de l'hospitalisation hors suppléments est stable au cours du temps pour chacun des secteurs.

Les séances représentent une part similaire pour chacun des secteurs, en revanche, la part de l'hospitalisation complète est nettement plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé (82% vs 67%).



► *Détail par catégorie d'établissement pour le secteur public*

Les CLCC et les CHR sont les établissements pour lesquels la croissance d'activité observée en 2008 est la plus dynamique ; l'évolution observée de leur volume d'activité est à la fois plus forte que la moyenne des établissements entre 2007 et 2008 mais également plus forte que leur propre évolution sur la période antérieure. En revanche, une perte de vitesse serait observée dans les Etablissement à but non lucratif (EBNL).

Evolution du volume d'activité<sup>6</sup> du secteur ex-DG de 2007-2008 par catégories d'établissement

		2005-2006	2006-2007	2007-2008
<b>CH</b>	CM 24 hors séances	4.8%	0.1%	3.1%
	Séances CM 28	2.9%	3.4%	6.0%
	Hospitalisation CMD 1 à 27 hors 24	0.8%	2.0%	1.8%
	<b>Total Hospitalisation</b>	<b>1.4%</b>	<b>1.9%</b>	<b>2.1%</b>
<b>CHR (yc APHP)</b>	CM 24 hors séances	6.7%	-0.7%	2.4%
	Séances CM 28	1.7%	2.9%	8.9%
	Hospitalisation CMD 1 à 27 hors 24	1.0%	0.9%	3.2%
	<b>Total Hospitalisation</b>	<b>1.7%</b>	<b>0.7%</b>	<b>3.7%</b>
<b>CLCC</b>	CM 24 hors séances	-9.3%	-12.2%	0.7%
	Séances CM 28	3.8%	5.0%	8.4%
	Hospitalisation CMD 1 à 27 hors 24	0.0%	1.9%	3.0%
	<b>Total Hospitalisation</b>	<b>0.4%</b>	<b>1.9%</b>	<b>4.7%</b>
<b>EBNL</b>	CM 24 hors séances	3.5%	4.2%	2.7%
	Séances CM 28	12.9%	6.9%	9.6%
	Hospitalisation CMD 1 à 27 hors 24	-0.1%	5.9%	0.3%
	<b>Total Hospitalisation</b>	<b>0.9%</b>	<b>5.7%</b>	<b>1.0%</b>

Source : ATIH

► *Positionnement respectif des secteurs*

<sup>6</sup> Pondération par les tarifs 2008, sauf l'évolution 2005-2006 et 2006-2007, basée sur une pondération par les tarifs 2007.

Entre 2004 et 2007, période de montée en charge de la T2A, le secteur privé lucratif a perdu 2,8 points de part de marché en MCO, essentiellement au bénéfice des établissements publics hors CHU (+2,1 points), mais aussi de ces derniers (+0,6 point, dont +1,4 point sur la chirurgie) (*source : rapport Marescaux*)

Globalement, le secteur public représenterait une part croissante de l'activité, à la fois en nombre de séjours et en volume d'activité.

En ce qui concerne les types de prise en charge, la part du secteur public augmente surtout en hospitalisation partielle ; cette évolution est plus forte en nombre de séjours qu'en termes de volume d'activité (de 54,6% à 56,2% entre 2006 et 2008 en séjours, et de 62,3% à 62,5% en volume d'activité).

Entre 2006 et 2008, le poids du secteur public, mesuré à la fois sur le nombre de séjours et en volume d'activité a également augmenté pour toutes les activités de soins. L'augmentation de la part du secteur public est nette lorsqu'elle est mesurée sur des séjours et reste plus délicate à analyser dès lors qu'il s'agit du volume d'activité.

Une première approche par GHM a consisté à examiner les 10 GHM qui représentent le plus gros volume d'activité en 2008 dans le secteur privé, d'observer leur évolution entre 2007 et 2008, et de la comparer à l'évolution du volume d'activité pour chacun de ces mêmes GHM, dans le secteur public.

Le GHM qui représente la plus forte part du volume d'activité dans le secteur privé est celui des « Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours », (7,3% du volume d'activité du secteur en 2008).

Pour ce GHM on observe une hausse d'activité dans le secteur privé comme dans le secteur public. Parmi ces 10 premiers GHM, 8 connaissent le même type d'évolution dans les 2 secteurs. En revanche, pour deux GHM, on observe une évolution opposée :

- le GHM des « Accouchements par voie basse sans complication significative » se caractérise par une évolution à la baisse dans le secteur privé concomitante à une hausse dans le secteur public ;
- le GHM des « Prothèses de hanche sans CMA » se caractérise par une évolution à la hausse dans le secteur privé concomitante à une baisse dans le secteur public.

Voir Annexe 3 : Le positionnement respectif des deux secteurs (ATIH).

#### ► *Activités spécifiques*

##### *Le cas de la chirurgie ambulatoire*

En 2007 et 2008, 15 couples de GHM de CM24 emblématiques de chirurgie ambulatoire ont fait l'objet de rapprochements de tarifs avec les GHM homologues d'hospitalisation complète afin de créer une incitation financière en faveur des séjours très courts et, ipso facto, de l'ambulatoire (passage sans nuitée).

L'analyse de l'évolution du nombre de séjours de ces 15 couples entre 2006/2007 et 2007/2008 confirme une tendance à la hausse des GHM de chirurgie ambulatoire (+6,5% entre 2006 et 2007 et +10,8% entre 2007 et 2008) et une tendance à la baisse des GHM en hospitalisation (-8,2% entre 2006 et 2007 et -13,8% entre 2007 et 2008).

Evolution de l'ensemble des GHM de chirurgie ambulatoire (séjours en milliers et montant en M€)

	Nombre de séjours 200 (en milliers)	Part des séjours en 2008	Evolution du nombre de séjours 2006/2007	Evolution du nombre de séjours 2007/2008
Ensemble	554,29	100%	1,6%	3,3%
dont GHM ambulatoire	413,57	74,6%	6,5%	10,8%
dont GHM hospitalisation	140,73	25,4%	-8,2%	-13,8%

*Le cas des soins palliatifs*

L'activité en soins palliatifs a été plus dynamique que la moyenne des séjours en hospitalisation complète, avec une progression de l'activité pondérée de +2,1% entre 2007 et 2008.

Evolution du GHM de soins palliatifs séjours en milliers et montant en M€

GHM	Libellé	2008		Evolution 2008/2007	
		Nombre de séjours (en milliers)	Effectifs pondérés hors suppléments (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments
23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	75,39	646,89	2,9%	2,1%

*Le cas des transplantations d'organes*

L'activité de greffes se caractérise par une évolution à la hausse pour les GHM avec complication et/ou comorbidité associée.

Evolution des GHM de greffes (séjours en milliers et montant en M€)

GHM	Libellé	2008		Evolution 2008/2007	
		Nombre de séjours (en milliers)	Effectifs pondérés hors suppléments (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments
08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	0,44	2,61	-6,8%	-11,5%
09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	0,81	6,62	-7,9%	-8,6%
09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	1,44	21,05	25,7%	23,4%
09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	8,85	33,02	0,1%	0,7%
09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA	1,41	14,81	17,6%	15,0%
21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	0,78	5,12	-9,1%	-11,5%

Le nombre total de donneurs prélevés a évolué de 25,6% entre 1998 et 2002.

Après un décrochage en 2003, les années qui suivent montrent une progression de 26,5% entre 2004 et 2008.

Ce qui est plus significatif en termes d'impact concerne le nombre de malades greffés. Après une relative stabilisation entre 1988 et 2000, on constate depuis 2004 une évolution régulière à la hausse (de l'ordre de 21% entre 2004 et 2008).

Selon l'organe, les courbes de transplantation dans la durée sont très différentes et il est difficile de faire la part de responsabilité entre divers phénomènes :

- un « aspect technologie » qui veut qu'une technique soit plutôt privilégiée à un moment ou à un autre ;
- des facteurs de contexte (accidentologie)...

Ainsi, le nombre de greffes de cœur, en baisse régulière depuis 1990 jusqu'en 2003, amorce une augmentation depuis 2004 pour atteindre 360 greffes en 2008.

Pour ce qui concerne les greffes "poumons ou cœur-poumons", sur des volumes modestes, la même baisse constatée de 1991 à 2003 s'inverse depuis 2004 pour atteindre un chiffre de 215 en 2008, essentiellement au profit des greffes bipulmonaires. Enfin, le nombre de greffes du rein a accusé une baisse marquée entre 1992 et 1999 ; la tendance s'est depuis inversée. Le taux d'évolution est de presque +34% entre 2003 et 2008. A noter le nombre de plus en plus important de greffes par donneurs vivants.

L'activité de transplantations d'organes a été plus dynamique que la moyenne des séjours en hospitalisation complète, avec une progression de l'activité pondérée de +3,8% entre 2007 et 2008. Ces évolutions doivent engager à poursuivre les incitations financières tout en restant vigilant sur leur impact.

Evolution de l'activité pondérée par CMD (séjours en milliers et montant en M€)

CMD	Libellé	2008		Evolution 2008/2007	
		Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments
27	Transplantations d'organes	8,77	260,79	2,9%	3,8%
	<b>Total Hospitalisation complète</b>	<b>6 025,14</b>	<b>21 609,44</b>	<b>1,1%</b>	<b>2,1%</b>

### 2.2.2.2 Les impacts sur la situation financière des établissements

La tarification à l'activité constitue un dispositif de répartition entre les établissements, selon des critères d'équité et d'efficience, d'une enveloppe votée par le Parlement au sein de l'ONDAM. Elle modifie profondément la structure de financement des établissements de santé, notamment pour le secteur public. Il faut rappeler que sa mise en œuvre s'accompagne d'un mécanisme de convergence intrasectorielle, qui se traduit sur cette période par des redéploiements de ressources des établissements historiquement sur-dotés vers les établissements sous-dotés.

#### ► Des déficits difficilement imputables à la T2A

Comme le souligne le rapport IGAS de janvier 2008, l'application de la T2A pour les activités MCO a pu avoir un effet révélateur de situations de sous-productivité de certains établissements, que la dotation globale avait jusque-là masquées.

Des difficultés financières ont ainsi pu résulter des écarts entre les tarifs nationaux et les coûts de production de certains hôpitaux.

Ces difficultés révélées par la convergence intrasectorielle ont été accrues par les contraintes financières apparues sur la période (*cf. rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale pour 2009*).

Ainsi, le plan de redressement triennal de l'Assurance Maladie pour 2005-2007 s'est traduit pour le secteur hospitalier par une limitation volontariste du rythme de croissance des dépenses, contraignant de fait l'enveloppe ONDAM à répartir entre les établissements de santé. Par ailleurs, la relance de l'investissement hospitalier au travers du plan quinquennal « Hôpital 2007 », a contribué à accroître les charges des établissements.

Compte tenu de ce contexte, il ne peut être établi de lien de cause à effet direct, et surtout exclusif, entre la montée en charge de la réforme tarifaire et les effets observés sur la période, concernant en particulier l'évolution de la situation financière des établissements.

#### ► *Les établissements publics*

L'analyse de la situation financière des établissements montrent que, pour certains d'entre eux, les comptes étaient déjà détériorés avant la T2A. Les reports de charges réalisés par les établissements ont par ailleurs entraîné un report des investissements, aggravant ainsi les taux de vétusté. Le plan Hôpital 2007 a permis de mettre en œuvre un certain nombre de projets immobiliers qui ont entraîné, de fait, des charges d'amortissement importantes eu égard aux capacités d'engagement des établissements.

Le déficit global des établissements publics est apparu en 2006 (auparavant la situation était globalement excédentaire). Il faut noter que l'introduction de l'EPRD s'est traduite sur cet exercice par la comptabilisation des reports de charges antérieurs.

Le constat 2008 montre une amélioration de la situation financière des établissements. En effet, sur l'exercice 2008, le résultat affiche un déficit d'environ 400M€ contre 520M€ en 2007. Le déficit 2008 représentait 0,55% des recettes des établissements, contre 0,75% des recettes en 2007, soit une réduction de 0,2 point.

Toutes les catégories, à l'exception des CHU des établissements à but non lucratif et des hôpitaux locaux, améliorent leur résultat global entre 2008 et 2007. Globalement, la situation des CHU se détériore depuis 2007, leur déficit passant de 311M€ en 2007 à 357M€ en 2008. Cependant des situations très contrastées sont observées au sein des CHU: en effet, plusieurs établissements ont amélioré de façon très nette leur situation et d'autres ont vu leur situation financière se dégrader de manière très significative.

Le rapport de mai 2009 de la Commission sur l'Avenir des CHU, présidée par le Professeur Marescaux, souligne « *des coûts de production des soins courants supérieurs à ceux observés dans les CH* ». Dans le même temps, « *les soins de recours et innovants ne font pas toujours l'objet d'une rémunération adéquate* ».

Une étude de l'ATIH datée de juin 2009 sur l'activité des CHU note que « *la part CH des CHU est la part prépondérante de leur activité* ». Les activités spécifiques des CHU ne tiennent qu'une place limitée que l'ATIH évalue à environ 5% de leur activité totale, représentant toutefois un montant de l'ordre de 17% des recettes.

Des analyses complémentaires portant sur la productivité des établissements et les facteurs de leur efficacité devraient contribuer à différencier, dans les évolutions constatées, les effets imputables à la T2A de ceux liés à la contrainte de l'allocation budgétaire (via l'ONDAM) ou encore à

l'augmentation des charges des établissements (notamment liées aux personnels ou aux investissements).

► *Les cliniques privées*

L'introduction de la réforme semble avoir été absorbée sans difficulté par les cliniques privées, car, à l'inverse des établissements publics, leur mode de financement relevait antérieurement d'une logique de financement à l'activité. Il faut évoquer la restructuration importante observée dans ce secteur qui avait été anticipée avant la mise en œuvre de la T2A.

La croissance du chiffre d'affaires des cliniques reste dynamique, même si elle apparaît moindre ces dernières années. (4% en 2007 contre 9,4% en 2005)<sup>7</sup>.

Leur rentabilité économique augmente de manière continue pour se stabiliser ces dernières années aux alentours de 3%, à un niveau très supérieur à celui de 2002 (un peu plus de 1%).

En 2007, un quart des cliniques déclare des pertes, contre 28% en 2002. La moitié d'entre elles enregistre une rentabilité économique supérieure à 3,1% en 2007 ; une sur dix une rentabilité économique supérieure à 11,4% ; une sur dix une rentabilité économique inférieure à -5,1%.

► *Les impacts sur l'innovation*

Plusieurs modalités du nouveau modèle d'allocation de ressources permettent, au moins en partie, de couvrir les coûts de l'innovation :

- Tout d'abord, la classification des GHM est évolutive : le dispositif permet d'intégrer une prise en charge innovante par la création d'un ou de plusieurs GHM supplémentaires (et donc d'un ou plusieurs nouveaux tarifs de GHS) dans la classification. Cela s'est produit dans les années récentes par exemple pour la stimulation corticale profonde, le traitement interventionnel de certains troubles du rythme cardiaque, la pose de valves aortiques par voie percutanée, etc.
- Le principe de la liste des produits facturables en sus des GHS (médicaments onéreux, notamment les chimiothérapies anti-tumorales ; certains dispositifs médicaux) est très favorable à l'innovation. Cette modalité est un facilitateur de diffusion de l'innovation en plus de garantir aux patients un égal accès aux technologies médicales innovantes.
- Les MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) ont vocation à permettre d'assurer en partie le financement des innovations.
- Au sein des MIG, est prévue la prise en charge des médicaments sous ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation).
- Un dispositif d'appel à projets existe en Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses (STIC).

Il faut noter que les principaux bénéficiaires de ces financements sont notamment les CHU.

La loi HPST prévoit (*article 5 – IX et XI*) un dispositif forfaitaire instaurant un financement provisoire et encadrant la pratique de cette innovation dans un nombre d'établissements sélectionnés.

### **2.2.3 Les impacts organisationnels et de gestion**

---

<sup>7</sup> Source :DREES

### 2.2.3.1 L'impact sur l'organisation et la gestion des établissements

Deux types de facteurs peuvent être soulignés :

- les facteurs internes relatifs au changement de culture et d'organisation et en lien direct avec la réforme de la gouvernance ;
- les facteurs externes liés aux relations avec les autorités tutélaires et au positionnement dans l'offre de soins.

On peut noter, six ans après le démarrage de la T2A, mais 18 mois après son application à 100% dans le secteur MCO, que les acteurs connaissent encore parfois des difficultés d'appropriation des outils de gestion, mais que des actions concrètes sont engagées. La T2A a ancré largement l'idée qu'une approche médico-économique de la gestion était incontournable.

### 2.2.3.2 Les « effets pervers » potentiels, entre perceptions et observations

#### ► *Le découpage des séjours*

Une des principales critiques adressée à la T2A porte sur son caractère inflationniste via l'incitation à la segmentation de prises en charge.

Plus exactement, la T2A pourrait induire une multiplication des séjours, puisqu'un séjour est valorisé à son coût moyen constaté quel que soit le nombre d'actes médicaux réalisés au cours du séjour. Un établissement pourrait trouver intérêt à fractionner le séjour d'un patient en deux séjours espacés de quelques jours, percevant ainsi une rémunération "double".

Encore faudrait-il que la pathologie prise en charge s'y prête (ce qui peut se voir cependant dans certaines affections chroniques), et que le patient accepte d'être hospitalisé deux fois, ce qui n'est pas acquis.

Pour cette raison, le modèle s'est assuré de deux dispositifs susceptibles de freiner le découpage des séjours :

- Le premier est celui d'un financement minoré de moitié du second séjour, en cas de ré-hospitalisation après un délai de moins de trois jours dans le même établissement, ou après transfert dans un autre établissement ;
- Le second correspond au chaînage des séjours. En effet, lors de toute hospitalisation, le résumé d'information médicalisée (RSA) relatif au séjour est personnalisé et comporte, depuis le début de la mise en œuvre de la réforme, un identifiant anonyme qui permet de suivre la totalité du (des) parcours hospitalier(s) d'un patient donné, quel que soit l'établissement de court ou de moyen séjour, sans toutefois dévoiler son identité.

Il est ainsi possible d'identifier les établissements qui auraient un taux de patients ré-hospitalisés supérieur à la moyenne de la discipline, de procéder à des contrôles des dossiers médicaux et, le cas échéant, d'appliquer les sanctions prévues par l'article 162-22-18 du CSS.

Les observations faites jusqu'à présent sur les bases nationales et à l'occasion des contrôles dans les établissements n'ont pas révélé la mise en œuvre de telles pratiques.

#### ► *La pratique du surcodage des activités*

Une autre dérive possible porte sur la capacité des établissements à « optimiser » le codage de leur activité de façon à ce que les séjours produits paraissent plus complexes et bénéficient de ce fait

d'un financement plus avantageux que ne le voudrait une description rigoureuse des pathologies prises en charge.

Une telle pratique se heurterait au dispositif de régulation collectif prix/volume mis en place en même temps que la T2A, lequel consiste à réduire le prix unitaire lorsque les volumes augmentent au-delà de leur progression attendue. Cette disposition a été mise en œuvre en septembre 2006 dans le secteur privé.

D'autre part, ces codages abusifs sont facilement repérés par les procédures de contrôle mises en œuvre depuis 2007, et qui prévoient à la fois des récupérations des montants indûment facturés à l'Assurance Maladie, et des sanctions financières.

Ces pratiques, bien que très marginales, existent. Les contrôles engagés en 2008 sur les données produites en 2007 ont concerné 492 établissements sur les 1 400 établissements MCO en T2A, publics et privés, et près de 200 000 séjours. Ils ont donné lieu à près de 26 M€ de récupération d'indus et à une proposition de 4 M€ de sanctions financières, lorsque des attitudes systématiquement abusives ont été constatées par les médecins contrôleurs.

Enfin, il faut se rappeler qu'un surcodage systématique et généralisé induirait un déplacement de l'échelle des valeurs lors de la construction des échelles tarifaires annuelles et se solderait donc par une diminution globale des tarifs unitaires afin de respecter l'ONDAM.

#### ► *L'externalisation des prestations*

Certains reprochent aussi à la T2A d'inciter à externaliser une partie des soins. L'établissement percevant un forfait pour un séjour donné pourrait être tenté de demander au patient de faire réaliser « en ville » tout ou partie des examens complémentaires nécessaires à cette prise en charge, déplaçant ainsi sur l'enveloppe des soins de ville une partie de la charge qui lui incombe. Cette attitude ignorerait le fait qu'une partie de ces examens complémentaires est susceptible d'influencer le codage du séjour et donc son financement. Dans le secteur des cliniques privées, cette pratique n'a à priori pas de raison d'être, puisque la totalité des examens complémentaires relève d'honoraires libéraux (biologie, radiologie etc...) et sont donc déjà payés en complément du GHS. De manière générale, la diminution des durées de séjour en MCO conduit les établissements des deux secteurs à externaliser davantage leurs examens, notamment post séjour.

Pour objectiver le sujet, une étude a été confiée à la CNAMTS concernant l'analyse des charges péri hospitalières, qui couvrent les actes et les soins réalisés en amont et en aval d'un séjour et en lien avec celui-ci (cf rapport connexe sur la convergence).

## **3 UNE REFORME A POURSUIVRE ET A CONSOLIDER : DE NOUVEAUX DEFIS A RELEVER**

### **3.1 Les évolutions et extensions de la réforme**

#### **3.1.1 L'extension de la réforme aux autres champs du MCO**

##### **3.1.1.1 La radiothérapie libérale**

La radiothérapie exercée en cabinet libéral (sur un mode de rémunération reposant sur les seuls honoraires médicaux) assure près de la moitié de l'activité de radiothérapie dans le traitement des cancers, et échappe de ce fait au recueil d'information PMSI.

Des travaux ont été entrepris pour permettre l'intégration de ce secteur d'activité au système d'information hospitalier et son financement sur le modèle de la tarification à l'activité, à l'horizon de 2011.

Ces évolutions supposent que ces structures soient reconnues comme « établissements de santé » et que des travaux soient menés sur les éléments ayant trait au calcul des tarifs et au transfert d'enveloppe entre médecine de ville et hôpital.

### **3.1.1.2 Les hôpitaux locaux**

Dans un contexte de vieillissement de la population, ces établissements ont toute leur place pour un recours de proximité. L'articulation étroite avec la médecine de ville permet de conserver le lien médical et social, et d'éviter des transferts lorsque le niveau de la pathologie le permet. Les orientations de la loi HPST reviennent sur la notion "d'hôpital local", pour organiser l'ensemble du maillage sur la base des besoins de la population et non de la catégorisation des structures.

A ce jour, les hôpitaux locaux demeurent financés sous forme d'une dotation annuelle de financement (DAF). Il a été décidé de maintenir temporairement ce système de financement « historique ». La nature de l'activité développée ainsi que les faibles capacités de certains de ces hôpitaux posent la question de leur adaptation à de nouvelles modalités de financement. De plus, on constate une insuffisante préparation technique de ces établissements à la mise en place de la T2A : qualité et exhaustivité du PMSI, organisation mutualisée à prévoir des DIM, traitement des données comptables...

Toutefois, en sorte de tenir compte de la nature et des volumes d'activité, à compter de 2009, les ARH ont été invitées à moduler la DAF correspondant à l'activité de médecine, au même titre que ce qui a été fait dans le cadre du modèle temporaire SSR. Cette proposition permettait de donner un premier signe de reconnaissance et d'engagement dans le dispositif, et d'inciter l'ensemble des hôpitaux locaux à améliorer la qualité du PMSI et des outils de gestion.

## **3.1.2 L'extension du modèle aux autres grandes disciplines**

### **3.1.2.1 Les soins de suite et de réadaptation (SSR)**

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) répond à la volonté des pouvoirs publics de répartir plus équitablement les ressources entre établissements, tout en accompagnant la restructuration de l'offre de soins en SSR, telle qu'organisée par les décrets d'avril 2008.

Elle apporte également une réponse à la nécessité de fluidifier la filière de soins entre MCO et SSR, dans un contexte de vieillissement de la population et de développement des maladies chroniques et du handicap, de manière à assurer la prise en charge la plus adaptée, et ce, sans rupture à l'issue des séjours MCO.

Prenant en compte cette nécessité ainsi que le manque de préparation des établissements, de méthodologies et d'outils disponibles (ENCC, classification en particulier) pour une mise en œuvre directe de la T2A, il a été nécessaire d'envisager la mise en place en 2009 d'un « modèle intermédiaire », dans l'attente d'un modèle fiabilisé définitif susceptible d'intervenir en 2012.

Ce modèle intermédiaire, dit de type additif et appelé IVA (Indice de Valorisation de l'Activité), a été développé par l'ATIH sur la base des données PMSI 2007 disponibles. Il repose tout d'abord sur un « scorage » de critères considérés comme représentatifs de la lourdeur de la prise en charge : morbidité dominante, âge, actes de rééducation, dépendance physique, dépendance cognitive, comorbidités associées, type de prise en charge et type d'hospitalisation. Ce « scorage » en points rapporté à une valeur financière nationale du point permet de déterminer un chiffre d'affaire théorique de l'établissement. Un indice par établissement est ensuite établi, issu du rapport entre le nombre de points valorisés résultant du score IVA (chiffre d'affaire théorique) et les ressources obtenues de l'Assurance Maladie pour des activités comparables (chiffre d'affaire réel).

Une comparaison est enfin assurée entre l'indice par établissement et l'indice régional, résultant cette fois du rapport entre le total des points et le total des ressources de la région, afin de situer l'établissement et de repérer les situations de sur ou sous dotation par rapport à la moyenne régionale.

Comme dans le secteur MCO préalablement à la mise en place de la T2A (points ISA), le modèle intermédiaire s'apparente à une modulation des DAF et des prix de journée. En 2009, année « test », la modulation a été limitée à 2% de la DAF dans le secteur public et PSPH en dotation globale, et à 50% des mesures nouvelles dans le secteur privé.

Les réponses apportées par les ARH à une enquête nationale menée en vue de dresser un bilan de l'année 2009 et de repérer les pistes d'amélioration du dispositif pour 2010, permettent de constater que l'utilisation de l'IVA comme outil de modulation des ressources des établissements a été très variable selon les secteurs et les régions :

- dans le secteur public, il apparaît que 18 des 22 régions ayant répondu à l'enquête ont utilisé l'IVA et qu'une majorité d'entre elles ont respecté le taux de base de 2% ;
- dans le secteur privé, 10 régions seulement, sur les 18 ayant répondu, ont utilisé l'IVA. Une majorité d'entre elles a suivi le taux national de modulation, soit 0,5% des mesures nouvelles, les autres allant au-delà ou en deçà.

Indépendamment de l'intérêt global pour l'outil, le principal enseignement qualitatif tiré de la mise en œuvre du modèle intermédiaire est l'insuffisance de la prise en compte de la technicité nécessaire à la prise en charge des patients requérant le plus de soins. Ainsi les établissements les plus spécialisés semblent avoir été pénalisés dans le modèle.

Pour 2010, le modèle IVA devrait être amélioré par la relance d'une enquête sur les plateaux techniques permettant de consolider le caractère descriptif de l'IVA et par un ajustement en profondeur de la classification (CMC en neurologie et cardiologie).

De même la vocation très spécifique de certains établissements pourrait être prise en compte.

### **3.1.2.2 La psychiatrie**

Face au besoin d'harmonisation de la psychiatrie avec le secteur du MCO financé à 100% à l'activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le secteur du SSR qui est en passe d'adopter un modèle de tarification à l'activité, la mise en place de la T2A en psychiatrie apparaît comme un objectif prioritaire des années à venir, rappelé par la Ministre de la Santé à diverses occasions.

Le rapport remis en janvier 2009 à la Ministre souligne également cette exigence en prônant « *une mise en œuvre rapide de la valorisation des activités en psychiatrie (VAP)*<sup>8</sup> ».

L'enjeu consiste désormais à développer et faire adopter par les professionnels, une méthode de valorisation de l'activité (VAP) qui sache à la fois tenir compte des spécificités de la psychiatrie (activités hospitalières et sectorisées avec de multiples organisations et structures), préserver la qualité et l'accessibilité des soins pour les patients tout en fluidifiant les parcours de soins dans l'ensemble du dispositif sanitaire, médico-social et libéral, sans remettre en cause les principes de tarification à l'activité développés en MCO.

Dans cette perspective et sachant que la psychiatrie est depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 intégrée dans le droit commun sanitaire et, depuis le 29 juillet 2009 dans le champ d'application de la loi HPST, il convient de tester à titre expérimental différents modèles de tarification à l'activité allant du schéma le plus similaire à celui du secteur MCO, jusqu'à des modèles spécifiques, valorisant par exemple le parcours de soins du patient et s'appuyant sur une protocolisation des prises en charge.

La préparation de la future ENC sera l'occasion d'arrêter une méthodologie de recueil des coûts et de recruter des établissements volontaires. Enfin l'identification des dépenses susceptibles d'être couvertes par des enveloppes financières complémentaires (MIG, molécules onéreuses, MERRI...) participera à la finalisation du dispositif.

Les différents modèles pourraient être expérimentés au cours des années 2011 et 2012 après leur formalisation en 2010, tenant compte des enseignements tirés du recueil d'informations réalisé en 2008, présenté aux professionnels, et de l'exploitation des derniers rapports d'activité.

### **3.2 Les réflexions en cours ou à entreprendre**

Parmi les interrogations portant sur les systèmes de tarification à l'activité en général et sur le modèle en vigueur en France, certaines sont plus souvent mises en avant :

- la prise en compte des spécificités des activités réalisées dans les établissements publics de santé : activités de recours, caractère non programmé d'un taux important de prises en charge, etc.; la question portant sur la place spécifique des CHU est particulièrement importante ;
- les conséquences de la tarification à l'activité sur la qualité des soins, le risque de sélection des patients, l'accessibilité aux soins ;
- l'articulation entre la tarification et les objectifs de santé publique, notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques ou encore des personnes âgées ;
- la prise en compte du cas particulier des établissements situés dans des zones de faible densité démographique (zone de revitalisation rurale ou zone de montagne).

---

<sup>8</sup> « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » ; Edouard COUTY ; Janvier 2009

Même s'il s'avère, au vu des enseignements tirés de la montée en charge progressive du dispositif et au vu des expériences étrangères, que l'ensemble de ces questions a été pris en compte dans la construction du modèle et son évolution, des études ont été initiées ou seront développées prochainement pour approfondir ces sujets.

### **3.2.1 La prise en compte des missions de service public**

#### **3.2.1.1 Des outils de financement adaptés**

Le modèle de la tarification à l'activité, de par ses différentes composantes, donne une grande souplesse au régulateur pour orienter l'offre vers certaines activités qu'il juge prioritaires, et organiser la prise en compte sur le plan financier des missions de service public.

S'agissant en particulier des plans de santé publique, un volet de tarification est systématiquement prévu pour accompagner leur mise en œuvre et concrétiser dans le modèle de financement les choix stratégiques opérés par la puissance publique. De nombreux plans ont ainsi été gérés au sein de la T2A : plans cancer, périnatalité, urgences, maladies rares, etc....

Pour chacun d'eux, un choix a été opéré sur la meilleure manière de procéder à l'allocation de ressources :

- soit au travers de l'enveloppe des MIG, comme pour le plan cancer s'agissant des réunions de concertation pluridisciplinaire ou du dispositif d'annonce, ou pour le plan maladies rares concernant les centres de référence ;
- soit directement dans le système tarifaire, comme pour la valorisation des suppléments de réanimation néonatale et pédiatrique ou pour celle des GHS spécifiques de la prise en charge de cancers.

Un certain nombre de missions de service public sont financées depuis la mise en place de la T2A dans le cadre des MIG. On peut citer notamment les actions de prévention et d'éducation thérapeutique, les missions de veille et de vigilance (centres anti-poisons, coordonnateurs régionaux d'hémovigilance), ou encore les activités de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Certaines missions sont par ailleurs financées dans les tarifs, comme par exemple la prise en charge des soins palliatifs, sur la base d'une valorisation du GHS sur trois niveaux en fonction de la qualification des lits.

#### **3.2.1.2 Des évolutions nécessaires du modèle**

##### **► *Les conséquences de la Loi HPST***

La mise en place de la loi HPST fait évoluer le champ de compétence et les responsabilités des établissements de santé. Elle crée au sein du Code de la Santé Publique les nouveaux articles L6112-1 à L6112-3 qui listent quatorze missions de service public pouvant être prises en charge par les établissements de santé, quel qu'en soit le statut. Elle indique que les obligations auxquelles sont assujettis ces établissements sont précisées dans les CPOM, ainsi que les modalités de calcul de leur compensation financière.

L'exigence de transparence et d'équité dans l'attribution de ces missions nécessite que le champ du modèle correspondant soit expertisé pour permettre de donner à l'ensemble des acteurs une vision claire et partagée des modalités de financement.

En particulier, le surcoût éventuel occasionné par ces missions doit être évalué et faire l'objet d'un financement spécifique.

S'agissant des missions financées par des dotations MIG, les travaux d'analyse et de normalisation doivent être poursuivis afin de permettre l'attribution de leur financement sur la base d'indicateurs fiables et reproductibles. L'approche tarifaire doit également être mise en question s'agissant des missions prises en charge dans les tarifs (exemple des soins palliatifs). Il faut noter que ces travaux vont dans le sens de la convergence intersectorielle.

Dans ce cadre, deux missions de service public ont récemment fait l'objet de travaux spécifiques qui ont abouti à une évolution de leur mode de financement et à une première prise en compte dans le processus budgétaire en 2009.

► *Un nouveau mode de financement de la précarité et de la permanence des soins*

*La prise en charge des patients en situation de précarité*

La précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge hospitaliers.

Deux types de surcoûts ont notamment été identifiés :

- d'une part, des surcoûts « patients » liés aux séjours (impact sur la charge en soins, allongement éventuel des durées de séjour)
- d'autre part, des surcoûts « structurels » pour les établissements les plus concernés (mise en place d'organisations spécifiques, mobilisation de ressources supplémentaires notamment des assistantes sociales, recettes moindres).

Sur le fondement des résultats de premières études, la DHOS a mis en place en 2009 une enveloppe « précarité » d'un montant de 100 millions d'euros au sein des MIG, financée par un « débasage » des tarifs.

A défaut de pouvoir objectiver la charge supplémentaire en soins, cette enveloppe MIG vise à compenser un surcoût structurel pour les établissements concernés par la prise en charge d'un nombre important de patients en situation de précarité.

Les indicateurs utilisés pour son attribution aux établissements ont été les séjours pour les patients bénéficiant de la CMU, CMUC, AME et AMESU. En effet, ces indicateurs sont identifiés de manière généralisée dans les statistiques de l'Assurance Maladie, et peuvent être considérés comme en « appelant » d'autres, représentatifs des différentes situations de précarité.

Deux principes ont été retenus :

- concentrer les aides sur les établissements qui reçoivent le plus de populations en situation de précarité, notamment lorsqu'ils se situent dans des bassins de patientèle spécifiques ;
- éviter le « saupoudrage », en versant à ces établissements une dotation significative.

Au-delà du volet structurel, les travaux se poursuivent pour mieux identifier les surcoûts « patients », en recherchant une description plus précise des situations de précarité et de leur impact sur la charge en soins, notamment au travers du codage PMSI. Ils devraient permettre de compléter et de parfaire dans l'avenir le modèle de financement.

### *Le financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH)*

La PDSH se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Elle est à distinguer de la continuité des soins, qui correspond à la prise en charge de patients déjà hospitalisés.

La loi HPST, qui fait de la permanence des soins une mission de service public, donne compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.

Les enjeux portent sur une nécessaire rationalisation de l'organisation territoriale de la PDSH. Pour engager et accompagner cette réforme, la DHOS a mis en œuvre en 2009 une évolution du mode de financement de la PDSH médicale pour le secteur public (dans les cliniques privées, la PDSH médicale est rémunérée directement aux professionnels dans le cadre conventionnel).

Ainsi, sur le fondement des résultats de premières études, la DHOS a mis en place en 2009 une enveloppe « PDSH » d'un montant de 760 millions d'euros en année pleine au sein des MIG, financée par un « débasage » des tarifs. Il est à noter que la continuité des soins, qui doit être assurée indifféremment par tous les établissements, reste financée par les tarifs.

Pour la répartition de cette enveloppe, dans la mesure où les organisations de PDSH n'ont pas été revues dans toutes les régions, le choix a été fait d'attribuer à chaque région une dotation correspondant à la perte globale liée au débasage des tarifs, pour l'ensemble des établissements. Dès 2009, les ARH qui ont préalablement commencé à définir une organisation régionale ont la possibilité de moduler en fonction de celle-ci la répartition de la dotation entre les établissements, pour une part maximale de 10% de celle-ci.

Cette marge de manœuvre des ARH sera progressivement augmentée les années suivantes pour représenter, à terme, l'intégralité de la dotation régionale, l'objectif étant d'allouer une dotation MIG exclusivement au profit des établissements désignés pour prendre en charge cette mission.

Les travaux se poursuivent pour évaluer le coût de la PDSH médicale réalisée par les cliniques privées, ainsi que l'impact de la PDSH non médicale pour les établissements de santé.

### **3.2.2 La prise en compte d'autres facteurs**

#### ► *Les activités non programmées*

Bien que peu d'études aient été réalisées sur le sujet et que la définition même du non programmé reste à stabiliser, la majorité des professionnels s'accordent sur le fait que la non-programmation de l'activité constitue à la fois une cause de désorganisation des établissements et un facteur de surcoûts. Ainsi, dans son rapport de janvier 2006, l'IGAS notait que « *l'activité non programmée (...) semble être un facteur d'augmentation des coûts (...) ses fluctuations désorganiseraient l'activité des équipes hospitalières* ».

En première approche, on peut estimer que la non-programmation des activités pourrait induire deux types de surcoûts :

- d'une part, des éventuels surcoûts « patients » du fait de la non programmation des séjours, concernant notamment les écarts de durées de séjour, l'absence de planification préalable des actes, ou encore l'internalisation des actes ;
- d'autre part, des éventuels surcoûts « structurels » pour les établissements les plus concernés, liés aux impacts organisationnels : perturbations sur le fonctionnement des services, déprogrammations de séjours ou d'actes, ou encore maintien de capacités disponibles pour assurer une réponse appropriée. Il est à noter que la gestion des crises au travers des plans blancs ou du dispositif « hôpital sous tension » relève de cette problématique.

Des travaux sont en cours au sein de la DHOS visant à évaluer ces impacts et à étudier le cas échéant leur prise en compte dans le modèle de financement.

#### ► *L'isolement géographique*

La problématique des établissements de santé isolés a été posée dès 2003, lors des travaux préparatoires à la mise en place de la T2A. La crainte était de voir ces établissements mis en difficulté avec la logique d'un tarif moyen national, alors même que leur position géographique justifiait leur maintien. On pouvait penser en effet que ces établissements ne seraient pas en mesure d'équilibrer leurs charges avec les recettes qui leur seraient dévolues au titre de leur activité, en raison de leur isolement.

Les premières analyses menées alors (sur la base des valeurs de points ISA et des tarifs 2004) ont montré que tel n'était pas le cas : ces établissements avaient certes des recettes modestes, mais leurs charges n'étaient pas non plus très élevées, si bien que l'équilibre était atteint.

Il restait toutefois deux situations posant problème :

- Le cas des établissements ayant des durées moyennes de séjour fortement supérieures aux moyennes nationales : on se trouvait typiquement dans le cas d'établissements ayant une activité proche des soins de suite (certaines cliniques privées ont d'ailleurs été transformées en établissements de soins de suite à cette période) ;
- Le cas des établissements à activité saisonnière très marquée, comme les établissements de montagne : dans ces cas, une dotation AC allouée par l'ARH devait équilibrer l'exploitation s'il s'avérait qu'effectivement, cette saisonnalité conduisait à un déficit structurel.

#### ► *Les effets de gamme et de taille des établissements*

Un tarif unique ignore les possibles interactions de coûts ou d'économies liées au champ des activités prises en charge au sein d'un établissement, par définition spécifique.

L'effet de gamme correspond à l'amplitude du « case mix » de l'établissement et représente la diversité de l'activité.

Une spécialisation sur un segment plus étroit du case-mix ou, à l'intérieur d'un GHM, sur des prises en charge de même nature, pourrait selon le rapport de l'IGAS de janvier 2006 permettre de réduire les coûts de production et d'expliquer un niveau de coûts moins élevé. Un établissement

ainsi positionné pourrait dès lors réaliser des économies d'échelle, à l'inverse d'un établissement polyvalent, dont la polyvalence est requise par les besoins de santé sur le territoire.

Des travaux sont en cours à la DHOS visant à analyser l'impact de l'effet de gamme sur les coûts de production des établissements de santé, et étudier le cas échéant sa prise en compte dans le modèle de financement.

Ils intègrent également l'analyse de l'impact de l'effet de taille, souvent corrélé même s'il s'agit de problématiques distinctes. On peut penser en effet que la taille des structures peut influencer sur les processus de production, soit en permettant des économies d'échelle, soit à l'inverse en alourdissant les coûts par un phénomène de « déséconomie » d'échelle.

### **3.2.3 Le renforcement de l'accompagnement des évolutions de l'offre de soins**

#### **3.2.3.1 Une meilleure prise en compte de la qualité**

La qualité des soins est la première des attentes des usagers, mais c'est aussi une demande forte des professionnels de voir les efforts et les résultats reconnus sous forme de financements.

Ce type d'approche existe déjà pour les établissements hospitaliers dans d'autres pays, essentiellement anglo-saxons. La plupart du temps de nature incitative, le lien entre financement et qualité peut prendre, plus rarement, la forme de pénalités. L'exemple du dispositif mis en place aux Etats-Unis par Medicare et qui lie les deux approches est à cet égard intéressant, ceci d'autant qu'il allie une visibilité pour les structures. L'expérimentation porte sur trois ans au cours desquels les établissements entrant dans le "top 10" et le "top 20", perçoivent un complément sur leur budget. Sur la troisième année, ce sont les établissements qui se trouvent placés sous un seuil qui se voient soustraire un pourcentage de budget.

Plusieurs évolutions ont été tentées ou existent aujourd'hui en France : c'est par exemple le cas des contrats incitatifs à l'amélioration des pratiques (CAPI) proposés aux médecins libéraux dans le cadre de la LFSS 2008. Pour ce qui concerne les établissements de santé, le modèle T2A a d'ores et déjà introduit des éléments d'efficience des prestations. L'incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire en est un exemple. Les contrats de bon usage des produits et prestations, en est un autre.

La loi HPST a franchi un pas supplémentaire en rendant annuellement obligatoire, pour chaque établissement de santé, la mise à la disposition du public des résultats « des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ». Conjointement, cette loi met en place un dispositif visant à assurer l'évaluation et la diffusion de l'innovation dans les établissements de santé. Enfin, le ministère s'est doté d'un ensemble d'indicateurs : tableau de bord des infections nosocomiales, programme de recherche COMPAQH<sup>9</sup> et plateforme QUALHAS<sup>10</sup> portée par l'ATIH et opérationnelle depuis cette année, site Platines<sup>11</sup>, etc.

---

<sup>9</sup> Compagh : (coordination pour la mesure de la performance et de la qualité hospitalière) est une structure de recherche qui poursuit des objectifs ambitieux de mesure de la qualité en sélectionnant une batterie d'indicateurs dans les domaines reconnus prioritaires comme lieux de marquage de la qualité hospitalière. Actuellement 16 sont considérés comme généralisable et une quarantaine sont en cours d'étude.

<sup>10</sup> **Qualhas** : plateforme sécurisée sur internet qui permet la généralisation des indicateurs de qualité issus du dossier patient (*actuellement 11*). Elle est développée *par la HAS* en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Leurs résultats seront intégrés dans la prochaine version de la certification « V2010 » et sur le site Platines

### 3.2.3.2 Activités spécifiques et recours

Un grand nombre de dispositifs ont été introduits dans le modèle de la T2A pour tenir compte des spécificités d'activité de certaines catégories d'établissements :

- définition de quatre niveaux de sévérité par GHM pour tenir compte de comorbidités particulièrement sévères ;
- suppléments de réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie ;
- forfaits annuels pour les activités à fort taux de charges fixes : urgences, greffes d'organes ;
- missions d'intérêt général ;
- liste des produits facturables en sus.

Dans le cadre de ces dispositifs, une enveloppe « recours » spécifique a été créée en 2008, au sein des MIG, pour couvrir les surcoûts de certaines activités « de pointe » temporairement mal couvertes par les tarifs de GHS. Il peut s'agir de plusieurs situations :

- maîtrise d'une action de soins spécifique, hyperspécialisée, liée à une technique chirurgicale, d'imagerie, d'analyse diagnostique, thérapeutique, de thérapie cellulaire ou de radiothérapie ;
- pratique d'actes médicaux qui sont réalisés ailleurs pour des indications standards, mais pour lesquels le centre hospitalier détient une compétence particulière sur les cas les plus « limites », soit en raison de la gravité de l'état de santé du patient, soit parce que l'acte est posé pour des indications très risquées ;
- prise en charge de patients atteints d'une maladie rare, pour lesquels il n'est pas justifié de disperser une compétence complexe dans tous les établissements hospitaliers.

En 2009, une enveloppe de 25 millions d'euros a été allouée au titre de 11 activités : chirurgie des sarcomes, reconstruction des seins par lambeaux, chirurgie des cardiopathies congénitales pédiatriques complexes, etc.

Dans le même ordre d'idée, le choix qui a été fait de distinguer en 2009, au sein des MIG, une enveloppe pour la prise en charge de la précarité et une enveloppe pour la prise en charge de la permanence des soins, participe de cette même logique de financer les missions spécifiques de façon spécifique.

---

<sup>11</sup> Platines : plate-forme internet d'information sur les établissements de santé développée par la Drees qui présente des valeurs de référence pour les principaux indicateurs des établissements (MCO), renseignés à partir des bases de données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

## CONCLUSION

La réforme du financement des établissements de santé introduite en 2004 a constitué une forme de rupture avec la logique économique et de gestion qui préexistait.

Face à une réalité mouvante en termes, de démographie, de consommation des soins, d'évolutions technologiques, il importait de se doter d'un modèle souple et adaptable susceptible d'absorber et de répondre à ces diverses évolutions sans modifications de structure. Les différents « compartiments » qui composent le modèle se complètent et permettent des ajustements réguliers. Les analyses fines, annuelles voire infra annuelles des éléments de fonctionnement répondent aux objectifs de connaissance et permettent une adaptation rapide et donc une réactivité de l'établissement comme du régulateur. C'est d'ailleurs l'une des difficultés du dispositif que de veiller à cette évolution régulière tout en respectant la nécessaire stabilisation du modèle.

Le lien établi en particulier avec la réforme de la gouvernance est caractéristique de l'impact sur l'ensemble des acteurs qui sont de ce fait d'avantage responsabilisés dans leur comportement individuel et collectif, et ainsi :

- le management évolue sur la base d'outils de performance médico-économique ;
- les organisations sont influencées par l'application de tarifs mettant en exergue les défauts d'efficience ;
- les stratégies de coopérations et de mutualisation des compétences sont facilitées.

L'introduction d'une logique économique bien comprise, conciliée à la logique médicale, constitue ainsi l'apport essentiel du système de "tarification à l'activité".

## **Annexes**

## **Annexe 1 Analyse de la convergence des coefficients de transition dans le secteur ex-OQN et le secteur ex-DG**

ATIH

### **Analyse de la convergence des coefficients de transition dans le secteur ex-OQN et le secteur ex-DG**

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 2009, 80% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public (que ce soit par le biais d'une augmentation de la fraction de tarifs jusqu'en 2007, puis par la convergence uniforme des coefficients de transition opérée en 2008 et la convergence par modulations régionales en 2009) et 71% dans le secteur privé. D'ici 2012, les redéploiements financiers atteindront environ 1,2 milliards d'euros dans le secteur public soit 1,6% de la base tarifaire correspondante et 140 millions d'euros dans le secteur privé soit 1,7% de la base tarifaire correspondante.

Ainsi, d'ici à 2012, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence est évaluée à environ 240M€ pour les établissements ex DG, et à environ 40M€ pour les cliniques privés ex OQN.

Pour ce qui est du redéploiement inter-région en 2009 et d'ici 2012, dans le secteur privé, 12 régions sont surdotées et donc contribueront à compenser la sousdotation des autres régions de l'ordre de 17 millions d'euros. Concernant le secteur public, 8 régions sont surdotées et donc contribueront à compenser la sousdotation des autres régions d'environ 152 millions d'euros.

**Tableau 1 : Redéploiement inter-région de 2009 à 2012 pour le secteur privé et le secteur public.**

Région	Privé		
	Surdotation	Sousdotation	Bilan
Alsace	237 521	- 622 271	- 384 750
Aquitaine	2 069 210	- 2 711 942	- 642 731
Auvergne	740 221	- 274 568	465 653
Bourgogne	-	- 27 409	- 27 409
Bretagne	185 675	- 1 161 767	- 976 093
Centre	1 269 487	- 1 197 914	71 573
Champagne-Ardenne	1 450 045	- 1 208 705	241 340
Corse	253 278	- 376 738	- 123 461
Franche-Comte	549 958	- 766 238	- 216 279
Guadeloupe	971 474	- 1 036 678	- 65 204
Guyane	285 727	- 70 868	214 859
Ile-de-France	10 706 734	- 2 684 125	8 022 609
Languedoc-Roussillon	3 277 002	- 1 483 437	1 793 565
Limousin	482 026	- 209 446	272 580
Lorraine	1 192 839	- 269 385	923 454
Martinique	-	- 900 336	- 900 336
Midi-Pyrenees	987 178	- 4 297 306	- 3 310 128
Nord pas de Calais	2 670 039	- 3 689 885	- 1 019 846
Normandie-Basse	109 650	- 1 123 702	- 1 014 052
Normandie-Haute	844 318	- 289 023	555 295
Pays de la Loire	328 772	- 1 740 682	- 1 411 909
Picardie	1 064 267	- 661 301	402 966
Poitou-Charentes	1 032 145	- 597 767	434 378
Provence-Alpes-Cote-d-Azur	1 464 598	- 5 828 333	- 4 363 735
Rhone-Alpes	6 574 924	- 1 978 420	4 596 504
Reunion	1 773 825	- 3 919 659	- 2 145 835
<b>TOTAL</b>	<b>40 520 914</b>	<b>- 39 127 906</b>	<b>1 393 008</b>
		<i>Surdotation finale</i>	<i>17 994 776</i>
		<i>Sousdotation finale</i>	<i>- 16 601 768</i>

Région	Public		
	Surdotation	Sousdotation	Bilan
Alsace	14 428	- 7 729 200	- 7 714 772
Aquitaine	5 277 167	- 15 589 309	- 10 312 142
Auvergne	2 318 559	- 4 142 255	- 1 823 696
Bourgogne	1 890 658	- 11 866 904	- 9 976 247
Bretagne	1 481 795	- 14 707 977	- 13 226 181
Centre	1 634 462	- 13 896 472	- 12 262 011
Champagne-Ardenne	7 000 903	- 3 285 641	3 715 262
Corse	3 444 317	- 761 101	2 683 216
Franche-Comte	676 888	- 7 403 716	- 6 726 827
Guadeloupe	4 986 526	- 174 794	4 811 732
Ile-de-France	118 484 325	- 11 437 645	107 046 680
Languedoc-Roussillon	2 465 800	- 9 815 513	- 7 349 713
Limousin	404 967	- 6 002 932	- 5 597 965
Lorraine	16 707 507	- 8 309 422	8 398 085
Martinique	3 098 550	- 359 060	2 739 490
Midi-Pyrenees	5 582 178	- 7 068 647	- 1 486 470
Nord pas de Calais	4 888 930	- 17 822 011	- 12 933 081
Normandie-Basse	7 256 970	- 5 668 738	1 588 232
Normandie-Haute	4 490 162	- 6 267 962	- 1 777 800
Pays de la Loire	376 683	- 21 069 806	- 20 693 123
Picardie	3 301 463	- 6 687 280	- 3 385 816
Poitou-Charentes	389 509	- 9 606 439	- 9 216 930
Provence-Alpes-Cote-d-Azur	34 794 292	- 13 793 241	21 001 051
Rhone-Alpes	9 427 914	- 37 330 047	- 27 902 133
Reunion	879 275	- 5 304 002	- 4 424 727
<b>TOTAL</b>	<b>241 274 226</b>	<b>- 246 100 111</b>	<b>- 4 825 885</b>
		<b>Surdotation finale</b>	<b>151 983 748</b>
		<b>Sousdotation finale</b>	<b>- 156 809 634</b>

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%

PUBLIC		
Année	Vitesse imposée	Vitesse observée
2008	30.00%	30.00%
2009	33.33%	34.29%

## Evolution de la convergence des coefficients de transition du secteur ex-OQN

Dans le cadre du dispositif de transition, les tarifs des cliniques privées sont équivalents aux tarifs nationaux de ce secteur affectés d'un coefficient de transition qui doit converger vers 1 d'ici à 2012. Ce dispositif a été mis en place en 2005 lors de la mise en œuvre de la T2A dans ce secteur. Il s'agit ici d'analyser l'évolution de la convergence de ces coefficients de transition entre 2005 et 2009.

Il est à noter que la population des cliniques privées évolue de manière significative chaque année (fermeture, fusion, ouverture). Les coefficients de transition sont mis à jour en conséquence. Ainsi, une fusion conduit au recalcul des coefficients de transition, tenant compte des coefficients des structures à l'origine de la fusion. Dans le cas d'une fermeture le coefficient de l'établissement devient sans objet. Enfin, lors d'une création de clinique privée ne provenant pas d'une fusion de cliniques déjà existantes, le coefficient de transition est mis directement à 1, ce qui revient à appliquer à cette nouvelle clinique les tarifs nationaux en vigueur.

La vitesse de convergence nationale appliquée chaque année, à partir de 2006, correspond à l'inverse du nombre d'années restantes avant 2012 exprimée en pourcentage (ainsi en 2007, il restait 5 ans avant 2012, aussi la vitesse de convergence valait 1/5 soit 20%). Cette vitesse de convergence devait être au minimum respectée dans chacun des sous-groupes de chaque région : les sur-dotés (coefficient de transition > 1) et les sous-dotés (coefficients de transition ≤ 1). Cependant les régions pouvaient moduler la convergence des coefficients de deux manières :

- Modulation intra-groupe : les coefficients de certains établissements peuvent converger plus vite permettant à ceux d'autres établissements du même groupe de converger moins vite.
- Modulation inter-groupe : un effort supplémentaire de convergence est appliqué aux sur-dotés pour permettre aux sous-dotés de converger plus vite.

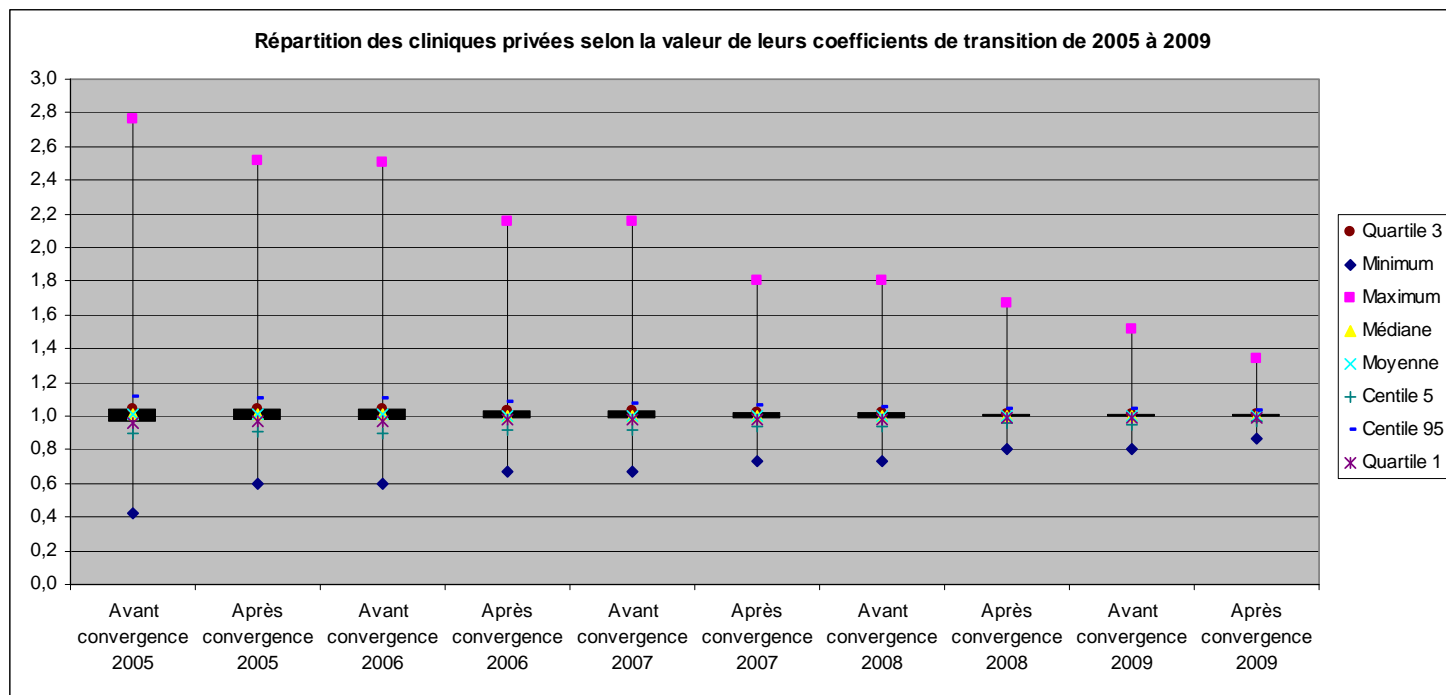
Les régions ont bien utilisé ces deux types de modulation. Ainsi, la vitesse de convergence nationale en 2006, 2007, 2008 et 2009 était supérieure à celle imposée.

Le Tableau 3 et le Graphique 1 présentent la dispersion des cliniques privées en fonction de leur coefficient de transition entre 2005 et 2009, et ce avant et après convergence. En 2009, 280 établissements sur les 1158 concernés (soit 24%) ont leur coefficient de transition qui a convergé à 1 et donc ont terminé leur convergence. Sur cette même année, 50% des établissements ex-OQN ont un coefficient compris entre 0,9911 et 1,0085, et 90% entre 0,9707 et 1,0267. L'écart entre le quartile 3 et le quartile 1 (i.e. interquartile) se réduit d'année en année, confortant la convergence vers 1. En effet l'interquartile valait 0,082 en 2005 avant toute convergence, et il est, en 2009 après convergence, de 0,0174, soit une baisse de 78,8%. De même, les valeurs des coefficients maximum et minimum ont convergé vers 1. Ainsi le minimum des coefficients est passé de 0,4260 en 2005 avant convergence à 0,8660 en 2009 après convergence. Et le maximum des coefficients de transition qui était à 2,7640 avant la convergence en 2005 vaut désormais en 2009 après convergence 1,3427.

**Tableau 3 : Dispersion des coefficients de transition des cliniques privées entre 2005 et 2009**

		Minimum	Centile 5	Quartile 1	Médiane	Moyenne	Quartile 3	Centile 95	Maximum
2005	avant convergence	0,4260	0,8942	0,9630	1,0080	1,0096	1,0450	1,1150	2,7640
	après convergence	0,5980	0,9091	0,9694	1,0060	1,0084	1,0390	1,1000	2,5120
2006	avant convergence	0,5980	0,8972	0,9680	1,0060	1,0062	1,0390	1,0994	2,5050
	après convergence	0,6650	0,9202	0,9760	1,0000	1,0047	1,0287	1,0779	2,1500
2007	avant convergence	0,6650	0,9177	0,9756	1,0000	1,0040	1,0279	1,0726	2,1500
	après convergence	0,7320	0,9341	0,9815	1,0000	1,0030	1,0218	1,0568	1,8000
2008	avant convergence	0,7320	0,9341	0,9814	1,0000	1,0028	1,0218	1,0566	1,8000
	après convergence	0,7990	0,9577	0,9867	1,0000	1,0020	1,0153	1,0415	1,6689
2009	avant convergence	0,7990	0,9500	0,9864	1,0000	1,0006	1,0154	1,0412	1,5185
	après convergence	0,8660	0,9707	0,9911	1,0000	1,0003	1,0085	1,0267	1,3427

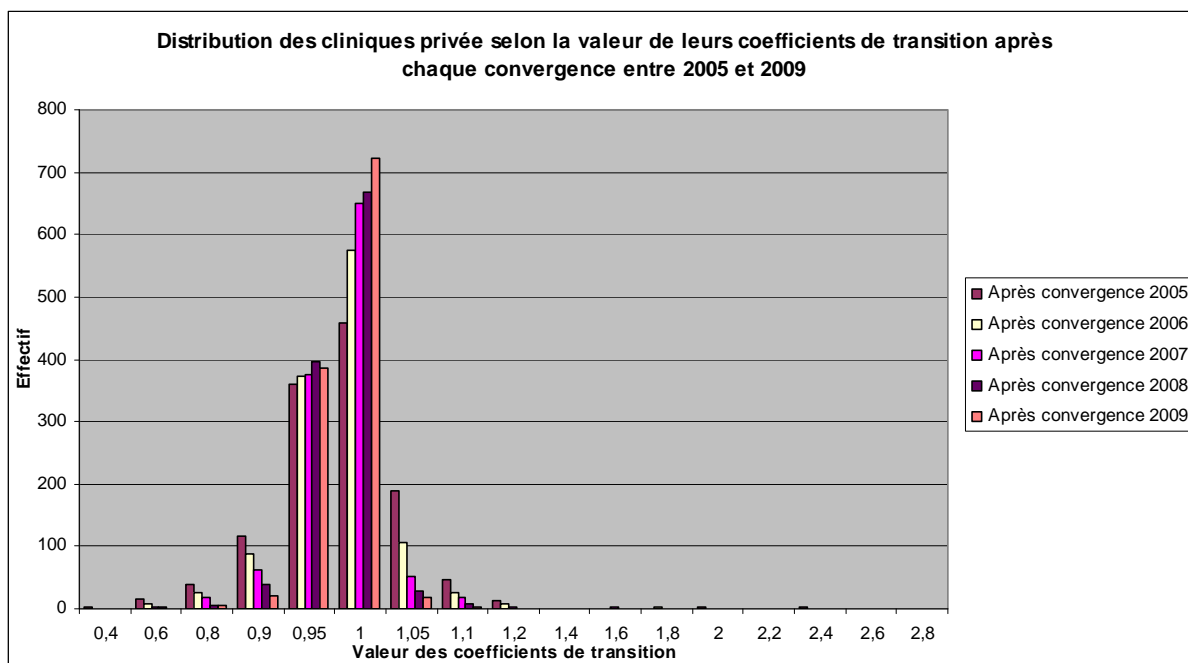
**Graphique 1 : Répartition des cliniques privées selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2005 et 2009**



Le

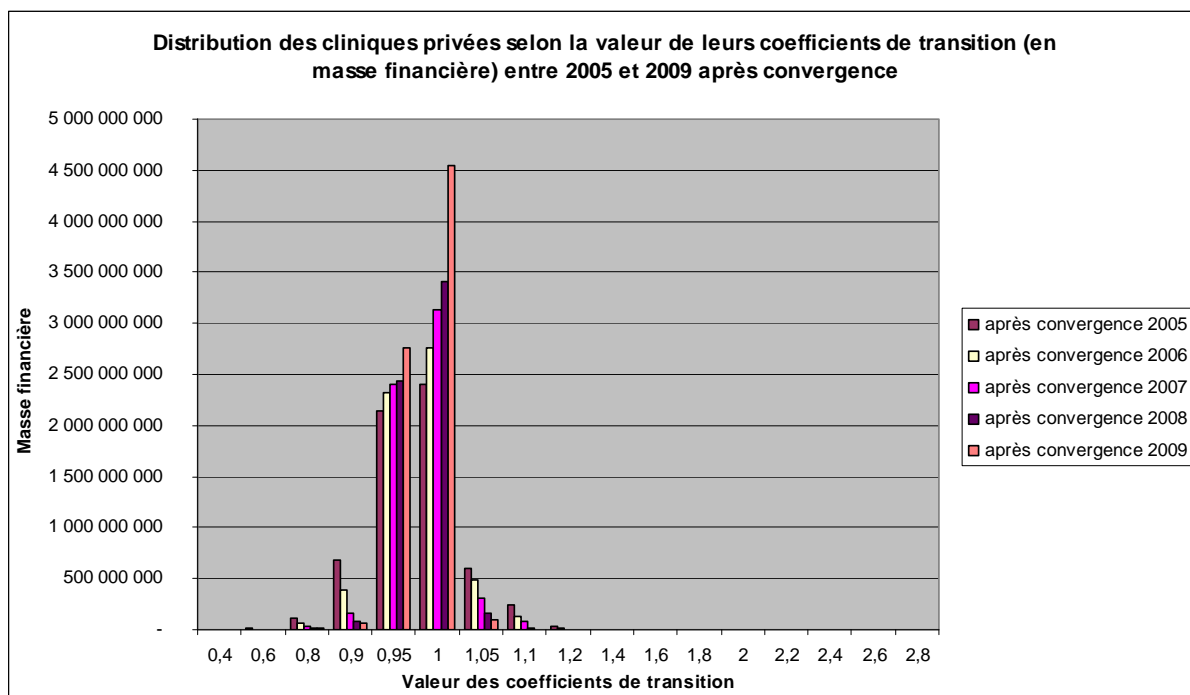
Graphique 2 montre comment se distribuent les cliniques privées en fonction de leur coefficient de transition entre 2005 et 2009 après application de la convergence. Dans chaque intervalle  $[a ; b[$ , est représenté l'effectif des établissements ayant un coefficient inclus dans  $[a ; b[$ . Au fil de la convergence, le nombre d'établissements ayant un coefficient inclus entre 1 et 1,05 et celui des établissements ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1 augmente, tandis que pour les autres intervalles les effectifs diminuent.

**Graphique 2 : Distribution des cliniques privées selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2005 et 2009, après convergence**



Le Graphique 3 représente la distribution en masse financière des cliniques privées selon leur coefficient de transition entre 2005 et 2009 après application de la convergence. Dans chaque intervalle  $[a ; b]$ , est représentée la masse financière des établissements ayant un coefficient inclus dans  $[a ; b]$ . Au fur et à mesure de la convergence, les masses financières deviennent plus importantes pour les intervalles de coefficients de transition compris entre 0,95 et 1,05.

**Graphique 3 : Distribution des coefficients de transition des cliniques privées entre 2005 et 2009, après convergence, en masse financière**



Ainsi la convergence dans le secteur privé est plus importante que celle fixée et donc attendue. Les modalités de modulation mises à la disposition des régions sont maîtrisées et bien utilisées. Chaque année de nouveaux établissements terminent leur convergence et un plus grand nombre d'établissements se retrouvent parmi ceux ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1,05, donc se rapprochant de 1.

## 1. Analyse de la convergence des coefficients de transition du secteur ex-DG

Depuis Mars 2008, le dispositif de transition est basé sur un coefficient de transition propre à chaque établissement et l'activité des établissements TAA du secteur ex-DG est valorisée à 100%. Les tarifs de chaque établissement sont donc obtenus par application du coefficient de transition aux tarifs nationaux. Dès son application, ce coefficient a convergé en suivant une vitesse uniforme de 30%. En 2009, les régions avaient la possibilité de moduler la convergence des établissements dans le respect du niveau de convergence moyen imposé.

Comme dans le secteur ex-OQN, deux sous-groupes sont constitués pour opérer la convergence : les sur-dotés (coefficient de transition > 1) et les sous-dotés (coefficient de transition  $\leq$  1).

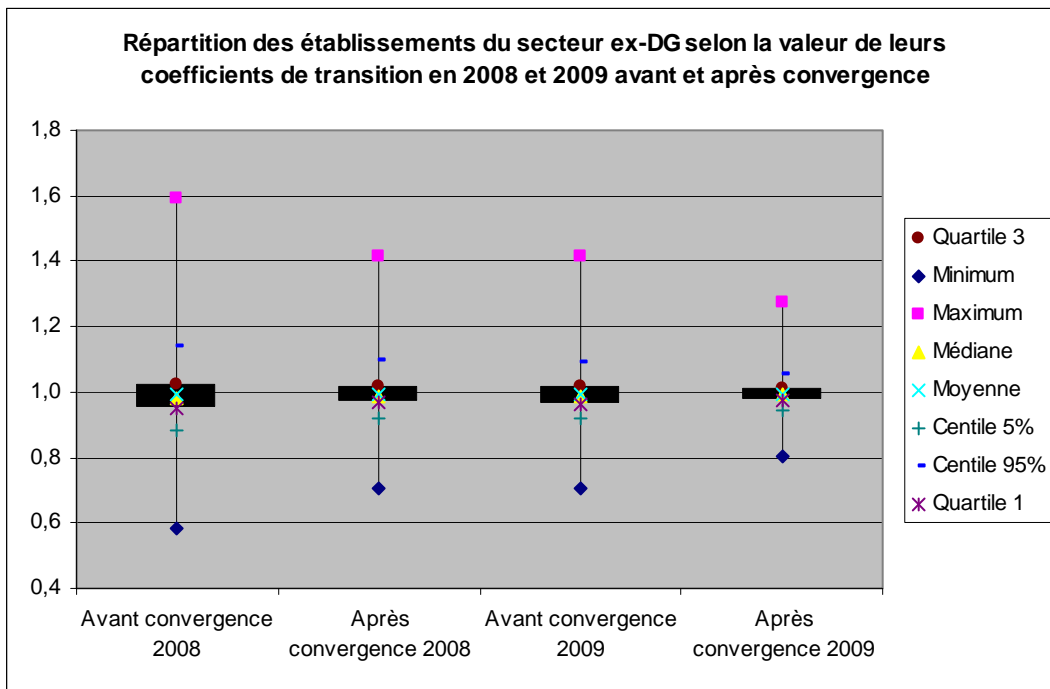
En 2008, aucune modulation de la convergence par les régions n'est envisagée, contrairement à 2009.

Le Tableau 4 et le Graphique 4 présentent la dispersion des coefficients de transition des établissements TAA du secteur ex-DG en 2008 et en 2009, et ce avant et après convergence. En 2009, 15 établissements sur les 615 (soit 2.4%) ont leur coefficient de transition à 1 et donc ont terminé leur convergence. De plus, 50% des établissements ex-DG concernés ont un coefficient compris entre 0,9775 et 1,0101, et 90% entre 0,9464 et 1,0544. L'interquartile diminue suite à la convergence. En effet, il valait 0,0728 en 2008 avant toute convergence, et il est en 2009, après convergence, de 0,0326, soit une baisse de 55%. De même, les valeurs des coefficients maximum et minimum ont convergé vers 1. Ainsi le minimum des coefficients est passé de 0,5824 avant convergence en 2008 à 0,8051 après convergence en 2009. Et le maximum des coefficients de transition qui était à 1,5901 avant la convergence 2008 vaut désormais en 2009 après convergence 1,2754.

**Tableau 4 : Dispersion des coefficients de transition des établissements ex-DG TAA en 2008 et en 2009**

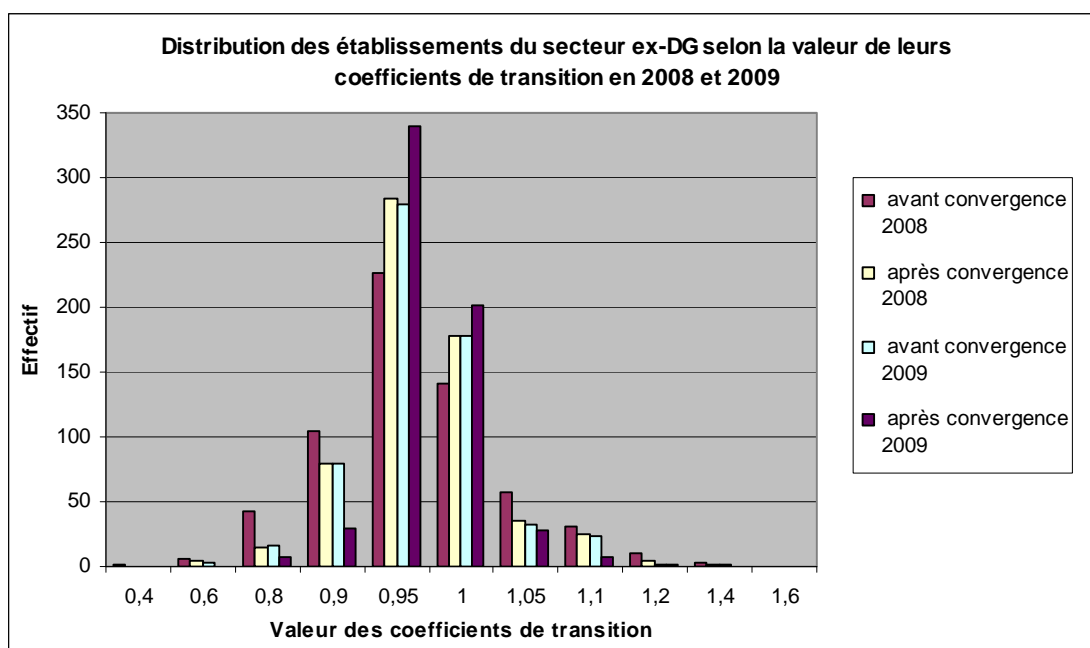
		Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Quartile 1	Quartile 3	Centile 5%	Centile 95%
2008	Avant convergence	0,5824	1,5901	0,9831	0,9919	0,9508	1,0236	0,8851	1,1370
	Après convergence	0,7077	1,4131	0,9881	0,9943	0,9656	1,0166	0,9196	1,0959
2009	Avant convergence	0,7077	1,4131	0,988	0,9926	0,96495	1,0158	0,9194	1,0889
	Après convergence	0,8051	1,2754	0,992	0,9951	0,9776	1,0101	0,9464	1,0544

**Graphique 4 : Répartition des établissements du secteur ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2008 et 2009 avant et après convergence**



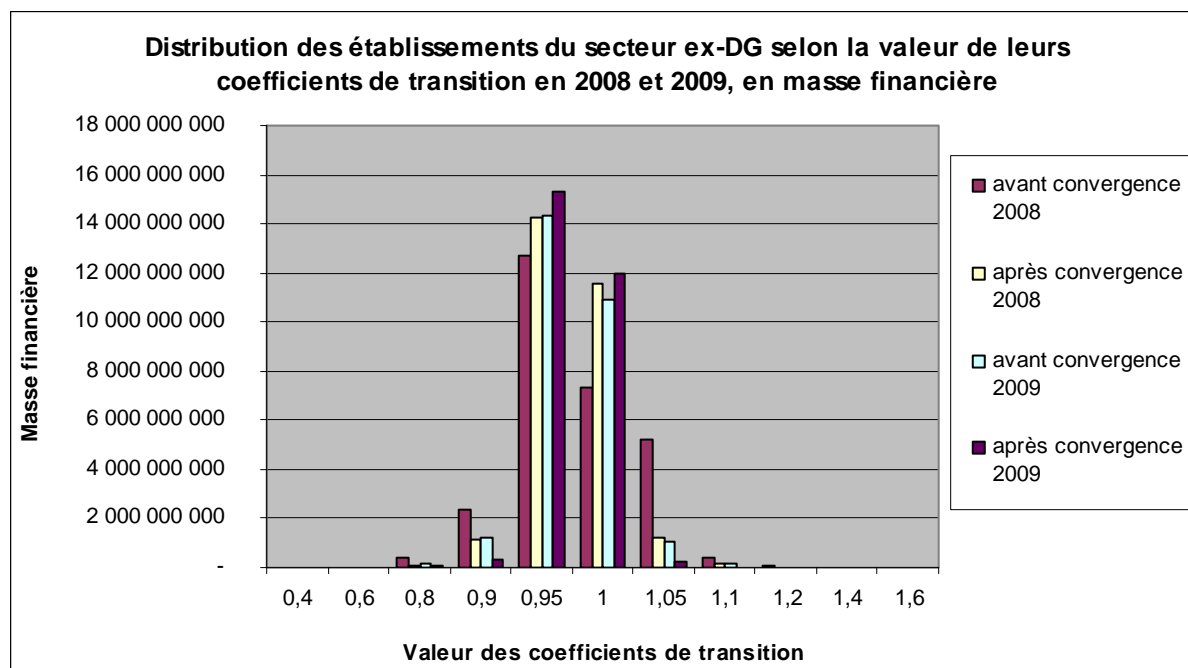
Graphique 5 présente la distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2008 et 2009 avant et après application de la convergence. Dans chaque intervalle  $[a ; b]$ , est représenté l'effectif des établissements ayant un coefficient inclus dans cet intervalle. Si l'on compare la distribution de cet effectif avant et après convergence, il apparaît que le nombre d'établissements ayant un coefficient inclus entre 1 et 1,05 et ceux ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1 augmentent, tandis que pour les autres intervalles les masses diminuent.

**Graphique 5 :** Distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2008 et 2009, avant et après convergence



Le Graphique 6 représente la distribution en masse financière des coefficients de transition du secteur ex-DG en 2008 et 2009 avant et après application de la convergence. Dans chaque intervalle [a ;b[, est représentée la masse financière des établissements ayant un coefficient inclus dans cet intervalle. Après convergence, les masses financières deviennent plus importantes pour les intervalles de coefficients de transition compris entre 0,95 et 1,05.

**Graphique 6 :** Distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2008 et 2009, avant et après convergence, en masse financière



Ainsi, la convergence dans le secteur ex-DG est plus importante que celle fixée à 33,33%. Les modalités de modulation mises à la disposition des régions pour la première fois en 2009 sont maîtrisées et bien utilisées. Suite à cette convergence, un plus grand nombre d'établissements se retrouvent parmi ceux ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1,05, donc se rapprochant de 1.

## 2. Comparaison de la dispersion des coefficients de transition entre le secteur ex-OQN et le secteur ex-DG en 2009

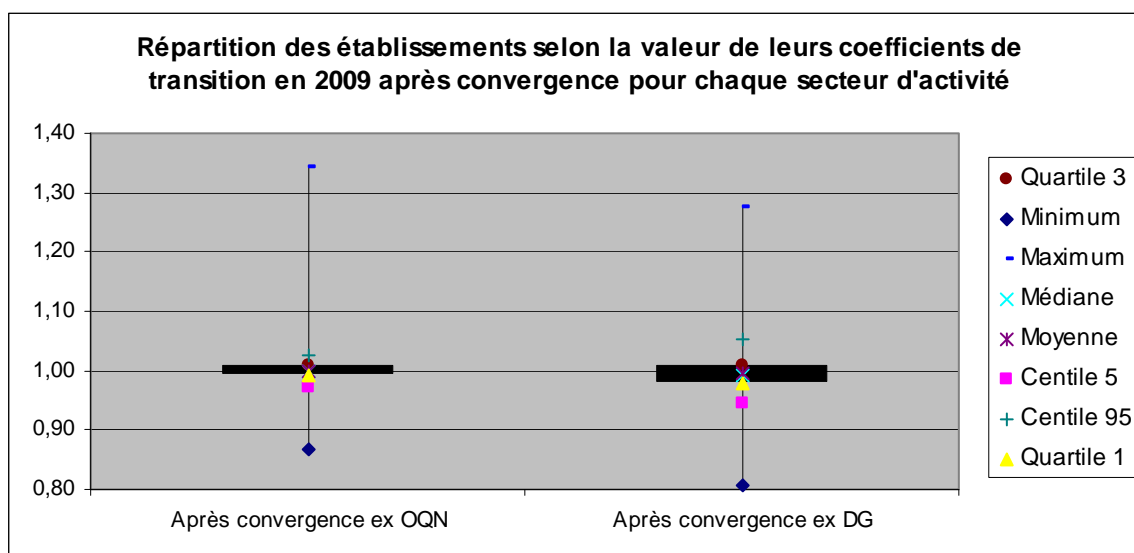
Dans le secteur ex-DG comme dans le secteur ex-OQN, les coefficients sont amenés à converger vers 1 d'ici à 2012. Aussi, il est intéressant de comparer l'état de leur convergence en 2009.

Le Tableau 5 présente la dispersion des coefficients de transition pour les deux secteurs concernés, en 2009. Il apparaît que les établissements du secteur ex-OQN ont leurs coefficients plus concentrés autour de 1 que ceux du secteur ex-DG. La médiane des établissements du secteur ex-DG est légèrement inférieure à 1 quand celle du secteur ex-OQN vaut 1. De plus l'interquartile est plus faible dans le privé que dans le public après convergence (respectivement 0,0174 et 0,0326). Ceci correspond sur le Graphique 7 à un rectangle noir plus étroit pour les ex-OQN que pour les ex-DG. Enfin l'écart entre les centiles à 5% et à 95% est bien plus resserré pour les cliniques privées que pour les établissements ex-DG (respectivement 0,056 et 0,108).

**Tableau 5 :** Dispersion des coefficients de transition des établissements ex-DG et ex-OQN en 2009

		Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Quartile 1	Quartile 3	Centile 5%	Centile 95%
Secteur Ex-DG	Avant convergence	0,7077	1,4131	0,988	0,9926	0,96495	1,0158	0,9194	1,0889
	Après convergence	0,8051	1,2754	0,992	0,9951	0,9776	1,0101	0,9464	1,0544
Secteur Ex-OQN	Avant convergence	0,799	1,5185	1	1,0006	0,9864	1,0154	0,95	1,0412
	Après convergence	0,866	1,3427	1	1,0003	0,9911	1,0085	0,9707	1,0267

**Graphique 7 :** Répartition des établissements ex-OQN et ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2009, après convergence



Ces différences de répartition des coefficients de transition entre les deux secteurs sont liées à une mise en place de ces coefficients avec la possibilité pour les régions de moduler leur convergence (en respectant la neutralité financière) différée pour le secteur ex DG (dès 2005 pour le secteur privé alors que ce ne fut possible dans le secteur public qu'à partir de 2009). Cependant, en raisonnant en masse financière concernée

par la convergence, le secteur public a redistribué près de 80% de cette masse, contre 71% de la masse correspondante pour le secteur privé.

Ainsi les deux secteurs, malgré une méthodologie de convergence initiale différente, contribuent à favoriser une accélération de la convergence imposée.

## Annexe 2 Evolutions des composantes du modèle T2A (ATIH)

### Les différents objectifs depuis 2005

Le tableau ci-dessous donne depuis la mise en place de la T2A (i.e. : 2005) les montants des 2 sous objectifs fixés par chaque LFSS et leur décomposition par sous enveloppe.

	2005	2006	2007	2008	2009
	Objectifs (Rebasé)	objectifs	objectif	objectifs	objectifs
<b>total champ objectifs hors champ non régulé, hors FMESPP</b>	<b>60 666.04</b>	<b>62 498.10</b>	<b>64 483.24</b>	<b>66 515.37</b>	<b>68 519.57</b>

<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>		<b>44 436.33</b>	<b>45 779.84</b>	<b>47 383.43</b>	<b>48 834.81</b>	<b>50 828.33</b>
	<b>ODMCO</b>	<b>39 607.16</b>	<b>40 161.29</b>	<b>41 383.60</b>	<b>42 225.89</b>	<b>43 134.07</b>
	Part activité	35 811.09	36 069.51	36 861.75	37 319.90	37 644.88
	Médicaments et DMI	2 945.49	3 212.40	3 602.26	3 962.48	4 339.52
	forfaits annuels	850.58	879.38	919.59	943.50	1 149.68
	<b>MIGAC (*)</b>	<b>4 829.17</b>	<b>5 618.56</b>	<b>5 999.82</b>	<b>6 608.93</b>	<b>7 694.26</b>

<b>autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>		<b>16 229.72</b>	<b>16 718.26</b>	<b>17 099.82</b>	<b>17 680.56</b>	<b>17 691.24</b>
	<b>ODAM</b>	<b>14 496.75</b>	<b>14 902.25</b>	<b>15 188.11</b>	<b>15 678.18</b>	<b>15 515.04</b>
	<b>OQN psy-ssr</b>	<b>1 732.97</b>	<b>1 816.01</b>	<b>1 911.71</b>	<b>2 002.38</b>	<b>2 176.19</b>

Il convient de noter que les différentes composantes n'ont pas connu une évolution uniforme depuis 2005

part des différentes composantes (objectifs)				
2005	2006	2007	2008	2009

<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>		<b>73.2%</b>	<b>73.2%</b>	<b>73.5%</b>	<b>73.4%</b>	<b>74.2%</b>
	<b>ODMCO</b>	<b>89.1%</b>	<b>87.7%</b>	<b>87.3%</b>	<b>86.5%</b>	<b>84.9%</b>
	Part activité	90.4%	89.8%	89.1%	88.4%	87.3%
	Médicaments et DMI	7.4%	8.0%	8.7%	9.4%	10.1%
	forfaits annuels	2.1%	2.2%	2.2%	2.2%	2.7%
	<b>MIGAC (*)</b>	<b>10.9%</b>	<b>12.3%</b>	<b>12.7%</b>	<b>13.5%</b>	<b>15.1%</b>

<b>autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>		<b>26.8%</b>	<b>26.8%</b>	<b>26.5%</b>	<b>26.6%</b>	<b>25.8%</b>
	<b>ODAM</b>	<b>89.3%</b>	<b>89.1%</b>	<b>88.8%</b>	<b>88.7%</b>	<b>87.7%</b>
	<b>OQN psy-ssr</b>	<b>10.7%</b>	<b>10.9%</b>	<b>11.2%</b>	<b>11.3%</b>	<b>12.3%</b>

Ainsi, la répartition des deux sous objectifs a connu une stabilité entre 2005 et 2008. en 2009, la part des établissements de santé tarifés à l'activité a augmenté d'un point par rapport au niveau 2008, représentant 74,2% des financements des établissements de santé contre 73,4% en 2008.

S'agissant des autres dépenses relatives aux établissements de santé (financements des activités de SSR, PSY, MCO pour les hôpitaux locaux, et des unités de soins longue durée), il convient de noter que la part représentant les financements du secteur des cliniques est en progression depuis 2005, atteignant, en 2009, 12,3% des financements contre 10,7% en 2005.

Au sein du sous objectif « établissements de santé tarifés de santé », la part des financements liée à l'activité de soins (ODMCO) a diminué de 5 points depuis 2005, représentant initialement plus de 90% des financements, pour atteindre en 2009 85% des financements. En contre partie, les financements des activités bénéficiant d'une dotation MIGAC constituent en 2009 15% des financements alors qu'initialement ils représentaient une part de 11%.

Enfin, sur l'activité séjours, la part des financements relatifs aux médicaments et DMI payés en sus augmente : initialement, ils représentaient 7% de l'ODMCO pour atteindre 10% en 2009.

### Le constat des dépenses depuis 2005

	2005		2006		2007		2008	
	Ecart des réalisations /objectifs	% de l'écart dans l'objectif	Ecart des réalisations /objectifs	% de l'écart dans l'objectif	Ecart des réalisations /objectifs	% de l'écart dans l'objectif	Ecart des réalisations /objectifs	% de l'écart dans l'objectif
<b>total champ objectifs hors champ non régulé, hors FMESPP</b>	<b>353.93</b>	<b>0.6%</b>	- <b>62.51</b>	<b>-0.1%</b>	- <b>308.72</b>	<b>-0.5%</b>	<b>226.87</b>	<b>0.3%</b>

établissements de santé tarifés à l'activité		2005	% de l'écart dans l'objectif	2006	% de l'écart dans l'objectif	2007	% de l'écart dans l'objectif	2008	% de l'écart dans l'objectif
	<b>ODMCO</b>	<b>331.57</b>	<b>0.8%</b>	<b>83.35</b>	<b>0.2%</b>	- <b>290.67</b>	<b>-0.7%</b>	<b>169.85</b>	<b>0.4%</b>
	Part activité	233.03	0.7%	70.78	0.2%	- 195.09	-0.5%	220.15	0.6%
	Médicaments et DMI	90.52	3.1%	- 11.45	-0.4%	- 147.57	-4.1%	- 106.46	-2.7%
	forfaits annuels	8.02	0.9%	24.02	2.7%	52.00	5.7%	56.16	6.0%
	<b>MIGAC (*)</b>	- <b>10.05</b>	<b>-0.2%</b>	- <b>69.99</b>	<b>-1.2%</b>	- <b>12.91</b>	<b>-0.2%</b>	- <b>5.40</b>	<b>-0.1%</b>

autres dépenses relatives aux établissements de santé		2005	% de l'écart dans l'objectif	2006	% de l'écart dans l'objectif	2007	% de l'écart dans l'objectif	2008	% de l'écart dans l'objectif
	<b>ODAM</b>	<b>105.29</b>	<b>0.7%</b>	- <b>14.30</b>	<b>-0.1%</b>	<b>17.95</b>	<b>0.1%</b>	- <b>4.85</b>	<b>0.0%</b>
	<b>OQN psy-ssr</b>	- <b>72.89</b>	<b>-4.2%</b>	- <b>61.57</b>	<b>-3.4%</b>	- <b>23.09</b>	<b>-1.2%</b>	<b>67.28</b>	<b>3.4%</b>

Tableau : Ecart entre réalisations et objectifs depuis 2005

	évolutions des réalisations			moyenne annuelle sur 3 ans
	2006/2005	2007/2006	2008/2007	
<b>total champ objectifs hors champ non régulé, hors FMESPP</b>	<b>2.3%</b>	<b>2.8%</b>	<b>4.0%</b>	<b>3.0%</b>

<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>	<b>2.3%</b>	<b>2.8%</b>	<b>4.1%</b>	<b>3.1%</b>
<b>ODMCO</b>	<b>0.8%</b>	<b>2.1%</b>	<b>3.8%</b>	<b>2.0%</b>
Part activité	0.3%	1.5%	3.1%	1.4%
Médicaments et DMI	5.4%	7.9%	11.6%	8.3%
forfaits annuels	5.2%	7.5%	2.9%	5.2%
<b>MIGAC (*)</b>	<b>15.1%</b>	<b>7.9%</b>	<b>5.7%</b>	<b>11.1%</b>

<b>autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	<b>2.3%</b>	<b>2.7%</b>	<b>3.8%</b>	<b>2.9%</b>
<b>ODAM</b>	<b>2.0%</b>	<b>2.1%</b>	<b>3.1%</b>	<b>2.4%</b>
<b>OQN psy-ssr</b>	<b>5.7%</b>	<b>7.6%</b>	<b>9.6%</b>	<b>7.6%</b>

L'évolution des réalisations montre une accélération des dépenses concernant l'activité MCO en 2008, puisque les réalisations ont évolué à la hausse de 3,8%. Cette accélération s'explique pour partie au changement du système de transition dans le secteur ex DG. En effet, entre 2005 et 2007, le système de transition s'est fait par le biais d'une fraction de tarifs et d'une dotation complémentaire (DAC). Quand bien même l'activité des établissements évoluait, les recettes ne suivaient pas totalement cette évolution puisqu'une partie d'entre elles étaient en dotation. Les médicaments et DMI connaissent également une croissance importante.

Sur les activités hors champ, il convient de noter que la croissance des recettes du secteur des cliniques privées est passée de +6% en 2006 à + 10% en 2008.

Les parts des différentes composantes calculées sur les réalisations sont similaires à celles obtenues sur les objectifs (cf. supra).

### Annexe 3 : Le positionnement respectif des 2 secteurs (ATIH)

L'analyse du positionnement des 2 secteurs peut être approchée en comparant la part de chaque secteur dans l'ensemble des séjours. En revanche, la comparaison de la part de chaque secteur dans l'ensemble du volume d'activité est délicate à interpréter du fait de l'application de tarifs différents entre les, 2 secteurs.

#### Evolution de l'activité par type de prise en charge

Globalement, le secteur public représenterait une part croissante de l'activité, à la fois en nombre de séjours et en volume d'activité.

En ce qui concerne les types de prise en charge, la part du secteur public augmente surtout en hospitalisation partielle ; cette évolution est plus forte en termes de nombre de séjours qu'en termes de volume d'activité (de 54,6% à 56,2% entre 2006 et 2008 en séjours, et de 62,3% à 62,5% en volume d'activité).

#### Part de chacun des secteurs selon le type de prise en charge

	Part de chaque secteur dans le nombre de séjours			Part de chaque secteur dans le volume d'activité		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)						
- secteur public	54.6%	56.3%	56.2%	62.3%	62.7%	62.5%
- secteur privé	45.4%	43.7%	43.8%	37.7%	37.3%	37.5%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)						
- secteur public	68.6%	69.0%	69.5%	83.3%	83.6%	83.8%
- secteur privé	31.4%	31.0%	30.5%	16.7%	16.4%	16.2%
Séances (CM 28)						
- secteur public	84.1%	84.8%	85.1%	84.9%	85.2%	85.7%
- secteur privé	15.9%	15.2%	14.9%	15.1%	14.8%	14.3%
<b>Total Hospitalisation</b>						
- secteur public	66.6%	67.9%	68.3%	80.2%	80.5%	80.7%
- secteur privé	33.4%	32.1%	31.7%	19.8%	19.5%	19.3%

#### Evolution de l'activité par activité de soins

Entre 2006 et 2008, le poids du secteur ex-DG, à la fois en termes de nombre de séjours et de volume d'activité a également augmenté pour toutes les activités de soins. L'augmentation de la part du secteur public est plus nette en termes de séjours et reste délicate à analyser en termes de volume d'activité.

*Part de chacun des secteurs selon l'activité de soins, hors séances – nombre de séjours*

	Part de chaque secteur dans le nombre de séjours			Part de chaque secteur dans le volume d'activité		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Chirurgie						
- secteur public	41.7%	42.9%	43.4%	67.7%	68.3%	68.7%
- secteur privé	58.3%	57.1%	56.6%	32.3%	31.7%	31.3%
Interventionnel						
- secteur public	30.7%	33.1%	33.8%	53.4%	54.5%	54.5%
- secteur privé	69.3%	66.9%	66.2%	46.6%	45.5%	45.5%
Médecine						
- secteur public	86.7%	87.6%	87.8%	94.3%	94.4%	94.4%
- secteur privé	13.3%	12.4%	12.2%	5.7%	5.6%	5.6%
Obstétrique Néonatalogie						
- secteur public	70.6%	72.0%	72.2%	81.4%	81.8%	82.0%
- secteur privé	29.4%	28.0%	27.8%	18.6%	18.2%	18.0%

### Evolution de l'activité par GHM

Une première approche par GHM a consisté à examiner les 10 GHM qui représentent le plus gros volume d'activité en 2008 dans le secteur privé, d'observer leur évolution entre 2007 et 2008, et de la comparer à l'évolution du volume d'activité pour chacun de ces mêmes GHM, dans le secteur public.

Il apparaît que le GHM qui représente la plus forte part du volume d'activité dans le secteur privé est celui des « Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours », (7,3% du volume d'activité du secteur en 2008).

Pour ce GHM on observe une hausse d'activité dans le secteur privé comme dans le secteur public. Parmi ces 10 premiers GHM, 8 connaissent le même type d'évolution dans les 2 secteurs. En revanche, pour 2 GHM, on observe une évolution opposée :

- le GHM des « Accouchements par voie basse sans complication significative » se caractérise par une évolution à la baisse dans le secteur privé concomitante à une hausse dans le secteur public ;
- le GHM des « Prothèses de hanche sans CMA » se caractérise par une évolution à la hausse dans le secteur privé concomitante à une baisse dans le secteur public.

Globalement, le secteur public représenterait une part croissante de l'activité, à la fois en nombre de séjours et en volume d'activité. Toutefois, sur le total hospitalisation et surtout sur l'hospitalisation partielle, la part du secteur public augmente plus fortement en termes de nombre de séjours qu'en termes de volume d'activité (de 54,6% à 56,2% entre 2006 et 2008 en séjours, et de 62,3% à 62,5% en volume d'activité).

Entre 2006 et 2008, le poids du secteur ex-DG, à la fois en termes de nombre de séjours et de volume d'activité a augmenté pour toutes les activités de soins. L'augmentation de la part du secteur public est plus nette en termes de séjours et reste délicate à analyser en termes de volume d'activité.

Liste des 10 GHM (4 GHM trop généraux ont été écartés) ayant une évolution à la baisse dans le secteur privé concomitante à une hausse dans le secteur public (séjours en milliers, volume d'activité en millions d'euros)

ghm_v10	Libellé	SECTEUR PRIVE				SECTEUR PUBLIC				
		Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Part dans le volume d'activité du secteur en 2008	Activité 2007/2008	Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Activité 2007/2008	Part des séjours réalisés dans le secteur public	
24C03Z	Chirurgie	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	412.791	453.991	7.3%	8.0%	104.791	171.424	24.4%	20.2%
24K28Z	Interventionnel	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	735.246	291.313	4.7%	3.3%	175.271	135.579	10.1%	19.2%
14Z02A	Obstétrique Néo	Accouchements par voie basse sans complication significative	164.468	249.867	4.0%	-1.1%	381.260	845.459	0.3%	69.9%
28Z07Z	Séances	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	723.596	233.580	3.7%	2.8%	1118.934	465.699	9.7%	60.7%
24K26Z	Interventionnel	Endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	308.411	155.966	2.5%	7.5%	72.361	65.292	14.9%	19.0%
08C24Z	Chirurgie	Prothèses de genou	46.001	147.803	2.4%	4.8%	20.760	116.165	6.2%	31.1%
08C23V	Chirurgie	Prothèses de hanche sans CMA	45.610	142.146	2.3%	2.3%	34.070	199.219	-1.4%	42.8%
24K15Z	Interventionnel	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie	234.850	99.107	1.6%	4.9%	57.388	59.249	11.1%	19.6%
05K06V	Interventionnel	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde sans CMA	41.076	88.641	1.4%	4.8%	33.886	109.456	5.1%	45.2%
23Z02Z	Médecine	Soins palliatifs, avec ou sans acte	20.657	87.253	1.4%	6.8%	75.385	646.893	4.6%	78.5%

Dans le secteur privé, 126 GHM concentrent 80% du volume d'activité en 2008. Pour chacun de ces GHM, l'évolution du nombre de séjours et du volume d'activité entre 2007 et 2008 a été comparée à celle du secteur public.

Cette comparaison révèle :

- une évolution à la hausse dans les deux secteurs pour 65 GHM ;
- une évolution à la baisse dans les deux secteurs pour 21 GHM ;
- une évolution à la baisse dans le secteur privé concomitante à une hausse dans le secteur public pour 22 GHM : essentiellement 3 GHM d'obstétrique néonatalogie ;
- une évolution à la hausse dans le secteur privé concomitante à une baisse dans le secteur public pour 13 GHM : surtout des GHM de chirurgie de la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ».

Enfin pour 5 GHM, l'évolution du nombre de séjours et du volume d'activité ont un signe différent au sein d'un secteur donné (résultat pouvant être lié à la variation des séjours extrêmes).

Liste des 18 GHM (4 GHM trop généraux ont été écartés) ayant une évolution à la baisse dans le secteur privé concomitante à une hausse dans le secteur public (séjours en milliers, volume d'activité en millions d'euros)

ghm_v10	Libellé	SECTEUR PRIVE				SECTEUR PUBLIC				
		Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Part dans le volume d'activité du secteur en 2008	Activité 2007/2008	Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Activité 2007/2008	Part des séjours réalisés dans le secteur public	
14Z02A	Obstétrique Néo	Accouchements par voie basse sans complication significative	164.468	249.867	4.0%	-1.1%	381.260	845.459	0.3%	69.9%
15Z05A	Obstétrique Néo	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif	166.575	82.168	1.3%	-2.2%	414.063	429.608	0.3%	71.3%
14C02A	Obstétrique Néo	Césariennes sans complication significative	42.912	80.572	1.3%	-0.4%	84.310	258.603	0.7%	66.3%
24C48Z	Chirurgie	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	130.066	55.260	0.9%	-9.8%	61.391	54.134	0.2%	32.1%
13C07V	Chirurgie	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	25.553	30.991	0.5%	-1.5%	22.034	59.626	1.3%	46.3%
09C05V	Chirurgie	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA	17.976	25.644	0.4%	-0.8%	23.076	70.853	0.9%	56.2%
06C09V	Chirurgie	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	24.980	23.760	0.4%	-2.9%	32.913	82.108	1.6%	56.9%
12C04W	Chirurgie	Prostatectomies transurétrales avec CMA	11.893	22.848	0.4%	-6.2%	5.853	25.003	4.8%	33.0%
13C04V	Chirurgie	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	18.263	22.484	0.4%	-3.7%	11.669	34.397	4.0%	39.0%
09C06Z	Chirurgie	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	18.666	21.179	0.3%	-1.3%	8.762	24.169	6.9%	31.9%
24C07Z	Chirurgie	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	33.095	16.152	0.3%	-1.8%	14.873	17.352	5.0%	31.0%
10C09Z	Chirurgie	Gastroplasties pour obésité	8.881	14.755	0.2%	-0.2%	3.366	15.533	5.5%	27.5%
07C04W	Chirurgie	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	6.711	14.455	0.2%	-3.4%	10.513	64.275	3.8%	61.0%
13C04W	Chirurgie	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	7.549	11.937	0.2%	-2.4%	4.573	17.819	2.7%	37.7%
13C03W	Chirurgie	Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6.040	11.801	0.2%	-6.0%	4.788	22.890	5.3%	44.2%
01C06W	Chirurgie	Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA	3.648	11.520	0.2%	-0.2%	3.293	18.448	4.7%	47.4%
03C09Z	Chirurgie	Rhinoplasties	12.994	11.080	0.2%	-3.3%	5.490	11.948	0.6%	29.7%
08C11W	Chirurgie	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	7.486	10.757	0.2%	-3.4%	10.397	39.391	4.3%	58.1%

Liste des 13 GHM ayant une évolution à la hausse dans le secteur privé concomitante à une baisse dans le secteur public

ghm_v10	Libellé	SECTEUR PRIVE				SECTEUR PUBLIC				
		Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Part dans le volume d'activité du secteur en 2008	Activité 2007/2008	Nombre de séjours 2008	Volume d'activité 2008	Activité 2007/2008	Part des séjours réalisés dans le secteur public	
08C23V	Chirurgie	Prothèses de hanche sans CMA	45.610	142.146	2.3%	2.3%	34.070	199.219	-1.4%	42.8%
08C10V	Chirurgie	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	38.625	57.895	0.9%	4.5%	15.408	53.914	-0.8%	28.5%
08C27V	Chirurgie	Autres interventions sur le rachis sans CMA	33.414	52.762	0.8%	0.9%	18.090	70.778	-1.9%	35.1%
08C11V	Chirurgie	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	36.751	44.622	0.7%	5.0%	28.953	70.488	-2.3%	44.1%
06C14V	Chirurgie	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	33.190	33.620	0.5%	7.4%	16.969	35.404	-1.3%	33.8%
06C11V	Chirurgie	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	23.406	32.178	0.5%	0.8%	17.037	55.652	-1.0%	42.1%
05C10V	Chirurgie	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	7.136	23.945	0.4%	0.8%	4.759	35.117	-1.7%	40.0%
02C02V	Chirurgie	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	14.305	20.119	0.3%	11.7%	10.835	34.830	-0.2%	43.1%
06M03W	Médecine	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	15.763	17.239	0.3%	0.4%	47.147	145.330	-0.5%	74.9%
11C02V	Chirurgie	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, sans CMA	3.997	13.625	0.2%	0.7%	3.928	30.560	-2.4%	49.6%
08C30V	Chirurgie	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes sans CMA	12.487	13.545	0.2%	2.7%	11.598	31.523	-0.6%	48.2%
05C04W	Chirurgie	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	1.190	12.493	0.2%	11.4%	2.450	33.303	-3.5%	67.3%
04C02V	Chirurgie	Interventions majeures sur le thorax sans CMA	3.704	11.813	0.2%	2.5%	6.080	38.845	-1.7%	62.1%

