



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-024P

Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

TOME 1 : RAPPORT

Établi par

Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé

- Mars 2012 -

Synthèse

- [1] Les tarifs constituent le mode dominant de rémunération des actes médicaux et des soins hospitaliers. A partir de 2005, la tarification à l'activité (T2A) a été mise en œuvre, se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public. En 2005 également, une nouvelle classification a été introduite pour décrire et tarifier les actes techniques des médecins : la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Depuis cette date, l'extension aux actes cliniques d'une telle démarche pour différencier les tarifs de ces actes est en débat.
- [2] Ces deux réformes partageaient des objectifs communs. Il s'agissait de mieux connaître l'activité de soins mais aussi de rendre la rémunération des acteurs du système de santé plus équitable. Une allocation des ressources fondée sur des critères les plus objectifs possible n'est pas seulement une question d'équité entre fournisseurs de soins. Elle doit aussi éviter que la réponse aux besoins sanitaires soit biaisée par des considérations relatives au caractère plus ou moins rentable de telle ou telle activité ou de tel ou tel patient. Dans le secteur hospitalier, la T2A devait permettre de tenir compte de l'évolution du niveau et de la structure d'activité des établissements, alors que la dotation globale pénalisait ceux dont l'activité était en forte croissance et offrait une rente à ceux dont elle était en déclin relatif. Concernant les praticiens libéraux, les écarts de revenus entre spécialités appelaient un rééquilibrage fondé sur une rémunération du travail et une couverture des coûts plus justes.
- [3] L'objet du présent rapport est de faire le point sur le fonctionnement de ces outils tarifaires en tant que vecteur d'allocation des ressources entre médecins d'une part et entre établissements de santé d'autre part. Ce rapport tente d'éclairer la question, suivante : les tarifs sont-ils construits de manière à assurer une répartition équitable des ressources allouées au système de santé ?
- [4] Dans ce cadre, le rapport ne traite pas du niveau de ces tarifs en tant que tel : celui-ci est déterminé par la contrainte financière telle que le vote par le Parlement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) l'exprime chaque année dans les lois de financement de la sécurité sociale. Il procède à l'analyse de la logique tarifaire sans se prononcer sur les mérites respectifs d'une part de la tarification à l'acte ou à l'activité et d'autre part de modes de rémunération alternatifs (dotation globale, forfaits, capitation, paiement à l'épisode, paiement à la performance).
- [5] **La tarification des séjours hospitaliers** s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes de malades (GHM) ; les coûts de ces GHM sont établis, par enquête sur un échantillon, la hiérarchie des tarifs doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation **neutre** des ressources entre activités.
- [6] Les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité (pour plus d'1 Md€ globalement, à la hausse comme à la baisse) et ces écarts ne se résorbent pas. Ils sont plus marqués, relativement, pour les cliniques privées que pour les établissements publics.
- [7] Ces écarts tiennent pour l'essentiel au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A, et le souci de ménager les ressources « historiques » des établissements. Cette contradiction est peu assumée, parfois justifiée par des considérations présentées comme relevant d'objectifs « de santé publique ». Depuis 2011, la stabilité des tarifs, semble d'ailleurs prioritaire par rapport à la prise en compte de l'évolution des coûts relatifs, même si celle-ci n'est pas totalement abandonnée.

- [8] Or les tarifs des GHM hospitaliers sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'ONDAM. Dès lors tout avantage tarifaire d'une activité a pour contrepartie la pénalisation d'une autre activité. Ces avantages/pénalisations relatifs sont particulièrement importants pour les cliniques privées. Les séances (chimiothérapie, dialyse) et l'opération de la cataracte, bénéficient ainsi d'avantages tarifaires importants. Dans le secteur public, la gynécologie est particulièrement pénalisée.
- [9] La neutralité tarifaire est parfois modulée pour produire des effets incitatifs (pénalisation des césariennes par rapport aux accouchements ; sur-tarifcation de la chirurgie ambulatoire et pénalisation de l'hospitalisation complète). Cette utilisation de l'outil tarifaire comporte des effets pervers (effets d'aubaine, pénalisation d'activités pertinentes). De plus les signaux tarifaires sont difficilement lisibles par les établissements. La convergence, ciblée sur certains GHM, vers les tarifs du secteur privé, est contradictoire avec la neutralité tarifaire dans le secteur public. En outre, les tarifs du secteur privé pris comme référence sont eux-mêmes biaisés tant pour la rémunération des cliniques que pour celle des actes médicaux.
- [10] Ces distorsions ne font pas l'objet de principes clairs affichés préalablement aux campagnes ni d'une documentation précise et publique de leurs effets.
- [11] **Concernant la tarification des actes techniques des praticiens libéraux**, la construction de la CCAM a reposé sur une hiérarchisation du travail médical à dire d'experts et sur une estimation des coûts de la pratique. Elle a mis en lumière des écarts importants entre les tarifs cibles, résultant de la nouvelle grille ainsi élaborée, et la rémunération antérieure des actes. Un processus de convergence progressive des tarifs historiques vers les tarifs cibles devait être mené, mais il a d'emblée échoué sur le refus des syndicats médicaux d'entériner des « pertes » sur les actes historiquement « surtarifés ».
- [12] Faute de marges de manœuvre financières permettant d'aligner tous les tarifs sur les plus favorables, le processus de convergence n'a permis qu'une revalorisation partielle des actes qui devaient bénéficier de la nouvelle tarification. Quelques baisses tarifaires ont pu intervenir, mais au total, les écarts à la cible de 2005 demeurent importants, plus importants que ceux constatés pour les établissements de santé.
- [13] Toutefois, la cible elle-même est devenue obsolète. Le blocage du processus de convergence financière s'est en effet accompagné du renoncement à maintenir régulièrement les données fondant la hiérarchisation des tarifs : ni l'évaluation du travail médical, ni l'estimation des coûts de la pratique n'ont été actualisées alors que des évolutions sont nécessairement intervenues d'une part et que des limites méthodologiques d'emblée identifiées appelaient des affinements continus d'autre part.
- [14] L'assurance maladie gère donc les évolutions tarifaires en se référant à la CCAM mais aussi au niveau des revenus par spécialité. La connaissance de ces revenus est toutefois elle-même imparfaite.
- [15] Un autre effet du remisage de la CCAM est le caractère peu fluide de l'introduction d'actes nouveaux. La qualité descriptive de la CCAM, qui est aujourd'hui son principal intérêt, en est altérée. Cette question provoque de vives tensions avec les sociétés savantes et les fédérations.

- [16] Malgré les vicissitudes de la CCAM technique, le projet d'étendre une telle classification fine pour **la tarification des actes cliniques** est repris dans la dernière convention médicale (projet de CCAM clinique). Le rapport constate que la tarification à l'acte en vigueur comporte des éléments de différenciation des actes cliniques même si, au global, elle reste relativement indifférenciée. Les effets pervers de cette indifférenciation restent toutefois limités. Un ajustement du tarif à l'effort des médecins apparaît bien plus délicat pour les actes cliniques qu'il ne l'est pour les actes techniques. Différencier les consultations expose à des risques significatifs : lourdeur du processus de codage et de documentation des actes, imprécision des définitions et risque de glissement inflationniste. Par ailleurs, cette différenciation présente un coût initial significatif alors même que les marges de manœuvre sont incontestablement limitées et qu'il convient d'arbitrer leur affectation entre les trois "piliers" de la rémunération (paiement à l'acte, paiement au forfait, paiement sur objectif de santé publique).
- [17] **La tarification des actes et consultations externes** réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. Rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous rémunérée. Dans l'enveloppe fermée des financements hospitaliers, cela est sans impact sur les ressources totales allouées aux hôpitaux, mais pénalise les établissements qui ont une importante activité externe par rapport aux autres.
- *
* *
- [18] Dans le domaine de la tarification hospitalière, le rapport recommande une affirmation plus forte et plus claire du principe de neutralité tarifaire. Les aménagements éventuels à ce principe doivent être justifiés, leurs modalités et impacts précis doivent être publics. Les processus de convergence transitoire doivent avoir une échéance claire. Des accompagnements financiers éventuels, en tout état de cause limités et justifiés, doivent de préférence être conçus hors des tarifs, par exemple à travers une contractualisation locale (ARS-établissement). Cela plaide aussi pour que les actes et consultations externes des établissements soient intégrés dans cette logique de neutralité des tarifs par rapport aux coûts.
- [19] Concernant la CCAM technique, le rapport recommande que la maintenance de la nomenclature (les libellés des actes) soit confiée à une instance autonome, distincte de la CNAM, pour garantir une meilleure prise en compte des innovations.
- [20] L'enjeu tarifant de cet outil pour les praticiens libéraux est quant à lui entre les mains des partenaires conventionnels. L'accord des représentants des spécialités médicales sur les méthodes d'une part, l'indépendance scientifique de l'instance à qui seraient confiés les travaux d'actualisation de l'évaluation du travail médical et des coûts de la pratique, d'autre part, constituent sans doute une condition nécessaire à une « relance » de la CCAM technique. Elle n'est pas suffisante : investir dans ce processus n'a de sens que si un engagement des syndicats médicaux et de l'assurance-maladie permet d'envisager une gestion des tarifs où la convergence vers des tarifs cibles s'effectue vers le haut mais aussi vers le bas et où la négociation conventionnelle aurait pour seul enjeu le niveau général de rémunération du travail médical.
- [21] En tout état de cause, l'amélioration de la connaissance des revenus des médecins libéraux devrait constituer une priorité d'investissement des services statistiques de l'Etat, afin de pouvoir cerner plus précisément ceux des médecins de secteur 1 ayant une activité standard.
- [22] Enfin, concernant la CCAM clinique, le rapport recommande de poursuivre dans la voie déjà empruntée par la convention et de définir, lorsque cela est évidemment nécessaire, des consultations spécifiques. Cette démarche permet de maîtriser les risques financiers et de reconnaître certaines situations où un effort particulier est exigé du médecin.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	11
PARTIE 1 : LA TARIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS	13
1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PRESENT RAPPORT	15
1.1. <i>La T2A depuis son introduction en 2004</i>	15
1.2. <i>La comparaison entre le niveau global des tarifs et le niveau global des coûts est délicate..</i>	16
1.3. <i>La T2A comme mode d'allocation des ressources entre producteurs de soins hospitaliers</i> 18	
2 DEUX PRINCIPES EN CONTRADICTION : NEUTRALITE TARIFAIRE ET MAINTIEN DES RESSOURCES HISTORIQUES DES ETABLISSEMENTS	19
2.1. <i>Les principes d'articulation entre échelle des coûts et échelle des tarifs (2009-2011)</i>	19
2.1.1. Jusqu'en 2010 : l'échelle de coûts comme point de départ et une suite de modulations pour arriver aux tarifs de campagne	19
2.1.2. À partir de 2011 : les tarifs de l'année précédente comme point de départ et des ajustements limités pour tenir compte de la hiérarchie des coûts.....	20
2.2. <i>Un conflit entre deux logiques</i>	20
2.2.1. La méthode n'est pas explicitée <i>a priori</i> ni documentée <i>a posteriori</i>	21
2.2.2. Un processus opaque qui ménage les « rentes » de certains acteurs au détriment des autres.	22
3 LES RESULTATS : DES ECARTS IMPORTANTS PAR RAPPORT A LA NEUTRALITE TARIFAIRE	23
3.1. <i>Les écarts à la neutralité tarifaire portent sur plus d'un milliard d'euros et ne diminuent pas</i>	23
3.2. <i>Même en raisonnant à des niveaux très agrégés, l'ampleur des distorsions n'est pas marginale</i>	24
3.3. <i>Les pénalisations relatives peuvent être lourdes pour certaines activités, comme les avantages relatifs importants pour d'autres</i>	24
3.3.1. Dans le secteur public, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) est particulièrement pénalisée	27
3.3.2. Dans le secteur privé, les séances et l'opération de la cataracte sont très avantageées	27
3.4. <i>Les distorsions tarifaires organisent-elles un partage d'activité entre secteurs public et privé ou pénalisent-elles systématiquement certaines activités ?</i>	28
3.5. <i>Les modulations visant à limiter les réallocations de ressources historiques dominant, même si la convergence public/privé s'accroît</i>	29
4 ANALYSE CRITIQUE DES DISTORSIONS	32
4.1. <i>Les modulations dites « de santé publique »</i>	32
4.1.1. Des considérations plus étroitement financières que sanitaires	32

4.1.2. Des effets parfois paradoxaux.....	33
4.1.3. Un outil inadapté à la régulation de la pertinence des actes.....	34
4.2. <i>Les modulations incitatives à la prise en charge ambulatoire</i>	34
4.3. <i>Le lissage des effets revenus</i>	37
4.4. <i>La convergence public/privé</i>	39
4.5. <i>Les limites de la neutralité tarifaire et les modalités de traitement possible</i>	41
4.5.1. Neutralité tarifaire et limites de l'échelle nationale des couts.....	42
4.5.2. Neutralité et évolution des prises en charge.....	43
5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	45
5.1. <i>L'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A</i>	45
5.2. <i>La mission préconise de poser la neutralité tarifaire comme principe central, les écarts à ce principe devant reposer sur éléments objectifs</i>	47
5.3. <i>L'objectivation des financements doit devenir une priorité plus large confiée à l'ATIH ...</i>	48
5.4. <i>La position d'expertise de l'ATIH doit être renforcée</i>	49
PARTIE 2 - LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES.....	51
1. OBJECTIFS, METHODOLOGIE, MISE EN PLACE INITIALE.....	53
1.1. <i>Objectifs</i>	53
1.2. <i>Méthodologie</i>	55
1.3. <i>Histoire de la mise en place initiale de la CCAM</i>	56
2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LES ÉVOLUTIONS TARIFAIRES.....	58
2.1. <i>Histoire des étapes de la "convergence" vers les tarifs cibles</i>	58
2.1.1. La première phase.....	58
2.1.2. La deuxième phase.....	59
2.1.3. Les mesures d'ajustement.....	60
2.2. <i>Les écarts persistants par rapport à la cible</i>	60
2.3. <i>Les raisons de la non convergence</i>	62
3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LA MAINTENANCE DE LA CLASSIFICATION ET DE LA HIERARCHISATION DES ACTES.....	62
3.1. <i>L'absence de maintenance du socle de la CCAM</i>	63
3.2. <i>Une procédure d'inscription des actes nouveaux contestée</i>	64
3.3. <i>Les raisons de la non maintenance</i>	65
4. LES REVENUS PAR SPECIALITE.....	66
5. LES SCENARIOS D'ÉVOLUTION.....	70
5.1. <i>Les scénarios</i>	70
5.1.1. Le prolongement de la tendance.....	71
5.1.2. Refondation de la CCAM.....	71
5.1.3. Refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée.....	73
5.2. <i>Mérites et limites de chacun des scénarios</i>	74
5.2.1. Un scénario 3 irréaliste.....	74
5.2.2. Mérites et limites des scénarios 1 et 2.....	75
6. LES RECOMMANDATIONS.....	77

PARTIE 3 - LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES	79
1. LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES AUJOURD’HUI.....	80
2. DUREE ET INTENSITE DES ACTIVITES CLINIQUES	82
2.1. <i>Pour les généralistes</i>	82
2.2. <i>Selon les spécialités</i>	83
3. LOGIQUE ET LIMITES DU MODE DE TARIFICATION ACTUEL.....	84
3.1. <i>Logique du mode de tarification actuel</i>	84
3.2. <i>Les limites du mode de tarification actuel</i>	86
3.2.1. <i>La rémunération des seules activités en face à face</i>	87
3.2.2. <i>La fragmentation des actes</i>	87
3.2.3. <i>Un obstacle à la délégation des actes</i>	88
3.2.4. <i>Un obstacle à "l'accompagnement" des patients</i>	89
3.2.5. <i>Une rémunération inéquitable</i>	90
4. LES MODALITES DE DIFFERENCIATION DE LA REMUNERATION DES ACTES CLINIQUES	92
4.1. <i>Une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique</i>	92
4.1.1. <i>Description du système américain</i>	92
4.1.2. <i>Les leçons du système américain</i>	93
4.2. <i>Une distinction entre trois niveaux de consultations</i>	95
4.2.1. <i>Description du dispositif québécois</i>	95
4.2.2. <i>Les questions posées par une différenciation en quelques niveaux</i>	96
4.3. <i>L'extension progressive de tarifications spécifiques</i>	98
5. RECOMMANDATIONS.....	99
5.1. <i>Les souhaits de médecins</i>	99
5.2. <i>Conclusion</i>	100
PARTIE 4 - LA TARIFICATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES A L'HOPITAL	101
1. LE PROBLEME.....	102
1.1. <i>Des tarifs qui n'ont aucune raison de correspondre aux coûts hospitaliers</i>	102
1.2. <i>Une activité sous financée</i>	103
2. LES ENJEUX	104
2.1. <i>L'enjeu global sur les ressources des établissements de santé</i>	104
2.2. <i>Les enjeux microéconomiques</i>	104
3. LES SCENARIOS	105
3.1. <i>La recherche d'un compromis entre logique hospitalière et libérale</i>	105
3.2. <i>Une rémunération des ACE indépendante des tarifs ambulatoires</i>	106
3.3. <i>Le scénario du statu quo</i>	106
4. RECOMMANDATIONS	107
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	109
LETTRE DE MISSION	111
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	113

SIGLES UTILISES 115

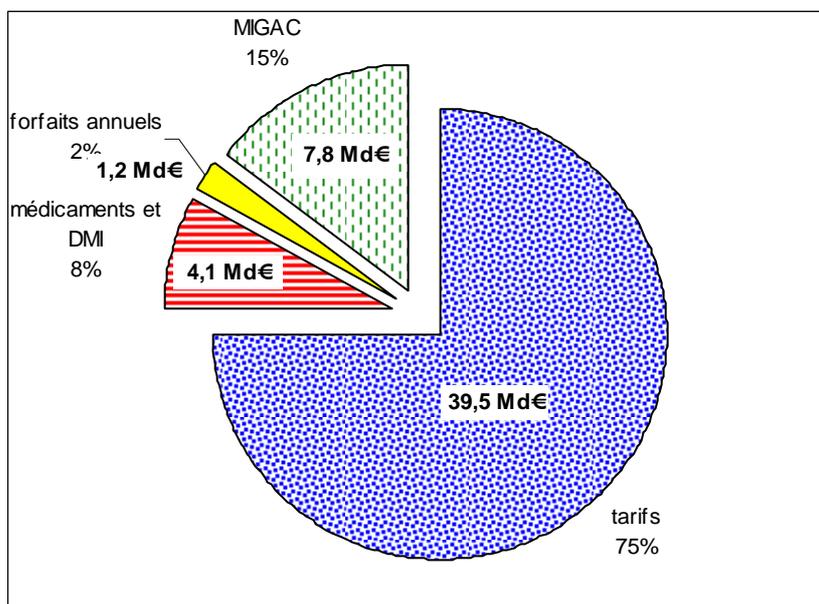
Introduction

- [1] Par lettre de mission du 12 septembre 2011, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat ont confié à l'IGAS et à l'IGF une mission sur les mécanismes de financement que constituent la T2A et la CCAM (cf. lettre de mission en fin de rapport).
- [2] Dans ce cadre, l'IGAS s'est concentrée sur une analyse de ces deux outils de tarification comme vecteurs d'allocation des ressources entre les établissements de santé d'une part, entre les médecins d'autre part.
- [3] Le rapport est scindé en quatre parties pouvant être lues de manière relativement indépendantes :
- la partie 1 traite de la tarification des séjours hospitaliers et concerne les ressources allouées, par le canal des tarifs, aux établissements de santé, publics et privés, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO, auquel s'applique la tarification à l'activité - T2A) ;
 - la partie 2 traite de la tarification des actes techniques à travers la classification commune des actes médicaux (CCAM), pour l'activité exercée par les médecins à titre libéral que ce soit en cabinet ou en établissement de santé ;
 - la partie 3 traite de la tarification des actes cliniques, dans le contexte du projet de CCAM clinique consistant à développer une nomenclature fine, sur le modèle de la CCAM technique, dédiée aux actes cliniques (consultations, visites) ;
 - la partie 4 traite de la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital, qui sont actuellement rémunérés sur la base des tarifs du secteur libéral.
- [4] Le rapport est présenté en deux tomes, le second présentant les annexes et pièces jointes. Certaines analyses détaillées ne sont présentées qu'en annexe, le corps du rapport n'en reprenant que des constats synthétiques à l'appui des arguments développés.
- [5] De nombreuses analyses chiffrées produites pour ce rapport n'ont été rendues possibles que par un travail préalable de l'ATIH de mise en forme des données et de documentation des traitements effectués. La mission tient à remercier l'ATIH pour ce travail et pour sa disponibilité malgré la charge représentée concomitamment à la préparation de la campagne tarifaire 2012.

Partie 1 : la tarification des séjours hospitaliers

- [6] Cette partie est consacrée à la tarification des séjours et des prises en charge en ambulatoire des établissements de santé en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).
- [7] Les ressources des établissements de santé proviennent de l'assurance maladie ainsi que de facturations aux patients, facturations qui peuvent être prises en charge par leurs assureurs complémentaires (ticket modérateur, forfait journalier ...). D'après les comptes nationaux de la santé, la sécurité sociale couvre 91% des dépenses de soins hospitaliers¹.
- [8] Le financement par l'assurance maladie des établissements de santé fait l'objet de deux sous-objectifs de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté annuellement par le Parlement. L'un concerne spécifiquement les établissements de santé tarifés à l'activité soit les établissements qui assurent des soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)². L'autre porte sur les établissements psychiatriques et de soins de suite et réadaptation (SSR) qui demeurent financés par dotation globale. La pièce jointe 1-b relative à la campagne 2010 présente l'arborescence de la construction de l'ONDAM concernant les établissements de santé.
- [9] Seules les dépenses du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité et, en leur sein, les dépenses relatives aux tarifs des soins hospitaliers font l'objet de la présente partie. Ces dépenses constituent aujourd'hui les $\frac{3}{4}$ des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé publics et privés dans le secteur MCO. En 2010, ils ont représenté 39,5 Md€, dont 31,3 Md€ pour le secteur public (79%) et 8,3 Md€ pour le secteur privé (21%). Elles englobent aussi la rémunération des actes et consultations externes qui ne sont pas traités ici, mais dans la partie 4.

Graphique 1 : Décomposition des dépenses de 2010 de l'assurance maladie - sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité



Source : ATIH / DGOS

¹ Par convention, les déficits des établissements sont considérés comme couverts par la sécurité sociale dans les comptes nationaux de la santé.

² Une grande partie de l'activité de soins (MCO) réalisée par les cliniques privées se traduit toutefois par une rémunération directe des praticiens, sous forme d'honoraires dont la part payée par l'assurance maladie figure dans un autre sous-objectif de l'ONDAM, celui relatif aux soins de ville dans lequel sont retracés tous les versements de l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. L'ONDAM est au total décomposé en 6 sous-objectifs votés par le Parlement : soins de ville / établissements de santé tarifés à l'activité / autres dépenses relatives aux établissements de santé / personnes âgées / personnes handicapées / autres prises en charge.

- [10] Les autres financements sont constitués des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation), du financement des médicaments et dispositifs médicaux implantables dont le coût n'est pas intégré aux tarifs³ et de forfaits rémunérant spécifiquement certains éléments de l'activité hospitalière (urgences ...).
- [11] Après avoir brièvement décrit l'évolution de la T2A depuis 2004 et l'enjeu que représente la neutralité tarifaire (1), nous décrirons la tension à l'œuvre entre ce principe de neutralité tarifaire et le souci de stabilité des ressources historiques des établissements (2), présenterons l'ampleur et les impacts des distorsions existantes par rapport à la neutralité tarifaire (3), discuterons de la pertinence de ces distorsions (4) avant de conclure par des recommandations (5).

1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PRESENT RAPPORT

1.1. *La T2A depuis son introduction en 2004*

- [12] Le mode de financement actuel résulte de l'introduction en 2004 de la tarification à l'activité (T2A), pour le financement des activités de MCO des établissements de santé.
- [13] Dans le secteur public⁴, la part « activité » de la T2A s'est substituée en partie (puisqu'elle ne concerne pas les MIGAC financées par dotation) et par étape (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% à partir de 2008 pour la part « activité » du MCO) au financement par dotation globale. Ce mode de financement comportait en effet des limites fortes auxquelles la T2A devait remédier : la dotation globale ne tenait pas compte, sauf à la marge, de l'évolution du niveau et de la structure de l'activité des établissements ; elle offrait ainsi une rente aux établissements dont l'activité était en déclin relatif et au contraire entravait le bon fonctionnement des établissements dont l'activité était fortement croissante.
- [14] La T2A s'est appliquée aux cliniques privées en 2005 : elle n'a pas représenté dans ce secteur une rupture aussi forte que dans le secteur public dans la mesure où le système de rémunération antérieur (forfaits liés aux activités) introduisait déjà un lien entre rémunération et activité. Elle constituait une amélioration par rapport au caractère fruste des forfaits fixés par négociation et déconnectés des réalités économiques du fonctionnement des cliniques.
- [15] Ce bouleversement du mode de financement des hôpitaux publics et des cliniques privés a été rendu possible, techniquement, par :
- le recours à une **nomenclature des prestations**, décrivant l'activité hospitalière par groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent⁵ des groupes homogènes de séjour (GHS). Ce sont ces GHS qui font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie sur la base des tarifs associés à chacun d'entre eux. Cette nomenclature des prestations hospitalières a été régulièrement actualisée. Sa version la plus récente (dite « V11 »), utilisée à partir de la campagne tarifaire 2009, a constitué un changement majeur, puisque le nombre de GHM/GHS a été à cette occasion multiplié par 3 (passage d'environ 800 GHS à environ 2 400 GHS) : l'apport de cette « V11 » a en effet été de distinguer différents niveaux de sévérité pour chaque GHM/GHS de manière à décrire plus finement l'activité et à ne pas pénaliser les établissements prenant en charge une proportion plus importante de cas lourds ;

³ La règle générale est celle de l'intégration du coût des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des patients dans le tarif des séjours, mais il y a des dérogations pour les médicaments et dispositifs coûteux dont l'utilisation est hétérogène selon les séjours d'un même GHS.

⁴ Dénomination large regroupant les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH, dénommés établissements de santé privés d'intérêt collectif –ESPIC– depuis la loi «Hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) de 2009)

⁵ En général à l'identique (1 GHM = 1 GHS) mais avec quelques exceptions : certains GHM peuvent donner lieu à plusieurs GHS pour tenir compte de techniques médicales très différentes par exemple.

• le recours à une **échelle de coûts** permettant de hiérarchiser les différentes prestations. Ce référentiel de coût est basé sur un échantillon d'établissements volontaires dont la qualité de la comptabilité analytique est soumise à une supervision étroite de la part de l'ATIH. Les données de l'année n servent de référentiel pour l'année n+2 ou n+3 compte tenu des délais de recueil et de traitement. Depuis 2008 (sur la base des données de 2006), ce référentiel est établi à partir d'une méthodologie commune pour les établissements publics⁶ et privés lucratifs à travers « l'Echelle Nationale de Coûts à méthodologie Commune » (ENCC). L'outil antérieur ne couvrait que l'hôpital public (les tarifs applicables aux cliniques étaient construits sur la base des forfaits en vigueur dans le système antérieur).

1.2. La comparaison entre le niveau global des tarifs et le niveau global des coûts est délicate

- [16] La T2A ne détermine pas directement le niveau des tarifs des GHS. Le niveau général des tarifs dépend des ressources affectées aux établissements de santé. Ce sont les arbitrages effectués dans le cadre de la fixation de l'ONDAM qui déterminent le niveau global de ces ressources.
- [17] Les taux d'évolution de l'ONDAM et de ses sous-objectifs résultent d'arbitrages politiques entre la contrainte globale pesant sur les finances publiques, le degré de pression budgétaire que les acteurs paraissent prêts à supporter, un souci de répartition équilibrée (facialement du moins) entre les différentes parties prenantes (offreurs de soins de ville, de soins hospitaliers, patients, industrie pharmaceutique...). L'ONDAM, à son tour, conditionne le niveau général des tarifs et son évolution.
- [18] **Le niveau global des ressources allouées aux établissements de santé par le canal des tarifs T2A est donc exogène à cet outil tarifaire.**
- [19] Les tarifs T2A sont de fait la variable d'ajustement finale. La démarche est, en simplifiant, la suivante. A partir de l'ONDAM, on isole les ressources destinées à certaines dépenses (MIGAC, DMI, forfaits...). Sur la base de l'enveloppe résiduelle l'hypothèse de progression des volumes détermine la marge disponible pour d'éventuelles évolutions tarifaires⁷. De fait, les établissements de santé font l'objet d'une régulation prix-volume : dans le cadre d'une enveloppe définie de manière exogène, les évolutions passées et projetées des volumes déterminent les tarifs.
- [20] Il n'y a donc pas de lien mécanique entre le rythme d'évolution globale des coûts et le rythme d'évolution globale des tarifs. Le présent rapport ne cherche donc pas à comparer les évolutions respectives des coûts et des tarifs, puisque le dispositif T2A n'est pas fondé sur l'idée que les tarifs doivent correspondre aux coûts.
- [21] Comme cette question du rapport global entre niveau des coûts et niveau des tarifs soulève de nombreuses interrogations, la mission a tenté d'illustrer ce que les données de l'ATIH permettent d'en dire. **Une telle analyse ne peut toutefois être effectuée directement à partir des données de coûts complets publiées sur le site de l'ATIH**, puisque les tarifs ne couvrent qu'une partie de ces coûts complets, le reste étant financé par d'autres canaux.

⁶ Par publics, il faut entendre les établissements publics stricto sensu et les établissements privés à but non lucratif rémunérés antérieurement par dotations globale (ex DG).

⁷ Concrètement, le niveau de progression de l'ONDAM global dont se déduit l'ONDAM hospitalier a été arbitré en 2009 pour les trois années suivantes à respectivement 3%, 2,9% et 2,8%. Cet arbitrage n'a pas été remis en cause à la suite de la hausse de volumes constatée à l'hôpital depuis lors, les tarifs sont de fait la variable d'ajustement.

- [22] La mission a demandé à l'ATIH de retraiter ces coûts complets pour les ramener sur un périmètre le plus comparable possible à celui des tarifs, en retirant les charges non financées *via* le tarif des GHS⁸. L'ATIH signale toutefois que des écarts de périmètres restent irréductibles : les coûts intègrent un certain nombre de charges (coûts des chambres particulières par exemple) que les tarifs n'intègrent pas et les tarifs intègrent notamment la rémunération d'une partie de la structure que les coûts au champ tarifaire n'intègrent pas. Ces différences de périmètres n'ont pu être neutralisées. Enfin, les données de coûts retracent le niveau atteint en 2009, tandis que les tarifs sont ceux pratiqués en 2011.
- [23] Les données fournies par l'ATIH, qui présentent donc toutes ces limites, permettent les constats suivants :
- dans le secteur public (ex-DG), le montant total des coûts moyens des GHS, ajusté au périmètre tarifaire de la campagne 2011, est inférieur de 21% au montant total des coûts complets moyens qui figurent sur le site de l'ATIH. Cet écart s'explique intégralement par l'opération technique que constitue le passage du périmètre des coûts complets au périmètre des tarifs. Après prise en compte de cette opération, le montant total des tarifs de la campagne 2011 se situe à un niveau identique au montant total des coûts 2009 ajustés (sous réserve des limites susmentionnées) au périmètre tarifaire ;
 - dans le secteur privé (ex-OQN), le montant total des coûts moyens des GHS, ajusté au périmètre tarifaire de la campagne 2011, est inférieur de 42% au montant total des coûts complets moyens qui figurent sur le site de l'ATIH. Cet écart s'explique intégralement par l'opération technique que constitue le passage du périmètre des coûts complets au périmètre des tarifs. Il est beaucoup plus important que dans le secteur public, essentiellement parce qu'il couvre les honoraires des praticiens libéraux intervenant dans les cliniques⁹. Après prise en compte de cette opération, le montant total des tarifs de la campagne 2011 se situe 5,2% au dessus du niveau du montant total des coûts moyens 2009 ajustés (sous réserve des limites susmentionnées) au périmètre tarifaire.
- [24] Au total, l'essentiel des écarts faciaux entre les tarifs de campagne et les données de coûts complets par GHS publiés sur le site de l'ATIH s'expliquent par des questions de périmètre, purement techniques. Il est difficile d'affiner le constat :
- la différence d'écart résiduel, observée entre les deux secteurs, peut être liée aux écarts de périmètres entre coûts et tarifs qui n'ont pu être neutralisés dans cette analyse. Le poids de ces écarts de périmètre étant différent d'un secteur à l'autre, l'impact n'est donc pas identique ;
 - on ne dispose pas ici d'estimation des coûts de l'année de la campagne (2011 en l'occurrence). Si on ignore la précédente limite, cela permet simplement de dire, concernant le secteur public, que pour stabiliser la marge globale sur les tarifs, il faut que les gains de productivité entre 2009 et 2011 compensent l'évolution sur la même période les facteurs d'inflation des coûts.
- [25] La mission n'est donc pas en mesure d'établir un lien entre le niveau des tarifs et la situation financière des établissements de santé. L'objet de la suite du rapport est en revanche d'insister sur le fait que certains déficits ou excédents d'établissements peuvent être liés aux distorsions tarifaires, au sein de l'enveloppe financière globale.

⁸ cf. pièce jointe 1-a pour les précisions méthodologiques. Pour valoriser les coûts moyens et les tarifs de chaque GHS, on utilise les volumes de l'année 2010 (la dernière pour laquelle ils sont connus de façon définitive). Au final, on compare les données de coûts ramenées sur un périmètre le plus proche possible de celui des tarifs, après prise en compte du transferts de dépenses au titre de la précarité et de la permanence des soins vers les MIG, avec les données tarifaires proprement dites.

⁹ Dans le secteur public, le personnel médical est salarié et son coût entre donc dans la composition des coûts des GHS. Dans le secteur privé, le personnel médical est rémunéré à part, par les honoraires qui n'entrent pas dans la composition des coûts des GHS.

1.3. La T2A comme mode d'allocation des ressources entre producteurs de soins hospitaliers

- [26] La fonction première de la T2A est donc, non de déterminer le niveau global des ressources allouées aux établissements de santé, mais d'offrir une clé de répartition de ces ressources. Cette clé de répartition est fondée sur l'idée que les tarifs doivent reproduire la hiérarchie des prises en charge en termes de coût moyen de production. Cette cohérence entre la hiérarchie des coûts moyens et la hiérarchie des tarifs garantit la neutralité tarifaire.
- [27] **Ce principe de neutralité de la grille tarifaire** par rapport à la hiérarchie des coûts moyens mérite d'être respecté pour plusieurs raisons :
- pour assurer l'absence de biais sanitaire. La tarification ne devrait pas conduire à privilégier telle ou telle prestation (en y associant une « rente ») ou à pénaliser telle ou telle autre (qui ne pourrait être produite qu'à perte). Faute d'une telle neutralité, des biais de prise en charge peuvent apparaître, avec des impacts sanitaires négatifs.
 - pour fonder la légitimité de la T2A et du mode de financement des établissements de santé. Pour l'affectation des ressources aux établissements, la mise en place de la T2A a consisté à substituer une règle explicite aux négociations et aux rapports de force complexes, qui dans le cadre du budget global, présidaient aux décisions sur les budgets hospitaliers. Le respect de la règle, la transparence de son application sont essentielles pour asseoir la légitimité de ce mode de financement. Il est clair que cette légitimité n'est pas acquise aujourd'hui puisqu'il est commun d'entendre qu'il y aurait des « malades rentable » et des « malades non rentables ». L'enjeu de la neutralité tarifaire est d'éviter, autant que faire se peut, que de telles affirmations, choquantes au plan de l'éthique, puissent être proférées...
 - pour permettre à chacun des établissements de santé une identification claire de son efficacité relative selon les activités. Cette identification doit inciter chaque établissement à ajuster ses coûts prioritairement là où les tarifs les couvrent le moins bien ou à cesser les activités pour lesquels il n'est pas efficace. La qualité du signal microéconomique envoyé par la tarification est donc nécessaire aux progrès d'efficacité. La mission ne surestime par la lisibilité des signaux tarifaires et la capacité des établissements à en tirer rapidement des conclusions sur leur organisation, surtout dans le contexte d'instabilité qui a prévalu depuis le lancement de la T2A. Néanmoins, on peut penser qu'un cadre clair, basé sur des principes simples et constants, permettrait aux établissements de s'approprier progressivement ces signaux à l'avenir ;
 - pour éviter de mettre en difficulté financière un établissement, - voire conduire à sa disparition, hypothèse improbable dans le public mais plausible dans le privé -, alors qu'il est de fait efficace. Car même si les signaux tarifaires ne sont pas bien lus par les établissements, ils s'imposent à eux. Si certains GHS sont sous tarifés par rapport à d'autres, les établissements qui réalisent préférentiellement ces GHS sont fragilisés. Dans le cadre d'une enveloppe fermée, avantager tel ou tel GHS conduit nécessairement à en pénaliser d'autres : créer ou maintenir une rente pour tel ou tel établissement, c'est prendre le risque d'en fragiliser un autre.
- [28] **La mise en œuvre de ce principe de neutralité tarifaire suppose que l'on dispose d'une échelle de coûts fiable.** C'est l'objet de l'étude nationale de coûts menée annuellement par l'ATIH auprès d'un échantillon d'établissements de santé publics et privés. Pour les analyses présentées dans le cadre de ce rapport, il est fait l'hypothèse que l'échelle de coûts qu'en dégage l'ATIH constitue un outil opérationnel et accepté par les différentes parties prenantes. Elle n'est pas, pour autant, parfaite. Ces limites appellent deux types de réponses (cf. *infra* partie 4.5.) : d'une part, un processus continu d'amélioration méthodologique de cet outil, ou de la classification des séjours associée ; d'autre part, sur certains aspects documentés, elles peuvent conduire à des mesures financières ciblées. En tout état de cause, les limites de l'échelle de coûts ne peuvent servir de prétexte à des distorsions tarifaires arbitraires.

- [29] Depuis la mise en place de la T2A, le principe de neutralité tarifaire a été entamé par certaines distorsions volontaires de tarifs, soit au nom de priorités de santé publique (cancer par exemple) ou d'objectifs d'organisation des soins (développement de la chirurgie ambulatoire), soit dans le cadre de la politique de convergence tarifaire ciblée entre l'hôpital public et les cliniques privées, soit pour d'autres raisons encore.
- [30] **L'objet de cette partie du présent rapport, consacrée à la T2A, est d'analyser l'ampleur et l'impact de ces distorsions tarifaires et de porter un regard critique sur leur justification : la façon dont les tarifs sont construits répond-elle à l'objectif d'une répartition équitable des ressources allouées par ce canal aux établissements de santé ?**
- [31] La T2A est ainsi abordée dans ce rapport pour ce qu'elle est : un outil d'allocation des ressources entre établissements. La mission ne se prononce pas donc pas sur le niveau des ressources affectées aux établissements de santé. Il faudrait dans cette hypothèse discuter du montant de l'ONDAM et de la manière dont il est déterminé. Tel n'est pas l'objet de ce rapport. Pour autant, il est clair que les problèmes d'allocation sont d'autant plus aigus que la contrainte globale sur les ressources est forte.

2 DEUX PRINCIPES EN CONTRADICTION : NEUTRALITE TARIFAIRE ET MAINTIEN DES RESSOURCES HISTORIQUES DES ETABLISSEMENTS

2.1. *Les principes d'articulation entre échelle des coûts et échelle des tarifs (2009-2011)*

2.1.1. **Jusqu'en 2010 : l'échelle de coûts comme point de départ et une suite de modulations pour arriver aux tarifs de campagne**

- [32] En 2009 et en 2010, le point de départ du processus d'élaboration des tarifs était la hiérarchie des coûts issue de l'ENCc. Néanmoins, cette référence initiale faisait ensuite l'objet de plusieurs séries de modulations qui conduisaient la grille tarifaire à s'en écarter (cf. pièce jointe 1-b):
- une première série de modulations visait des prestations correspondant à certaines priorités de santé publique (soins palliatifs, cancer, pathologies lourdes, accidents vasculaires cérébraux-AVC). Il s'agissait pour l'essentiel de garantir le maintien des revenus issus des activités correspondantes, par rapport à l'année précédente (cf. annexe 1B). Il s'agissait aussi de favoriser l'évolution des modes de prise en charge : désincitation aux césariennes, incitation à la chirurgie ambulatoire ;
 - une deuxième série de modulations visait à éviter des évolutions brutales de tarifs d'une année sur l'autre. Elle concernait particulièrement les cliniques privées : la campagne 2009 était la première pour laquelle l'administration disposait de données de coûts sur ce secteur. L'étude nationale de coûts a été étendue pour la première fois en 2006 à des cliniques privées. Les données correspondantes, disponibles courant 2008, étaient donc utilisables pour la campagne 2009. Les appliquer telles quelles pour en déduire une grille tarifaire aurait entraîné de fortes évolutions par rapport aux tarifs historiques. Il a donc été décidé de limiter l'ampleur de ce choc. Ce lissage des évolutions tarifaires annuelles a également été appliqué au secteur public ;
 - une troisième série de modulations visait à organiser la convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé. En 2010, ces modulations ont été ciblées sur seulement 35 GHS.

2.1.2. A partir de 2011 : les tarifs de l'année précédente comme point de départ et des ajustements limités pour tenir compte de la hiérarchie des coûts

[33] En 2011, le processus a été inversé : ce n'est plus la hiérarchie des coûts qui a servi de point de départ à l'élaboration des tarifs, mais les tarifs de l'année précédente (2010 en l'occurrence). Outre les éventuelles modifications techniques de périmètre (entre tarifs et liste en sus, entre tarifs et MIG, évolution de la classification¹⁰), diverses modifications tarifaires ont été pratiquées¹¹ :

- des ajustements, dont la principale justification a été le souci de réduire les écarts jugés trop importants entre les tarifs pratiqués et des tarifs neutres, respectueux de la hiérarchie des coûts. Le point de départ antérieur de la construction tarifaire demeure donc un outil : l'ATIH a en effet produit une étude visant à caractériser les écarts entre les tarifs 2010 et des tarifs neutres. Les résultats de cette étude ont servi à effectuer des ajustements, soit sur la base d'une expertise propre à l'ATIH, soit en réponse à des demandes des fédérations, soit pour affiner les modulations existantes sur les différents thèmes de santé publique (chirurgie ambulatoire, cancer, soins palliatifs) ou en pratiquer de nouvelles (dialyse...)¹² ;

- dans le secteur public, une nouvelle vague de convergence vers les tarifs du secteur privé. Contrairement à 2010 où un nombre limité de GHS avaient été sélectionnés sur des critères médicaux (homogénéité des prises en charge entre le secteur public et le secteur privé), il a été décidé pour 2011 d'étendre fortement le champ de la convergence en choisissant les GHS sur des critères plus statistiques. Au total 190 GHM (193 GHS dont 8 avaient déjà convergé partiellement en 2010) ont été concernés¹³. L'ampleur de la convergence a été moins forte qu'en 2010. En 2011, les taux de convergence appliqués ont été compris entre 10% et 35% alors qu'en 2010, 21 des 35 GHS concernés avaient fait l'objet d'une convergence intégrale (100%).

[34] La dernière étape d'évolution par rapport aux tarifs de 2010 a consisté à appliquer un taux d'évolution aux tarifs de tous les GHS afin que les dépenses totales, sur la base des hypothèses de croissance des volumes, correspondent au montant découlant de l'ONDAM 2011. Ce taux a été de -0,23% pour les GHS du secteur public et de -0,07% pour les GHS du secteur privé.

[35] Le changement de démarche entre 2010 et 2011 témoigne de la primauté accordée à la stabilité tarifaire par rapport au respect de la neutralité tarifaire. Il se traduit notamment par la disparition des tarifs dit « repères », publiés jusqu'en 2010 sur le site de l'ATIH et qui étaient censés indiquer une cible à moyen terme¹⁴.

2.2. Un conflit entre deux logiques

[36] Deux logiques s'affrontent donc dans la détermination des tarifs. D'un côté, la lourde machinerie mise en place pour collecter des données de coûts et bâtir une échelle de coûts laisse penser que la T2A repose sur une rémunération des différentes prestations tenant compte de leur réalité économique. De l'autre côté, les modulations mises en œuvre en 2009/2010 puis l'affichage d'un principe dominant de stabilité des tarifs historiques en 2011 suggèrent au contraire une politique de reconduction dans une certaine mesure des enveloppes financières historiques.

¹⁰ Passage de la V11b à la V11c

¹¹ Cf. note de l'ATIH en pièce jointe 1-d

¹² Cf. note de l'ATIH en pièce jointe 1-e

¹³ Portant à 220 GHS le nombre total de GHS ayant fait l'objet de la convergence en 2010 et en 2011.

¹⁴ Ces tarifs "repères" s'écartaient certes déjà quelque peu de la neutralité tarifaire ; il s'agissait des tarifs après modulations de santé publique, mais avant modulations de lissage des effets revenus et de convergence public/privé.

- [37] Plus de cinq ans après sa mise en œuvre, **la logique de la T2A n'est pas totalement assumée**. En l'absence de neutralité tarifaire en effet, les signaux économiques risquent d'être faussés : la rentabilité plus ou moins grande des activités peut simplement provenir de tarifs fixés sans rapport avec les coûts relatifs et non de la plus ou moins grande efficacité des services ou des établissements ; les déficits constatés au niveau des établissements peuvent être majorés ou minorés par ces distorsions tarifaires ; la signification économique de ces déficits en est relativisée, au risque d'induire des décisions de régulation erronées.
- [38] La contradiction entre ces deux logiques n'est pas davantage assumée dans le discours public. L'accélération du passage vers une T2A à 100% et de la convergence tarifaire intrasectorielle laisse entendre que l'on veut traiter les établissements sur un pied d'égalité au plan économique. Les distorsions par rapport à la neutralité tarifaire sont présentées soit comme des modulations « de santé publique » (mais les justifications économiques et sanitaires de ces modulations ne sont pas documentées), soit pudiquement comme des « contraintes de campagne ».
- [39] Cette contradiction empêche les pouvoirs publics à expliciter de façon transparente et cohérente les fondements de leurs décisions tarifaires.

2.2.1. La méthode n'est pas explicitée *a priori* ni documentée *a posteriori*

- [40] L'ATIH publie des données de coûts complets par GHS et des tarifs de campagne. En revanche, les éléments qui permettent de comprendre le passage entre ces deux données ne sont pas publiés.
- [41] Dans les grandes lignes, tel qu'il est décrit plus haut, le processus est présenté aux fédérations à l'occasion de manifestations réunissant les acteurs du monde hospitalier. En revanche, les modalités précises de modulations par rapport à une grille tarifaire neutre ne font l'objet d'une description fine ni de la méthode, ni des résultats :
- les facteurs objectifs justifiant les modulations retenues par rapport à la neutralité tarifaire¹⁵ ;
 - les modalités précises de modulation, et pour chaque modalité, les GHS concernés ; pour chaque GHS et globalement, l'ampleur en pourcentage de l'écart induit par rapport à un tarif neutre ainsi que l'impact financier prévisionnel ;
 - les contreparties des modulations effectuées. Ce point est essentiel, puisque l'on se situe dans une enveloppe financière fermée, tout avantage a une contrepartie. Elle n'est pas rendue apparente aujourd'hui.
- [42] Ces éléments ne sont pas non plus précisément documentés en interne à la DGOS ou à l'ATIH. L'ensemble des données et des notes explicatives de l'ATIH sur lesquelles la mission a travaillé pour simplement décrire les écarts entre tarifs réels et tarifs neutres sont issues de reconstitutions *ex-post* par l'ATIH, effectuées soit spécifiquement à la demande de la mission, soit dans le cadre de la préparation de la campagne suivante.

¹⁵ Les principes généraux guidant ses modulations figurent toutefois dans des documents succincts publiés sur le site de l'ATIH, en particulier à propos de la campagne 2009 (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000031FF>). L'objectif du maintien des recettes historiques, ou du moins la modération de leur évolution, y apparaît.

2.2.2. Un processus opaque qui ménage les « rentes » de certains acteurs au détriment des autres.

- [43] Cette absence de documentation précise et systématique des décisions de modulations tarifaires ne signifie pas que le processus soit totalement informel. La DGOS produit des notes de proposition, chiffrées avec différentes options pour l'arbitrage ministériel est attendu. Une version actualisée de ces notes en intégrant les arbitrages finalement rendus pourrait constituer un premier degré de documentation des décisions de campagne, mais un tel document apparemment n'existe pas.
- [44] L'attention du cabinet est attirée non sur la neutralité tarifaire, mais sur les redistributions induites par les évolutions tarifaires. Comme si les établissements de santé attendaient une reconduction de leur enveloppe financière. Comme si la prise en compte de l'évolution de leurs volumes d'activité conduisait à s'écarter déjà suffisamment du système de la dotation globale, dans le secteur public, pour qu'on n'aille pas, de surcroît, tenir compte de l'évolution des coûts relatifs pour ajuster les tarifs en conséquence. Et comme si, pour les cliniques privées, une prise en compte des coûts relatifs, qui se traduirait par des baisses de certains tarifs, mais aussi par des hausses pour d'autres, n'était pas affichable, même en organisant un processus de transition (qui n'est évoqué qu'en filigrane par exemple à propos de l'opération de la cataracte où il est pourtant appliqué). Au total, on craint plus la réaction des perdants même s'ils bénéficient d'une rente relative que l'on ne valorise l'appui apporté aux gagnants potentiels.
- [45] Les positions des fédérations ne semblent pas étrangères à cette attention portée aux redistributions financières d'une année sur l'autre. La fédération UNICANCER représentant les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ne peut qu'être favorable à la pérennisation de distorsions tarifaires bénéficiant globalement aux activités liées au cancer. La FHP s'oppose clairement à tout ajustement à la baisse des tarifs sur les coûts relatifs (et par conséquent, aux ajustements à la hausse mécaniquement induits en contrepartie sur d'autres GHS aujourd'hui pénalisés), en considérant qu'il conviendrait d'abord de relever globalement tous les tarifs pour les faire converger vers ceux du secteur public, jugés plus élevés. La FHF présente une position ambiguë : elle a indiqué à la mission être favorable à la neutralité tarifaire mais n'en fait pas une priorité, par rapport à l'accroissement de la part de modes de financement alternatifs. La FEHAP est la fédération la plus franchement favorable à la neutralité tarifaire : elle considère que les distorsions actuelles reflètent plutôt une politique de « masse tarifaire dédiée » sans fondement sanitaire, visant simplement à ménager l'économie de certains établissements.
- [46] Hormis UNICANCER, dont les établissements sont actuellement bénéficiaires de manière univoque des distorsions tarifaires en faveur du cancer, les autres fédérations regroupent aussi bien des perdants potentiels que des gagnants potentiels à davantage de neutralité tarifaire. Pour que la FHF et la FHP affichent une position plus expressément favorable à la neutralité tarifaire, il faudrait que le poids politique en leur sein des gagnants potentiels l'emporte sur celui des perdants potentiels. Encore faudrait-il également que les distorsions soient transparentes : il peut être difficile de contester des modulations présentées comme des leviers de santé publique sans information sur les justifications détaillées de ces mesures.
- [47] Enfin, le débat sur la neutralité tarifaire est largement occulté par d'autres considérations : la convergence public/privé ou plus largement les soupçons de différences de traitement entre public et privé cristallisent les prises de position de la FHF et de la FHP, les changements de périmètre entre MIG et tarifs sont perçus comme arbitraires, le changement de nomenclature (V11) a entraîné des effets de seuils, les marges d'évolution financière sont de plus en plus contraintes et les tarifs peuvent baisser pour compenser partiellement des hausses de volume... Tous ces éléments alimentent un discours négatif des acteurs sur l'instabilité tarifaire.
- [48] Cette ambiguïté ou hostilité des fédérations à l'égard de la neutralité tarifaire et cette critique de l'instabilité tarifaire expliquent probablement que les pouvoirs publics se préoccupent plus de stabilité que de neutralité tarifaire.

- [49] Par ailleurs, les fédérations sont très mal informées sur les choix tarifaires dont on n'a déjà dit qu'ils n'étaient pas explicités et documentés. Elles sont entendues dans le cadre de réunions de préparation de la campagne, où ce sujet est abordé parmi d'autres. Elles peuvent y faire valoir certaines demandes d'ajustement tarifaire. Les grands principes de construction de la campagne leur sont présentés à cette occasion. Une fois les tarifs arrêtés, d'autres réunions ont lieu pour leur présenter la campagne. Entre ces deux moments, le processus est une « boîte noire » pour les fédérations.
- [50] Au total, l'absence de publication *ex-ante* des principes précis de modulation tarifaire comme l'absence de description publique précise des impacts attendus des décisions prises laisse de la marge à de nombreux ajustements itératifs et opaques.
- [51] Les libertés prises avec la neutralité tarifaire sont-elles justifiées par le fait que les données de coûts relatifs produites par l'ENCc ne seraient pas assez fiables ? Seule UNICANCER a mis en avant des arguments en ce sens : le délai de 3 ans entre données de coûts et campagne tarifaire ne permet pas de prendre correctement en compte les innovations ; l'échantillon utilisé ne comprendrait pas d'établissements utilisant des équipements lourds de radiothérapie, sous-estimant ainsi les coûts d'amortissement ; la lourdeur de certains séjours serait sous-estimée. Pour les autres fédérations, l'outil est considéré comme valable, même s'il est perfectible. Pour la mission, la neutralité tarifaire suppose non des modulations arbitraires, mais que les limites identifiées, notamment le problème posé par le délai entre collecte des données de coût et application de la tarification, soient traitées rigoureusement (cf. infra 4.1.5.).
- [52] Finalement, l'intérêt économique des gagnants potentiels à la neutralité tarifaire n'est pas affirmé fortement, ni par les fédérations, ni par les pouvoirs publics. Comme c'est le cas pour la CCAM, les résistances à la réduction des « rentes » des perdants potentiels sont prises en comptes prioritairement dans le processus de décision.

3 LES RESULTATS : DES ECARTS IMPORTANTS PAR RAPPORT A LA NEUTRALITE TARIFAIRE

- [53] La mission a cherché à mesurer l'ampleur des écarts à la neutralité tarifaire, sur la base des dernières données connues, et également à décomposer ces écarts selon les différents facteurs de distorsions identifiables. Les analyses correspondantes sont présentées en détail dans l'annexe 1A¹⁶. Les développements qui suivent mettent en exergue les principaux constats.

3.1. Les écarts à la neutralité tarifaire portent sur plus d'un milliard d'euros et ne diminuent pas

- [54] Dans le secteur public, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2011 sur un montant un peu inférieur à 1 Md€, à la baisse comme à la hausse¹⁷. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 7,7% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 6,8% des GHS pénalisés.

¹⁶ L'annexe 1A décrit en détail les écarts à la neutralité tarifaire en 2011, avec différents niveaux de détail (par grande catégorie d'activité, par catégorie majeure de diagnostic, par groupe d'activité, par racine de GHM). Elle présente également pour l'année 2010 la décomposition de ces écarts selon les différentes « modulations » opérées par rapport à une grille tarifaire neutre, puis les ajustements opérés en 2011 par rapport aux tarifs 2010.

¹⁷ En 2011, ces écarts sont en effet traités dans les calculs ATIH comme des opérations à somme nulle ; voir partie 4 de l'annexe 1A pour les précisions méthodologiques.

- [55] Dans le secteur privé, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2011 sur un montant de l'ordre de 0,4Md€ à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 12,9% pour les GHS bénéficiaires, tandis que la sous-tarification relative moyenne était de 10,3% pour les GHS pénalisés. Ces écarts sur les tarifs vont au-delà de ce qui constitue la rentabilité moyenne sur le secteur qui en 2008 se situe à 1,6% de leur chiffre d'affaires dans le secteur MCO.¹⁸
- [56] L'ampleur des écarts à la neutralité tarifaire est donc plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public. Même si elles ne permettent pas une comparaison parfaite entre 2010 et 2011¹⁹, les données suggèrent que l'écart à la neutralité tarifaire s'est aggravé dans le secteur public entre 2010 et 2011 et qu'il est globalement resté stable dans le secteur privé. L'accentuation des distorsions tarifaires dans le secteur public s'explique largement par la poursuite de la convergence tarifaire public/privé en 2011. Au total, la convergence porte au bout de deux années sur un peu moins de 400 M€ de ressources des établissements publics.

3.2. Même en raisonnant à des niveaux très agrégés, l'ampleur des distorsions n'est pas marginale

- [57] Dans le secteur public, la catégorie « médecine » est la principale bénéficiaire des écarts par rapport à la neutralité tarifaire (125M€ pour un avantage tarifaire relatif de 1%), au détriment de la chirurgie, de l'obstétrique enfant et de l'interventionnel. L'obstétrique-enfant est pénalisées de plus de 5% et celle de l'interventionnel de près de 3%, la chirurgie pour moins de 1% (mais cela représente le montant de pénalisation le plus élevé : 50 M€).
- [58] Dans le secteur privé, les constats sont très différents : la médecine est la principale perdante tandis que les séances et l'interventionnel sont favorisés. L'ampleur des écarts est beaucoup plus marquée que dans le secteur public : la pénalisation tarifaire relative de la médecine est proche de 14%, celle de l'obstétrique-mère de plus de 6% tandis que l'avantage tarifaire relatif des séances dépasse 25% et celui de l'interventionnel 5%.

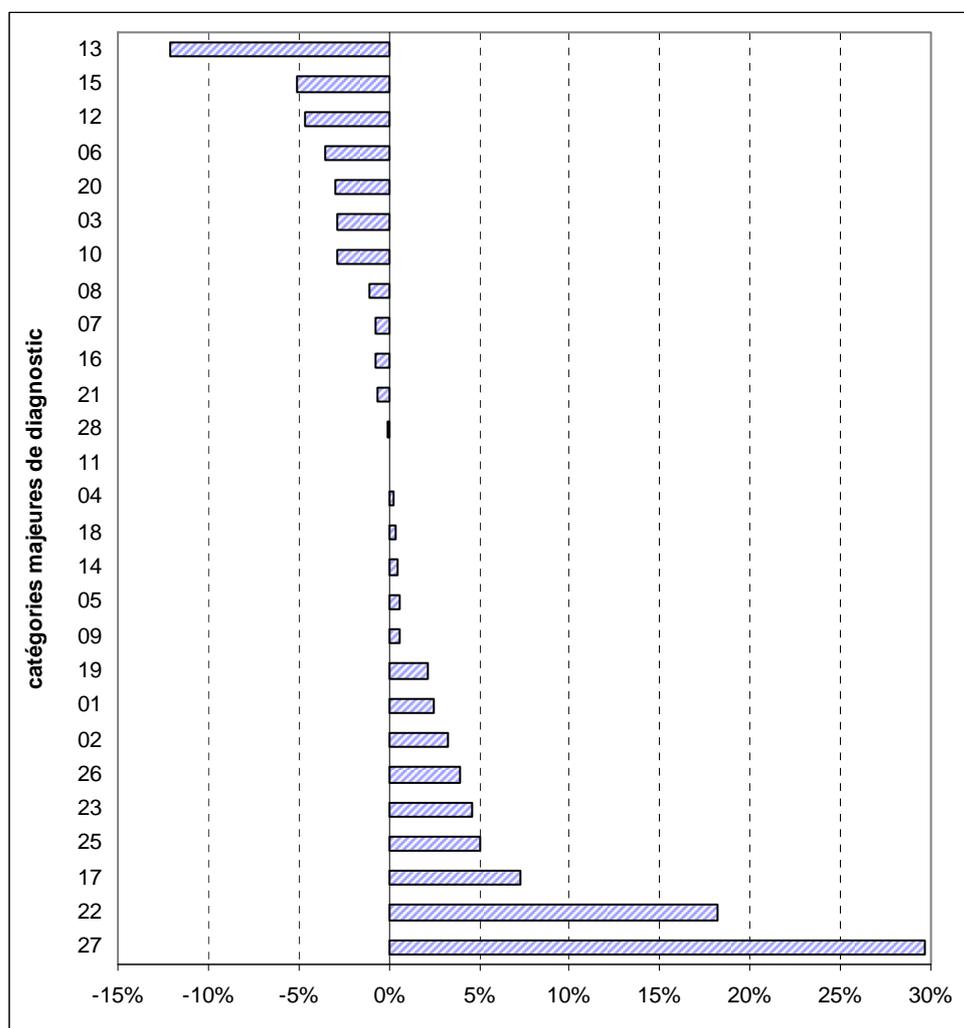
3.3. Les pénalisations relatives peuvent être lourdes pour certaines activités, comme les avantages relatifs importants pour d'autres

- [59] Les catégories majeures de diagnostic (CMD) constituent une décomposition un peu plus fine de l'activité (il y a 27 CMD). Bien que ce niveau reste très agrégé, il fait apparaître certaines distorsions importantes.
- [60] Dans le secteur public, 22 CMD sur 27 subissent globalement des écarts à la neutralité tarifaires inférieurs à +/- 5% mais quelques CMD concentrent des écarts plus marqués.

¹⁸ DREES, Etudes et résultats n°740 (septembre 2010)

¹⁹ En 2010 dans le secteur public, ils portaient sur un montant de 0,6 Md€ à la hausse et 0,8 Md€ à la baisse. Selon la méthode retenue dans les chiffres effectués pour cette année-là, l'écart entre les deux montants s'explique par l'impact de la convergence public/privé. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 6,6% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 4,9% des GHS pénalisés. Dans le secteur privé, ils portaient en 2010 déjà sur un montant de l'ordre de 0,4Md€ à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 18,8% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 10,3% des GHS pénalisés.

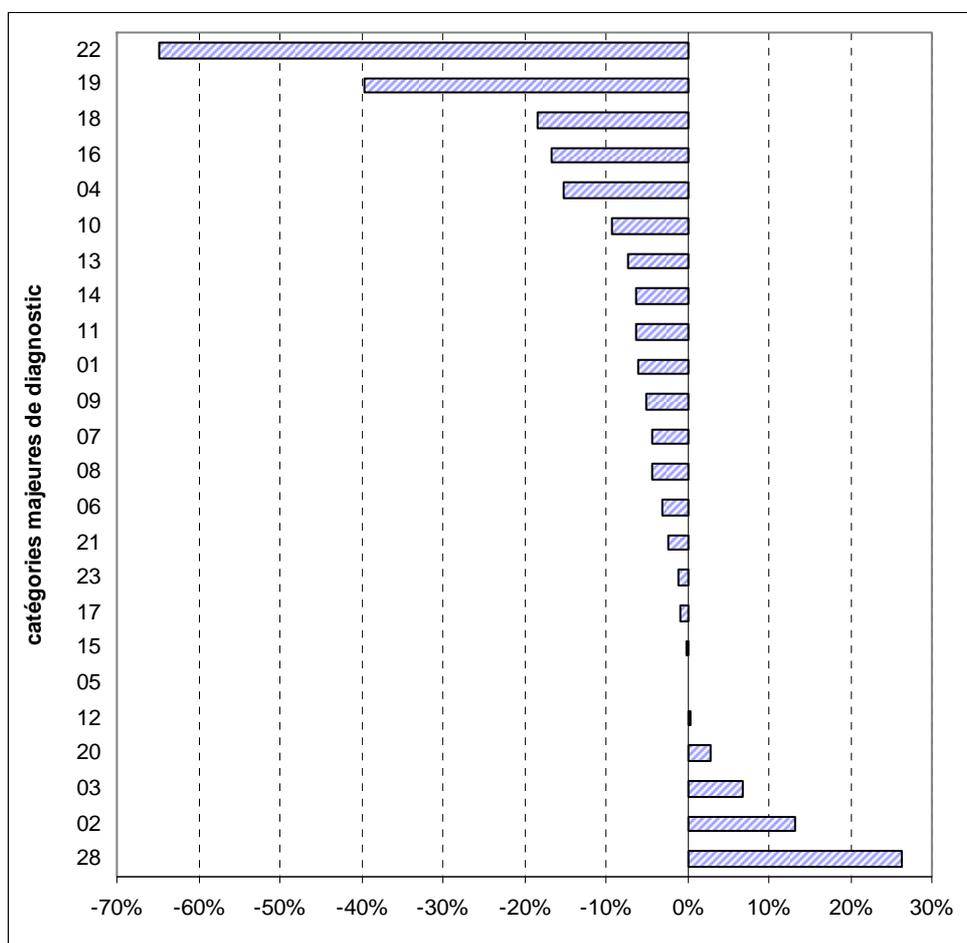
Graphique 2 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur public, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) subit globalement une « sous-tarification » relative de 12% et la CMD 27 (transplantations d'organes) bénéficie d'une « sur-tarification » relative de près de 30%.

[61] Dans le secteur privé, les distorsions sont plus prononcées que dans le secteur public. On peut placer la plupart des CMD dans un couloir d'écarts à la neutralité tarifaires inférieurs à +/- 10%, mais l'activité des cliniques privées étant plus concentrée que celle des établissements publics, même des écarts faibles peuvent s'appliquer à des volumes importants et se traduire par des montants de transferts financiers significatifs. Ces distorsions sont d'autant plus pénalisantes que les cliniques sont plus spécialisées que les hôpitaux publics qui, eux, peuvent plus facilement combiner des activités pénalisées et des activités avantageuses.

Graphique 3 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur privé, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, la CMD 28 (séances) bénéficie globalement d'une sur-tarification relative de 26%

- [62] Les graphiques qui précèdent présentent les pourcentages d'écarts à la neutralité tarifaire, par CMD. Toutefois, des écarts de faible ampleur, en pourcentage, peuvent se traduire par des montants significatifs, lorsqu'ils s'appliquent à des activités très fréquentes et à des volumes importants et, à l'inverse, des pourcentages d'écarts importants peuvent n'avoir qu'un impact financier limité sur certaines activités de moindre volume²⁰. Le lecteur est invité à se reporter à l'annexe 1A pour disposer d'une vision plus complète.

²⁰ Ainsi, la forte pénalisation de la CMD 22 (brûlures) ne se traduit pas par des écarts très importants en montants, car cette activité est très rare dans les cliniques privées. A l'inverse, la CMD 08 (*affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*), pour laquelle les distorsions sont d'ampleur limitée en proportion des dépenses, enregistre les plus gros montants de sous-financement relatif, du fait de l'importance de cette activité dans les cliniques privées.

3.3.1. Dans le secteur public, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) est particulièrement pénalisée

- [63] Dans le secteur public, la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*) est particulièrement pénalisée (-12% par rapport à la neutralité tarifaire, pour un montant de sous-financement relatif de près de 70 M€), alors qu'aucune autre CMD prise globalement ne subit de pénalisation supérieure à 5%. Plusieurs activités de cette CMD subissent en effet des pénalisations tarifaires importantes (cf. le tableau 2 de l'annexe 1A). La principale activité pénalisée est relative aux hystérectomies (-20,4% pour 20,3 M€ en 2011), mais certaines activités subissent des pénalisations encore plus marquées dans leur ampleur (au-delà de -30%) et on trouve étrangement dans cette liste notamment les *prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire* (-18,5% pour 8M€, alors qu'il s'agit d'une activité qu'il conviendrait plutôt de développer²¹).
- [64] En montant, la CMD 06 (*affections du tube digestif*) subit un sous-financement relatif encore plus important (près de 90 M€ en 2011, résultant d'une pénalisation relative de 3,6%). La CMD 15 fait partie des plus pénalisées (-5% pour plus de 40 M€ en 2011) et les modulations affectant une seule activité l'expliquent largement (« *nouveau-nés de 2500g et plus, sans problème significatif* », -7,7% pour près de 50 M€).
- [65] Certaines CMD prises globalement n'apparaissent pas très affectées par les modulations tarifaires, mais cela peut résulter de mouvements contraires en leur sein. Ainsi, la pénalisation marquée des césariennes (-15,6% pour près de 80 M€) est compensée par l'avantage tarifaire des accouchements par voie basse sans complication significative (+8% pour plus de 80 M€) au sein de la CMD 14.
- [66] Parmi les activités avantagées dominent les transplantations d'organes (CMD 27, presque +30% pour 65M€). L'avantage tarifaire accordé aux soins palliatifs (+21,4% pour près de 100 M€) explique la position tarifaire favorable de la CMD 23 dans son ensemble. La CMD 17 (*affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus*) ressort également à la fois par le montant (près de 50 M€) et l'ampleur (+7,3%) de l'avantage tarifaire relatif dont elle bénéficie.

3.3.2. Dans le secteur privé, les séances et l'opération de la cataracte sont très avantagées

- [67] Dans le secteur privé, trois activités concentrent des montants de surfinancement relatif supérieurs à 50 M€ chacun : les séances de dialyse²², les séances de chimiothérapie et la cataracte. La CMD 28 (*séances*) et la CMD 02 (*affection de l'œil*) dominent donc nettement du côté des bénéficiaires. L'avantage tarifaire relatif accordé aux séances de chimiothérapie est supérieur à 50% par rapport à une tarification neutre et il est de près de 15% pour la cataracte. Un mouvement de réduction de ce surfinancement relatif de l'opération de la cataracte a été effectué en 2011 (il avait été engagé dès 2009), mais l'avantage tarifaire relatif dont bénéficie cette activité demeure néanmoins important.
- [68] Autant les avantages tarifaires relatifs sont concentrés, autant les contreparties négatives apparaissent sensibles sur un plus vaste éventail d'activités : ainsi des pénalisations relatives de plus de 15% sont relativement fréquentes. Au total, les pénalisations affectent particulièrement la CMD 08 (*affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif*), la CMD 06 (*affections du tube digestif*), la CMD 04 (*affections de l'appareil respiratoire*) et la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*).

²¹ Cf. Dr. P. Aballea, A. Burstin, J. Guedj, Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France, rapport IGAS RM 2011-024P, février 2011:

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//114000113/0000.pdf>

²² La dialyse en centre sur le secteur ex-OQN a été introduite en 2011 dans l'étude effectuée par l'ATIH, bien qu'elle ne soit pas financée par un GHS. Pour les besoins de l'étude les forfaits ont été traduits en code GHS.

- [69] La pénalisation tarifaire relative des césariennes est plus marquée que dans le secteur public (-22% contre -16% respectivement) et, à la différence du secteur public, elle n'est pas compensée par un avantage tarifaire notable des accouchements par voie basse sans complication significative. La CMD 14 en sort donc relativement pénalisée dans le secteur privé.

3.4. Les distorsions tarifaires organisent-elles un partage d'activité entre secteurs public et privé ou pénalisent-elles systématiquement certaines activités ?

- [70] L'exemple ci-dessus alimente le soupçon, parfois entendu par la mission, que certaines modulations tarifaires, indépendamment même de la convergence tarifaire public/privé, auraient pour but de favoriser un secteur par rapport à l'autre, sur certaines activités. L'encadré ci-dessous illustre des évolutions brutales et discordantes des signaux tarifaires entre secteur public et privé. Il montre également qu'elles résultent dans l'exemple présenté, d'évolutions divergentes des coûts entre les deux secteurs, que les distorsions tarifaires préexistantes en 2010 et la stabilisation sur cette base des tarifs de 2011 amplifient mécaniquement, sans que ces effets soient nécessairement prévus ni voulus.

Césariennes, accouchements et nouveaux nés

La mission s'est interrogée sur l'évolution concomitante des écarts à la neutralité tarifaire constatés sur 3 activités d'obstétrique (retracées par les racines des GHS correspondants, regroupant les différents niveaux de sévérité):

- le binôme « césariennes / accouchement par voie basse »
- les « nouveaux nés de 2500g et plus »

En effet, les césariennes subissent une modulation négative «de santé publique» dont, en principe, la mesure miroir est une modulations positive « de santé publique » en faveur des accouchements par voie basse sans complication.

En 2010, cela se traduisait dans le secteur public par des écarts à la neutralité tarifaire de respectivement -83 M€ / + 63 M€ et dans le secteur privé de respectivement **-21 M€ / + 18 M€** Mais par ailleurs, dans le secteur public, ces deux activités étaient également concernés par la convergence public/privé pour respectivement -16 M€ / + 29 M€, l'accouchement étant la seule activité à bénéficier d'une convergence « vers le haut ». Ainsi, au total dans le secteur public, les écarts à la neutralité tarifaire était respectivement de **-100M€ / +92 M€** en 2010 pour césariennes/accouchements par voie basse.

Par ailleurs, les nouveaux nés de 2500g et plus subissaient en 2010 dans le secteur public une modulation de convergence -68 M€ qui s'ajoute à des modulations négatives de santé publique et de lissage pour 17 M€ soit au total une pénalisation tarifaire relative de **-85 M€** Dans le secteur privé, ce GHM ne subissait qu'une légère modulation négative de « santé publique » (-1,5M€).

Rappelons que ces éléments relatifs à 2010 reposent sur des données de coûts de 2006 (ou parfois 2007). Les éléments qui suivent, relatifs à 2011, intègrent des données plus récentes, jusqu'en 2009, qui n'étaient pas encore disponibles au moment de la fixation des tarifs 2011 (les données les plus récentes alors disponibles portaient sur les coûts de 2008 dans le secteur public et de 2007 dans le secteur privé).

En 2011, les données fournies par l'ATIH à la mission donnent pour le binôme césariennes /accouchements par voie basse des écarts à la neutralité tarifaire de **-78M€ / +83 M€** dans le secteur public et de **-27 M€ / +3M€** dans le secteur privé. Ainsi, entre 2010 et 2011, la combinaison des écarts tarifaires des deux GHM est passée de légèrement négative à légèrement positive dans le secteur public, tandis qu'elle est passée de légèrement négative à très négative dans le secteur privé. D'après l'ATIH, ceci s'explique par des évolutions divergentes des coûts relatifs qui servent de référence à ces calculs : dans le secteur public, les coûts relatifs des césariennes ont baissé (diminuant la pénalisation tarifaire) et les coûts relatifs des accouchements ont augmenté (réduisant l'avantage tarifaire), tandis que dans le secteur privé, les coûts relatifs des césariennes ont augmenté (aggravant la pénalisation tarifaire) et les coûts relatifs des accouchements ont également sensiblement augmenté (ce qui explique la forte réduction constatée de l'avantage tarifaire).

La pénalisation du GHM relatif aux nouveaux nés a par ailleurs été réduite dans le secteur public, à **-50 M€** Elle est demeurée faible dans le secteur privé (**-0,2 M€**). Dans les deux secteurs, les coûts relatifs ont baissé d'après l'ATIH, ce qui explique la diminution de la pénalisation tarifaire.

Si l'on considère ces trois activités ensemble, entre 2010 et 2011, la pénalisation tarifaire relative a sensiblement diminué dans le secteur public (de -93 M€ à -45 M€), tandis qu'elle a fortement augmenté dans le secteur privé (de -4,5 M€ à -24 M€). Comme il n'y a pas eu de nouvelles modulations sur ces activités en 2011, l'ATIH explique ces constats par le fait que les hausses de coûts relatifs entre les deux périodes de référence l'ont emporté dans le secteur privé, tandis qu'au contraire, les baisses de coûts relatifs ont joué favorablement dans le secteur public.

Une refonte de la classification de ces activités est en cours.

- [71] Dans cet exemple de l'obstétrique, malgré les évolutions contradictoires du signal tarifaire entre secteurs public et privé, ce signal est resté globalement celui d'une pénalisation dans les deux secteurs. Les distorsions notables en sens contraire selon le secteur, public ou privé constituent en effet un phénomène rare en 2011 (cf. annexe 1C).
- [72] Le fait même de s'écarter de la neutralité tarifaire peut introduire des incitations variables entre les secteurs : si certaines activités étaient historiquement avantagées ou pénalisées dans un secteur et pas dans l'autre, ces distorsions peuvent en effet cristalliser ou accentuer des phénomènes de spécialisation. Mais au total, ce phénomène apparaît donc plutôt comme un effet secondaire de l'absence de neutralité tarifaire que comme une de ses causes²³. Rien n'indique que les distorsions tarifaires sont le vecteur d'une politique volontariste de spécialisation par secteur.
- [73] La mission s'est plutôt inquiétée de la situation où certaines activités seraient pénalisées à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. En effet, si des activités sont relativement sous-financées dans les deux secteurs, le risque à terme est celui d'un désengagement des opérateurs et de la création d'une pénurie de réponse à un véritable besoin sanitaire. Certaines activités subissent des distorsions notables de sens identique dans les deux secteurs, notamment les CMD 06 et CMD 13²⁴.

3.5. Les modulations visant à limiter les réallocations de ressources historiques dominant, même si la convergence public/privé s'accroît

- [74] Quelle est la part des différentes modulations (pour raisons de santé publique, par souci de lissage des revenus d'une année sur l'autre, pour assurer la convergence public/privé) dans les distorsions constatées ?²⁵
- [75] Le secteur public est concerné par ces trois types de modulations, le secteur privé uniquement par les deux premières. Le tableau suivant présente l'importance de chacune de ces modulations en 2010 :

²³ Cf. Annexe 1C

²⁴ Cf. annexe 1C

²⁵ Une telle analyse peut être menée sur les tarifs de l'année 2010, puisque la construction tarifaire de cette année là reposait justement encore sur des modulations opérées à partir de la neutralité tarifaire. Il est ensuite possible de regarder les ajustements effectués en 2011 par rapport aux tarifs 2010. L'observation de ces deux étapes successives, même si elles ne suivent pas la même logique, devrait permettre de mieux comprendre les déterminants des distorsions constatées en 2011

Tableau 1 : Impact des différents types de modulations en 2010

	secteur public		secteur privé	
	à la hausse	à la baisse	à la hausse	à la baisse
modulations "santé publique"				
nombre de GHS concernés	160	1927	120	1950
impact en valeur (M€)	375,0	-390,8	145,9	-146,0
taux moyen de modulation	10,4%	-1,9%	14,1%	-2,8%
modulations "lissage"				
nombre de GHS concernés	703	1227	369	1260
impact en valeur (M€)	268,0	-259,6	292	-300
taux moyen de modulation	4,1%	-1,8%	15,4%	-7,7%
modulations de convergence				
nombre de GHS concernés	1	34		
impact en valeur (M€)	28,5	-225,4		
taux moyen de modulation	3,4%	-9,8%		

Source : Données ATIH, calculs IGAS. **Lecture** : En 2010, les modulations positives au titre des motifs de santé publique (y compris incitation à la chirurgie ambulatoire) ont représenté une majoration tarifaire globale de 145,9 M€ dans le secteur privé. Les modulations négatives, comprenant les contreparties générales pesant sur les GHS non concernés par les objectifs de santé publique, ont représenté un montant équivalent²⁶. Attention, les montants des différentes modulations ne peuvent s'additionner entre eux car certains GHS peuvent subir plusieurs modulations, de sens différents.

- [76] La distinction entre les modulations de lissage des revenus et les modulations de santé publique n'a pas grand sens, puisque l'essentiel des modulations dites de « santé publique » a pour objet le maintien de ressources historiques pour les activités concernées (cf. annexe 1B et *infra* 4.1.1.). A travers la combinaison des modulations de santé publique et de lissage des revenus, la préservation des tarifs historiques demeure donc le principal facteur d'écart à la neutralité tarifaire dans le secteur public. C'est encore plus vrai dans le secteur privé qui n'est pas affecté par la convergence public/privé.
- [77] Les modulations de lissage des revenus portent sur des montants plus importants dans le secteur privé que dans le secteur public, sur une base pourtant bien plus étroite. C'est pourquoi les taux moyens de modulation à ce titre sont bien plus élevés dans le secteur privé.
- [78] A elle seule, l'opération de la cataracte mobilisait dans le secteur privé 115 M€ en 2010 au titre des modulations de « lissage des revenus », au détriment, en particulier d'activités telles que les *infections respiratoires*, les *signes et symptômes*, les *cardiopathies*, *valvulopathies*, la *chirurgie digestive majeure*... Cet avantage n'est résorbé que progressivement et en 2011, l'activité « *cataractes* » présente encore un surfinancement relatif de l'ordre de 55 M€
- [79] Dans le secteur public, la politique de lissage des revenus bénéficiait en 2010 principalement à quatre CMD²⁷. Les contreparties négatives de la préservation de ces avantages tarifaires historiques se concentraient sur la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*) et sur la CMD 06 (*affections du tube digestif*). La pénalisation particulièrement marquée de la CMD 13 est en effet principalement imputable à la politique de lissage des revenus, qui semble donc entériner une sous-tarifification relative historique des activités de cette CMD (même si la convergence et les modulations de santé publique s'ajoutent pour accentuer encore la pénalisation tarifaire relative d'activités de cette CMD).

²⁶ Hormis la convergence, les autres modulations sont en principe à somme nulle. Les écarts qui apparaissent ici tiennent au fait que le case mix (la structure d'activité des établissements) utilisé par l'ATIH pour reconstituer *ex-post* ces calculs relatifs à la construction de la campagne 2010 n'est pas exactement identique à celui qu'elle avait utilisé alors.

²⁷ CMD 04 « *affections de l'appareil respiratoire* », CMD 02 « *affections de l'œil* », CMD 17 « *affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » et CMD 05 « *affections de l'appareil circulatoire* »

- [80] Les principales modulations de santé publique étaient conçues pour maintenir les ressources historiques²⁸ des établissements, sur certaines activités :
- dans le secteur public, en 2010, elles expliquaient à elles seules l'avantage des CMD les plus favorisées, la CMD 23 (grâce aux *soins palliatifs*) et la CMD 27 (*transplantations d'organes*) ;
 - dans les deux secteurs, les *séances* étaient également très favorisées à ce titre. L'effet était peu visible dans le secteur public en 2010 car il était contrecarré par les modulations négatives de lissage des effets-revenus et de convergence public/privé²⁹ ;
 - dans le secteur privé, un « dommage collatéral » étonnant de cette politique était la sous-tarification relative des soins palliatifs (garantir les ressources historiques peut aussi conduire à les maintenir trop basses, même quand il s'agit de priorités affichées de santé publique...). Cette situation a largement été corrigée en 2011 par un « ajustement de campagne » : les soins palliatifs n'apparaissent plus dans la liste des principales activités pénalisées, mais ils ne sont pas non plus favorisés dans les cliniques, contrairement à la politique menée dans le secteur public.
- [81] La convergence tarifaire ne représentait que le troisième facteur de distorsion dans le secteur public en 2010, mais de nouveaux ajustements de convergence sont survenus en 2011. L'importance de la convergence s'est donc certainement accentuée en 2011 parmi les facteurs d'écart à la neutralité tarifaire dans ce secteur. Cela dit, comme les ajustements de 2011 se sont opérés à partir des tarifs de 2010 et non à partir d'une grille tarifaire neutre, on ne peut savoir dans quelle mesure la convergence n'a fait qu'accompagner une baisse des coûts et dans quelle mesure elle est allée au-delà.
- [82] L'effet de la convergence public/privé s'est parfois ajouté aux autres facteurs de pénalisation tarifaire. Ainsi, la *chirurgie digestive majeure* était pénalisée en 2010 par les modulations de santé publique et de lissage des revenus et c'est la première activité affectée par la convergence en 2011. Le même phénomène peut également être illustré sur la *chirurgie du membre supérieur (hors prothèse)* ou sur la *chirurgie de la jambe*. Toutefois, sur cette dernière activité, une partie de l'impact de la convergence de 2011 a été compensée par un « ajustement de campagne » favorable en 2011³⁰.
- [83] Ainsi, la convergence renforce parfois la pénalisation tarifaire déjà existante. Dans d'autres cas, son effet est au contraire atténué par des ajustements en sens inverse.

²⁸ Quand ça n'est pas le cas, les effets se compensent au sein d'une même CMD (CMD 14 incluant *césariennes*, pénalisées, et *accouchements par voie basse sans complication*, favorisés) ou bien les effets induits sont minoritaires. Par exemple, la promotion de la chirurgie ambulatoire a pesé en 2010 particulièrement sur les CMD 06 et 08, à travers la baisse des tarifs des séjours de niveau 1 (que ne compense pas intégralement la hausse des tarifs ambulatoires), mais cela restait faible par rapport à l'impact global des modulations de santé publique affectant ces CMD (respectivement -3,3 M€ sur -26,7 M€ et -4,8 M€ sur -39,5 M€).

²⁹ Ainsi, dans le secteur public, les *séances de chimiothérapie* bénéficiaient en 2010 d'une modulation favorable de santé publique en grande partie compensée par l'impact de la convergence public/privé. En 2011, cette incohérence a été un peu corrigée, en faveur de la convergence, par un ajustement tarifaire à la baisse, mais les coûts des séances ont dû également baisser fortement entre 2006 et 2009 (2006 est l'année pour laquelle les données de coûts ont été utilisées dans la campagne tarifaire 2010. 2009 est l'année dont on compare les coûts avec les tarifs de 2011) car cette activité demeure parmi les plus favorisées relativement.

³⁰ Sur le GHS 08C321 (*Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1*)

[84] Finalement, jusqu'en 2010, quatre logiques se superposaient dans la construction des tarifs : neutralité tarifaire, maintien des ressources historiques, soit *via* les modulations de santé publique soit *via* les modulations de lissage, incitations à certains modes de prise en charge, convergence public/privé. Une année donnée, les effets de ces logiques pouvaient, pour un même GHM, se cumuler, plus rarement se contredire. D'une année sur l'autre, la tarification devenait extrêmement complexe non seulement à comprendre, mais également à gérer. A cet égard, la logique de stabilité tarifaire, moyennant quelques ajustements, sur laquelle le système a basculé à partir de 2011, simplifie certainement sa gestion. Elle ne clarifie pas pour autant les signaux économiques que constituent les tarifs.

4 ANALYSE CRITIQUE DES DISTORSIONS

4.1. Les modulations dites « de santé publique »

[85] La mission n'a pas retracé la genèse de la sélection des thèmes de santé publique³¹ retenus pour faire l'objet d'incitations tarifaires. En revanche l'annexe 1B décrit les modalités de ces incitations tarifaires pour la campagne 2010.

4.1.1. Des considérations plus étroitement financières que sanitaires

[86] La plupart de ces modulations sont définies par l'objectif de stabiliser les ressources historiques allouées aux activités retenues, à volume constant. C'est le cas pour les soins palliatifs, pour le cancer, pour les activités lourdes, pour les AVC. Pour les activités lourdes, l'objectif va même au-delà, puisqu'on a distingué au sein des activités celles dont les coûts avaient baissé, pour refuser d'en tenir compte dans les tarifs, et les activités dont les coûts avaient augmenté, pour entériner cette hausse dans les tarifs.

[87] D'autres modulations reposent sur des objectifs plus fins :

- maintenir constant les écarts tarifaires entre les différents modes de prise en charge des soins palliatifs (en lit non dédié / en lit dédié / en unité dédiée) ;
- maintenir des écarts tarifaires entre césariennes (pénalisation) et accouchement par voie basse sans complication (avantage) d'une part, et entre accouchement par voie basse sans complication et avec complication d'autre part.

[88] Enfin, concernant les soins palliatifs, les bornes basses et hautes sont ajustées par rapport à la définition purement statistique de ces bornes, utilisée pour tous les autres GHS. Ceci consiste notamment à définir une borne haute à 12 jours et à maintenir inchangée le montant des majorations pour les séjours d'une durée excédant cette borne. Ainsi, il est tenu compte du fait que les soins palliatifs ne sont pas une activité pour laquelle la réduction de la durée de séjour a un sens et le financement ainsi calibré se rapproche finalement d'un financement au prix de journée.

[89] Le tableau suivant retrace l'impact financier des différentes modulations de santé publique, par rapport à des tarifs neutres, hors les contreparties nécessaires pour que l'impact global soit à somme nulle (ces contreparties ont consisté en une modulation uniforme à la baisse des tarifs des autres GHS).

³¹ Les modulations incitatives à la chirurgie ambulatoire sont distinguées ici des modulations de santé publique *stricto sensu* et sont traitées dans la partie 4.2.

Tableau 1 : Impact des modulations de santé publique en 2010

impact en millions d'euros	secteur public			secteur privé		
	globales	à la hausse	à la baisse	globales	à la hausse	à la baisse
soins palliatifs	78	78	0	-19	0	-19
activités lourdes	113	113	0	24	24	0
cancer	75	89	-14	49	73	-24
périnatalogie	-17	64	-81	-3	18	-21
AVC	7	7	0			
total "santé publique" avant contreparties	257	352	-95	52	115	-63

Source : Données ATIH. **Lecture** : les écarts par rapport à la neutralité tarifaire ont pénalisé certains GHS de périnatalogie, pour 81 M€ dans le secteur public et pour 21 M€ dans le secteur privé, mais ont favorisés certains autres GHS de périnatalogie pour 64 M€ dans le secteur public et pour 18 M€ dans le secteur privé.

4.1.2. Des effets parfois paradoxaux

[90] Avant même de discuter de la pertinence de ces modulations, on peut remarquer que certaines ont des effets paradoxaux par rapport à l'objectif visé :

- comme relevé plus haut, le principe de maintien des masses financières historiques, sous-jacent à la plupart des modulations dites de « santé publique », a pénalisé le financement des soins palliatifs en 2010 dans le secteur privé. Le respect de la neutralité tarifaire aurait orienté près de 20 M€ supplémentaires vers cette activité (cette incohérence a été corrigée en 2011) ;

- toujours à propos des soins palliatifs, si les distorsions tarifaires se sont traduites en 2010 par un « surfinancement » relatif de près de 80 M€ dans le secteur public, l'annexe 1B montre qu'elles ont aussi eu pour effet de tordre quelque peu la hiérarchie des prises en charge : l'écart relatif de valorisation entre les soins en unité dédiée et les soins en lits dédiés est moindre que ce que garantirait la neutralité tarifaire ; autrement dit, les distorsions ont surtout bénéficié aux soins en lits dédiés et un peu moins aux soins en unité dédiée.

[91] Le simple fait qu'une activité relève d'une priorité de santé publique ne justifie en rien par lui-même de s'écarter de la neutralité tarifaire. Par exemple, ériger le cancer une priorité de santé publique ne justifie pas de surtarifier les tarifs des prise en charge cancer si les malades du cancer sont correctement traitées sur la base des pratiques actuelles. Une surtarification ne se justifie que si les données de coûts ne sont plus pertinentes : volonté de changer la nature des prises en charge, prise en compte d'une innovation récente qui par définition n'est pas intégrée dans les coûts... cf. *infra* 4.5.).

[92] Au contraire, le contrôle de la bonne application de la neutralité tarifaire devrait constituer un volet essentiel de la politique de santé publique, comme l'illustre l'exemple à rebours des soins palliatifs dans le secteur privé.

4.1.3. Un outil inadapté à la régulation de la pertinence des actes

[93] La mission s'interroge sur la manipulation des tarifs comme outil de « désincitation » à certaines activités. L'exemple le plus flagrant est celui des césariennes qui subissent en 2011, principalement au titre des objectifs « de santé publique », une sous-tarifcation relative de 15,6% dans le secteur public et de 21,8% dans le secteur privé. Même si l'on sait que les taux de césariennes présentent de fortes variations interrégionales qui laissent douter de la pertinence médicale de cette prestation dans certains cas, on peut supposer que toutes les césariennes ne sont pas injustifiées au plan sanitaire (il se pourrait aussi, - la mission n'a pas cherché à le documenter -, que certains services spécialisés aient pour des raisons sanitaires objectives des taux de césariennes importants).

[94] Faire de l'outil tarifaire un censeur aussi général de la pertinence des actes, par surcroît dans de telles proportions financières, laisse donc perplexe. Il n'est pas sain, pour décourager les pratiques non pertinentes, de pénaliser les établissements et les services dont les pratiques sont pertinentes. Une approche plus fine à travers une contractualisation locale sur les objectifs de qualité de prise en charge, fondés sur des référentiels, semblerait plus appropriée, quitte à donner aux ARS des leviers de pénalisation tarifaire des établissements ne remplissant pas leur contrat.

4.2. Les modulations incitatives à la prise en charge ambulatoire

[95] A côté de la pénalisation des césariennes, l'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire constitue un autre terrain de modulations tarifaires reposant sur des critères plus fins que la simple préservation des ressources historiques. Cette incitation prend en effet la forme, pour un certain nombre d'activités ciblées, d'une modulation concomitante du tarif des séjours d'hospitalisation complète de niveau 1 (niveau de sévérité le plus faible) et du tarif de la prise en charge en ambulatoire.

[96] En 2010, dans la continuité de la politique engagée en 2009, 19 GHS ont ainsi fait l'objet d'un tarif unique du GHS de niveau 1 et du GHS ambulatoire. Le calibrage exact du tarif dépendait de la part respective déjà atteinte par l'ambulatoire : plus celle-ci était élevée, plus le tarif de niveau 1 était baissé tandis que le tarif ambulatoire était seulement un peu relevé ; plus la part de l'ambulatoire était faible, plus son tarif était relevé et le tarif de niveau 1 ne baissait que légèrement (cf. annexe 1B). Globalement, par rapport à la neutralité tarifaire, les pénalisations tarifaires des GHS de niveau 1 ont pesé plus lourd que l'avantage tarifaire donné aux GHS ambulatoires :

Tableau 2 : Impact des modulations d'incitation à la prise en charge en ambulatoire - 2010

<i>arrondis en millions d'euros</i>	impact global	hausse des tarifs ambulatoires	baisse des tarifs des GHM de niveau 1
secteur public	-25	23	-47
secteur privé	-11	30	-42

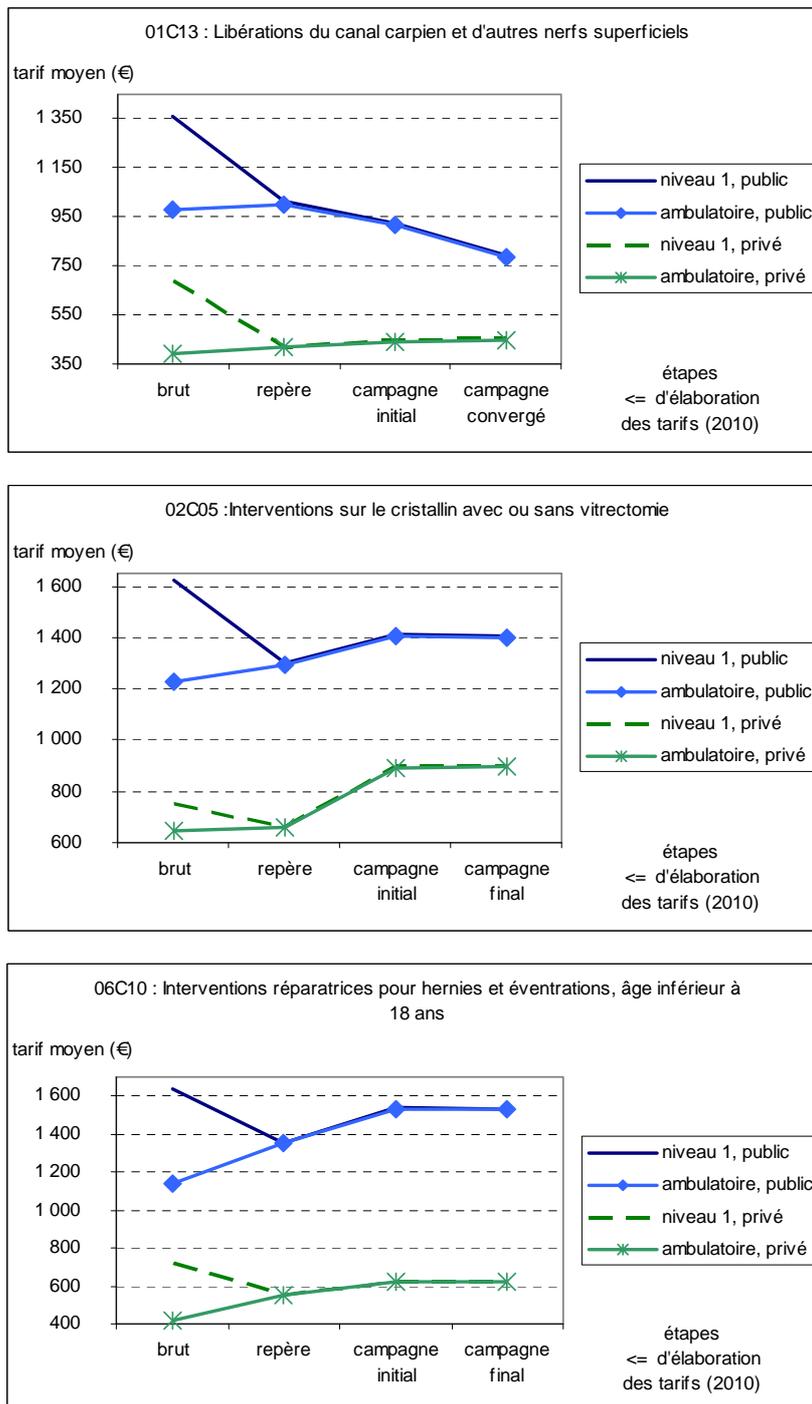
Source : Données ATIH

[97] En 2011 les ajustements, portant sur un champ plus large que les 19 GHS de 2010, ont consisté à veiller à ce que les tarifs ambulatoires ne soient pas inférieurs à ce à quoi conduirait la neutralité tarifaire et à corriger, dans le secteur privé, une partie de la surtarification historique relative importante de l'opération de la cataracte, en ambulatoire comme en GHS de niveau 1.

- [98] Le mécanisme de 2010 était assez sophistiqué : la distorsion tarifaire par rapport à la neutralité était propre à chaque activité (puisqu'elle dépendait de la part déjà atteinte par l'ambulatoire) et était censée enclencher un mécanisme cumulatif : plus la part de l'ambulatoire augmenterait au fil du temps sous l'effet de l'incitation tarifaire, plus la pénalisation tarifaire du GHS de niveau 1 s'accroîtrait et plus le tarif ambulatoire rejoindrait la neutralité. Le changement de logique tarifaire mis en œuvre en 2011, qui a consacré la stabilité des tarifs antérieurs, *modulo* les ajustements mentionnés ci-dessus, n'a pas laissé à ce mécanisme le temps de véritablement déployer ses effets.
- [99] Compte tenu de cette sophistication et de cette instabilité de la politique tarifaire, il est douteux que les établissements aient pu percevoir la portée précise des signaux tarifaires mis en place. Ceci n'a pu être réalisé dans le cadre de la présente mission, mais d'autres travaux fournissent des éclairages à ce sujet.
- [100] En particulier une étude publiée par la DREES³², portant sur une période antérieure (2005-2009) pendant laquelle des incitations tarifaires existaient déjà, souligne que les comportements des acteurs ont surtout été sensibles à d'autres facteurs : progrès technique facilitant la prise en charge ambulatoire, demande des patients, concurrence locale, préoccupations d'organisation (saturation des lits d'hospitalisation, motivation liée à la participation à une innovation motivante, diminution des coûts grâce à la fermeture de l'unité les nuits et les week-ends), existence d'une unité ambulatoire rodée favorisant l'extension de ce mode d'intervention. Les incitations des tutelles, dont le discours continu en faveur du développement de l'ambulatoire était connu, ont également joué un rôle. Deux volets sont particulièrement mis en avant :
- la mise sous accord préalable de l'hospitalisation complète par l'assurance maladie a constitué une pression forte au basculement vers l'ambulatoire ;
 - la tarification à l'activité incite aux gains de productivité et favorise donc, en tant que telle, la rotation accrue des lits (ou places) permise par la chirurgie ambulatoire.
- [101] En revanche, l'étude relève que les incitations tarifaires spécifiques étaient peu connues au-delà des DIM (départements de l'information médicale) et de la direction d'établissements tels que les CHU. Elle constate que, du fait de leur combinaison avec d'autres mesures telles que la convergence ciblée (qui a pu conduire à des baisses de tarifs de l'ambulatoire dans le secteur public), d'une part, et de la confusion avec les signaux inverses envoyés par la pénalisation financière que représentent les bornes basses des séjours, cette politique tarifaire était dans le détail illisible pour les cadres et les praticiens des établissements de santé.
- [102] Les graphiques suivants illustrent la sédimentation de logiques parfois contradictoires dans la construction des tarifs 2010 de certains GHS concernés par la promotion de la prise en charge ambulatoire :

³² Evelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPLET, Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires, DREES - Document de travail n° 106 – juillet 2011.

Graphique 4 : Décomposition de processus de construction tarifaire 2010 pour certains GHS



Source : Données ATIH. **Lecture** : attention, le niveau des tarifs n'est pas comparable entre secteur public et secteur privé (les périmètres sont différents). Les tarifs « bruts » respectent la neutralité tarifaire (la hiérarchie issue de l'étude de coûts), les tarifs « repères » intègrent la politique de promotion de l'ambulatoire, les tarifs « de campagne initiaux » intègrent la prise en compte des tarifs historiques pour lisser les effets revenus sur les établissements et la dernière étape tient compte de la convergence tarifaire éventuelle public/privé. Ainsi, ce processus a conduit en 2010 à moduler à la baisse le tarif ambulatoire pour le canal carpien dans le secteur public, en particulier du fait de la politique de convergence et au contraire, dans le secteur privé, à moduler à la hausse le tarif du GHS de niveau 1 de la cataracte, pour tenir compte de sa surtarification historique.

- [103] Face à ce constat de la faiblesse des effets incitatifs des manipulations tarifaires, il est à craindre que leurs effets pervers l'emportent finalement sur leurs effets vertueux supposés :
- les établissements qui pratiquent déjà la chirurgie ambulatoire bénéficient d'un effet d'aubaine ;
 - les hospitalisations complètes qui ne peuvent être évitées pour des raisons médicales pénalisent, à travers leur sous-financement, les établissements qui les pratiquent.
- [104] La mécanique tarifaire de 2010, si elle avait été prolongée, devait limiter progressivement le premier inconvénient en faisant en sorte que les tarifs ambulatoires rejoignent progressivement un niveau proche de la neutralité, à mesure que la part de l'ambulatoire augmentait. En revanche, elle maximisait le deuxième inconvénient à travers des tarifs de niveau 1 de plus en plus bas.
- [105] Le relatif « gel » des tarifs pratiqué à partir de 2011 conduit au contraire à prendre le risque de pérenniser l'effet d'aubaine sur l'ambulatoire.
- [106] Au total aucune des deux politiques n'évite les inconvénients de l'absence de neutralité tarifaire. Comme pour les incitations à l'amélioration de la qualité des prises en charge, si un outil financier spécifique était jugé indispensable à la promotion de la chirurgie ambulatoire, il serait plus efficace de recourir à une contractualisation entre les ARS et les établissements : en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de développement de ce mode de prise en charge, adaptés au positionnement local des établissements et à leur patientèle, des rétributions temporaires pourraient être financées par les MIGAC. L'incitation n'aurait pas vocation à être prolongée une fois atteints les objectifs locaux.
- [107] Les effets d'aubaine et les pénalisations injustifiées seraient ainsi évités. Ce mode d'incitation, hors tarifs, est d'autant plus pertinent que le développement de l'ambulatoire exige une réorganisation de la pratique hospitalière. Il faut inciter et soutenir les établissements pour qu'ils entreprennent cette réorganisation (objet de la contractualisation avec les ARS), il n'y pas de raison de poursuivre le soutien lorsque l'ambulatoire est devenu une pratique de routine.

4.3. Le lissage des effets revenus

- [108] La politique de lissage des effets revenus a pour origine les écarts entre tarifs historiques et tarifs neutres. Afin de limiter les chocs financiers sur les établissements, il a donc été décidé de ne pas résorber d'un coup ces écarts mais de lisser dans le temps ces effets revenus. Cette politique était particulièrement nette vis-à-vis du secteur privé pour lequel les données de coûts n'étaient recueillies que depuis 2006 et les écarts avec les tarifs historiques apparaissaient particulièrement marqués. Dans le secteur public, les tarifs étaient en principe déjà fixés en fonction de l'ENC, mais le changement de méthode avec l'extension au secteur privé et le passage à la V11 ont modifié les positions relatives des GHS.
- [109] Pour la campagne 2010, la DGOS préconisait finalement d'abandonner cette politique de lissage pour le secteur public et d'y appliquer directement les tarifs « repères » (c'est-à-dire ne tenant compte que des modulations de santé publique). Les impacts redistributifs entre établissements étaient jugés par la DGOS suffisamment limités dans ce secteur pour pouvoir abandonner ce facteur d'écart à la neutralité tarifaire. Ce n'est pas l'arbitrage qui a été retenu³³.

³³ La pièce jointe 1-c présente les modalités effectivement retenues pour intégrer ces « contraintes » de campagne, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

- [110] Pour le secteur privé, la DGOS préconisait en revanche de poursuivre la politique de lissage des revenus pour limiter les pertes de ressources, qui auraient été induites par l'application immédiate de la neutralité tarifaire, des cliniques notamment celles pratiquant majoritairement de l'interventionnel. Ces cliniques étaient donc les principales gagnantes de la politique de lissage des revenus (pour un avantage représentant 5,18% de la masse tarifaire) tandis que les principales perdantes étaient celles qui pratiquaient majoritairement des activités de médecine (pour une pénalisation de 19,66% de la masse tarifaire). On retrouve bien les constats effectués en 2011 concernant la pénalisation ou l'avantage relatifs par grande catégorie d'activité.
- [111] Certaines activités sont particulièrement pénalisées: affections de l'appareil génital féminin, du tube digestif dans le secteur public, affections de l'œil, du tube digestif, orthopédie dans le secteur privé...³⁴
- [112] Une telle politique ne peut donc qu'être transitoire, pour permettre de rejoindre progressive la neutralité tarifaire. Le souci d'éviter des pertes de ressources brutales pour les établissements qui pratiquent des activités surtarifées ne doit pas faire oublier que ceux-ci jouissent d'une rente de situation et qu'au contraire, les établissements qui pratiquent des activités sous-tarifées sont peut-être pénalisés de longue date par cet état de fait. Jusqu'en 2010 inclus, l'objectif de réduire progressivement ces écarts et de rejoindre progressivement les tarifs « repères » (d'où justement leur nom de tarifs « repères ») était affirmé.
- [113] Le changement de logique en 2011, en plaçant la priorité sur la stabilité des tarifs, est donc inquiétant, il donne moins de garanties quant à une évolution vers un plus grand respect de la neutralité tarifaire. L'ATIH fournit à l'administration les moyens d'apprécier les écarts à la neutralité tarifaire, mais celle-ci n'est plus un impératif premier et n'est mise en avant dans le discours public.
- [114] Le risque de cette attitude est de laisser perdurer, voire s'aggraver, des écarts entre tarifs historiques et tarifs neutres, d'accentuer ou de générer des rentes pour certains établissements et au contraire d'accentuer ou de créer des difficultés financières pour d'autres, sans aucun lien avec les efforts de bonne gestion menés. On rappellera à cet égard que 10% des cliniques en 2008 avait une rentabilité économique supérieure à 12% et 10% avait une rentabilité négative inférieure à -7,2%³⁵. Il n'est pas possible de relier ces écarts de résultats à la structure des tarifs mais il est possible que les écarts tarifaires soient à l'origine de certaines difficultés
- [115] La volonté d'éviter des chocs financiers et de lisser les effets de réallocation des ressources sur quelques années n'est pas en soi contestable, à condition d'être transparente dans ses modalités et dans son horizon temporel, ce qui n'est pas le cas. Le processus retenu n'est pas explicite et lisible³⁶. De plus, l'ambition correctrice est limitée, un écart de 30% entre tarifs historiques et tarifs neutres étant considéré comme acceptable³⁷.
- [116] Le même souci d'éviter les chocs financiers pourrait être atteint sans manipuler ainsi les signaux tarifaires. Les aides à la contractualisation n'ont-elles pas été conçues justement pour fournir un accompagnement financier aux établissements qui le nécessitent ? Elles devraient donc constituer le support privilégié d'accompagnement temporaire des établissements qui seraient mis en difficulté en perdant leur rente historique du fait de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire. Une telle approche permettrait de ne pas faire bénéficier d'un effet d'aubaine prolongé des cliniques qui peuvent faire face aux évolutions tarifaires liées à la réduction de leur rente relative, éviterait de devoir soutenir des établissements pénalisés par une tarification défavorable à leur activité.

³⁴Annexe 1A

³⁵J. Aude La rentabilité économique des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008. DREES, Etudes et Résultats. A cet égard, le fait que la seule référence publique pour apprécier la rentabilité des cliniques début 2012 date de 2008 montre que la régulation de ce secteur s'effectue pour une grande part à l'aveugle.

³⁶La pièce jointe 1-c illustre la sophistication extrême du processus retenu jusqu'en 2011

³⁷Pièce jointe 1-e

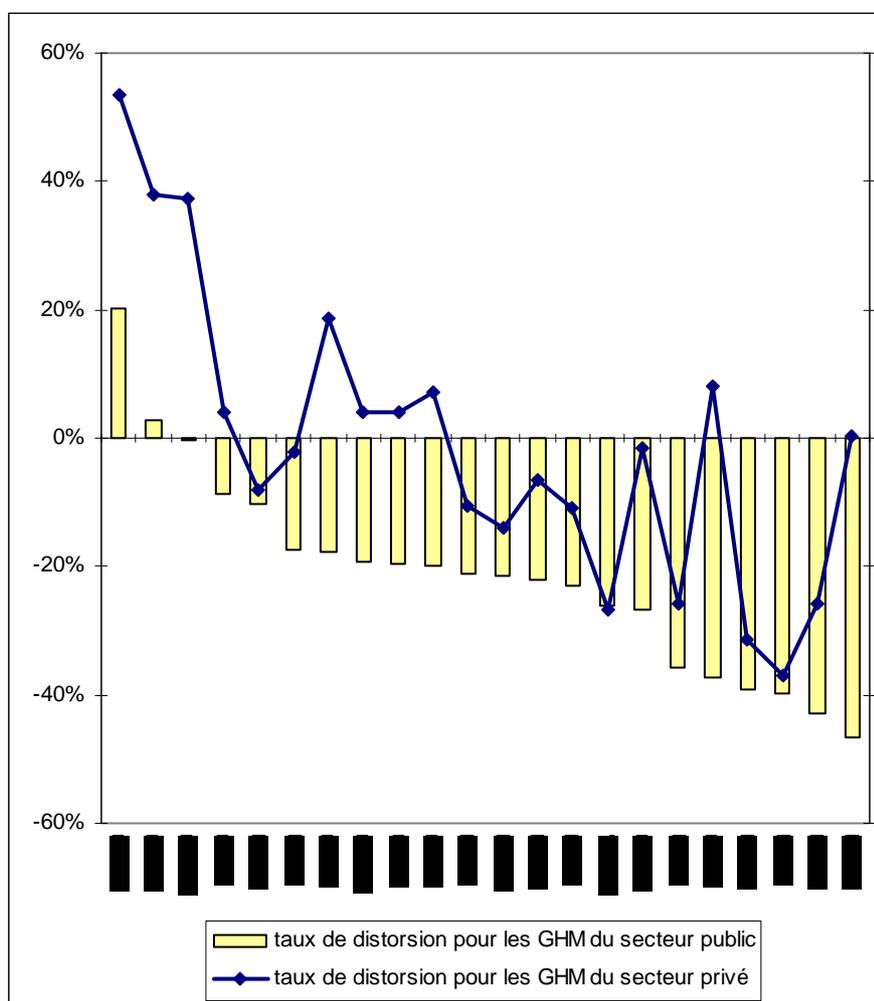
4.4. *La convergence public/privé*

- [117] Cet objectif de convergence est fixé par la loi et son échéance, initialement prévue pour 2012 a été repoussée à 2018. Du fait des différences très importantes de périmètre des tarifs entre cliniques privées et hôpitaux publics, cet objectif soulève des questions complexes qui n'ont pas été tranchées à ce jour (et qui ont fait l'objet d'un précédent rapport de l'IGAS³⁸), certaines étant d'ailleurs particulièrement délicates à traiter, telles que la question de l'encadrement des dépassements tarifaires des praticiens de secteur 2. L'objet du présent rapport n'est pas de traiter à nouveau le sujet de la convergence public/privé en tant que tel, mais de l'examiner sous le prisme spécifique la neutralité tarifaire.
- [118] La mission a pu mesurer à quel point la convergence tarifaire public/privé est un sujet de préoccupation dominant pour les acteurs. Lorsqu'on sollicite les représentants de la FHF et de la FHP sur la politique tarifaire, il est presque difficile de les faire s'exprimer sur d'autres sujets que celui-ci.
- [119] Dans un contexte où une T2A envoyant des signaux économiques clairs et fiables, qui permettrait de fonder les décisions de gestion des hôpitaux sur une mesure correcte de leur performance économique, n'est guère assumée ni par les pouvoirs publics ni par les fédérations, la convergence public/privé fait office d'un écran de fumée providentiel. En focalisant le débat, elle évite de se pencher sur les distorsions tarifaires internes à chaque secteur, qui ne peuvent que créer des conflits d'intérêt difficiles à gérer pour les instances représentatives regroupant en leur sein ces intérêts antagonistes.
- [120] La poursuite de la convergence en ferait bientôt le premier facteur de distorsion des tarifs par rapport à la neutralité au sein du secteur public. La convergence ne peut donc logiquement que contribuer à relativiser fortement la préoccupation de la neutralité tarifaire et avec elle, nécessairement, à fragiliser la T2A dans son ensemble.
- [121] Les conditions dans lesquelles est menée la convergence tarifaire public/privé appellent les remarques suivantes :
- [122] a/ Il n'y a pas de convergence générale des tarifs mais une convergence ciblée, qui ne concerne que certains GHS. Dès lors, il y a un conflit entre la convergence tarifaire intersectorielle et le principe de neutralité tarifaire.
- [123] b/ Les surcoûts constatés dans un secteur par rapport à l'autre peuvent être imputables en grande partie à des facteurs généraux tels que le coût du travail, des contraintes liées à la part des activités non programmée, des différences dans la part des personnes en situation de précarité, pour évoquer des questions sur lesquelles les études sur la convergence n'ont pas encore abouti. Dans ce contexte, une convergence ciblée ne se justifie pas, il n'est pas rationnel de pénaliser une activité particulière (même a priori semblable entre les deux secteurs) par rapport aux autres. Il a été décidé de recourir à une convergence ciblée comme compensation au report de la convergence générale mais si les conditions ne sont pas réunies pour envisager une convergence générale, elles ne le sont pas non plus pour une convergence ciblée.
- [124] c/ Une convergence ciblée risque de conduire le secteur pénalisé par la convergence à se désengager des activités ciblées dès lors que les autres activités sont pour lui plus rentables. Une telle spécialisation entre secteurs risque de poser des problèmes d'offre de soins, s'il n'y pas localement d'offre alternative dans le secteur non pénalisé.
- [125] d/ Le fait que les tarifs historiques ne respectent pas aujourd'hui la neutralité tarifaire, ni dans le secteur public ni dans le secteur privé, peuvent conduire mécaniquement soit une convergence de façade, soit une convergence vers un tarif économiquement biaisé.

³⁸ P. Aballea, P-L. Bras, S. Seydoux Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, Rapport IGAS 2006-009, janvier 2006

- [126] Un exemple de convergence de façade peut être fourni par les *chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)*. Il s'agit de la 2^{ème} activité affectée par la convergence en 2011 (-20M€) alors qu'elles apparaissaient en 2010 parmi les activités déjà relativement sous-tarifées (-23 M€). Pourtant, en 2011, la sous-tarification relative de cette activité est réduite (-8 M€) : la convergence n'a apparemment fait qu'accompagner la baisse des coûts relatifs et permis au tarif de se rapprocher de la neutralité (ce qui veut dire qu'une tarification neutre aurait abouti à des tarifs proches, sans passer par la convergence).
- [127] Certaines activités qui sont retenues pour l'application de la convergence public/privé apparaissent parmi les principales activités faisant l'objet d'une sous-tarification relative dans le secteur privé, telles que la *chirurgie digestive majeure* (de la CMD 06), les *appendicectomies* (de la CMD 06), la *chirurgie de la jambe* (de la CMD 08), les *hystérectomies* (de la CMD 13).
- [128] Les graphiques suivants illustrent ce phénomène :

Graphique 5 : Ecart à la neutralité tarifaire, en 2011, des GHS ayant fait l'objet d'une convergence tarifaire public/privé à 100%

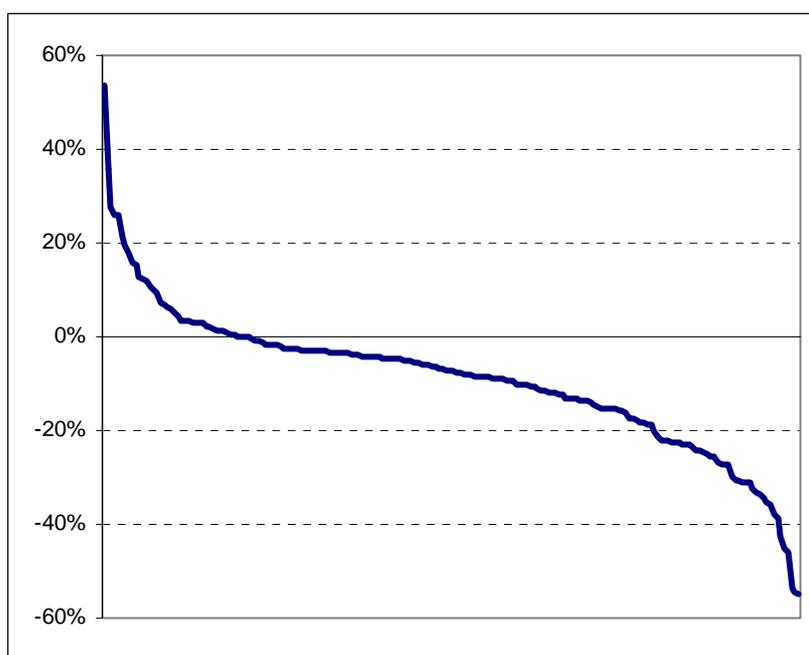


Source : Données ATIH. **Lecture** : les GHS du secteur public représentés par les bâtonnets ont pour la plupart des tarifs inférieurs à ce que donnerait la neutralité tarifaire ; c'est normal puisqu'ils convergent à la baisse vers des tarifs plus bas du secteur privé (à périmètre comparable). Mais la composante « GHS » de certains des tarifs du secteur privé vers lesquels est organisée cette convergence sont eux-mêmes inférieurs à ce que donnerait la neutralité tarifaire. C'est par exemple le cas du GHS 01C131 (Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1).

[129] Une partie de ce phénomène s'explique par le fait que certains GHS concernés par la convergence étaient également affectés par les mesures en faveur de la chirurgie ambulatoire : les tarifs du GHS de niveau 1 sont modulés à la baisse dans le secteur privé. Pour les tarifs correspondants du secteur public, la mesure de convergence est donc lourde, puisqu'on les fait converger en réalité vers des tarifs ambulatoires du secteur privé.

[130] Le graphique suivant illustre plus globalement que de nombreux GHS qui servent de support à la convergence public/privé présentent dans le secteur privé des tarifs inférieurs à des tarifs neutres.

Graphique 6 : Ecart à la neutralité tarifaire, en 2011 dans le secteur privé, des GHS ayant fait l'objet d'une convergence tarifaire public/privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : la plupart des GHS du secteur privé qui sont concernés par la convergence public/privé présentent des tarifs inférieurs à un tarif neutre (droite de la courbe).

[131] e/ La convergence s'organise d'ailleurs vers un tarif qui dans le privé additionne la rémunération de la clinique, les honoraires des médecins et un montant moyen de dépassement. On a déjà montré que les tarifs cliniques avaient dans bien des cas peu de signification économique. La partie suivante de ce rapport montrera qu'en l'absence de convergence vers les tarifs cibles de la CCAM, les tarifs des actes médicaux n'ont pas non plus de signification économique. Enfin, il est difficile de justifier que les décisions des médecins quant à leur taux de dépassement puissent déterminer le niveau des tarifs à l'hôpital.

4.5. Les limites de la neutralité tarifaire et les modalités de traitement possible

[132] Les constats précédents conduisent à douter des modulations opérées actuellement par rapport à la neutralité tarifaire. Pour autant, la neutralité tarifaire ne peut être un objectif absolu et exclusif, certaines distorsions peuvent être pertinentes.

4.5.1. Neutralité tarifaire et limites de l'échelle nationale des coûts

- [133] L'échelle nationale de coûts présente certaines limites. Celles-ci sont répertoriées et connues. L'échantillon des établissements est restreint particulièrement dans le secteur privé. La qualité de recueil des données dans les établissements concernés n'est pas parfaite. Les données reposent sur des conventions de la comptabilité analytique qui comme toutes les conventions ne prétendent « dire la vérité sur les coûts mais sont, à un moment donné, la moins mauvaise méthode pour les approcher. Parmi ces conventions, il est admis que la règle de répartition à la journée du travail du personnel soignant³⁹ est grossière.
- [134] La première réponse à ces limites consiste à travailler à une amélioration continue de l'outil que représente l'échelle nationale de coûts : affinement de la méthode, représentativité de l'échantillon, qualité du recueil, études complémentaires ... Ceci n'est pas l'objet du présent rapport (cette question est traitée dans un rapport parallèle de l'Inspection générale des finances).
- [135] A cet égard, la complexité et de la sophistication croissantes de la classification sont parfois critiquées : la mission considère que lorsque le contenu médical d'un GHS est à la fois hétérogène et polarisé en volumes significatifs de part et d'autre de critères objectivables, le principe d'allocation juste des ressources plaide pour scinder selon ces critères ce GHS en plusieurs GHS. C'est un aspect essentiellement technique de description juste de l'activité. Mais si la multiplication des GHS aboutit à en créer à faible nombre de séjours, cela peut également poser la question de la valeur à accorder à la moyenne de données potentiellement très variables sur ce petit nombre de séjours. L'évolution de la classification doit donc reposer sur un bilan avantages/inconvénients d'une sophistication accrue de l'outil.
- [136] Les limites de l'échelle des coûts justifient-elles en l'attente de ces progrès d'introduire des distorsions au niveau des tarifs ?
- [137] La meilleure approche consiste à considérer, avant d'introduire d'éventuelles distorsions, que les résultats de l'ENCc sont *a priori* la meilleure estimation que l'on peut avoir des coûts. Cet *a priori* ne mérite d'être levé que si un travail à dire d'experts permet d'identifier des erreurs manifestes issues du processus d'établissement des coûts. Encore faut-il que les éléments qui conduisent à remettre en cause les données issues de l'ENCc soient explicités.
- [138] Elles mériteraient de l'être notamment pour les GHS à faible effectif.
- [139] La fixation de tarifs à dire d'experts est d'ores et déjà pratiquée pour certains GHS représentés en faible nombre dans l'échantillon ENCc (moins de 30 occurrences dans l'échantillon). Il est alors considéré que les données de l'ENCc ne sont pas suffisantes pour calibrer le tarif.
- [140] On peut tout à fait envisager qu'un problème se pose pour les GHS dont l'effectif dans l'ENCc n'est que légèrement supérieur à cette limite. Ainsi, la faiblesse du nombre des transplantations d'organes constituerait une raison des modulations positives appliquées à ces GHS mais les modulations sont actuellement justifiées par le fait qu'il s'agit « d'activité lourdes », caractérisation qui en soi ne justifie aucune modulation.
- [141] Il est donc parfaitement justifié que ces GHS fassent l'objet d'une expertise particulière et que des distorsions à la neutralité tarifaire soient sur la base de cette expertise introduites. Il ne s'agit donc pas d'écarter d'emblée toute modulation. Il s'agit simplement de faire en sorte que les raisons qui ont conduit à les pratiquer et l'ampleur qu'elles ont prises puissent être documentées et soumises à un débat contradictoire.
- [142] Bien évidemment avant de s'écarter de l'échelle des coûts, la référence à plusieurs années de recueil des coûts peut permettre d'apprécier la solidité de l'évaluation des coûts fournis par l'ENCc.

³⁹ Cf. notamment Jean-Claude Moisdon, Etude nationale de coûts à méthodologie commune, apports et limites, RHF n°530, octobre 2009.

[143] Au total, les limites de l'échelle nationale des coûts ne justifient pas que l'on s'écarte de la neutralité tarifaire sauf à pouvoir justifier que les modulations introduites visent à corriger un problème identifié de pertinence de l'ENCc. Ces limites incitent à ne pas faire un dogme du respect absolu de la hiérarchie des coûts. Elles ne justifient pas pour autant des modulations arbitraires : elles plaident pour une objectivation rigoureuse de ces limites, de manière à y apporter des réponses proportionnées et ciblées.

4.5.2. Neutralité et évolution des prises en charge.

[144] Des modulations par rapport à la neutralité tarifaire peuvent être nécessaires :

- du fait du délai entre le recueil des coûts et leur utilisation pour fixer les tarifs (2 à 3ans) Pendant ces deux ou trois années, les conditions de prise en charge de certains GHS peuvent se modifier profondément pour des raisons multiples (modifications réglementaires, innovation technologiques...);

- lorsque les modalités de prise en charge actuelles sont jugées insuffisantes et que leur évolution doit se traduire par un renchérissement des coûts, qui par définition n'est pas retracés dans les données de coûts actuelles.

[145] A cet égard, il est contre indiqué d'aggraver le problème des délais en prenant pour référence non la dernière année connue mais les trois dernières années. Une référence construite sur trois ans favorise la stabilité en lissant les évolutions mais peut aussi repousser la prise en compte dans la tarification d'évolutions dans la pratique des établissements. Le recours à une référence tri annuelle est une autre marque du fait que la stabilité tarifaire l'emporte sur le souci de la pertinence de la tarification. La référence tri annuelle ne devrait être utilisée que pour les GHS dont les effectifs sont trop faibles pour que les données actuelles soient significatives (cf. *supra*).

[146] Il paraît par ailleurs nécessaire d'organiser le traitement de problème de délai ou d'évolution souhaitée des prises en charge. Il faut pour cela permettre aux acteurs concernés de faire valoir les modifications de pratique dont l'échelle des coûts ne peut par construction rendre compte.

[147] Le coût induit par les évolutions en cours ou à venir des modes de prise en charge doit faire l'objet d'une évaluation la plus objective possible. Il n'est pas certain pour autant qu'une modulation tarifaire soit le meilleur moyen de financer ce coût supplémentaire. Le délai de diffusion des nouvelles modalités de prise en charge risque en effet de conduire le tarif à être « surcalibré » pour les services retardataires, qui bénéficieront pendant un temps d'un effet d'aubaine. Si l'on pratique un abattement de la majoration tarifaire pour tenir compte de ce délai de diffusion, les services « pionniers » seront au contraire pénalisés par un financement ne couvrant pas leur coût. A terme, lorsque les données de coûts issues de l'ENC reflèteront le nouveau mode de prise en charge, la majoration tarifaire n'aura plus lieu d'être et le tarif devra rejoindre la neutralité. En tout état de cause, une majoration tarifaire par rapport aux coûts moyens observés ne pourrait donc qu'être temporaire dans cette optique.

[148] Il peut être intéressant de réfléchir à des outils financiers autres qu'une manipulation des tarifs. L'exemple de l'Allemagne offre une piste à cet égard. D'après les interlocuteurs que la mission y a rencontrés, le principe de neutralité tarifaire est fortement affirmé dans la T2A allemande : introduire des distorsions pour motifs de santé publique, notamment, serait perçu comme la porte ouverte à des revendications sans fin, difficilement maîtrisables. En revanche, la prise en compte de l'innovation fait l'objet d'un processus spécifique.

Les NUB allemands

(Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / innovations en matière de diagnostic et de traitement)

Pour pallier la mauvaise prise en compte de l'innovation liée au délai inhérent entre la fixation des tarifs et la disponibilité des données de coûts, l'Allemagne a mis en place une procédure transitoire, organisant le financement de ces innovations avant qu'elles puissent être intégrées dans la tarification des GHS⁴⁰.

Le premier stade de cette procédure transitoire est l'octroi de financements spécifiques ciblés sur des établissements individuels. L'établissement qui souhaite la prise en charge d'une innovation doit d'abord obtenir de l'INEK (Institut homologue de l'ATIH) une autorisation d'entrer en négociation avec l'assurance maladie pour l'obtention d'un financement *ad hoc*. La demande est appréciée par l'INEK sur la base de 4 critères : intérêt pour les patients, patients concernés par l'innovation, coûts de personnel ou de matériel induits par l'usage de l'innovation, justification de la couverture inadéquate de ces coûts par les tarifs de GHS.

Le deuxième stade consiste à valider la possibilité de recourir à cette innovation pour tout établissement. L'INEK décide que son financement sera désormais couvert par un « supplément local ». Tout établissement candidat peut négocier ce supplément avec sa caisse locale d'assurance maladie (le système allemand d'assurance maladie étant décentralisé entre les 16 Länder), sans solliciter l'autorisation de l'INEK.

Le troisième stade consiste à fixer au niveau fédéral la valeur du supplément, qui devient donc homogène pour tout établissement candidat.

Le dernier stade consiste à intégrer le coût de l'innovation dans le tarif du GHS.

Au total, le système ressemble à la « liste en sus » (utilisée en France pour le financement de certains médicaments ou dispositifs particulièrement onéreux et dont l'utilisation n'est pas homogène pour un même GHS), mais avec des conditions d'accès au dispositif qui s'élargissent progressivement avant que celui-ci ne disparaisse au profit du basculement dans le financement de droit commun. Cette période est mise à profit pour calibrer correctement l'intégration dans le tarif du GHS.

- [149] Ainsi, une contractualisation des établissements sur des compléments de financement, en contrepartie d'engagements ou de justifications de modes de prise en charge innovants, dont les contours devront avoir fait l'objet d'une définition au niveau national par une expertise pilotée par l'ATIH, paraît un outil plus approprié, pour cibler des incitations de santé publique, que des distorsions tarifaires générales. Bien entendu, ceci ne peut fonctionner que si les compléments de financement en question ne sont pas soumis au risque d'un gel dans le cadre de la régulation financière globale infra-annuelle, comme le sont les MIGAC actuellement.
- [150] Au total, la neutralité n'est pas un principe intangible. Des écarts à la neutralité s'imposent notamment pour tenir compte des évolutions souhaitées ou en cours des prises en charge. Il importe toutefois les corrections éventuelle apportées au données issues de l'ENCC soient totalement transparentes quant à leur justification, à leur modalité d'élaboration et de révision. Il est donc nécessaire de disposer, avant la campagne tarifaire, d'un espace de concertation où les diverses partie prenantes (administration, HAS, sociétés savantes, fédérations) pourront faire valoir les évolutions et ou celles-ci seront expertisée pour aboutir éventuellement à des modulations tarifaires ou pour être prises en charges à travers d'autres mécanismes (contractualisation). Il importe que les données traitées dans cette instance soient publiques pour éviter toute suspicion sur les motifs qui déterminent la politique tarifaire.

⁴⁰ Diagnosis-Related Groups in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.

5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

5.1. *L'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A*

[151] La mise en œuvre de la T2A a été affectée de nombreux facteurs d'instabilité⁴¹ :

- le passage à un financement à 100% de la part « activité » par les tarifs a été accéléré par rapport au calendrier initial ;
- la modification importante de la classification des GHM, à travers le passage à la V11 en 2009, s'est effectuée alors que cette classification était déjà devenue tarifante, induisant notamment de nouveaux effets de seuils, outre les bornes basses : règles présidant aux définitions des niveaux de sévérité et supposant des minima de durée de séjour pour accéder aux niveaux plus élevés ;
- les changements de périmètres entre tarifs et MIGAC (en particulier concernant la précarité et la permanence des soins) sont perçus comme arbitraires par une partie des acteurs ;
- la convergence tarifaire public/privé est engagée alors que ni le contenu de l'activité, ni les facteurs de coûts ne seraient comparables entre les deux secteurs ;
- la contrainte financière globale a fortement pesé pendant la même période et aurait alimenté une « course au codage » finalement sans impact sur la situation financière globale des établissements du fait de la régulation prix-volume. Si cette course au codage se transformait en « course aux volumes » elle pourrait en outre être préjudiciable à la qualité des soins.

[152] Sur le dernier point, il est évidemment plus aisé de mettre en place une réforme d'une telle ampleur lorsque des marges financières sont disponibles pour accompagner la transition. La mission a toutefois finalement entendu davantage de critiques sur les modalités de mise en œuvre de la T2A que sur son principe même.

[153] La critique potentiellement la plus inquiétante, au plan sanitaire, est celle portant sur l'inflation des actes que la T2A aurait induite ou pourrait induire : cela peut être une bonne chose, si cela signifiait simplement que la T2A a déclenché un mouvement de résorption d'une sous-productivité préalablement existante dans le secteur hospitalier, permettant de mieux répondre aux besoins de la population ou d'engranger des économies en rationalisant le tissu hospitalier. En revanche, si cela signifiait une multiplication d'actes non pertinents et une relativisation forte, de ce fait, de l'éthique médicale, cela serait préoccupant⁴². Ce sujet de la pertinence médicale des actes constitue une préoccupation légitime qu'il n'était pas à la portée de la mission de documenter (et qui mériterait une étude pour elle-même)⁴³. La discussion de l'exemple des césariennes (cf. *supra*) a montré que l'outil tarifaire n'était probablement pas le meilleur levier pour la traiter.

⁴¹ Voir également J-C. Moisson, M. Pépin, Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, DREES, document de travail n°97 – mai 2010.

⁴² Les données disponibles suggèrent plutôt un phénomène de conquête de parts de marché par le secteur public au détriment des cliniques privées, dans un contexte global de croissance modérée du nombre de séjours (+2,2% entre 2005 et 2009) et de déplacement vers des séjours plus chers/mieux valorisés (effet structure de +3,6% entre 2005 et 2009), DREES, études et résultats n°785, novembre 2011.

⁴³ Une étude nationale sur les inadéquations hospitalières a conduit au constat que 3% des admissions étaient inadéquates, le plus souvent pour des raisons extérieures à l'établissement (demande expresse du médecin de ville, retour au domicile impossible, décision du patient ou de son entourage) : « Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique », DREES, Le panorama des établissements de santé – 2011.

- [154] Sur le passage à la V11, il est vrai qu'il aurait été préférable qu'un changement de classification aussi important survienne avant de la rendre tarifante. Cela ne disqualifie pas pour autant le souci d'une classification la plus pertinente possible ni les ajustements qui ne manqueront pas d'être nécessaires au fil de l'eau, mais qui devraient désormais être de portée plus incrémentale.
- [155] Les questions sur l'importance de la part des tarifs, sur le découpage tarifs/MIGAC, sur la convergence public/privé renvoient en revanche toutes à la question des modalités équitables de rémunération de l'activité des établissements. A partir du moment où la T2A est admise dans son principe comme un mode d'allocation des ressources plus juste que la dotation globale et plus incitatif à la bonne gestion, il est fondamental que ses modalités garantissent que les signaux économiques adressés aux établissements soient le plus exacts possible.
- [156] Dans le secteur public, au démarrage de la T2A, le fait de ne pas rémunérer l'activité à 100% par les tarifs, en maintenant une part financée par la dotation historique, a permis d'organiser une transition pour donner aux établissements le temps de s'adapter. Accélérer cette transition puis réintroduire, de façon peu transparente, des éléments de lissage temporel dans les tarifs, est contradictoire et de nature à jeter le doute sur la politique de financement réellement voulue par les autorités.
- [157] Dans le secteur privé, c'est l'écart révélé par l'étude de coûts entre les tarifs historiques et la neutralité tarifaire qui alimente cette tension. Le principe d'une période transitoire n'est pas contestable en lui-même. Simplement, il n'est pas très clair aujourd'hui si une telle transition progressive vers la neutralité tarifaire est portée par les pouvoirs publics ou non et, dans le cas où elle le serait, si c'est la crainte de résistances qui poussent à ne pas la rendre transparente.
- [158] L'inconvénient de cette opacité générale dans le processus d'élaboration tarifaire est qu'elle se combine au caractère jugé arbitraire des redécoupages entre tarifs et MIGAC et à la perception d'une forte contrainte financière globale pour alimenter une suspicion générale sur l'écart global coûts / tarifs d'une part, et sur l'équité générale du processus d'allocation des ressources d'autre part.
- [159] Autant, sur le premier point, le présent rapport ne peut apporter de conclusion ferme, se bornant à constater la proximité du niveau moyen des tarifs de 2011 au niveau moyen des coûts de 2009 sans pouvoir apprécier comment l'évolution des coûts et les gains de productivité survenus entre temps situent les tarifs de 2011 par rapport aux coûts de 2011, autant sur le caractère inéquitable des distorsions tarifaires, les illustrations apportées ne peuvent que conforter la suspicion.
- [160] Les cliniques ophtalmologiques et celles pratiquant les séances de dialyse ou de chimiothérapie sont de toute évidence très avantagées dans le secteur privé par rapport aux cliniques spécialisées sur d'autres activités. Dans le secteur public, si l'on regarde quelles catégories d'établissements pèsent le plus dans les groupes d'activité les plus avantagés au plan tarifaire, on trouve souvent les CHU/CHR et les CLCC : 94% des greffes de cellules souches hématopoïétiques, 68% des chimiothérapies hors séances, 51% des séances de chimiothérapies et, pour les transplantations d'organes, 100% pour les seuls CHU/CHR dont 33% pour la seule AP-HP : par comparaison, la part de ces deux catégories dans l'ensemble de l'activité n'est que de 40%, dont 3% pour les CLCC, 28% pour les CHU/CHR hors AP-HP et 9% pour l'AP-HP. Concernant les soins palliatifs, la part des CLCC dans cette activité est de 8% et celle des établissements privés à but non lucratif est de 16% (alors que leur part dans l'activité globale n'est que de 8%) ; les CH pèsent pour 51% dans cette activité spécifique, mais c'est également leur poids dans l'activité globale⁴⁴.

⁴⁴ Données ATIH, 2010, cf. pièce jointe 1-f.

- [161] Enfin, en n'allouant pas les ressources de façon équitable en fonction de l'activité, cette T2A distordue envoie des signaux économiques faussés. Alors même que l'une des avancées fortes attribuée à la T2A est le renouveau d'un dialogue entre direction et équipes médicales et soignantes autour des outils de gestion dans les établissements publics⁴⁵, ces outils de gestion risquent d'être décrédibilisés si leur interprétation est rendue douteuse par les manipulations tarifaires.
- [162] Comme la mission l'a entendue à plusieurs reprises, dans un contexte financièrement tendu, tout le monde est prêt à reconnaître la nécessité de faire des efforts d'efficacité, encore faut-il qu'ils soient équitablement répartis et reconnus. A l'inverse, dans un tel contexte, les rentes de situation historiques ne sont plus supportables.

5.2. La mission préconise de poser la neutralité tarifaire comme principe central, les écarts à ce principe devant reposer sur éléments objectifs

- [163] La mission préconise une affirmation forte de la neutralité tarifaire comme principe de base de l'élaboration de la grille tarifaire des GHS dans les secteurs publics et privés. Les écarts à ce principe devraient être totalement transparents, justifiés par des arguments économiques objectifs et rendus publics de manière lisible.
- [164] L'accompagnement du passage des tarifs historiques aux tarifs neutres pour les établissements « perdants » lorsqu'il est jugé indispensable, devrait prendre la forme d'aides financières contractuelles et temporaires et non de modulations tarifaires.

Recommandation n°1 : Poser dans la loi le principe de respect de la hiérarchie des coûts issue des études de coûts pour la fixation des tarifs des GHS et d'un rapport annuel au Parlement, publié sur le site de l'ATIH sur la mise en œuvre de ce principe (Législateur, LFSS pour 2013)

- [165] L'argument de la demande de stabilité tarifaire ne paraît guère recevable à la mission. On a vu que cette demande s'exprimait largement en réaction à des événements (passage à la V11, redéfinition des périmètres respectifs des tarifs et des MIGAC...) sans lien avec la recherche de neutralité tarifaire. En outre, une fois le basculement opéré sur la neutralité tarifaire, les coûts n'ont pas de raisons d'évoluer de façon brutale d'une année sur l'autre. C'est en revanche le non-respect de la neutralité tarifaire annuelle qui pourrait conduire à des ajustements ultérieurs plus brutaux. **Au total, il convient de ne pas confondre stabilité des règles, hautement souhaitable sur une base équitable et transparente, et stabilité des tarifs, potentiellement source d'effets pervers croissants.**
- [166] Il est également souhaitable de prendre comme référence de coûts les dernières données disponibles plutôt qu'une moyenne des données de plusieurs années (sauf s'il y a un doute technique sur la fiabilité des données d'une année). La prise en compte des évolutions induites par les innovations ou par les gains de productivité sur certaines prises en charge est ainsi mieux garantie.
- Recommandation n°2 : Prendre les dernières données de coûts disponibles comme référence pour l'application de la neutralité tarifaire (ATIH, DGOS, campagne 2013 et suivantes)**
- [167] Ce principe pourrait faire l'objet de dérogations, par exemple pour les GHS à faible nombre de séjours, à forte variabilité des coûts. D'autres fondements objectifs pourraient le cas échéant justifier que les tarifs s'écartent du strict respect de la hiérarchie des coûts. L'essentiel est que ces dérogations soient documentées, concertées et transparentes.

⁴⁵ J-C. Moisson, M. Pépin, Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, DREES, document de travail n°97 – mai 2010 ;
Et également A. Bruant-Bisson, P. Castel, M-P. Planel, Evaluation des effets de la tarification sur le management des établissements de santé, IGAS, février 2012 (référence définitive à préciser)

Recommandation n°3 : Poursuivre en continu l'analyse des limites de l'échelle nationale de coûts, la mobilisation de l'expertise et la concertation avec les fédérations sur les solutions proposées (ATIH, en continu)

[168] Ces travaux doivent permettre de justifier les écarts éventuellement retenus par rapport à une grille tarifaire neutre.

Recommandation n°4 : Publier une grille de tarifs neutres à côté de la grille des tarifs de campagne, ainsi que des tableaux explicitant l'ampleur des écarts en pourcentage et en montant, par GHS, par racine de GHS, par groupe d'activité, par CMD, par catégorie d'établissements et présentant la justification des écarts (ATIH, dès que possible sur les tarifs de campagne 2012 et ensuite)

[169] Le délai entre le recueil des coûts et la campagne tarifaire justifie que des éléments qui dans ce délai, sont susceptibles d'avoir un impact fort sur les coûts, soient pris en compte, soit à travers les tarifs, soit à travers des enveloppes contractuelles. En particulier, pour la prise en charge de l'innovation, un processus inspiré des « NUB » allemands (cf. partie 4.1.5.) pourrait être envisagé.

Recommandation n°5 : Organiser avec les fédérations hospitalières et des experts un processus continu de travail sur les facteurs importants et ciblés d'écarts entre coûts n-2 et tarifs de l'année n, pour objectiver la portée économique de ces facteurs et formuler des recommandations sur leur traitement. Publier les constats et recommandations (ATIH, immédiat en vue de la campagne 2013)

5.3. L'objectivation des financements doit devenir une priorité plus large confiée à l'ATIH

[170] La convergence tarifaire public/privé ne repose pas aujourd'hui sur des bases tarifaires solides. Elle constitue un facteur de crispation tel qu'il occulte des enjeux au moins aussi importants d'équité et d'efficacité au sein de chaque secteur. En outre, sauf lorsqu'elle résorbe incidemment des distorsions tarifaires, elle contrecarre la neutralité tarifaire. Elle risque en outre d'alimenter dans le secteur public un discours de remise en cause plus générale de la T2A.

[171] La compréhension des facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et privé demeure pourtant une exigence légitime, qui aurait dû constituer un préalable à la convergence. Si le législateur décidait d'entériner une pause dans ce processus, en cohérence avec les constats du présent rapport, cela ne justifierait pas pour autant d'abandonner ce travail d'analyse.

Recommandation n°6 : Poursuivre le programme de travail pluriannuel sur les facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et le secteur privé (pilotage ATIH, avec DGOS, DSS et CNAMTS, 2012)

[172] La qualité descriptive de la classification contribue à une politique tarifaire équitable. Le travail doit donc être poursuivi en routine dans ce domaine. A titre indicatif, la mission identifie les questions suivantes comme thèmes de travail : prise en compte de la précarité des patients, écarts de coûts liés au caractère programmé/ non programmé des prestations, impact des co-morbidités acquises ou préexistantes.

Recommandation n°7 : Organiser en continu la réflexion sur l'évolution de la classification pour tenir compte de facteurs objectifs et significatifs d'hétérogénéité des coûts au sein d'un même GHM (ATIH, immédiat)

- [173] Par ailleurs, la robustesse économique des tarifs n'a de sens que si le niveau global des financements qu'ils assurent et la qualité de l'allocation des ressources qu'ils garantissent ne sont pas mis à mal par un calibrage des autres sources de financement qui serait sans rapport avec ces préoccupations. Le contenu des MIGAC doit donc lui aussi reposer sur des bases économiques les plus équitables possibles.
- [174] Ce sujet dépasse certes le cadre du présent rapport, mais la portée du renforcement de la qualité de la politique tarifaire serait amoindrie si cette politique était contournée par d'autres canaux de financement ou si ceux-ci étaient perçus comme calibrés de façon trop peu objective (à l'instar des aides à la contractualisation ou des MERRI par exemple - ces « missions d'enseignement de recherche de référence et d'innovation » sont une composante des MIG dont une réforme partielle du financement a été engagée suite aux précédentes recommandations de l'IGAS⁴⁶), alimentant des revendications de distorsions tarifaires en contrepartie.

Recommandation n°8 : Documenter la définition des enveloppes respectives de chaque MIG sur des bases objectives (ATIH, 2012).

- [175] Enfin, il est anormal que les données existantes ne permettent pas de comparer de façon fiable le niveau global des coûts avec le niveau global des tarifs. Les travaux devraient donc être poursuivis pour traiter les questions de périmètre qui demeurent aujourd'hui un obstacle à une comparaison objective et fiable.

Recommandation n°9 : Développer une méthode fiable de comparaison du niveau global des coûts et des tarifs en traitant les différences de périmètres aujourd'hui non résolues (ATIH, 2012)

5.4. La position d'expertise de l'ATIH doit être renforcée

- [176] Les recommandations qui précèdent posent la question des moyens dont dispose l'ATIH pour remplir l'ensemble de ces missions. Ce point n'a pas été étudié dans le cadre du présent rapport, mais l'IGAS a déjà eu l'occasion de souligner la priorité qui devait être accordée à la documentation et à la publication par l'Agence des données sous-jacentes à la politique tarifaire⁴⁷.
- [177] Le renoncement aux distorsions tarifaires constituerait par ailleurs un allègement des tâches de simulation et une limitation des itérations demandées par la DGOS à l'ATIH dans le cadre du processus annuel d'élaboration des tarifs. La capacité à objectiver les fondements économiques du financement des établissements de santé est cruciale pour que la T2A réponde à l'objectif d'une allocation de moyens équitable et propice aux gains d'efficience.
- [178] La mission ne préconise pas de confier purement et simplement la fixation des tarifs à l'ATIH. Ce serait confondre la fonction d'expertise médicale et économique, qui doit sous-tendre les propositions techniques relatives aux tarifs et aux autres supports de financement des établissements de santé, avec la décision elle-même. Cela risquerait de déporter sur l'ATIH elle-même les pressions et contraintes politiques que doivent gérer aujourd'hui la DGOS et les cabinets ministériels. La mission table sur davantage de transparence entre les propositions techniques et les décisions finales, et sur la motivation des écarts entre les deux.

⁴⁶ P-L. Bras, Dr. G. Duhamel, le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, rapport IGAS RM2009-139P, novembre 2009 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000024/0000.pdf>

⁴⁷ B. Buguet, C. Cahut, ATIH : évaluation de la première convention d'objectifs et de moyens, propositions-cadre pour le contrat d'objectifs et de performance, IGAS RM2011-023P, février 2011.

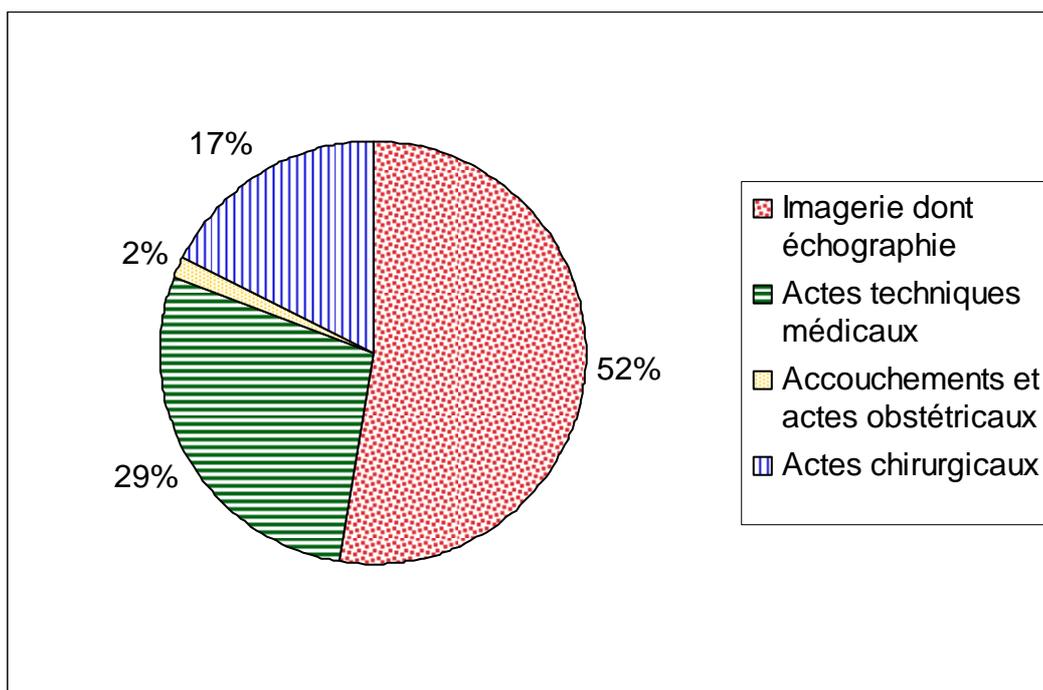
[179] L'ATIH doit en revanche disposer de toute l'autonomie nécessaire au caractère objectif et impartial de ses travaux. Sa gouvernance devrait donc être ajustée de manière à garantir cette autonomie : supervision des travaux par un comité scientifique, présidence du Conseil d'administration par une personnalité extérieure aux directions de tutelle... Des travaux en cours vont dans le sens de ces évolutions souhaitables.

Recommandation n°10 : Revoir la gouvernance de l'ATIH de manière à mieux garantir l'autonomie de ses travaux et de ses publications (DGOS, 2012).

Partie 2 - La tarification des actes techniques

- [180] Cette partie est consacrée à la tarification des actes techniques des médecins qui exercent à titre libéral en ville ou en établissement de santé. La classification commune des actes médicaux (CCAM) technique est le nom donné au dispositif de description et de hiérarchisation des actes censé servir de base à cette tarification.
- [181] Elle est dite commune dans la mesure où elle est aussi utilisée pour décrire les actes techniques pratiqués lors des hospitalisations. Dans le secteur public, elle n'est pas directement tarifante, sauf pour les actes externes pour lesquels les établissements ex DG sont rémunérés sur la base de la tarification libérale et pour l'activité libérale à l'hôpital de certains praticiens hospitaliers. Par ailleurs, la CCAM constitue un élément clé du dispositif T2A. Certains actes répertoriés dans la CCAM (actes dits « classant ») orientent le séjour vers un groupe homogène de malade (GHM) générateur d'un tarif. Par ailleurs, à chaque acte est associé un index de coût relatif qui sert d'unité d'œuvre pour la ventilation par GHS des charges des plateaux médico-techniques.
- [182] Pour situer les ordres de grandeur, 94,5 millions d'actes techniques ont été réalisés par des médecins libéraux, en 2010, pour un montant remboursé de 5,6 milliards €. Quatre spécialités génèrent à elles seules 59 % des honoraires remboursables facturés en CCAM : les radiologues, les chirurgiens, les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs.

Graphique 1 : Répartition du montant remboursé des actes techniques en 2010



Source : CNAMTS

- [183] Le prix de ces actes peut actuellement varier de 5,32 € (radiographie intra buccale de dent) à 2215,82 € pour le remplacement de l'aorte juxta diaphragmatique pour rupture d'anévrisme, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC. Sur les 7600 actes répertoriés à la CCAM, 10 % représentent 90 % des dépenses.
- [184] Après avoir rappelé les éléments fondamentaux du processus CCAM (1), nous examinerons les conditions de mise en œuvre de la tarification (2) et de maintenance de la hiérarchisation des actes (3). Après un point sur l'évolution et le revenu des médecins (4), nous examinerons divers scénarios relatifs à l'avenir de ce dispositif (5) avant de conclure par des recommandations (6).

1. OBJECTIFS, METHODOLOGIE, MISE EN PLACE INITIALE

1.1. Objectifs

- [185] La mise en place de la CCAM technique visait tout d'abord à disposer d'un outil de description fine de l'activité médicale technique, outil commun à l'ensemble des médecins qu'ils exercent à l'hôpital public, en clinique privée ou en cabinet de ville. Selon les termes de l'accord du 25 février 2005, elle devait "permettre une connaissance affinée de l'activité médicale pour mieux éclairer les décisions de santé publique".
- [186] Au-delà de cet aspect descriptif, la CCAM visait également à déterminer pour l'activité médicale libérale, le tarif de chaque acte en fonction de l'effort exigé du praticien pour le réaliser et des coûts associés à cette réalisation. Il s'agissait ainsi de promouvoir une équité de la rémunération des actes techniques entre médecins et entre spécialités. Ainsi l'accord précité prévoit que la CCAM doit "conduire à terme à un rééquilibrage équitable des honoraires entre spécialités pour répartir au mieux les ressources allouées". Cet accord ne mentionne que l'équité entre spécialités, il est légitime d'envisager que la CCAM vise aussi l'équité entre médecins d'une même spécialité qui ne réalisent pas les mêmes actes.
- [187] L'équité de la tarification constitue un objectif en soi : les médecins aspirent à être rémunérés en fonction de leurs efforts, un "payeur public" est tenu de se préoccuper de la "justice" tarifaire.
- [188] Mais l'équité des rémunérations est aussi souhaitable pour favoriser la qualité de l'offre de soins.
- [189] Une rémunération équitable des actes constitue une garantie que les décisions médicales (pratiquer tel acte plutôt que tel autre) seront pris en fonction des intérêts du patient sans être influencées par leur « rentabilité relative ». Bien évidemment, il ne s'agit là que d'une garantie supplémentaire par rapport à ce qu'exige la déontologie du corps médical.
- [190] Une rémunération équitable permet d'éviter que des considérations relatives à l'équilibre effort/rémunération pèsent sur le choix des spécialités par les étudiants et n'entraînent une désaffection pour les spécialités moins avantagées. Elle peut ainsi favoriser une répartition entre spécialités conformes aux exigences de santé publique. Les considérations relatives à l'équilibre entre effort demandé et rémunération selon les spécialités si elles font partie de "ce qui ne se dit pas" sont des "préoccupations bel et bien présentes, selon une intensité et des combinaisons variables, dans le choix des étudiants"⁴⁸. A la limite penser, dès lors que l'on admet que les étudiants disposent d'une information correcte sur les conditions d'exercice des diverses spécialités, la politique tarifaire pourrait s'organiser en revalorisant les spécialités les moins prisées lors du choix à l'issue de l'examen national classant (ENC). Il s'agirait alors de considérer que les préférences révélées par les choix des étudiants sont mieux à même de conduire à "l'équité" qu'un processus visant à peser "l'effort" lié à chaque acte. Le choix à travers la CCAM a été de parvenir à une tarification "équitable" de chaque acte pour rendre équivalent le bilan effort/rémunération des diverses spécialités.
- [191] Enfin, une rémunération équitable des spécialités en libéral constitue un enjeu pour les recrutements médicaux de l'hôpital public. Les rémunérations à l'hôpital dépendent du statut et de l'ancienneté et non de la spécialité pratiquée (les écarts de rémunération entre spécialités à l'hôpital renvoient pour l'essentiel à des contraintes particulières : gardes, astreintes). Si des spécialités sont relativement sur rémunérées en ville, il est plus probable qu'elles seront aussi sur rémunérées par rapport à l'hôpital public.

⁴⁸ Y. Faure "Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principes de choix et genèse des goûts" in G. Bloy, F.X. Schweyer (dir.) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010.

Payer selon l'effort, l'utilité, la pertinence ?

Dans le cadre de la CCAM technique, le choix est clairement assumé de rémunérer les actes selon l'effort consenti par le praticien et les charges associées.

Ce choix est parfois contesté : il faudrait rémunérer les actes en fonction de leur utilité ou de leur pertinence.

Il faut en tout état de cause choisir : viser deux cibles est la meilleure manière de n'en atteindre aucune.

Une rémunération en fonction de l'utilité aurait peu de sens. Comment juger de l'utilité d'un acte ? On pourrait spontanément considérer que l'intervention chirurgicale qui sauve une vie mérite d'être mieux honorée que l'examen de routine. Pour autant, si cette intervention était bien mieux rémunérée par rapport à l'effort consenti que l'examen de routine, aucun professionnel ne s'orienterait plus vers les fonctions de routine qui n'en sont pas moins nécessaires, notamment parce qu'elle sont souvent une condition pour que puisse intervenir l'acte apparemment essentiel.

La tarification en fonction de la pertinence ne nous paraît pas plus adaptée.

Si un acte n'est jamais pertinent, il ne faut pas diminuer sa rémunération mais l'exclure de la CCAM.

Si un acte, pertinent dans certaines indications, est pratiqué dans des circonstances où il ne l'est pas, la tarification n'est pas l'outil adapté pour réduire ces inadéquations. En effet pénaliser de tels actes en termes tarifaires, c'est pénaliser les professionnels qui les pratiquent à bon escient. D'autres outils doivent donc être privilégiés pour réduire ces inadéquations (diffusion de recommandations, formation, mesure de la qualité, contrôles par les pairs...).

L'enjeu d'une tarification en fonction de l'effort et des coûts de l'acte, c'est précisément de garantir l'indépendance du jugement clinique du praticien. Tout acte y est rémunéré en fonction de ce qu'il en coûte au médecin de le pratiquer (travail, charges associées), il est donc en position de choisir en fonction des intérêts du patient sans que ses propres intérêts ne pèsent sur sa décision. Dans ces conditions, des praticiens, normalement soucieux des intérêts de leurs patients, pratiqueront des actes adaptés.

La seule hypothèse où l'on pourrait valablement s'éloigner de cette règle est celle où une pratique ne se développe pas autant que l'on pourrait le souhaiter. Dans ce cas, sur tarifier cette pratique est peut-être un moyen d'assurer son développement. Mais, dans ce cas, l'incitation à pratiquer cet acte n'a vocation qu'à être temporaire. Avant de recourir à cet outil, il paraît d'ailleurs préférable de mobiliser d'autres moyens (diffusion des recommandations, formation...) ou des incitations du type "paiement à la performance", plus explicites et donc plus lisibles par les praticiens.

Il faut noter que faire cette hypothèse, c'est postuler que les médecins n'adoptent pas spontanément les pratiques les plus pertinentes sans incitations financières. On peut donc espérer que le champ d'application de cette hypothèse est restreint.

[192] Au regard des objectifs affichés, et avant même d'évoquer les difficultés de mise en œuvre, la CCAM technique comporte certaines limites :

- la recherche de l'équité dans la rémunération des actes techniques perd une partie de sa portée dès lors que les médecins en secteur 2 peuvent pratiquer le tarif qu'ils souhaitent. On peut considérer que l'objectif d'équité reste valide pour les médecins secteur 1 mais il s'agit d'une restriction importante des ambitions de la CCAM technique. Les deux questions sont d'ailleurs liées : les dépassements sont d'autant plus élevés que les honoraires hors dépassements sont faibles ce qui peut signifier que les dépassements sont une réaction soit à une tarification insuffisante de l'activité, soit une activité elle-même faible⁴⁹. Les déterminants des dépassements d'honoraires sont toutefois multiples (composition de l'offre, solvabilité de la clientèle) ;

- une équité dans la rémunération des actes techniques n'est pas elle-même une garantie d'équité entre spécialités. Le travail des médecins se décompose en un travail directement médical facturé à travers les tarifs des actes et un travail lié non facturé (administration du cabinet, formation...). Si le rapport du travail facturé au travail total n'est pas homogène entre spécialités, l'équité de la rémunération des actes ne garantit pas l'équité entre spécialités. De plus, le travail tarifé est lui-même constitué le plus souvent d'actes techniques et d'actes cliniques. Une rémunération équitable des seuls actes techniques ne garantit donc pas l'équité. Les promoteurs de la CCAM technique, parfaitement conscients de cette limite, envisageaient d'ailleurs de la prolonger par une CCAM clinique ;

- le choix a été fait de ne pas tenir compte des certains élément de différenciation des coûts de la pratique. Ainsi les coûts immobiliers et les coûts de personnels varient en fonction de la localisation géographique des cabinets⁵⁰. Cette variation n'est pas prise en compte. Sa prise en compte aurait conduit à des tarifs plus élevés dans les zones où ces coûts sont eux-mêmes élevés qui sont aussi des zones où, en règle générale, la densité de médecins est forte. L'absence de prise en compte de cette variable géographique peut être considérée comme une contribution à une politique de rééquilibrage de la démographie médicale.

[193] Ces limites, si elles conduisent à relativiser les ambitions prêtées à la CCAM technique, ne la condamne pas en elle-même. On peut considérer que si la CCAM technique ne peut satisfaire totalement à l'exigence d'équité qui est sa justification, elle permet de s'en approcher.

1.2. Méthodologie⁵¹

[194] La CCAM s'appuie sur une description de tous les actes techniques soit actuellement plus de 7600 actes (11 000 si l'on prend en compte les actes anesthésiques associés aux actes chirurgicaux). La description des actes est assurée par des libellés structurés en 4 axes (topographie, action, technique et voie d'abord) en conformité avec les normes européennes.

[195] Le passage de l'ancienne nomenclature à la CCAM a été l'occasion de réinterroger la validité médicale de certains actes. Ainsi, l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) a analysé la validité médicale des 300 actes les plus problématiques (actes nouveaux, actes potentiellement obsolètes, actes posant problème de prise en charge).

[196] Chaque acte a fait l'objet d'une hiérarchisation selon une méthodologie inspirée des travaux de l'équipe de Boston⁵². Le tarif cible CCAM de chaque acte technique est déterminée par sa position dans la hiérarchie calculée en additionnant un « coût du travail médical » (score travail x facteur de conversion monétaire) à un « coût de la pratique ».

⁴⁹ V. Bellamy, AL Samson. Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins in Comptes nationaux de la santé 2010. Drees, document de travail, septembre 2011.

⁵⁰ Aux Etats-Unis, un coefficient est utilisé pour tenir compte de la variation géographique des coûts de la pratique. Voir Annexe 2.A La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis.

⁵¹ Pour une présentation détaillée voir CNAMTS, Pôle nomenclature. *Méthodologie: hiérarchisation du travail des actes médicaux et dentaires selon les libellés de la CCAM*. Mars 2002.

⁵² Hsiao WC et al : Resource-based relative values. JAMA, 1998 ; 16 : 2347-443

- [197] Le score travail vise à rendre compte de l'effort du praticien pour réaliser l'acte. Ce score travail est exprimé en nombre de points. Le nombre de points attribué à chaque acte dépend de la durée de l'acte en minutes et de trois composantes "subjectives" (stress, effort mental et compétence technique) qui rendent compte de l'intensité du travail. La durée joue un rôle majeur dans l'établissement du score travail. Ces valeurs sont appréciées pour une pratique conforme aux règles de l'art pour un patient "habituel". Les durées sont mesurées et les composantes subjectives sont appréciées pour chaque spécialité par un panel d'experts par rapport à un acte de référence (acte fréquent et banal). Des actes passerelles permettent de caler les scores travail des actes de chaque spécialité par rapport aux autres et d'assurer ainsi leur cohérence inter-spécialités.
- [198] Le coût de la pratique vise à rendre compte des charges supportées par le praticien pour réaliser l'acte. Pour établir les coûts de la pratique, l'ensemble des charges générales (personnel, loyers, redevances, cotisations sociales...) déclarées par les praticiens pour chacune des spécialités est pris en compte. La part des charges relative aux actes cliniques est évaluée pour établir le montant des charges lié aux actes techniques. Ce montant est divisé par le total des points travail produits globalement par la spécialité, ce qui permet de disposer d'un coefficient de charges (Cg) propre à chaque spécialité. Le coût de la pratique d'un acte est donc le produit de son score travail exprimé en points par le Cg de la spécialité dont il relève. Les charges particulières associées à certains actes (utilisation d'un équipement spécifique par exemple) peuvent être distinguées des charges générales pour être réparti sur les seuls actes qui en sont à l'origine ; un surcoût spécifique à ces actes s'ajoute alors au coût de la pratique. Cette possibilité, prévue dans la méthodologie générale, n'a pas été utilisée.
- [199] Pour aboutir au tarif de l'acte, il reste à fixer le facteur de conversion qui traduit en euro le score travail exprimé en point. Le score travail mesure dans une unité conventionnelle (le point) l'effort (durée du travail, intensité du travail) consenti par les médecins pour réaliser un acte. Le facteur de conversion représente donc la valeur donnée à l'effort consenti par le médecin.
- [200] Dans ce mode de tarification, la variable de décision est théoriquement le facteur de conversion. Il détermine la valeur donnée au travail médical et le montant des dépenses remboursables. Les autres variables (score travail, coût de la pratique) sont censées ressortir d'observations objectives (durée, niveau des charges) ou d'appréciations contrôlées (intensité du travail).
- [201] Ce descriptif simplifié de la méthodologie ne rend pas compte des multiples difficultés rencontrées pour établir les diverses données qui président à la tarification (mesure des durées, appréciation de l'intensité relative des actes, hiérarchisation inter spécialités, détermination des charges pertinentes, appréciation des charges pour des spécialités marquées par une forte diversité interne⁵³...).

1.3. Histoire de la mise en place initiale de la CCAM

- [202] Les travaux de la CCAM technique ont débuté à titre exploratoire en 1995 auprès de trois spécialités (urologie, chirurgie vasculaire et anesthésie-réanimation) pour tester la méthodologie générale. Ils se sont poursuivis dès 1997 sur la médecine et l'odontologie. Fin 2000, 7200 libellés de chirurgie, d'anesthésie réanimation, de médecine, d'odontologie et d'orthodontie ont fait l'objet d'une première publication⁵⁴.

⁵³ Par exemple au sein de la spécialité gynécologie, le mode d'exercice et le niveau de charges est très différent entre gynécologue obstétricien et gynécologue médical. Pour autant, il n'existe qu'un coefficient de charges pour la spécialité gynécologie

⁵⁴ CNAMTS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, PERNNS : CCAM, Tome 1 : Libellés des actes techniques médicaux et dentaires, décembre 2000.

- [203] Les travaux de hiérarchisation tarifaires menés entre 2000 et 2004 ont mobilisé plus de 900 experts, issus pour la plupart des sociétés savantes, autour du Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS dont l'intégration à l'ATIH est survenue au cours de cette période) et du pôle nomenclature de la CNAM. La disponibilité d'autant de personnalités témoigne de l'engagement des professionnels dans le dispositif CCAM.
- [204] Le 9 octobre 2003, à la demande conjointe des syndicats médicaux et des caisses d'assurance maladie un comité de pilotage (COFIL) de la CCAM est installé par le ministre de la santé afin d'en préparer la mise en œuvre. Ce comité avait notamment pour mission de valider les travaux menés par l'ATIH et le pôle nomenclature de la CNAMTS avec les sociétés savantes.
- [205] Le COFIL a auditionné 29 disciplines, enregistré leurs observations, commandité des expertises complémentaires. Appuyé par une instance d'expertise, il a proposé en juin 2004 une version hiérarchisée de la CCAM. Les comptes-rendus du COFIL montrent que l'ensemble des parties prenantes étaient conscientes que la CCAM devait faire l'objet d'actualisations régulières pour ce qui concerne les points travail, annuelles pour ce qui concerne les charges (Cg).
- [206] A l'issue de ces travaux, la méthodologie faisait l'objet d'un consensus global. La question du coût de la pratique restait toutefois problématique :
- les charges sont calculées par spécialité en rapprochant des données assurance maladie et des données fiscales. Il n'est donc possible de calculer des taux de charges que pour les spécialités répertoriées dans les deux bases. Cela peut conduire à amalgamer des sous-spécialités dont les charges sont différentes (gynécologue médical et gynéco-obstétricien, diverses catégories de radiologues...);
 - certains actes exigent des matériels coûteux. Si la charge que représentent ces matériels ne sont pas attachés spécifiquement à l'acte mais pris en compte dans les charges générales, l'acte en lui-même apparaîtra comme peu rémunérateur voire déficitaire. Il peut alors être délaissé par les praticiens. Ce phénomène est amplifié par le développement des matériels à usage unique. La notion de surcoût spécifique prévue dans la méthodologie permettait de traiter cette question mais elle n'a pas, on l'a dit, été utilisée.
- [207] Il était prévu de traiter ces questions dans le cadre de la révision annuelle des Cg, révision qui devait permettre d'affiner progressivement la prise en compte des charges.
- [208] Il était alors possible, à partir de la hiérarchisation des actes ainsi réalisée, de déterminer leurs tarifs. Il restait à fixer le facteur de conversion. Il a été fixé de telle manière que la somme des tarifs dans la CCAM soit égale à la somme des tarifs dans le mode de tarification antérieur, soit 0,44 euros⁵⁵. La CCAM devait se mettre en place à enveloppe constante par rapport au système antérieur (Nomenclature générale des actes professionnels, NGAP).
- [209] Le dispositif a donc fait apparaître des actes perdants (tarifs cible CCAM inférieur au tarif actuel) et des actes gagnants (tarif cible CCAM supérieur au tarif actuel). Il est important de préciser que les tarifs cibles ne constituent pas un « juste prix de l'acte », notion impossible à définir, mais le prix de l'acte qui, compte-tenu du montant consacré auparavant à la rémunération des actes techniques, correspond à la hiérarchie entre actes qui ressort de la CCAM.
- [210] Le codage en CCAM débutera en mars 2005⁵⁶ sur la base d'accords entre l'UNCAM et les syndicats médicaux⁵⁷. Ces accords prévoyaient :
- une tarification pour chaque acte à partir de tarifs les plus proches possibles de ceux pratiqués antérieurement ;
 - une première étape de revalorisation des actes gagnants (cf. infra) ;

⁵⁵ Tarif cible = (nombre de points travail*0.44) + (nombre de points travail*Cg)

⁵⁶ Après une phase de transition, à compter du 1/01/2007, tous les actes techniques réalisés en ville et en établissements de santé sont codés à l'aide de la CCAM.

⁵⁷ Convention médicale du 12 janvier 2005 notamment son article 7.8 et protocole d'accord relatif à la CCAM du 25 février 2005.

- des dispositions ambiguës pour ce qui concerne les actes et spécialités perdants : il est évoqué dans le texte conventionnel une "accession progressive" sur 5 à 8 ans aux tarifs cible de la CCAM (le terme « accession » pouvant suggérer que toute baisse des tarifs était exclue) mais, dans l'accord du 25 février, une "convergence" (notion qui semble supposer que des baisses doivent intervenir) qui se fera progressivement "sur une période de 5 à 8 ans". Il est également prévu d'ouvrir une concertation "sur les actes des spécialités qui, à structure constante seraient perdantes avec les tarifs-cibles CCAM", concertation qui devait porter sur "l'évolution de leur activité"⁵⁸.

[211] Dès l'origine, malgré le consensus tant sur l'objectif d'équité que sur la méthode pour y parvenir, il apparaît que la démarche bute sur la question des actes perdants et des spécialités perdantes⁵⁹. Les dispositions des accords initiaux sont ambiguës. Les représentants de médecins les lisent comme la garantie que la CCAM ne devait entraîner aucun acte perdant, cette interprétation est récusée par la CNAM.

2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LES EVOLUTIONS TARIFAIRES

2.1. *Histoire des étapes de la "convergence" vers les tarifs cibles*

[212] La CCAM a effectivement servi de base à des décisions tarifaires mais de manière asymétrique en ce qui concerne les actes gagnants et les actes perdants.

2.1.1. La première phase

[213] La première phase de mise en œuvre de la CCAM, en ce qui concerne les tarifs, résulte de l'accord du 25 février 2005 déjà évoqué et d'un avenant tarifaire du 30 mars 2005. A titre de première étape de la "convergence", l'accord ne prévoit qu'une augmentation des actes gagnants vers les tarifs cibles à hauteur de 33% de l'écart entre tarif pratiqué et tarif cible. Aucune baisse des actes perdant n'est prévu même si les spécialités "perdantes" ne bénéficient pas d'une revalorisation pour leurs actes gagnants et subissent par ailleurs des baisses des forfaits techniques dont le niveau de tarification est indépendant de la CCAM⁶⁰.

[214] Cet accord prévoit de plus des mesures spécifiques de revalorisation tarifaire de la chirurgie avec l'introduction de la majoration transitoire de chirurgie (+6,5%) et de la majoration forfaits modulables (+11,5%) pour les chirurgiens en secteur 1 ou ayant opté pour l'option de coordination⁶¹. L'objectif était de rapprocher les honoraires des chirurgiens des secteurs 1 et 2. La question du secteur 2 a donc conduit à superposer une logique supplémentaire pour déterminer les tarifs. Il peut y avoir conflit d'objectifs entre d'une part entre la volonté d'établir une tarification équitable et d'autre part le souci de concentrer l'effort sur les médecins secteur 1 des spécialités à fort taux de médecins en secteur 2 pour limiter l'attractivité de ce secteur.

[215] Au total l'opération engage 180 millions d'euros en faveur des actes techniques, 206 millions en tenant compte d'autres mesures prises au cours de l'année 2005. L'impact par spécialité est synthétisé dans le graphique suivant :

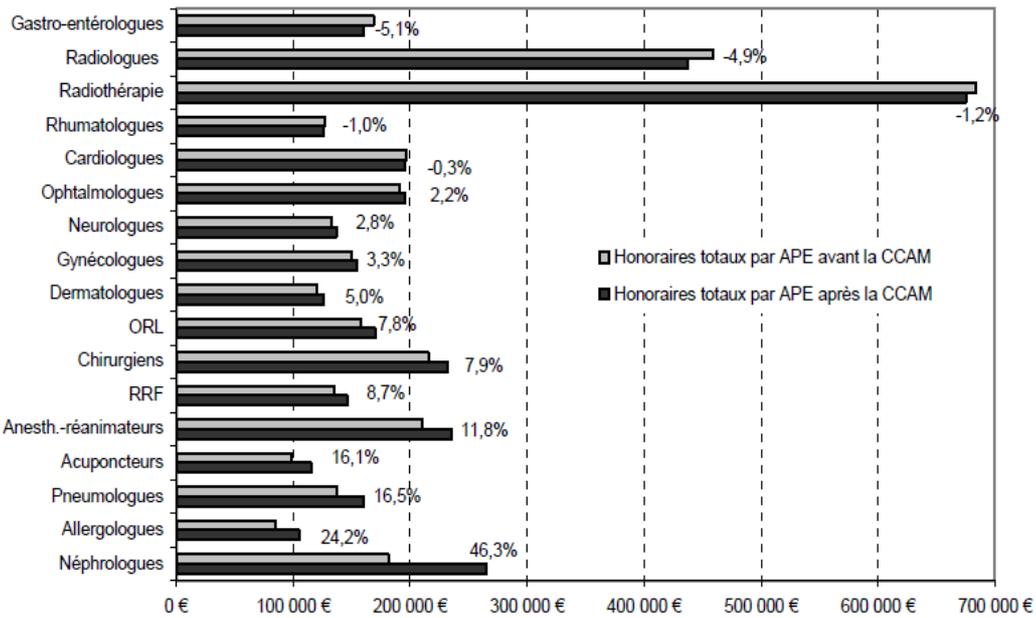
⁵⁸ La mission n'a pas trouvé de traces des résultats de cette concertation. Il semble qu'il ait été question d'échanger une stabilisation du tarif des actes perdants contre un effort de réduction, pour les spécialités concernées, du volume d'actes non pertinents. Ce "marché" qui ne semble n'avoir été qu'envisagé est problématique : une spécialité tirerait argument du fait qu'elle réalise des actes non pertinents pour obtenir des tarifs durablement sur-tarifés.

⁵⁹ Même si les actes gagnants avaient pu immédiatement rejoindre les tarifs-cibles, l'objectif d'équité n'aurait pas été atteint sans baisse des actes perdants.

⁶⁰ Les forfaits techniques visent à rémunérer l'utilisation de certains matériels lourds (IRM, scanner, TEP...), le coût d'usage de ces matériels financés par ces forfaits est retiré des charges qui servent à calculer le coût de la pratique dans le cadre de la CCAM.

⁶¹ Article 1, 2, 3 de la convention médicale du 03/02/05.

Graphique 2 : Impact en année pleine de la première phase de convergence

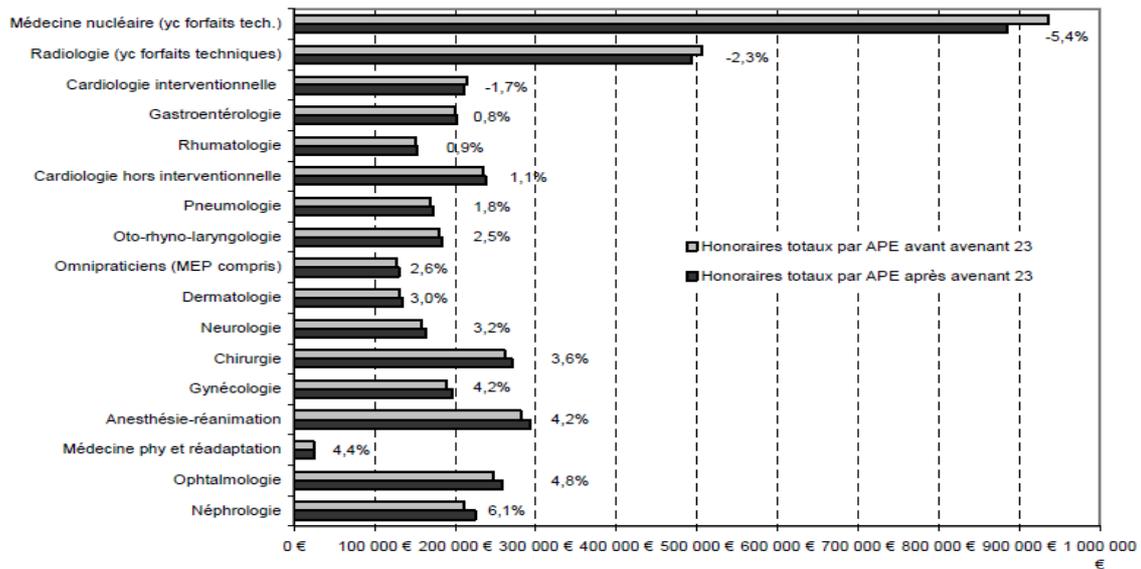


Source : calculs DSS ex-ante d'après données CNAM-SNIR-PS 2004. Champ : Tous régimes, France métropolitaine
 Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » néphrologie, l'application de la CCAM V2 à taux plein aurait conduit à une augmentation de 46,3% des honoraires annuels totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés en moyenne à 265 000€ en 2005.

2.1.2. La deuxième phase

[216] Elle résulte d'un avenant du 2 mai 2007. Elle est moins asymétrique que la précédente dans la mesure où les hausses de tarifs (135 millions pour combler 25% de l'écart avec les tarifs cibles pour certaines spécialités) sont compensées par des baisses de tarifs à hauteur de 62 millions. L'impact par spécialité est synthétisé par le graphique suivant.

Graphique 3 : Impact en année pleine de la deuxième phase de convergence



Source : Données CNAM – SNIIRAM et Calcul DSS d'après SNIR-PS 2007. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » anesthésie-réanimation, l'application de la CCAM V6 en année à taux plein aurait conduit à une augmentation de 4,2% des honoraires totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés à 294 400€ en 2008. A l'inverse, la médecine nucléaire aurait enregistré une diminution de ses honoraires annuels moyens de -5,4% sur la période pour s'établir à 885 800€.

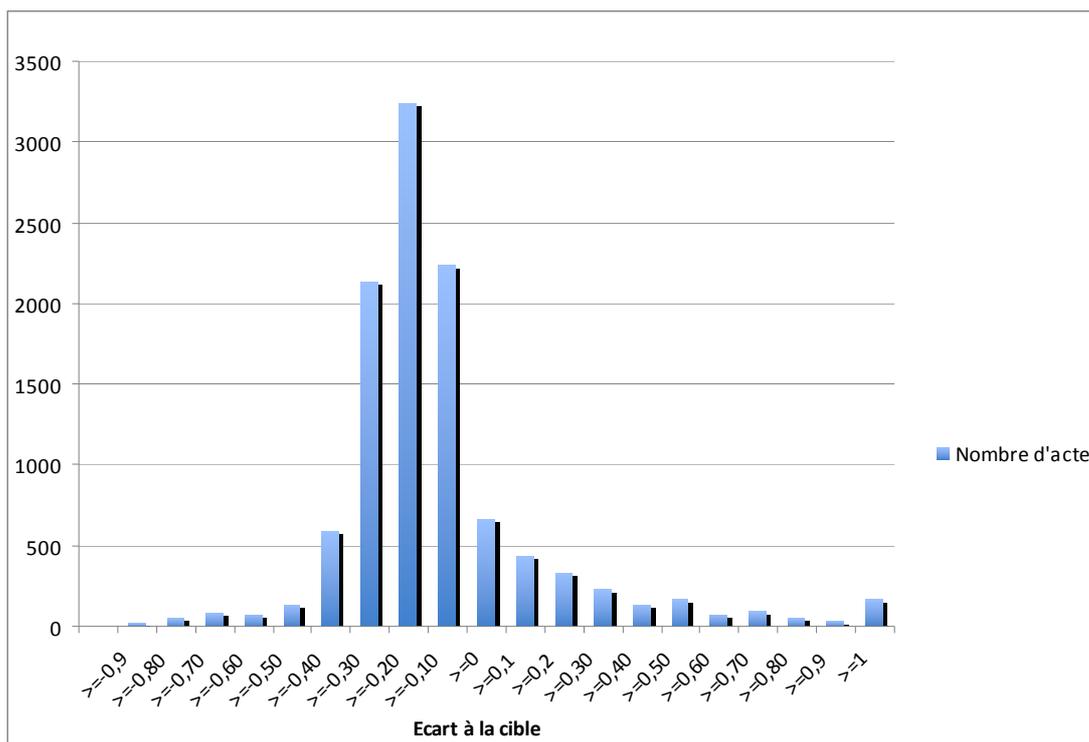
2.1.3. Les mesures d'ajustement

- [217] Il n'y pas eu troisième phase de "convergence" après celle de 2005 et de 2007. La situation de l'assurance maladie à partir de 2008 n'a plus permis de concéder des hausses de tarifs
- [218] On notera toutefois que des mesures d'ajustement ont dû être prises après intervention du comité d'alerte en 2007 ou pour assurer le respect de l'ONDAM en 2012 (cf. mesure d'économie sur les radiologies intégrée dans le cadre de l'ONDAM et dont les modalités étaient encore en discussion lors de la mission). Ces mesures d'ajustement ont concerné principalement les spécialités perdantes à la CCAM (essentiellement la radiologie), elles ont toutefois concerné pour l'essentiel des aspects de la tarification annexe à la CCAM (règle de cumul des actes, suppléments de numérisation, forfaits techniques) qui ne nécessitent pas tous de validation conventionnelle.

2.2. Les écarts persistants par rapport à la cible

- [219] Sept ans après le début de la mise en place de la CCAM, les tarifs réellement pratiqués sont loin d'avoir rejoint les tarifs cibles qui ressortaient de la hiérarchie des actes.
- [220] Le graphique suivant illustre l'importance des écarts à la cible. En nombre d'actes, il apparaît qu'en majorité les actes ont des tarifs inférieurs à la cible (8577 actes potentiellement gagnants contre 2369 actes potentiellement perdants). Ainsi plus de 3000 actes ont actuellement un tarif inférieur de -10 à -20 % à la cible.

Graphique 4 : Distribution des écarts à la cible des tarifs 2011



Source : Données CNAMTS, calcul mission IGAS.

- [221] Si en nombre les actes potentiellement gagnants sont majoritaires, en montant les écarts à la cible sont moindres pour les actes gagnants (674 millions d'euros) que pour les actes perdants (985 millions d'euros)⁶². Le processus de convergence vers les tarifs cibles s'est en effet limité pour l'essentiel à une revalorisation des actes potentiellement gagnants.

⁶² Par construction, les écarts positifs et négatifs s'annulent à l'origine du processus.

[222] Le bilan, sur la base des tarifs 2010, des gains et pertes potentielles par spécialité en cas de convergence vers les tarifs cibles est fourni dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Simulation des honoraires sans dépassement (HSD) dans l'hypothèse de la fixation des tarifs à la cible en milliers d'€

	HSD 2010 CCAM	Gains des actes gagnants	Pertes des actes perdants	Total des gains / pertes	% sur HSD 2010
CHIRURGIE	728 197	65 599	-42 365	23 233	3%
OPHTALMOLOGIE	605 636	72 628	-56 041	16 586	3%
NEPHROLOGIE	77 645	7 663	-1 406	6 257	8%
NEUROLOGIE	70 653	6 080	-1 675	4 406	6%
PNEUMOLOGIE	162 214	11 027	-7 195	3 832	2%
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	19 908	2 446	-813	1 633	8%
DERMATOLOGIE	77 873	6 484	-5 058	1 426	2%
RHUMATOLOGIE	128 056	9 686	-8 901	785	1%
Sous-total spécialités gagnantes	1 870 182	181 612	-123 454	58 159	3%
ORL	232 315	12 279	-12 581	-302	0%
ANESTHESIE - REANIMATION	695 559	51 518	-62 834	-11 316	-2%
GYNECOLOGIE	347 346	31 138	-47 684	-16 546	-5%
CARDIOLOGIE CONVENTIONNELLE (hors Interventionnelle)	571 604	10 812	-28 941	-18 129	-3%
MEDECINE NUCLEAIRE	159 946	6 021	-43 419	-37 399	-23%
GASTROENTEROLOGIE	283 086	6 835	-52 707	-45 871	-16%
OMNIPRATICIENS dont MEP (angiologues, allergologues, acupuncteurs...)	465 802	21 323	-83 740	-62 417	-13%
RADIO-CARDIO INTERVENTIONNELLE	220 689	50 119	-113 272	-63 153	-29%
RADIOLOGIE (hors Interventionnelle)	2 418 177	302 721	-417 341	-114 620	-5%
Sous-total spécialités perdantes	5 394 523	492 765	-862 518	-369 753	-7%
Total ensemble des professionnels de santé	7 264 705	674 378	-985 972	-311 594	-4%

Source : Source DAcT – CNAMTS

[223] Ce tableau fait apparaître des écarts significatifs en % pour certaines spécialités. Ces écarts sur les honoraires renvoient à des enjeux plus significatifs encore en termes de revenus. Du fait de la fixité de certaines charges, une augmentation (diminution) de X% des honoraires du fait d'une évolution des tarifs ne se traduit pas par une augmentation (diminution) de X% des charges. Le gain (la perte) en termes de revenu pour chacune des spécialités, en cas de passage à la cible, serait donc plus sensible que le gain (la perte) en termes d'honoraires. Le tableau fait aussi apparaître que les transferts seraient avant tout internes aux spécialités et que si ceux-ci pouvaient être acceptés, les redéploiements entre spécialités pourraient être assez limités pour la plupart d'entre elles.

- [224] Par ailleurs, ces écarts concernent les seuls actes techniques. Pour certaines spécialités, les actes techniques sont la source de la quasi-totalité des honoraires, pour d'autres, ils ne représentent qu'une part bien moindre. Pour ces dernières⁶³ (dermatologie, pédiatrie, neurologie,...), l'enjeu global est moins sensible.
- [225] On notera que pour toutes les spécialités, il existe des actes gagnants et des actes perdants. Si l'on peut comprendre que les spécialités résistent à une perte globale, il est significatif qu'au sein des spécialités, il n'ait pas été procédé, à honoraires constants pour la spécialité, à une compensation entre certains actes perdants et certains actes gagnants. On peut penser que la crainte de voir certains perdre au sein de la spécialité l'a emporté sur le souci de la cohérence de la rémunération entre les actes qui est à l'origine de la CCAM.

2.3. Les raisons de la non convergence

- [226] Il ressort du constat précédent que la CCAM qui devait aboutir à une équité de la rémunération des actes techniques n'a pas atteint son objectif plus de 7 ans après sa mise en place.
- [227] Il est possible d'imputer cet échec au fait que des sommes suffisamment importantes n'ont pas été consacrées à la revalorisation des actes techniques. A la limite, dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de rareté de la ressource, il aurait été possible d'opérer une "convergence vers le haut"⁶⁴ et de respecter la hiérarchie CCAM en étalonnant l'ensemble des tarifs sur l'acte le plus perdant à la CCAM. Pour autant, on ne peut accueillir cette critique, l'objectif d'équité est un objectif en soi indépendamment du montant global des sommes qu'il est possible de consacrer aux actes techniques. Il n'est pas réaliste de penser que la mise en œuvre de la CCAM pouvait permettre de s'affranchir de la discipline financière inscrite dans le vote de l'ONDAM.
- [228] La logique de la CCAM, dès lors qu'elle supposait des diminutions d'actes ne semble pas avoir été assumée par les syndicats médicaux et cela même si ces diminutions permettaient de financer l'augmentation d'autres actes. Il est commun en sciences politiques de souligner que l'insatisfaction des "perdants" même si leur perte est justifiée en équité est plus importante que la satisfaction tirée par les "gagnants". L'attitude des syndicats médicaux est donc compréhensible. Elle tient peut-être aussi à des rapports de force entre spécialités, interne aux syndicats, que la mission n'a pas pu analyser.
- [229] Par ailleurs, les résistances à la convergence peuvent s'expliquer par le fait que certaines déficiences dans le traitement des coûts de la pratique (cf. supra). Cette question est à l'origine d'un cercle vicieux : les limites dans l'appréciation des coûts de la pratique justifient la non convergence, la non convergence se traduit par l'absence de travaux pour affiner la prise en compte des coûts de la pratique.
- [230] On peut penser que l'UNCAM aurait pu forcer la convergence. Toutefois, compte-tenu des enjeux des négociations tarifaires (souhait d'obtenir un accord, volonté de maîtriser les dépenses...), il est compréhensible aussi qu'elle n'ait pas souhaité entrer en conflit avec les syndicats médicaux pour faire prévaloir la cohérence de la tarification.
- [231] Malgré cet échec global, on peut mettre au crédit de la CCAM le fait qu'elle a permis d'orienter les marges de manœuvre disponibles vers des actes relativement désavantagées et de justifier des diminutions pour les spécialités avantagées.

⁶³ Points de repère N°36 – Novembre 2011, P10 – Département des actes médicaux – CNAMTS

⁶⁴ Par convergence vers le haut, on entend l'hypothèse où les tarifs sont calés sur celui de l'acte le plus perdant dont le tarif n'est pas modifié et où la hiérarchie de l'ensemble des tarifications est construite à partir de cet étalon.

3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LA MAINTENANCE DE LA CLASSIFICATION ET DE LA HIERARCHISATION DES ACTES

[232] Les évolutions tarifaires qu'aurait du provoquer la CCAM n'ont pas été mises en œuvre mais de plus, la hiérarchisation des actes n'a pas été maintenue alors même qu'il était admis à l'origine qu'une maintenance régulière était nécessaire⁶⁵.

3.1. *L'absence de maintenance du socle de la CCAM*

[233] Pour la grande majorité des actes répertoriés dans la CCAM, il n'y pas eu d'actualisation ni des points travail, ni des coûts de la pratique.

[234] A cet égard, il convient de souligner que maintenance du coût de pratique et maintenance des points travail sont indissociables. Une maintenance partielle peut présenter plus d'effet pervers qu'une absence totale de maintenance. Supposons à titre d'exemple qu'avec la banalisation d'un acte, il soit possible de déléguer une part plus importante de sa réalisation. Cela induit une réduction du temps de travail du médecin et une augmentation des charges salariales (rémunération de la personne déléguée). Si les coefficients de charges sont réévalués et non les points travail, toutes choses égales par ailleurs, le médecin va bénéficier d'un double avantage : la délégation de tâches se traduit par une augmentation de son coefficient de charges (effets de l'augmentation des charges salariales liée à la délégation) alors même qu'il continue à bénéficier d'une durée de l'acte qui est maintenant trop favorable. Dans le cas inverse, la durée de l'acte sera revue à la baisse, mais les coefficients de charges ne le seront pas à la hausse, pénalisant le médecin. Une maintenance partielle éloigne plus de l'équité que l'absence totale de maintenance.

[235] Pour ce qui concerne les points travail, leur évaluation date maintenant d'environ 10 ans. En 10 ans, l'organisation du travail se modifie progressivement, régulièrement ou par sauts technologiques. En 10 ans, un acte peut se banaliser et l'appréciation portée sur l'intensité du travail (stress, effort mental, compétence technique) changer fondamentalement. On peut penser qu'en 10 ans, les effets d'expérience, l'amélioration des techniques et des matériels permet des gains de temps pour certains actes techniques⁶⁶, voire leur délégation⁶⁷. Dans d'autres cas, l'évolution des connaissances peut allonger le temps de réalisation d'un acte afin de prendre en compte de nouvelles pratiques.

[236] La mission ne peut mesurer l'ampleur de ces évolutions et donc le degré d'obsolescence de la CCAM mais il est raisonnable de penser que beaucoup des évaluations aussi datées ne sont plus pertinentes aujourd'hui. On se bornera à citer des exemples illustratifs :

- la durée de l'acte BFGA004 « Extraction extra capsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil » a été évalué à 60 minutes lors de la première évaluation des points travail. Il semble y avoir aujourd'hui consensus pour estimer que cette durée a largement diminué⁶⁸ (d'au moins la moitié) suite au progrès des techniques ;

⁶⁵ Par exemple, le représentant de la DSS lors du comité de pilotage de la CCAM du 7 avril 2004 indiquait que "la maintenance reste néanmoins un problème et devra être opérationnelle dès la mise en œuvre de la CCAM".

⁶⁶ Cet effet est dominant mais n'est pas systématique, le progrès technique peut aussi entraîner un surcroît de travail : plus de coupes à examiner et à interpréter avec les nouveaux matériels de radiologie.

⁶⁷ Sur les possibilités, très larges selon l'auteur, de délégation dans le domaine des actes techniques voir G. Vallancien "Le médecin du XXI^e siècle" Le Débat, n°167, novembre-décembre 2011.

⁶⁸ L'opération de la cataracte, ce qu'il faut savoir – Brochure remise aux patients - http://www.hug-ge.ch/library/pdf/Actualite_sante/broch_cataracte.pdf

- la cholécystectomie a été évaluée il y a plus de 10 ans ; deux techniques opératoires étaient et sont toujours possibles : la cholécystectomie par laparotomie et la cholécystectomie par coelioscopie. Au moment de l'évaluation, la nouvelle technique, relativement récente, nécessitait un changement de pratique important pour les chirurgiens, l'expérience était faible. Il a été estimé que les points « travail » associés à ces deux actes étaient proches (406 pour l'intervention par vidéochirurgie, 355 pour l'intervention par laparotomie). Aujourd'hui que la cholécystectomie par coelioscopie est banalisée, plus rapidement exécutée par des chirurgiens entraînés et la cholécystectomie par laparotomie est comparativement plus « lourde »⁶⁹ ;

- La durée de l'intervention sur le canal carpien retenue est de 40 minutes ; ce qui était vraisemblable il y a plus de 10 ans ne l'est plus aujourd'hui où la durée est estimée entre 15 et 30 minutes⁷⁰.

[237] Cette non réévaluation des points travail aide à comprendre, en partie, pourquoi l'innovation est systématiquement associée à une augmentation des coûts et des dépenses en matière de santé. Dans d'autres domaines, après une augmentation des dépenses liées à l'introduction d'une innovation, sa banalisation progressive se traduit par des progrès de productivité qui profitent aux consommateurs. En matière d'actes médicaux, ce processus ne joue pas. Du fait de prix administrés, rigides à la baisse, les progrès de productivité sont conservés par les producteurs.

[238] Les coûts de la pratique n'ont pas plus été réévalués que ne l'ont été les points travail. Les coefficients de charges sont toujours fondés sur une évaluation de l'année 2002 ajustée 2003. La logique initiale était de procéder à une actualisation annuelle : chaque année on dispose de nouveaux montants de charges par spécialité que l'on peut rapprocher d'un nouveau volume de points travail. Cette opération aurait pu devenir une routine annuelle.

[239] Bien évidemment les coûts de la pratique évoluent continument. La CCAM conduit elle-même à des modifications dans les conditions de la pratique. La revalorisation d'actes techniques a provoqué un glissement des actes cliniques vers les actes techniques. Le praticien ne pouvant facturer qu'un seul acte, il choisit le mieux rémunéré. Ce phénomène fut particulièrement net chez les ophtalmologistes⁷¹. Au vu de la méthode de calcul des coefficients de charges générales, il est possible que ceux-ci aient évolués sensiblement avec ce mouvement.

[240] Par ailleurs, la réévaluation annuelle devait servir à améliorer progressivement la méthodologie (prise en compte des charges particulières, distinction au sein des spécialités où coexistent des pratiques différentes...).

[241] En 10 ans, même si la mission n'est pas en mesure d'apprécier l'ampleur des changements, il est raisonnable de penser que tant le numérateur (montant des charges par spécialité) que le dénominateur (nombre de points travail par spécialité) ont évolué significativement et sont désormais vieillis⁷².

[242] Au total, on peut suspecter les tarifs cibles CCAM d'être désormais largement obsolètes. Il n'est pas sûr que les tarifs cibles donnent des indications pertinentes pour faire évoluer les tarifs réels des actes.

⁶⁹ Entretien avec le professeur Larue Charlus, président de la commission de la hiérarchie des actes, 18 janvier 2012.

⁷⁰ http://biblio.hmr.qc.ca/Publications_pdf/S/syndrome_tunnel_carpien_chr014.pdf

⁷¹ La part des actes techniques des ophtalmologistes est passée de 47% en 2006 à plus de 55% en 2008 – Point de repère n°26, décembre 2009, CNAMTS.

⁷² La mission regrette de s'en tenir à des conjectures sur l'effet de la non réévaluation des coefficients de charges. Elle avait envisagé d'entreprendre de recalculer les coefficients de charges pour certaines spécialités. Malheureusement les données nécessaires pour effectuer ce calcul n'étaient pas disponibles.

3.2. Une procédure d'inscription des actes nouveaux contestée

- [243] Si la CCAM dans sa dimension hiérarchisation/valorisation n'a pas été maintenue pour les actes anciens, elle se devait toutefois d'accueillir les actes nouveaux pour permettre d'intégrer les progrès médicaux et pour garder sa valeur descriptive des pratiques.
- [244] Ainsi une nouvelle classification des actes de radiothérapie externes prévue pour 2006 (suppression de 48 actes et inscription de 32 nouveaux actes) a été introduite le 1/05/2010. Cette mise à jour n'est que partielle. Elle concerne les libellés et la hiérarchisation. Faute de données fiables sur les coûts de la pratique, ces actes ne sont pas associés à un tarif cible. Ils sont rémunérés à un tarif conservatoire.
- [245] Il en est de même pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologique (95 libellés) introduits, sans tarif cible, dans la CCAM le 25/05/2010.
- [246] Par ailleurs, entre la version 1 de la CCAM et la version 25 actuelle, environ 80 actes ont été introduits dans la CCAM et 21 retirés.
- [247] Les conditions d'introduction des actes nouveaux dans la CCAM est source de tensions et d'incompréhension⁷³. Elle est pilotée de fait par la CNAM. La CNAM prend l'initiative de soumettre un acte nouveau à la HAS, elle anime les travaux nécessaires à la hiérarchisation qui seront soumis à la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), elle décide de l'inscription.
- [248] Les principales critiques adressées à cette procédure sont la longueur des délais, le manque de transparence et l'absence de prise en considération, sans motivation formalisée, d'actes validés par la HAS. Les limites de la procédure actuelle sont sensibles également dans le secteur hospitalier dans la mesure où si l'acte est pratiqué sans être inscrit à la CCAM, les séjours peuvent ne pas être rémunérés.
- [249] Un groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS a d'ailleurs été constitué en 2005. Il a travaillé de 2005 à 2008 avant d'interrompre ses travaux.
- [250] Les délais s'expliquent par les difficultés de la procédure d'instruction pour la HAS. Ils sont aussi interprétés par les acteurs comme l'effet du peu d'empressement de la CNAM à introduire des actes nouveaux du fait des enjeux budgétaires des inscriptions.
- [251] Le fait que l'organisme en charge de la maîtrise des dépenses ait la maîtrise entière du processus peut, à tort ou à raison, faire craindre un conflit d'intérêt.
- [252] Ces constats militent pour qu'une équipe dédiée, indépendante de la CNAM, prenne en charge la procédure d'actualisation de la nomenclature. Il faut en effet que les moyens consacrés à la gestion de l'introduction des actes nouveaux soient préservés et que l'objectif des personnels qui s'y consacrent soit exclusivement la qualité descriptive de la classification.
- [253] Ils militent aussi pour une inscription des actes à la nomenclature sur la seule base d'un avis positif de la HAS. Les difficultés éventuelles pour hiérarchiser l'acte et le tarifier en libéral ne doivent pas faire obstacle à sa pratique à l'hôpital.
- [254] Globalement, depuis 2004, l'inscription d'un acte relève, sauf exception, du collège des directeurs de l'UNCAM, elle devrait relever en dernière instance, à l'instar des décisions relatives à la prise en charge des médicaments, du (des) ministre(s).

3.3. Les raisons de la non maintenance

- [255] L'absence de maintenance globale de la CCAM pourrait s'expliquer par des questions de moyens, les personnels affectés à la CCAM au sein du département des actes médicaux (DACT) ont été employés dans d'autres domaines (programme de maîtrise médicalisée...). Mais il semble que ce ne soit pas la raison fondamentale.

⁷³ Voir l'annexe 2.B : L'introduction d'actes nouveaux.

- [256] La CNAM consciente dès l'origine des difficultés à converger vers les tarifs cibles a considéré que la CCAM n'était qu'un élément parmi d'autres de la politique tarifaire pour ce qui concerne les actes techniques. Son actualisation n'était donc pas une priorité.
- [257] De plus, dès lors que la mise en œuvre des tarifs cibles de la CCAM était asymétrique, toute actualisation de la CCAM était potentiellement inflationniste. Un ajustement à la hausse de certains actes entraînait une revendication potentielle (accession progressive au tarif cible) alors que les ajustements à la baisse n'étaient pas une promesse d'économie (principes qu'aucun acte ne doit être perdant). Dans ce contexte, on comprend le peu d'empressement de la CNAM, légitimement soucieuse de maîtriser l'évolution des dépenses, à mettre en œuvre l'actualisation prévue de la CCAM.

4. LES REVENUS PAR SPECIALITE

- [258] La CCAM avait pour objectif l'équité et plus particulièrement l'équité entre spécialités. Elle vise à approcher l'équité analytiquement en s'assurant que chaque acte unitaire est rémunéré de manière cohérente. Il est possible aussi d'aborder la question de l'équité, globalement, en comparant les niveaux de revenu par spécialité. Toutefois, si on se limite à cet aspect, la pertinence de la rémunération de tel ou tel acte n'est plus prise en compte.
- [259] De fait, l'UNCAM, pour les négociations tarifaires avec les représentants des médecins, s'appuie sur les indications fournies par la CCAM mais aussi sur les données relatives aux revenus des diverses spécialités. L'utilisation de cette référence permet d'apprécier les revenus relatifs des diverses professions, une plus grande homogénéité des niveaux de revenus pouvant être associée, en première analyse, à une plus grande équité.
- [260] Approcher l'équité à partir du montant des revenus a l'avantage d'appréhender l'ensemble de l'activité libérale (actes cliniques et techniques, activité non facturée) et de ne pas limiter la visée de l'équité à la seule rémunération des actes techniques.
- [261] Pour apprécier les revenus nets par spécialité de l'activité libérale, on applique aux données d'honoraires fournies par les régimes d'assurance maladie, un taux de charges qui est obtenu par retraitement par l'INSEE des déclarations fiscales des médecins. La DREES publie ainsi régulièrement des revenus nets par spécialité⁷⁴.
- [262] Pour autant, au regard de l'équité, les données de revenus ne donnent que des indications qu'il convient d'interpréter avec précaution :
- les revenus par spécialité sont fournis sans référence à la durée et à l'intensité du travail. Or le temps de travail moyen et son intensité moyenne peuvent varier selon les spécialités. Le cumul entre activité libérale et activité salariée dont le niveau est hétérogène entre spécialité est une des variables parmi d'autres (répartition par sexe, vieillissement relatif, contraintes particulières de l'exercice...) qui conduisent à ces différences. Une différence de revenu n'est pas inéquitable si elle correspond à des charges de travail différentes ;
 - les revenus sont fournis sans distinction entre médecins de secteur 1 et médecins de secteur 2. Cet amalgame réduit la portée des enseignements que l'on peut tirer d'éventuelles différences de revenu pour apprécier la pertinence du niveau des tarifs sécurité sociale. Les différences de revenus peuvent en effet provenir de différences dans les niveaux de dépassements ;
 - la décomposition en sous-spécialités des données publiées est contrainte par la nécessité de faire correspondre la classification fiscale (utilisé pour les charges) et la classification CNAMTS (utilisé pour les honoraires). Cette contrainte peut aboutir à amalgamer des sous-spécialités dont le mode d'exercice est différent ;

⁷⁴ Voir la dernière publication en date V. Bellamy "Les revenus des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010". DREES Etudes et Résultats, n°786, décembre 2011.

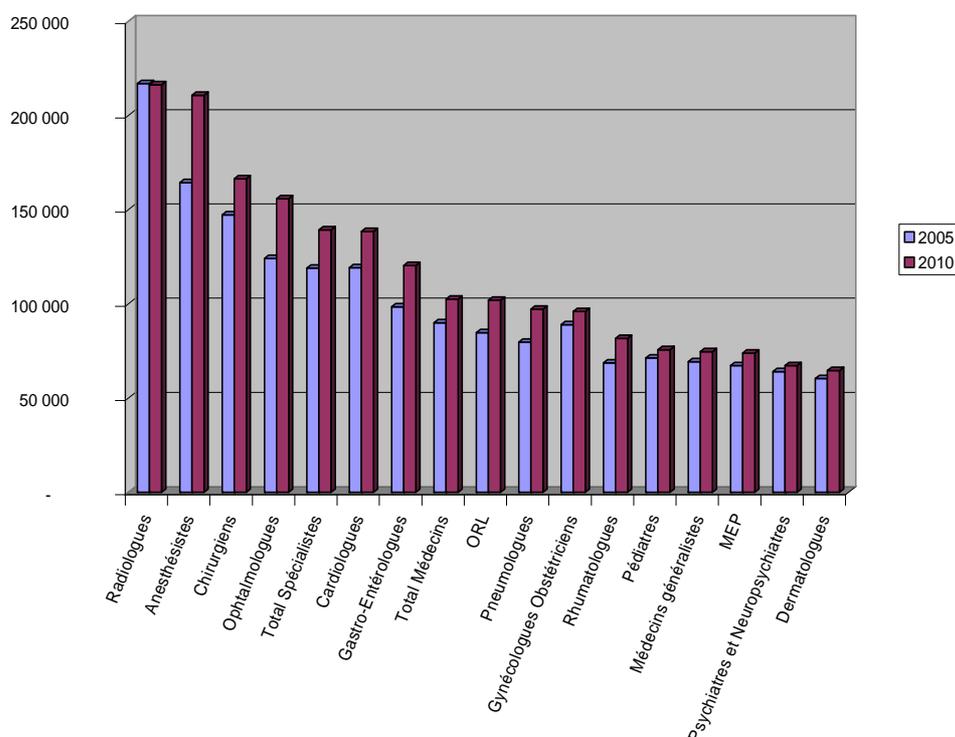
- difficulté plus conjoncturelle, les taux de charges récents n'ayant pas pu être fournis par l'INSEE, les taux de charges appliqués aux années 2008 à 2010 sont relatifs à l'année 2007. Même si la DREES note que les taux de charges sont globalement stables, ce retard nuit à la pertinence des données. Enfin le taux de charges utilisé est déduit des déclarations de bénéficiaires BNC, il est appliqué aux honoraires de tous les médecins même ceux qui exercent en SEL. Si les charges des médecins en BNC sont supérieures (inférieures) à celles des médecins exerçant en SEL, on obtient une image minorée (majorée) des revenus pour les spécialités où l'exercice en SEL est développé. Cette difficulté concerne pour l'essentiel les spécialités investissant dans des plateaux techniques lourds tels que les cardiologues interventionnels ou les radiologues.

[263] Enfin la DREES prend en compte l'ensemble des médecins ayant perçu des revenus libéraux dans l'année, elle englobe donc les médecins qui ont débuté ou cessé leur activité dans l'année ainsi que les hospitaliers temps plein ayant une activité libérale a priori limitée. La CNAMTS calcule pour sa part des revenus pour les médecins "actif à part entière" (APE). Elle ne prend en compte que les honoraires des médecins actifs toute l'année, de moins de 65 ans et qui n'exercent pas à temps plein à l'hôpital. Les revenus ainsi calculés paraissent plus pertinents pour mesurer les écarts de revenu tirés de l'activité libérale, nous les utiliserons par la suite.

[264] Il s'agit d'apprécier si, sur la période récente, les revenus des diverses spécialités ont convergé et quel est l'impact de la politique tarifaire sur l'évolution des revenus relatifs des diverses spécialités.

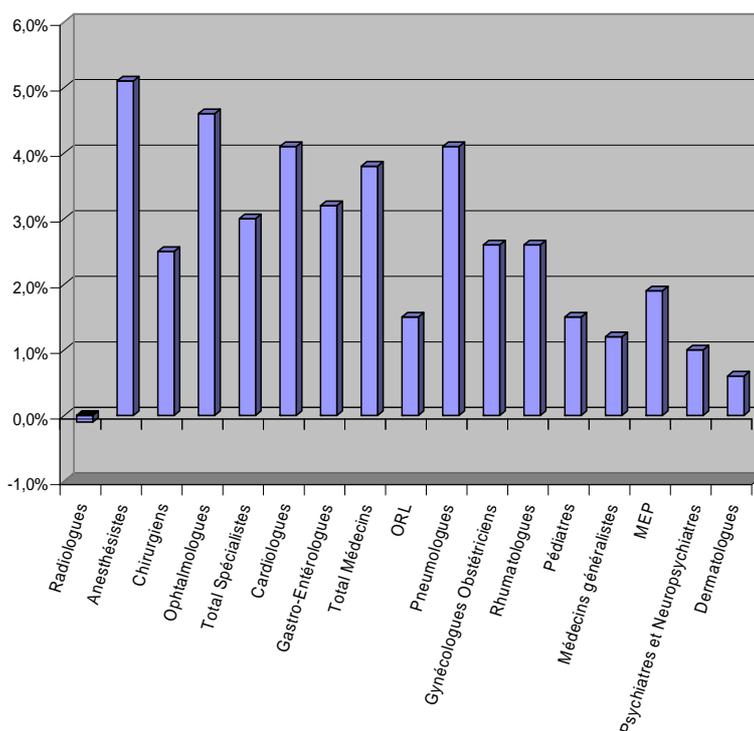
[265] Les tableaux suivant présentent en euros courants, les revenus par médecin APE des diverses spécialités entre 2005 et 2010 et le taux de croissance moyen annuel de ces revenus.

Graphique 5 : Revenus moyens des médecins APE en euros courants par spécialité en 2005 et 2010



Source : Calcul de la mission à partir de données CNAM et DREES

Graphique 6 : Taux de croissance annuel des revenus en euros courants sur la période 2005-2010 par spécialité⁷⁵.



Source : Calcul de la mission à partir de données CNAM et DREES

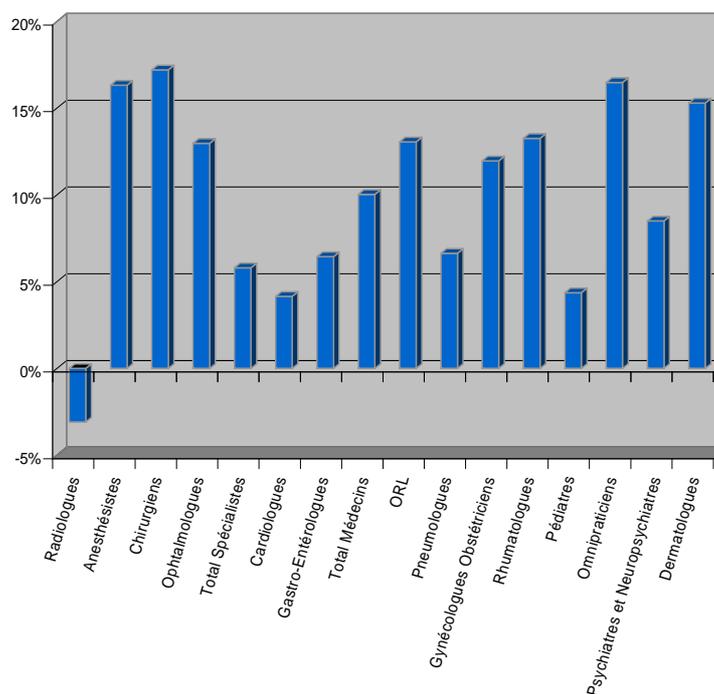
[266] En termes d'homogénéité des revenus entre spécialité, on note que la spécialité la plus favorisée en 2005, les radiologues, a vu ses revenus stagner en francs courants sur la période. Les spécialités qui ont connu les plus fortes hausses de revenu sur la période sont des spécialités à dominante technique dont les revenus étaient déjà parmi les plus élevés en 2005 (anesthésie, ophtalmologues, cardiologues). Les revenus des spécialités cliniques (pédiatres, généralistes, psychiatres, dermatologues) qui figuraient parmi les plus faibles revenus ont vu leur revenu augmenter moins que ceux de ces spécialités techniques.

[267] Pour les raisons évoquées plus haut, l'hétérogénéité des revenus n'est pas directement une marque d'iniquité de la tarification. Toutefois, dès lors que les données de revenus sont utilisées comme un repère dans la négociation, il est pertinent de noter que cette hétérogénéité ne se réduit pas sensiblement sauf pour ce qui concerne les radiologues.

⁷⁵ Sur la période, le taux de croissance annuel moyen des prix s'élève à 1,9%. On constate donc des diminutions de pouvoir d'achat pour certaines spécialités (ORL, dermato., généralistes...)

- [268] L'évolution des revenus ne dépend pas simplement de l'évolution des tarifs, seul élément que l'UNCAM maîtrise dans le cadre des négociations avec les représentants des médecins. L'évolution des revenus de chaque spécialité dépend aussi de l'évolution de l'activité, de la modification de la structure des actes, de la dynamique des taux de charges, du rythme d'augmentation des dépassements. Pour apprécier l'impact spécifique de la politique tarifaire conduite par l'UNCAM, il est possible de se baser sur l'évolution en prix des éléments de rémunération. Cet indice de prix est calculé par la CNAMTS à partir de la prise en compte de tous les éléments d'évolution tarifaire.
- [269] Il s'agit d'apprécier si la CNAMTS, à travers la politique tarifaire, a contribué à la convergence des revenus. Les effets prix par spécialité en euros courants sont présentés dans le tableau suivant.

Graphique 7 : Effets prix par spécialité sur la période 2005 -2010



Source : Calculs de la mission à partir de données CNAMTS

- [270] Les évolutions tarifaires retracées dans ce tableau sont concentrées sur le début de la période (2005-2008). Depuis le début de la crise économique, les évolutions de tarifs sont très limitées. Ce tableau n'intègre pas, faute de données, l'année 2011 mais il convient de noter que cette année a été marquée par une hausse de 1€ du C des généralistes.
- [271] La lecture de tableau fait apparaître que la politique tarifaire conduite a visé à peser sur les revenus des radiologues (effets prix négatif -3 %). Elle semble avoir été tournée également vers la revalorisation des spécialités cliniques (omnipraticiens, dermatologues notamment avec des effets prix de 16 % et 15 %) ⁷⁶ mais elle a aussi été favorable aux chirurgiens (effets prix de 17 % liés notamment à la volonté de rééquilibrer secteur 1 et secteur 2). On note aussi qu'elle a été relativement favorable à des spécialités dont les revenus étaient parmi les plus élevés (ophtalmologues, anesthésistes).

⁷⁶ Malgré un fort effet-prix, les généralistes perdent du pouvoir d'achat sur la période 2005/ 2010 (TCAM des revenus de 1,2 % pour un TCAM des prix de 1,9%).

- [272] Au total, même si se dégagent quelques lignes de force (volonté de réduire l'avantage revenus des radiologues, souci de revaloriser les spécialités cliniques), il est très difficile de décrypter la logique de la politique tarifaire qui, d'ailleurs, plus qu'une politique, est la résultante d'un rapport "partenarial/ conflictuel" entre l'UNCAM et les syndicats médicaux et, de fait, à travers eux avec les diverses spécialités.
- [273] Quelles que soient les évolutions de la CCAM (cf. infra) dans la mesure où les données de revenus orientent les décisions tarifaires, il est, en tout état de cause, nécessaire d'investir dans la connaissance des revenus. On a déjà évoqué les limites des statistiques utilisées actuellement. La CNAM et la DREES doivent donc, en sus des données déjà disponibles, établir par spécialité et de manière actualisée, un revenu des seuls médecins secteur 1 ayant une activité standard c'est-à-dire correspondant à une activité à temps plein (autour de 55 heures) pour un médecin. Même si cette statistique ne permettrait pas de prendre en compte l'intensité du travail, elle permettrait au moins de comparer pour une durée de travail homogène la rémunération de chaque spécialité sur la base de tarifs opposables.

5. LES SCENARIOS D'EVOLUTION

- [274] Après avoir décrit l'histoire de la CCAM et l'évolution des revenus des spécialités, il nous a paru nécessaire pour ordonner la réflexion de décrire plusieurs scénarios contrastés pour l'évolution de la CCAM.
- [275] Le cadre général commun à ces scénarios est constitué par les difficultés des finances publiques en général et par celle de l'assurance-maladie en particulier. Nous n'évoquerons pas de scénario de "convergence par le haut". Si d'ailleurs des marges de manœuvre sont disponibles, les données sur les revenus évoquées précédemment suggèrent qu'elles devraient être affectées en priorité aux actes cliniques.
- [276] Nous avons construit ces scénarios même si la convention médicale de 2011 semble donner des orientations sur l'avenir de la CCAM. Selon l'article 28.1, les parties "conviennent de la nécessité de redéfinir de nouveaux tarifs cibles". Cet article prévoit aussi que sera défini "une nouvelle méthodologie de tarification au cours de l'année 2012". La lecture du texte pourrait laisser croire qu'un nouveau travail méthodologique va être entrepris en 2012 pour aboutir à de nouveaux tarifs. Des contacts de la mission avec les signataires, il ressort que cette lecture littérale des termes de la convention ne rend pas compte de leurs intentions. Pour la CSMF, il faut lire dans ces dispositions la confirmation que les tarifs des actes perdants ne baisseront pas. Pour la CNAMTS, il faut lire que pour certains actes, non encore précisés, l'évaluation des points travail pourrait être revue. Par ailleurs, le fait que le groupe méthodologique dont cet article prévoyait qu'il serait réuni avant la fin 2011, n'ait pas été constitué montre que les engagements pris dans cet article sont d'une faible portée pratique.
- [277] La mission IGAS devant l'incertitude sur l'avenir de l'outil CCAM a donc considéré qu'il y avait place pour envisager plusieurs scénarios contrastés. Trois scénarios seront décrits (5.1) avant de proposer une appréciation de leurs mérites et limites relatifs (5.2).

5.1. Les scénarios

- [278] De l'avis unanime des médecins rencontrés par la mission, la réalisation de la CCAM a permis un progrès majeur et indispensable dans la description de l'activité médicale. Les données issues du codage CCAM permettent de connaître la nature, le lieu de réalisation et la fréquence des actes techniques médicaux réalisés par les médecins selon leur spécialité, ainsi que les honoraires médicaux qui en découlent. Les données sont analysées par le DAcT et présentées 3 fois par an dans le cadre de l'observatoire de la CCAM. Ces données font l'objet de publications annuelles de l'assurance maladie⁷⁷. Il s'agit essentiellement de mesurer les impacts budgétaires des décisions tarifaires et des évolutions de pratiques. C'est ainsi qu'ont été observés des effets de substitution d'actes cliniques par des actes techniques (traitement non chirurgical des varices par exemple) et que le coût de l'introduction d'un acte nouveau a pu être mesuré (exemple de l'ostéodensitométrie). Le suivi de certaines recommandations de la HAS a aussi pu être évalué (radiographies du crâne).
- [279] Les objectifs initiaux d'analyse des bases de données à des fins épidémiologiques n'ont pas fait l'objet, à notre connaissance, de projets identifiés.
- [280] Pour autant, la qualité descriptive de la CCAM est altérée par les dysfonctionnements de la procédure relative aux actes nouveaux d'où la nécessité, déjà évoquée, déjà évoquée, de constituer une équipe, indépendante de la CNAM dédiée à l'animation de cette procédure et de poser que tout acte validé par la HAS doit être inscrit à la nomenclature.
- [281] Les scénarios décrits sont donc relatifs à la fonction tarifante de la CCAM qui en tant qu'instrument descriptif de la pratique des médecins doit en tout état de cause perdurer.
- [282] Chaque scénario vise à illustrer une logique globale. Il est clair que chacun d'entre eux peut faire l'objet de variantes multiples. Trois scénarios sont proposés :
- un scénario qui prolonge les tendances actuelles
 - un scénario de refondation de la CCAM
 - un scénario de refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée

5.1.1. Le prolongement de la tendance

- [283] Le principe qu'aucun acte ne doit pas être perdant continue à prévaloir et la convergence continue à être reportée *sine die*.
- [284] Dans ce contexte, l'actualisation de la hiérarchie CCAM (points travail, coût de la pratique) n'est pas un impératif majeur puisque l'objectif qui la justifie (l'équité de la rémunération des actes) ne sera pas en tout état de cause atteint. Elle constitue une opération plutôt « risquée » pour les finances publiques car elle fera apparaître que des actes doivent être revalorisés alors même que les actes potentiellement perdants (sur lesquels les revalorisations pourraient être gagées en tout ou en partie) sont de fait sanctuarisés.
- [285] Dans ce contexte, aucun investissement fort n'est engagé pour réactualiser la hiérarchie des actes même si les actes nouveaux continuent à être intégrés dans la hiérarchie. Des opérations ponctuelles de réévaluation, égrenées dans le temps, sont engagées. En l'absence d'investissement soutenu et systématique, les domaines traités sont ceux pour lesquels s'exercent la plus forte pression des professionnels, c'est-à-dire plutôt sur les domaines où la réévaluation est à leur avantage.
- [286] Pour autant, au niveau global, le degré d'obsolescence de la CCAM augmente avec le temps. Elle devient de moins en moins une référence pertinente pour apprécier le niveau des tarifs.

⁷⁷ Publications de la CNAMTS : « Points de repère » n° 14, 21,26, 31,36.

- [287] La négociation conventionnelle s'organise comme actuellement tant autour du niveau relatif des revenus de chacune des spécialités qu'à partir des indications vieillies fournis par la CCAM. Elle aboutit à des discussions ciblées sur les spécialités "avantagées" lorsque les tensions sur l'ONDAM exigent des économies. Si des marges de manœuvre tarifaires apparaissent, elles sont attribuées aux actes des spécialités désavantagées. La négociation tarifaire n'est pas organisée, les seuls rendez-vous obligatoires sont les échéances conventionnelles. Entre les échéances conventionnelles, les tensions avec telle ou telle profession peuvent contraindre à des négociations ponctuelles avec telle ou telle spécialité à l'exemple de l'épisode concernant la chirurgie en 2006/2007.
- [288] Ce scénario, on le répète, n'exclut pas une maintenance des libellés à finalité descriptive de la CCAM qui est utile pour la connaissance de l'activité en ville et la maintenance de la classification en GHM utilisé par la T2A.

5.1.2. Refondation de la CCAM

- [289] L'objectif d'équité lié à la CCAM est pleinement assumé, l'idée que le tarif de certains actes peut baisser est admise.
- [290] Le fait que la CCAM puisse effectivement contribuer à une meilleure équité des rémunérations justifie que l'on investisse dans son actualisation et dans sa maintenance.
- [291] En tout état de cause, une réactualisation de la hiérarchie de l'ensemble des actes s'impose, Converger vers des cibles largement obsolètes n'aurait que peu de sens. Un travail préalable avec les représentants des médecins sur les points problématiques de la méthodologie constitue certainement un préalable à l'opération de réévaluation. Il convient de reprendre la réflexion sur les coûts de la pratique notamment sur la manière de constituer des données de charge sur des spécialités ou sous-spécialités homogènes.
- [292] Un calendrier contraignant de convergence (trois à quatre ans) à partir de la situation initiale qui vaut tant pour les actes perdants que gagnants est établi. Il s'impose aux acteurs.
- [293] Cet exercice de réévaluation est prolongé par une actualisation régulière des actes à un, rythme de trois à cinq ans pour les points travail⁷⁸ et annuelle pour les coûts de la pratique⁷⁹.
- [294] Cet exercice de réévaluation exige un investissement initial conséquent et son maintien pour assurer l'actualisation en routine de l'outil. Il mérite certainement qu'une équipe dédiée lui soit affectée. Il suppose la mobilisation d'un grand nombre d'experts médicaux.
- [295] Après la re-hiérarchisation initiale, le maintien en routine de la CCAM peut aboutir à des évolutions régulières de la hiérarchie CCAM (réévaluation des points travail, réévaluation annuelle des coefficients de charges). La logique du dispositif exige que les conséquences de ces évolutions soient traduites automatiquement dans les tarifs (éventuellement avec un délai préfixé en cas d'évolution majeure). L'enjeu est que les évolutions de tarifs liées aux évolutions de la hiérarchie des actes ne soient pas l'objet de négociations mais le simple résultat des travaux de hiérarchisation.
- [296] L'enjeu de négociation entre les représentants des médecins et l'UNCAM n'est que le facteur de conversion (FC) ; seul le FC a vocation à figurer dans le texte conventionnel. Les tarifs de chaque acte résultent de la décision de l'autorité qui assure la hiérarchisation des actes. Celle-ci en prenant en compte le FC issu de la négociation conventionnelle et les paramètres qu'elle a établi (point travail par acte, coefficient de charges) est en position d'établir le tarif.

⁷⁸ Bien évidemment le rythme d'actualisation des actes doit être proportionné aux enjeux

⁷⁹ Une révision annuelle est la garantie que l'on ne laisse pas se creuser des écarts qu'il est ensuite d'autant plus difficile de combler qu'ils sont importants.

- [297] A cet égard, pour marquer l'indépendance des deux processus, il est souhaitable que la hiérarchisation des actes soit confiée à une entité autonome, distincte de la CNAM, celle-là même, déjà évoquée, qui en tout état de cause doit être chargée de l'introduction des actes nouveaux et de la qualité descriptive de la CCAM.
- [298] Le cadre de la négociation conventionnelle est ainsi profondément modifié. Pour les actes techniques, l'UNCAM négocie globalement avec l'ensemble des médecins et n'entre plus dans des discussions séparées avec telle ou telle spécialité.
- [299] Ce scénario suppose que la hiérarchisation des actes soit "objective". Du fait des enjeux financiers associés à ces travaux, cette neutralité sera bien évidemment difficile à obtenir. La détermination des points travail de tel ou tel acte mobilise nécessairement des médecins pour porter des appréciations qui comportent une part de subjectivité (facteurs stress, effort mental, compétences techniques) alors même que leurs intérêts financiers ou professionnels sont plus ou moins directement engagés dans les décisions qu'ils contribuent à prendre. Le calendrier de maintenance des actes constitue lui-même un enjeu : une spécialité qui a accompli des progrès de productivité dans la réalisation de tel ou tel acte a tout intérêt à ce que le réexamen de cet acte soit reporté.
- [300] Dans la logique de ce scénario, il faut faire l'hypothèse que l'entité en charge de la hiérarchisation saura organiser le débat entre les différentes spécialités pour que s'exerce un contrôle croisé entre spécialités, qu'elle aura par elle-même une autorité suffisante pour réguler les stratégies d'intérêt des acteurs, qu'elle mobilisera des capacités techniques susceptibles de lui donner une certaine indépendance par rapport aux représentants des spécialités⁸⁰.
- [301] Il convient donc de constituer une équipe indépendante de la CNAM en charge d'actualiser la nomenclature, de conduire les opérations de réévaluation des points travail et de maintenir les coûts de la pratique (comme l'ATIH assure cette fonction pour la classification des GHS et l'échelle nationale des coûts).
- [302] La CHAP pourrait dans cette hypothèse conserver le rôle qu'elle joue aujourd'hui en matière d'orientation générale des travaux méthodologiques, de définition des priorités de travail et d'instance de validation des travaux techniques effectués⁸¹.

5.1.3. Refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée

- [303] Le cadre général de ce scénario est similaire à celui évoqué précédemment mais s'effectue dans le cadre d'une enveloppe fermée déterminée dans le cadre de l'ONDAM « soins de ville »⁸².
- [304] L'enjeu au niveau global n'est plus de déterminer le FC, soit la valeur du travail médical, mais le montant global des dépenses consacrées aux actes techniques. Le FC n'est pas une variable de décision mais se déduit « mathématiquement » du montant de l'enveloppe et d'une prévision en volume.
- [305] C'est la logique qui prévaut aujourd'hui pour les hôpitaux publics et les cliniques privées. Le niveau général des tarifs des GHS se déduit du rapprochement entre l'enveloppe fixée dans le cadre de la LFSS et une prévision en volume (cf. supra partie relative à la T2A)⁸³.

⁸⁰ Aux Etats-Unis, l'American Medical Association joue un rôle majeur dans la hiérarchisation des actes et il semble que le rapport de force entre spécialité biaise le processus. Voir l'annexe 2 A et P. Ginsburg, R. Berenson. "Revising Medicare's physician fee schedule. Much activity for little change". *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

⁸¹ Voir annexe 2 C : La commission de hiérarchisation des prestations et des actes (CHAP) et l'observatoire de la CCAM.

⁸² Pour un exemple d'un dispositif visant à réguler par une enveloppe, les tarifs médicaux voir annexe 2.A : La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis.

⁸³ Plus précisément, l'enveloppe fixée dans le cadre de la LFSS couvre l'ensemble des dépenses pour les établissements de santé publics et privés tarifés à l'activité. De cette enveloppe, sont déduites certaines dépenses particulières (MIGAC, urgence...) pour constituer l'enveloppe consacrée au financement des

- [306] Cette logique ne s'applique pas actuellement aux soins de ville. S'il existe bien un sous-objectif "soin de ville" inclus dans l'Objectif national d'assurance maladies (ONDAM) voté par le Parlement, il englobe des secteurs et des professions qui obéissent chacun à une logique propre (médicaments, transports, indemnités journalières, médecins, infirmières ...). Cette enveloppe est construite à partir d'hypothèses sur chacun de ces sous-secteurs mais ces sous-enveloppes ne sont pas contraignantes et autorisent en cours d'années des « compensations » entre l'un et l'autre des domaines. Le système est souple, il autorise la négociation avec chaque acteur même si, du moins en théorie⁸⁴, toute dépense concédée dans un domaine est gagée sur les possibilités de dépenses d'un autre. Les actes techniques sont un de ces sous-domaines.
- [307] On peut envisager d'appliquer la logique de l'enveloppe fermée aux actes techniques.
- [308] Cette hypothèse de l'enveloppe fermée change le contexte dans lequel se déploie la CCAM technique. Elle assure que les travaux de hiérarchisation des actes sont sans influence sur l'évolution globale des dépenses liées aux actes techniques. Quelles que soient les décisions prises en termes de hiérarchisation et/ou de convergence, l'ajustement par le facteur de conversion assure le respect des enveloppes financières.
- [309] Ce scénario permet donc *a priori* de déléguer plus largement au corps médical et à ses représentants le soin de hiérarchiser les actes et de réaliser en son sein les arbitrages entre spécialités. La question de l'équité entre médecins est déléguée aux médecins.

5.2. Mérites et limites de chacun des scénarios

5.2.1. Un scénario 3 irréaliste

- [310] La scénario 3 a été évoqué par souci d'exhaustivité dans l'exploration des possibles mais ne paraît pas réaliste.
- [311] Il est difficile d'envisager qu'un sous-objectif soit fixé pour un des éléments des soins de ville (les actes techniques) sans envisager d'appliquer la même procédure pour les autres composantes de cet objectif.
- [312] Or multiplier les sous-objectifs ferait peser une contrainte forte sur le débat autour de l'ONDAM.
- [313] Actuellement, le flou relatif qui entoure les évolutions de chacune composantes de l'objectif soins de villes permet de laisser subsister une incertitude qui d'une part permet aux gestionnaires (UNCAM, CEPS, ministère...) d'ajuster leurs décisions en fonction des circonstances, d'autre part entretient parmi les parties prenantes (industrie du médicament, diverses professions de santé...) l'idée qu'elles disposent, dans un cadre contraint globalement, de possibilités pour faire prévaloir leurs intérêts propres dans le dialogue avec les pouvoirs publics. L'absence de sous-objectifs au sein de l'ONDAM soins de ville crée une illusion de liberté mais il s'agit d'une illusion utile.
- [314] Il faudrait afficher des taux d'évolution annuels très différents selon les composantes des soins de ville, qui répondent à des dynamiques différentes. Or, pour des raisons d'affichage, il y aurait une pression pour aligner les taux d'évolution comme cela est constaté aujourd'hui entre « ville » et « hôpital », pour lesquels il est politiquement difficile d'afficher des taux d'évolutions divergents.
- [315] Fixer des sous-enveloppes contraignantes au sein de l'objectif soin de ville conduirait à reporter les tensions et les débats au niveau du débat parlementaire sur l'ONDAM. Il placerait le Parlement en arbitre des intérêts attachés à chacun des composantes de l'ONDAM. On peut penser que telle n'est pas sa fonction.

activités rémunérées à l'activité. Le niveau des tarifs est fixé à partir d'une enveloppe. Ainsi, après quelques détours, c'est bien l'enveloppe décidée par le parlement qui détermine le niveau des tarifs ;

⁸⁴ En pratique l'ONDAM soins de ville est parfois dépassé.

[316] Pour ce qui concerne les médecins, on peut penser que ce scénario d'une part serait plus transparent par un affichage clair des sommes dont ils pourront disposer dans le cadre de l'ONDAM, d'autre part permettrait d'envisager qu'ils disposent à travers leurs représentants de plus d'autonomie pour hiérarchiser le prix des actes. Pour autant, cette procédure reviendrait sous une forme plus complexe (ce n'est pas les tarifs qui s'ajustent mais le niveau du facteur de conversion) à réintroduire un mécanisme d'ajustement prix-volume auxquels ils se sont opposés au début des années 2000. Laisser une large autonomie aux représentants du corps médical pour gérer la hiérarchie des actes les place dans la situation difficile de devoir organiser et réguler la confrontation des intérêts des diverses spécialités.

5.2.2. Mérites et limites des scénarios 1 et 2

[317] L'appréciation des scénarios 1 et 2 peut s'établir à partir de plusieurs perspectives.

5.2.2.1. Les moyens mobilisés

[318] Le scénario 2 dans la mesure où il suppose une réactualisation et une maintenance continue de la CCAM suppose de mobiliser des moyens plus conséquents que le scénario 1 pour ce qui concerne tant l'équipe technique en charge du processus que les experts médicaux qu'il faudra mobiliser.

[319] Il faut toutefois tenir compte du fait que la maintenance peut être priorisée dans la mesure où 90% des remboursements correspondent à moins de 10% des libellés d'actes.

[320] Le coût de cette mobilisation est difficile à évaluer pour ce qui est de la mobilisation des experts médicaux : à l'origine de la CCAM, leur participation était indemnisée. La mission a interrogé la CNAMTS sur le coût de réactualisation de la CCAM. Celle-ci n'a pas procédé à une telle évaluation. Toutefois, pour l'équipe technique, il semble qu'il faille tabler sur une équipe de 10 personnes qui s'appuierait sur des expertises médicales sollicitées auprès des conseils nationaux professionnels.

[321] Cet élément ne semble pas en tout état de cause déterminant dans le choix à opérer.

5.2.2.2. L'objectif d'équité

[322] Le scénario 2 permet *a priori* d'introduire une plus grande équité dans la rémunération des actes. Il renoue avec l'ambition initiale de la CCAM.

[323] Pour autant, (Cf. supra 11 Objectif) l'équité dans la rémunération des actes techniques ne garantit pas une équité plus générale (existence du secteur 2, rapport du temps facturé au temps travaillé, part des actes cliniques...).

[324] Par ailleurs, l'objectif d'équité risque d'être contradictoire avec d'autres objectifs : la mise en place de la majoration provisoire des chirurgiens montre que le souci de maîtriser les effets du secteur 2 peut conduire à s'écarter *a priori* de "l'équité" stricte qui résulte de la CCAM technique.

[325] La préoccupation d'équité n'est pas absente du scénario 1 même si elle s'y matérialise de manière plus pragmatique à travers des négociations qui prennent en compte de manière souple tant les indications fournies par la CCAM que les données sur les revenus.

[326] Il n'est resté pas moins qu'en termes d'équité des rémunérations, du moins pour les actes techniques, le scénario 2 peut être considéré comme supérieur au scénario 1.

5.2.2.3. La maîtrise de l'évolution des dépenses

- [327] Du point de vue des finances publiques, il est légitime d'apprécier les deux scénarios quant à leurs conséquences en termes de maîtrise de l'évolution des dépenses.
- [328] Dans le scénario 1, l'évolution des dépenses (hors décision tarifaires) dépend de l'évolution du volume des actes et de l'introduction d'actes nouveaux. La CNAM n'a pas *a priori* de moyens d'action propres pour réguler une évolution des dépenses qui serait considérée comme excessive : les tarifs des actes dépendent de la négociation conventionnelle. Toutefois quand le respect de l'ONDAM l'exige, il lui est demandé d'agir (Cf. mesures d'ajustement prises après l'alerte de 2007, exigences d'économies associées au PLFFS 2012) et elle intervient soit à travers des règles annexes (règle sur les associations d'actes), soit à travers les forfaits techniques, soit à partir d'une négociation séparée, ciblée pour telle ou telle spécialité (Cf. radiologie fin 2011-2012). A l'inverse, lorsqu'il apparaît possible d'augmenter les tarifs, elle les répartit à partir des données sur les revenus (revalorisation de certains actes cliniques) et à partir des indications de la CCAM. Le facteur de conversion qui avait vocation à être en théorie la variable de décision et de négociation n'a pas évolué.
- [329] Dans le scénario 2, l'évolution des dépenses (hors décision tarifaire) dépend de l'évolution du volume d'actes et de l'introduction d'actes nouveaux comme dans le scénario précédent. Mais à la différence du scénario précédent, les décisions de maintenance de la hiérarchie des actes (réévaluation des points travail, actualisation du coût de la pratique) peuvent avoir un effet d'augmentation ou de diminution de la dépense.
- [330] Il est délicat de se prononcer *a priori* sur l'effet qu'aurait la maintenance de la CCAM sur l'évolution des dépenses.
- [331] Pour ce qui concerne la maintenance des points travail, il est possible que certains actes se complexifient⁸⁵ (nouvelles exigence en termes de sécurité...) mais la situation la plus commune devrait être qu'avec le temps (effet d'apprentissage, amélioration progressive des techniques, délégation progressive des éléments de l'acte ...), la durée des actes diminue de même que l'intensité du travail (avec la banalisation progressive d'un acte lié à l'expérience de sa pratique, on peut penser que le stress et l'effort mental décroissent de même que l'appréciation portée sur la compétence technique nécessaire pour le réaliser). Pour autant, l'absence d'effet inflationniste suppose que les spécialités concernées acceptent de voir ratifier dans la hiérarchie des actes, leurs progrès de productivité et la banalisation progressive de leur pratique. On peut penser que ce ne sera pas leur propension naturelle. L'hypothèse qu'il n'y aura pas d'effet inflationniste à la réévaluation des points travail suppose qu'elle soit conduite de manière très rigoureuse.
- [332] Le coût de la pratique est mesuré à travers le coefficient de charges qui rapporte le montant des charges (numérateur) au nombre de points travail (dénominateur). Le numérateur du coefficient de charges a tendance en règle générale à augmenter (augmentation des loyers, des salaires...) mêmes si dans certains domaines il est possible d'envisager des baisses de prix (matériels...). Pour autant, du fait de la part des charges fixes ou semi fixes, il est possible que cet effet inflationniste soit limité par l'évolution du dénominateur, soit le nombre de points travail. Pour les spécialités dont le volume d'activité évolue fortement, il est ainsi possible que les coefficients de charges diminue (le numérateur évolue moins vite que le dénominateur). Le coefficient de charges peut jouer un rôle de modération dans le cas où l'activité évolue fortement soit dans ce cas, un effet bénéfique par rapport au scénario 1.

⁸⁵ Si l'acte change de nature, on est renvoyé à la problématique des actes nouveaux. L'hypothèse de complexification d'un acte existant est donc étroite.

- [333] Au total, le scénario 2, dans la mesure où il suppose une maintenance continue de la hiérarchie des actes, introduit une incertitude sur l'évolution des dépenses par rapport au scénario 1. Les effets inflationnistes de la maintenance seront *a priori* limités mais cela suppose une grande rigueur pour que les évolutions négatives pour certains actes soient au même titre que les évolutions positives prises en compte et transcrites en décision tarifaire. Si la procédure de maintenance est biaisée, elle s'avérera très certainement inflationniste.
- [334] Enfin, le scénario 2 par rapport au scénario 1 modifie les conditions de la négociation tarifaire. Dans ce scénario, il n'y a pas *a priori* place pour des discussions particulières (autour de tel acte, de telle spécialité) puisque de telles discussions viendrait contredire le travail de hiérarchisation réalisé dans la cadre de la CCAM. La négociation entre l'UNCAM et les représentants du corps médical pour les actes techniques a vocation à se focaliser sur le facteur de conversion qui on l'a vu n'est pas véritablement un enjeu dans le scénario 1.
- [335] Aussi, on peut craindre en termes de maîtrise des dépenses que la négociation soit plus délicate pour l'UNCAM qui se trouvera confronté à l'ensemble des spécialités coalisées pour faire valoir leurs revendications sur la valorisation de leur travail. Pour les médecins, cela interdit a priori les stratégies particulières de négociation de telle ou telle spécialité mais cela renforce leur force collective.
- [336] Au total, pour ce qui concerne la maîtrise des dépenses, le scénario 2 paraît plus risqué que le scénario 1.

6. LES RECOMMANDATIONS

- [337] Cette discussion des scénarios a permis de pointer les divers enjeux des différents scénarios.
- [338] Formuler une recommandation suppose de se prononcer sur la part que l'on donne d'une part à l'objectif d'équité qui conduit à privilégier le scénario 2 et d'autre part à l'objectif de maîtrise des dépenses qui conduit à préférer le scénario 1. La mission considère que les préoccupations liées à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour essentielles qu'elles soient, ne doivent pas l'emporter *a priori* sur le souci de rechercher une cohérence, même si ce n'est qu'une cohérence limitée, dans la rémunération des professionnels de santé. L'idée de rémunérer à l'occasion de chaque acte en fonction de l'effort réalisée reste une idée forte.
- [339] Aussi le scénario 2 paraît *a priori* plus rationnel et plus cohérent et mériterait d'être mis en œuvre. Pour autant, les conditions pour se faire ne semblent pas actuellement réunies pour s'engager dans cette refondation de la CCAM technique. Il n'y a de sens pour investir dans la refondation de l'outil que s'il est raisonnable de penser qu'il sera effectivement utilisé et si son utilisation n'est pas biaisée.
- [340] Bien évidemment, la mise en place du scénario 2 est plus facile si la diminution de la valeur de certains actes s'inscrit dans un contexte où il est possible de revaloriser globalement les actes techniques (augmentation du FC). A cet égard, il est probable, à moyen terme du moins, que les contraintes sur les finances publiques et donc sur l'ONDAM ne permettront pas une grande "générosité".
- [341] Dans ce contexte peu favorable, plusieurs conditions doivent néanmoins être réunies pour envisager de s'engager dans un processus de refondation de la CCAM :
- il faut tout d'abord qu'il soit admis qu'à l'issue d'une phase de réévaluation de la hiérarchie initiale des actes, des actes peuvent voir leur tarif diminuer même si, bien évidemment, cette diminution peut être étalée dans le temps ;

- il faut dégager un accord sur une procédure de maintenance de la CCAM qui garantisse que celle-ci ne sera pas biaisée par les rapports de force entre spécialités. Il faut pour cela définir un calendrier contraignant de réévaluation des divers actes qui assure une révision tous les trois ans des familles d'actes majeures et tous les cinq ans des familles d'actes moins importantes. Il faut s'accorder sur la constitution d'une équipe technique dédiée susceptible d'assurer le pilotage technique du processus. Il faut certainement placer ce processus et cette équipe sous le contrôle d'un comité dont les membres auraient collectivement une indépendance et une autorité suffisante pour garantir l'intégrité du processus et arbitrer les conflits éventuels. La CHAP aurait alors vocation à jouer à l'égard de travaux de cette équipe, le rôle d'orientation et de validation qui est le sien actuellement ;

- il faut bien évidemment que les décisions issues de ce processus se traduisent effectivement dans les tarifs même si des décisions trop brutales ont vocation à être étalées dans le temps ;

- il faut enfin que les parties conventionnelles s'accordent sur le nouveau contenu des négociations conventionnelles (exclusion des négociations particulières...) dont, on l'a vu, le contenu devient fondamentalement différent dès lors que l'on se situe dans une hypothèse où la CCAM règle la hiérarchie des actes⁸⁶.

[342] Aussi, même s'il paraît souhaitable dans l'absolu de s'engager dans la refondation de la CCAM, il n'est raisonnable de s'engager dans cette voie que si une négociation préalable entre l'UNCAM et les représentants des médecins permet d'établir des règles du jeu qui garantissent que l'objectif qui justifie la CCAM, l'équité des rémunérations, a quelque chance d'être, si ce n'est atteint, du moins approché.

[343] L'ambition forte qui est à l'origine de la CCAM tarifante (l'équité des rémunérations) a pour contrepartie une exigence de rigueur dont il appartient aux acteurs du processus de décider s'ils acceptent de s'y soumettre.

[344] **Récapitulatif des recommandations :**

Recommandation n°1 : Constituer une équipe autonome de la CNAM dédiée à l'actualisation de la CCAM, au moins dans ses libellés, pour assurer l'introduction des actes nouveaux et la suppression d'actes obsolètes (Législateur, DSS, DGOS, CNAM, 2012).

Recommandation n°2 : Investir dans la connaissance des revenus des médecins pour pouvoir connaître ceux des médecins, de secteur 1 ayant une activité standard (DREES, CNAM, 2012 et ensuite).

Recommandation n°3 : Engager une négociation sur l'avenir de la CCAM pour vérifier si les conditions sont réunies pour envisager sa refondation (UNCAM, syndicats médicaux, 2012).

⁸⁶ A la limite et en termes juridiques cela signifie que l'article L614-1 qui prévoit que la négociation conventionnelle fixe les tarifs des actes doit être revu, il devrait prévoir que la convention ne détermine que la valeur du facteur de conversion qui compte-tenu de la hiérarchie des actes permet de calculer les tarifs;

Partie 3 - La tarification des actes cliniques

- [345] Lors de la mise en place de la CCAM technique au début des années 2000, il était admis par les représentants des médecins et par les caisses d'assurance maladie qu'avec les adaptations nécessaires, une même démarche devait s'appliquer aux actes cliniques. Des travaux ont alors été entrepris dans cette perspective⁸⁷ sans il est vrai connaître de réels prolongements. En 2005, la convention médicale prévoyait que "les parties reprennent les termes de l'accord de 2003 et s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur [de la CCAM clinique] avant la fin de l'année 2006"⁸⁸. En 2007, le rapport de PJ Lancry sur la médecine générale en appelait à une mise en œuvre rapide de la CCAM clinique⁸⁹. Plus récemment, le rapport Hubert préconisait de définir plusieurs niveaux de consultation⁹⁰. Certains syndicats médicaux soutiennent le projet de CCAM clinique. La convention médicale signée en juillet 2011 prévoit sa « mise en place d'ici le 31 décembre 2012 »⁹¹.
- [346] Les objectifs assignés à la CCAM clinique sont similaires à ceux mis en avant pour la CCAM technique : mieux ajuster les tarifs à l'effort fourni et aux coûts supportés pour chaque séance clinique afin de garantir l'équité des rémunérations entre médecins et entre spécialités et d'éviter des biais de prise en charge induits par des considérations financières.
- [347] Cette partie du rapport est consacrée à l'examen de ce projet. Elle traite donc de l'opportunité de cet aménagement du paiement à l'acte sans prétendre évaluer les mérites et les limites de ce mode de paiement au regard, selon les termes mêmes de la convention médicale, des deux autres « piliers » de la rémunération des médecins libéraux : paiement au forfait, paiement sur objectif de santé publique⁹².
- [348] Pour situer les ordres de grandeur ; 375 millions d'actes cliniques ont été réalisés par les médecins en 2010 dont 275 millions pour les omnipraticiens et 100 millions pour les spécialistes. Ce nombre est en diminution : -18 millions d'actes cliniques par rapport à 2005 pour les omnipraticiens et -8 millions pour les actes cliniques de spécialistes ;
- [349] L'organisation actuelle de la tarification des actes cliniques est décrite (1). Les données disponibles sur la durée et l'intensité des actes cliniques sont rappelées (2). La logique mais aussi les limites du mode de tarification actuel sont discutées (3). Les divers scénarios de différenciation du tarif des consultations sont analysés (4). A partir de ces analyses, des recommandations sont proposées (5).

1. LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES AUJOURD'HUI⁹³

- [350] Les actes cliniques principaux des généralistes et des spécialistes sont cotés sur le base de lettres clefs différentes C et CS (C pour consultation, S quand elle est le fait d'un médecin spécialiste), V et VS (visites). Le C et le CS sont actuellement tarifés à 23 € Le V et le VS sont tarifés à 23 € majoré de 10 € (majoration de déplacement : MD).

⁸⁷ Voir notamment la typologie des consultations établies à la demande de la CNAM par la SFMG : O Kandel, D Duhot, G Very, J-F Lemasson, P Boissault, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale » La Revue du Praticien. Tome 18 n°656/657, 2004.

⁸⁸ Convention médicale du 15 janvier 2005, art.7.8.

⁸⁹ PJ Lancry. *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*. Février 2007.

⁹⁰ E. Hubert. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. 2010. la Documentation française.

⁹¹ Cf. art. 25 de la convention médicale signée le 26 juillet 2001.

⁹² *Idem*

⁹³ Nous ne prétendons pas rendre compte ici de toutes les subtilités de la nomenclature et de la tarification des actes cliniques qui s'est très largement compliquée dans les années récentes. Voir l'annexe 3.A, Les tarifs des actes cliniques.

- [351] Le CS et le VS sont majorés systématiquement de 2 €(majoration forfaitaire transitoire) pour le spécialiste en secteur 1 (3 €pour le pédiatre). Cette différenciation du tarif en fonction du secteur conventionnel ne vient pas sanctionner une différence de nature des actes mais constitue un « avantage » pour les médecins spécialistes du secteur 1. Par ailleurs, une majoration de coordination de 3€peut être pratiquée pour des soins itératifs délivrés à des patients dans le cadre du parcours de soins.
- [352] La consultation pour avis ponctuel du spécialiste (cas où le patient est adressé par le médecin traitant et où il n'est pas prévu qu'il revoie le spécialiste dans les six mois) sera cotée C2 (46 €) ou C3 (69 €) si le spécialiste est PU-PH. Le nombre de C2 a plus que doublé depuis 2005 de 4,5 million à 9,7 millions, la part des C2 dans le total des actes cliniques des spécialistes est en croissance régulière de 4% en 2005 à 10% en 2010. Elle représente pour certaines spécialités, une part majeure de l'activité (32% pour les gastro-entérologues, 30% pour les chirurgiens).
- [353] La très grande majorité des consultations des spécialistes secteur 1 sont donc valorisées 28€ (CS + majorations) ou 46€(C2)⁹⁴.
- [354] Ces lettres clefs et ces majorations constituent la base de la tarification des actes cliniques mais elles sont toutefois complétées, selon le type de patients, d'actes ou de spécialités par des majorations qui offrent de fait une certaine différenciation tarifaire.
- [355] A titre d'exemple, La consultation du généraliste est majorée de 5 euros pour les enfants de moins de deux ans et de 3 euros pour les enfants de 2 à 6 ans. Ces majorations valent aussi pour le pédiatre.
- [356] Certaines consultations spécifiques bénéficient d'un tarif particulier : par exemple la consultation de synthèse annuelle pour le patient en ALD (26 €). Par ailleurs, on peut considérer que le forfait de 40 € par patient en ALD inscrit chez le médecin traitant est une manière d'augmenter le coût unitaire des consultations pour ce type de patient.
- [357] Des lettres clés spécifiques ont été créés pour certaines spécialités : la CsC (45,73 €) pour les cardiologues réservé à certaines de leurs consultations accompagnées d'un acte technique et les CNPSY, VNPSY (34,30 €) pour les psychiatres et les neuropsychiatres.
- [358] Tous ces actes peuvent être complétés de suppléments justifiés par des conditions d'interventions plus exceptionnelles telles que l'intervention en urgences, la nuit, les jours fériés.
- [359] La rémunération des actes des généralistes et dans une moindre mesure des spécialistes est complétée par les sommes dont ils peuvent bénéficier au titre du « respect des objectifs de santé publique", dénomination adoptée par la convention médicale de 2011 pour le paiement à la performance.
- [360] Au total il existe de nombreux éléments de différenciation de la tarification des actes cliniques mais la tarification de ces actes cliniques reste pour l'essentiel indifférenciée, reposant sur le C, le V, le CS et le C2.

⁹⁴ Sont concernés par ces tarifs, outre les médecins secteur 1, les médecins de secteur 1 avec droit au dépassement permanent (DP) ; les médecins de secteur 2 avec option de coordination ; les médecins exerçant en secteur 2 lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire.

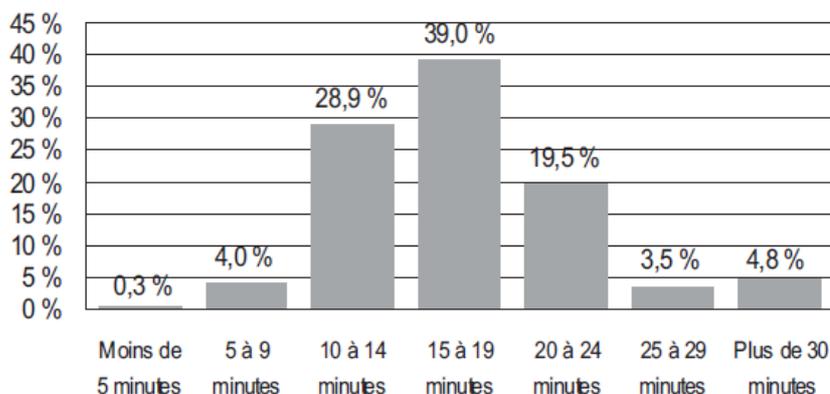
2. DUREE ET INTENSITE DES ACTIVITES CLINIQUES

[361] La majorité des actes cliniques (consultation et visites) sont rémunérés à partir de tarifs peu différenciés. Il est donc utile d'analyser l'hétérogénéité des actes pour apprécier la pertinence de ce mode de tarification. Dans le cadre de la CCAM technique, l'effort du médecin est apprécié à travers la durée mais aussi à travers d'autres composantes (stress, effort mental, compétences techniques...), on ne dispose pour les actes cliniques que d'éléments relatifs à la durée⁹⁵.

2.1. Pour les généralistes

[362] En 2002, la durée moyenne des séances (consultation et visites) des généralistes s'établissait à 16 minutes avec une dispersion retracée dans le tableau suivant⁹⁶.

Tableau 3 : Distribution des séances de généralistes selon leur durée



Lecture : 39 % des séances étudiées ont duré entre 15 et 19 minutes.

Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, Drees, 2002

[363] Ainsi, près de 40% des séances durent entre 15 et 20 minutes et environ 90% des séances durent entre 10 et 25 minutes.

[364] La variabilité de la durée (coefficient de variation de 40%) s'explique pour un tiers par des différences de pratique entre médecins (variabilité "inter médecin"). Toute chose égale par ailleurs, la durée des séances est plus longue si le médecin est une femme surtout une femme âgée (plus de 55 ans), si le médecin réalise peu de consultations et si le médecin exerce en secteur 2. Une tarification ajustée sur l'effort consenti à partir d'une durée standard (modèle de la CCAM technique) ne vise à rendre compte que de la variabilité « intra médecin » (entre les situations cliniques rencontrées) ; l'utilisation de durée standard conduit de fait à établir une norme de pratiques. Une CCAM clinique ne peut rendre compte des "styles de pratique"⁹⁷.

⁹⁵ Nous nous appuyons sur les travaux publiés par la DREES même si la CNAMTS a commandité une étude par sondage auprès de l'IFOP pour caractériser les actes cliniques réalisés par les médecins. Cette étude a été réalisée en Novembre 2010. Les données n'ayant pas encore été traitées par la CNAMTS, la mission n'a pu avoir accès qu'à des résultats partiels qui, pour ce que nous en connaissons, ne semblent pas remettre en cause ceux fournis par la DREES.

⁹⁶ P. Breuil-Genier, C. Gofette. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006. Dans cette étude, la durée des consultations est rapprochée de certaines caractéristiques des patients, des séances et des médecins sous la forme de différences brutes et de différences toutes choses égales par ailleurs. Par exemple, la consultation est plus courte de 17,6% que la visite en brut mais seulement de 8,7 % toutes choses égales par ailleurs. Cela signifie que la durée brute supérieure des visites s'expliquent par certaines caractéristiques liées aux visites (âge du patient, ALD...), l'impact propre du fait de réaliser une visite plutôt qu'une consultation est moindre. Sauf mention contraire, on cite dans la suite du texte, les impacts toutes choses égales par ailleurs.

⁹⁷ S. Béjean, C. Peyron, R. Urbinelli "Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs" Eur J Health Econ (2007) 8:255-236.

- [365] La variabilité observée des durées s'explique pour les deux-tiers par une variabilité intra-médecin soit une variabilité indépendante des caractéristiques du médecin mais qui renvoie aux caractéristiques des patients ou à la nature des séances.
- [366] Parmi les variables "patient", les consultations pour les jeunes (7 à 24 ans) sont parmi les plus courtes⁹⁸, les patients âgés occasionnent les consultations les plus longues. Les consultations des jeunes enfants sont d'une durée inférieure à celle des personnes âgées ou très âgées⁹⁹.
- [367] Les consultations pour les patients ayant une ou deux ALD sont également plus longues (respectivement 3% et 7,2%) que les consultations sans ALD. On peut penser que le forfait de 40 euros vient rémunérer cette durée supplémentaire. Les patients nouveaux occasionnent également des consultations plus longues (plus 6%).
- [368] Les séances avec un patient de CSP "cadre et profession libérale" sont plus longues que celle avec les membres des autres catégories professionnelles, la durée des séances avec les employés étant les plus courtes.
- [369] Parmi les variables caractéristiques de la séance, la consultation moyenne (15 minutes) est plus courte que la visite (18 minutes), cet écart brut subsiste dans l'analyse économétrique "toutes choses égales par ailleurs" (- 8,7%). Cet écart est largement pris en compte dans la tarification puisque la visite est tarifé 33 euros contre 23 euros pour la consultation¹⁰⁰.
- [370] Les séances sur rendez-vous sont plus longues que les séances sans rendez-vous (9%). Les séances consacrées au premier diagnostic d'une affection chronique ou à la déstabilisation d'une affection chronique sont significativement plus longues que les séances de suivi ou de contrôle, que les séances pour affection aiguë ou que celle pour affection en cours d'exploration. La durée brute des séances s'allonge avec le nombre de diagnostics mais le nombre de diagnostics n'a pas un impact propre majeur dans la mesure où son influence sur la durée est capturée par d'autres variables (âge, ALD...).
- [371] Les séances donnant lieu à des prescriptions de biologie, de spécialistes, d'auxiliaires médicaux et surtout d'hospitalisation sont plus longues que les autres. Les séances consacrées à des problèmes psychologiques ou psychiatriques sont les plus longues et celle consacrées aux infections des voies aériennes les plus courtes.

2.2. Selon les spécialités

- [372] Une autre étude permet de comparer la durée des consultations entre spécialités¹⁰¹. Pour ce qui concerne, au-delà de la durée, l'intensité de la séance clinique, la CNAM a demandé aux médecins de coter eux-mêmes la « difficulté » des consultations sur une échelle de 1 à 10, les consultations sont en moyenne cotées 3 par l'ensemble des spécialités et 4 par les psychiatres, les dermatologues, les rhumatologues, les neurologues¹⁰². La signification de ces différences de perception reste à éclairer.
- [373] Les durées moyennes de consultation sont retracées dans le tableau suivant en distinguant l'ensemble des consultations et celles sans actes techniques.

⁹⁸ En données brutes

⁹⁹ En données brutes

¹⁰⁰ Bien évidemment, on ne prend pas en compte le temps de déplacement du médecin, la rémunération du temps de déplacement à travers les indemnités kilométriques étant une autre question;

¹⁰¹ M. Gouyon Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premier résultat d'une enquête nationale. DREES, *Etudes et résultats*, n°704, octobre 2009.

¹⁰² Note de la CNAM sur les premiers résultats de l'étude IFOP, cf. supra.

Tableau 4 : **Durée moyenne en minutes des consultations et des consultations sans acte technique par spécialité**

Spécialités	Durée consultations	Durée consultations sans actes techniques
Psychiatre	32	32
Cardiologue	28	25
Rhumatologue	24	24
Gastro-Entéro.	24	23
Pédiatre	21	21
Gyneco	20	19
Dermato.	19	17
ORL	19	17
Ophtalmo	16	15
Généralistes	16	15

Source : Drees 2007

[374] Pour certaines spécialités pratiquant des actes techniques à l'occasion de la consultation, la consultation avec acte technique allonge la durée moyenne de consultation¹⁰³. La dispersion des durées des spécialistes est plus importante que celle des généralistes: le rapport de la limite du 3° quartile à la limite du 1° quartile qui est de 1,1 pour les généralistes est supérieur pour toutes les autres spécialités et peut atteindre 2 pour les rhumatologues et les ophtalmologues.

3. LOGIQUE ET LIMITES DU MODE DE TARIFICATION ACTUEL

3.1. Logique du mode de tarification actuel

[375] La logique actuelle de tarification des actes revient à considérer que leur rémunération permet de rétribuer l'ensemble de l'activité des médecins qui englobe du temps consacré à la formation¹⁰⁴, à l'administration et à la gestion du cabinet. Ainsi, pour un généraliste, le temps consacré à produire des actes représenterait, en moyenne, 33,1 heures sur les 54,6 heures de travail hebdomadaire¹⁰⁵.

[376] Par ailleurs, il est fait l'hypothèse qu'il s'opère sur le nombre d'actes cliniques réalisés par chaque praticien une compensation entre des actes légers et des actes plus lourds.

[377] Cette tarification moyenne présente d'indéniables avantages. Elle est simple à gérer pour le médecin : pas de documentation lourde pour justifier de sa tarification. Elle est prédictible pour le patient qui connaît (sauf recours au secteur 2) la dépense à laquelle il s'expose. Elle peut être considérée comme une forme de mutualisation entre patient "léger" et patient "lourd". Elle n'est pas manipulable par le praticien ce qui réduit les charges de contrôle par l'assurance maladie et les sources de conflits médecins/caisses.

¹⁰³ La règle générale est le non cumul d'une consultation et d'un acte technique. L'acte le plus coûteux est facturé. Il existe quelques exceptions à ce principe (radio pulmonaire du pneumologue...).

¹⁰⁴ Dans certaines hypothèses, le temps de formation peut-être indemnisé.

¹⁰⁵ P. Le Fur "Le temps de travail des médecins généralistes". IRDES, *QES*, n°144, juillet 2009. L'estimation proposée dans cette étude renvoie au Baromètre de l'URML Bretagne.

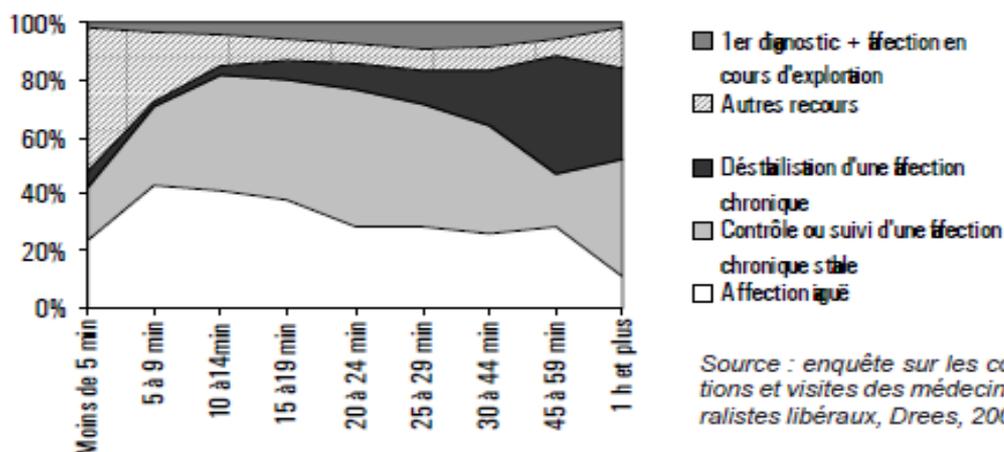
- [378] Pour les généralistes, l'étude précitée montre effectivement que la grande majorité des séances se situe dans un spectre relativement étroit (10 à 25 minutes) avec peu de consultations extrêmes (moins de 10 minutes/plus de 25 minutes). L'hypothèse d'une compensation entre les charges des diverses séances est plausible. Toutefois, il est possible que ce spectre étroit soit un effet du mode de tarification et qu'un mode de tarification plus ajusté sur la lourdeur des séances conduirait à une plus grande différenciation.
- [379] On a noté toutefois que la durée des consultations semble plus dispersée pour les autres spécialités ce qui rend la compensation consultation légère/lourde plus problématique à l'échelon d'un praticien; la probabilité est a priori plus grande qu'un spécialiste, du fait des caractéristiques de sa clientèle, ait des consultations qui globalement s'éloignent de la moyenne. On ne dispose pas pour les consultations de spécialistes d'études permettant d'apprécier les déterminants de la durée des consultations.
- [380] Par ailleurs, la tarification permet de prendre en compte certaines des différences entre les actes cliniques. La visite plus longue est mieux tarifée que la consultation¹⁰⁶. Le forfait de 40 euros par patient ALD inscrit auprès du médecin traitant peut être considéré comme une compensation du fait que les patients en ALD donnent lieu à des consultations plus lourdes. Ces deux variables (visite vs consultation, ALD) prises en compte dans la tarification étant elles-mêmes liées à d'autres déterminants de la longueur des consultations (âge, nombre de diagnostic, prescription...), on peut considérer que le dispositif de tarification prend en compte, même si ce n'est que sous une forme approchée, la lourdeur relative des prises en charge.
- [381] Le mode de tarification actuel se justifie aussi par la difficulté à normer les actes cliniques en vue d'établir une tarification. Autant, il est possible de définir des durées standard pour les actes techniques, autant la variabilité des actes cliniques obéit à des déterminants qu'il est difficile de capturer dans une norme notamment parce qu'elle dépend, plus que pour les actes techniques, des caractéristiques personnelles du patient. Il est difficile de prendre en compte dans la tarification une durée plus longue pour "les patients qui parlent beaucoup de leur problème personnel". De plus, prendre en compte directement certains déterminants serait certainement très mal accepté : par exemple des consultations pour les personnes âgées plus coûteuses au motif qu'elles sont en moyenne plus longues.
- [382] On peut également considérer qu'il ne serait pas pertinent de ratifier, dans la tarification, certaines des variables de différenciation de la durée. Ainsi le fait que les patients qui relèvent d'une CSP « inférieure » bénéficient de consultations moins longues peut être considéré comme une inégalité d'accès aux soins qu'il convient non d'encourager mais de corriger¹⁰⁷.
- [383] A cet égard, la nature du recours n'est qu'imparfaitement prédictive de la durée de la séance, alors même que la durée aurait vocation à constituer un élément majeur de différenciation des tarifs¹⁰⁸.

¹⁰⁶ On pourrait même considérer que la visite (33 euros) est survalorisée par rapport à la consultation (23 euros) si l'on considère le seul temps de l'acte (18 minutes contre 15 minutes) mais de fait la visite exige un temps de déplacement non facturé même s'il est indemnisé à travers les IK. La forte diminution de la part des visites au cours des années 2000 montre que la visite, au global, n'est pas considérée par les médecins comme plus rémunératrice que les consultations.

¹⁰⁷ Y. Videau, B. Saliba-Serre, A. Paraponaris, B. Ventelou Why patients of low socioeconomic status with mental health problems have shorter consultations with general practitioners? *J Health Serv Res Policy* Vol 15, n° 2, avril 2010

¹⁰⁸ G. Labarthe "Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie" DREES. *Etudes et Résultats*, n° 135, juin 2004.

Graphique 8 : Répartition des séances selon leur durée et la nature du recours



[384] Si le recours pour "affection chronique déstabilisée" est la marque d'une séance longue, il existe des consultations longues quel que soit le motif de recours.

[385] Une étude réalisée par la SNMG en 2003, pour le compte de la CNAM, en vue de mettre en place une CCAM clinique avait abouti à distinguer 11 classes de consultations et à retenir 10 critères discriminants pour segmenter les consultations¹⁰⁹. A notre connaissance, ces travaux n'ont eu aucun prolongement mais ils aboutissaient à une typologie complexe pour rendre compte de la diversité des consultations

[386] Le dispositif actuel peut enfin être considéré comme satisfaisant puisqu'il aboutit à des durées de consultations qui, du moins pour les généralistes, semblent relativement longues. Une étude conduite au début des années 2000 dans six pays européens, hors France, aboutissait à des durées de consultations plus courtes à l'étranger (Allemagne 7,4 minutes, Espagne 7,8 minutes, Royaume-Uni 9,4 minutes¹¹⁰, Pays-Bas 10,2 minutes, Belgique 15 minutes, Suisse 15,6 minutes)¹¹¹. Il faut toutefois être prudent dans l'appréciation de ces différences, le médecin accomplit peut-être en France des tâches qui sont, dans d'autres pays, confiées à des personnes qui l'assistent.

3.2. Les limites du mode de tarification actuel

[387] Le mode de tarification actuel semble souffrir de plusieurs défauts potentiels¹¹² :

- il ne rémunère que les activités en face à face;
- il induit une fragmentation des prises en charge ;
- il ne favorise pas la délégation des tâches vers d'autres professionnels ;
- il ne favorise pas "l'accompagnement" des patients ;
- il introduit une iniquité dans la rémunération des médecins.

¹⁰⁹ O Kandel, D Duhot, G Very, J-F Lemasson, P Boisnault, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale » La Revue du Praticien. Tome 18 n°656/657, 2004.

¹¹⁰ Selon une autre source, la durée moyenne de consultation au RU s'établirait à 12 et non à 9 minutes en 2008. Voir NHS, The information centre. *Trends in consultation rate in general practice 1995/96 to 2007/08*. Septembre 2008.

¹¹¹ M. Deveugele, A. Derese, A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, J. De Maeseneer. "Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries". *BMJ* 2002 vol. 325.

¹¹² Nous ne prétendons pas ici évoquer les limites éventuelles du paiement à l'acte mais celles liées au paiement à l'acte à partir d'une tarification peu différenciée des actes cliniques.

3.2.1. La rémunération des seules activités en face à face

- [388] La nomenclature actuelle ne prend en charge que le travail clinique réalisé en face à face entre le praticien et le patient.
- [389] Or une partie de l'activité clinique (conseil, suivi simple, renouvellement de prescription) pourrait s'effectuer, pour les patients qui le souhaitent, par téléphone et, de plus en plus, en utilisant le courrier électronique¹¹³. D'ores et déjà, il semble que les médecins généralistes ont une activité de conseil téléphonique non reconnue par l'actuelle nomenclature, activité qui représenterait 90 mn par semaine¹¹⁴. Ce type de consultation se développe dans des systèmes où le mode de paiement le favorise ; en Angleterre, les consultations per téléphone représentaient 3% des consultations assurées par les généralistes en 1995/96 contre 11% en 2007/2008¹¹⁵. La consultation téléphonique durerait 7 minutes environ contre 12 minutes pour la consultation en face à face. Ce mode de consultation peut faire gagner du temps au médecin et au patient (déplacement, attente) dès lors qu'il se substitue mais ne se surajoute pas aux consultations en face à face ce qui suppose certainement des capacités de filtrage dans les cabinets médicaux.
- [390] Reconnaître les actes réalisés par téléphone ou par échange de mail dans le cadre d'une nomenclature plus développée pourrait donc paraître pertinent mais d'autres obstacles s'opposent à cette évolution : difficulté à facturer une éventuelle part patient (ticket modérateur, forfait), absence de capacité de filtrage dans les cabinets pour réguler la demande, plus grande facilité pour induire des actes.

3.2.2. La fragmentation des actes.

- [391] La tarification uniforme des consultations, indépendamment de leur durée, incite le praticien à fragmenter la prise en charge d'un patient qui présente plusieurs problèmes pouvant être pris en charge de manière séquentielle¹¹⁶. En effet, il perçoit une rémunération supérieure s'il traite les problèmes du patient en plusieurs consultations.
- [392] Cette fragmentation est source d'inefficience dès lors que la prise en charge fragmentée est plus consommatrice en temps que la consultation unique pour le médecin (accueil du patient, formalité administrative) et pour le patient (déplacements au cabinet, attentes).
- [393] Si l'on retient cette hypothèse, il existe une inefficience intrinsèque au tarif unique de la qu'une tarification différenciée permettrait de réduire avec un possible de partage du gain entre médecins, assurance maladie et patient¹¹⁷. Cette perspective est un argument en faveur d'une CCAM clinique dès lors que celle-ci permettrait de distinguer les consultations selon le nombre de problèmes traités.
- [394] Toutefois, ce partage des gains suppose :
- une diminution du tarif de la consultation commune (consacrée à traiter un seul problème) soit une hypothèse peu réaliste ;
 - des perdants et des gagnants au sein des médecins même si les médecins sont globalement gagnants.

¹¹³ Sur les potentialités du courrier électronique pour améliorer la prise en charge des patients dans un contexte, il est vrai, fort différent voir Y Zhou, M. Kanter, J. Wang, T. Garrido. « Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients » *Health Affairs* 29, n°7 (2010) : 1370-1375.

¹¹⁴ P. Le Fur Art. cité.

¹¹⁵ NHS, The information centre. *Trends in consultation rate in general practice 1995/96 to 2007/08*. Septembre 2008.

¹¹⁶ La fragmentation des prises en charge doit être distinguée de l'induction. L'induction se manifeste « quand le médecin influence la demande de soins dans un sens différent de l'intérêt maximal du patient ». Dans le cas de la fragmentation, le médecin réalise des actes conformes à l'intérêt du patient.

¹¹⁷ Voir illustration en annexe 3.B: Fragmentation des prises en charges.

- [395] Par ailleurs, on ne dispose pas des données nécessaires (surcroît de temps en cas de prise en charge fragmentés, part des consultations ou sont traités plusieurs problèmes, part de ces consultations qui sont fragmentées) pour estimer le gain d'efficacité potentielle et calibrer le dispositif de différenciation des consultations. L'illustration proposée en annexe reste du domaine de l'hypothèse.
- [396] Toutefois, il est raisonnable de penser que l'inefficacité liée à la fragmentation des consultations est limitée (temps d'accueil du patient, formalité administrative en double...). Dans ces conditions, le gain collectif potentiel d'une réduction de cette fragmentation devrait lui-même être limité.
- [397] Par ailleurs, la fragmentation des prises en charge peut être induite, par delà le mode de tarification, par l'organisation du cabinet. Dès lors que les rendez-vous sont programmés sur la base de séquences fixes, même avec une tarification neutre, le médecin peut être conduit à fragmenter les consultations pour éviter que ses patients n'aient à attendre. A cet égard, la fragmentation n'est pas systématiquement défavorable au patient en termes de temps "perdu" pour les consultations.
- [398] La fragmentation des prises en charge peut aussi être source de moindre qualité sanitaire dans l'hypothèse où les médecins la pratiqueraient alors même qu'elle peut être néfaste pour le patient. On peut penser toutefois que la déontologie des médecins limite la fréquence de ces cas.

3.2.3. Un obstacle à la délégation des actes

- [399] Il est parfois avancé que la tarification unique des consultations est un obstacle à la délégation d'actes vers d'autres professions à partir du raisonnement suivant : (1) les consultations qui sont susceptibles d'être déléguées sont les consultations les plus simples (renouvellement de prescription d'un malade chronique, prise en charge d'une affection ponctuelle sans caractère de gravité) ; (2) dans le cadre d'un tarif unique, ces consultations simples viennent équilibrer les consultations lourdes ; (3) les médecins n'ont donc aucun intérêt à envisager la délégation de certaines consultations car elle les conduirait à abandonner les actes qui rapportés au temps passé sont les plus rémunérateurs ; (4) dans l'hypothèse où la rémunération des consultations serait différenciée, les médecins seraient plus enclins à envisager la délégation d'actes moins rémunérés.
- [400] Ce raisonnement reste toutefois largement théorique dès lors qu'il n'est pas admis en France que des consultations simples pourraient être déléguées à d'autres professionnels. Les difficultés à développer les coopérations en ville sur la base de l'article 51 de la loi HPST en attestent.
- [401] Il ne faut pas surestimer l'influence des considérations liées au mode de rémunération des actes sur ce débat. Rien ne garantit qu'une différenciation du tarif des consultations soit susceptible d'en changer les termes dès lors que la réticence à voir se développer la délégation d'actes renvoie à d'autres considérations (niveau de formation des professionnels délégataires, qualité des prises en charge, articulation entre médecin traitant et professionnel délégué)¹¹⁸.

¹¹⁸ Cf. HAS en collaboration avec l'ONDPS. *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*. Avril 2008.

L'enjeu du temps médical de premier recours.

Les questions relatives à l'utilisation de téléphone et du mail, à la fragmentation des actes, à la délégation des tâches sont d'autant plus sensibles que le temps disponible pour la médecine de premier recours a d'ores et déjà diminué et est appelé à décroître.

Nombre de généralistes, activité par tête et par habitant 2000/2009

	Nombre de généralistes	Activité par tête en C+V	Nombre d'actes par habitant en C+V
2000	51 864	5 070	4,6 (3,5 + 1,1)
2009	50 412	4 929	4,2 (3,7 + 0,5)
Evolution en %	-2,8	-2,8	-8,7

Source Eco-santé 2011, SNIIR

Le tableau précédent montre que sur la décennie 2000, le nombre d'acte clinique généralistes par habitant a diminué, malgré le vieillissement de la population, d'environ 9%. En effet la population augmente alors que le nombre de généraliste et l'activité de chaque généraliste diminue (féminisation, vieillissement, modification des aspirations...) diminuent. Il est à prévoir que cette évolution va s'accroître au cours de la décennie 2010 notamment en ce qui concerne la diminution du nombre de généralistes.

3.2.4. Un obstacle à "l'accompagnement"¹¹⁹ des patients

- [402] La tarification peu différenciée des actes cliniques n'incite pas à réaliser des actes longs. Dès lors, il est souvent avancé qu'elle ne favorise pas le développement de l'accompagnement des patients chroniques, activité qui exigerait des consultations longues.
- [403] La fragmentation des actes permet de pallier cet effet de dé-incitation. Ainsi, donner un RDV pour un temps d'éducation thérapeutique semble constituer une pratique courante du moins dans le cas du diabète : 23% des diabétologues et 5% des généralistes déclarent y avoir recours pour la majorité des patients, 53% des diabétologues et 23% des généralistes déclarent y avoir recours pour certains patients seulement¹²⁰.
- [404] Même si la fragmentation des actes est une manière de contourner le problème, on peut penser qu'une différenciation du tarif des consultations favoriserait le développement des démarches d'accompagnement/éducation thérapeutique. Il est toutefois délicat de prévoir l'effet qu'aurait une différenciation des actes cliniques sur l'activité des généralistes.

¹¹⁹ En s'écartant des définitions de l'accompagnement des patients et de l'éducation thérapeutique de la loi HPST, on emploie le terme d'accompagnement pour désigner le fait que le médecin, au-delà de la simple information sur le diagnostic et le traitement s'engage dans une démarche plus approfondie "d'éducation thérapeutique" en vue de soutenir le patient pour qu'il adopte des comportements appropriés à sa pathologie en matière d'observance ou de style de vie

¹²⁰ C. Fournier, A. Gautier "Démarche éducative : Source d'informations et besoins des personnes diabétiques de type 2, pratiques et attentes des médecins" Présentation symposium Entred, Congrès de l'Alfédiem Strasbourg, 20 mars 2009.

- [405] Une différenciation du tarif des actes cliniques dès lors qu'elle ne s'effectuerait pas à coût constant, hypothèse la plus probable (cf. infra), s'assimile à une augmentation de la rémunération moyenne des actes. Une augmentation de rémunération peut se traduire par une augmentation (ou une diminution) de l'activité selon que l'effet revenu cède (ou l'emporte) sur l'effet substitution du travail au loisir. Une étude fondée sur l'interrogation d'un panel de généralistes aboutit à la conclusion que l'effet revenu l'emporterait sur l'effet substitution et qu'une hausse des tarifs se traduirait globalement par une diminution des heures travaillées¹²¹.
- [406] Le premier effet d'une différenciation des consultations à coût global majoré serait donc de diminuer le temps de travail global des médecins. Il est possible d'envisager que dans le cadre de ce temps de travail réduit, les médecins substituent des consultations longues d'accompagnement/éducation thérapeutique à des consultations classiques. Il est difficile d'apprécier si cette substitution est souhaitable et possible (cf. supra, encadré sur l'enjeu du temps médical de premier recours). Par ailleurs, cette substitution n'aura lieu que si rapporté au temps passé, la consultation d'accompagnement est mieux rémunérée que la consultation plus "classique".

3.2.5. Une rémunération inéquitable

3.2.5.1. Équité entre médecins au sein d'une même spécialité

- [407] Le mode de tarification actuel repose sur l'hypothèse que du fait du grand nombre de consultations, le tarif unique permet de rémunérer de manière équitable les divers praticiens (les consultations lourdes compensent en moyenne les consultations légères).
- [408] Toutefois rien ne garantit que cette hypothèse générale soit valide. Au sein d'une même spécialité, il est possible que certains médecins du fait des caractéristiques particulières de leur clientèle soient amenés à réaliser une part plus importante de consultations lourdes.

3.2.5.2. Équité entre spécialités pour les actes cliniques

- [409] Les deux dernières décennies se caractérisent par le rattrapage de la valeur de la consultation généraliste sur la consultation spécialiste. Ainsi en 1990, la valeur moyenne de la consultation généraliste s'établissait à 13,53 euros contre 21,07 pour la consultation spécialiste soit un rapport de 1,6¹²². En 2012, ces valeurs sont respectivement de 23 et 28 € (spécialiste secteur 1 hors pédiatre à 26 €). Le rapport actuel entre les tarifs semble mieux correspondre au rapport des durées entre consultations généralistes et consultations spécialistes. Il faut toutefois tenir compte qu'un nombre croissant de consultations spécialistes sont cotées C2 et non CS mais aussi que les généralistes bénéficient de rémunération annexes dont ne bénéficient pas ou peu les spécialistes (forfait ALD, paiement sur objectif de santé publique).
- [410] Le tarif des actes cliniques tient compte de la situation de la psychiatrie qui a les durées de consultations les plus longues (cf. supra tableau 2) à travers le Cpsy.
- [411] La longueur relative des consultations des cardiologues est reconnue à travers la CsC. Cette cotation est réservée aux consultations avec acte technique. On notera à cet égard que les consultations avec 1 acte technique (27 minutes) ou 2 actes techniques (32 minutes) sont effectivement plus longues que les consultations sans acte technique (25 minutes)¹²³ mais dans une proportion bien moindre que l'écart CS/ CsC (25 € vs 45,73 €).

¹²¹ O. Chanel, A. Paraponaris, C. Protière, B. Ventelou, "Get paid more, work more? Lessons from French physicians' labour supply responses to hypothetical fee increases," Working Papers halshs-00543971, 2010.

¹²² Source Eco- santé 2012

¹²³ M. Gouyon art. cité

- [412] Mais, au-delà, la tarification ne semble pas articulée sur la durée moyenne des consultations par spécialités. Ainsi, pour prendre un exemple, la longueur relative des consultations des rhumatologues (24 minutes) ne semble pas prise en compte dans la rémunération¹²⁴. Elle est similaire à celle des gastro-entérologues mais ces derniers avec une part de C2 à 32% voient en moyenne leurs consultations mieux rémunérées que celle des rhumatologues pour lesquels cette part n'est que 18%.
- [413] Les différences actuelles de tarification entre consultations ne s'appuient sur aucune base objective. Par exemple, il est possible aux spécialistes de coter C2 les consultations pour avis ponctuel. La multiplication par 2 du tarif de la consultation classique du généraliste dans cette hypothèse ne s'appuie sur aucune étude de la charge spécifique liée à ce type de consultation. Il en est de même pour la cotation C3 pour cet acte lorsqu'il est réalisé par un PU-PH même si on peut envisager que le recours à un PU-PH soit le signe d'une complexité particulière.
- [414] De même, les consultations avec des enfants de 0 à 6 ans sont majorées pour les généralistes alors même qu'elles sont, en durée brute, plus courtes que les consultations avec des adultes¹²⁵. Peut-être faut-il considérer qu'elles sont d'une intensité particulière ? On peut penser que c'est le souci de tenir compte de la durée en règle générale plus longue de la consultation des pédiatres (ou plutôt d'améliorer les revenus libéraux de cette profession qui apparaissent faibles) qui a conduit à créer des majorations pour enfant, majorations étendues aux généralistes.
- [415] Au total, le rattrapage sur le long terme du C par rapport au CS a certainement contribué à une plus grande équité entre spécialités pour les actes cliniques. Par ailleurs de nombreux éléments de différenciation existent pour tenir compte des particularités de certaines spécialités ou de certains actes mais pour autant ces éléments de différenciation ne semblent pas avoir été établis sur des fondements objectifs dans une perspective cohérente et systématique.

3.2.5.3. Equité entre activité clinique et activité technique

- [416] Le travail clinique semble globalement moins rémunéré que le travail technique. En net, on peut estimer qu'une heure de travail clinique est rémunéré à environ 52 € de l'heure¹²⁶ pour le généraliste alors que le travail technique en se fondant sur des actes banals (les plus couramment pratiqués) serait si les tarifs cibles CCAM étaient appliqués, rémunéré à environ 100 € de l'heure pour le travail chirurgical et à 70-75 euros pour le travail des obstétriciens et des radiologues conventionnels¹²⁷. L'écart est significatif mais peut se justifier par le fait que l'intensité (stress, effort mental, compétences mobilisées) du travail clinique et technique serait différente. Seuls les médecins seraient éventuellement à même de porter une appréciation sur l'intensité du travail. L'ampleur de l'écart semble toutefois telle qu'il est légitime d'envisager sa réduction.
- [417] En théorie, une CCAM clinique qui à l'instar de la CCAM technique permettrait d'évaluer la valeur travail et le coût de la pratique de chacune des consultations permettrait d'établir l'équité des rémunérations. Toutefois, la difficulté constatée à aboutir à une rémunération équitable des actes techniques entre eux (Cf. supra partie relative aux actes techniques) ne peut que laisser dubitatif sur la capacité d'une CCAM clinique atteindre cet objectif.

¹²⁴ Si l'on tient compte du fait que 18% des consultations des rhumatologues sont rémunérées en C2, la rémunération moyenne d'une consultation de rhumatologues s'établit à 31,2 € (46 x 0,18 + 28 x 0,82) soit un niveau de rémunération qui ne rend pas compte de l'écart de durée avec celle d'autres spécialités ou avec celle du généraliste.

¹²⁵ P. Breuil Genier art. cité

¹²⁶ Il s'agit d'une estimation de la rémunération nette de l'heure de travail facturée à la sécurité sociale. Or ce temps de travail ne rend pas compte du temps de travail global qui en sus du temps facturé comprend du temps non facturé (gestion du cabinet, formation...). Ainsi, la rémunération horaire nette du généraliste pour le temps facturé s'établit à environ 52 euros. Si l'on tient compte que les généralistes ne facturent que 33 heures sur les 54 heures travaillées par semaine et sur la base de 46 semaines de travail, on peut estimer la rémunération horaire nette du généraliste sur une base annuelle à environ 28 euros de l'heure.

¹²⁷ Voir annexe 3 C: La comparaison des rémunérations horaires.

[418] Les données ci-dessus suggèrent que l'équité exigerait un transfert financier significatif des actes techniques vers les actes cliniques. Or si des transferts plus limités n'ont pas été possibles au sein des actes techniques, rien n'indique qu'ils seront possibles vers les actes cliniques. Même si une CCAM clinique était articulée avec la CCAM technique, il est peu probable qu'elle permette des avancées en termes de rééquilibrage clinique/technique allant bien au-delà de la démarche actuelle, qui réserve une grande part des marges de manœuvre disponibles dans le cadre des négociations conventionnelles à la revalorisation des actes cliniques.

4. LES MODALITES DE DIFFERENCIATION DE LA REMUNERATION DES ACTES CLINIQUES

[419] Dans la partie précédente, nous avons tenté de restituer la logique mais aussi les limites d'un mode de tarification des actes globalement peu différencié. Ces limites invitent à analyser les possibilités de mettre en place un dispositif où le tarif de chaque acte clinique serait mieux ajusté en fonction de l'effort fourni. Cette analyse est conduite en distinguant trois scénarios :

- une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique (4.1);
- une distinction entre trois niveaux de consultations (4.2) ;
- l'extension progressive de tarifications spécifiques (4.3).

4.1. Une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique

4.1.1. Description du système américain

[420] Les Etats-Unis ont développé, depuis 1992, pour la rémunération des actes médicaux par Medicare¹²⁸ un dispositif de codage des actes qui englobe tant les actes cliniques que les actes techniques. La rémunération des actes médicaux par Medicaid ou par les assureurs privés se réfèrent souvent, avec des adaptations, à la tarification Medicare.

[421] Une brève description de ce dispositif permet d'illustrer comment peut s'organiser un tel système¹²⁹.

[422] Tous les actes médicaux, tant techniques que cliniques, sont hiérarchisés avec pour chacun d'entre eux la détermination d'un score travail et d'un coût de la pratique comme pour la CCAM clinique française.

[423] Pour coter les actes cliniques, les caractéristiques du patient (nouveau ou déjà connu), le contexte de la consultation (au cabinet, en hospitalisation, en service d'urgence...) et le niveau du service rendu seront pris en compte.

[424] Le niveau du service rendu dépendra pour sa part de la caractérisation des trois composantes de la consultation :

- l'anamnèse ("history") qui sera cotée en quatre niveaux (centrée sur le problème, centrée sur le problème et étendue, détaillée, approfondie). Le niveau choisi pour l'anamnèse dépend lui-même d'une classification de la charge pour chacune de ces composantes, soit l'histoire de la maladie, la recherche de signes et de symptômes, les antécédents et le contexte familial et social.

¹²⁸ Medicare est le programme fédéral qui prend en charge les soins des personnes âgées de plus de 65 ans et de certaines personnes handicapées.

¹²⁹ Une description plus développée du dispositif est fourni en annexe 2 A : La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis

- l'examen clinique également coté en quatre niveaux (centré sur le problème, centré sur le problème et étendu, détaillé, complet). Des définitions permettent de guider le choix du niveau : par exemple un examen détaillé consiste en un examen *approfondi* de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelles ou systèmes d'organe. Un examen *approfondi* se distingue d'un examen *limité* par le nombre d'éléments relevés (moins de six, plus de six).

- la décision médicale, elle-même cotée en quatre niveaux (simple, peu compliquée, modérément compliquée, hautement compliquée). Pour classer une décision médicale, trois paramètres sont pris en compte, eux-mêmes classés en quatre niveaux : le nombre d'options en matière de diagnostic ou de prescription, l'ampleur et la complexité des données qui doivent être passées en revue, les risques de complications ou de mortalité.

[425] L'ensemble de ces éléments permet de décider d'un code auquel est attaché un tarif. Ainsi, le médecin codera « 99 221 » une consultation au cabinet pour un patient connu qui exige deux des trois éléments suivants : une anamnèse centrée sur le problème, un examen clinique centré sur le problème et une décision médicale simple.

[426] Ce code entraînera une facturation de 26,58 \$ soit le montant le plus faible pour une consultation. La consultation la plus chère, 125,15 \$ concernera un patient nouveau pour les lesquels les trois éléments du service rendu sont cotés au plus haut niveau. Ces montants découlent d'une évaluation du score travail et du coût de la pratique de ce type de consultations. L'ensemble des actes techniques et cliniques sont ainsi hiérarchisés, un coefficient de conversion valable pour toutes les activités médicales assure l'unité du dispositif.

[427] Il faut noter que ce système de classification reconnaît au-delà des consultations cliniques classiques, les actes de conseil thérapeutique ou coordination réalisés par le professionnel. Pour ce type d'acte, la cotation ne dépend pas des caractéristiques du service rendu mais essentiellement du temps passé. Ainsi le travail de coordination d'une équipe pluridisciplinaire en dehors de la présence du patient d'environ 60 minutes sera codé « 99362 » et tarifé 65,60 \$.

[428] Il reconnaît aussi les actes de consultant (consultation demandée par un autre médecin) ; ceux-ci font l'objet d'une cotation propre mais qui obéit à la même logique¹³⁰.

[429] Il reconnaît enfin les actes réalisés par téléphone. Ainsi un coût de téléphone à un patient ou à un autre professionnel sera tarifé 7,4 \$ (appel simple ou bref) à 21,87 \$ (appel complexe ou long). Toutefois, les actes réalisés par téléphone ou par mail ne sont pas pris en charge par Medicare.

4.1.2. Les leçons du système américain

[430] Le dispositif américain s'appuie sur une description fine de chacune des composantes des consultations pour fixer leur niveau de rémunération. La référence à la durée réelle des consultations est dans la mesure du possible évitée : un temps standard est utilisé pour établir le score travail mais ce n'est pas, en règle générale, le temps réel qui détermine le tarif¹³¹. Ainsi, les praticiens ne sont pas directement incités à allonger le temps de consultation.

¹³⁰ Aux Etats-Unis, le terme de "consultation" désigne les actes de consultants (patient adressé par un autre médecin pour avis), l'équivalent des consultations françaises est la "visit" qui à la différence de la visite française ne suppose pas que le médecin se rende au domicile du patient.

¹³¹ Toutefois, une durée standard est associée à chaque code. Il est prévu que si la durée réelle excède par trop la durée standard, le praticien peut facturer un service prolongé. Par exemple, pour la consultation la plus simple dont la durée standard est de 10 minutes, un service prolongé peut être coté à partir de 40 minutes.

- [431] Il reste que pour certaines consultations (conseils, coordination), il ne semble pas possible de caractériser les composantes de la consultation et de les normer. Le temps passé devient alors la référence pour la tarification, le risque que cela n'induisse un allongement de ce type d'acte semble maîtrisé par la faiblesse relative de la rémunération de ces activités (Cf. supra, une consultation très simple est rémunérée 26 \$ et une heure de coordination 65 \$). La rémunération des activités de conseil et de coordination reste un problème sensible même dans l'hypothèse d'une classification des actes détaillée.
- [432] Les actes par téléphone ou mail ne sont pas "couverts" par Medicare. Même avec une classification détaillée, la crainte que la prise en charge de ces actes induise des dépenses importantes semble faire obstacle à ces modes d'interventions.
- [433] La présentation du dispositif américain montre que la logique de la classification des actes cliniques pour assurer une rémunération cohérente avec le travail fourni, aboutit lorsqu'elle est poussée à son terme à un système très lourd. Il existe plus de 130 codes pour les actes cliniques. Le dispositif exige pour pouvoir justifier du codage, un travail de saisie d'information qui, s'il favorise la bonne tenue dossier médical, entraîne très certainement un coût bureaucratique.
- [434] Le système est par ailleurs complexe, le volume des guides de codage en témoigne, les médecins ne le maîtrisent pas. Même placés dans une situation où ils n'avaient aucun intérêt à "jouer" avec le système, les médecins optent pour des cotations très souvent différentes de celles retenues par des "experts du codage" (dans 48% des cas pour les patients connus, dans 83% des cas pour les patients nouveaux)¹³². Par ailleurs, il semble que le dispositif soit "détourné" par les praticiens, un contrôle sur les actes de consultants a montré que sur les 3,3 Mds de \$ facturés en 2001, 1,1 Mds de \$ avait été facturés à tort¹³³.
- [435] La mise en place d'une classification commune des actes techniques et cliniques devait contribuer à rapprocher les niveaux des rémunérations des médecins de premier recours et des médecins spécialistes. C'était l'un des objectifs visés lorsqu'a été mis en place une échelle de valorisation relative des actes médicaux (ressource based relative value scale, RBRVS) en 1992¹³⁴. La désaffection des étudiants pour la médecine de premier recours est en effet considérée comme un problème majeur de la politique de santé aux Etats-Unis. Il s'avère que cet objectif n'a pas été atteint, la valeur actualisée des revenus d'une carrière de cardiologue de 22 à 65 ans a pu ainsi être estimée à 5,2 million de \$ pour un cardiologue contre 2,5 millions de \$ pour un médecin de premier recours¹³⁵.

¹³² M. King, L. Sharp, M. Lipsky. Accuracy of CPT evaluation and management coding by family physicians. JABPF. Mai-Juin 2001. Vol 14, n°3, 184-92;

¹³³ Department of health and human services, office of inspector general. *Consultations in Medicare : coding and reimbursement*. Mach 2006, OEI-09-02-00030.

¹³⁴ WC Hsiao, P. Braun, D. Yntema, ER Becker. Estimating physician's work for a ressource-based relative value scale" *N Engl J Med* 1998; 319: 835-41.

¹³⁵ B Vaughn, S De Vreize, S. Reed, K. Schulman. Can we close the income and wealth gap between specialists and primary care physicians ? *Health Aff.* 2010, 29(5), 933-40

- [436] Le dispositif d'actualisation de la charge relative de travail semble être pour partie à l'origine de cet échec. Lors de l'évaluation initiale, le travail des spécialistes a été considéré comme étant de plus grande intensité (effort mental, stress...) que le travail des médecins de premier recours. De plus, il semble que les charges des actes techniques aient été surestimées. Par ailleurs, lors de l'actualisation des scores travail, les représentants des spécialistes, notamment du fait de leur influence au sein du comité de l'American Medical Association en charge des propositions sur l'actualisation des valeurs relatives, soient parvenus à faire obstacle à des révisions à la baisse de la valeur relative des actes techniques et à la promotion des actes cliniques^{136,137}. Les difficultés des Etats-Unis rappellent que tout système de tarification basé sur des valeurs relatives exige pour fonctionner que la valeur de certains actes puisse diminuer (en cas de progrès de productivité notamment), que les détenteurs d'une "rente relative" puissent à un moment donné être perdants.
- [437] Cette présentation du système américain a valeur d'illustration pour éclairer la réflexion. Si le dispositif américain a directement inspiré la CCAM technique française qui n'en est qu'une adaptation, aucun des interlocuteurs rencontrés par la mission n'a indiqué souhaiter ou même envisager sa transposition en France pour les actes cliniques. Il est vrai que sa complexité, sa lourdeur et son impuissance à rééquilibrer rémunération des actes techniques et rémunération des actes cliniques n'incitent pas à le retenir comme modèle.
- [438] Aux Etats-Unis, la réflexion s'oriente vers la définition d'autres modes de paiement notamment dans la perspective de favoriser l'émergence de "patient-centered medical homes"¹³⁸.

4.2. Une distinction entre trois niveaux de consultations

- [439] En effet, en France, les propositions de différenciation de la valeur des consultations semblent plutôt s'orienter vers un dispositif où seraient distingués trois niveaux de consultations : soit des consultations légères, moyennes et lourdes. Un tel système existe au Québec, sa présentation succincte permettra d'éclairer le débat¹³⁹.

4.2.1. Description du dispositif québécois

- [440] Au Québec, pour les médecins payés à l'acte, trois niveaux d'examen¹⁴⁰ au cabinet sont prévus: ordinaire, complet, complet majeur. De plus, le tarif des examens dépend de l'âge du patient (0-59, 60-69, 70-79, 80 et +). Ainsi, l'examen ordinaire d'un patient de moins de 59 ans est rémunéré 19,90 \$ Can. et l'examen complet majeur d'un patient de plus de 80 ans est rémunéré 93,05 \$ Can.
- [441] Les consultations (patients adressés par le médecin traitant) sont elles-mêmes différenciées en trois niveaux (mineure, ordinaire, majeure) et selon deux tranches d'âge (- de 70 ans, + de 70 ans). Ainsi la consultation mineure pour un patient de moins de 70 ans est rémunérée 38,4 \$ Can. et la consultation majeure pour un patient de plus de 70 ans est rémunérée 83,6 \$ Can.
- [442] Il est possible de différencier le tarif des consultations selon l'âge au Québec : dans la mesure où il n'y a pas de ticket modérateur, les personnes âgées n'y ont pas le sentiment d'être discriminées par des tarifs plus élevés.

¹³⁶ T. Bodenheimer, R. Berenson, P. Rudolf. "The primary care-specialty income gap : Why it matters" *Annals of Internal Medicine* 2007, vol 146, n°4, 301-06.

¹³⁷ P. Ginsburg, R. Berenson. "Revising Medicare's physician fee schedule- Much activity for little change" *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

¹³⁸ Voir R. Berenson, E Rich "US approaches to physicians payment : the deconstruction of primary care" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 613-18; R. Berenson, E Rich "How to buy a medical home ? Policy options and practical questions" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 619-24; PL Bras "Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis" *Prat Organ Soins.* 2011;42(1):27-34

¹³⁹ Des tarifs différenciés de consultation sont aussi pratiqués en Australie ou au Pays-Bas

¹⁴⁰ L'examen correspond à notre consultation, le terme de consultation est réservé aux examens pratiqués à la demande du médecin traitant.

[443] Le dispositif pour distinguer les différents niveaux d'examen s'appuie sur des définitions nécessairement moins précises que dans le système des Etats-Unis. L'examen mineur est défini par "au moins l'un des services suivants : le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, l'initiation d'un traitement, l'appréciation d'un traitement en cours, l'observation de l'évolution d'une maladie"¹⁴¹. L'examen complet semble concerner les affections non mineures même si celles-ci ne sont pas définies, il est précisé qu'il comporte l'examen clinique de l'une ou des "régions" reliées à la raison médicale du recours avec au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. L'examen complet majeur suppose une interrogation sur l'ensemble des "systèmes" (yeux, digestifs, nerveux, locomoteur...) et un examen de l'ensemble des "régions" (ganglions, tête, cou, organes génitaux, colonne...)¹⁴². Le médecin ne peut réaliser par patient qu'à un seul examen complet majeur par an.

4.2.2. Les questions posées par une différenciation en quelques niveaux

[444] Le système québécois de différenciation des consultations en trois niveaux est semble-t-il le plus proche des hypothèses évoquées en France lorsqu'il est fait référence à une CCAM clinique. Il s'en distingue toutefois dans la mesure où il prend en compte l'âge du patient ce qui paraît délicat en France (Cf. supra).

[445] On notera toutefois qu'en France, aucun travail approfondi n'a encore été conduit pour produire une définition réellement opératoire de ces niveaux de consultation. Si la référence à plusieurs niveaux de consultation est courante, il n'existe pas à notre connaissance de proposition précise sur la manière de distinguer les consultations.

[446] Une différenciation en trois niveaux des consultations constitue une voie moyenne entre le tarif unique actuel et une nomenclature très détaillée comme celle des Etats-Unis. Son intérêt est de permettre une différenciation des consultations sans la complexité et la lourdeur du système américain. Elle devrait donc permettre une tarification plus ajustée sur l'effort lors de chaque acte clinique.

[447] Elle présente néanmoins des limites inhérentes à un choix de compromis qui ne va pas au bout de la logique de différenciation.

[448] Une définition globale des niveaux de consultation permet difficilement de définir précisément des scores travail. Dans la classification américaine, la précision des définitions permet théoriquement d'observer des durées standard et d'apprécier l'intensité de l'effort consenti afin d'aboutir à une hiérarchisation et à une tarification adaptées. Sur la base d'une définition englobante, il n'est pas possible de pratiquer de telles observations. Une différenciation des consultations sur la base d'une définition large de leur contenu ne peut aboutir à une tarification fine en fonction des efforts fournis. Le progrès en matière d'adéquation entre niveau de rémunération et effort fourni devrait ainsi être sensible mais limité.

[449] La frontière entre les niveaux de consultation restera, avec une définition globale, relativement imprécise. Il a été observé au Canada que ce type de classification qui laisse une marge d'appréciation discrétionnaire aux médecins se traduit par un glissement progressif vers les cotations les plus lourdes. Ce phénomène a été observé dans l'Ontario, le ratio des consultations intermédiaires par rapport aux consultations mineures est passé de 0,3 en 1978-1979 à 2,9 en 1994-1995¹⁴³. Il a été confirmé dans des études relatives au Québec¹⁴⁴.

¹⁴¹ Manuel de l'omnipraticien. Préambule général. p.30.

¹⁴² La définition complète des trois niveaux d'examen est fournie en annexe 5 : Les trois niveaux d'examen au Québec.

¹⁴³ B. Chan, G. Anderson, ME Thériault. "Fee code creep among general practitioners and family physicians in Ontario : Why does the ratio of intermediate to minor assessments keep climbing" *CMAJ*, mar.24, 1998, 158(6), 749-54.

¹⁴⁴ A. Nassiri, L. Rochaix. Revisiting physician's financial incentives in Québec : a panel system approach". *Health Economics*, vol 15, n°1, January 2006, 49-64.

- [450] Cette imprécision peut être source de conflits entre le praticien et les organismes de sécurité sociale si ceux-ci en réaction à cette tendance au glissement vers le haut des cotations tentent de contrôler le niveau des cotations. Bien évidemment, il serait possible de limiter ce risque en fixant a priori des quotas par médecins (pas plus de x % de consultations de niveau 2 et de niveau 3) mais un tel contingentement viderait en grande partie la réforme de son sens. Un des objectifs de la CCAM clinique est de pouvoir rendre compte de la diversité des pratiques ce qui suppose que la part de chaque niveau de consultation doit pouvoir varier entre spécialités et au sein même de chaque spécialité.
- [451] Il est donc à prévoir qu'un système de classification à trois niveaux sera instable. On peut penser que les conflits autour des cotations conduiront :
- soit à raffiner progressivement les définitions¹⁴⁵ et donc à une évolution lente vers un système proche du dispositif américain décrit ci-dessus avec les lourdeurs qui lui sont associées ;
 - soit à simplifier le système et à considérer que le critère discriminant entre les consultations n'est pas la nature du service rendu mais le temps passé auprès du patient avec les effets d'inefficience afférents. Dans la CCAM technique, la nature du service rendu permet d'établir une durée standard qui détermine la cotation, cette démarche incite le praticien à être efficient. Si on inverse la démarche et si c'est le temps passé effectivement qui détermine la cotation et la rémunération, on crée une incitation à l'allongement du temps, du moins pour les médecins.
- [452] On peut s'interroger également sur la réaction des patients face à un système où le tarif des consultations serait différencié et où, à travers le ticket modérateur, ils seraient amenés à supporter une part du coût. De fait, il est probable que cette différenciation serait relativement indolore pour les patients : 94% des assurés bénéficient d'une complémentaire ou de la CMU. Par ailleurs, l'expérience du secteur 2 montre que le patient, en règle générale, ne discute pas vraiment le tarif demandé par le médecin.
- [453] Sans même évoquer la perspective d'un glissement progressif des cotations, le système sera coûteux à l'origine. En effet, il ne semble pas réaliste de penser que les représentants des médecins acceptent que soient instituées des consultations rémunérées à un tarif moindre que le tarif actuel (le rapport Hubert évoquait l'hypothèse de consultations à un demi-C pour compenser le fait que certaines consultations seraient rémunérées au-delà). Cette perspective est notamment écartée par la CSMF.
- [454] Il est impossible en l'état actuel d'apprécier ce coût. Il faudrait pour cela proposer une définition des différents niveaux pour apprécier à blanc comment les médecins l'interprètent. Encore cette expérience à blanc ne renseignera-t-elle qu'imparfaitement sur les comportements effectifs des médecins lorsque la cotation aura de réels effets financiers. Cette expérience fournirait simplement une estimation par le bas du coût de la réforme.
- [455] Le passage à une tarification à plusieurs niveaux sera nécessairement coûteux dans une conjoncture où les marges de manœuvre financières sont limitées. Les avantages d'une différenciation des tarifs des consultations doivent donc être mis en regard de ceux que l'on peut attendre d'un investissement dans le paiement au forfait ou dans le paiement en fonction des objectifs de santé publique. Il n'entrait pas dans le cadre de cette mission d'établir un tel bilan relatif qui suppose de comparer les mérites respectifs de divers modes de rémunération. Ce bilan relatif ne peut d'ailleurs s'établir sans prendre en compte l'organisation que l'on souhaite promouvoir notamment pour les prises en charge de premier recours.

¹⁴⁵ L'imprécision des définitions ne pourra se maintenir si le payeur exige de contrôler les cotations, les deux parties en viendront à affiner les définitions : le payeur pour fonder son contrôle, le médecin pour se protéger des contrôles.

[456] Il faut souligner enfin que tarifer au même niveau des séances de même nature réalisées par des médecins appartenant à des spécialités différentes n'a pas de sens si certaines spécialités reçoivent des paiements annexes à la consultation (forfait, paiement à la performance) qui, de fait, viennent abonder la rémunération de la séance. Or les généralistes voient augmenter les rémunérations annexes à la consultation (forfait ALD, paiement à la performance) dans une proportion plus importante que les autres spécialités. Ce mouvement interdit de considérer qu'il serait pertinent au plan de l'équité d'avoir un tarif unique pour des consultations de même nature entre généralistes et médecins relevant d'autres spécialités.

4.3. L'extension progressive de tarifications spécifiques

[457] La dernière modalité de différenciation des tarifs pour mieux les ajuster à l'effort du praticien consiste à développer, dès lors que cela paraît nécessaire, des tarifs spécifiques à certaines consultations à partir de critères simples et aisément contrôlables.

[458] Cette démarche est déjà à l'œuvre. Ainsi, la convention de juillet 2001 prévoit la création d'une consultation au domicile des patients en présence des aidants naturels pour les patients atteints de maladies neurodégénératives tarifiée 2V et cotée VL. La valorisation de certaines consultations passe aussi par les possibilités ouvertes par la convention de coter l'acte réalisé au cours d'une consultation (cas de la biopsie cutanée ou du frottis vaginal dans la convention de 2011).

[459] Cette démarche est moins systématique et globale que les deux hypothèses précédentes. Elle ne prétend pas aboutir à une hiérarchisation de l'ensemble des consultations, elle laisse donc subsister une large part de mutualisation entre des consultations légères et des consultations lourdes.

[460] Elle présente l'avantage d'une relative simplicité. Dès lors qu'elle est fondée sur des critères aisément objectivables, elle permet par rapport aux hypothèses précédentes de limiter les coûts pour les médecins de la documentation justificative de la tarification ainsi que les coûts de contrôle pour le payeur. Elle ne crée pas de zone de tension entre les caisses et les médecins liés à d'éventuels glissements dans la cotation des actes.

[461] La création de ces tarifications spécifiques est maîtrisable financièrement. La référence à un critère objectif permet de calibrer la dépense induite par la tarification spécifique mise en place et d'arbitrer l'affectation d'éventuelle « marges de manœuvre » entre les « trois piliers » de la rémunération prévus par la convention médicale.

[462] Elle doit permettre de rémunérer l'effort particulier consenti dans certaines circonstances par le médecin et corriger certaines éventuelles iniquités du système actuel. Par exemple, s'il est avéré que les consultations de certaines spécialités sont significativement plus longues que celles des autres, il est légitime de prévoir une tarification spécifique pour cette spécialité comme cela a déjà été mis en œuvre avec la CPSY ou la CsC. De même, la consultation qui préside à l'inscription chez un médecin traitant dès lors qu'elle exige un travail spécifique (interrogatoire approfondi pour la constitution du dossier patient pourrait faire l'objet d'une tarification spécifique). Ces illustrations sont données à titre d'exemple, la mission ne prétend pas être en mesure de déterminer à quelles consultations devrait s'appliquer cette démarche.

[463] La limite de cette démarche est son caractère pointilliste et son manque de cohérence, la création de cotations spécifiques pour certaines consultations relevant plus du "marchandage conventionnel" que de la prise en compte objective d'un effort particulier du praticien. Il est certainement possible d'améliorer le travail d'instruction préalable à la création des cotations spécifiques.

- [464] On s'est situé principalement dans la perspective où la tarification spécifique de certaines séances cliniques visait à rémunérer l'effort particulier lié à ces consultations ; on peut aussi envisager aussi que ces tarifications soient utilisées pour orienter la pratique des médecins (favoriser tel type de consultations car elles correspondraient à une priorité de santé publique). Dans le cadre de la convention de 2011, les arguments mobilisés pour justifier la création de cotations spécifiques sont de deux types : l'intérêt de santé publique de l'acte et l'effort particulier exigé du praticien.
- [465] Par exemple, la consultation VL vise d'une part à rendre compte du travail particulier qu'exige la prise en charge des maladies neuro-dégénératives mais s'inscrit également dans le plan consacré à la maladie d'Alzheimer ; elle permet d'y inscrire la pratique des médecins généralistes. Il est toutefois délicat d'utiliser un même instrument pour viser deux objectifs d'une part ajuster la rémunération à l'effort, d'autre part orienter la pratique des médecins vers telle ou telle activité. Si un acte clinique ne demande pas d'effort particulier et s'il est particulièrement utile, on peut penser que des médecins normalement diligents le réaliseront sans avoir besoin d'incitation particulière. A contrario, si certaines consultations utiles, plan de santé publique ou non, exigent un effort particulier, il n'y a pas de raisons fondamentales pour ne pas rémunérer cet effort. Il est par ailleurs à craindre que les pouvoirs publics ne multiplient les tarifications spécifiques à l'occasion de tout plan de santé publique simplement pour donner un signe de leur action¹⁴⁶.

5. RECOMMANDATIONS

5.1. *Les souhaits de médecins*

- [466] Il serait utile, avant de formuler des recommandations, de pouvoir apprécier dans quelle mesure la différenciation des tarifs correspond à une aspiration des médecins. Une étude récente a permis d'étudier les souhaits des médecins généralistes en matière d'évolution du mode rémunération¹⁴⁷. Les médecins ont notamment été interrogés sur leur souhait d'une "plus grande liberté tarifaire" qui selon les auteurs de l'étude "rejoint l'idée d'un tarif à l'acte avec plusieurs cotations possibles". Une courte majorité de médecins (53%) s'affirme favorable à "une plus grande liberté dans la fixation du tarif". Pour autant, et les auteurs de l'étude l'admettent, il est douteux que les réponses positives à cette question signifient exclusivement un souhait de différenciation du tarif des consultations, elles peuvent aussi indiquer une aspiration à bénéficier des libertés du secteur 2.
- [467] Par ailleurs, dès lors que la dépense pour différencier les consultations peut entrer en concurrence avec celle consacrée à d'autres « piliers » de la rémunération, il convient de souligner que 60 % des généralistes s'affirment favorables « à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte » et 50% « à une proportion plus importante de forfaits dans votre (leur) rémunération ». Il est donc difficile de savoir si la différenciation des consultations correspond à une aspiration prioritaire des médecins généralistes.
- [468] On ne dispose pas, à notre connaissance, d'étude sur les souhaits de spécialistes.
- [469] Pour ce qui est des représentants du corps médical, une différenciation en trois niveaux est proposée par la CSMF alors que MG France considère que la différenciation des consultations peut se limiter à la création de quelques consultations "à périmètre défini" dans une perspective de santé publique.

¹⁴⁶ Le bilan de la modulation des tarifs T2A pour des « raisons de santé publique » rend plutôt sceptiques sur la pertinence d'une telle démarche;

¹⁴⁷ M. Barlet, V. Bellamy, F. Guillaumat-Tailliet, S. Jakoubovitch. "Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?" RFAS, 2011, n°2-3, 125-55

5.2. Conclusion

- [470] Il ressort de la discussion précédente que la tarification à l'acte en vigueur comporte des éléments de différenciation des actes cliniques même si, au global, elle reste relativement indifférenciée. Les effets pervers de cette indifférenciation restent toutefois limités. Un ajustement du tarif à l'effort des médecins apparaît bien plus délicat pour les actes cliniques qu'il ne l'est pour les actes techniques. L'examen des différents scénarios de différenciation du tarif des consultations montre que certains d'entre eux présentent des risques significatifs : lourdeur du processus de codage et de documentation des actes, imprécision des définitions et risque de glissement inflationniste. Par ailleurs, certains présentent un coût initial significatif alors même que les marges de manœuvre sont incontestablement limitées et qu'il convient d'arbitrer entre leur affectation entre les trois "piliers" de la rémunération.
- [471] Il est donc recommandé de poursuivre dans la voie déjà empruntée par la convention et de définir, lorsque cela est évidemment nécessaire, des consultations spécifiques. Cette démarche permet de maîtriser les risques financiers et de reconnaître certaines situations où un effort particulier est exigé du médecin.
- [472] A cet égard, il est certainement souhaitable de mieux documenter, pour les fonder objectivement sur l'effort réel du praticien, les éléments de différenciation de la tarification actuelle.
- [473] Renoncer à ajuster la tarification sur l'effort consenti à l'occasion de chaque consultation ne signifie pas que l'on doive renoncer à introduire plus d'équité dans la tarification du travail clinique entre spécialités pour lesquelles il semble qu'il y ait des différences dans la lourdeur moyenne des consultations. Si l'équité entre spécialités est un objectif pour les professionnels concernés, il est possible de s'appuyer sur les données sur les durées moyennes de consultation (celles déjà disponibles et celle qui ressortiront de l'étude IFOP commanditée par la CNAM) pour moduler, en tenant compte de l'effet C2, le tarif des consultations entre spécialités.
- [474] Enfin, ne pas s'engager dans une CCAM clinique articulée avec la CCAM technique ne signifie nullement qu'il ne faille pas rechercher une meilleure équité entre la rémunération du travail clinique et technique. Il n'est nul besoin d'emprunter cette voie pour tendre vers cette équité et d'ailleurs rien ne garantit que l'emprunter permettrait de progresser (cf. supra bilan de la CCAM technique).

[475] Récapitulatif des recommandations

Recommandation n°1 : Poursuivre dans la voie déjà engagée consistant à définir lorsque cela apparaît nécessaire pour reconnaître des efforts particuliers des médecins, des consultations spécifiques (UNCAM, syndicats médicaux, en continu).

Recommandation n°2 : Mieux objectiver les différences de tarifs appliquées à certaines consultations (CNAM, 2012).

Recommandation n°3 : Poursuivre le travail d'étude de la durée relative des consultations selon les spécialités et en tirer les conséquences tarifaires (UNCAM, syndicats médicaux, 2012).

Recommandation n°4 : Poursuivre le rééquilibrage entre tarification des actes cliniques et techniques (UNCAM, syndicats médicaux, en continu).

Partie 4 - La tarification des actes et consultations externes à l'hôpital

- [476] Cette partie est consacrée aux interactions entre la tarification libérale et le financement des établissements de santé publics et les établissements privés financés antérieurement en dotation globale.
- [477] Les tarifs de la CCAM pour les actes techniques et de la NGAP pour les actes cliniques sont en effet utilisés pour rémunérer les actes et consultations externes (ACE) effectués à l'hôpital, secteur ex DG.
- [478] Le montant des dépenses d'assurance maladie au titre des ACE pour le secteur ex-DG s'est élevé en 2010 à 3 Md€ Parmi ces actes et consultations externes réalisés à l'hôpital, certains sont réalisés par des auxiliaires médicaux ou relèvent de la biologie. Nous nous concentrons sur les actes réalisés par les médecins non biologistes. Sur ce champ, les ACE tarifés à partir de la NGAP ou de la CCAM pèsent 2,4 Md€
- [479] Ce montant est à rapprocher d'un total de dépenses pour les établissements publics tarifés à l'activité de 52,7 Md€ et de l'ensemble des dépenses dites "activité-part tarifs" qui s'élève à 31,3 Md€ L'enjeu de cette tarification pour les établissements ex-DG n'est pas majeur sans être, pour autant, négligeable.
- [480] Parmi ces actes et consultations externes, dont certains sont réalisés lors d'un passage aux urgences, les montants principaux concernent les consultations spécialistes (22,6 millions de consultations pour un montant facturé de 538 millions d'euros), les actes d'imagerie (20,2 millions d'actes pour un montant facturé de 490 millions d'euros), les consultations généralistes (14,3 millions de consultations pour un montant facturé de 371 millions d'euros) et les actes d'échographie (4 millions d'actes pour un montant facturé de 246 millions d'euros).

1. LE PROBLEME

1.1. Des tarifs qui n'ont aucune raison de correspondre aux coûts hospitaliers

- [481] Le dispositif de financement des activités de soins dans le cadre de la T2A ne garantit pas que les tarifs soient égaux aux coûts mais suppose que la hiérarchie des tarifs reflète la hiérarchie des coûts¹⁴⁸ pour qu'aucune prise en charge ou aucun établissement ne soit pénalisé ou favorisé relativement aux autres (cf. *supra* partie relative à la T2A).
- [482] La tarification de l'activité ACE n'obéit pas à ce principe. Les tarifs ACE ne sont pas fixés en référence à des coûts hospitaliers mais de manière exogène, à partir de l'activité libérale. Ils résultent des discussions conventionnelles et s'articulent autour de la logique économique du secteur libéral.
- [483] Or ces tarifs fixés pour le secteur libéral n'ont aucune raison des refléter les coûts publics pour de nombreuses raisons.
- [484] Les activités désignées par les mêmes lettres clefs peuvent ne pas être homogènes dans leur contenu. On peut penser que cette homogénéité est assez grande pour les actes finement décrits par la CCAM technique mais pour les consultations de la NGAP, rien ne garantit que les consultations cotées C ou CS en milieu hospitalier aient le même contenu que ces mêmes consultations réalisées en cabinet de ville¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Structure des coûts établis de l'observation de réalisation sur l'échantillon de l'ENC

¹⁴⁹ A cet égard, il serait utile de conduire une enquête pour comparer la durée des consultations en ville pour lesquelles on dispose de données (cf. *supra* partie relative à la CCAM clinique) et la durée des consultations à l'hôpital.

- [485] Les tarifs pratiqués en ville ne sont pas eux-mêmes représentatifs de la rémunération attachée à tel ou tel acte. Par exemple, pour savoir ce que coûte réellement une consultation généraliste réalisée en ville, il faut prendre en compte non seulement la valeur du C mais aussi le forfait ALD attaché à cette rémunération, la prise en charge des cotisations sociales, et, plus récemment, les paiements à la performance. Le problème deviendra plus aigu si les forfaits et le paiement à la performance deviennent les outils privilégiés d'évolution de la rémunération des médecins de ville : la valeur du C en tant que telle perdra encore plus sa signification économique mais restera la base de la tarification de cette activité à l'hôpital.
- [486] Ils ne sont pas plus représentatifs de la rémunération qui devrait être attachée à tel ou tel acte en ville. Pour les actes techniques, les tarifs de la CCAM réellement pratiqués n'ont pas convergé vers des tarifs cibles, eux-mêmes devenus certainement obsolètes puisqu'ils n'ont pas été maintenus depuis 2004 (cf. *supra* partie consacrée à la rémunération des actes techniques).
- [487] Les tarifs sont fixés en fonction d'un environnement et donc d'un coût de la pratique certainement différent entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour les actes pour lesquels un environnement hospitalier s'impose, les forfaits "sécurité et environnement" (SE) (environ 330 M€ en 2010) qui s'appliquent tant dans les secteurs ex-DG que dans le secteur ex-OQN permettent de prendre en compte ce facteur.
- [488] Les tarifications CCAM et NGAP correspondent à une valorisation du travail médical qui n'a rien à voir avec le coût du travail médical à l'hôpital. Par exemple les tarifs en ville aboutissent à des disparités de rémunération entre spécialités, et notamment entre "spécialistes cliniques" et "spécialistes techniques", qui n'existent pas à l'hôpital.
- [489] On ne peut enfin exclure, même si cela n'est pas documenté¹⁵⁰, qu'il existe des différences de « productivité » entre secteur public et privé dès lors que l'incitation d'un médecin libéral à être « productif » est plus directe (sa rémunération en dépend) que celle d'un praticien public (seules les ressources de l'établissement où il travaille sont en cause).

1.2. Une activité sous financée

- [490] Pour toutes ces raisons, l'activité ACE, tarifiée à partir de tarifs fixés sans lien avec l'activité hospitalière, peut être relativement sur ou sous-valorisée par rapport aux autres activités de l'hôpital¹⁵¹. Il semble qu'elle soit sous-valorisée. C'est l'hypothèse qui est à la base de la saisine de la DGOS qui a introduit cette problématique dans la lettre de mission sur la base du ressenti des hospitaliers.
- [491] Une étude ponctuelle sur un établissement fait en effet apparaître un déficit conséquent de cette activité, sans commune mesure avec les déficits sur l'activité GHS¹⁵².
- [492] Par ailleurs, une étude économétrique sur la marge d'exploitation des établissements de santé montre que cette marge est moindre pour les hôpitaux dont la part d'activité externe est relativement plus importante¹⁵³.

¹⁵⁰ Il faudrait pour établir des comparaisons de "productivité" pouvoir établir que les produits (une consultation cotée C ou CS) sont homogènes en contenu ville et à l'hôpital et que d'éventuels écarts de productivité ne sont pas reliés à des écarts de qualité

¹⁵¹ On l'a dit, les tarifs n'ont pas vocation à correspondre aux coûts, la sur ou la sous valorisation n'est donc que relative aux autres activités. Si les ACE étaient sous valorisés dans la même proportion que les autres activités hospitalières, il ne s'agirait plus d'un problème de tarification mais ce serait éventuellement le niveau de l'ONDAM qui serait en cause. Toutefois, pour simplifier, par la suite, on parlera de sur ou sous valorisation.

¹⁵² Cas du CHIBT à Sète voir RHF n° 542 sept. Oct. 2011

¹⁵³ F Evain, E. Yilmaz. Les déterminants de la performance économique des établissements de santé. Présentation au séminaire 3S, 9 décembre 2011.

- [493] Enfin à la demande la mission IGAS, l'ATIH a rapproché les charges et les recettes de l'activité ACE pour les soins non urgents en s'appuyant sur les données de la comptabilité analytique des établissements de l'échantillon de l'ENC 2009¹⁵⁴. Même si les problèmes rencontrés pour le recueil des données incitent à la prudence dans l'interprétation des résultats, cette étude fait apparaître pour l'ensemble des établissements de l'échantillon, un écart entre les coûts et les recettes d'au moins 30% et dans certains très largement supérieurs (100% pour certains établissements).
- [494] Il semble donc établi que cette activité est relativement sous valorisée.
- [495] Bien évidemment cette première étude mérite d'être approfondie. Il faudrait l'étendre aux activités ACE réalisées dans le cadre d'un passage aux urgences. La catégorie ACE recouvre, on l'a vu, des actes et consultations de nature fort différentes, il faudrait notamment apprécier si cette sous valorisation est homogène ou concerne particulièrement certains types d'actes. Il faudrait aussi se donner les moyens d'explicitier les composantes des coûts des ACE, et les éléments déterminants des différences d'efficience entre établissements. Il faudrait enfin mieux connaître le contenu de ces actes et consultations, pouvoir apprécier leur pertinence et leur nature (substitutive ou complémentaire à l'activité de ville).

2. LES ENJEUX

2.1. *L'enjeu global sur les ressources des établissements de santé*

- [496] Dans le cadre financier contraint par l'ONDAM, cette sous-valorisation est sans influence quant aux ressources globales dont disposent les établissements de santé dans leur ensemble. Si demain les tarifs des consultations et actes externes hospitaliers étaient revalorisés, l'enveloppe globale consacrée aux "établissements de santé tarifés à l'activité" ne serait pas augmentée pour autant. En contrepartie de cette revalorisation des ACE, d'autres ressources des établissements de santé (MIGAC, tarif des GHS...) devraient être diminuées.
- [497] Toutefois, une augmentation de la rémunération des ACE n'a pas le même effet sur les cliniques et sur les hôpitaux publics. Dans les hôpitaux publics, la rémunération des ACE est une recette des établissements alors que les tarifs des actes et consultations déterminent, dans le cas des cliniques, une recette des médecins exerçant en clinique.
- [498] Aussi, toutes choses égales par ailleurs, au niveau global, une augmentation de la rémunération des ACE :
- entraîne une augmentation des ressources des hôpitaux et une diminution des ressources des cliniques s'il y a fongibilité entre les deux enveloppes (ex DG et ex OQN) au sein de l'enveloppe "établissements de santé tarifés à l'activité" ;
 - est neutre pour les hôpitaux et pour les cliniques si les enveloppes hôpitaux et cliniques sont distinguées (dans ce cas, le surcroît des recettes au titre des ACE pour les hôpitaux doit être compensé par ailleurs au sein de l'enveloppe hôpitaux).
- [499] En tout état de cause, la sous valorisation des activités ACE n'est pas un enjeu macroéconomique au niveau des établissements de santé dans leur ensemble.

2.2. *Les enjeux microéconomiques*

- [500] Les enjeux microéconomiques de cette éventuelle sous valorisation se situent entre établissements. Un établissement qui a une part d'activité ACE relativement importante voit toutes choses égales par ailleurs sa situation économique dégradée sans que pour autant son efficience productive soit moindre.

¹⁵⁴ ATIH "Comparaison par établissement de l'ENC 2009 des charges et des recettes des Actes et Consultations Externes aux recettes de cette activité". Note du 12/01/2012. Voir Pièce jointe 4-.a.

- [501] Ils se situent également au sein des établissements. La sous valorisation des activités ACE si elle est perçue par les « managers » peut entraîner des décisions de restriction de l'activité ACE que rien ne justifie sauf un système de rémunération inadapté¹⁵⁵.
- [502] On pourrait même penser qu'il existe un enjeu au sein de l'activité ACE de chaque établissement, une sous-valorisation globale peut en effet coexister avec une survalorisation de certains ACE. Si les managers hospitaliers sont en mesure de repérer ces écarts, il est possible (peu probable en fait) qu'ils opèrent des arbitrages entre activités.
- [503] L'enjeu de cette question n'est donc pas macroéconomique mais microéconomique (équité entre établissements, orientation des activités).

3. LES SCENARIOS

- [504] Trois scénarios d'évolution peuvent être envisagés au regard de la situation décrite.

3.1. *La recherche d'un compromis entre logique hospitalière et libérale*

- [505] Dans ce scénario, la tarification libérale ayant un impact sur le secteur hospitalier, on transforme les modes de gouvernance pour permettre une expression de la logique hospitalière dans les décisions relatives au secteur libéral.
- [506] Pour ce qui est des travaux de description de l'activité ou par exemple l'établissement des charges relatives de travail médical, opération qui transcende les séparations sectorielles, cette association est souhaitable et possible.
- [507] Toutefois, pour ce qui est l'élément essentiel soit la détermination des tarifs, tenter d'établir un compromis entre les exigences du secteur hospitalier et celles du secteur libéral risque d'aboutir à des solutions insatisfaisantes pour tous.
- [508] Il faut par ailleurs souligner que si la tarification des actes et consultations est un problème annexe pour l'hôpital, elle constitue une question centrale pour les libéraux. Il y a donc peu de chances que les exigences hospitalières puissent peser. Par exemple, la DGOS fait l'hypothèse que la mise en place d'une CCAM clinique permettrait de mieux prendre en charge les consultations lourdes à l'hôpital. Or, il est fort probable que ce dossier évoluera en fonction des contraintes, des exigences et des rapports de force propres à la ville sans que puisse peser fortement la problématique de l'hôpital.
- [509] Enfin, sauf à repenser le système conventionnel, on voit mal comment associer le secteur hospitalier aux négociations UNCAM/professionnels libéraux au-delà de réunions de concertation entre l'UNCAM et la DGOS en amont, qui seraient de toute façon de bonne pratique administrative.
- [510] Ce scénario évoqué par la DGOS lors de nos premiers entretiens paraît donc peu réaliste.
- [511] La DGOS souhaitait également cette association aux discussions sur la tarification libérale car elle souhaitait faire prendre en compte dans la tarification certains types de consultations dont la nomenclature libérale ne rendrait pas compte (consultations pluridisciplinaires, consultations lourdes...). Il n'a pas été possible à la mission d'obtenir des précisions sur la nature de ces consultations et leur fréquence (part des consultations qui sont considérées comme lourdes, critères qui permettraient de caractériser ces consultations lourdes, domaine clinique/spécialités où ces consultations sont nécessaires, professionnels concernés par les consultations pluridisciplinaires...). Un travail préalable pour identifier d'éventuels besoins est certainement nécessaire.

¹⁵⁵ Le fait que l'activité ACE soit nécessaire pour assurer le recrutement de l'hôpital doit être pris en compte dans l'analyse mais ne justifie pas une sous valorisation.

3.2. Une rémunération des ACE indépendante des tarifs ambulatoires

- [512] Dans ce scénario sur la base du constat que les tarifs de ville ne peuvent rendre compte des coûts de l'activité ACE à l'hôpital, une tarification relativement indépendante, spécifique à l'hôpital des actes et consultations, serait mise en place.
- [513] Plusieurs possibilités sont a priori ouvertes :
- il est possible de garder la même nomenclature descriptive, un suffixe H permettrait de coter les actes à un niveau cohérent avec les coûts hospitaliers. Il y aurait ainsi un CH et un CSH, un acte technique X...H. Les ACE auraient dans cette hypothèse un tarif propre à l'hôpital, distinct de celui pratiqué en ambulatoire ;
 - si on ne souhaite pas faire apparaître que des actes qui *a priori* peuvent sembler équivalents ont des tarifs distincts, il est possible de garder facialement le même tarif et d'attacher un "supplément" aux ACE comme cela est déjà pratiqué, pour certains, avec le forfait SE. Il convient de souligner que des financements *ad hoc* existent déjà pour tenir compte des contextes de réalisation des actes et consultations. C'est notamment les cas des centres de santé qui reçoivent des financements spécifiques du fait que leurs médecins salariés ne bénéficient pas, à la différence des libéraux, d'une prise en charge partielle des charges sociales.
- [514] Pour des raisons d'affichage, la deuxième approche paraît la plus pertinente.
- [515] Si le secteur hospitalier le juge nécessaire, il pourrait alors, s'il parvient à définir des critères de différenciation pertinents et contrôlables, valoriser ainsi spécifiquement certains actes ou consultations (cf. *supra* les consultations lourdes évoquées par la DGOS). Cela permettrait notamment d'intégrer dans la part tarif des activités de consultation financées aujourd'hui à partir de crédits MIG (consultations douleurs, mémoire, addictologie...).
- [516] L'ATIH, sur la base d'études de coûts spécifiques, aurait la responsabilité de proposer un niveau de facturation des ACE cohérent avec le niveau de facturation des GHS, de façon à viser une neutralité tarifaire relative entre activité ACE et activité de soins en hospitalisation.

3.3. Le scénario du statu quo

- [517] Dans ce scénario, les tarifs des ACE à l'hôpital restent fixés à partir des tarifs libéraux malgré leur sous-valorisation.
- [518] Divers arguments qui, à notre sens, n'emportent pas la conviction peuvent être présentés à l'appui de ce scénario. Nous les présentons avec ce qui nous apparaît être leurs limites :
- les problèmes évoqués sont marginaux, les ACE ne représentent qu'une faible part des ressources des hôpitaux. Il reste que l'activité ACE n'est pas marginale et que s'il était confirmé qu'elle est sous valorisée d'au moins 30%, cela peut contribuer à mettre en difficulté les établissements dont la part d'activité ACE est forte ;
 - la sous valorisation des ACE est un artefact statistique. La comptabilité analytique aboutit à "charger" cette activité par les charges de structure générales de l'hôpital alors même que cette activité devrait être considérée comme marginale et ne pas être grevée, comme les autres activités, par ce type de charges. Il est loisible à un manager hospitalier de raisonner en considérant que telle ou telle activité est "rentable" dès lors qu'elle couvre les coûts directs et contribue, ne serait-ce que très modestement, aux charges de structure générale. Pour autant, il est délicat de faire de cette attitude une règle générale. On peut aussi considérer que l'activité ACE est fondamentale car nécessaire au fonctionnement de l'hôpital ;

- même si les ACE sont sous valorisés, il ne faut pas craindre que les hôpitaux se désengagent car ils ont besoin de cette activité pour assurer leur recrutement. L'activité ACE serait de fait rémunérée à travers l'activité de soins hospitaliers qu'elle permet de générer. Il n'est pas sûr que, pour tous les hôpitaux, le lien entre ACE et soins hospitaliers s'inscrive dans cette logique. Les établissements situés dans des zones de relative pénurie médicale en ville peuvent être contraints de réaliser relativement plus d'ACE que leurs homologues ;

- l'activité ACE n'est pas toujours pertinente. Il ne faut pas encourager l'hôpital à se substituer à la ville. Maintenir une sous tarification de l'activité ACE est positif car cela n'incite pas les établissements de santé à faire concurrence à la ville¹⁵⁶. La sous tarification des ACE ne nous paraît pas l'outil adéquat pour corriger d'éventuelles situations de non pertinence, elle aboutit à pénaliser les établissements dont l'activité ACE est pertinente ;

- revaloriser les ACE et les tarifier sans référence aux tarifs libéraux, c'est entériner, pour certains, la sous productivité en ce domaine de l'hôpital public¹⁵⁷. Dans le cadre de la T2A, les établissements sont incités à l'efficacité par comparaison avec les coûts moyens des autres établissements et non en s'appuyant sur des tarifs qui n'ont aucun rapport avec l'activité hospitalière (cf. *supra* partie du rapport sur la tarification des séjours hospitaliers) ;

- il n'est pas opportun d'afficher que l'on rémunère différemment des services semblables selon qu'ils sont délivrés en ville ou à l'hôpital. Malgré l'importance des apparences, la question est posée car d'une part la rémunération n'est qu'apparemment semblable (cf. partie 1 sur charges sociales, forfait...) et car, d'autre part, il est possible que le service rendu ne soit aussi qu'apparemment semblable. Le scénario 1, dans sa variante où la sur tarification n'est pas affichée, permet en tout état de cause de préserver les apparences.

4. RECOMMANDATIONS

[519] La mission considère que la logique de la T2A exige que l'on s'astreigne à une relative neutralité dans le niveau de rémunérations des diverses missions assumées par les établissements de santé : ne pas respecter cette neutralité peut aboutir à mettre certains établissements en difficulté financière (absolue ou relative) alors même qu'ils sont efficaces ou du moins aussi efficaces que leur homologues.

[520] Elle recommande donc de ne pas s'en tenir au *statu quo*. Même si elle est consciente qu'il est nécessaire de rassembler des données supplémentaires sur les coûts de l'activité ACE, elle recommande d'envisager un mode de tarification adapté à l'activité hospitalière pour cette activité, soit le scénario évoqué en 3.2.

Recommandation n°1 : Approfondir le travail d'analyse des ACE dans la perspective de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics (DGOS, ATIH, 2012).

Pierre-Louis BRAS

Pierre LESTEVEN

Jean-Luc VIEILLERIBIERE

¹⁵⁶ Cette idée que les établissements de santé pourraient venir indument concurrencer la ville a été évoquée par certains interlocuteurs de la mission, on ne dispose pas de données pour la confirmer ou l'infirmier.

¹⁵⁷ De même l'idée que les hôpitaux seraient sous productifs pour produire des ACE par rapport à la ville a été évoquée par certains de nos interlocuteurs, on ne dispose pas de données pour la confirmer ou l'infirmier.

Recommandations de la mission

Recommandations de la partie 1 : la tarification des séjours hospitaliers

N°	Recommandation	Autorité(s) responsable(s)	Echéance de mise en œuvre
1	Poser dans la loi le principe de respect de la hiérarchie des coûts issue des études de coûts pour la fixation des tarifs des GHS et d'un rapport annuel au Parlement, publié sur le site de l'ATIH sur la mise en œuvre de ce principe	Législateur	LFSS pour 2013
2	Prendre les dernières données de coûts disponibles comme référence pour l'application de la neutralité tarifaire	ATIH, DGOS	campagne 2013 et suivantes
3	Poursuivre en continu l'analyse des limites de l'échelle nationale de coûts, la mobilisation de l'expertise et la concertation avec les fédérations sur les solutions proposées.	ATIH	en continu
4	Publier une grille de tarifs neutres à côté de la grille des tarifs de campagne, ainsi que des tableaux explicitant l'ampleur des écarts en pourcentage et en montant, par GHS, par racine de GHS, par groupe d'activité, par CMD, par catégorie d'établissements et présentant la justification des écarts.	ATIH	dès que possible sur les tarifs de campagne 2012 et ensuite
5	Organiser avec les fédérations hospitalières et des experts un processus continu de travail sur les facteurs importants et ciblés d'écarts entre coûts n-2 et tarifs de l'année n, pour objectiver la portée économique de ces facteurs et formuler des recommandations sur leur traitement. Publier les constats et recommandations	ATIH	immédiat en vue de la campagne 2013
6	Poursuivre le programme de travail pluriannuel sur les facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et le secteur privé	(pilotage ATIH, avec DGOS, DSS et CNAMTS)	2012
7	Organiser en continu la réflexion sur l'évolution de la classification pour tenir compte de facteurs objectifs et significatifs d'hétérogénéité des coûts au sein d'un même GHM (ATIH, immédiat)	ATIH	Immédiat
8	Documenter la définition des enveloppes respectives de chaque MIG sur des bases objectives	ATIH	2012
9	Développer une méthode fiable de comparaison du niveau global des coûts et des tarifs en traitant les différences de périmètres aujourd'hui non résolues	ATIH	2012
10	Revoir la gouvernance de l'ATIH de manière à mieux garantir l'autonomie de ses travaux et de ses publications	DGOS	2012

Recommandations de la partie 2 - la tarification des actes techniques

1	Constituer une équipe autonome de la CNAM dédiée à l'actualisation de la CCAM, au moins dans ses libellés, pour assurer l'introduction des actes nouveaux et la suppression d'actes obsolètes	Législateur, DSS, DGOS, CNAM	2012
2	Investir dans la connaissance des revenus des médecins pour pouvoir connaître ceux des médecins, de secteur 1 ayant une activité standard	DREES, CNAM	2012 et ensuite
3	Engager une négociation sur l'avenir de la CCAM pour vérifier si les conditions sont réunies pour envisager sa refondation	UNCAM, syndicats médicaux	2012

Recommandations de la partie 3 - la tarification des actes cliniques

1	Poursuivre dans la voie déjà engagée consistant à définir lorsque cela apparaît nécessaire pour reconnaître des efforts particuliers des médecins, des consultations spécifiques	UNCAM, syndicats médicaux	en continu
2	Mieux objectiver les différences de tarifs appliquées à certaines consultations	CNAM	2012
3	Poursuivre le travail d'étude de la durée relative des consultations selon les spécialités et en tirer les conséquences tarifaires	UNCAM, syndicats médicaux	2012
4	Poursuivre le rééquilibrage entre tarification des actes cliniques et techniques	UNCAM, syndicats médicaux	en continu

Recommandations de la partie 4 – la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital

1	Approfondir le travail d'analyse des ACE dans la perspective de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics	DGOS, ATIH	2012
---	---	------------	------

Lettre de mission



Liberté • Egalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT, PORTE PAROLE DU GOUVERNEMENT

Les Ministres

Inspection Générale Des Affaires Sociales
13 SEP. 2011
N° 565

PARIS, LE 12 SEP. 2011

à

Monsieur le Chef de service de
l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le Chef de service de
l'Inspection générale des finances

Le maintien d'un niveau de dépenses d'assurance maladie compatible avec les exigences d'un respect de l'ONDAM est un engagement fort du Gouvernement, essentiel pour la pérennité de notre système de soins.

Le renforcement du dispositif de suivi de l'ONDAM, décidé lors de la conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010, entériné dans la LFSS et la LPPF et concrétisé notamment par la mise en place du comité de suivi de l'ONDAM, relève pleinement de cette logique.

Ces premières mesures, qui touchent au pilotage d'ensemble des dépenses d'assurance maladie, doivent impérativement être prolongées par des actions visant les mécanismes de financement eux-mêmes. A cet égard, deux champs semblent pouvoir être optimisés, tant en termes de pilotage que de construction interne et d'évolution : la tarification à l'activité (T2A) et la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ces deux mécanismes ont en effet en commun de structurer fortement l'offre de soins, et de constituer des incitations qui influent sur les comportements des acteurs du système de santé. Il semble donc impératif de clarifier leurs modalités de construction et d'évolution et d'objectiver les effets des incitations qu'ils doivent créer en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons qu'à partir d'un état des lieux de chacun de ces deux dispositifs vous meniez une réflexion et vous nous fassiez des propositions sur les éléments détaillés ci-après.

1) Concernant les modalités actuelles d'évolution de ces deux dispositifs, nous souhaiterions que vous examiniez les points suivants :

- leurs modalités de pilotage institutionnel, notamment en termes d'association des différents acteurs, d'établissement des règles de décisions et de gouvernance administrative ;

- le programme et les méthodes de travail de la CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et prestations), chargée de proposer à l'UNCAM les évolutions de la nomenclature inscrite dans la CCAM ;
- les conditions de construction de la tarification, de la détermination de la classification jusqu'à la détermination annuelle des tarifs, en portant une attention particulière aux conditions d'évaluation *ex ante* des changements de nomenclature ;
- les interactions et interfaces existantes entre CCAM et T2A
- les conditions dans lesquelles ces tarifications sont appliquées, en ville comme à l'hôpital.

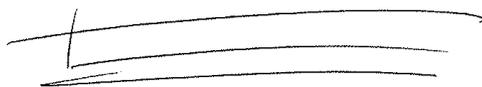
2) Concernant les effets de ces deux dispositifs sur les transformations attendues de l'offre de soins, nous souhaiterions que vous analysiez les points suivants :

- Comment cette classification, centrée sur l'acte d'un seul professionnel de santé, pourrait-elle évoluer, en ville et à l'hôpital, pour prendre en considération les actions de coordination (consultations lourdes et/ou pluridisciplinaires par exemple) requises pour l'optimisation des parcours de soins ?
- Comment coordonner les dispositifs de financement, d'une part, des honoraires médicaux et, d'autre part des séjours hospitaliers, afin notamment de stabiliser et d'assurer dans la durée la convergence tarifaire intersectorielle ?
- Comment tirer meilleur profit des progrès techniques dans l'évolution des deux dispositifs ?
- Comment davantage orienter cette tarification pour inciter à des évolutions de l'organisation du système de soins, notamment en promouvant des activités en ambulatoire tout en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation ?

La mission devra conduire ses travaux en même temps que les travaux relatifs à la préparation de la prochaine campagne budgétaire hospitalière afin d'en alimenter les réflexions.

La mission devra également porter une appréciation et formuler des recommandations sur la place dévolue aux agences régionales de santé dans le pilotage et la mise en œuvre de ces deux dispositifs, ainsi que sur l'impact de ces derniers sur les politiques conduites par les ARS.

Nous souhaitons que la mission fasse un point d'étape en décembre 2011 et rende ses conclusions définitives au plus tard quatre mois après son lancement.



Xavier BERTRAND



Valérie PECRESSE

Monsieur Pierre BOISSIER
 Chef de l'Inspection Générale
 des Affaires Sociales
 14, avenue Duquesne
 75007 Paris

Monsieur Jean BASSERES
 Chef de service de l'Inspection générale
 des Finances
 139, rue de Bercy
 75012 Paris

Liste des personnes rencontrées

(Par ordre alphabétique des organismes)

M. Roland CASH et Jean-Claude MOISDON personnalités qualifiées.

ATIH

M. Housseyni HOLLA	Directeur
Dr Joëlle DUBOIS	Chef de service "Classifications information médicale et modèle de financement"
Mme Véronique SAUVADET	Chef de service, "Financement des établissements de santé"
M. Clément RALLET	Responsable du pôle "Allocation de ressources aux établissements de santé"
Dr Nicole MELIN	Service classifications information médicale et modèle de financement
Mme Nelly BOULET	Statisticienne

CHU de Grenoble

Dr Jérôme FAUCONNIER	Responsable du DIM
----------------------	--------------------

CNAMTS

M. Frédéric VAN ROEKEGHEM	Directeur général
Mme Agathe DENECHERE	Directrice de cabinet du DG
Mme Dominique POLTON	Direction de la stratégie, des études et de la statistique
Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP	Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
M. Philippe ULMANN	Direction de l'offre de soins
M. Claude GISSOT	Directeur adjoint, direction de la stratégie, des études et des statistiques
M. Yves GINART	Responsable du département des actes médicaux
Dr Michel MARTY	Responsable du département de l'hospitalisation

CHAP

Dr Serge LARUE-CHARLUS	Président
------------------------	-----------

Collège national de l'information médicale (CNIM)

Dr Bernard GARRIGUES	Président
----------------------	-----------

CSMF

Dr Michel CHASSANG	Président
Dr Michel COMBIER	Président de l'union nationale des omnipraticiens Français
Dr Jean François REY	Président de l'union des médecins spécialistes confédérés
Dr Yves DECALF	Expert CCAM

DGOS

Mme Annie PODEUR	Directrice générale
M. Félix FAUCON	Chef de service
M. Samuel PRATMARTY	Sous direction de la régulation de l'offre de soins
Mme Sandrine BILLET	Sous direction de la régulation de l'offre de soins
Mme Nathalie FOURCADE	Sous direction observation de la santé et de l'assurance maladie
Mme Vanessa BELLAMY	Bureau des professions de santé

DSS

M. Dominique LIBAULT	Directeur
Mme Katia JULIENNE	Sous direction du financement du système de soins
M. Laurent CAUSSAT	Sous direction des études et des prévisions financières
Mme Séverine SELGADO	Chef du bureau des relations avec les professions de santé
M. Jérôme CLERC	Chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
Mme Nadia AMER	Bureau économie de la santé
Mme Anne Claire HOREL	Bureau économie de la santé

Fédération des spécialités médicales

Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE Président
 Dr Yves Jean GRILLET CNP de pneumologie, Vice président
 Mme Valérie LEBORGNE Déléguée générale

FEHAP

M. Yves Jean DUPUIS Délégué général
 M. David CAUSSE Coordonnateur du Pôle Santé-Social, directeur du secteur sanitaire
 Mme Stéphanie ROUSVAL Directeur adjoint du secteur sanitaire
 Mme Céline MOREAU Chef du Service observatoire économique social et financier

FHF

M. Gérard VINCENT Délégué général
 M. Yves GAUBERT Pôle finance

FHP

M. Thierry BECHU Délégué général MCO

G4 radiologie

Dr Jacques NINEY Président de la fédération nationale des médecins radiologues
 Dr Jean Luc DEHAENE Conseil National Professionnel de la Radiologie
 Pr Jean François MEDER Collège des Enseignant de Radiologie Française
 Pr Jean Pierre PRUVOT Secrétaire général de la société Française de radiologie
 Dr Aïssa KHELIFA président de HMS France

HAS

Dr Jean Patrick SALES Directeur Evaluation médicale, économique et de santé publique
 Mme Sun Hae LEE ROBIN Responsable du service évaluation des actes professionnels

Le BLOC

Dr Jean MARTY Co-président
 Dr Xavier GOUYOU BEAUCHAMPS Secrétaire général de l'Union des chirurgiens de France

MG France

Dr Claude LEICHER Président

UNICANCER

Mme Pascale FLAMANT Déléguée générale
 Dr Valérie Jeanne BARDOUX Chef de projet, Stratégie et gestion hospitalière
 Mme Anne VITOUX Chef de projet Direction Qualité- Indicateurs

URPS Ile de France

Dr Bruno SILBERMAN Président

La mission remercie M. Jacques SIMBSLER, conseiller pour les affaires sociales et Mme Laura SCHILLINGS, chargée de mission, pour l'organisation par l'ambassade de France des entretiens en République fédérale d'Allemagne :

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Fédération des associations de médecins conventionnés)

M. Roland ILZHÖFER Directeur, département « organisation et gestion de l'information »
 Mme Patricia KLEIN Directrice, département « Honoraires »

GKV-Spitzenverband (Fédération des associations de caisses d'assurance maladie)

M. Wulf-Dietrich LEBER Directeur du département « Hôpitaux »
 M. Pascal KAISER Département « Soins ambulatoire »
 M. Robin RÜSENBERG Directeur du département politique

Sigles utilisés

AC	Aides à la contractualisation
ACE	Actes et consultations externes
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et évaluation en santé (remplacée par la HAS)
APE	Actif à part entière
ARS	Agences régionales de santé
ATIH	Agence technique d'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BNC	Bénéfices non commerciaux
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEAP	Commission d'évaluation des actes et prestations
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et prestations
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CMD	Catégorie majeure diagnostic
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs et des technologies de santé
CNIM	Collège national de l'information médicale
CNP	Collège national professionnel
CPT4	Current procedure terminology 4
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale (dans les hôpitaux) - par extension, les directeurs de ces départements
DM	Dispositifs médicaux
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EBNL	Etablissement à but non lucratif
ENC	Examen national classant
ENCc (ou ENC)	Echelle nationale de coûts à méthodologie commune
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Ex-DG	Anciennement financé par dotation globale
Ex-OQN	Anciennement financé au sein de l'Objectif quantifié national
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNMR	Fédération nationale des médecins radiologues
FSM	Fédération des spécialités médicales
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAS	Haute autorité de santé
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation
MIG	Missions d'intérêt général

MIGAC	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
PU-PH	Praticien hospitalo-universitaire
RTC	Retraitement comptable
SAMT	Section d'analyse médico-technique
SEL	Société d'exercice libéral
T2A	Tarifification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-024P

Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

**TOME 2 : ANNEXES
ET
PIECES JOINTES**

Établi par

Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé

-Mars 2012 -

Sommaire

ANNEXES DE LA PARTIE 1 « LA TARIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS ».....5

Annexe 1A	Description globale des écarts par rapport à la neutralité tarifaire
Annexe 1B	Analyse des modulations pour motifs de santé publique et d'organisation des soins de la campagne 2010
Annexe 1C	Distorsions tarifaires de sens contraire ou de même sens dans les secteurs public et privé

ANNEXES DE LA PARTIE 2 « LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES ».....75

Annexe 2A	La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis
Annexe 2B	L'introduction d'actes nouveaux
Annexe 2C	La commission de hiérarchisation des actes et prestations et l'observatoire de la CCAM
Annexe 2D	La commission d'évaluation des actes professionnels de la HAS

ANNEXES DE LA PARTIE 3 « LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES »..... 93

Annexe 3A	Les tarifs des actes cliniques
Annexe 3B	La fragmentation des prises en charge
Annexe 3C	La comparaison des rémunérations horaires des activités techniques et ou cliniques
Annexe 3D	Les trois niveaux d'examen au Québec

Liste des pièces jointes

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 1 « LA TARIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS » 111

Pièce jointe 1-a	Note ATIH sur la comparaison des coûts 2009 aux tarifs de campagne 2011
Pièce jointe 1-b	Note ATIH / Campagne MCO 2010 - Principes de construction tarifaire (comprend elle-même 4 annexes numérotées A, B, C, D)
Pièce jointe 1-c	Note ATIH / Campagne tarifaire 2010 - Les tarifs initiaux de campagne - Fiche Contraintes
Pièce jointe 1-d	Note ATIH / Campagne MCO 2011 – tarifs de base – construction technique
Pièce jointe 1-e	Note ATIH / Campagne MCO 2011 – tarifs modulés
Pièce jointe 1-f	Part des différentes catégories d'établissement du secteur public dans les principales activités favorisées (données ATIH)

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 2 « LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES » 159

Pièce jointe 2-a	Procédure "innovation" proposée par le groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS
Pièce jointe 2-b	Exemples d'avis de la HAS restés sans suite

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 4 « LA TARIFICATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES A L'HOPITAL » 159

Pièce jointe 4-a	Etude de l'ATIH sur les actes et consultations externes à l'hôpital
-------------------------	--

Annexes de la partie 1
« La tarification des séjours hospitaliers »

Annexe 1A : description globale des écarts par rapport à la neutralité tarifaire

- [1] Cette annexe présente les écarts existants entre les tarifs des GHS effectivement utilisés pour la facturation des séjours et des tarifs qui seraient « neutres ».
- [2] On entend ici par tarifs « neutres » des tarifs qui respecteraient la hiérarchie des coûts constatée entre les différents GHS, à partir des études nationales de coûts menées par l'ATIH auprès d'échantillon d'établissements publics et privés. Faute d'une présentation en routine par l'ATIH d'une grille tarifaire neutre et d'une comparaison entre cette grille tarifaire neutre et la grille tarifaire effectivement appliquée, tous les éléments qui suivent reposent sur des analyses, ou des reconstitutions des séquences d'élaborations tarifaires, *ex-post*. Plus précisément, les développements qui suivent portent sur trois grands types de données :
- premièrement, **une comparaison des tarifs pratiqués en 2011 avec ce que seraient des tarifs neutres**. Cette comparaison repose sur une étude produite par l'ATIH. Cette étude ne porte pas sur l'ensemble des GHM, mais uniquement sur ceux pour lesquels les données de coûts sont jugées suffisamment robustes (GHM de plus de 30 séjours). La radiothérapie n'est pas incluse dans le champ de l'étude pour des raisons techniques (changement de classification rendant les comparaisons impossibles) ;
 - deuxièmement, **une décomposition de la construction des tarifs 2010, identifiant les différentes modulations (pour santé publique, de lissage des revenus, de convergence public/privé) opérées à partir d'une grille tarifaire neutre**. Ce travail a été effectué par l'ATIH spécifiquement à la demande de la mission. Il porte sur l'intégralité des GHM ;
 - troisièmement, **une décomposition des ajustements tarifaires opérés à partir des tarifs 2010, pour la construction des tarifs 2011**. Ce travail a été effectué par l'ATIH spécifiquement à la demande de la mission, il porte sur l'intégralité des GHM.
- [3] Au total, ces éléments permettent
- de poser un constat général sur la portée des distorsions tarifaires existant en 2011,
 - de fournir, à partir de l'analyse de la construction tarifaire de 2010, une illustration des origines de ces distorsions tarifaires (motifs de santé publique, politique de lissage des revenus, convergence public/privé) ;
 - d'examiner comment les ajustements opérés lors de la construction de la campagne tarifaire 2011 ont pu atténuer ou accentuer les distorsions de 2010 pour contribuer aux résultats observés dans le constat général précédent.
- [4] La partie 4 de cette annexe apporte les précisions méthodologiques sur les données et calculs utilisés. Les quelques limites mentionnées n'invalident pas les éclairages que fournissent les analyses qui suivent.
- [5] Celles-ci sont présentées séparément pour le secteur public et pour le secteur privé. Dans le processus d'élaboration des tarifs, les modulations par rapport à la neutralité tarifaire sont en effets opérées distinctement, secteur par secteur.

Avertissement : les termes « secteur public » et « secteur privé » sont utilisés pour désigner de façon générique, d'une part les établissements publics et les établissements privés non lucratifs¹, antérieurement sous dotation globale (ex-DGF) et d'autre part les établissements privés de statut commercial et les établissements privés non lucratifs antérieurement sous objectif quantifié national.

¹ *ex-participant au service public hospitalier (PSPH), devenus établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)*

1. LES DISTORSIONS TARIFAIRES DANS LE SECTEUR PUBLIC

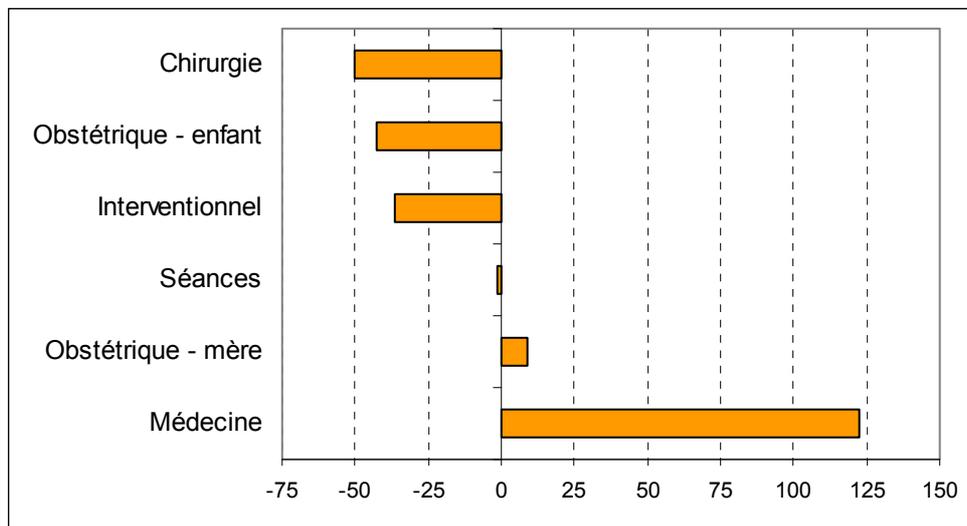
1.1. Le constat des distorsions tarifaires en 2011

- [6] On compare ici les tarifs pratiqués en 2011 par rapport à ce que seraient des tarifs neutres (calés sur une échelle de coûts représentant la moyenne des coûts de 2006 à 2009), sans modulations et sans ciblage de la convergence (en supposant néanmoins que les économies de convergence soient intégrées pour respecter l'ONDAM, mais de façon homogène sur tous les GHM).

1.1.1. Constats au niveau des grandes catégories d'activité de soins (M, C, O, ...) – secteur public

- [7] Il est tout d'abord possible d'examiner l'impact des distorsions tarifaires par grande catégorie d'activité de soins.

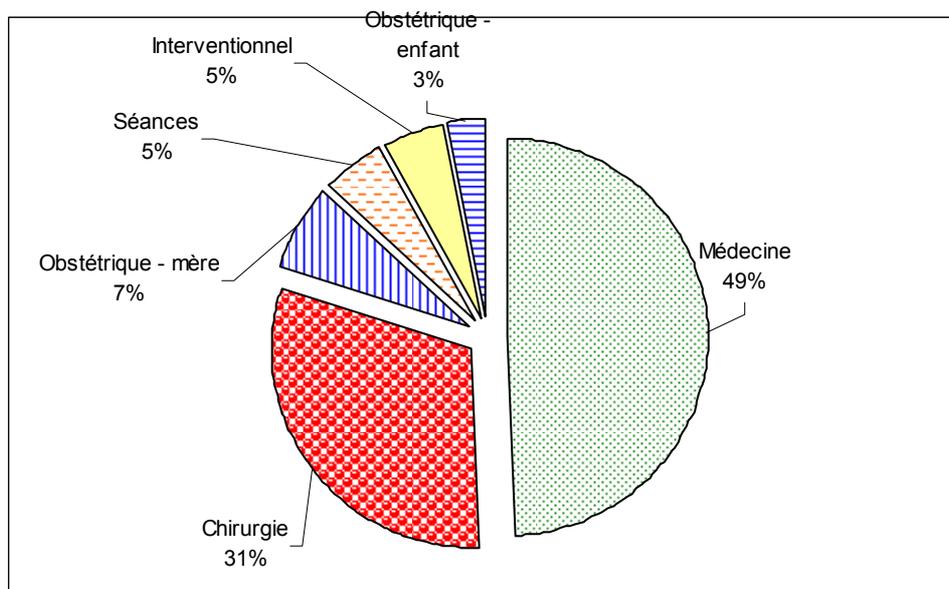
Graphique 1 : Impact des distorsions tarifaire (en M€) observé en 2011 – secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, les tarifs effectivement pratiqués pénalisent la chirurgie (pour un impact d'environ 50 M€) et avantagent la médecine (pour un impact de près de 125 M€). L'impact financier global de toutes ces distorsions est nul. L'obstétrique-enfant correspond à la CMD 15 (également désignée parfois sous le terme de « néonatalogie ») et l'obstétrique-mère à la CMD 14.

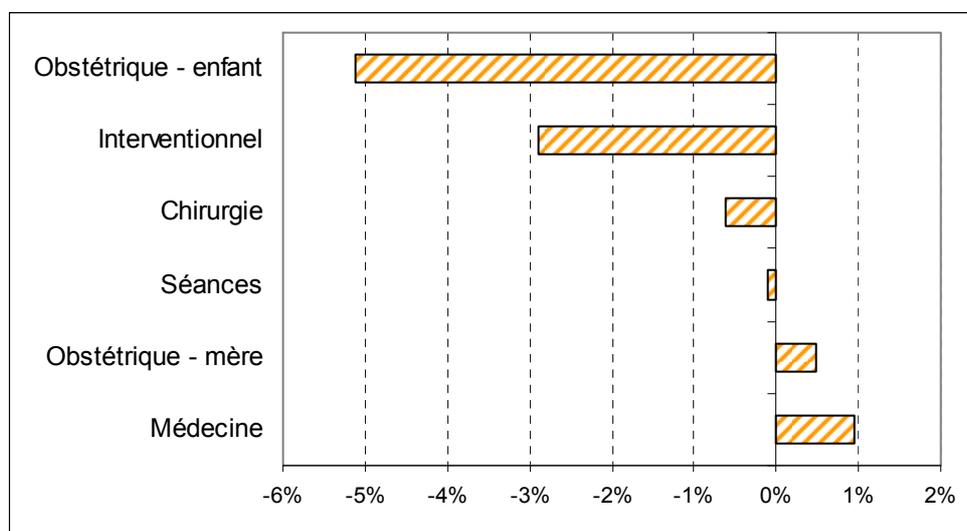
- [8] En montant, les activités de médecine prises globalement sont les principales bénéficiaires des distorsions tarifaires et les contreparties négatives se répartissent entre chirurgie, obstétrique-enfant et interventionnel. Pour véritablement apprécier l'ampleur des distorsions, il est toutefois nécessaire de rapporter les montants constatés ci-dessus à la masse des ressources allouées à chaque type d'activité. Un montant important peut en effet refléter une distorsion limitée appliquée à une activité pesant financièrement très lourd et inversement, un montant limité peut masquer une distorsion très forte appliquée à une activité de faible importance.

Graphique 2 : Poids des différentes activités (% des ressources à allouer aux établissements avant modulations) – secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : Les GHM de médecine représentent 49% de l'ensemble de la masse financière allouée aux établissements.

Graphique 3 : Ampleur des distorsions tarifaires (en %) observée en 2011 –secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, les GHM de médecine bénéficient globalement d'une « sur-tarification » de 1% et les GHM d'obstétrique-enfant d'une « sous-tarification » de plus de 5%.

- [9] Ainsi rapportées à la masse des financements, les distorsions sont relativisées pour la chirurgie et pour la médecine, prises globalement. L'obstétrique-enfant et l'interventionnel apparaissent plus nettement pénalisés, relativement aux autres catégories.

1.1.2. Constats par catégories majeures de diagnostic (CMD) – secteur public

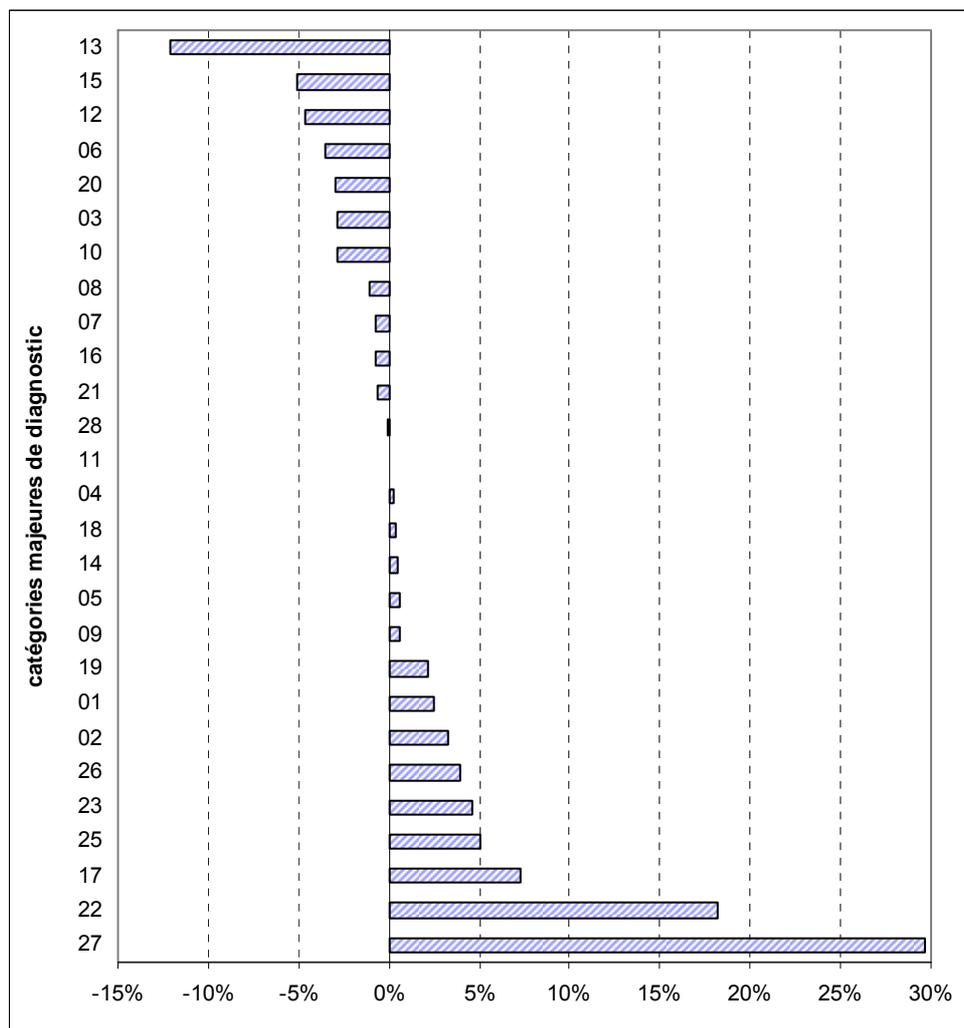
- [10] Le constat peut être effectué au niveau plus fin des CMD.

Tableau 1 : Liste des 27 CMD (il n'y a pas de CMD 24)

Catégorie Majeure de diagnostic	Libellé
01	Affections du système nerveux
02	Affections de l'oeil
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04	Affections de l'appareil respiratoire
05	Affections de l'appareil circulatoire
06	Affections du tube digestif
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11	Affections du rein et des voies urinaires
12	Affections de l'appareil génital masculin
13	Affections de l'appareil génital féminin
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18	Maladies infectieuses et parasitaires
19	Maladies et troubles mentaux
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
22	Brûlures
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
25	Maladies dues à une infection par le VIH
26	Traumatismes multiples graves
27	Transplantations d'organes
28	Séances

Source : ATIH

Graphique 4 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur public, 2011

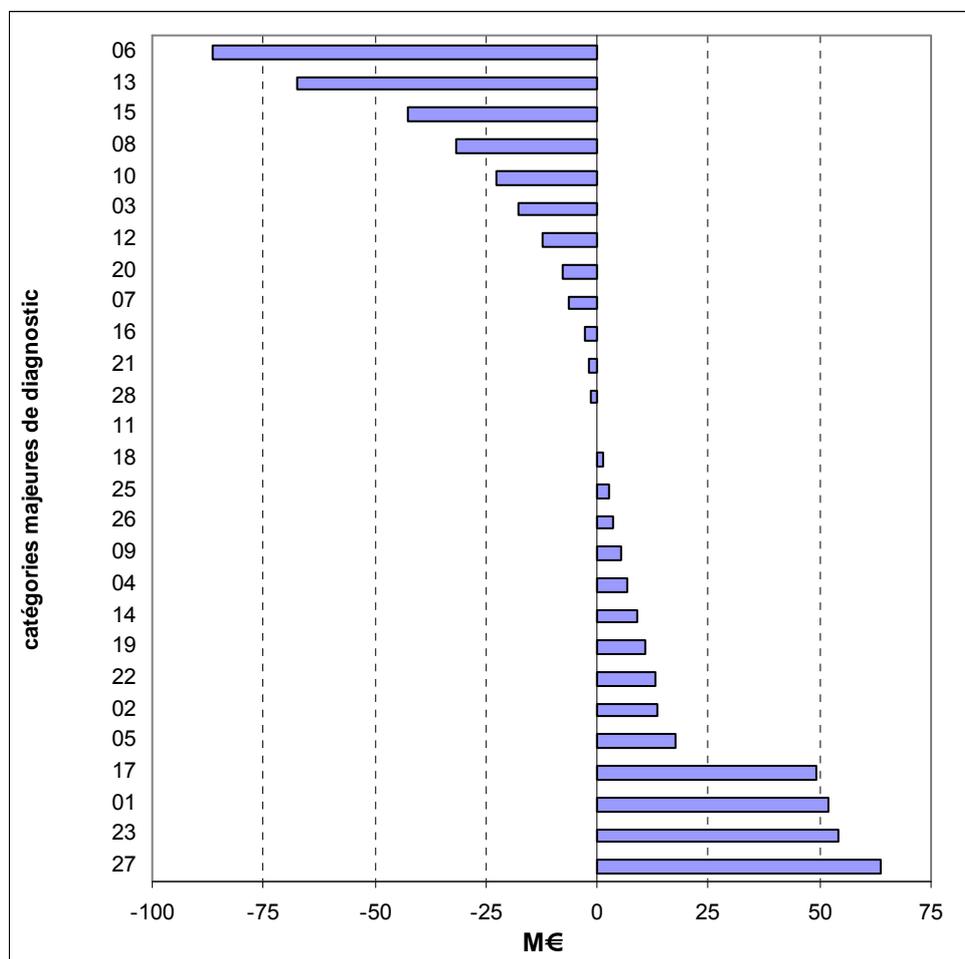


Source : Données ATIH. **Lecture :** Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) subit globalement une « sous-tarification » relative de 12% et la CMD 27 (transplantations d'organes) bénéficie d'une « sur-tarification » relative de près de 30%.

- [11] Sur 27 CMD, la grande majorité (22) subit des distorsions tarifaires nettes comprises entre -5% et +5%. Si ces chiffres paraissent modérés, ils peuvent masquer des distorsions plus importantes à l'intérieur de chaque CMD, comme on le verra par la suite.
- [12] Surtout, il est frappant de constater que même à un niveau aussi agrégé que les CMD, des distorsions tarifaires importantes peuvent être observées, et en particulier qu'une pénalisation tarifaire conséquente est induite sur la CMD 13 (-12%). Les avantages tarifaires relatifs accordés aux CMD 27 (transplantations d'organes) et 22 (brûlures) sont encore plus marqués dans leur ampleur (en % des tarifs neutres, respectivement de près de 30% et de 18%) mais c'est surtout par leurs conséquences en termes de pénalisation financière d'autres activités que de telles faveurs posent problème. On voit ici que ces contreparties négatives semblent concentrées, sur la CMD 13 en particulier, plutôt que réparties régulièrement sur un grand nombre d'activités.

- [13] L'examen des distorsions en montant confirme que la CMD 13 est fortement pénalisée (pour près de 70 M€), même si la CMD 06 (affections du tube digestif) qui pèse plus lourd au plan financier², présente un montant de sous-financement relatif plus important de ce fait.

Graphique 5 : Impact (en M€) par CMD des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre » secteur public, 2011



Source : données ATIH. **Lecture :** Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, l'impact de la « sous-tarification » relative de la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) représente un sous-financement relatif de 68M€. Le montant plus important de sous-financement relatif subi par la CMD 06 (affections du tube digestif, 86 M€) résulte d'un taux de « sous-tarification relative » de -4%, inférieure à celui subi par la CMD 13 (cf. graphique précédent) mais appliqué à la masse financière plus importante que représente la CMD 06. La CMD 27 (transplantations d'organes), bénéficie d'un sur-financement relatif de plus de 60 M€. Les distorsions positives et négatives se compensent et leur impact financier global est nul.

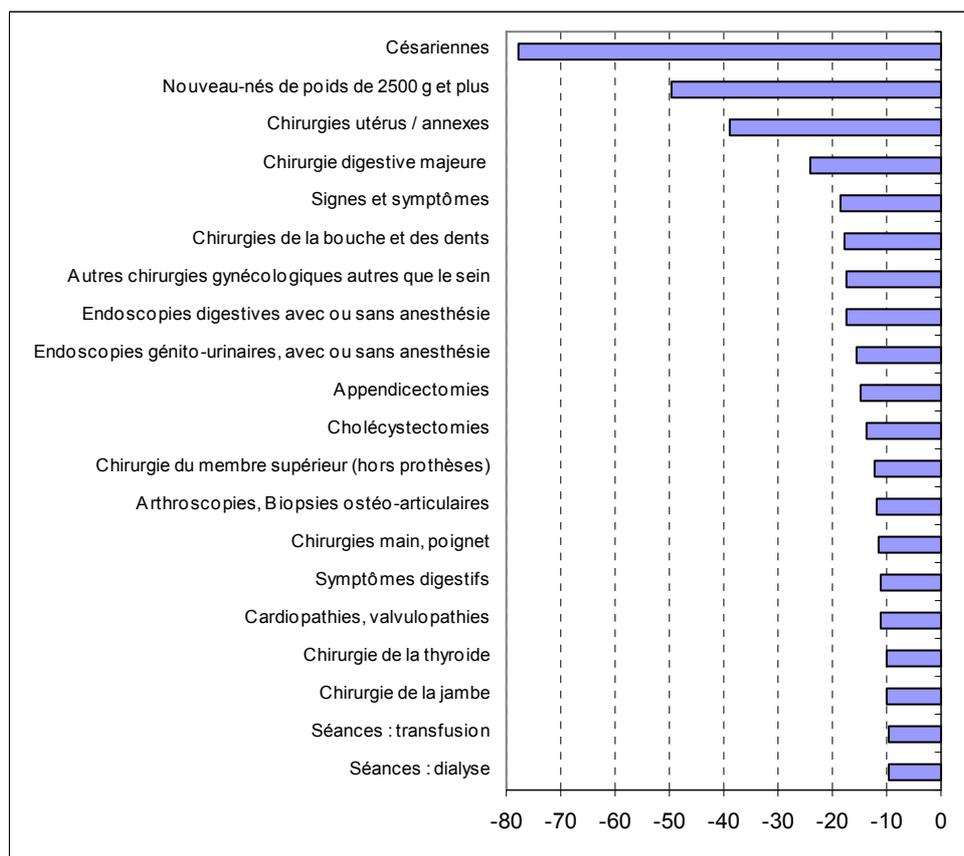
- [14] En montants, outre la CMD 27 (transplantations d'organes), trois autres CMD enregistrent des impacts favorables particulièrement importants, du fait de leur avantage tarifaire relatifs : la CMD 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé, CMD qui inclue les soins palliatifs), la CMD 01 (affections du système nerveux) et la CMD 17 (affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus).

² Dans cette étude de l'ATIH, la CMD 06 pèse 2,4 Md€ de ressources pour les établissements publics contre 0,6 Md€ pour la CMD 13.

1.1.3. Constats par groupes d'activité – secteur public

- [15] Les groupes d'activité constituent un mode de regroupement des séjours permettant de décrire plus finement l'activité³.
- [16] Les groupes d'activité figurant dans le graphique suivant subissent plus de 60% du montant total des sous-financements nets relatifs.

Graphique 6 : principaux groupes d'activités subissant un sous-financement relatif (millions d'euros), secteur public, 2011



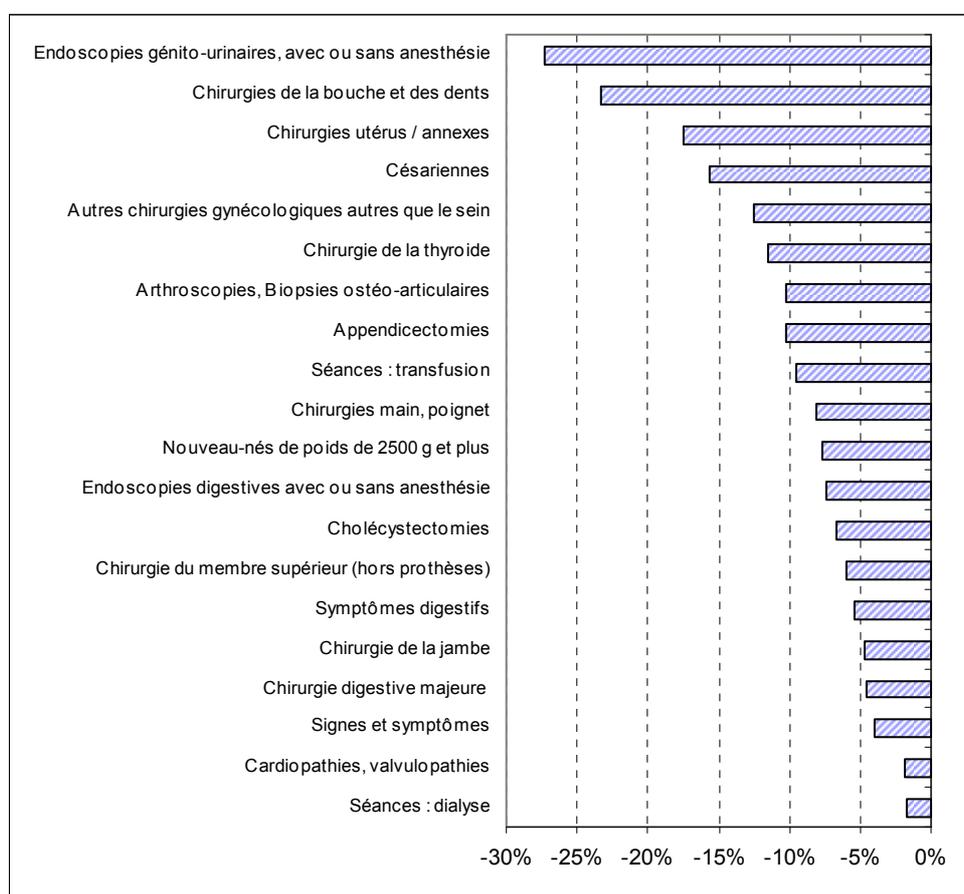
Source : Données ATIH. **Lecture :** Le graphique présente les principaux groupes d'activité subissant un sous-financement net relatif par rapport à une tarification neutre, à partir d'un montant de sous-financement net relatif d'environ 10 M€ (pour la dialyse en séance) jusqu'au groupe d'activité le plus pénalisé (les césariennes pour près de 80 M€).

- [17] Les césariennes constituent l'activité la plus pénalisée, en montants financiers, par les distorsions tarifaires. Cette activité relève de la CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum) qui n'a pourtant pas été identifiée plus haut parmi les CMD désavantagées. Cela suggère que d'autres activités au sein de cette CMD 14 bénéficient au contraire d'avantages tarifaires relatifs importants.

³ Les CMD regroupent des activités médicales et des activités chirurgicales. Par ailleurs, certaines spécialités exercent des activités qui relèvent de plusieurs CMD (par exemple, l'urologie regroupe une partie de la CMD 11 (affections du rein et des voies urinaires) avec la CMD 12 (affections de l'appareil génital masculin). 29 « domaines d'activité » (DA) transversaux à la répartition en M, C, O ont ainsi été créés et ils sont eux-mêmes subdivisés en 198 groupes d'activité permettant de décrire plus finement l'activité au niveau des établissements. Cf. de l'note ATIH sur la méthode de regroupement des GHM : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000250002AFF>

- [18] La pénalisation relative du groupe d'activité « nouveaux nés de poids de 2500g et plus » est à rapprocher de celle observée plus globalement sur la CMD 15 (nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale), cf. graphique n°5.
- [19] La pénalisation relative de la chirurgie de l'utérus constitue la première explication du constat fait plus haut sur la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin), mais d'autres groupes d'activité y contribuent également (autres chirurgies gynécologiques autres que le sein, endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie)
- [20] Plusieurs groupes d'activité pénalisés sont à rapprocher du constat d'un sous-financement relatif de la CMD 06 (affections de l'appareil digestif) : chirurgie digestive majeure, endoscopies digestives avec ou sans anesthésie, appendicectomies, symptômes digestifs.
- [21] Concernant les diverses activités d'endoscopies, leur pénalisation tarifaire relative observée ici rejoint le constat effectué plus haut du sous-financement relatif de la catégorie « interventionnel ».

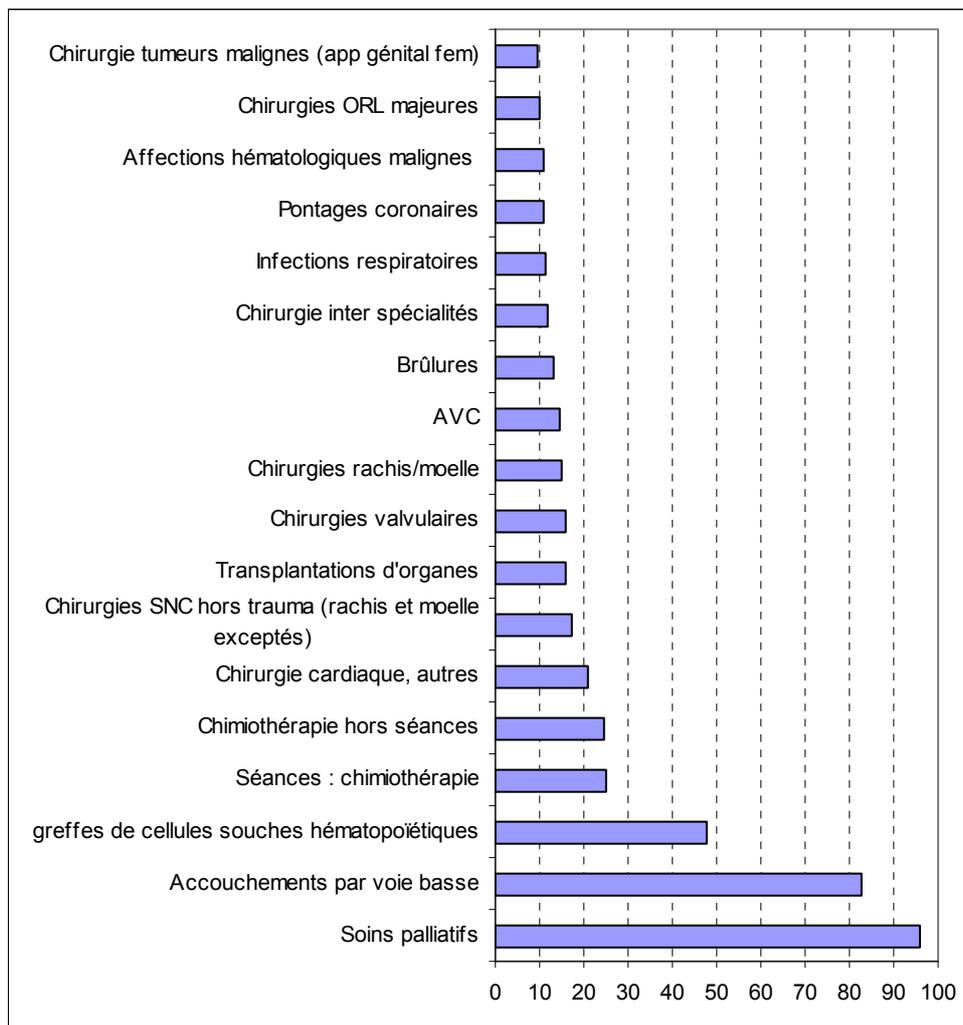
Graphique 7 : Ampleur (en %) des pénalisations tarifaires par rapport à une tarification neutre, pour ces mêmes groupes d'activité – secteur public, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique présente l'ampleur, en pourcentage par rapport à des tarifs neutres, de la pénalisation tarifaire que subissent les groupes d'activité pour lesquels cela représente une perte de près de 10 M€ ou davantage. La chirurgie de la bouche et des dents subit un tarif minoré de 23% par rapport à un tarif neutre.

- [22] En sens inverse, les principaux groupes d'activités bénéficiant d'un avantage tarifaire relatif sont les suivants (ils bénéficient de 70% du montant total des sur-financements nets relatifs) :

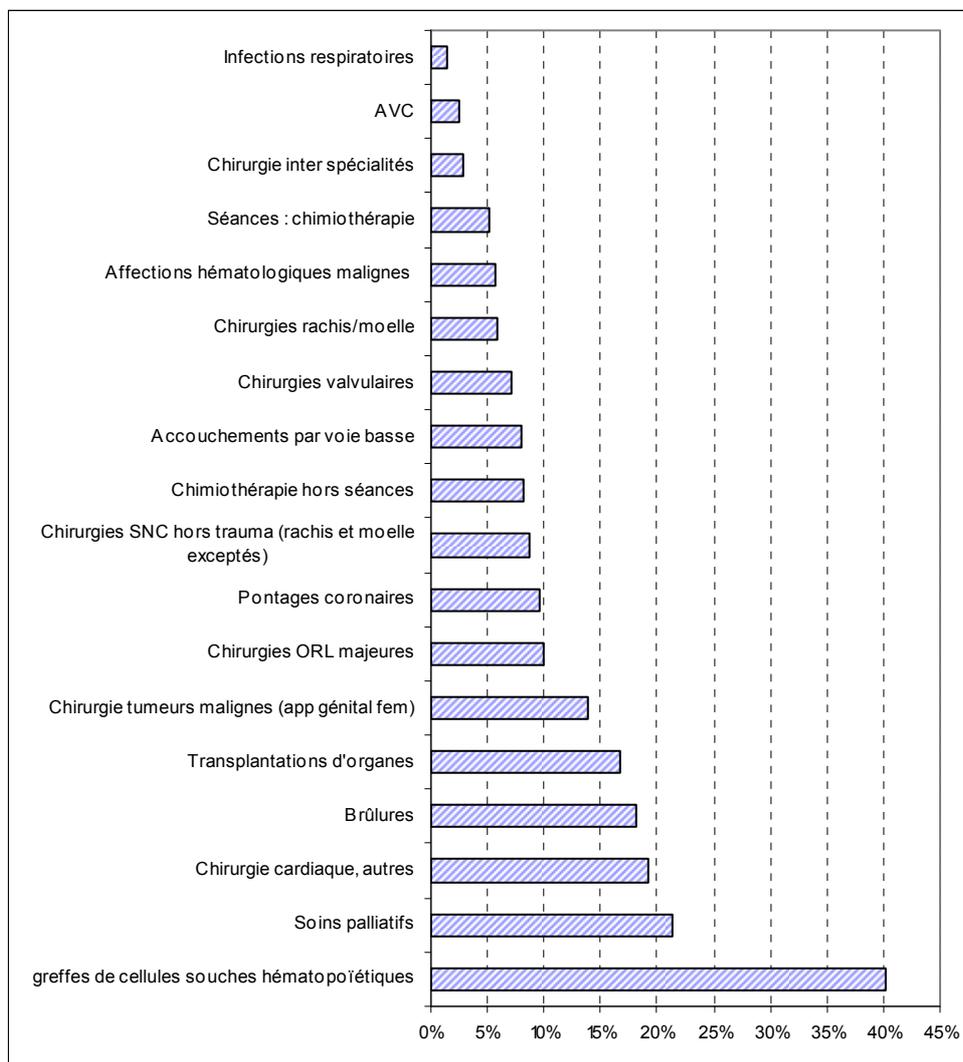
Graphique 8 : principaux groupes d'activités bénéficiaires d'un sur-financement relatif (millions d'euros) secteur public, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture :** Le graphique présente les principaux groupes d'activité bénéficiaires d'un sur-financement net relatif par rapport à une tarification neutre, à partir d'un montant de sur-financement net relatif d'environ 10 M€ (pour la chirurgie des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin) jusqu'au groupe d'activité le plus bénéficiaire (les soins palliatifs pour 96 M€).

- [23] Les soins palliatifs bénéficient des plus importants montants de sur-financement relatif. L'avantage tarifaire relatif octroyé aux accouchements par voie basse vient en contrepoint, au sein de la CMD 14, de la pénalisation tarifaire des césariennes. Les greffes et transplantations, le cancer et la cardiologie regroupent des activités disposant d'un sur-financement relatif notable.

Graphique 9 : Ampleur (en %) des majorations tarifaires par rapport à une tarification neutre, pour ces mêmes groupes d'activité



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique présente l'ampleur, en pourcentage par rapport à des tarifs neutres, de la majoration tarifaire dont bénéficient les groupes d'activité pour lesquels cela représente un gain de 10 M€ ou plus. Les greffes de cellules souches hématopoïétiques bénéficient d'un tarif majoré de 40% par rapport à un tarif neutre.

1.1.4. Constats par racine des GHM – secteur public

- [24] Enfin, un constat encore plus fin peut être effectué au niveau des racines de GHM⁴.
- [25] Les activités figurant dans le tableau suivant supportent la moitié du montant total des pénalisations tarifaires relatives.

⁴ Une analyse encore plus fine serait possible, par GHM, en tenant compte de la décomposition de chaque racine en différents niveaux de sévérité. Toutefois, les modulations et ajustements tarifaires opérés dans le cadre de l'élaboration des tarifs annuels sont en principe homogènes pour les différents niveaux de sévérité d'une même racine de GHM. Si des distorsions apparaissent en 2011 dans l'étude ATIH qui sert de base aux présents constats, cela provient donc essentiellement des évolutions des coûts en 2009, qui peuvent différer selon les niveaux de sévérité (les données 2009 n'étaient pas disponibles pour l'élaboration de la campagne tarifaire 2011, mais sont utilisées ici pour comparer ex-post les tarifs 2011 à des coûts qui intègrent les données de 2009)

Tableau 2 : Principales activités subissant une pénalisation tarifaire relative – secteur public, 2011

Racine	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
14C02	Césariennes	120 480	420,1	498,0	-15,6%	-77,9
15Z05	Nouveau-nés de 2500 g et plus	573 042	596,6	646,2	-7,7%	-49,6
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	42 394	403,3	426,5	-5,5%	-23,2
13C03	Hystérectomies	24 863	79,1	99,4	-20,4%	-20,3
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	56 529	53,0	70,5	-24,9%	-17,5
06C09	Appendicectomies non compliquées	34 704	73,4	86,9	-15,5%	-13,5
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	164 090	549,9	562,8	-2,3%	-12,9
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	135 480	117,9	129,0	-8,6%	-11,1
13K02	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	26 520	24,6	35,3	-30,4%	-10,7
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	43 931	35,1	45,7	-23,3%	-10,6
10C12	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes	22 775	57,1	67,6	-15,6%	-10,6
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	29 234	71,5	82,0	-12,8%	-10,5
28Z14	Transfusions, en séances	146 085	90,9	100,5	-9,5%	-9,6
06C11	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	29 382	86,5	95,9	-9,7%	-9,3
05C17	Ligatures de veines et éveinages	29 633	38,4	47,7	-19,5%	-9,3
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	319 657	107,9	116,8	-7,6%	-8,9
28Z04	Hémodialyse, en séances	1 626 995	544,7	553,6	-1,6%	-8,9
08C24	Prothèses de genou	25 152	142,9	151,5	-5,7%	-8,7
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	10 468	33,0	41,4	-20,2%	-8,4
13C16	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	30 077	36,5	44,7	-18,5%	-8,3
20Z04	Ethylisme avec dépendance	69 916	154,3	162,4	-5,0%	-8,2
08C39	Interventions sur l'avant-bras	49 089	104,5	112,5	-7,2%	-8,0
06M12	Douleurs abdominales	84 681	80,8	88,6	-8,8%	-7,8
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	86 588	146,2	153,8	-5,0%	-7,6

Source : données ATIH. **Lecture :** l'effectif national indique le nombre de séjours en 2010 ; les césariennes subissent en 2011 une « sous-tarifcation » relative de -15,6%, par rapport à une tarifcation neutre, pour un impact financier défavorable de 77,9 M€.

[26] En sens inverse, les activités figurant dans le tableau suivant bénéficient des 2/3 du montant total des avantages tarifaires relatifs.

Tableau 3 : Principales activités bénéficiant d'un avantage tarifaire relatif – secteur public, 2011

Racine	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	68 171	542,9	447,2	21,4%	95,7
14Z02	Accouchements par voie basse	486 705	1 112,7	1 030,1	8,0%	82,6
27Z02	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	1 647	103,2	72,6	42,0%	30,5
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 308 927	505,2	480,1	5,2%	25,1
27Z03	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	3 154	62,9	45,9	37,1%	17,0
05C07	Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	1 241	41,3	24,3	70,0%	17,0
01C04	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	18 983	184,7	168,7	9,5%	16,0
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	10 167	175,8	161,3	9,0%	14,5
17M06	Chimiothérapie pour autre tumeur	164 390	264,7	250,8	5,5%	13,9
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	88 333	416,8	405,0	2,9%	11,9
17M05	Chimiothérapie pour leucémie aigüe	7 726	58,9	48,1	22,4%	10,8
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	45 604	320,4	310,3	3,3%	10,1
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	7 591	68,4	59,0	15,8%	9,3
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	118 423	420,0	411,2	2,1%	8,8
27C02	Transplantations hépatiques	1 088	44,7	36,1	23,8%	8,6
17M09	Leucémies aigües, âge supérieur à 17 ans	6 337	78,1	70,6	10,7%	7,6
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	57 719	178,1	170,6	4,4%	7,5
17K04	Autres irradiations	7 082	31,1	23,7	31,4%	7,4
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	158 100	221,2	213,8	3,4%	7,4
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	7 015	85,4	78,2	9,1%	7,2
22Z02	Brûlures étendues	408	25,9	19,1	36,0%	6,9
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	2 615	41,1	34,3	20,0%	6,8
11M19	Autres symptômes et recours aux soins de la CMD II	19 741	24,7	18,3	35,1%	6,4
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	5 714	63,4	57,0	11,2%	6,4
28Z16	Aphérèses sanguines, en séances	34 867	46,5	40,4	15,2%	6,1
05K19	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire	2 935	18,6	12,5	48,4%	6,1
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	39 108	151,0	145,2	4,0%	5,8
07M06	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas	34 127	123,1	117,3	4,9%	5,8
03C25	Interventions majeures sur la tête et le cou	3 574	64,7	59,6	8,5%	5,1
04C02	Interventions majeures sur le thorax	13 067	136,4	131,7	3,6%	4,7
21C05	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte	10 521	73,1	68,5	6,7%	4,6
03C26	Autres interventions sur la tête et le cou	2 791	25,5	20,9	21,8%	4,6
02C09	Allogreffes de cornée	4 571	16,4	11,8	38,4%	4,5
01M21	Douleurs chroniques rebelles	22 835	39,6	35,1	12,8%	4,5
05C06	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	4 134	62,2	57,8	7,7%	4,4
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	26 465	160,8	156,6	2,7%	4,2

Source : données ATIH. **Lecture :** l'effectif national indique le nombre de séjours en 2010 ; les soins palliatifs bénéficient en 2011 d'une « sur-tarifcation » relative de +21,4%, par rapport à une tarification neutre, pour un impact financier favorable de 95,7 M€.

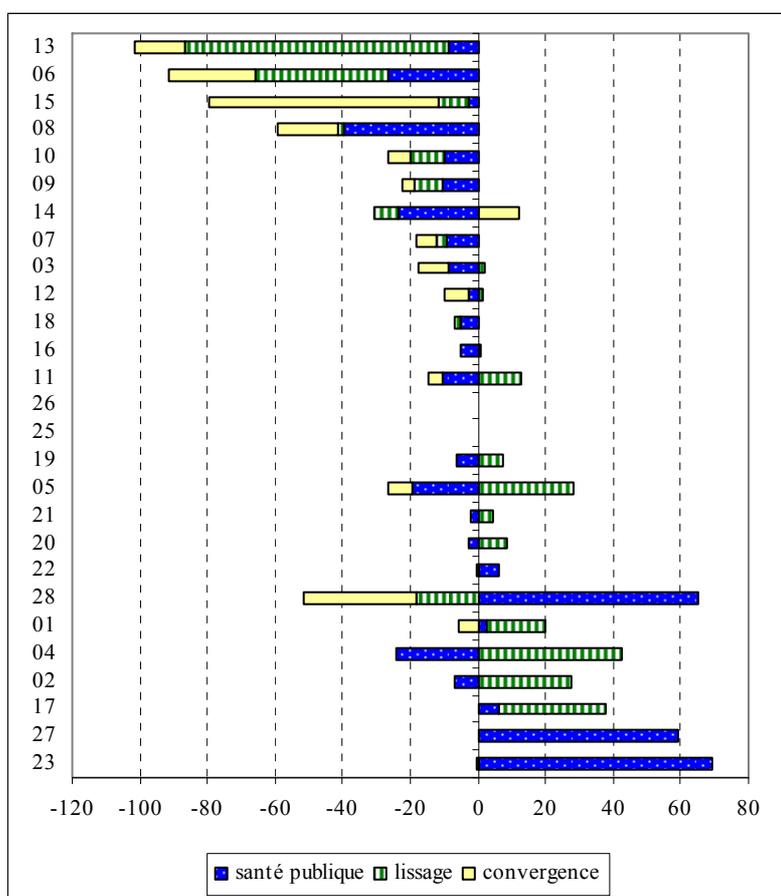
1.2. décomposition des distorsions tarifaires opérées pour la campagne 2010

[27] Pour comprendre l'origine des distorsions tarifaires ainsi constatées, il est intéressant de les décomposer par motif : priorités de santé publique, lissage dans le temps des revenus des établissements, convergence public/privé. Le processus d'élaboration des tarifs 2010 est le dernier qui se prête à cet exercice, puisqu'il a encore consisté à partir de la hiérarchie des coûts, puis à appliquer ces différentes modulations thématiques. En 2011, ce *modus operandi* a été abandonné au profit d'ajustements effectués à partir des tarifs 2010.

[28] L'ATIH a donc fourni à la demande de la mission une décomposition de la séquence de construction des tarifs 2010.

1.2.1. Les modulations 2010 par CMD – secteur public

Graphique 10 : Impact (en M€) des différentes modulations, par CMD – secteur public, 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) a subi un sous-financement relatif d'environ 100 M€, très majoritairement imputable à la politique de lissage des effets revenus, les modulations de santé publique et de convergence public/privé venant renforcer la pénalisation tarifaire relative de cette CMD. La CMD 28 (séances) a été l'objet de modulations opposées : modulations favorables de santé publique et modulations défavorables de lissage et de convergence public/privé. La CMD 14 est la seule à bénéficier d'un impact net positif des modulations de convergence public/privé.

[29] La politique de lissage des effets revenus consiste à éviter des fluctuations de revenus trop importantes d'une année sur l'autre. Elle bénéficie principalement à 4 CMD :

- CMD 04 « Affections de l'appareil respiratoire »
- CMD 02 « Affections de l'œil »
- CMD 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus »
- CMD 05 « Affections de l'appareil circulatoire »

[30] Comme c'est une modulation à somme nulle globalement, il faut en contrepartie pénaliser d'autres CMD. Ces contreparties négatives se concentrent fortement sur la CMD 13 (« Affections de l'appareil génital féminin ») et sur la CMD 06 « Affections du tube digestif ».

[31] L'absence de modulations de lissage visible dans le graphique pour certaines CMD peut être trompeuse. Par exemple, la CMD 08 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) n'affiche quasiment pas de modulations de lissage, mais ce constat global masque des modulations notables en sens variable selon les GHM (environ 22 M€ en faveur de certains GHM et environ 25 M€ au détriment d'autres GHM).

[32] Les modulations de santé publique sont également à somme nulle globalement. Trois CMD en bénéficient fortement :

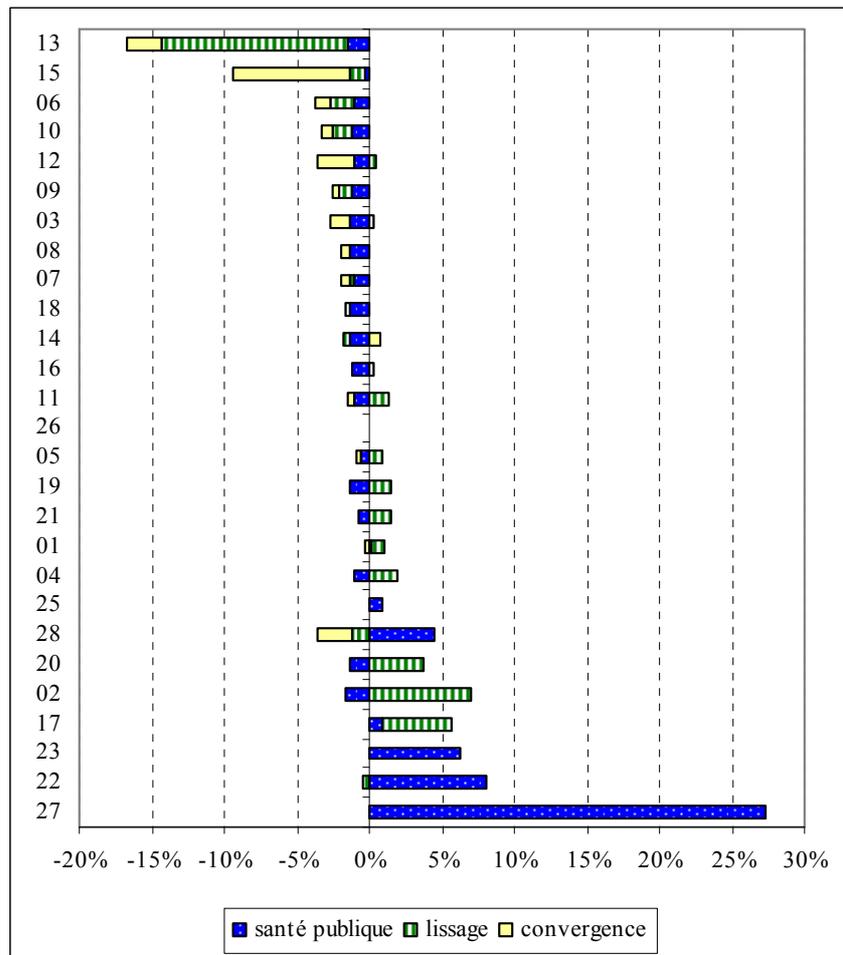
- la CMD 28 grâce aux séances de chimiothérapie ou de radiothérapie (cancer),
- la CMD 23 exclusivement grâce aux soins palliatifs
- la CMD 27 (transplantations d'organes).

[33] Les modulations négatives sont réparties sur de plus nombreuses CMD.

[34] Les modulations de convergence sont globalement négatives. Elles affectent particulièrement

- la CMD 13, essentiellement sur les hystérectomies,
- la CMD 06 sur les appendicectomies, les interventions sur hernies et éventrations
- la CMD 15, sur le seul GHM « nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif »,
- la CMD 08, sur les GHM « prothèses du genou », « ménisectomie sous arthroscopie », « autres prothèses de hanche »,
- la CMD 28 dans laquelle le GHM « chimiothérapie pour tumeur, en séances » est affecté symétriquement par une modulation favorable de santé publique et une modulation négative de convergence.

Graphique 11 : Ampleur (en %) des différents types de modulation, par CMD – secteur public, 2010



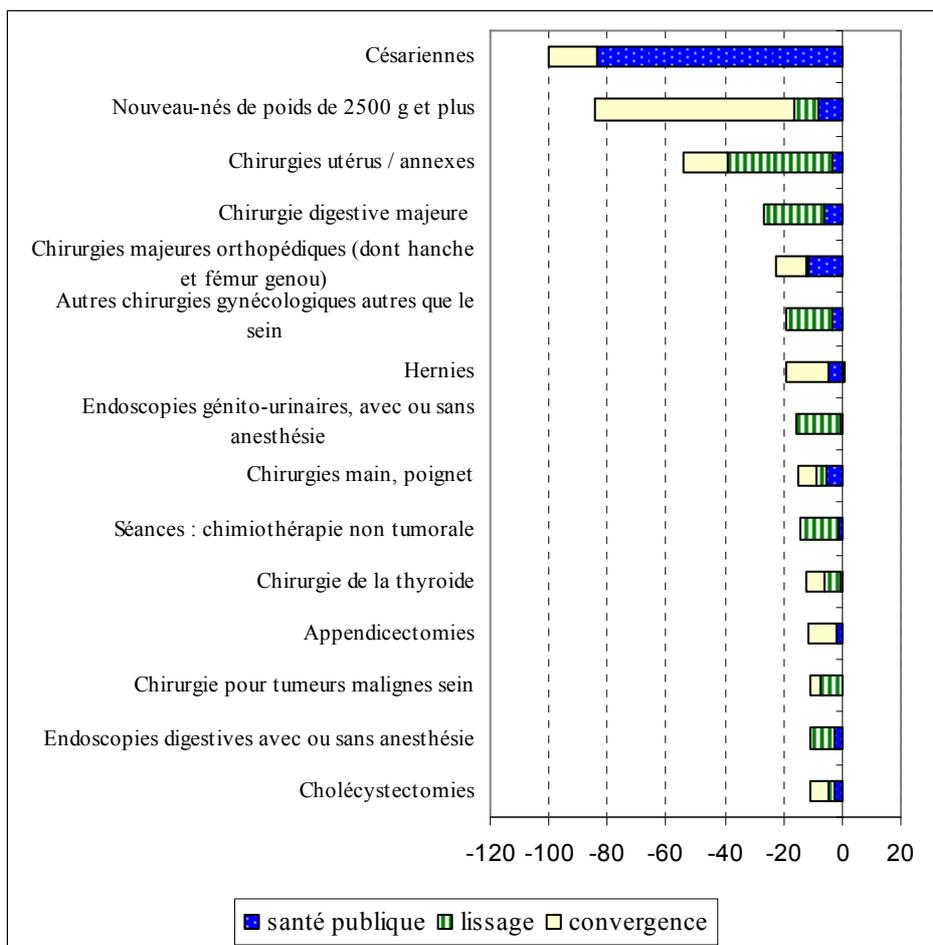
Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, la CMD 27 (transplantations d'organe) a bénéficié d'une sur-tarification relative de l'ordre de +27% au titre des priorités de santé publique. La CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) a subi une sous-tarification relative de 17% majoritairement imputable à la politique de lissage des effets revenus.

[35] Lorsqu'on raisonne en pourcentage de distorsion par rapport à une tarification neutre, comme dans le graphique ci-dessus, la pénalisation relative de la CMD 13 apparaît particulièrement marquée, de même que l'avantage relatif accordé aux transplantations d'organes.

1.2.2. Les modulations 2010 pour les principaux groupes d'activités concernés – secteur public

[36] Les groupes d'activité qui figurent dans le graphique suivant couvrent à eux seuls 65% du montant total des pénalisations tarifaires relatives.

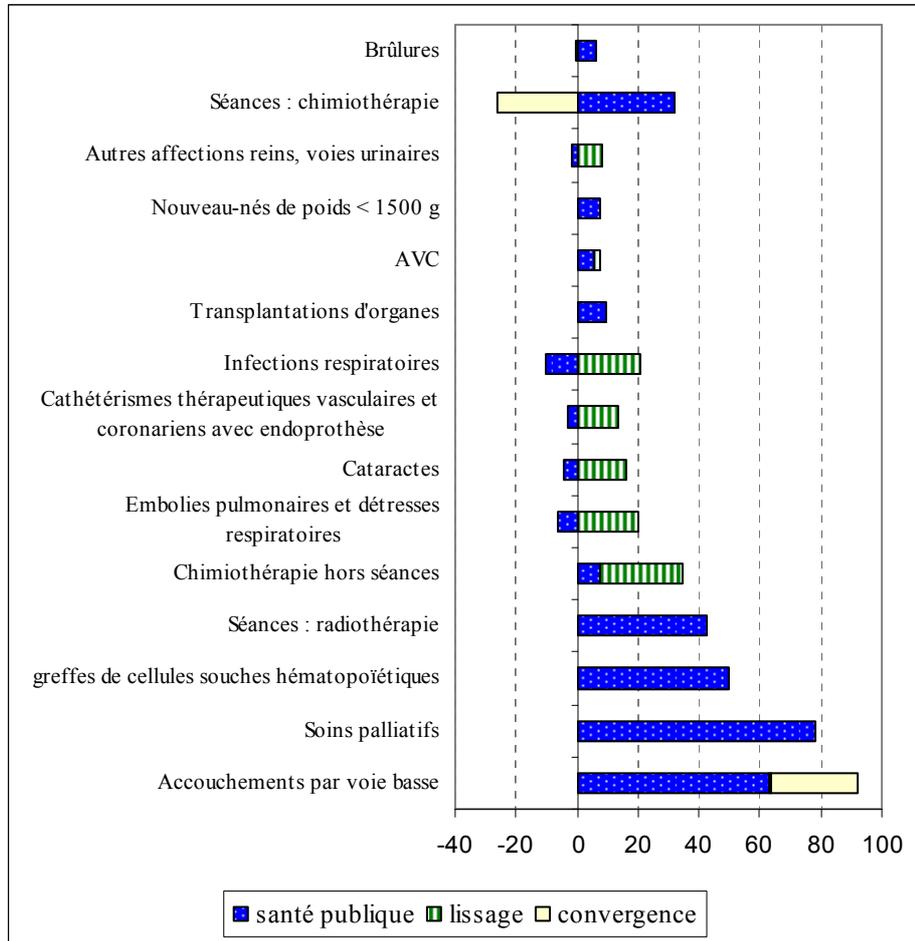
Graphique 12 : Principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires négatives (globalement supérieures à 10 M€ par CMD) – secteur public 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, par rapport à une tarification neutre, les césariennes ont subi un sous-financement relatif de l'ordre de 100 M€ imputable essentiellement aux modulations de santé publique et de façon plus limitée à la politique de convergence tarifaire public/privé.

[37] Les groupes d'activité qui figurent dans le graphique suivant couvrent à eux seuls 85% du montant total des avantages tarifaires relatifs.

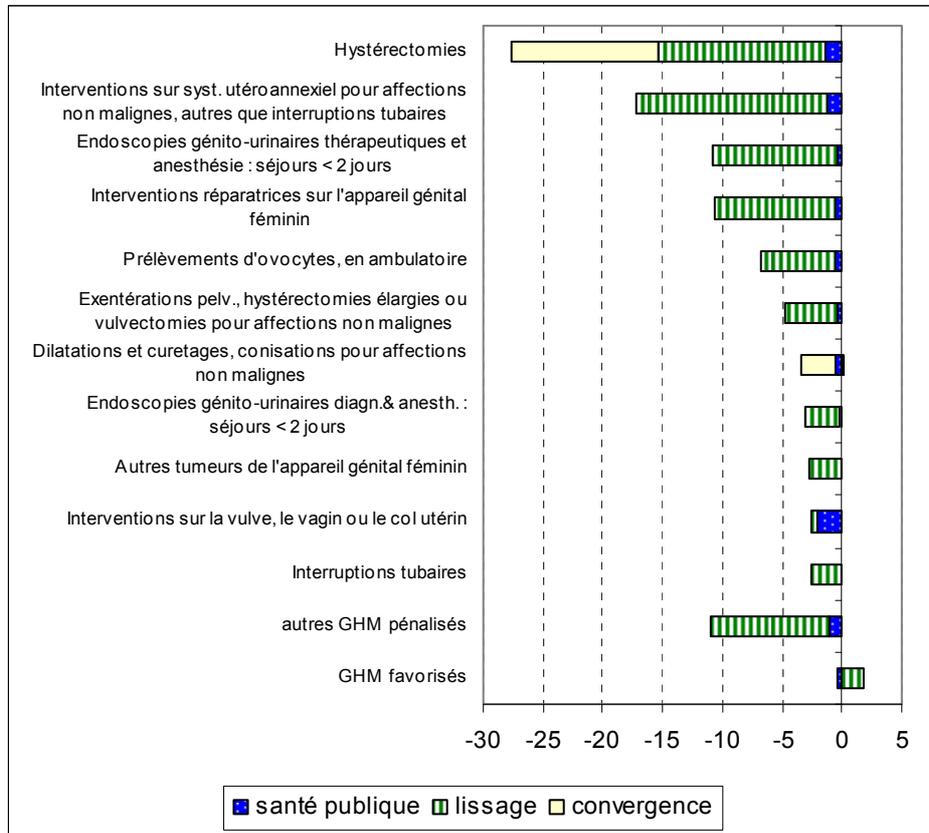
Graphique 13 : principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires positives (globalement supérieures à 6 M€ par CMD) – secteur public 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, par rapport à une tarification neutre, les accouchements par voie basse ont bénéficié d'un sur-financement relatif de 92 M€ imputable essentiellement aux modulations de santé publique mais aussi à la politique de convergence tarifaire public/privé.

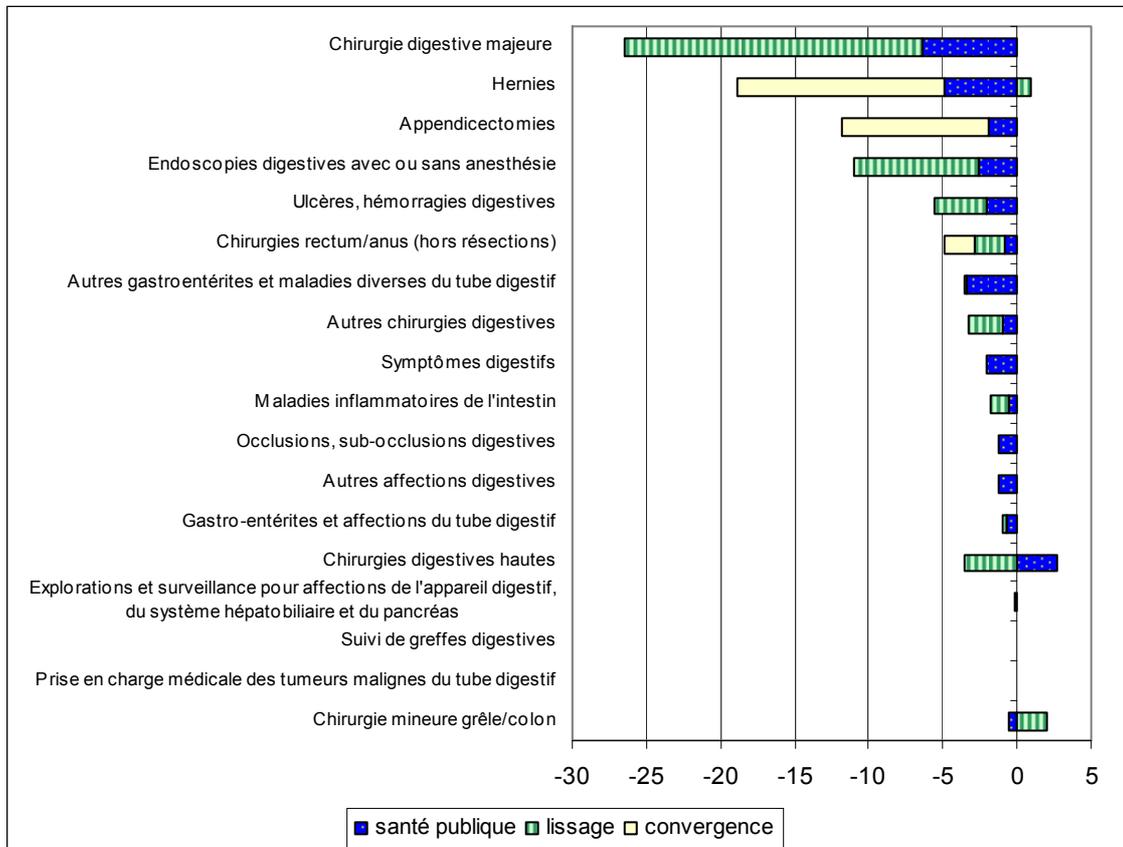
1.2.3. Décomposition des modulations 2010 par GHM ou par groupe d'activité pour certains CMD

Graphique 14 : Ampleur (en M€) des modulations concernant les GHM de la CMD 13 - secteur public 2010



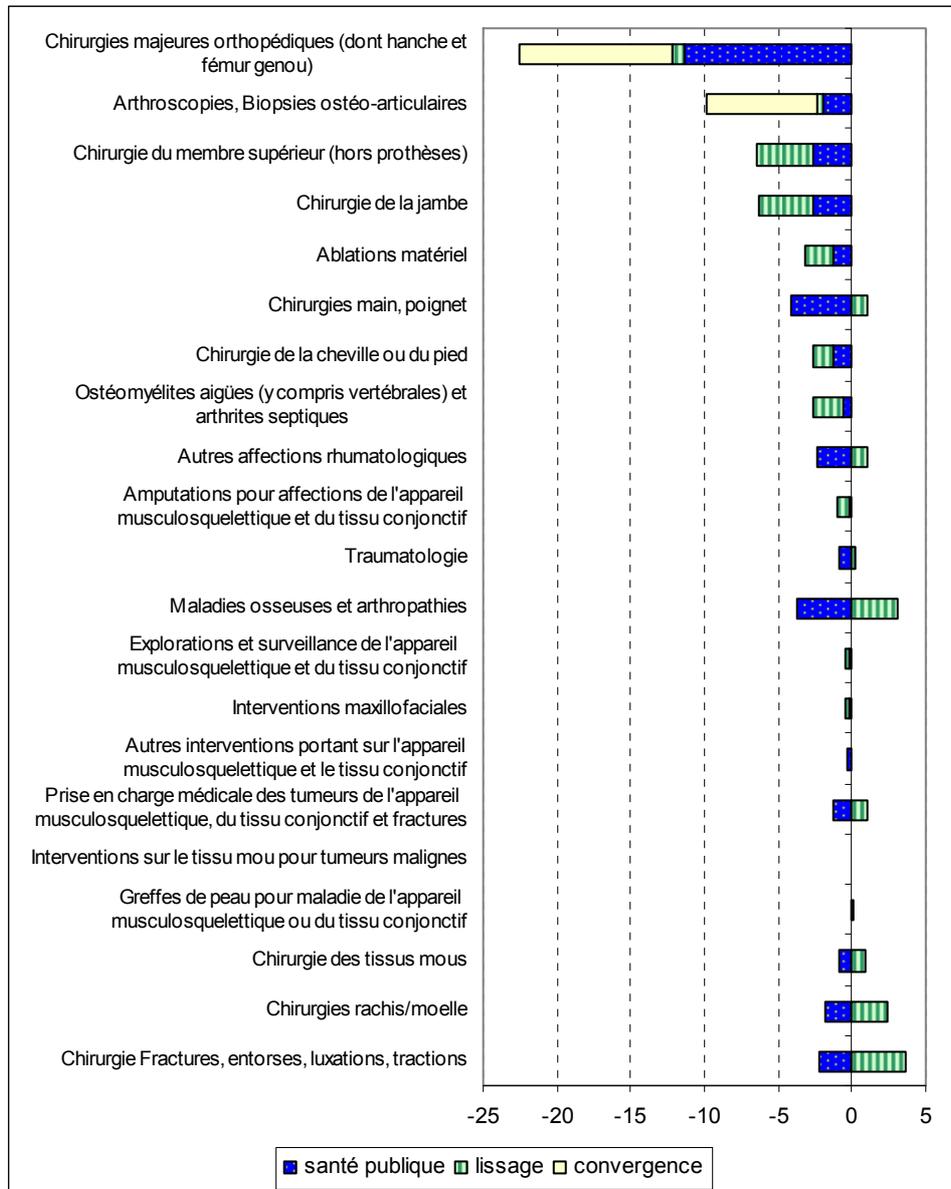
Source : Données ATIH. CMD 13 = affections de l'appareil génital féminin.

Graphique 15 : Ampleur (en M€) des modulations concernant les groupes d'activités de la CMD 06 secteur public - 2010



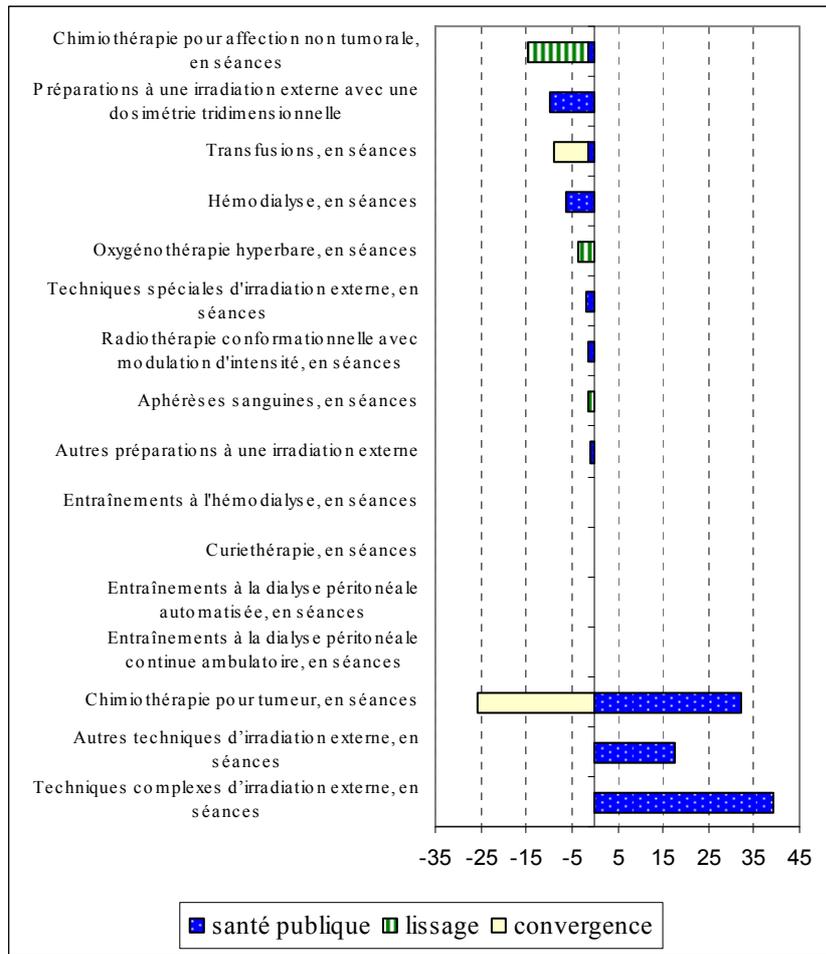
Source : Données ATIH. CMD 06 = affections de l'appareil digestif

Graphique 16 : Ampleur (en M€) des modulations concernant les groupes d'activités de la CMD 08 secteur public – 2010



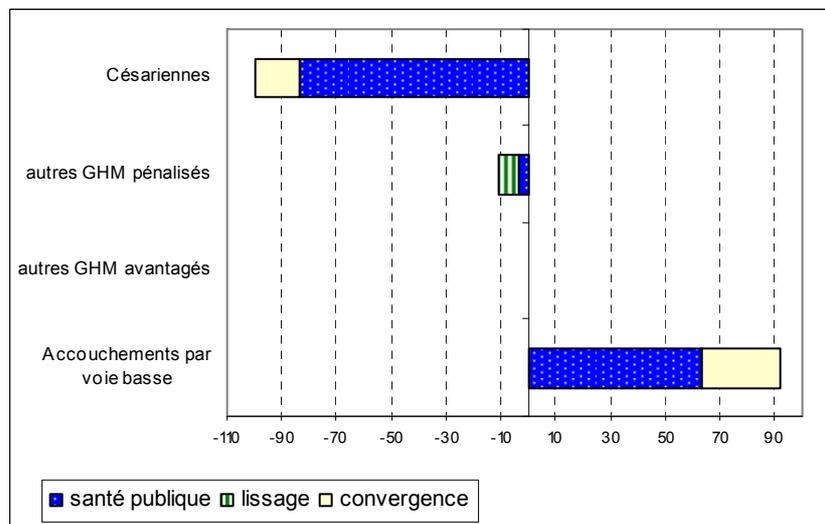
Source : Données ATIH. CMD 06 = Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif

Graphique 17 : Ampleur (en M€) des modulations concernant les GHM de la CMD 28 (séances) secteur public - 2010



Source : Données ATIH.

Graphique 18 : Ampleur (en M€) des modulations concernant les activités de la CMD 14 secteur public - 2010



Source : Données ATIH. Lecture : CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum)

1.3. Les ajustements opérés pour la campagne 2011

[38] En 2011, il a été décidé de raisonner non plus à partir d'une grille tarifaire de référence « neutre » (respectant la hiérarchie des coûts), mais à partir des tarifs de l'année précédente.

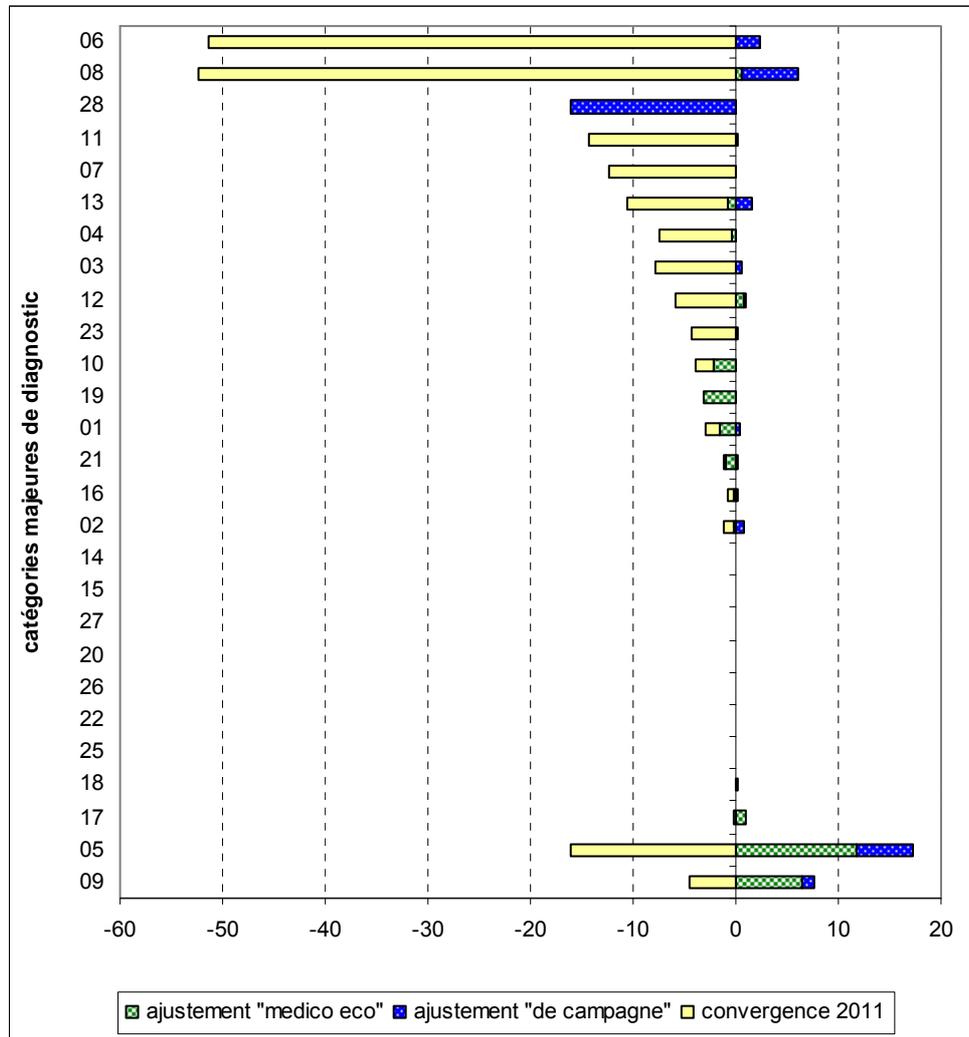
[39] Des ajustements ciblés ont toutefois été opérés, en particulier pour corriger certains écarts jugés trop importants par rapport à la neutralité tarifaire. L'ATIH distingue les « ajustements de campagne », qui portent plus spécifiquement sur des thèmes de santé publique, des autres « ajustements médico-économiques » qui reflèteraient principalement des demandes des fédérations ainsi que des corrections d'anomalies tarifaires entre niveaux de sévérité ou de distorsions extrêmes par rapport à la neutralité (cf. pièce jointe 1-e).

Tableau 4 : Décomposition des facteurs économiques d'évolution des tarifs entre 2010 et 2011 secteur public

millions d'euros	total	à la hausse	à la baisse
ajustements "médico-économiques"	11,2	22,8	-11,6
ajustements "de campagne"	2,9	36,2	-33,2
convergence public/privé	-191,4	0,1	-191,5
taux général d'évolution des tarifs	-60,6	0,0	-60,6
Total évolution économique 2010-2011	-237,9	59,1	-297,0

Source : Données ATIH. **Lecture** : les ajustements « de campagne » à la baisse ont entraîné une diminution de 33,2 M€ de la masse financière allouée aux GHM concernés. Les ajustements « de campagne » à la hausse ont entraîné une hausse de 36,2 M€ de la masse financière allouée aux GHM concernés.

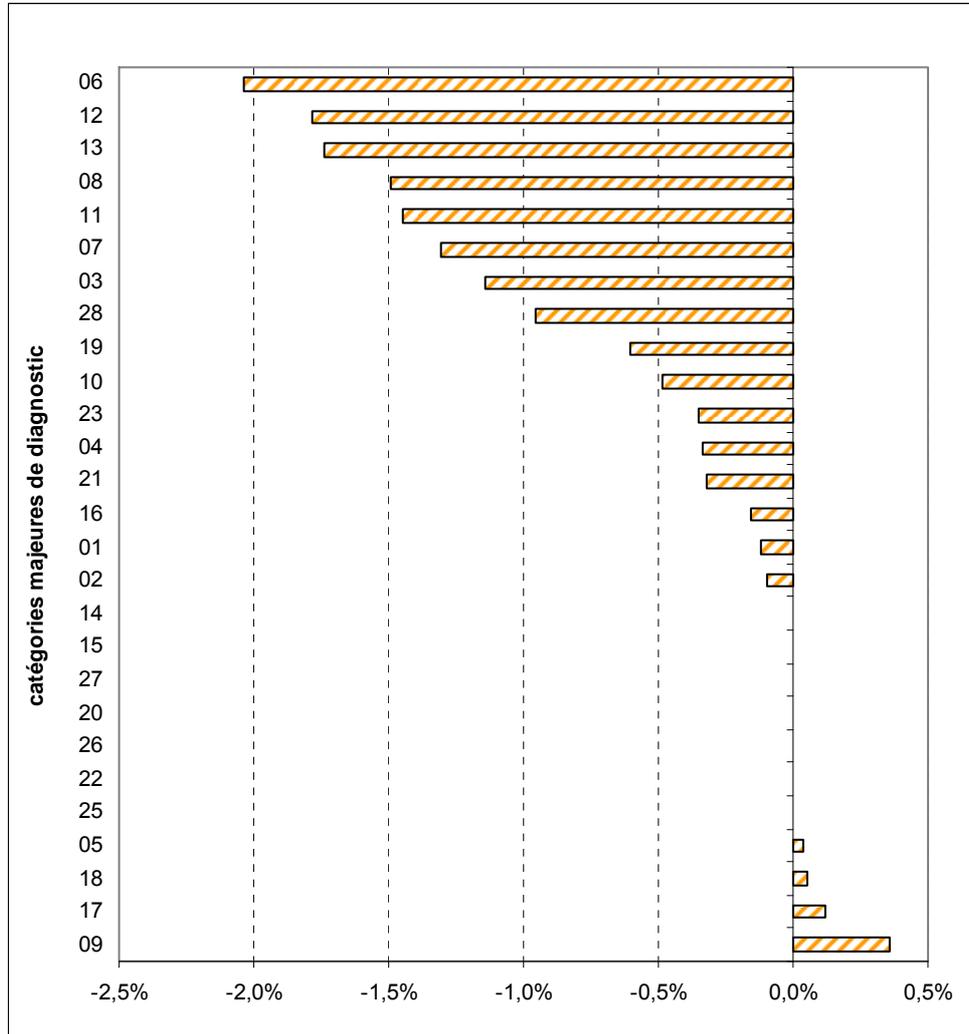
Graphique 19 : Impact (en M€) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution global des tarifs) – secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : la CMD 05 (affections de l'appareil circulatoire) a bénéficié en 2011 d'augmentations de tarifs pour tenir compte de certaines demandes de revalorisations ou de pénalisations antérieures importantes par rapport à la neutralité tarifaire, mais a également subi des baisses tarifaires de convergence public/privé.

[40] En tout état de cause, ces ajustements par rapport aux tarifs 2010 sont limités dans leur ampleur, du moins au niveau des CMD, comme le montre le graphique suivant :

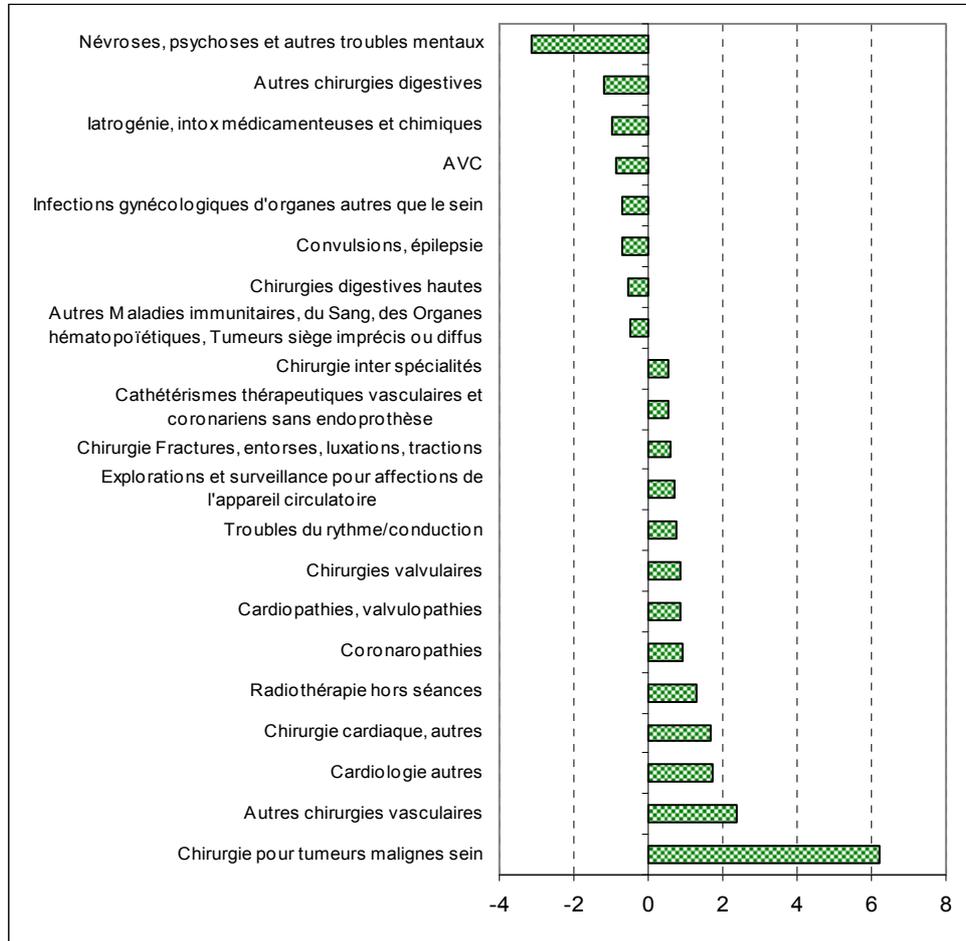
Graphique 20 : ampleur (en %) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution générale des tarifs) - secteur public



Source : Données ATIH

[41] Les ajustements médico-économiques ont particulièrement consisté à revoir à la hausse certains tarifs de cardiologie et de cancer, comme le montre le graphique suivant :

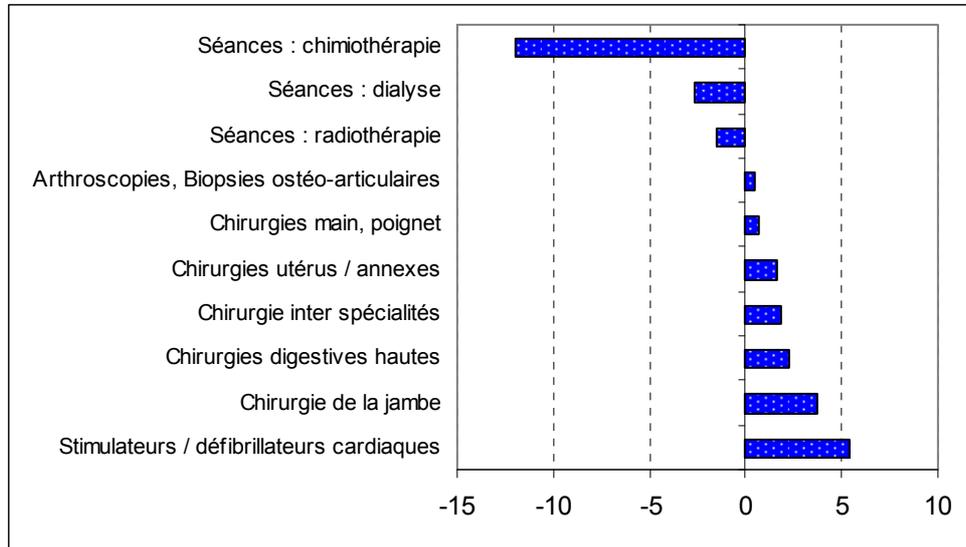
Graphique 21 : Principaux groupes d'activité concernés par les ajustements « médico-économiques » 2011 (millions d'euros) – secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique représente les groupes d'activité ayant été l'objet d'un ajustement « médico-économique » supérieur à 0,5 M€, dans un sens ou dans l'autre.

[42] Les ajustements « de campagne » ont été plus concentrés, comme l'illustre le graphique suivant :

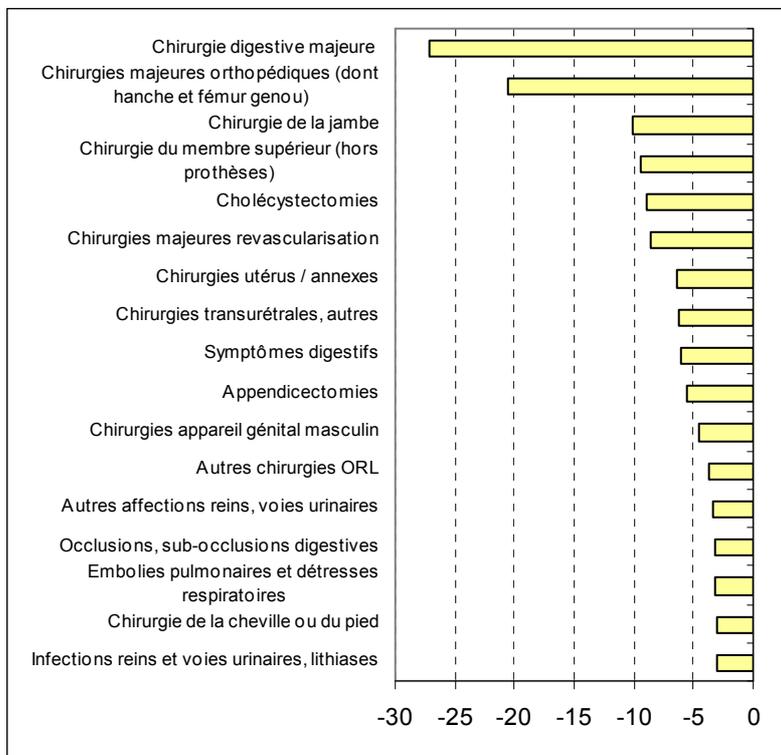
Graphique 22 : Principaux groupes d'activité concernés par les ajustements « de campagne » 2011 (millions d'euros) – secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique représente les groupes d'activité ayant été l'objet d'un ajustement « de campagne » supérieur à 0,5 M€, dans un sens ou dans l'autre.

[43] La convergence public/privé apparaît comme le facteur majeur d'évolution des tarifs par rapport à 2010.

Graphique 23 : Principaux groupes d'activité concernés par la convergence 2011 (millions d'euros) secteur public



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique représente les groupes d'activité ayant été l'objet d'une modulation de convergence dont l'impact est de plus de 3M€.

2. DANS LE SECTEUR PRIVE

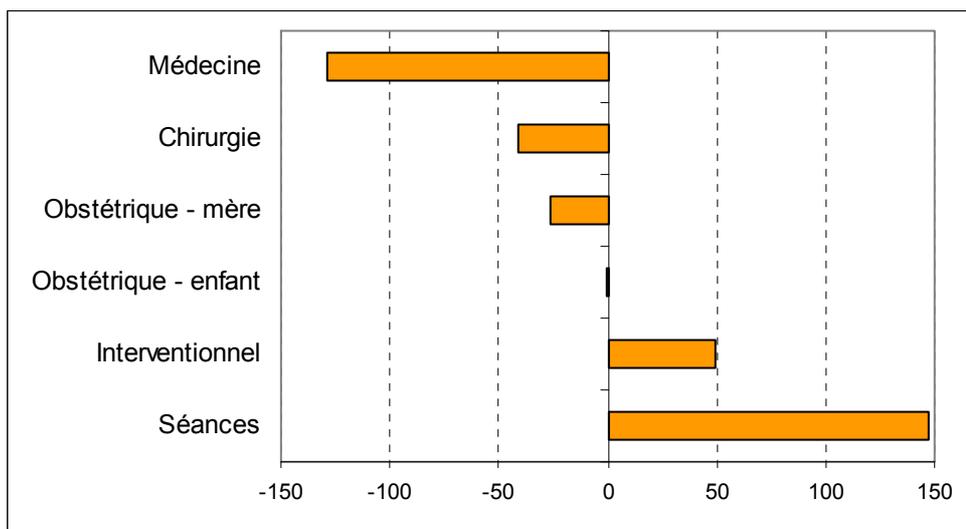
2.1. Le constat des distorsions tarifaires en 2011

[44] On compare ici les tarifs pratiqués en 2011 par rapport à ce que seraient des tarifs neutres (calés sur une échelle de coûts représentant la moyenne des coûts de 2006 à 2009), sans modulations (de santé publique ou de lissage des revenus ; la convergence n'affecte pas les tarifs du secteur privé).

2.1.1. Constats au niveau des grandes catégories d'activité de soins (M, C, O, ...) – secteur privé

[45] Les constats sont inverses de ceux effectués pour le secteur public pour la médecine et l'obstétrique-mère (relativement pénalisés ici) et pour l'interventionnel et les séances (relativement favorisés ici). L'obstétrique-enfant ne semble pas globalement subir de distorsions tarifaires, alors qu'elle est relativement pénalisée dans le secteur public. La chirurgie apparaît relativement pénalisée, comme dans le secteur public.

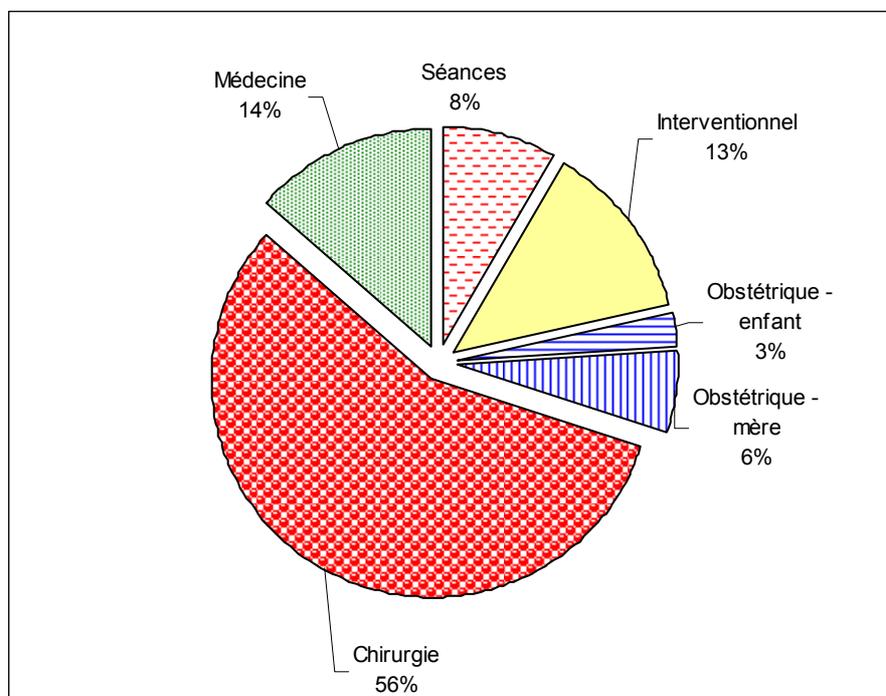
Graphique 24 : Impact des distorsions tarifaire (en M€) observé en 2011 – secteur privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, les tarifs effectivement pratiqués pénalisent la médecine (pour un impact d'environ 130 M€) et avantagent les séances (pour un impact de près de 150 M€). L'impact financier global de toutes ces distorsions est nul. L'obstétrique-enfant correspond à la CMD 15 (également désignée parfois sous le terme de « néonatalogie ») et l'obstétrique-mère à la CMD 14.

[46] Il importe toutefois de rapporter ces montants à la masse de chacune de ces activités. La structure d'activité des cliniques privées est différente de celle du secteur public : la chirurgie leur apporte plus de la moitié de leurs ressources.

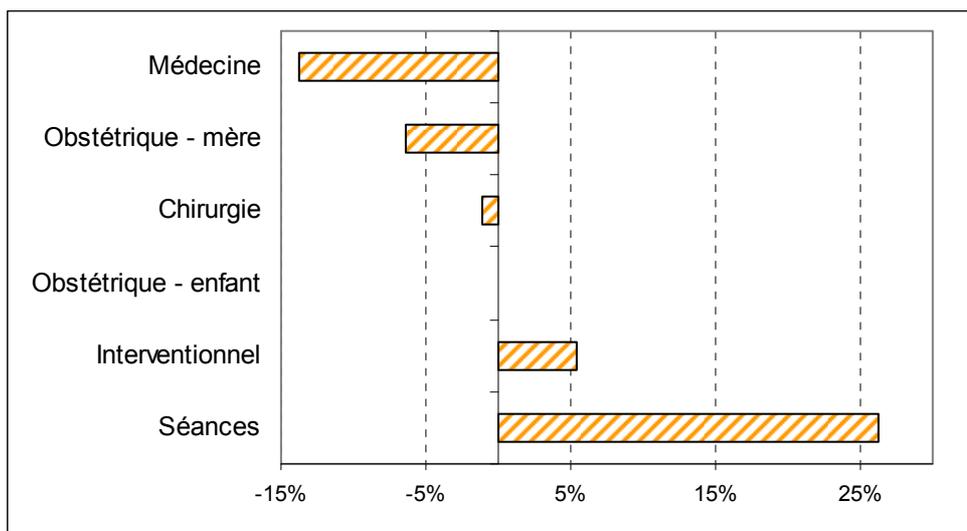
Graphique 25 : Poids des différentes activités (% des ressources allouées aux établissements) – secteur privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : les GHM de chirurgie représentent 56% de l'ensemble de la masse financière allouée aux cliniques privées.

[47] Les distorsions sont particulièrement marquées pour la médecine et pour les séances.

Graphique 26 : Ampleur des distorsions tarifaires (en %) observée en 2011 –secteur privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, les GHM de médecine subissent globalement une « sous-tarification » de près de 15%.

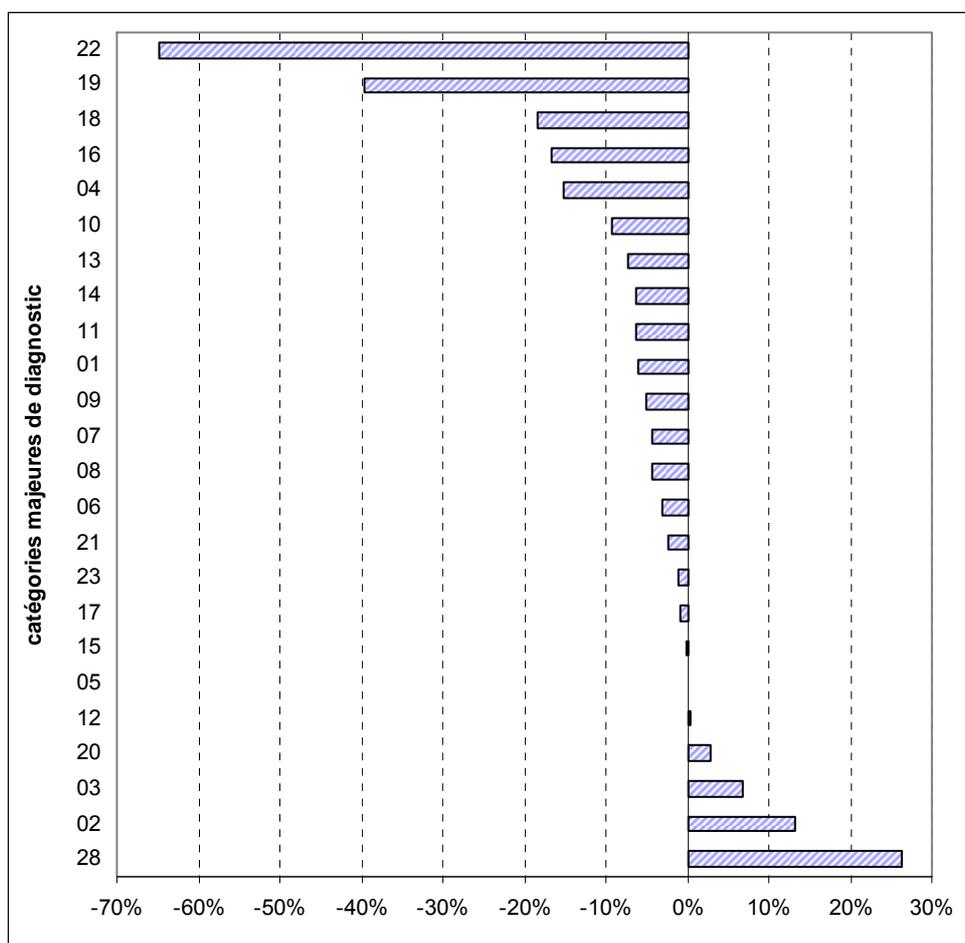
2.1.2. Constats par catégories majeures de diagnostic (CMD) – secteur privé

Tableau 5 : Liste des 27 CMD (il n'y pas de CMD 24)

Catégorie Majeure de diagnostic	Libellé
01	Affections du système nerveux
02	Affections de l'oeil
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04	Affections de l'appareil respiratoire
05	Affections de l'appareil circulatoire
06	Affections du tube digestif
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11	Affections du rein et des voies urinaires
12	Affections de l'appareil génital masculin
13	Affections de l'appareil génital féminin
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18	Maladies infectieuses et parasitaires
19	Maladies et troubles mentaux
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
22	Brûlures
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
25	Maladies dues à une infection par le VIH
26	Traumatismes multiples graves
27	Transplantations d'organes
28	Séances

Source : ATIH

Graphique 27 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur privé, 2011

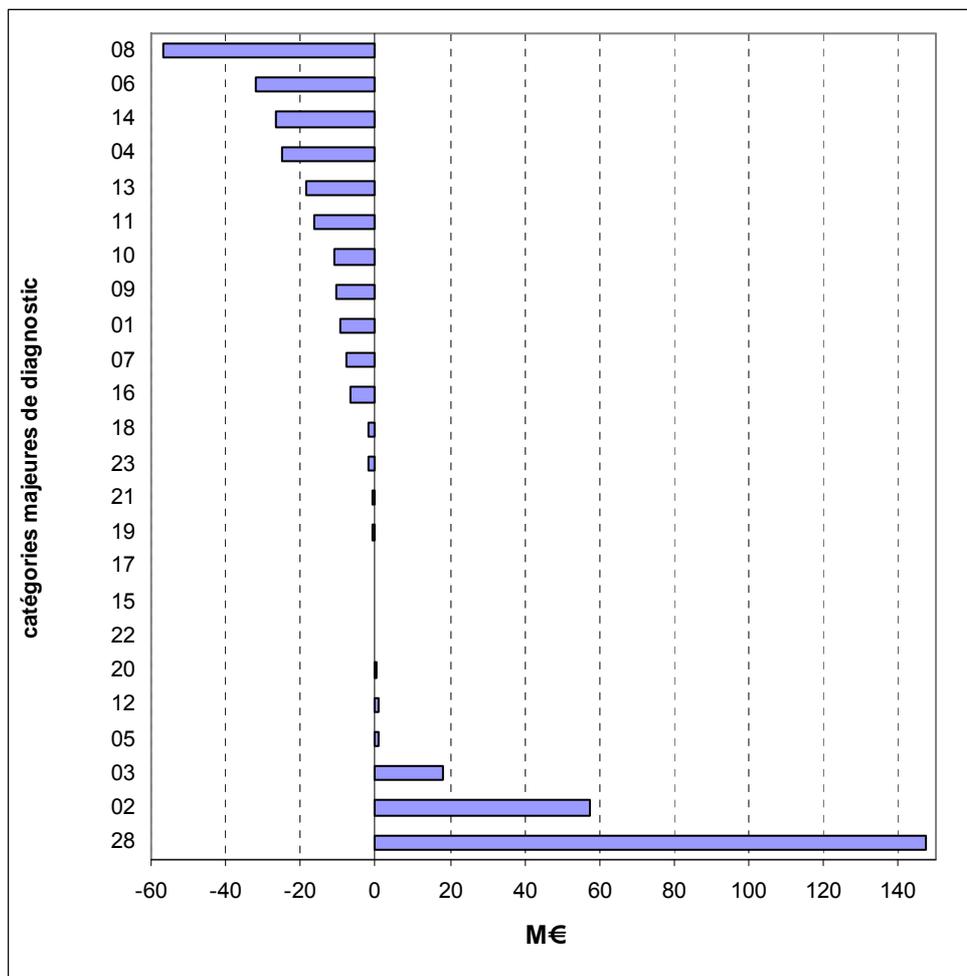


Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, la CMD 28 (séances) bénéficie globalement d'une sur-tarification relative de 26%.

[48] Même si la plupart des CMD subissent des distorsions tarifaires inférieures à 10%, elles apparaissent plus marquées que dans le secteur public. Surtout, comme l'activité des cliniques privées est globalement beaucoup plus concentrée que celle des établissements publics, des distorsions de faible ampleur peuvent porter sur des montants importants, si elles concernent des activités très répandues, et à l'inverse des distorsions de forte ampleur peuvent n'avoir qu'un impact limité en montant si elles concernent des activités rares. L'activité est aussi plus concentrée par établissement et les écarts peuvent avoir plus d'impact pour une clinique privée que pour un établissement public qui assure une large gamme de prestations.

[49] On observe ainsi dans le graphique ci-dessous que la forte pénalisation de la CMD 22 (brûlures) ne se traduit pas par des montants visibles, car cette activité est très rare dans les cliniques privées. A l'inverse, la CMD 08 (affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), pour laquelle les distorsions semblaient d'ampleur limitée, en proportion des dépenses, enregistre les plus gros montants de sous-financement relatif, du fait de l'importance de cette activité dans les cliniques privées.

Graphique 28 : Impact (en M€) par CMD des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre » - secteur privé, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, l'impact de la sur-tarification relative de la CMD 02 (affections de l'œil) représente un sur-financement relatif de près de 60 M€. Les distorsions positives et négatives se compensent et leur impact financier global est nul.

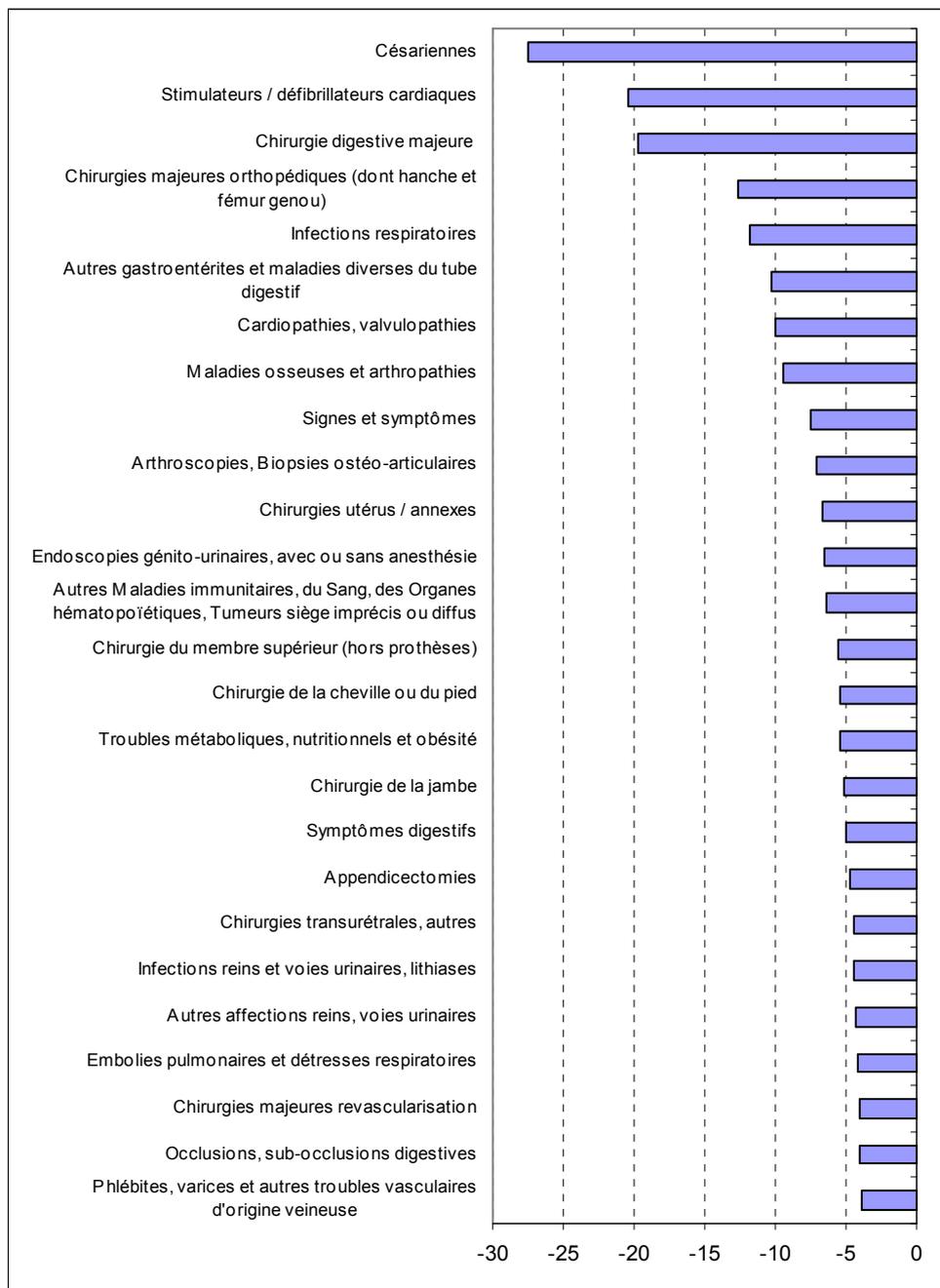
- [50] L'impact financier des distorsions favorables est concentré sur trois CMD : la CMD 28 (séances⁵), la CMD 02 (affections de l'œil) et la CMD 03 (affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents). Les contreparties négatives sont réparties sur davantage de CMD.

2.1.3. Constats par groupes d'activité – secteur privé

- [51] Si l'on descend au niveau des groupes d'activité, on constate que les césariennes représentent l'activité la plus pénalisée, comme dans le secteur public. D'autres points communs résident dans la pénalisation de la chirurgie digestive majeure, de la chirurgie de l'utérus, des appendicectomies...
- [52] Les groupes d'activité représentés dans le graphique suivant couvrent les 2/3 du montant total de sous-financement relatif.

⁵ La dialyse en centre sur le secteur ex OQN a été introduite en 2011 dans l'étude adéquation financement charges financement, bien qu'elle ne soit pas financée par un GHS. Pour les besoins de l'étude les forfaits ont été traduits en code GHS afin de pouvoir faire la comparaison public/privé.

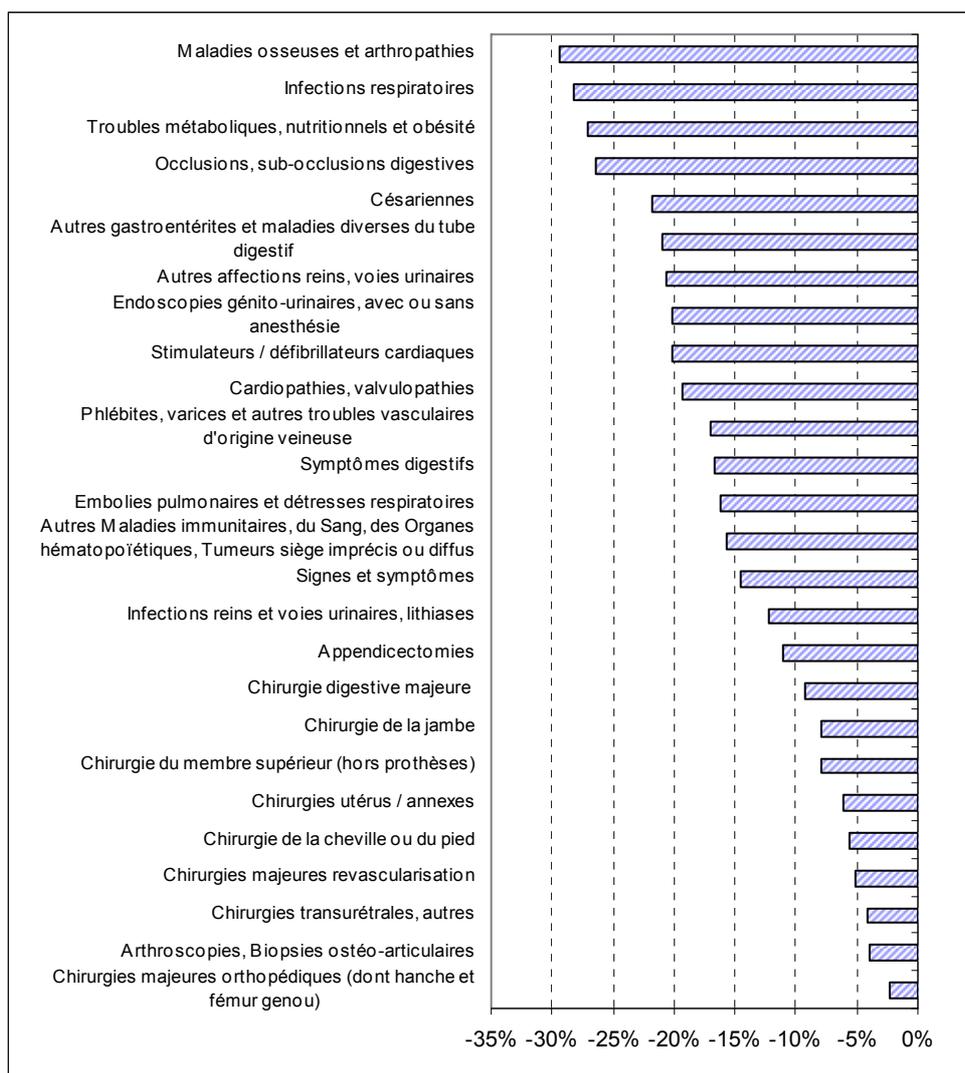
Graphique 29 : principaux groupes d'activités subissant un sous-financement relatif (millions d'euros) secteur privé, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : le sous-financement des césariennes représente environ 27 M€.

[53] Le graphique suivant présente l'ampleur, en pourcentage par rapport à des tarifs neutres, de la pénalisation tarifaire subie par les groupes d'activité qui couvrent les 2/3 de l'impact financier de cette pénalisation, par ordre décroissant.

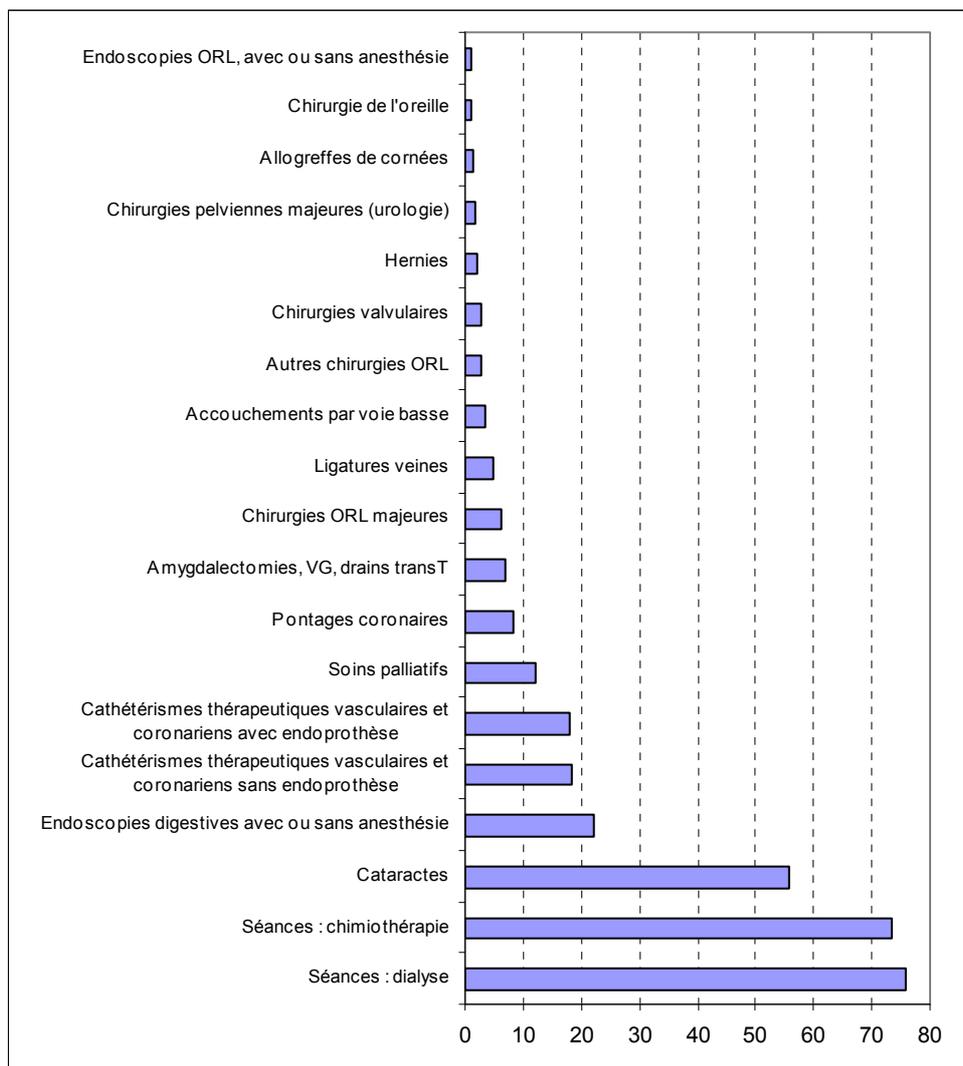
Graphique 30 : Ampleur (en %) des pénalisations tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour ces mêmes groupes d'activité – secteur privé, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : les césariennes subissent un tarif minoré de 22% par rapport à un tarif neutre.

[54] En sens inverse, les avantages tarifaires relatifs sont concentrés sur un nombre limité d'activité. Les groupes d'activité figurant dans le graphique suivant couvrent 98% de l'impact financier des avantages tarifaires relatifs.

Graphique 31 : principaux groupes d'activités bénéficiaires d'un sur-financement relatif (millions d'euros) secteur privé, 2011

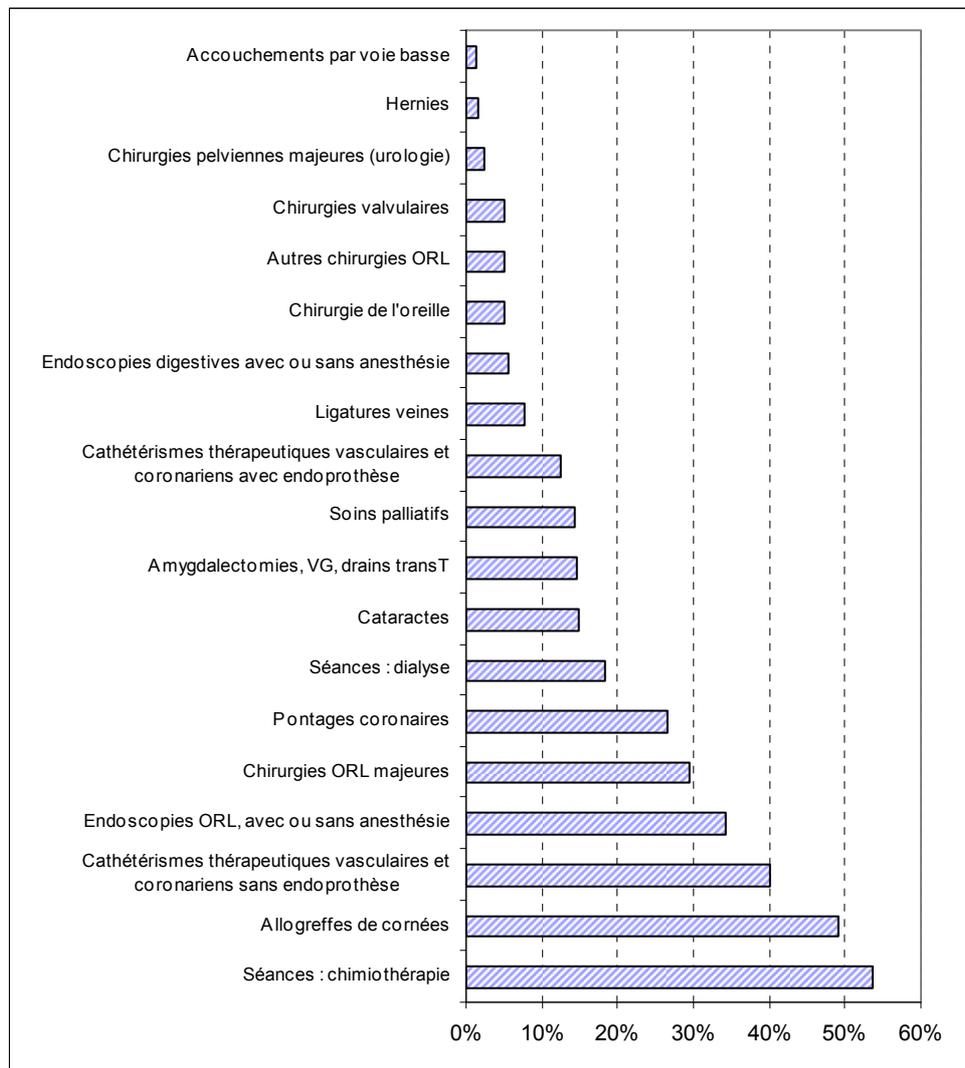


Source : Données ATIH. **Lecture** : les cataractes bénéficient d'un sur-financement de plus de 55 M€ et cet avantage tarifaire relatif atteint 77 M€ pour les séances de dialyse.

[55] Les séances de dialyse⁶, de chimiothérapie et la cataracte se détachent comme particulièrement bénéficiaires des distorsions en 2011.

⁶ Elles figurent dans cette étude bien que n'étant pas financées par un GHS dans le secteur privé, cf. note précédente.

Graphique 32 : Ampleur (en %) des majorations tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour ces mêmes groupes d'activité – secteur privé, 2011



Source : Données ATIH. **Lecture** : les séances de dialyse bénéficient d'une sur-tarification de près de 20% par rapport à une tarification neutre.

- [56] Au total, au niveau des groupes d'activité, l'ampleur des distorsions est marquée dans le secteur privé, que ce soit dans un sens favorable ou dans un sens défavorable.

2.1.4. Constats par racine des GHM – secteur privé

- [57] Les constats au niveau des racines de GHM permettent de préciser les observations effectuées par groupe d'activité.
- [58] Les activités figurant dans le tableau suivant supportent 60% du montant total des pénalisations tarifaires relatives.

Tableau 6 : Principales activités subissant une pénalisation tarifaire (représentant à elles seules 60% de l'impact financier global de ces pénalisations) – secteur privé, 2011

Racine	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
14C02	Césariennes	52 352	98,5	125,9	-21,8%	-27,4
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	28 030	128,2	146,2	-12,3%	-18,0
05C15	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc	18 844	26,2	36,4	-28,0%	-10,2
06M03	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	56 464	38,2	48,2	-20,7%	-10,0
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	28 995	40,6	50,4	-19,4%	-9,8
05C22	Remplacements de stimulateurs cardiaques permanents	9 365	10,0	18,9	-47,2%	-8,9
23M20	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	30 879	30,2	37,0	-18,5%	-6,8
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	46 496	59,4	66,1	-10,2%	-6,7
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	11 484	14,9	20,5	-27,2%	-5,6
08C24	Prothèses de genou	50 033	175,6	181,1	-3,1%	-5,5
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	7 301	10,7	16,1	-33,6%	-5,4
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	16 169	31,0	36,1	-14,2%	-5,1
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	66 896	82,0	87,0	-5,7%	-5,0
06C11	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	35 041	54,2	59,0	-8,1%	-4,8
16M11	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	24 015	25,1	29,9	-15,9%	-4,8
13K02	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	32 087	16,8	21,6	-22,0%	-4,7
08C27	Autres interventions sur le rachis	39 102	70,0	74,5	-6,0%	-4,5
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation	17 518	74,8	78,9	-5,2%	-4,1
11C05	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	84 640	100,4	104,4	-3,9%	-4,1
08M29	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical	11 307	7,1	11,1	-36,0%	-4,0
06M06	Occlusions intestinales non dues à une hernie	11 246	11,0	15,0	-26,4%	-4,0
13C03	Hystérectomies	24 138	50,6	54,5	-7,1%	-3,9
23K02	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	28 109	4,6	8,5	-45,2%	-3,8
08C35	Interventions sur le bras, coude et épaule	25 412	39,0	42,5	-8,1%	-3,5
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	25 317	16,8	20,2	-17,1%	-3,5
08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans	21 616	39,6	43,0	-7,9%	-3,4
06M12	Douleurs abdominales	28 961	13,5	16,5	-17,9%	-2,9
04M10	Embolies pulmonaires	6 906	9,4	12,3	-23,5%	-2,9
11M12	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	13 381	8,6	11,4	-24,6%	-2,8
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire	6 782	20,7	23,5	-11,9%	-2,8
01M21	Douleurs chroniques rebelles	8 457	7,3	10,1	-27,7%	-2,8
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	6 565	7,2	10,0	-27,7%	-2,8
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	12 450	10,3	13,0	-21,3%	-2,8
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	22 430	7,9	10,6	-25,8%	-2,7
09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	26 581	25,7	28,4	-9,4%	-2,7
08M27	Sciaticques et autres radiculopathies	6 753	4,5	7,0	-36,3%	-2,5
14Z03	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale	32 959	20,7	23,3	-10,9%	-2,5
06M04	Hémorragies digestives	9 494	9,7	12,1	-20,0%	-2,4
06C08	Appendicectomies compliquées	10 723	15,2	17,6	-13,6%	-2,4
10M18	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	5 668	5,8	8,2	-28,9%	-2,4

Source : Données ATIH. Lecture : l'effectif national indique le nombre de séjours en 2010 ; les césariennes subissent en 2011 une « sous-tarifcation » relative de -21,8%, par rapport à une tarifcation neutre, pour un impact financier défavorable de 27,4 M€.

[59] En sens inverse, les activités figurant dans le tableau suivant couvrent 90% du montant total des avantages tarifaires relatifs.

Tableau 7 : Principales activités bénéficiant d'un avantage tarifaire (représentant à elles seules 90% de l'impact financier global de ce « sur-financement ») – secteur privé, 2011

Racine	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
28Z04	Hémodialyse, en séances	1 695 933	484,7	407,9	18,8%	76,8
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	711 611	210,3	136,9	53,6%	73,4
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	512 056	424,6	368,6	15,2%	55,9
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	65 176	140,2	125,0	12,2%	15,2
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	707 483	257,3	244,4	5,3%	12,9
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	19 504	97,8	85,6	14,3%	12,2
06K02	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	326 592	154,6	143,9	7,5%	10,8
05K19	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire	2 628	17,6	8,1	118,2%	9,5
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	75 069	90,7	83,8	8,2%	6,9
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	3 476	30,5	23,8	28,1%	6,7
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	52 501	19,4	14,1	37,6%	5,3
03C25	Interventions majeures sur la tête et le cou	1 067	14,0	8,8	59,4%	5,2
05K20	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire	7 514	19,4	14,3	35,6%	5,1
05C17	Ligatures de veines et éveinages	93 808	69,1	64,2	7,6%	4,9
03C22	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire	46 876	16,4	12,0	37,4%	4,5
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	16 705	27,1	23,4	16,1%	3,8
14Z02	Accouchements par voie basse	182 640	251,9	248,5	1,3%	3,3
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	1 906	11,5	8,3	38,5%	3,2
05K05	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde	8 806	21,7	19,1	14,0%	2,7
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	27 685	23,4	21,0	11,8%	2,5

Source : Données ATIH. **Lecture** : l'effectif national indique le nombre de séjours en 2010 ; l'hémodialyse en séance bénéficie d'une sur-tarifification relative de 18,8%, par rapport à une tarification neutre, pour un impact financier favorable de 76,8 M€.

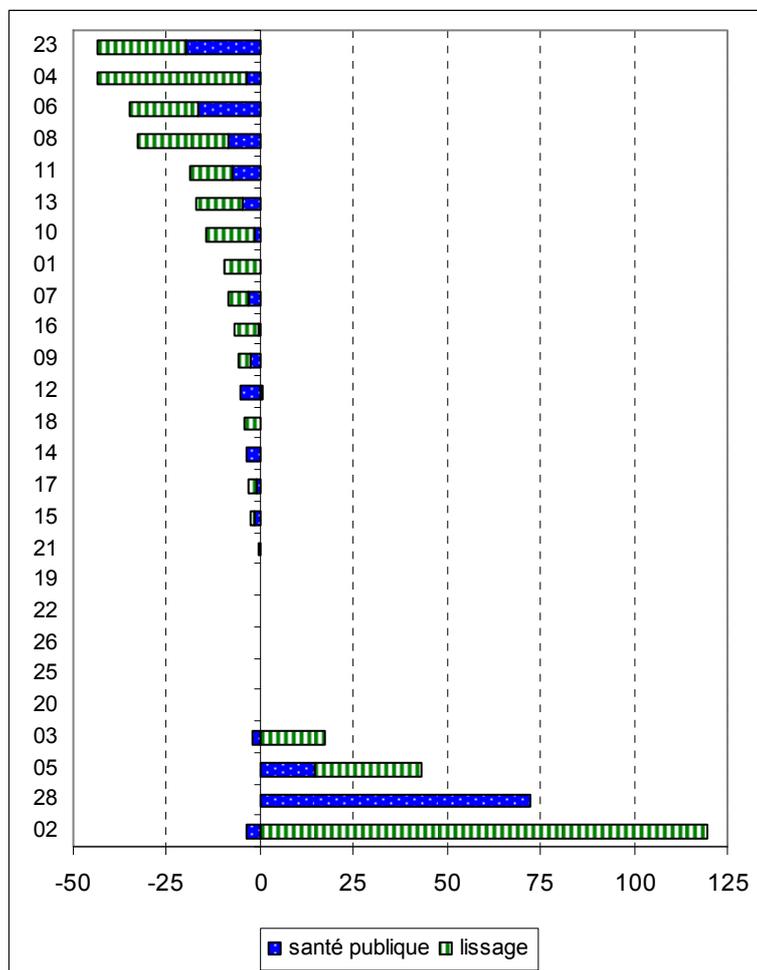
2.2. Décomposition des distorsions tarifaires opérées pour la campagne 2010

[60] Dans le secteur privé, le recueil des données de coûts est récent (2006). Des écarts importants entre la hiérarchie des coûts observée depuis cette date et la hiérarchie des tarifs historiques ont pu être mis en lumière.

[61] La volonté de ne pas aligner brusquement les tarifs sur une grille neutre (respectant la hiérarchie des coûts) explique largement les distorsions tarifaires constatées en 2011. Cette analyse est en effet illustrée par la décomposition des modulations opérées en 2010 à partir d'une grille tarifaire neutre.

2.2.1. Les modulations 2010 par CMD – secteur privé

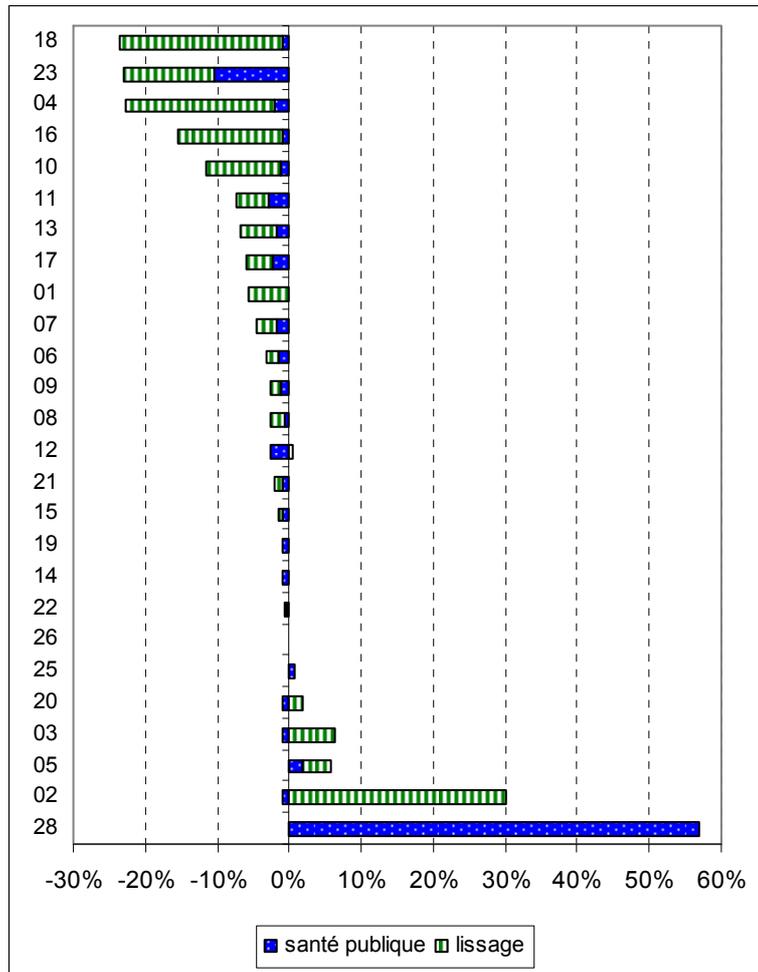
Graphique 33 : Impact (en M€) des différentes modulations, par CMD – secteur privé, 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, la CMD 02 (affections de l'œil) a bénéficié d'un sur-financement relatif d'environ 116 M€. Ce montant se décompose en 120 M€ au titre du lissage des effets revenus et -4 M€ au titre des modulations de santé publique.

- [62] Par rapport aux constats relatifs à 2011 (cf. supra, graphique n°28), on retrouve en 2010 la CMD 28 (séances) et la CMD 02 (affections de l'œil) comme particulièrement bénéficiaires, même si la position des deux CMD s'est inversée entre 2010 et 2011 : l'avantage relatif accordé à la CMD 02 était plus important en 2010 qu'en 2011 et inversement, l'avantage relatif dont bénéficient les séances s'est sensiblement accentué en 2011 par rapport à ce qu'on voit ici sur 2010.
- [63] La hiérarchie des CMD particulièrement pénalisées change quelque peu entre 2010 et 2011. Sur les deux années, on retrouve néanmoins la CMD 06 (affections du tube digestif) la CMD 08 (affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), la CMD 04 (affections de l'appareil respiratoire), la CMD 11 (affections du rein et des voies urinaires) et la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) parmi les plus pénalisées relativement.
- [64] En revanche, la CMD 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé), qui apparaît ici la plus pénalisée, ne l'est plus en 2011.
- [65] En taux de distorsion, le graphique ci-dessous confirme le fort avantage relatif dont bénéficiaient les CMD 02 et CMD 28 en 2010. Si ces avantages demeurent en 2011, ils ne sont plus observés dans de telles proportions.

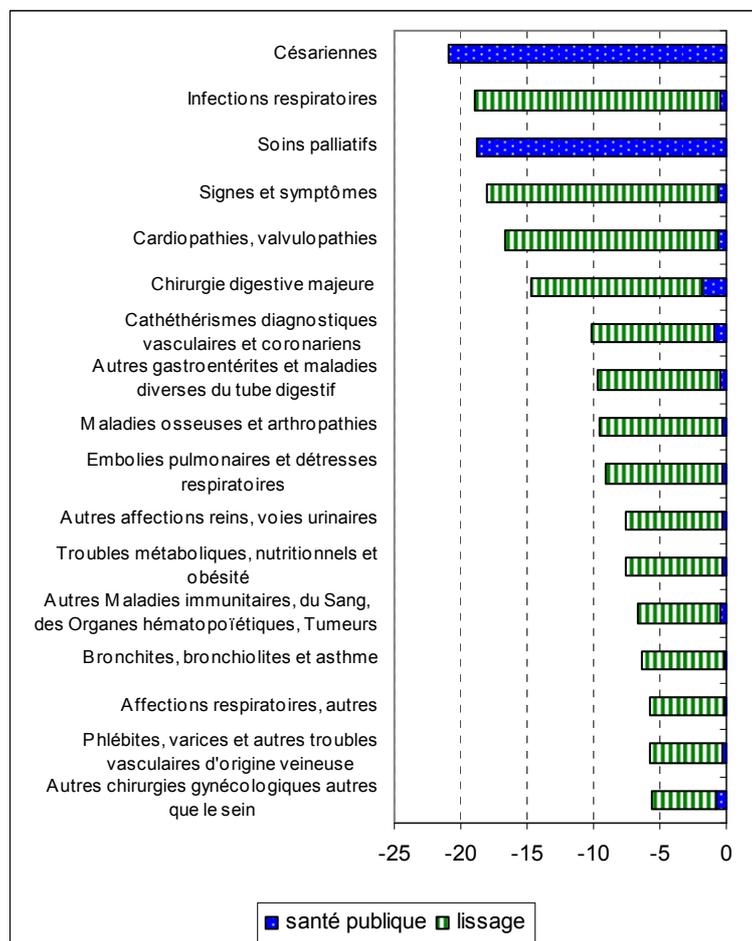
Graphique 34 : Ampleur (en %) des différents types de modulation, par CMD – secteur privé, 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, la CMD 02 (affections de l'œil) a bénéficié d'une sur-tarification relative de l'ordre de +30% en vertu de la politique de lissage des effets revenus. La CMD 28 (séances) a bénéficié d'une sur-tarification relative de +57% au titre des priorités de santé publique.

2.2.2. Les modulations 2010 pour les principaux groupes d'activités concernés – secteur privé

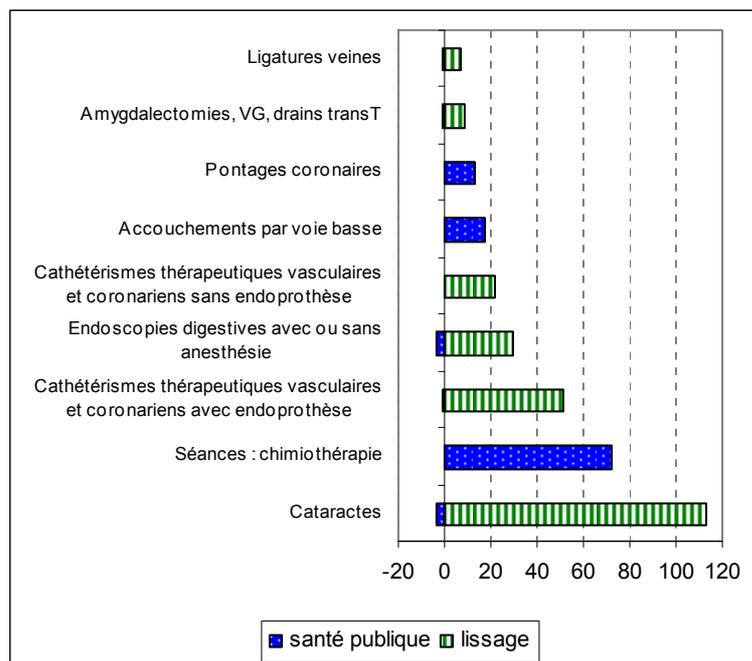
Graphique 35 : Principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires négatives (millions d'euros) – secteur privé 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, les césariennes ont subi en 2010 un sous-financement relatif de 21 M€ lié aux modulations de santé publique. Les groupes d'activité qui figurent dans ce graphique couvrent à eux seuls la moitié du montant total des pénalisations tarifaires relatives.

- [66] Le graphique ci-dessous fait apparaître une distorsion paradoxale : les soins palliatifs, qui font l'objet en principe de modulations favorables de santé publique, étaient en réalité pénalisés en 2010 dans les cliniques privées (cf. annexe 1B).
- [67] Sinon, le graphique illustre l'étalement des distorsions négatives de lissage des effets revenus sur de nombreuses activités.
- [68] Le graphique suivant permet de vérifier que l'avantage tarifaire relatif de la CMD 02 (affections de l'œil) est lié au traitement financier de l'activité de cataractes.

Graphique 36 : Principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires positives (millions d'euros) – secteur privé 2010



Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, les cataractes ont bénéficié en 2010 d'un sur-financement relatif de 110 M€ qui s'explique essentiellement par la politique de lissage des effets revenus. Les groupes d'activité qui figurent dans ce graphique couvrent à eux seuls 90% du montant total des avantages tarifaires relatifs.

2.3. Les ajustements opérés pour la campagne 2011

[69] En 2011, il a été décidé de raisonner non plus à partir d'une grille tarifaire de référence « neutre » (respectant la hiérarchie des coûts), mais à partir des tarifs de l'année précédente.

[70] Des ajustements ciblés ont toutefois été opérés, en particulier pour corriger certains écarts jugés trop importants par rapport à la neutralité tarifaire. L'ATIH distingue les « ajustements de campagne » qui portent plus spécifiquement sur des thèmes de santé publique des autres « ajustements médico-économiques » qui reflèteraient principalement des demandes des fédérations (c'est apparemment très marginal en l'occurrence, invisible sur le graphique).

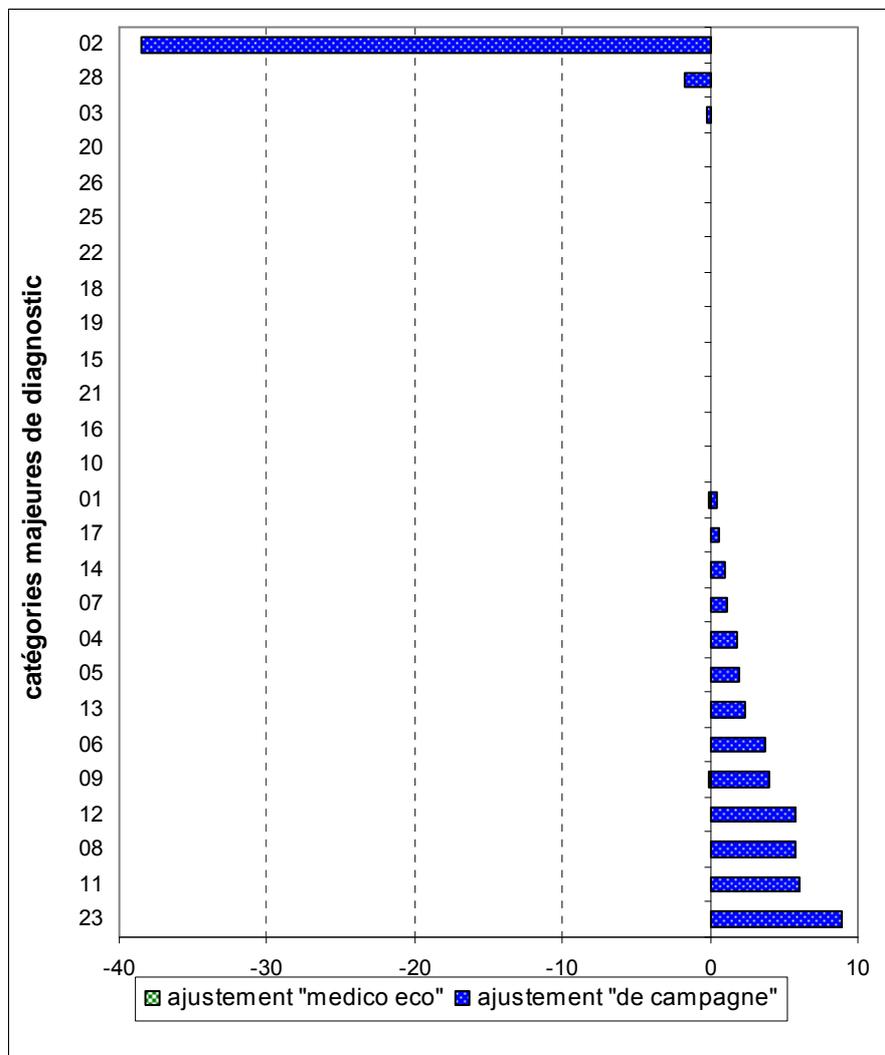
Tableau 8 : Décomposition des facteurs économiques d'évolution des tarifs entre 2010 et 2011 secteur privé

millions d'euros	total	à la hausse	à la baisse
ajustements "médico-économiques"	-0,2	0,2	-0,4
ajustements "de campagne"	3,5	45,3	-41,7
taux général d'évolution des tarifs	-4,4	0,0	-4,4
Total évolution économique 2010-2011	-1,1	45,4	-46,5

Source : Données ATIH. **Lecture** : les ajustements « de campagne » à la baisse ont entraîné une diminution de 41,7 M€ de la masse financière allouée aux GHM concernés. Les ajustements « de campagne » à la hausse ont entraîné une hausse de 45,3 M€ de la masse financière allouée aux GHM concernés.

[71] On remarque que les ajustements « de campagne » ont été plus marqués, à la hausse et à la baisse, que dans le secteur public (les montants sont supérieurs, ce qui rapportée à la masse financière des cliniques privée bien plus faible que celle du secteur public, représente une ampleur très nettement supérieure).

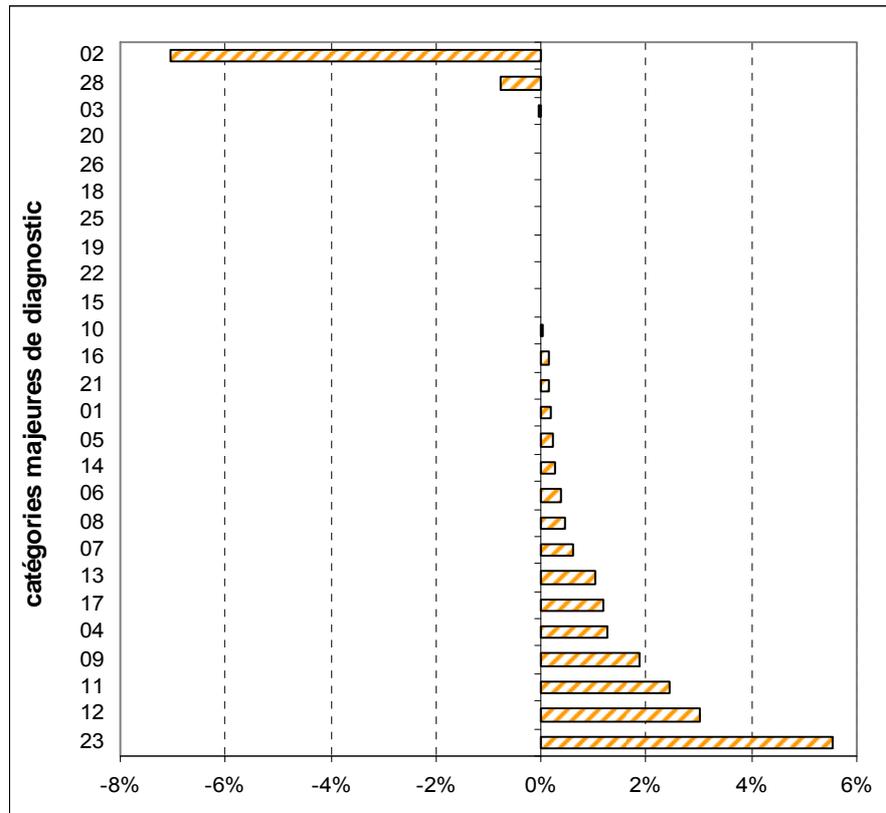
Graphique 37 : Impact (en M€) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution générale des tarifs) – secteur privé



Source : Données ATIH

[72] On remarque que la campagne 2011 a été l'occasion de corriger partiellement la surtarification relative de la CMD 02 (affections de l'œil) observée en 2010 (cataractes)

Graphique 38 : Ampleur (en %) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution générale des tarifs) – secteur privé

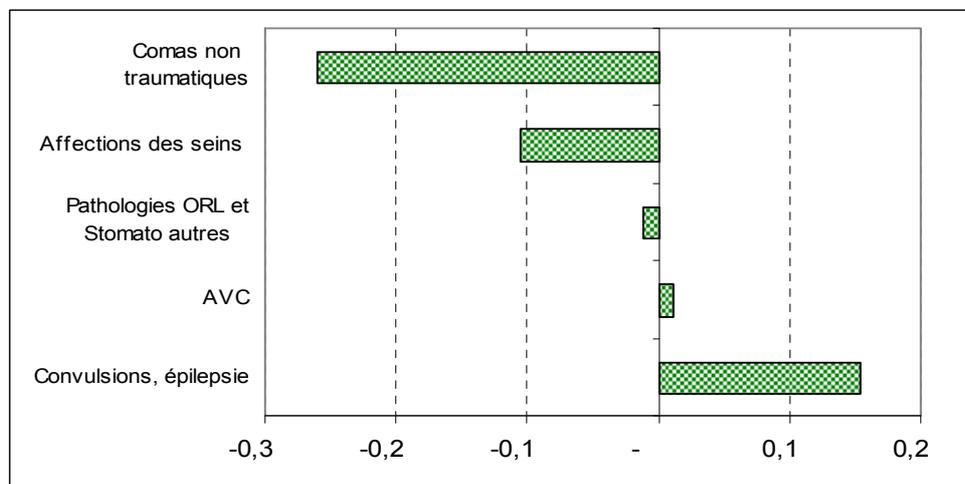


Source : Données ATIH.

[73] Ce graphique également montre que les modifications tarifaires par rapports à 2010 ont été plus marquées dans le secteur privé que dans le secteur public.

[74] Les groupes d'activités affectés par les ajustements « médico-économiques » ont été peu nombreux et l'ont été pour des montants très faibles :

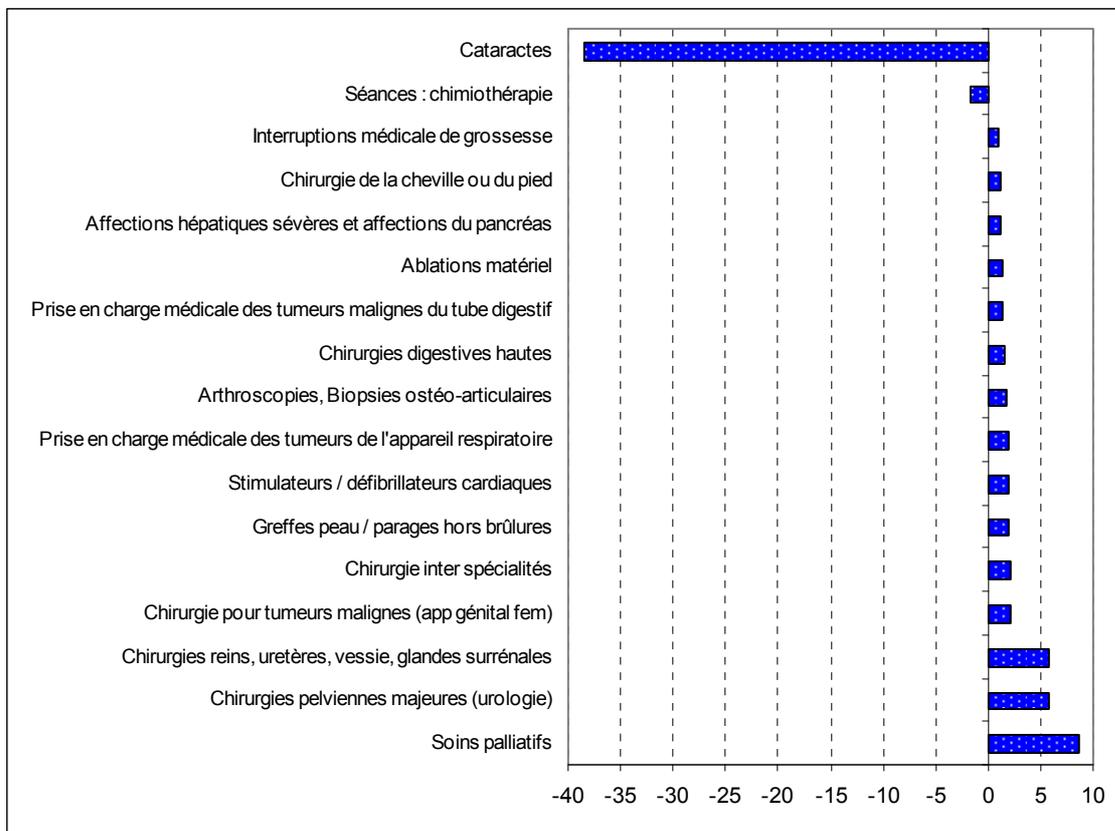
Graphique 39 : groupes d'activité concernés par les ajustements « médico-économiques » 2011 (millions d'euros) – secteur privé



Source : données ATIH

- [75] Les ajustements « de campagne » ont été plus nombreux et ont porté sur des montants plus significatifs :

Graphique 40 : Principaux groupes d'activité concernés par les ajustements « de campagne » 2011 (millions d'euros) – secteur privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : le graphique représente les groupes d'activité ayant été l'objet d'un ajustement « de campagne » supérieur à 1 M€, dans un sens ou dans l'autre.

3. ELEMENTS SYNTHETIQUES

3.1. Ampleur des différentes modulations en 2010

- [76] En décomposant les écarts à la neutralité tarifaire GHS par GHS en distinguant ceux qui bénéficient d'un avantage tarifaire relatif de ceux qui subissent une pénalisation tarifaire relative, il est possible d'illustrer l'ordre de grandeur de ces écarts.
- [77] Dans le secteur public, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2010 sur un montant de 0,6 Md€ à la hausse et 0,8 Md€ à la baisse (l'écart s'expliquant par l'impact de la convergence public/privé). Cela représentait une surtarification relative moyenne de 6,6% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 4,9% des GHS pénalisés.
- [78] Dans le secteur privé, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2010 sur un montant de l'ordre de 0,4Md€, à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 18,8% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 10,3% des GHS pénalisés.
- [79] Ainsi, l'ampleur moyenne des distorsions tarifaires est sensiblement plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public

- [80] Le tableau suivant retrace l'ampleur des différents types de modulations à l'origine de ces écarts en 2010.

Tableau 9 : Impact des différents types de modulations 2010

	secteur public		secteur privé	
	à la hausse	à la baisse	à la hausse	à la baisse
modulations "santé publique"				
nombre de GHS concernés	160	1927	120	1950
impact en valeur (M€)	375,0	-390,8	145,9	-146,0
taux moyen de modulation	10,4%	-1,9%	14,1%	-2,8%
modulations "lissage"				
nombre de GHS concernés	703	1227	369	1260
impact en valeur (M€)	268,0	-259,6	292	-300
taux moyen de modulation	4,1%	-1,8%	15,4%	-7,7%
modulations de convergence				
nombre de GHS concernés	1	34		
impact en valeur (M€)	28,5	-225,4		
taux moyen de modulation	3,4%	-9,8%		

Source : Données ATIH, calculs IGAS. **Lecture** : dans le secteur public 160 GHM ont bénéficié d'une modulation « de santé publique » conduisant à introduire dans leur tarif une majoration par rapport à un tarif neutre, découlant de l'ENC. Pour ces 160 GHM, cela a représenté en moyenne une majoration de 10,4% pour un impact total de 375 M€.

- [81] Si les modulations « de santé publique » représentent les principales distorsions pour le secteur public, les distorsions de « lissage » sont les plus importantes dans le secteur privé.
- [82] **Attention**, les montants présentés pour les différentes étapes de modulation ne peuvent pas être directement additionnés, car ils ne concernent pas les mêmes GHS : certains GHS peuvent bénéficier d'une modulation « repère » positive mais d'une minoration tarifaire dans le cadre de la convergence par exemple.
- [83] Les modulations « repères » et « autres » sont en principe à somme nulle au sein de chaque secteur. Les écarts mineurs qui apparaissent ici sont liés à l'utilisation de données relatives aux volumes postérieures à celles utilisées lors de la construction de la campagne.

3.2. Ampleur des distorsions en 2011

- [84] Dans le secteur public, sur la base de l'étude ATIH utilisée ici, les écarts à la neutralité tarifaire ont porté en 2011 sur un montant un peu inférieur à 1 Md€, à la baisse comme à la hausse (puisque c'est un jeu considéré à somme nulle). Cela représente une surtarification relative moyenne de 7,7% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 6,8% des GHS pénalisés.
- [85] Dans le secteur privé, ces écarts ont porté en 2011 sur un montant un peu inférieur à 400 M€, à la baisse comme à la hausse. Cela représente une surtarification relative moyenne de 12,9% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 10,3% des GHS pénalisés.
- [86] L'ampleur moyenne des distorsions tarifaires demeure donc en 2011 plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public. Si elle paraît stable entre 2010 et 2011 (du moins en montant) dans le secteur privé, ces chiffres indiquent que dans le secteur public au contraire, les distorsions tarifaires se sont approfondies entre 2010 et 2011.

4. PRECISIONS METHODOLOGIQUES

4.1. Remarques générales

[87] Au plan méthodologique, il convient de garder en tête les éléments qui distinguent les trois grands types de données utilisés pour les analyses qui précèdent :

- l'échelle de coûts qui sert de référence n'est bien sûr pas la même pour chaque année. Elle évolue au fur et à mesure que sont disponibles les données de l'échelle de coûts. Par exemple, lors de la construction de la campagne 2010, la dernière échelle de coûts disponible était celle de 2007 et en outre il a été décidé de conserver prioritairement l'échelle de coûts 2006 comme référence. En revanche, pour l'analyse des distorsions tarifaires de la campagne 2011, l'ATIH a pu utiliser des données de l'échelle de coûts 2009. L'impact de ce « bond » de trois ans dans l'échelle de coûts de référence est atténué par le fait que l'ATIH a décidé de recourir à la moyenne arithmétique des données de coûts disponibles entre 2006 et 2009 pour effectuer cette comparaison avec les tarifs réels 2011. Néanmoins l'évolution des coûts eux-mêmes pendant cette période peut expliquer une partie de l'évolution des distorsions constatées entre 2010 et 2011, indépendamment des ajustements tarifaires opérés en 2011 par rapport aux tarifs 2010 ;

- les périmètres ne sont pas totalement comparables, comme mentionné en introduction de l'annexe (GHM de plus de 30 séjours dans la première analyse sur 2011, tous les GHM pour les deux analyses suivantes) ;

- le traitement des modulations de convergence public/privé n'est pas identique selon les données utilisées.

Impact de la convergence public/privé sur la neutralité tarifaire

Les modulations de convergence, opérées en 2010 et en 2011, n'affectent que les tarifs du secteur public : elles consistent à rapprocher les tarifs de certains GHM, dans le secteur public, d'un tarif supposé équivalent de ces GHM dans le secteur privé. A une exception près, cela se traduit par une modulation à la baisse des tarifs des GHM concernés, dans le secteur public. Ces mesures de convergence « ciblée » influent sur les analyses qui peuvent être menées sur la neutralité tarifaire :

– en pratique, dans le processus d'élaboration des tarifs, ces mesures de « convergence » public/privé se traduisent par une diminution des ressources pour les établissements publics, uniquement sur les GHM concernés. Dans cette optique, on pourrait considérer que les distorsions tarifaires se concentrent sur ces GHM là ;

– toutefois, on peut également considérer que l'enveloppe financière cible fixée dans le cadre de l'ONDAM n'aurait pas été plus élevée, même en l'absence de ces mesures de convergence. Pour respecter les mêmes objectifs financiers sans ces mesures, il aurait fallu fixer les tarifs de tous les GHM à un niveau plus bas. Ceci revient à considérer que la convergence est bien une mesure à somme nulle et que le fait de concentrer les baisses sur certains GHM favorise *a contrario* les autres GHM, qui échappent ainsi à la contrainte financière correspondante.

Pour le constat des écarts en 2011, les données fournies par l'ATIH illustrent l'hypothèse selon laquelle, en l'absence de convergence ciblée, tous les tarifs des GHM du secteur public auraient été plus bas pour respecter la contrainte financière globale. Dans cette approche, les tarifs réels des GHM qui n'ont pas fait l'objet de la convergence privée bénéficient tous d'une certaine majoration (de l'ordre de 1,5% après deux années de convergence, 2010 et 2011) par rapport à la neutralité tarifaire. L'ensemble des distorsions tarifaires apparaît à somme nulle.

Pour la décomposition des modulations opérées pour la campagne 2010 en revanche, l'ensemble des impacts est mesuré par rapport à une grille tarifaire neutre qui n'intègre pas les économies de convergence. L'avantage relatif accordé aux GHM qui ne sont pas concernés par la convergence (de l'ordre de 0,75% pour la seule année 2010) n'apparaît pas, lorsqu'on compare les tarifs de campagne avec cette grille tarifaire neutre. Ainsi, dans le secteur public, l'impact global des distorsions tarifaires de 2010 n'apparaît pas nul, mais reflète l'impact négatif net de la convergence.

4.2. *L'étude « adéquation charges financement » de l'ATIH*

[88] Depuis que la campagne tarifaire n'est plus élaborée en partant d'une grille neutre issue de l'échelle des coûts (c'est-à-dire depuis la campagne 2011), mais à partir des tarifs de l'année précédente, l'ATIH élabore néanmoins une comparaison de la hiérarchie de ces tarifs avec une grille tarifaire neutre. Les éclairages que fournit ce document permettent de procéder à des ajustements pour corriger des distorsions jugées trop importantes.

[89] Cette comparaison est appelée « étude adéquation charges financement » par l'ATIH. La première étude de ce type a porté sur les tarifs 2010, en vue de l'élaboration des tarifs de la campagne 2011. Elle a été reproduite par l'ATIH en vue de la campagne 2012. C'est cette dernière comparaison qui a servi ici de base aux analyses des distorsions existantes en 2011.

[90] Au plan méthodologique, cette étude présente les caractéristiques suivantes :

- Le périmètre de l'étude n'est pas complet mais porte néanmoins sur plus de 96% de la masse tarifaire totale (96,3% pour le secteur ex-OQN et 97,6% pour le secteur ex-DG). Il ne couvre en effet que les GHS pour lesquels il existe des données portant sur plus de 30 séjours dans l'étude nationale de coûts. En deçà, les données de coûts ne sont pas jugées suffisamment robustes. Par ailleurs, l'activité de radiothérapie n'est pas présente dans cette étude portant sur la campagne 2011, le changement de classification ne permettant pas de la retracer dans la dernière version (V11c). En revanche, l'hémodialyse en séance ne dispose d'un tarif de GHS que dans le secteur ex-DG, mais son financement dans le secteur ex-OQN a été ici traduit en tarif de GHS aux fins de comparaison ;

- les montants représentant la valorisation de la masse tarifaire de chaque GHS correspondent aux volumes (case-mix) constatés pour l'année 2010 auxquels sont appliqués les tarifs de l'année 2011. La classification est celle de l'année 2011 (V11c), de même que la définition des périmètres tarifaires (par rapport aux MIG, à la liste des médicaments et dispositifs médicaux en sus...) et que la valeur des tarifs ;

- la hiérarchie de coûts de référence est établie à partir des données ENCC de plusieurs années (2006/2007/2008/2009 dans le secteur ex-DGF, 2006/2007/2009 dans le secteur ex-OQN). Les coûts sont ramenés au périmètre 2011 et ventilés entre GHS selon la classification de 2011. Les données de coût par GHS ainsi obtenue (moyenne arithmétique des données annuelles) sont appliquées au case-mix 2010. Enfin pour pouvoir comparer la hiérarchie tarifaire neutre ainsi obtenue avec la grille tarifaire réellement appliquée en 2011, la valeur totale de ces coûts est alignée sur le même montant que la masse tarifaire ;

[91] Ce dernier point signifie que l'on compare les tarifs réels à des tarifs neutres à masse financière globale identique. En particulier pour les tarifs du secteur public (ex-DGF), cela signifie que l'on considère que l'économie induite par les modulations de convergence public/privé aurait été effectué de toute façon. Elle aurait été répartie de façon homogène sur tous les GHS et non pas ciblés sur certains (cf. encadré ci-dessus, partie 4.1.).

4.3. *La séquence de construction des tarifs 2010*

[92] A la demande de la mission, l'ATIH a reconstitué la séquence de construction des tarifs 2010 en fournissant une décomposition par étape. Ce travail de documentation et d'explicitation des processus de construction tarifaire n'étant malheureusement pas effectué en routine au sein de l'agence, il s'agit d'une reconstitution imparfaite. Les quelques limites techniques dont elle est l'objet ne sont pas de nature à modifier les constats principaux.

[93] A la différence de l'étude adéquation charge-financement mentionnée ci-dessus, ce travail sur la campagne 2010 porte sur le périmètre intégral des GHS.

[94] Les éléments disponibles au début du processus étaient les suivants :

- les données de l'échelle nationale de coûts 2006, et pour le secteur public, celles de l'échelle nationale de coûts pour 2007. Il a été décidé de recourir prioritairement aux données de 2006, comme pour la campagne 2009. Selon l'ATIH, les données 2007 n'ont été utilisées (dans le secteur public uniquement) que lorsqu'elles suggéraient que les données de coûts 2006 étaient peu fiables ;

- la nouvelle version de la classification utilisable pour la campagne 2010 (la V11b) ;
- des prévisions de volume pour l'année 2009.

[95] En revanche, n'ont été disponibles qu'en fin de processus :

- la masse ONDAM 2010 relative aux tarifs définitivement arbitrés ;
- les modifications précises de périmètre entre tarifs et autres modalités de financement.

[96] En fonction de ce contexte, la séquence d'élaboration tarifaire a en pratique été la suivante :

- les coûts complets issus de l'ENC 2006 (ou le cas échéant 2007) ont été ventilés entre séjours sur la base de la nouvelle classification (V11b). Ils ont été traduits en tarifs (tarifs « bruts » dans la terminologie ATIH) sur la base de la définition 2009 des périmètres tarifaires et valorisés sur la base de la prévision de réalisation de l'ONDAM 2009 ;

- ces tarifs dits « bruts » ont fait l'objet d'une première série de modulations, correspondant à des objectifs de santé publique ou d'organisation des soins, pour aboutir à des tarifs dits « repères ». Ces différentes modulations sont présentées dans la note de l'ATIH en pièce jointe 1-b (« campagne MCO 2010, principes de construction tarifaire ») et analysées en détail dans l'annexe 1B. Pour une grande part, ces modulations visent à garantir aux établissements le maintien, par rapport à l'année précédente, les revenus issus des activités concernées, malgré la baisse de leurs coûts relatifs. L'application de ces différentes modulations a un impact sur la valorisation financière de l'activité liée aux GHS concernés. Globalement, cela se traduit par une valorisation plus élevée qu'avant modulation. Il faut donc compenser ce surcoût, puisque l'on se place dans l'enveloppe fermée définie par l'ONDAM. Ainsi, la contrepartie de ces opérations est une modulation générale à la baisse appliquée aux tarifs bruts de l'ensemble des autres GHM ;

- une deuxième série de modulations vise à lisser les évolutions par rapport aux tarifs historiques. Elle ne s'applique pas aux GHM ou GHS qui ont fait l'objet de modulations pour aboutir aux tarifs repères (ce qui est logique puisque l'essentiel de ces modulations visaient déjà un maintien des revenus ciblés sur certaines activités), sauf à ceux concernés par l'incitation à la chirurgie ambulatoire. A l'issue de cette étape, on dispose de tarifs dits « **tarifs initiaux de campagne** » ;

- une triple opération permet de passer des ces tarifs « initiaux de campagne » aux **tarifs « finaux de campagne »** :

- la prise en compte des modifications de périmètre tarifaire entre 2009 et 2010⁷ ;
- l'application de l'hypothèse d'évolution des volumes entre la prévision d'activité 2009 et l'ONDAM cible 2010. Le taux d'évolution correspondant a été appliqué de manière uniforme sur tous les GHM ou GHS et il était identique pour les secteurs public et privé ;

⁷

En 2010, le changement de périmètre des tarifs a concerné :
o la réintégration dans les tarifs de molécules anticancéreuses génériques ;
o la réintégration dans les tarifs des valves aortiques ;
o la poursuite de la réintégration du forfait Haute technicité dans les tarifs sur le secteur ex OQN ;
o le débasage complémentaire opéré sur les tarifs compte tenu de l'ajustement du modèle opéré sur les MIG précarité qui a conduit à revoir à la hausse le montant global attribuée à cette mission.

- l'application des mesures d'économies directement ciblées sur les tarifs. En l'occurrence en 2010, il s'agissait de faire converger les tarifs des secteurs public et privé de 35 GHM pour une économie de 150 M€ affectant exclusivement le secteur public. La mission a demandé à l'ATIH d'isoler spécifiquement l'impact de la mesure de convergence au sein de cette étape.

[97] C'est sur la base de la décomposition entre ces différentes étapes du processus d'élaboration des tarifs 2010 que la mission s'est efforcée d'analyser les écarts globaux entre les tarifs de campagne et les tarifs qui découleraient d'une stricte neutralité (respect de la hiérarchie issue de l'échelle des coûts), ainsi que les écarts introduits à chacune des étapes de modulation. Elle a pour cela demandé à l'ATIH de reconstituer les données correspondant à chacune de ces étapes.

[98] Au total, les calculs présentés dans la présente annexe reposent sur les montants des écarts que chacune des modulations a induits. Pour la présentation de l'ampleur (en %) de ces modulations, ces différents montants ont été rapportés à la masse financière qu'aurait représenté chaque CHM, et à un niveau plus agrégé chaque CMD ou chaque groupe d'activité, avant toute modulation.

[99] Trois limites de cet exercice peuvent être mentionnées :

- contrairement à l'analyse effectuée sur les tarifs 2011 à partir de l'étude adéquation charges financement, les modulations de convergence public/privé ne sont pas ici à somme nulle. Elles se traduisent par une diminution nette de la masse financière (cf. encadré ci-dessus, partie 4.1.) Ceci n'affecte pas le classement des CMD ou des groupes d'activité ou des GHM selon l'ampleur des modulations subies (en %). Cela peut en revanche affecter quelque peu le classement en fonction du montant (en euros) de l'impact de ces modulations. En effet, la convergence a représenté globalement en 2010 une baisse tarifaire de l'ordre de 0,75% pour le secteur public. Le fait de cibler la convergence sur 35 GHM revient à octroyer aux autres GHM un tarif plus élevé de 0,75% par rapport à ce qu'il aurait été si l'économie correspondante avait été répartie sur tous les GHM. Cet avantage par rapport à la neutralité tarifaire est ici ignoré. En % de modulation, cela revient simplement à translater tous les GHM de 0,75% à la baisse, sans modifier les écarts entre eux. En montant en revanche, 0,75% appliqué à un GHM représentant une masse financière très lourde ne représente pas la même chose qu'appliqué à un GHM peu fréquent et/ou peu coûteux ;

- le case mix utilisé par l'ATIH dans le cadre de ce travail effectué pour la mission correspond aux données d'activité définitives de 2009, et non à la prévision 2009 utilisée lors des calculs effectués réellement dans le cadre la construction de la campagne 2010. C'est pourquoi les modulations qui devraient être à somme nulle ne le sont pas exactement ici, du fait de cette différence de structure. Les écarts sont minimes et ne modifient pas les ordres de grandeur des constats ;

- l'ampleur des modulations de convergence, en %, peut être affectée par le fait que l'on rapporte les montants concernés à une masse qui n'est pas exactement sur le même périmètre tarifaire. Les modulations sont en effet effectuées en fin de processus, sur des tarifs qui sont calés sur le périmètre tarifaire de la campagne, alors que pour des raisons pratiques, les précédentes modulations sont encore effectuées sur le périmètre tarifaire de l'année précédente, comme expliqué plus haut.

[100] La mission a considéré que ces limites n'enlevaient pas leur caractère illustratif aux constats présentés ici, d'autant plus que malgré ces différences méthodologiques entre les analyses portant sur 2010 et sur 2011, les constats présentaient de fortes cohérences.

4.4. *La séquence de construction des tarifs 2011*

- [101] L'élément le plus important à retenir à propos de la séquence de construction des tarifs en 2011 est que son point de départ n'est pas une grille tarifaire « neutre » élaborée à partir de la hiérarchie des coûts, contrairement à la séquence de construction des tarifs de 2010. Le point de départ est constitué des tarifs de l'année précédente. Ce sont donc les variations par rapport à ces tarifs 2010 qui sont décrits dans les points 1.3. et 2.3. de la présente annexe et non les écarts par rapport à une grille tarifaire neutre.
- [102] Au plan méthodologique, la séquence fournie par l'ATIH à la mission présentait les caractéristiques suivantes :
- l'activité est mesurée par les séjours de l'année 2010⁸, mais ceux-ci sont ventilés selon la classification utilisée pour la campagne 2011 (la V11c). La masse financière allouée à chaque GHM correspond donc aux séjours 2010 (en tenant compte des bornes basses et hautes) auxquels est appliquée la tarification 2010 ;
 - sur cette base sont ensuite pratiquées des ajustements dits « médico-économiques » et des ajustements « de campagne » dont les fondements sont présentés dans la pièce jointe 1-e (les ajustements « médico-économique » regroupent ceux décrits dans cette annexe sous les trois rubriques « maintenance tarifaire », « demandes des fédérations » et « écarts tarifs/coûts très positifs »). Ces ajustements ne sont pas à somme nulle ;
 - enfin, les tarifs ainsi obtenus se voient appliquer le taux d'évolution général ainsi que les modulations de convergence nécessaires au respect de l'ONDAM prévu pour 2011.

⁸ Ici l'ATIH a utilisé les données d'activité définitives de 2010 mais au moment de la construction de la campagne 2011 elle ne disposait que d'une prévision.

Annexe 1B

Analyse des modulations pour motifs de santé publique et d'organisation des soins de la campagne 2010

- [103] Ces modulations permettent de passer des tarifs « bruts », qui respectent la hiérarchie des coûts issue de l'ENC, aux tarifs dits « repères » (c'est pourquoi on parle dans ce qui suit de modulations « repères »).
- [104] Dans le secteur public, pour les GHM et GHS concernés par ces objectifs de santé publique ou d'organisation des soins, ces modulations se traduisaient globalement par un « surplus » tarifaire représentant environ 230 M€. En contrepartie, tous les autres GHM/GHS ont subi une « décôte » tarifaire de **1,3%** pour que l'opération soit à somme nulle⁹.
- [105] Toutefois, l'impact varie fortement dans son ampleur et dans sa structure selon les thèmes de santé publique examinés : les soins palliatifs et les activités lourdes sont les plus gros bénéficiaires grâce à des modulations tarifaires exclusivement à la hausse, tandis que l'incitation à la chirurgie ambulatoire passe majoritairement par des modulations tarifaires à la baisse (des GHM d'hospitalisation complète de niveau 1) qui font plus que compenser les modulations à la hausse (des GHM ambulatoires) ; le mécanisme est similaire en périnatalogie.

Tableau 10 : Modulations de santé publique et d'organisation des soins (secteur public, 2010)

secteur public	globales	à la hausse	à la baisse
<i>impact en millions d'euros</i>			
soins palliatifs	78	78	0
activités lourdes	113	113	0
cancer	75	89	-14
chirurgie ambulatoire	-25	23	-47
périnatalogie	-17	64	-81
AVC	7	7	0
total repères avant contreparties	233	375	-142
contreparties	-248	0	-248
total repères	-16	375	-391

Source : Calculs IGAS sur données ATIH

- [106] Dans le secteur privé, les modulations se traduisent globalement par un « surplus » tarifaire de l'ordre de 40 M€ intégralement compensé par une modulation à la baisse de 0,9% de l'ensemble des tarifs des GHS non concernés par ces modulations. Ce sont les activités de cancer qui bénéficient majoritairement de ces modulations. Paradoxalement, les soins palliatifs subissent une modulation tarifaire à la baisse, lorsqu'on compare les tarifs repères aux tarifs bruts.

⁹ Pour des raisons pratiques, les calculs fournis par l'ATIH à la mission ont été effectués sur la base de l'activité définitive de 2009. Au moment de la construction de la campagne 2010, l'ATIH ne disposait toutefois que d'une estimation de l'activité 2009. L'écart entre cette estimation de l'époque et la réalité de l'activité 2009, telle qu'utilisée ici, conduisent à de légers écarts dans les résultats. Ainsi, alors que l'impact net des modulations étudiées ici et de leurs contreparties était nul au moment de la construction de la campagne, il est ici de -16M€ (la baisse de 1,3% des tarifs de tous les autres GHM représentant ici -248 M€). Si on utilisait les données de l'activité 2010, qui est celle à laquelle ont été appliqués effectivement ces tarifs, les résultats seraient bien sûr encore différents. Au total, il est regrettable que l'ATIH n'ait pas documenté ses calculs en temps réel sur la base des estimations utilisées lors de la construction de l'époque.

Tableau 11 : Modulations de santé publique et d'organisation des soins (secteur privé, 2010)

secteur privé	globales	à la hausse	à la baisse
<i>impact en millions d'euros</i>			
soins palliatifs	-19	0	-19
activités lourdes	24	24	0
cancer	49	73	-24
chirurgie ambulatoire	-11	30	-42
périnatalogie	-3	18	-21
total repères avant contreparties	41	146	-105
contreparties	-41	0	-41
Total repères	0	146	-146

Source : Calculs IGAS sur données ATIH

Les soins palliatifs

[107] Les soins palliatifs font l'objet de 2 GHM :

- le GHM 23Z02T (soins palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée)
- le GHM 23Z02Z (soins palliatifs, avec ou sans acte) lui-même démultiplié en 3 GHS
 - séjour dans un lit non dédié
 - séjour dans un lit dédié
 - séjour dans une unité de soins palliatifs

[108] Par rapport aux tarifs bruts, les modulations tarifaires introduites pour aboutir aux tarifs « repères » poursuivent deux objectifs :

- garantir aux établissements de santé que l'activité de soins palliatifs leur apporte la même recette qu'en 2009,
- inciter à la prise en charge la plus « dédiée » en veillant au maintien d'écarts tarifaires sensibles entre les différentes modalités.

[109] Ces modalités sont résumées comme suit dans la note fournie par l'ATIH sur la campagne 2010:

« *Soins palliatifs (1 racine concernée): cette contrainte consiste à*

- *fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours (inchangé par rapport à 2009¹⁰)*
- *maintenir un rapport de 1.5 entre le tarif des séjours dans des unités et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié et un rapport de 1.3 entre le tarif des séjours dans des lits dédiés et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié ((inchangé par rapport à 2009)*
- *maintenir les valeurs des EXH*
- *maintenir la masse finançant actuellement cette activité (i.e. : masse distribuée par les tarifs 2009 tels que fixés par l'arrêté)*

Ces contraintes conduisent à fixer les tarifs repères 2010 comme égaux aux tarifs 2009. »

[110] En pratique, les tarifs repères 2010 sont bien identiques aux tarifs de campagne 2009 publiés sur le site de l'ATIH :

¹⁰ Les précisions en italique entre parenthèse sont ajoutées ici par l'IGAS.

Tableau 12 : Soins palliatifs - comparaison des tarifs de campagne 2009 et repères 2010

secteur public - tarifs faciaux, en euros		2009 "campagne"	2010 "repères"	évolution
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	558,03	558,03	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 275,33	4275,33	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 557,93	5557,93	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 412,99	6412,99	0,0%

secteur privé - tarifs faciaux, en euros		2009 "campagne"	2010 "repères"	évolution
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	415,50	415,50	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2 690,12	2 690,12	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	3 497,14	3 497,14	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	4 035,07	4 035,07	0,0%

Source : ATIH

[111] La mise en œuvre des modulations peut être observée en comparant les tarifs bruts faciaux et les tarifs repères faciaux :

Tableau 13 : Soins palliatifs, comparaison des tarifs bruts et des tarifs repères faciaux 2010

élaboration des tarifs pour la campagne 2010		tarifs bruts faciaux		tarifs repères faciaux		modulation (%)
secteur public		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	570,94		558,03		-2,3%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5 402,34	100	4 275,33	100	-20,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	6 535,14	121	5 557,93	130	-15,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	9 037,67	167	6 412,99	150	-29,0%

élaboration des tarifs pour la campagne 2010		tarifs bruts faciaux		tarifs repères faciaux		modulation (%)
secteur privé		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	306,52		415,50		35,6%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 710,11	87	2 690,12	100	-42,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 706,08	106	3 497,14	130	-38,7%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 322,84	117	4 035,07	150	-36,2%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

[112] On observe bien, sur les tarifs repères, le respect des écarts voulus entre les différents modes de prise en charge (indices 100, 130 et 150). Par ailleurs, pour les 3 GHS du GHM 23Z02Z, les tarifs repères faciaux sont sensiblement inférieurs aux tarifs bruts faciaux. Ceci provient de la nouvelle définition des bornes basse et haute, introduite comme modulation repère. Ces nouvelles bornes diffèrent en effet de celles qui découlent de l'application des règles statistiques habituelles appliquées pour l'ensemble des GHM. Comme cette modification des bornes se fait à enveloppe constante et avec maintien de la valeur des majorations au-delà de la borne haute, elle se traduit mécaniquement par un abaissement du tarif facial appliqué aux séjours dont la durée se trouve entre les bornes (par rapport à l'absence de modulation, davantage de séjours auront une durée excédant la borne haute et bénéficieront donc d'une majoration du tarif de base. Pour financer cela, il faut en contrepartie baisser le tarif de base).

[113] Si les modifications des bornes basses et hausses et des tarifs faciaux s'effectuent à masse constante, cela signifie qu'elles sont neutres sur les tarifs moyens des séjours. La comparaison des tarifs bruts moyens et des tarifs repères moyens permet donc quant à elle de mesurer l'impact financier des distorsions introduites par ces modulations repères par rapport à des tarifs qui respecteraient la hiérarchie des coûts.

[114] Les tableaux suivants illustrent deux phénomènes inattendus :

- ces modulations ne sont en réalité pas toujours avantageuses pour le financement des séjours en soins palliatifs. Les séjours de très courte durée dans le secteur public et les autres séjours dans le secteur privé subissent des modulations à la baisse (particulièrement fortes dans le secteur privé) ;

- dans le secteur public, la règle d'un tarif facial d'un séjour en unités de soins palliatifs égal à 1,5 fois le tarif facial du séjour en lits non dédiés réduit en réalité l'avantage tarifaire relatif de la prise en charge en unité. L'écart de tarif moyen avec la prise en charge en lit non dédié (de 1,75) serait plus élevé sans cette règle (il s'établirait à 1,85 : ces chiffres diffèrent de 1,5 à cause des séjours bénéficiant des majorations du fait de leur durée).

Tableau 14 : Soins palliatifs, comparaison des tarifs bruts et des tarifs repères moyens 2010

élaboration des tarifs pour la campagne 2010

secteur public

		tarifs bruts moyens		tarifs repères moyens		modulation (%)
		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	570,94		558,03		-2,3%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5 304,99	100	6 044,52	100	13,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	6 652,96	125	8 393,61	139	26,2%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	9 823,81	185	10 566,90	175	7,6%

élaboration des tarifs pour la campagne 2010

secteur privé

		tarifs bruts moyens		tarifs repères moyens		modulation (%)
		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	306,52		415,50		35,6%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 544,51	100	3 354,39	100	-26,2%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 830,89	128	4 695,88	140	-19,5%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 690,60	147	5 709,32	170	-14,7%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

[115] Ces écarts importants entre tarifs repères moyens et tarifs bruts moyens s'expliquent par le souci de maintenir les tarifs repères 2010 identiques aux tarifs de campagne 2009, indépendamment de l'évolution connue du coût des différents séjours. Globalement, cela conduit à des tarifs favorables aux soins palliatifs dans le secteur public à des tarifs défavorables dans le secteur privé, par rapport à des tarifs neutres qui seraient uniquement fonction de la hiérarchie des coûts.

Les activités lourdes

[116] La modulation consiste ici à comparer, pour les GHM concernés, le tarif qui découlerait du respect de la hiérarchie des coûts avec le tarif de la campagne précédente et à ne conserver que le tarif le plus favorable.

[117] Cette modulation tarifaire ne reflète donc pas la prise en compte d'une modalité particulière de prise en charge ou de réalisation de ces activités lourdes, mais un objectif strictement financier de garantie des ressources des années précédentes et de prise en compte des éventuelles hausses de coûts. Sa place dans les modulations dites « de santé publique » est donc discutable, puisque ce même objectif est poursuivi par les modulations dites « de campagne » qui visent à lisser les revenus d'une année sur l'autre.

[118] Les modalités de cette modulation sont résumées comme suit dans la note de campagne 2010 fournie par l'ATIH :

Activités lourdes (52 racines concernées) : la contrainte consiste à :

- *pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une hausse de recettes, entériner cette hausse → les tarifs repères sont alors égaux aux tarifs bruts*
- *pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une baisse de recettes à annuler cette hausse → les tarifs repères sont donc rehaussés par rapport à la valeur des tarifs bruts de sorte de redistribuer les recettes actuelles.*

La liste des GHM concernés a été enrichie de 20 racines pour l'année 2010, en revanche 7 anciennes racines ont été retirées (séjours pour surveillance).

[119] C'est pourquoi cette modulation est systématiquement bénéficiaire et particulièrement coûteuse (relativement aux autres modulations de santé publique).

[120] Dans le secteur public, la CMD 27 concentre à elle seule plus de la moitié de l'impact financier de ces modulations (59 M€ sur 113 M€) et trois racines de GHM de cette CMD expliquent à elles seules 57 M€.

[121] Le tableau suivant retrace l'ampleur des modulations appliquées à ces trois racines. Par ailleurs, il compare les tarifs repères faciaux¹¹ ainsi obtenus en 2010 par rapport aux tarifs faciaux de campagne 2009.

[122] Malgré l'ampleur des modulations appliquées à la hausse par rapport aux tarifs bruts 2010, certains tarifs repères 2010 demeurent inférieurs aux tarifs de campagne 2009. En effet, le taux de modulation appliqué est homogène pour tous les GHM d'une même racine alors que les coûts relatifs et donc les tarifs bruts relatifs de chaque niveau ont pu évoluer entre les deux années¹². Néanmoins, la mission a pu vérifier que la combinaison de ces différentes évolutions tarifaires aboutit, une fois appliquées aux volumes d'activité, à une stabilité des ressources allouées au financement de ces GHM/ GHS entre 2009 et 2010.

¹¹ Le tarif facial est le tarif de base du séjour pour une durée comprise entre les bornes basses et les bornes hautes.

¹² En l'occurrence, les données de coûts 2007 ont été utilisées pour ces GHM lorsque les données de coûts 2006 ont été jugées moins fiables (alors qu'en règle générale sur les autres GHM, les données de coûts 2006 ont été utilisées à la fois pour la campagne 2009 et la campagne 2010)

Tableau 15 : 3 principales racines bénéficiaires des modulations « activités lourdes » 2010 (secteur public)

GHM classif. 2010	libellé GHM	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)	tarif facial de campagne 2009 (€)	tarif repère facial 2010 (€)	évolution entre tarifs faciaux de campagne 2009 et repère 2010
27C021	Transplantations hépatiques, niveau 1	323 007	21,5%	19 327,75	22 123,76	14%
27C022	Transplantations hépatiques, niveau 2	1 176 102	21,5%	33 174,73	31 236,41	-6%
27C023	Transplantations hépatiques, niveau 3	2 642 554	21,5%	37 166,02	40 482,23	9%
27C024	Transplantations hépatiques, niveau 4	3 105 272	21,5%	50 884,82	47 978,13	-6%
27Z021	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 1	406 896	55,3%	21 085,18	23 629,37	12%
27Z022	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 2	1 609 107	55,3%	29 486,99	26 407,95	-10%
27Z023	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 3	17 956 852	55,3%	60 331,84	56 988,20	-6%
27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4	14 598 630	55,3%	78 479,50	86 219,78	10%
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	114 603	34,2%	6 042,12	3 120,19	-48%
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	15 388 432	34,2%	20 670,13	20 842,04	1%
Total de ces trois racines		57 321 455				

Source : Données ATIH, calculs IGAS. **Lecture** : les GHM d'allogreffes de cellules souches hématopoïétiques ont bénéficié d'une modulation à la hausse de 55,3% de leur tarif repère par rapport au tarif brut en 2010. Le tarif repère facial qui en découle demeure cependant parfois inférieur au tarif facial de campagne 2009 : c'est le cas pour les GHM de niveau 2 et de niveau 3. Néanmoins, la combinaison de ces différentes évolutions tarifaires entre 2009 et 2010 aboutit à une stabilité des ressources allouées au financement des quatre niveaux de GHM pris globalement (ce dernier résultat ne figure pas dans le tableau).

[123] Dans le secteur privé, la CMD 05 (cardiologie) concentre à elle seule 84% de l'impact financier de ces modulations (20,5 M€ sur 24,4 M€)

Tableau 16 : 4 principales racines bénéficiaires des modulations « activités lourdes » 2010 (secteur privé)

Racines	Libellé	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	8 924 135	35,1%
05C04	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	3 693 566	34,3%
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	3 466 230	9,7%
05C06	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	3 086 056	45,0%

Source : données ATIH, calculs IGAS

Le cancer

- [124] Concernant le cancer, là aussi la modulation dite « de santé publique » reflète en réalité un strict objectif financier de maintien des ressources allouées à cette activité en 2010 par rapport à 2009, malgré la diminution globale de ses coûts relativement aux autres activités.
- [125] En effet, dans le secteur public, l'application des tarifs bruts 2010 aurait entraîné, selon l'ATIH, une perte de recettes de 93 M€ sur les GHM de séances (de la CMD 28) et un gain de recettes de 15 M€ sur les autres GHM de cancer par rapport aux tarifs de campagne 2009.
- [126] La contrainte fixée à l'ATIH pour moduler les tarifs a consisté à enregistrer ce gain de 15 M€ (donc à entériner les tarifs bruts 2010 des GHM correspondants, sans modulation particulière « de santé publique ») et à limiter à -15 M€ la perte de recettes sur les GHM cancer de la CMD 28, pour assurer un maintien global des ressources par rapport à 2009 sur l'ensemble des GHM cancer.
- [127] L'ATIH a donc fixé, sur l'ensemble des GHS Cancer de la CMD 28, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 16% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 ($15\text{M€}/93\text{M€} = 16\%$) et ce, quel que soit le sens de l'écart.
- [128] Au total, cela a conduit à fortement avantager trois GHM de séances, dont les tarifs bruts de 2010 étaient très inférieurs aux tarifs de 2009 (techniques complexes d'irradiation externe, chimiothérapie pour tumeur, autres techniques d'irradiation externe) mais au contraire à pénaliser les autres GHM concernés, en particulier les GHM de préparations à une irradiation externe.

Tableau 17 : Modulations sur les GHM de séances – cancer – 2010, secteur public

GHM classification 2010	libellé GHM	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)
28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	39 278 345	31,7%
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	31 996 752	7,3%
28Z13Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	17 539 742	44,5%
28Z09Z	Autres préparations à une irradiation externe	-1 089 382	-20,3%
28Z18Z	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	-1 469 760	-8,3%
28Z11Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	-1 975 861	-7,9%
28Z08Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	-9 594 620	-14,0%
TOTAL GHM Cancer de la CMD 28		74 685 216	10,4%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

- [129] Dans le secteur privé, l'application des tarifs bruts 2010 aurait entraîné, selon l'ATIH, une perte de recettes de 86 M€ sur les GHM de séances (de la CMD 28) et un gain de recettes de 36 M€ sur les autres GHM de cancer par rapport aux tarifs de campagne 2009.
- [130] La contrainte fixée à l'ATIH pour moduler les tarifs a consisté à enregistrer 35% de ce gain de 36 M€, donc à le limiter à 12,5 M€) et à limiter au même montant la perte de recettes sur les GHM cancer de la CMD 28, pour assurer un maintien global des ressources par rapport à 2009 sur l'ensemble des GHM cancer.
- [131] L'ATIH a donc déterminé, sur l'ensemble des GHS de Cancer en hospitalisation, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 35% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 et ce, quel que soit le sens de l'écart.
- [132] L'ATIH a également déterminé, sur l'ensemble des GHS de CMD 28, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 14,4% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 ($12,5\text{M€}/46\text{M€} = 14,4\%$) et ce, quel que soit le sens de l'écart.

[133] Au total, le GHM de séance « chimiothérapie pour tumeur » bénéficie de l'essentiel des modulations à la hausse par rapport aux tarifs bruts (72 M€ sur 73 M€) tandis que la plupart des GHM d'hospitalisation subissent des modulations à la baisse dont les plus importantes sont retracées dans le tableau suivant :

Tableau 18 : Principales modulations « cancer » 2010, secteur privé

GHM ou racines classif. 2010	Libellé	impact financier des modulation repères (en €)	ampleur des modulation repères (en %)
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	72 465 746	62,5%
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	-4 944 509	-16,6%
06C16	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à	-4 013 770	-16,3%
09M10	Tumeurs malignes des seins	-2 615 969	-15,7%
06M13	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	-2 320 475	-15,1%
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	-2 079 299	-14,4%
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	-1 762 627	-13,0%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

La périnatalogie

[134] Les modalités de cette modulation sont résumées comme suit dans la note de campagne 2010 fournie par l'ATIH :

« Périnatalogie (2 racines concernées) : Pour le secteur ex DG, la contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 40% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 20% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication. »

Pour le secteur ex-OQN, la contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 12% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

[135] Les tableaux suivants montrent le respect de ces contraintes.

Tableau 19 : Modulations repères « périnatalogie » 2010, secteur public

GHM classif. 2010	libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009		tarifs bruts faciaux 2010		tarifs repères faciaux 2010		ampleur de la modulation repère %	impact financier de la modulation repère €
		€	indice	€	indice	€	indice		
14C02A	Césariennes sans complication significative	2 959,84	140	3 922,77	198	2 976,95	140	-24,1%	-81 037 464
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2 114,17	100	1 985,90	100	2 126,39	100	7,1%	54 654 533
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	2 537,01	120	2 376,56	120	2 551,67	120	7,4%	9 807 037

Source : Données ATIH, calculs IGAS

Tableau 20 : Modulations repères « périnatalogie » 2010, secteur privé

GHM classif. 2010	Libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009		tarifs bruts faciaux 2010		tarifs repères faciaux 2010		ampleur de la modulation repère %	impact financier de la modulation repère €
		€	indice	€	indice	€	indice		
14C02A	Césariennes sans complication significative	1 646,36	124	2 146,59	172	1 665,82	123	-22,4%	-20 577 514
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	1 326,07	100	1 246,51	100	1 350,84	100	8,4%	17 049 755
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	1 491,48	112	1 471,83	118	1 519,35	112	3,2%	657 216

Source : Données ATIH, calculs IGAS

- [136] Les tarifs repères 2010 sont très proches des tarifs de campagne 2009, les légères variations étant selon l'ATIH imputables à des modifications purement techniques (changement de champ ou de classification). Par rapport aux tarifs bruts, le tarif de la césarienne sans complication est fortement minoré, mais cela découle logiquement de la modulation visée.

Les AVC (secteur public uniquement)

- [137] Concernant les AVC, la logique indiquée est également financière : la modulation dite « de santé publique » reflète en réalité un strict objectif financier de maintien des ressources allouées à cette activité en 2010 par rapport à 2009, malgré la diminution globale de ses coûts relativement aux autres activités.

« AVC (2 racines concernées): la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant les racines d'AVC. Deux racines médicales sont concernées par la mise en place de cette contrainte en 2010: 01M30 et 01M31. »

Tableau 21 : Modulations repères « AVC » 2010, secteur public

GHM classif. 2010	libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009	tarifs bruts faciaux 2010	tarifs repères faciaux 2010	ampleur de la modulation repères 2010 (en %)	écarts repères 2010 / campagne 2009
01M301	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	3 362,38	3 120,83	3 153,86	1,1%	-6,2%
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	5 189,88	4 828,47	4 879,58	1,1%	-6,0%
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	7 127,17	6 837,24	6 909,62	1,1%	-3,1%
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	10 125,38	9 678,42	9 780,88	1,1%	-3,4%
01M30T	Transferts et autres séjours courts pour accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	712,81	676,51	683,67	1,1%	-4,1%
01M311	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 1	3 361,29	2 931,01	3 067,52	4,7%	-8,7%
01M312	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 2	5 304,50	4 597,41	4 811,52	4,7%	-9,3%
01M313	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 3	7 650,47	6 865,12	7 184,84	4,7%	-6,1%
01M314	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 4	9 728,75	8 958,39	9 375,61	4,7%	-3,6%
01M31T	Transferts et autres séjours courts pour autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	799,51	740,58	775,08	4,7%	-3,1%

Source : ATIH, calculs IGAS

- [139] Les écarts entre les tarifs repères 2010 et les tarifs de campagne 2009 sont imputables, selon l'ATIH à des modifications purement techniques (changement de champ ou de classification). La modulation par rapport aux tarifs bruts est limitée.

La chirurgie ambulatoire

« Chirurgie ambulatoire (19 racines concernées) : une liste de 19 racines¹³ pour lesquelles l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables a été élaborée. Pour ces GHM, le tarif du niveau 1 et celui du niveau J sont identiques et valent la moyenne pondérée des deux tarifs bruts. Il convient de noter que la pondération cible (rapport entre l'effectif pris en charge en ambulatoire sur l'effectif total du couple '1 + J') pour chaque couple correspond à celle observée, sur les données d'activité 2009, dans le secteur où la part de chirurgie ambulatoire est la plus élevée. »

[140] Ces principes de modulation se traduisent par des effets très différents selon les racines :

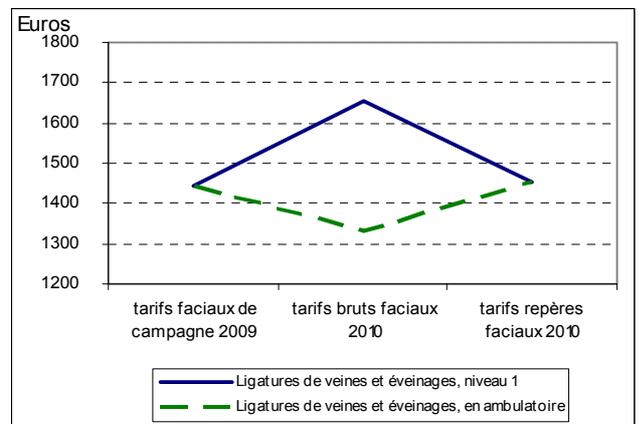
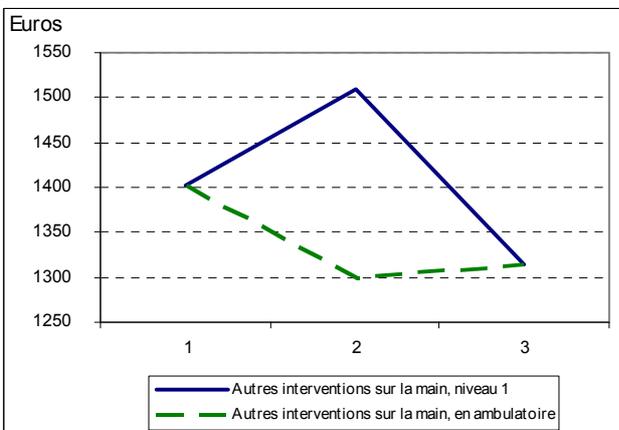
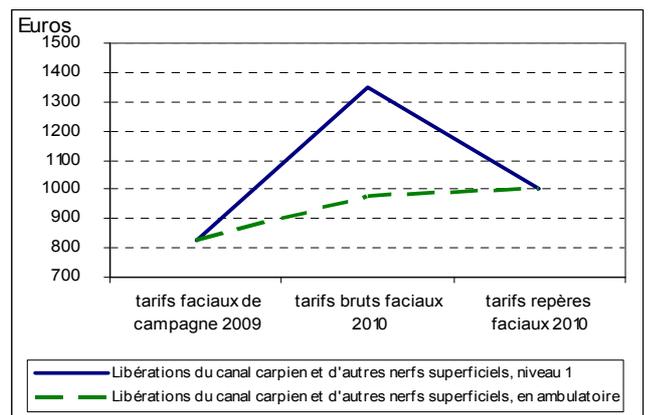
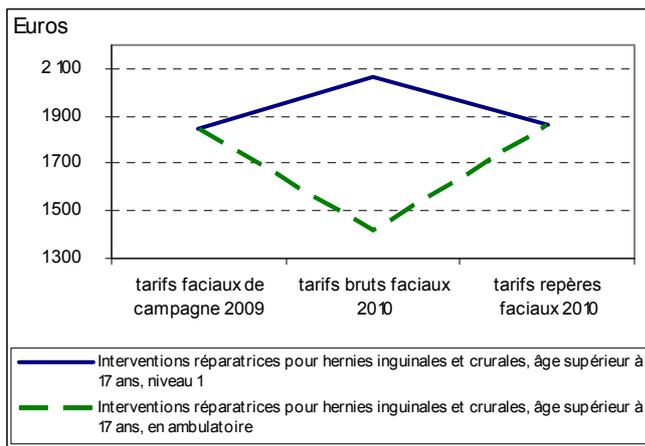
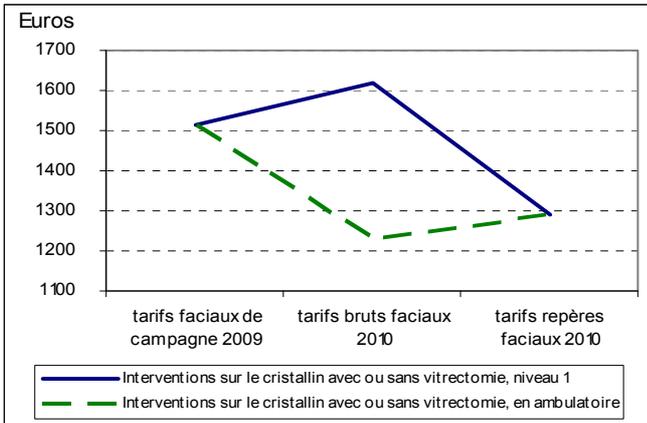
- en termes de contribution respective du niveau 1 ou de l'ambulatoire à la convergence. Plus la part de l'ambulatoire est déjà importante, plus la modulation à la baisse du tarif repère du niveau contribue à la convergence. En revanche, une part d'ambulatoire faible aboutit à une faible modulation à la baisse du tarif repère du niveau 1 et au contraire à une plus importante modulation à la hausse du tarif repère de l'ambulatoire

- en termes de variation du tarif repère de 2010 par rapport au tarif de campagne de 2009 (même si les deux tarifs ne sont pas parfaitement comparables du fait des évolutions techniques de champ ou de classification). Dans certains cas, cela se traduit par une baisse importante, dans d'autres cas, par une stabilité.

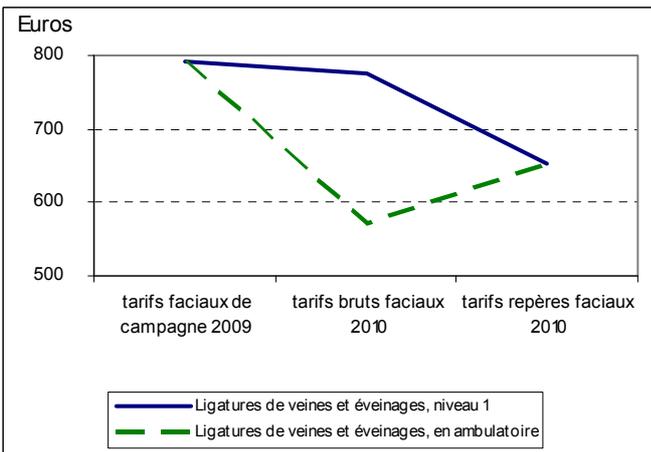
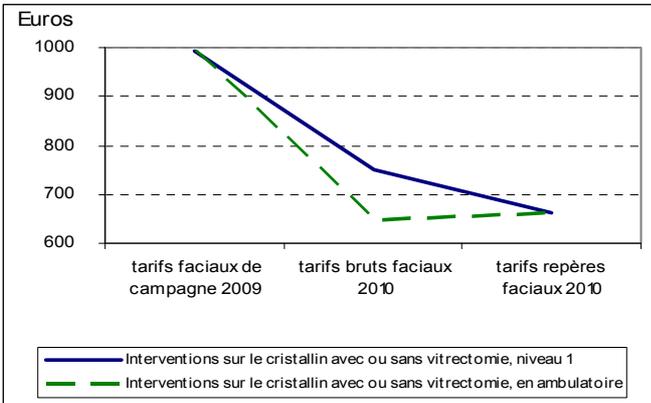
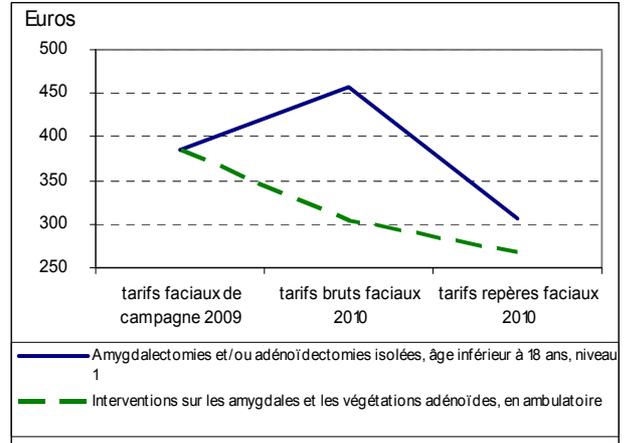
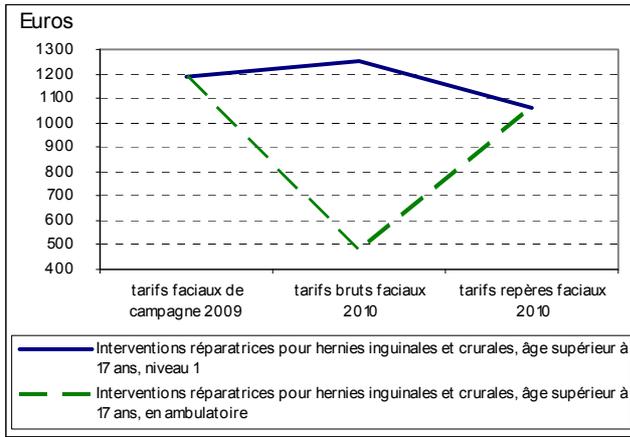
[141] Les graphiques suivants illustrent ces phénomènes pour les GHM ayant subi les plus forts montants de modulation.

¹³ Par rapport à la liste 2009, une racine a été ajoutée 06C10

Dans le secteur public :



Dans le secteur privé :



Annexe 1C

Distorsions tarifaires de sens contraire ou de même sens dans les secteurs public et privé

1. LES ECARTS IMPORTANTS DE SENS CONTRAIRE ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVE SONT RARES

[142] Existe-t-il des activités bénéficiant d'importants avantages tarifaires dans le secteur public et qui seraient au contraire sensiblement pénalisées dans le secteur privé ? En comparant les principales activités pénalisées ou avantageées de chacun des secteurs, seules deux activités répondent à ces critères :

Tableau 22 : Principales activités relativement avantageées au sein du secteur public et relativement pénalisées au sein du secteur privé - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
01M21 Douleurs chroniques rebelles					
secteur public	22 835	39,6	35,1	12,8%	4,5
secteur privé	8 457	7,3	10,1	-27,7%	-2,8
04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans					
secteur public	118 423	420,0	411,2	2,1%	8,8
secteur privé	11 484	14,9	20,5	-27,2%	-5,6

Source : Données ATIH. **Lecture** : les douleurs chroniques rebelles bénéficient d'un avantage tarifaire dans le secteur public, relativement à d'autres GHM, tandis qu'elles subissent une pénalisation tarifaire relative dans le secteur privé.

[143] Existe-t-il à l'inverse des activités bénéficiant d'importants avantages tarifaires dans le secteur privé et qui seraient au contraire sensiblement pénalisées dans le secteur public ? En comparant les principales activités pénalisées ou avantageées de chacun des secteurs, à nouveau seules deux activités répondent à ces critères :

Tableau 23 : Principales activités relativement pénalisées dans le secteur public et relativement avantageées au sein du secteur privé – 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
05C17 Ligatures de veines et éveinages					
secteur public	29 633	38,4	47,7	-19,5%	-9,3
secteur privé	93 808	69,1	64,2	7,6%	4,9
28Z04 Hémodialyse, en séances					
secteur public	1 626 995	544,7	553,6	-1,6%	-8,9
secteur privé	1 695 933	484,7	407,9	18,8%	76,8

Source : Données ATIH. **Lecture** : les ligatures de veines et éveinages bénéficient d'un avantage tarifaire dans le secteur privé, relativement à d'autres GHM, tandis qu'elles subissent une pénalisation tarifaire relative dans le secteur public.

[144] Toutefois, il convient de noter que les ligatures de veines et éveinages font l'objet de modulations de convergence public/privé, qui expliquent la pénalisation relative du tarif dans le secteur public. Concernant l'hémodialyse en séance, elle ne fait pas l'objet d'un GHS dans le secteur privé, mais a été introduite dans l'étude ATIH qui est à la source de ces chiffres justement pour pouvoir comparer les deux secteurs.

2. CERTAINES ACTIVITES SONT SENSIBLEMENT PENALISEES A LA FOIS DANS LE SECTEUR PUBLIC ET DANS LE SECTEUR PRIVE.

Tableau 24 : Principales activités subissant une pénalisation tarifaire relative à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
05M08 Arythmies et troubles de la conduction cardiaque					
secteur public	86 588	146,2	153,8	-5,0%	-7,6
secteur privé	25 317	16,8	20,2	-17,1%	-3,5
05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire					
secteur public	164 090	549,9	562,8	-2,3%	-12,9
secteur privé	28 995	40,6	50,4	-19,4%	-9,8
06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon					
secteur public	42 394	403,3	426,5	-5,5%	-23,2
secteur privé	28 030	128,2	146,2	-12,3%	-18,0
06C11 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge > 17 ans					
secteur public	29 382	86,5	95,9	-9,7%	-9,3
secteur privé	35 041	54,2	59,0	-8,1%	-4,8
06M12 Douleurs abdominales					
secteur public	84 681	80,8	88,6	-8,8%	-7,8
secteur privé	28 961	13,5	16,5	-17,9%	-2,9
08C24 Prothèses de genou					
secteur public	25 152	142,9	151,5	-5,7%	-8,7
secteur privé	50 033	175,6	181,1	-3,1%	-5,5
13C03 Hystérectomies					
secteur public	24 863	79,1	99,4	-20,4%	-20,3
secteur privé	24 138	50,6	54,5	-7,1%	-3,9
13C04 Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin					
secteur public	10 468	33,0	41,4	-20,2%	-8,4
secteur privé	16 169	31,0	36,1	-14,2%	-5,1
13K02 Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours					
secteur public	26 520	24,6	35,3	-30,4%	-10,7
secteur privé	32 087	16,8	21,6	-22,0%	-4,7
14C02 Césariennes					
secteur public	120 480	420,1	498,0	-15,6%	-77,9
secteur privé	52 352	98,5	125,9	-21,8%	-27,4

Source : Données ATIH. **Lecture** : les interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon (06C04) font l'objet de pénalisations tarifaires relatives à la fois dans le secteur public (-5,5%) et dans le secteur privé (-12,3%). Attention, les montants de valorisation des coûts et des tarifs ne sont pas comparables entre secteur public et secteur privé, puisque relatifs à des périmètres différents (en particulier, la rémunération du travail médical ne figure pas dans les montants du secteur privé, puisqu'elle est assurée directement par les honoraires versées aux praticiens par les patients et l'assurance maladie et n'entre pas dans les ressources perçues par les cliniques).

[145] On retrouve dans ce tableau des illustrations de la pénalisation tarifaire relative des CMD 06 et CMD 13, notamment, dans les deux secteurs.

[146] A l'inverse, on pourrait s'inquiéter du fait que des surfinancements relatifs de certaines activités à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé finissent par créer une offre surcapacitaire par rapport aux besoins sanitaires. Si l'on exclut les avantages tarifaires accordés au nom de priorités de santé publique (puisque l'on peut supposer que leur raison d'être même est de développer l'offre), ce cas de figure paraît rare :

Tableau 25 : Principales activités bénéficiant d'un avantage tarifaire relative à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (hors modulations de santé publique) - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie					
secteur public	158 100	221,2	213,8	3,4%	7,4
secteur privé	512 056	424,6	368,6	15,2%	55,9
05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde					
secteur public	57 719	178,1	170,6	4,4%	7,5
secteur privé	65 176	140,2	125,0	12,2%	15,2
05K19 Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire					
secteur public	2 935	18,6	12,5	48,4%	6,1
secteur privé	2 628	17,6	8,1	118,2%	9,5

Source : Données ATIH. **Lecture** : les traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire bénéficient d'avantages tarifaires de forte ampleur dans le secteur public et dans le secteur privé (respectivement +48,4% et +118,2%).

Annexes de la partie 2
« La tarification des actes techniques »

Annexe 2A

La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis

[147] Cette annexe présente le dispositif de tarification des actes médicaux en vigueur aux Etats-Unis pour les patients relevant du programme fédéral, Medicare. Ce programme fédéral prend en charge les dépenses de soins des personnes handicapées ou âgées de plus de 65 ans. Il est administré par The Center for Medicare and Medicaid (CMS).

[148] Les médecins qui prennent en charge les bénéficiaires de Medicare voient leurs prestations rémunérées à l'acte dans le cadre d'un dispositif dénommé Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

1. LE DISPOSITIF DE DETERMINATION DU PRIX DES ACTES

[149] Ce dispositif englobe toutes les prestations offertes par les médecins (plus de 7 400 items) tant techniques que cliniques et pour tous les lieux d'exercice (cabinet, hôpital, domicile...).

[150] Le dispositif qui aboutit à déterminer le tarif des actes est le suivant.

1.1. Etablissement de la valeur relative des actes

[151] Pour chaque intervention, trois unités de valeur relative vont être établies :

- **L'unité de valeur relative de travail médical.** Elle reflète la valeur relative des actes en termes de durée et d'intensité de travail. Ces unités relatives de travail doivent être obligatoirement révisées au moins tous les cinq ans. La quatrième revue quinquennale a débuté en 2009 et devrait être effective en 2012. L'*American Medical Association* (AMA) contribue à la révision des unités de valeur relative de travail médical. Au sein de l'association, le *Relative value scale updated committee* (RUC) est en charge de proposer les révisions des points travail. Il existe des controverses aux Etats-Unis sur l'expertise de l'AMA, elle serait opaque et souffrirait d'un biais en faveur des actes techniques.

- **L'unité de valeur relative du coût de la pratique.** Cette unité de valeur représente l'ensemble des coûts que doit supporter le praticien pour pouvoir réaliser l'intervention considérée (loyer, charge de personnel, consommables...). Le coût de la pratique est apprécié à partir d'une enquête conduite par l'AMA associée à 72 sociétés savantes. La dernière enquête date de 2007/2008, elle a porté sur un échantillon de 7403 professionnels, les réponses de 3659 d'entre eux, complètes quant aux données de coût de la pratique ont été prises en compte pour l'étude finale. Les données livrées en 2009 au CMS ont été utilisées à partir de 2010 pour fixer les unités de valeur relative de la pratique. La prise en compte intégrale de ces nouvelles données est étalée sur quatre ans.

- **L'unité de valeur relative des coûts de responsabilité civile (malpractice).** Il s'agit pour chaque intervention de prendre en compte la valeur des charges liés aux assurances et aux condamnations devant les tribunaux.

[152] Globalement, dans les tarifs actuels, le travail médical représente 52%, le coût de la pratique 44% et les coûts de responsabilité civile 4%.

1.2. Application d'un coefficient géographique

[153] Pour chacune des rubriques, il est appliqué un coefficient géographique pour tenir des variations géographiques des divers coûts sur le territoire des Etats-Unis.

1.3. Application d'un facteur de conversion

- [154] Un facteur de conversion monétaire commun pour toutes les interventions est appliqué à la somme des trois unités de valeur pondérées par leurs coefficients géographiques. Ce facteur de conversion monétaire est révisé annuellement.
- [155] Le facteur conversion n'est pas négocié. A partir des réalisations de 1996-1997, une cible de dépenses a été fixée pour les dépenses de médecins et les services liés. Cette cible de dépenses est actualisée par l'application d'un taux de croissance dit "sustainable growth rate" (SGR). Ce SGR est fixé à partir des facteurs suivants :
- le taux d'inflation sur les biens et services utilisés par les cabinets médicaux ;
 - le nombre de personnes prises en charge par Medicare ;
 - le taux de croissance réel de l'économie américaine par tête;
 - l'impact des changements de réglementation qui peuvent influencer sur les dépenses de Medicare (amélioration de la couverture par exemple).
- [156] La logique sous-jacente est que la rémunération globale des médecins doit augmenter au rythme de la population qu'ils prennent en charge, du coût de leur pratique et qu'ils ont vocation à bénéficier de la croissance générale de l'économie.
- [157] Le facteur de conversion se déduit théoriquement du rapport entre l'évolution des dépenses et la cible établie en appliquant le SGR. Il a vocation à augmenter si les réalisations sont inférieures à la cible, à diminuer dans l'hypothèse inverse. Il est prévu que le facteur de conversion ne peut pas augmenter sur une année de plus de 3% et décroître de plus de 7%.
- [158] En fait, depuis 2002, les cibles ont été régulièrement dépassées et le Congrès est intervenu pour faire obstacle aux baisses du facteur de conversion que le dispositif aurait du provoquer. Des diminutions du facteur de conversion significatives ont toutefois été opérées en 2009 et 2011 respectivement -5,3% et -7,9%. La menace d'une baisse drastique du facteur de conversion pèse toujours sur les médecins américains. L'application de la formule début 2012 devrait se traduire par une réduction de 27,4% du facteur de conversion.
- [159] Au total, le facteur de conversion qui valait 38,2 \$ en 2001 ne vaut que 34 \$ en 2012.
- [160] Il est vrai que ce mode de paiement ne concerne qu'une partie de la clientèle des médecins américains (celle prise en charge par Medicare) et qu'ils peuvent éventuellement "compenser" ces baisses par des augmentations sur leurs autres patients. Les médecins américains peuvent aussi refuser de prendre en charge les patients de Medicare mais 90% d'entre eux acceptent de les prendre en charge.

2. LE CODAGE DES ACTES CLINIQUES

- [161] Le dispositif précédent vaut pour tous les actes médicaux qu'ils soient cliniques ou techniques. Cette partie est consacré aux codages des actes cliniques, codage qui permet de les intégrer dans le dispositif que nous venons de décrire.
- [162] La facturation des actes médicaux et paramédicaux dépend de ce code clinique défini au travers de la "current procedure terminology" actuellement dans sa quatrième version (CPT4).
- [163] La composante «Evaluation et gestion» des codes de la CPT4 est utilisée pour évaluer et facturer les soins ou services cliniques délivrés aux patients par les médecins, spécialistes ou non, et par les professionnels paramédicaux, dans le cadre d'une activité hors hospitalisation.

2.1. Les consultations classiques

[164] Pour l'équivalent de la consultation classique en France ("visit" aux Etats-Unis, le code à utiliser dépendra tout d'abord des caractéristiques du patient (nouveau patient ou patient connu) et du lieu d'exercice (cabinet du médecin, service hospitalier, service d'urgence, centre de soins infirmier, soins à domicile).

[165] Puis pour coder la consultation, il faudra classer les trois composantes dont elle se compose c'est à dire : l'anamnèse, l'examen du patient, la décision médicale.

A) L'anamnèse :

[166] L'anamnèse peut être centrée sur le problème, centrée sur le problème et élargie, détaillée, approfondie.

[167] Le tableau ci-dessous montre les éléments qui sont pris en compte pour définir pour chaque niveau d'anamnèse.

Tableau 26 : Grille d'appréciation de la nature de l'anamnèse

Histoire de la maladie	Interrogatoire à la recherche de signes ou symptômes	Antécédents, contexte social et familial	Type d'anamnèse
Brève	N/A	N/A	Centrée sur le problème
Brève	En rapport avec le problème	N/A	Elargie, centrée sur le problème
Prolongée	Prolongé	En rapport avec le problème	Détaillée
Prolongée	Complet	Complet	Approfondie

Source : 1997 documentation guidelines for evaluation and management services (traduction IGAS)

B) L'examen du patient :

[168] Il est aussi caractérisé par quatre positions :

- Centré sur le problème : un examen limité de l'aire corporelle ou au système d'organe concerné par le problème
- Centré sur le problème et élargi : un examen limité de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelle ou système d'organe;
- Détaillé : un examen approfondi de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelles ou système d'organe. L'examen approfondi se distingue de l'examen limité par le nombre d'éléments relevés au cours de l'examen (moins de six, plus de six)
- Global : un examen général multi-systèmes ou l'examen complet d'un système d'organes.

C) Le processus de décision médicale

La décision médicale est aussi segmentée en quatre niveaux : simple, peu compliquée, modérément compliquée et hautement compliquée.

- [169] Le tableau ci-dessous montre les éléments requis pour qualifier chaque niveau de complexité de la décision médicale. Pour être admissible à un niveau donné, deux des trois éléments dans le tableau doivent être atteints ou dépassés.

Tableau 27 : Grille d'appréciation du niveau de complexité de la décision médicale.

Nombre de diagnostics ou de procédures possibles	Nombre et/ou complexité des données à analyser	Risques de complication et/ou de morbidité, mortalité	Complexité de la décision médicale ¹⁴
Minimale	Minimal ou nulle	Minimale	Simple
Limité	Limité	Bas	Peu compliqué
Multiple	Modéré	Modéré	Modérément compliqué
Important	Important	Haut	Hautement compliqué

Source : 1997 documentation guidelines for evaluation and management services (traduction IGAS)

- [170] Pour certains groupes de patients, la nature des informations peut varier légèrement. C'est le cas pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes pour lesquels des informations additionnelles peuvent être requises.
- [171] Le code retenu pour une consultation dépend donc de cinq critères : type de patient, lieu d'exercice, niveau de l'anamnèse, niveau de l'examen, complexité de la décision. C'est sur la base des caractéristiques de ces cinq composantes que sera retenu un code qui déterminera un tarif.
- [172] Le tableau suivant donne quelques exemples de codes, de libellés et de tarifs

Tableau 28 : Codes et tarifs de certaines consultations.

Code	Libellé	Tarif
99201	Consultation ¹⁵ pour l'évaluation et la gestion d'un nouveau patient qui nécessite ces trois éléments clés : une histoire axée sur le problème - un examen axé sur le problème et une prise de décision médicale simple.	30,61\$
99212	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire axée sur le problème - un examen axé sur le problème et une prise de décision médicale simple.	26,58\$
99214	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire détaillée - un examen détaillé et une prise de décision médicale modérément compliquée.	57,53\$
99215	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire approfondie - un examen global et une prise de décision médicale hautement compliquée.	90,83\$
99205	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un nouveau patient qui nécessite ces trois éléments clés : une histoire approfondie - un examen global et une prise de décision médicale hautement compliquée.	125,15\$

Source : Current procedure terminology 4

¹⁴ Documenté à l'aide d'une table de risque.

¹⁵ Au sens français du terme (« visit » en anglais).

2.1.1. Codage des conseils ou de la coordination des soins

- [173] Si le conseil ou la coordination des soins représente plus de 50% du temps de la rencontre entre le médecin et le patient ou sa famille, c'est le temps passé qui est considéré comme le facteur déterminant pour qualifier un niveau de service. Il doit être relevé et le dossier doit décrire le conseil et / ou la coordination des soins.

Tableau 29 : Codes, tarifs et libellés de certains actes de conseils ou de coordination

Code	Libellé	Tarif
99371	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Simple ou bref.	7.40\$
99372	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Intermédiaire.	14.80\$
99373	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Complexe ou long.	21.87\$
99361	Coordination par le médecin d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient (en dehors de la présence du patient). Environ 30 minutes.	36.67\$
99362	Coordination par le médecin d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient (en dehors de la présence du patient). Environ 60 minutes.	65.60\$

Source : *Current procedure terminology 4*

3. ENSEIGNEMENTS

- [174] Le dispositif français de CCAM s'est inspiré du dispositif américain et lui emprunte certaines composantes (valeur du travail, coût de la pratique...).
- [175] Le coût de la responsabilité civile n'est pas en France isolé mais est pris en compte dans le coût de la pratique ou par une prise en charge des primes d'assurance pour certaines spécialités.
- [176] Il n'a pas été jugé pertinent d'introduire en France des coefficients géographiques. On peut penser que l'introduction de coefficients géographiques irait à l'encontre des objectifs en matière de rééquilibrage de la démographie médicale (des coefficients géographiques conduiraient certainement à majorer relativement la valeur des actes dans les zones où le coût de la vie est élevé, zone qui sont en règle générale bien pourvues en médecins).
- [177] L'ensemble des actes techniques et cliniques sont aux Etats-Unis englobés dans une procédure qui ne se limite pas aux seuls actes techniques.

- [178] Il était attendu du dispositif qu'il contribue à rééquilibrer le niveau de rémunération entre les médecins de premier recours et les spécialistes techniques. C'était l'un des objectifs visés lorsqu'a été mis en place une échelle de valorisation relative des actes médicaux (ressource based relative value scale, RBRVS) en 1992¹⁶ La désaffection des étudiants pour la médecine de premier recours est en effet considérée comme un problème majeur de la politique de santé aux Etats-Unis. Il s'avère que cet objectif n'a pas été atteint, la valeur actualisée des revenus d'une carrière de cardiologue de 22 à 65 ans a pu ainsi être estimée à 5,2 million de \$ pour un cardiologue contre 2,5 millions de \$ pour un médecin de premier recours¹⁷.
- [179] Le dispositif d'actualisation de la charge relative de travail semble être pour partie à l'origine de cet échec. Lors de l'évaluation initiale, le travail des spécialistes a été considéré comme étant de plus grande intensité (effort mental, stress...) que le travail des médecins de premier recours. De plus, il semble que les charges des actes techniques aient été surestimées. Par ailleurs, lors de l'actualisation des scores travail, les représentants des spécialistes, notamment du fait de leur influence au sein du comité de l'American Medical Association en charge des propositions sur l'actualisation des valeurs relatives, sont parvenus à faire obstacle à des révisions à la baisse de la valeur relative des actes techniques et à la promotion des actes cliniques^{18,19,20}. Les difficultés des Etats-Unis rappellent que tout système de tarification basé sur des valeurs relatives exige pour fonctionner que la valeur de certains actes puisse diminuer (en cas de progrès de productivité notamment), que les détenteurs d'une "rente relative" puissent à un moment donné être perdants.
- [180] Le système a effectivement "convergé" aux Etats-Unis, la question ne s'y pose pas, la procédure détermine effectivement la rémunération relative des diverses interventions.
- [181] La maintenance du système est assurée avec le concours de la profession, une révision au moins quinquennale des unités relative de valeur du travail garantit la prise en compte des évolutions en ce domaine. La hiérarchisation des actes l'un par rapport à l'autre est renvoyé à des procédures pour l'essentiel techniques. Toutefois elles prêtent à discussions (Cf. supra).
- [182] Le dispositif américain s'appuie sur une description fine de chacune des composantes des consultations pour fixer leur niveau de rémunération. La référence à la durée réelle des consultations est dans la mesure du possible évitée : un temps standard est utilisé pour établir le score travail mais ce n'est pas, en règle générale, le temps réel qui détermine le tarif²¹. Ainsi, les praticiens ne sont pas directement incités à allonger le temps de consultation.
- [183] Il reste que pour certaines consultations (conseils, coordination), il ne semble pas possible de caractériser les composantes de la consultation et de les normer. Le temps passé devient alors la référence pour la tarification, le risque que cela n'induisse un allongement de ce type d'acte semble maîtrisé par la faiblesse relative de la rémunération de ces activités (Cf. supra, une consultation très simple est rémunérée 26 \$ et une heure de coordination 65 \$). La rémunération des activités de conseil et de coordination reste un problème sensible même dans l'hypothèse d'une classification des actes détaillée.

¹⁶ WC Hsiao, P. Braun, D. Yntema, ER Becker. Estimating physician's work for a resource-based relative value scale" *N Engl J Med* 1998; 319: 835-41.

¹⁷ B Vaughn, S De Vreize, S. Reed, K. Schulman. Can we close the income and wealth gap between specialists and primary care physicians? *Health Aff.* 2010, 29(5), 933-40

¹⁸ T. Bodenheimer, R. Berenson, P. Rudolf. "The primary care-specialty income gap : Why it matters" *Annals of Internal Medicine* 2007, vol 146, n°4, 301-06.

¹⁹ P. Ginsburg, R. Berenson. Revising Medicare's physician fee schedule- Much activity for little change. *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

²⁰ Voir R. Berenson, E Rich "US approaches to physicians payment : the deconstruction of primary care" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 613-18; R. Berenson, E Rich "How to buy a medical home ? Policy options and practical questions" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 619-24;

²¹ Toutefois, une durée standard est associée à chaque code. Il est prévu que si la durée réelle excède par trop la durée standard, le praticien peut facturer un service prolongé. Par exemple, pour la consultation la plus simple dont la durée standard est de 10 minutes, un service prolongé peut être coté à partir de 40 minutes.

- [184] La présentation du dispositif américain montre que la logique de la classification des actes cliniques pour assurer une rémunération cohérente avec le travail fourni, aboutit lorsqu'elle est poussée à son terme à un système très lourd. Il existe plus de 130 codes pour les actes cliniques. Le dispositif exige pour pouvoir justifier du codage, un travail de saisie d'information qui, s'il favorise la bonne tenue dossier médical, entraîne très certainement un coût bureaucratique.
- [185] Le système est par ailleurs complexe, le volume des guides de codage en témoigne, les médecins ne le maîtrisent pas. Même placés dans une situation où ils n'avaient aucun intérêt à "jouer" avec le système, les médecins optent pour des cotations très souvent différentes de celles retenues par des "experts du codage" (dans 48% des cas pour les patients connus, dans 83% des cas pour les patients nouveaux)²². Par ailleurs, il semble que le dispositif soit "détourné" par les praticiens, un contrôle sur les actes de consultants a montré que sur les 3,3 Mds de \$ facturés en 2001, 1,1 Mds de \$ avait été facturés à tort²³.
- [186] L'enjeu essentiel dans la relation médecin/pouvoir public aux Etats-Unis est la fixation annuelle du facteur de conversion. Théoriquement, la valeur du facteur de conversion se déduit automatiquement de l'écart entre l'enveloppe et la cible. Mais cette régulation prix-volume automatique ne fonctionne pas dans la mesure où le Congrès intervient pour protéger les médecins de l'application mécanique de certaines règles strictes. Si l'on transposait en France, dans le contexte des relations conventionnelles, la hiérarchisation des actes tant techniques que cliniques relèveraient de travaux d'experts; la négociation conventionnelle ne porterait plus sur les tarifs de tel ou tel acte ou consultation mais se concentrerait sur un élément unique : le facteur de conversion.

²² M. King, L. Sharp, M. Lipsky. Accuracy of CPT evaluation and management coding by family physicians. JABPF. Mai-Juin 2001. Vol 14, n°3, 184-92;

²³ Department of health and human services, office of inspector general. *Consultations in Medicare : coding and reimbursement*. Mach 2006, OEI-09-02-00030.

Annexe 2B

L'introduction d'actes nouveaux

1. UN PROCESSUS D'INSCRIPTION DES ACTES NOUVEAUX SOUS CONTROLE DE L'UNCAM

[187] L'intégration d'un nouvel acte à la CCAM s'inscrit dans le cadre d'une procédure législative et réglementaire définie notamment par les articles L162-1-7, R.162-52 et R162-52-1 du code de la sécurité sociale. Le processus comporte 5 étapes.

1.1. Initiation

[188] L'UNCAM avise les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de son intention d'inscrire un acte ou une prestation, ainsi que l'UNPS, les organisations des professionnels de santé représentatives autorisées à pratiquer l'acte ou la prestation et les organisations représentatives des établissements de santé (art. R162-52).

1.2. Consultation de la HAS et de l'UNOCAM

[189] L'avis de la HAS sur le service attendu de l'acte nouveau est un prérequis avant toute inscription. Les textes ne fixent un délai à respecter par la HAS, pour rendre cet avis, que dans le cas où elle est saisie par l'UNCAM (art. R.165-52). Ce délai est de 6 mois, renouvelable une fois.

[190] La consultation de l'UNOCAM est également obligatoire et celle-ci dispose d'un délai de 6 mois (récemment réduit à 21 jours dans certains cas²⁴).

[191] L'article R162-52-1 précise les critères en fonction desquels la HAS formule son avis. Au sein de la HAS, c'est la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS²⁵) qui procède à l'évaluation du service médical attendu et propose un avis qui est formellement rendu par le collège de la HAS, avant transmission à l'UNCAM.

1.3. Hiérarchisation

[192] Le processus de hiérarchisation est organisé par la CNAMTS. L'acte est hiérarchisé par des experts (choisis par elle), dont les propositions sont transmises à une « instance de cohérence », composée d'autres experts. Cette instance étudie la position de l'acte par rapport aux actes des autres spécialités. A l'issue de ses travaux, l'instance de cohérence présente le score de l'acte à la commission de hiérarchisation des actes (CHAP)²⁶ pour validation. La CHAP, composée paritairement de représentants de la caisse et des syndicats médicaux, n'a guère de latitude (ni d'ailleurs de légitimité scientifique) pour modifier la hiérarchisation qui lui est soumise. Elle ne peut donc que l'entériner ou la refuser, c'est-à-dire en pratique n'être qu'un frein éventuel à la procédure d'inscription d'un acte nouveau. L'inscription de l'acte sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie relève du collège des directeurs de l'UNCAM. Celui-ci peut ne pas donner suite à un avis favorable de la CHAP.

²⁴ Si l'amélioration du service rendu ou attendu est majeure ou importante : décret n° 2012-76 du 13 janvier 2012 modifiant l'article R.162-52 du code de la sécurité sociale.

²⁵ Voir annexe 2D.

²⁶ Voir missions et composition de la CHAP en annexe 2C.

1.4. Non opposition

- [193] La décision de l'UNCAM est adressée aux ministres accompagnée des avis de la HAS et de l'UNOCAM ainsi que d'une mesure d'impact financier prévisionnel. Les ministres ont 45 jours pour s'opposer éventuellement à cette décision, délai récemment réduit à 15 jours dans certains cas²⁷).

1.5. Publication

- [194] La décision est publiée au JO et prend effet 30 jours après la publication.
- [195] En termes de délai, pour l'inscription d'actes nouveaux dans la CCAM, les contraintes reposent sur la HAS, sur l'UNOCAM et sur le ministre. L'UNCAM reste maître du calendrier pour saisir la HAS, l'UNOCAM, pour inscrire un acte à l'ordre du jour de la CHAP, et pour transmettre sa décision au ministre.

2. UNE PROCEDURE D'INSCRIPTION LONGUE, PEU LISIBLE ET CONTESTEE

- [196] D'une façon générale, il y a consensus des acteurs (sociétés savantes, syndicats de médecins, président de la CHAP, ATIH, HAS) sur l'intérêt d'une description fine des activités médicales à l'aide de la CCAM. Celle-ci permet de suivre l'évolution des pratiques à la fois qualitativement et budgétairement.
- [197] Le même consensus sur la nécessité de définir une méthode d'inscription des actes plus lisible qu'actuellement est constaté par la mission. La procédure actuelle est vécue par les acteurs concernés, autres que l'UNCAM, comme longue, peu lisible, génératrice de dysfonctionnements et d'incompréhension des arbitrages rendus. Les exemples rapportés sont multiples et variés. Certains seront détaillés à titre illustratif bien que la mission n'a pas été en mesure de les recenser exhaustivement et de les expertiser.
- [198] Ce constat était suffisamment partagé pour qu'un groupe réunissant la HAS, l'ATIH, la DSS, la DGOS, la CNAMTS soit constitué dès 2005 pour formaliser une procédure à mettre en œuvre entre le moment de l'identification d'un acte nouveau et celui de son inscription à la CCAM. Le groupe avait abordé le sujet de l'innovation sous l'angle de la maintenance de la CCAM, et de sa mise à jour nécessitée par l'apparition d'actes innovants. Rapidement, l'intrication du sujet "acte" avec celui des "dispositifs médicaux" avait été identifiée, conduisant à décrire une procédure associant ces deux aspects. Les discussions ministérielles intervenues sur le sujet innovation, dans le cadre de la loi HPST, ont interrompu la dynamique de ce groupe informel qui ne s'est plus réuni depuis le mois d'avril 2008. Depuis, les dispositions de la LFSS pour 2009 et de la loi HPST ont défini un cadre général de financement et d'encadrement de l'innovation. Mais ses modalités pratiques de mise en œuvre restent à préciser. A ce titre, il serait utile de reprendre et prolonger les travaux du groupe précédent.
- [199] Une partie de la longueur de la procédure peut s'expliquer par la complexité des expertises requises et les charges de travail induites sur la HAS et sur le DAct. En termes d'organisation, la HAS souligne qu'une procédure claire lui permettrait de mieux intégrer les demandes d'évaluation d'actes dans son programme de travail. Actuellement, elle traite les expertises au fil des demandes de l'UNCAM, qui elle-même répercute les engagements conventionnels²⁸.

²⁷ Si l'amélioration du service rendu ou attendu est majeure ou importante : décret n° 2012-76 du 13 janvier 2012 modifiant l'article R.162-52 du code de la sécurité sociale

²⁸ C'est ainsi que suite à la signature de la dernière convention, une soixantaine de demandes son parvenues à la HAS sans hiérarchisation en terme de pertinence.

[200] Le manque de lisibilité sur les processus d'arbitrage est particulièrement mal vécu par les collèges nationaux professionnels représentant les spécialités rencontrées par la mission²⁹. Les décisions prises, non motivées, leurs apparaissent arbitraires et sont interprétées comme résultants d'un conflit d'intérêt structurel entre les missions de l'assurance maladie et les objectifs de la CCAM.

3. QUELQUES EXEMPLES ILLUSTRATIFS

[201] Le collège national de pneumologie³⁰ cite l'exemple de l'acte « séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique sur machine ». L'acte, classé ASA 2³¹ par la HAS, avait fait dès 2004 l'objet d'un accord tarifaire avec le pôle nomenclature, il a été créé le 1/3/2005 en CCAM mais n'est toujours pas tarifé, sans explication de la part de la CNAM. Par conséquent, cet acte n'est réalisé, de fait, qu'en centre de rééducation fonctionnel à un coût analysé comme plus coûteux par les pneumologues.

[202] Le collège des chirurgiens vasculaires souligne la dégradation de la fonction descriptive de la CCAM que génère le défaut de maintenance. L'absence d'inscription d'un nouvel acte (l'exemple de la destruction de varices par radiofréquence est cité) provoque le plus souvent une cotation par assimilation avec pour conséquence un relevé faussé de l'activité médicale et une impossibilité de repérer la pratique du nouvel acte.

[203] L'évaluation du service médical d'un nouvel acte se fait le plus souvent en deux étapes. Une première permet à la HAS de se prononcer sur l'intérêt potentiel d'un acte sous réserve d'évaluation plus fine. Celle-ci, basée sur l'observation des suites de la réalisation de l'acte à l'aide de registres, nécessite que l'acte soit codé. Les représentants des spécialités médicales déplorent l'impasse créée par l'impossibilité d'inscrire un acte à titre provisoire, le temps que la HAS puisse se prononcer plus fermement sur le service médical attendu.

[204] L'absence de maintenance permet aussi le maintien d'actes suspects d'obsolescence, à l'exemple de la sympathectomie, qui mériteraient une actualisation du service médical attendu.

[205] La maintenance des outils de la tarification à l'activité pour les établissements de santé nécessite une maintenance coordonnée de la CCAM. La mission n'a pu que constater l'absence de collaboration entre le DAct et l'ATIH. A titre d'illustration :

- suite à l'introduction du prix des défibrillateurs dans le tarif du GHS (ceux-ci étaient précédemment financés par le mécanisme de la liste en sus), il apparaît que le libellé « changement de défibrillateur » n'est pas suffisamment discriminant pour rendre compte de la diversité des situations et des coûts. La demande de l'ATIH pour l'examen d'une mise à jour de la CCAM sur ces libellés a abouti à l'organisation d'un premier contact avec la société savante, mais les libellés envisagés ne seront pas introduits dans la CCAM à temps pour pouvoir être utilisés pour la campagne tarifaire 2012 ;

- la HAS propose une évolution des libellés de colectomie par coelioscopie utile pour la pertinence de la classification en GHM. L'UNCAM n'a pas entrepris à ce jour les travaux conduisant à faire évoluer la rédaction des libellés.

- L'actualisation des libellés des actes de radiothérapie initialement programmée pour 2006 est effective depuis 2010. Du fait de ce retard, de nouvelles techniques de radiothérapie, largement diffusées de par leur service médical attendu, n'ont pu être codées. Dans

²⁹ Pneumologie, chirurgie vasculaire, imagerie.

³⁰ Voir contribution du collège national de pneumologie en pièces jointes.

³¹ Lorsque le service attendu est suffisant pour justifier l'inscription au remboursement, l'avis de la Commission d'évaluation des actes porte également sur « l'appréciation de l'amélioration du service attendu (ASA) par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparable ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables, précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure (I), importante (II), modérée (III), mineure (IV) ou à en constater l'absence (V). Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime l'inscription fondée. »

ces situations, conformément au guide méthodologique, le diagnostic principal doit être codé Z41.80, « Intervention de confort », à l'exclusion de tout autre code. L'application de cette règle, aboutit à un GHS 9999 non valorisé. Les établissements, en particuliers les centres de lutte contre le cancer et les CHU, ont particulièrement mal vécu les conséquences financières de ce retard d'introduction de nouveaux actes, d'autant qu'ils n'avaient ni informations ni possibilité de dialogue pour gérer cette phase de transition³².

- Des demandes de maintenance de la nomenclature de la part de l'ATIH n'ont donné lieu à aucune réponse. La CNAM, interrogée par la mission n'a pas répondu.

- Il existe un certains nombre d'actes actuellement validés par la HAS³³ dont on ne sait quand l'UNCAM prendra une position à leur sujet.

[206] Au total, il apparaît que c'est à la fois la capacité de la CCAM à tendre vers une équité des rémunérations et sa valeur descriptive qui sont discréditées.

³² C'est d'autant plus préjudiciable que la décision du 18 juillet 2005 du directeur général de l'UNCAM, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 26 Août 2005, a abrogé le remboursement par assimilation

³³ Voir liste en pièce jointe 2-b.

Annexe 2C

La commission de hiérarchisation des actes et prestations et l'observatoire de la CCAM

1. LA COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET PRESTATIONS (CHAP)

[207] Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

1.1. Composition de la commission

[208] Cette commission est composée de deux collèges :

- Le collège professionnel : il est composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part, et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant.

- Le collège de l'UNCAM : il comprend des membres issus des 3 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membre est arrêté de manière à assurer la parité entre les deux collèges. Pour chacun des membres, un suppléant est désigné. Un président est désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

[209] Assistent également aux travaux de la commission :

- Un représentant de l'Etat ou son suppléant ;
- Un représentant de l'ATIH et un représentant de la DGOS ;
- Un représentant de la Haute autorité de santé.

[210] Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

1.2. Rôle de la commission

[211] Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

[212] La Commission adopte un règlement intérieur.

1.3. Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

[213] Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C par séance et une indemnité de déplacement. Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

2. L'OBSERVATOIRE DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

[214] Il est par ailleurs créé un Observatoire de la CCAM chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette dernière et l'évolution du coût de la pratique des actes. Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs. Les experts désignés par les syndicats représentatifs perçoivent une indemnisation de 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Annexe 2D

La commission d'évaluation des actes professionnels de la HAS

- [215] L'évaluation des actes professionnels permet de rendre un avis sur l'opportunité de l'inscription aux nomenclatures des actes pris en charge par l'Assurance maladie (NGAP, nomenclature générale des actes professionnels, CCAM, classification commune des actes médicaux, NABM, nomenclature des actes de biologie médicale), ainsi que sur les conditions de cette inscription et sur leur éventuelle radiation.
- [216] Les actes en question vont de la pose d'implants dentaires (NGAP) à l'ostéodensitométrie pour le diagnostic de l'ostéoporose (CCAM), en passant par la recherche du VIH ou du virus de l'hépatite C dans le sperme (NABM). Ils utilisent dans leur grande majorité des dispositifs médicaux.
- [217] Cette évaluation médicale est réalisée par la commission d'évaluation des actes professionnels (CEAP), commission spécialisée de la HAS. La CEAP s'appuie sur les travaux du SEAP (service évaluation des actes professionnels) de la HAS. Depuis juillet 2010, la CEAP est intégrée à la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS)
- [218] Elle est saisie le plus souvent par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), moins souvent par les sociétés savantes, le ministère de la Santé, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), l'Institut national du cancer (INCa), l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), les associations d'utilisateurs agréées.
- [219] Il est important de signaler que les fabricants peuvent se rapprocher des sociétés savantes en cas de besoin. La CEAP peut également s'autosaisir à l'occasion d'un dépôt de dossier de remboursement à la CNEDiMTS.
- [220] Les demandes d'évaluation se font directement sur le site de la HAS en complétant le formulaire en ligne d'inscription au programme de travail.

Annexes de la partie 3

« La tarification des actes cliniques »

Annexe 3A

Les tarifs des actes cliniques

Actes cliniques des médecins généralistes en métropole (hors rémunération à la performance)

- Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale: CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- CALD (prévue à l'article 15-2 de la NGAP) 26,00.
- Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Forfait pédiatrique enfant FPE (prévue à l'article 14-4-1 de la NGAP) 5,00.
- Majoration nourrisson MNO (prévue à l'article 14-4-2 de la NGAP) 5,00.
- Majoration généraliste enfant : MGE (prévue à l'article 14-4-3 de la NGAP) 3,00.
- Majoration de coordination généraliste : MCG 3,00.
- Rémunération spécifique annuelle Médecin traitant pour les patients en ALD (RMT) 40,00.
- Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation
 - CRN Majoration spécifique de nuit 20 heures - 0 heure / 6 heures - 8 heures en cas de consultation au cabinet : 42,50
 - VRN Majoration spécifique de nuit 20 heures - 0 heure / 6 heures - 8 heures en cas de visite : 46,00
 - CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heures - 6 heures en cas de consultation au cabinet : 51,50
 - VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heures - 6 heures en cas de visite : 59,50
 - CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet : 26,50
 - VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite : 30,00
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) 10,00
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)
 - de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : MDN 38,50
 - de minuit à 6 heures : MDI 43,50
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD³⁴ (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) : 22,60
- Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)
 - majoration de nuit de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : MN 35,00
 - majoration de nuit de 0 heure à 6 heures : MM 40,00
- Majoration de dimanche et jour férié : F³⁵ (prévue à l'article 14 de la NGAP) : 19,06
- Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP) : 22,60
- Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile
 - forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins : 80
 - forfait mensuel du médecin participant à la coordination : 40
 - forfait mensuel de soins : 90

³⁴ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

³⁵ La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet.

Actes cliniques des médecins spécialistes en métropole

- Consultation au cabinet : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00
- CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 37,00
- CSC (cardiologie) (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 45,73
- Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00
- VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 37,00
- Forfait pédiatrique enfant : FPE (prévue à l'article 14-4 de la NGAP) 5,00
- Majoration pour les consultations d'enfants de 0 à 24 mois inclus pour le pédiatre : MNP (prévue à l'article 14-4 bis de la NGAP) 3,00
 - Majoration pédiatre enfant pour les enfants de 2 à 6 ans : MPE 3,00
 - Majoration pour l'examen médical obligatoire du nourrisson dans les huit jours suivant la naissance pour le pédiatre : MBB (prévue à l'article 14.4 ter de la NGAP) 7,00
 - Majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant atteint d'une ALD pour le pédiatre : MAS (prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP) 10,00
 - Majoration pour la première consultation familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MPF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP) 10,00
 - Majoration pour la consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MAF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP) 10,00
- Forfait thermal (STH) 70,00
- Majoration pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP) 10,00
- Majoration pour le spécialiste en médecine physique et réadaptation applicable dans le cadre du parcours de soins coordonnés : MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP) 20,00
- Rémunération spécifique annuelle Médecin traitant pour les patients en ALD : RMT 40,00 (3)

- Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (3)
 - Majoration de coordination spécialiste : MCS 3,00
 - Majoration de coordination pour la psychiatrie la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS 4,00
 - Majoration de coordination cardiologues : MCC 3,27

- Majoration forfaitaire transitoire
 - Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 2,00
 - Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 2,70
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées par les médecins spécialistes dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 5,00
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées par les pédiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 5,00
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 6,70

- Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés MA³⁶ 61,00

³⁶ Et mentionnée au troisième alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

- Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés MG³⁷ 228,68
- Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveau-nés 228,68

- Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)
 - Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié F38 19,06
 - Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres) entre 20 heures et 8 heures U 25,15
 - Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : P 35,00
 - Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 0 heure à 6 heures : S 40,00

- Majoration pour soins d'urgence au cabinet pour le pédiatre : M 26,89

³⁷ Et mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

³⁸ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.

Annexe 3B

La fragmentation des prises en charge

- [221] Il est plus avantageux pour un médecin de procéder à deux consultations de quinze minutes rémunérées à 23 euros, consacrées chacune à traiter d'un problème, que de traiter ces deux problèmes en une consultation de vingt cinq minutes rémunérées elle-aussi 23 euros. Il consacre cinq minutes de plus à la prise en charge mais sa rémunération est double de celle perçue dans le cas d'une consultation unique.
- [222] Une tarification des consultations qui prendrait mieux en compte le nombre des problèmes traités dans le cadre de chaque consultation fait émerger une possibilité de gain que les deux parties (médecin et payeur) pourrait se partager. Elle est par ailleurs bénéfique au patient (économie de déplacement).
- [223] Dans l'illustration concrète proposée ci-dessus, le gain potentiel d'une tarification plus adaptée à partager entre médecin et payeur est constitué par les cinq minutes de temps additionnels de la prise en charge fragmentée. Un partage des gains entre le médecin et le payeur peut s'opérer si, par exemple, le traitement d'un problème est rémunéré 23 euros et le traitement de deux problèmes 44 euros. Dans cette hypothèse, la consultation n'est plus fragmentée ; le payeur gagne deux euros et le médecin gagne cinq minutes et perd deux euro mais s'il réinvestit les cinq minutes dans du travail médical, il peut espérer gagner 23/3 euros. La différenciation du tarif des consultations est dans cette hypothèse une solution « gagnant-gagnant ».
- [224] Toutefois, pour que cette solution gagnant-gagnant soit possible sans abaisser le niveau de rémunération de la consultation à un seul problème, il faudrait que toutes les prises en charge à deux problèmes soient systématiquement fragmentées. Or cette hypothèse n'est pas réaliste : l'intérêt sanitaire de régler les deux problèmes lors d'une consultation unique est tel dans certain cas que la déontologie du médecin s'oppose à une fragmentation systématique, le médecin est parfois tenu de satisfaire les demandes des patients qui souhaitent voir traités tous leurs problèmes en une seule consultation.
- [225] Ainsi en poursuivant l'illustration précédente, si seulement 50% des consultations à deux problèmes sont fragmentées et si les consultations à deux problèmes représentent 50% des consultations, il faut pour trouver un équilibre gagnant-gagnant rémunérer moins les consultations à un problème (par exemple 19,5 euros, avec une consultation à deux problèmes à environ 37 euros³⁹). Par ailleurs, si tous les médecins ne pratiquent pas dans la même proportion la fragmentation des consultations, les médecins qui fragmentaient beaucoup sont perdant et ceux qui fragmentaient peu sont gagnants.
- [226] On a raisonné jusqu'à présent comme s'il y avait un seul payeur (l'assurance- maladie). Depuis l'instauration du forfait de un euro par acte, le patient lui-même est amené à payer plus en cas de fragmentation des consultations. Le gain que peuvent se partager les deux parties (médecins et assurance-maladie) en cas de différenciation du tarif de la consultation est réduit, la réduction de la fragmentation profite aussi directement au patient.

³⁹ Le payeur est gagnant, il rémunère le traitement d'un problème en moyenne 19 euros alors que dans l'hypothèse avant différenciation des consultations, il le rémunérait de fait 19,16 euros. Le médecin est gagnant également, il perd deux euros pour six problèmes traités mais gagne du temps (80 mn contre 85 mn auparavant).

Annexe 3C

La comparaison des rémunérations horaires des activités techniques et ou cliniques

1. OBJECTIF

[227] Evaluer à l'aide des données disponibles, la rémunération horaire nette du travail technique et clinique des praticiens selon les tarifs en vigueur et, pour les actes techniques, selon les tarifs cibles.

2. METHODE

[228] Les actes choisis pour évaluer la rémunération horaire nette de l'activité technique sont parmi les actes les plus pratiqués pour les spécialités concernées (chirurgie, gynéco-obstétrique, ophtalmologie, radiologie). Il s'agit donc d'actes banals qui ne se caractérisent pas, a priori, par une "intensité" particulière (stress, effort mental, compétence technique) au regard des actes de la spécialité. Pour les activités cliniques, il s'agit de la consultation ou de la visite soit un acte moyen qui englobe certainement des séances d'intensité très différentes.

[229] Pour ce qui concerne la durée des actes techniques, nous nous référons pour les actes techniques aux durées mesurées lors de la mise en place de la CCAM. Pour ce qui concerne la durée des actes cliniques nous nous référons à celle établies dans des études publiées par la DREES^{40,41}.

[230] Nous utilisons les tarifs actuellement pratiqués en secteur 1 avec les majorations communes pour les actes techniques et les actes cliniques. Pour les actes techniques, nous donnons aussi les résultats sur la base des tarifs cibles⁴².

[231] Disposant d'une durée et d'un tarif, il est possible de calculer une rémunération horaire brute. Pour estimer une rémunération nette nous appliquons à cette rémunération horaire brute, le taux de charge de la spécialité publié par la DREES. Ce taux de charge date de 2007, il est appliqué à des actes spécifiques alors qu'il est calculé de manière globale pour l'ensemble de l'activité⁴³.

[232] La rémunération horaire brute (RHB) et la rémunération horaire nette (RHN) sont alors calculées ainsi pour chaque acte considéré :

$$\text{Rémunération horaire brute} = \text{tarif de l'acte} / \text{durée de l'acte} \times 60$$

$$\text{Rémunération horaire nette} = \text{Rémunération horaire brute} - (\text{rémunération horaire brute} \times \text{taux de charge DREES})$$

3. AVERTISSEMENT SUR LES LIMITES DES RESULTATS OBTENUS

[233] Les résultats présentés ci-après présentent de nombreuses limites.

[234] Les calculs sont effectués pour les actes techniques à partir des actes les plus pratiqués par spécialité en faisant l'hypothèse que cette forte fréquence est la marque d'actes banalisés. Il est toutefois possible que des actes fréquents soient des actes "intenses".

⁴⁰ P. Breuil-Genier, C. Gofette. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006.

⁴¹ M. Gouyon Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premier résultat d'une enquête nationale. DREES, *Etudes et résultats*, n°704, octobre 2009.

⁴² Source CNAMTS

⁴³ Etudes et résultats n°735-juillet 2010 – Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008.

- [235] Certains actes ayant été sélectionnés, les données ne peuvent rendre compte de la situation de la spécialité pour l'ensemble de son activité.
- [236] On s'appuie sur un taux de charge global que l'on applique à certains actes. Or le taux de charge est certainement différent selon la nature des actes. Par exemple, appliquer aux consultations de certains spécialistes, qui pratiquent des actes cliniques et des actes techniques, un taux de charge global peut conduire à majorer les charges de l'activité clinique si l'activité technique entraîne plus de charges que l'activité clinique.
- [237] Le taux de charge utilisé est celui de la spécialité au sens large, il mériterait d'être différencié pour tenir compte des caractéristiques des sous-spécialités (tous les chirurgiens n'ont pas le même taux de charge, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens n'ont certainement pas les mêmes charges).
- [238] La durée prise en compte pour les actes cliniques a été mesurée il y a 10 ans environ. Elle peut avoir évolué significativement depuis. Les résultats sont sensibles aux durées retenues pour les actes cliniques, durées extraites d'une seule étude.
- [239] Les taux de charge utilisés datent de 2007 et n'ont pas été actualisés depuis.
- [240] On calcule une rémunération horaire nette du travail médical facturé à la sécurité sociale. Or ce temps de travail ne rend pas compte du temps de travail global qui, en sus du temps facturé, comprend du temps non facturé (gestion du cabinet, formation...). Ainsi, la rémunération horaire nette du généraliste pour le temps facturé s'établit à 52 euros. Si l'on tient compte que les généralistes ne facturent que 33 heures sur les 54 heures travaillées par semaine et sur la base de 46 semaines de travail⁴⁴, on peut estimer la rémunération horaire nette du généraliste sur une base annuelle d'environ 28 euros de l'heure. Ce montant serait légèrement majoré si l'on prenait en compte le forfait ALD et la rémunération sur objectif de santé publique. On ne dispose de données permettant d'effectuer ce calcul pour les autres spécialités.

4. RESULTATS

4.1. Pour les actes techniques

Tableau 30 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courant de chirurgie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge (DREES)	RHN cible	RHN actuelle
Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	201,87	194,98	64	275	0,472	96 €	99 €
Cholécystectomie, par coelioscopie	272,29	287,85	89	406	0,472	102 €	96 €
Cholécystectomie, par laparotomie	251,32	251,70	81	355	0,472	98 €	98 €
Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	167,20	148,89	64	210	0,472	73 €	82 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES. Lecture : Pour la cure unilatérale d'une hernie de l'aine, la durée mesurée lors de la mise en place de la CCAM était de 64 minutes. Sur la base du tarif actuel (201,87€), la rémunération horaire nette s'établit à 99,9 €. Sur la base du tarif cible (194,9), elle s'établirait à 96,5 €.

⁴⁴ P. Le Fur "Le temps de travail des médecins généralistes". IRDES, QES, n°144, juillet 2009

Tableau 31 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants de gynécologie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Conisation du col de l'utérus	89,30	93,42	39	135	0,509	58 €	67 €
Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscopie	209,00	183,38	66	265	0,509	68 €	93 €
Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par cœlioscopie	196,00	193,07	75	279	0,509	63 €	76 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 32 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courant d'obstétrique

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	313,50	197,22	83	285	0,509	70 €	111 €
Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	313,50	236,66	94	342	0,509	74 €	98 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 33 : Rémunération horaire nette (RHN) pour un acte courant d'ophtalmologie
(Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil)

Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
271,70	200,88	60	270	0,471	106 €	143 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 34 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants d'imagerie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Radiographie de l'abdomen sans préparation	19,95	35,12	13	29	0,559	71 €	40 €
Radiographie cœso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit cœso-gastro-duodénal]	113,05	78,72	28	65	0,559	74 €	106 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

4.2. Pour les actes cliniques

4.2.1. Les actes cliniques de spécialité

Tableau 35 : Rémunération horaire nette pour l'activité clinique de spécialités

Spécialités	Tarif CS	Tarif C2	Durée de la consultation	Taux de C2	Taux de charge	RHB	RHN
Gastro-entérologie	28 €	46 €	23 mn	32%	0.47	88 €	47 €
Rhumatologie	28 €	46 €	24 mn	18%	0.491	78 €	40 €
Gynécologie	25 €	46 €	19 mn	3%	0.509	80 €	40 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

4.2.2. Les actes clinique des généraliste

Tableau 36 : Rémunération horaire nette pour l'activité clinique des généralistes⁴⁵

Tarif C	Tarif V	Durée C	Durée V	Part des V	Taux de charge	RHB	RHN
23	33	15 mn	18 mn	12%	0.433	94 €	52 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

5. LES ENSEIGNEMENTS DES RESULTATS

[241] Il ressort des résultats que la rémunération horaire des divers actes techniques n'est pas homogène. Ce résultat tient notamment au fait que les tarifs ne correspondent pas aux tarifs cibles. Pour les actes choisis, les tarifs pratiqués en matière d'obstétrique et d'ophtalmologie sont au-delà de la cible.

[242] Dès lors que l'on se base sur les tarifs cibles, les rémunérations horaires nettes sont plus proches ; les différences tiennent à des pondérations différentes de l'intensité de l'acte (stress, effort mental, compétence technique) qui apparaissent indirectement dans le nombre de points attribués. La rémunération horaire nette du travail technique des chirurgiens (hors ophtalmologie) s'établit aux environs de 100 euros, celle du travail technique des obstétriciens et des radiologues autour de 70-75 euros. La rémunération des actes de gynécologie est plus dispersée.

⁴⁵ Sans intégrer les forfaits ALD et la rémunération sur objectif de santé publique

- [243] Les résultats pour ce qui concerne les radiologues⁴⁶ ne semblent pas cohérents avec ce que l'on sait de leur place dans la hiérarchie des revenus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette apparente contradiction (les durées retenues pour les actes sont surestimées, les radiologues travaillent plus que les autres spécialités ou ils délèguent une partie du travail aux manipulateurs radio, la part du travail facturable est plus importante, les taux de charges ne sont pas suffisamment précis,...) sans que l'on puisse en objectiver la part relative. Cette absence de cohérence confirme le scepticisme généralisé sur la pertinence de la hiérarchie des actes en imagerie.
- [244] Pour ce qui est du travail clinique, il semble mieux rémunéré dans le cas des généralistes que dans le cas des spécialistes mais on ne peut exclure le fait que pour les spécialistes, qui assurent aussi des actes techniques, le taux de charge global utilisé ne vienne majorer celui qu'il faudrait appliquer spécifiquement aux activités cliniques. La rémunération horaire nette ressort à environ 40 euros pour le travail clinique des spécialistes et à 52 euros pour les généralistes.
- [245] Malgré les limites des données mobilisées, les écarts sont suffisamment importants pour conclure que le travail technique est mieux valorisé dans l'hypothèse des tarifs cibles que le travail clinique d'environ du simple au double pour ce qui concerne la chirurgie et d'environ 50% pour ce qui concerne l'obstétrique et l'imagerie.
- [246] Bien évidemment, cette différence n'est pas nécessairement une marque d'iniquité. Elle pourrait se justifier par le fait que les actes techniques sont plus intenses (plus de stress, plus d'effort mental, plus de compétences techniques mobilisées). Les écarts sont néanmoins constatés pour des actes relativement banals pour les spécialités techniques considérées.

⁴⁶ Les actes retenus sont des actes de radiologie conventionnelle sans référence aux actes mobilisant des matériels lourds et rémunérés à travers des forfaits techniques

Annexe 3D

Les trois niveaux d'examen au Québec

[247] La nomenclature utilisée au Québec distingue trois niveaux d'examen⁴⁷.

1. L'EXAMEN ORDINAIRE

[248] Chaque examen ordinaire implique dans tous les un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- Le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure
- L'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution de la maladie.

2. L'EXAMEN COMPLET

[249] L'examen complet comporte les éléments suivants :

A / Le questionnaire

[250] Ce questionnaire porte sur :

- La raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
- Le fonctionnement de l'un ou des ensembles reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorges, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - système locomoteur;
 - système endocrinien.

B / L'examen clinique

[251] Cet examen est effectué sur une ou plusieurs régions reliées à la raison médicale du recours au médecin parmi les suivantes :

- peau et phalènes;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

[252] Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. Les examens suivants sont aussi réputés répondre à cette exigence :

⁴⁷ Cette définition est reprise du *Manuel de l'omnipraticien. Préambule général.*

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre intérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche, du genou lorsque celui-ci comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles.

C / Les recommandations au patient

D / La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinente.

3. L'EXAMEN COMPLET MAJEUR

[253] L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

A/ Le questionnaire portant sur :

- les antécédents familiaux du patient;
- les antécédents personnels du patient;
- la raison médicale du recours au médecin.
- le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
 - nez, gorges, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - système locomoteur;
 - système endocrinien.

B / L'examen clinique des régions suivantes :

- peau et phalènes;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

C / Les recommandations au patient.

D / La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes

[254] A l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois dans l'année. La durée générale de cet examen est en général de quarante-cinq minutes.

Liste des pièces jointes

Pièces jointes de la partie 1 « la tarification des séjours hospitaliers »

Pièce jointe 1-a	Note ATIH sur la comparaison des coûts 2009 aux tarifs de campagne 2011
Pièce jointe 1-b	Note ATIH / Campagne MCO 2010 - Principes de construction tarifaire (comprend elle-même 4 annexes numérotées A, B, C, D)
Pièce jointe 1-c	Note ATIH / Campagne tarifaire 2010 - Les tarifs initiaux de campagne - Fiche Contraintes
Pièce jointe 1-d	Note ATIH / Campagne MCO 2011 – tarifs de base – construction technique
Pièce jointe 1-e	Note ATIH / Campagne MCO 2011 – tarifs modulés
Pièce jointe 1-f	Part des différentes catégories d'établissement du secteur public dans les principales activités favorisées (données ATIH)

Pièces jointes de la partie 2 « la tarification des actes techniques »

Pièce jointe 2-a	Procédure "innovation" proposée par le groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS
Pièce jointe 2-b	Exemples d'avis de la HAS Restés sans suite

Pièces jointes de la partie 4 « la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital »

Pièce jointe 4-a	Etude de l'ATIH sur les actes et consultations externes à l'hôpital
-------------------------	--

Pièces jointes de la partie 1

« La tarification des séjours hospitaliers »

Pièce jointe 1-a



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé

**Note méthodologique :
Description du fichier
« comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011 »
construit pour la mission IGAS**

Ce document a pour but de décrire les variables présentées dans le fichier « *comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011.xls* ». Ce fichier a été construit pour permettre à la mission IGAS de comparer les coûts complets aux coûts au champ tarifaire, les tarifs issus des coûts aux tarifs de campagne. Le tarif issu des coûts et le tarif de campagne ont été utilisés dans le cadre de l'étude adéquation charges/financement, pour la campagne tarifaire 2012. Etant donné qu'ils sont sur le même périmètre, ils peuvent être comparés. Pour avoir la séquence attendue par l'IGAS, il a été décidé d'y ajouter les coûts complets et les coûts au champ tarifaire. Il convient de noter que ces deux notions ne sont pas sur le même périmètre, puisque les éléments non financés par le tarif des GHS ne sont pas présents dans le coût au champ tarifaire alors qu'ils sont présents dans le coût complet.

Etant donné que le coût au champ tarifaire et le tarif issu des coûts sont calculés à partir de plusieurs années de coûts, il a donc été décidé de présenter le coût complet issu du tendancier. Le tendancier est une méthode permettant d'obtenir un coût moyen à partir de plusieurs années de coût.

Ce document présente la méthode de calcul des coûts/tarifs suivants :

- Le coût complet issu du tendancier : calculé dans le cadre des travaux IGAS. Ces coûts ne sont pas sur le même périmètre que les tarifs. Par conséquent ils ne sont pas utilisés lors de la campagne tarifaire.
- Le coût au champ tarifaire issu du tendancier
- Le coût au champ tarifaire issu du tendancier hors PDSH et Précarité, prise en compte de la Haute Technicité dans le secteur ex-OQN
 - Le tarif issu du coût

Remarque : La méthode de construction des tarifs de campagne 2011 présentés dans le fichier « *comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011.xls* » ne fait pas l'objet d'une présentation dans le document.

La méthode de calcul de chacun de ces éléments est présentée ci-dessous. Il convient de noter que les informations sont présentées, dans le fichier Excel, par secteur (ex-DG et ex-OQN), par GHM, pour les GHM dit « robustes » (au moins 30 séjours pour chacune des années de coût prises en compte dans le calcul du coût au champ tarifaire). L'étude porte donc sur 77% des GHM du secteur ex-DG. Pour le secteur ex-OQN, le périmètre est beaucoup plus restreint, l'étude ne portera que sur 44% des GHM. Il convient toutefois de noter que ces GHM sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent autour de 97% de la masse de chaque secteur et entre 91% et 98% des séjours.

Les coûts sont calculés sur la version de classification en cours, à savoir la version **v11c**.
Il convient de noter que les séances de radiothérapie sont exclues de l'analyse, car le recueil PMSI des années antérieures à 2010 ne permet pas de grouper correctement ces séances dans les nouveaux GHM de la v11c.

1. CALCUL DU « COUT COMPLET ISSU DU TENDANCIEL »

La méthode appelée « tendanciel des coûts » a été appliquée sur les coûts complets calés présentés dans le référentiel de coût.

L'objectif de cette méthode est d'obtenir une seule échelle de coûts à partir de plusieurs observations de coûts. Il convient de rappeler que quatre années de coûts (2006, 2007, 2008, 2009) sont utilisées pour le secteur ex-DGF, trois années seulement (2006, 2007 et 2009) pour le secteur ex-OQN.

Le principe consiste à calculer **un coût moyen (non pondéré) en ne gardant que les années fiables. Ce coût est appelé coût issu du tendanciel ou coût pluriannuel**. Pour le calculer, les précisions de chaque coût observé et la notion d'éloignement (ou d'isolement) sont utilisées.

Avant de pouvoir appliquer la méthode aux coûts calculés, il est nécessaire de faire évoluer les coûts antérieurs à 2009 pour qu'ils soient comparables au coût 2009. Pour cela, un taux d'actualisation est calculé par CAS (Catégorie d'Activité de Soins) entre chacune des années.

Les catégories d'activités de soins utilisées pour calculer le taux d'actualisation annuel sont les suivantes pour le secteur ex-DGF :

- chirurgie ambulatoire
- chirurgie avec sévérité légère
- chirurgie avec sévérité lourde
- techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée
- techniques peu invasives avec sévérité légère
- techniques peu invasives avec sévérité lourde
- séjours sans acte classant ambulatoire ou de courte durée
- séjours sans acte classant avec sévérité légère
- séjours sans acte classant avec sévérité lourde
- obstétrique ambulatoire ou de courte durée
- obstétrique avec sévérité légère
- obstétrique avec sévérité lourde
- néonatalogie ambulatoire ou de courte durée
- néonatalogie avec sévérité légère
- néonatalogie avec sévérité lourde
- décès
- séances de radiothérapie
- séances de dialyse
- séances de chimiothérapie
- autres séances

Les catégories d'activités de soins utilisées pour le secteur ex-OQN sont les mêmes, sauf que des regroupements ont été faits pour l'obstétrique et pour la néonatalogie (les effectifs étant insuffisants). Pour ces deux activités, une seule CAS est créée quel que soit le niveau du GHM.

Les coûts antérieurs au coût 2009 sont actualisés en fonction des taux calculés. On dispose alors de quatre échelles de coûts actualisées dans le secteur ex-DG et trois dans le secteur ex-OQN.

Afin de déterminer quelles années sont utilisées pour calculer le coût du GHM, les éléments suivants sont pris en compte :

- Une année est considérée imprécise si son ERE⁴⁸ est > 30%. Les années imprécises ne sont pas prises en compte dans le calcul du coût pluriannuel ;

⁴⁸ ERE : Erreur Relative d'Echantillonnage ou coefficient de variation

- De même, seules les observations « proches » sont conservées dans le calcul du coût pluriannuel. Ainsi, la notion d'isolement est introduite. La ou les année(s) isolée(s) des autres seront exclues du calcul du coût pluriannuel. Les évolutions de coûts entre chaque année sont calculées afin de déterminer si une année est éloignée par rapport aux autres. Une évolution est considérée comme stable si elle est inférieure à 5%.

Un algorithme est défini afin de sélectionner les années de coûts et, ce, pour chaque GHS. A la suite de celui-ci, une échelle de coûts complets pluriannuels est ainsi obtenue sur les deux secteurs.

2. CALCUL DU « COUT AU CHAMP TARIFAIRE ISSU DU TENDANCIEL »

Ce coût n'est pas obtenu à partir du coût précédemment calculé (coût complet issu du tendancier). Pour obtenir le coût au champ tarifaire issu du tendancier, il faut procéder à des traitements sur les coûts de chaque année (traitements de mise au périmètre tarifaire), avant d'appliquer le tendancier qui permettra de créer un coût moyen à partir des coûts disponibles (2006, 2007, 2008 et 2009 dans le secteur ex-DG, 2006, 2007 et 2009 dans le secteur ex-OQN).

En effet, dans l'étude Adéquation Charges/Financement, le but est de comparer les charges aux recettes sur le même périmètre –en l'occurrence, les tarifs de campagne 2011.

Les différentes étapes sont détaillées ci-dessous, dans l'ordre de leur réalisation.

2.1 : Calcul d'un coût hors éléments facturés en sus identifiables au séjour

Pour cette étape, pour chaque année de coût, chaque séjour voit son coût complet (abattu des coefficients géographiques et du taux MERRI) déduit des éléments suivants :

- médicaments et DMI facturables en sus,
- médicaments sous ATU⁴⁹,
- charges de SMUR (section d'analyse médico-technique et sous-traitance),
- charges de laboratoire Hors Nomenclature (SAMT et sous-traitance),
- séances de radiothérapie et de dialyse en sus,
- honoraires libéraux des Praticiens Hospitaliers, pour le secteur ex-DGF
- rémunération à l'acte, pour le secteur ex-DGF
- honoraires libéraux pour le secteur ex-OQN.

Un coût moyen par GHS est ensuite calculé à partir de ces coûts au séjour, une échelle de coûts étant calculée pour chaque année.

2.2 : Réintégration des DMI et médicaments radiés de la liste en sus

Les coûts sont observés sur les années 2006 à 2009 alors que les tarifs auxquels ils sont ajustés dans le cadre de l'étude adéquation charges/financement sont les tarifs 2011. Entre 2006 et 2011, certains éléments de la liste en sus ont été intégrés dans le tarif du GHS, du fait d'une baisse de leur coût et d'une utilisation devenue plus fréquente pour le traitement de certaines pathologies.

Les coûts moyens calculés précédemment sont donc minorés par rapport aux tarifs du fait de la radiation de certains DMI et médicaments de la liste en sus. Le coût de ces DMI et médicaments a alors été réintégré dans le tarif du GHS.

La difficulté est que, pour chaque année de recueil, les établissements de l'ENC ont identifié les charges de DMI et médicaments en fonction de la liste en sus de l'année de recueil. Par exemple, pour les coûts 2009, les médicaments et DMI identifiés dans les charges en sus sont ceux de la liste en sus 2009, qui ne correspond pas à la liste en sus 2008. Les coûts de chaque année de recueil ne sont donc pas sur le même périmètre de charges.

Afin de pouvoir comparer les coûts aux derniers tarifs parus, il faut se baser sur la liste en sus correspondante, à savoir la liste en sus 2011. Il convient donc de réintégrer dans le coût, pour chaque année, les charges de médicaments et de DMI radiés entre l'année de recueil et 2011.

⁴⁹ Autorisation Temporaire d'Utilisation.

2.3 : Suppression des suppléments journaliers (REA, SI, SC) pour chacun des GHS

La suppression des suppléments journaliers se fait en débasant du coût calculé à l'étape 2.2 un poids de suppléments par GHS :

$\text{Coût}_{\text{étape 2.3}} = \text{coût}_{\text{étape 2.2}} / (1 + \text{poids de suppléments})$.

Ce poids est calculé à partir des recettes PMSI et correspond au ratio de la valorisation des suppléments journaliers sur la valorisation en GHS. Ce poids est le plus souvent compris entre 0 et 1. Il peut être nul, notamment pour les GHS d'ambulatoire par exemple, ou supérieur à 1 notamment pour les niveaux sévères en néonatalogie.

Pour calculer la valorisation GHS, ce sont les tarifs 2011 (v11c) auxquels la PDSH et la précarité sont réintégrées (puisque ces charges font partie des coûts) et les tarifs de suppléments 2011 qui sont utilisés.

Le rebasage de la PDSH et de la précarité dans les tarifs se fait d'une manière identique à celle utilisée au moment du débasage, à savoir de façon uniforme sur l'ensemble des GHM concernés.

Les coûts étant calés sur la base nationale de l'année de recueil (par exemple, les coûts 2009 sont calés sur le case-mix national 2009), ils reflètent donc l'activité et le case-mix de celle-ci. Ainsi, un poids de suppléments propre à chaque année est calculé, en utilisant le case-mix de l'année de recueil pour calculer les valorisations, les tarifs des GHS et des suppléments utilisés restant les mêmes (2011).

2.4 : Calcul d'un coût pluriannuel

A la suite de la suppression des suppléments journaliers et des prélèvements d'organes, une échelle de coûts est obtenue pour chaque année. L'objectif est d'obtenir une seule échelle de coûts à partir de plusieurs observations de coûts. La méthode du tendanciel présentée en I. Calcul du « coût complet issu du tendanciel » est utilisée.

2.5 : Procédures de hiérarchisation du coût pluriannuel

L'échelle obtenue à l'étape 2.4 peut ne pas respecter la hiérarchie entre les niveaux. Il est ainsi nécessaire de mettre en place une procédure de hiérarchisation pour corriger cette échelle. Cette procédure repose sur les ratios de coût (ou de DMS quand le ratio de coût n'est pas calculable) entre les niveaux de sévérité, pour chaque sous-CMD⁵⁰.

A l'issue de cette étape est obtenu le coût nommé « Coût au champ tarifaire issu du tendanciel ».

Remarque : Le coût complet issu du tendanciel et le coût au champ tarifaire issu du tendanciel sont obtenus par des procédures indépendantes. L'algorithme permettant de décider des années de coût à prendre en compte pour calculer le coût pluriannuel est basé sur l'évolution des coûts. Cette évolution n'est pas forcément la même sur les coûts complets et sur les coûts au champ tarifaire. Ainsi, les années de coût conservées pour le calcul du coût moyen ne sont pas forcément les mêmes pour le coût complet et le coût au champ tarifaire.

3. CALCUL DU « COUT AU CHAMP TARIFAIRE ISSU DU TENDANCIEL » HORS PDSH ET PRECARITE, PRISE EN COMPTE DE LA HAUTE TECHNICITE DANS LE SECTEUR EX-OQN

Avant de procéder à l'ajustement à la masse tarifaire, il existe certains ajustements de périmètres à reporter sur l'échelle de coût obtenue en II.

⁵⁰ Sous-CMD : 3 premiers caractères du GHM

Au cours des campagnes tarifaires 2009, 2010 et 2011, le périmètre des GHS a évolué et un certain nombre de financements, auparavant inclus dans le tarif du GHS, ont donné lieu notamment à la création de MIG (PDSH et Précarité par exemple). Du côté des coûts, ces MIG ne peuvent pas être identifiées, les charges correspondant sont donc incluses dans les coûts mais ne le sont pas dans les tarifs. Il est nécessaire de mettre l'échelle de coûts sur le même périmètre que l'échelle des tarifs de campagne 2011 avant de procéder à l'ajustement de l'échelle de coûts à celle des tarifs.

Plusieurs mesures concernant le modèle de financement sont à répercuter sur les coûts calculés en II :

- La création de deux « MIG PDSH et Précarité » avec transfert progressif des masses des tarifs des GHS sur une MIG en deux ans (campagnes 2009 et 2010). Cette mesure concerne les secteurs ex-DG et ex-OQN.
- La création de la « MIG Interne » avec transfert du financement via les tarifs des GHS à un financement par MIG (campagne 2011). Cette mesure concerne le secteur ex-DG.
- La modification du financement de la Haute-Technicité dans le secteur ex-OQN : passage du financement via un coefficient tarifaire à un financement via le tarif des GHS progressif en 4 ans (campagnes 2009 à 2012).

4. CALCUL DU TARIF ISSU DU COUT

Une fois l'échelle de coût calculée sur le même périmètre que l'échelle des tarifs de campagne 2011, un coefficient d'ajustement est appliqué à l'ensemble de l'échelle afin que l'application des coûts « ajustés » aboutisse à la même masse que l'application des tarifs de campagne 2011. Les tarifs issus des coûts sont alors obtenus.

Remarque : Le tarif issu du coût est calculé dans le cadre de l'étude Adéquation Charges/Financement, basée sur l'échelle des GHM robustes, c'est-à-dire ayant au moins 30 séjours. Donc l'ajustement à la masse tarifaire est réalisé à partir de la liste des GHM robustes.

Pièce jointe 1-b



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de Ressources des Etablissements de Santé

CAMPAGNE MCO 2010 PRINCIPES DE CONSTRUCTION TARIFAIRE

Lors de la mise en place de la v11, une nouvelle démarche de construction des tarifs a été élaborée reposant sur 3 concepts :

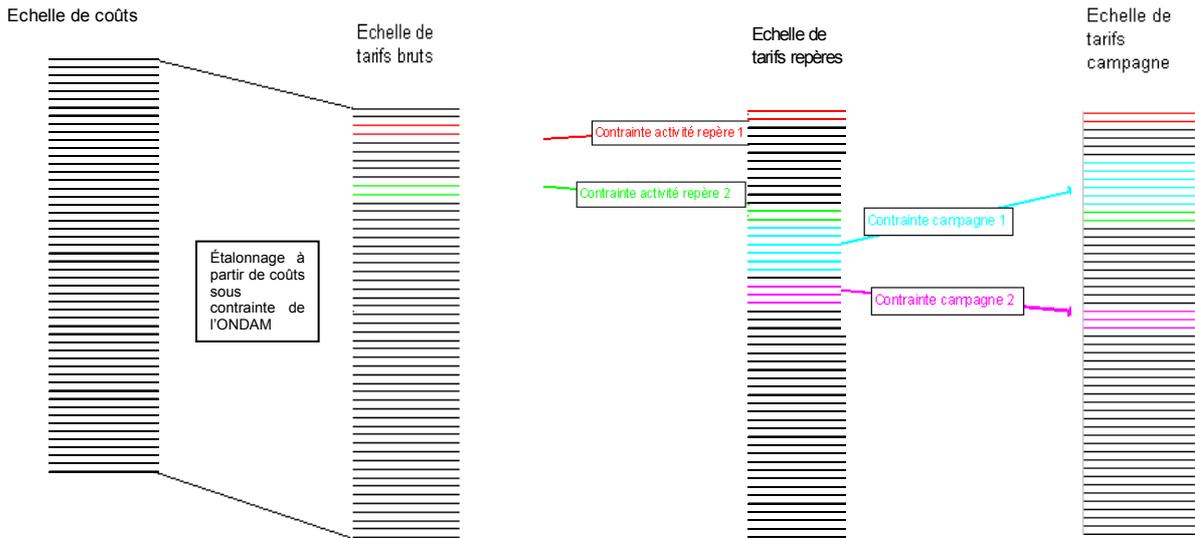
- **Tarifs bruts** directement issus de l'échelle nationale de coûts
- **Tarifs repères** compte tenu des contraintes liées aux objectifs de santé publique
- **Tarifs de campagne** compte tenu de la limitation des « gains ou pertes » de recettes sur les activités.

Dans un premier temps seront détaillées une à une ces trois étapes de la construction tarifaire, puis dans un second temps sera explicitée la relation entre la construction de l'ONDAM et la construction tarifaire.

La campagne 2010 a principalement été marquée par les évolutions suivantes :

- Les modifications de classification et de modèle :
 - a. l'évolution de l'algorithme de classification des séjours : pour 2010, la version v11b de la classification modifie l'effet âge et conduit à une répartition des séjours par niveaux différente entre la v11a et la v11b. Par ailleurs, des nouveaux GHM ont été créés (cf. notice publiée sur le site de l'agence)
 - b. l'évolution du modèle de financement : pour la campagne 2010, le mode de calcul des bornes basses ainsi que le financement pour les séjours bas des niveaux 1 et des GHM indifférenciés a été revu. Ces modifications influent sur la valeur des tarifs.
- Les évolutions concernant le champ tarifaire : le champ des tarifs a été modifié pour la campagne 2010:

Lors de cette campagne, compte tenu des évolutions (version b de la classification, modification du financement des séjours bas, nouvelles données de coûts, etc.), il a été décidé de reconduire la méthode de construction tarifaire mise en place en 2009, conduisant ainsi au recalcul de l'ensemble des échelles tarifaires suivantes.



Il convient de noter que les 4 échelles représentées tiennent compte des effets liés :

- I. au changement de classification ;
- II. au changement du modèle de financement (en 2010, l'ajustement des bornes basses).

Il est toutefois rappelé que ces trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont au champ de l'exercice N-1. Ainsi, ces échelles n'intègrent pas les spécificités de la campagne N (changement de champ tarifaire, mesure spécifique de convergence ciblée, etc.). Cette prise en compte est réalisée lors d'une ultime étape qui permet d'aboutir aux tarifs finaux de campagne, à savoir les tarifs publiés par arrêté (cf. partie 4 de la présente note).

1. TARIFS « BRUTS »

La prise en compte des données de coûts issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune selon la version de classification v11b permet de construire les tarifs bruts. Ces tarifs théoriques respectent strictement la hiérarchie telle qu'issue des coûts.

Il convient de noter que les coûts permettant de caler les tarifs bruts, ne sont pas les coûts complets issus du référentiel.

En effet, les référentiels présentent les résultats des coûts d'un exercice donné pour un échantillon donné. Malgré la procédure de calage consistant à réduire l'erreur d'échantillonnage, les résultats restent sensibles à la constitution de l'échantillon. Pour lisser les effets et dans le cadre de la construction tarifaire, l'agence a mis en place une méthodologie permettant de construire une échelle de coûts à partir des résultats issus de plusieurs référentiels. Ainsi, une échelle de coûts a été élaborée à partir des données de coûts 2006/2007 (Cf. Annexe D). De plus, il est également nécessaire de raisonner sur un champ se rapprochant le plus du périmètre des tarifs. Il s'agit des coûts dits « T2A ».

Pour la campagne 2010, le principe de stabilité tarifaire a été choisi. Ainsi, si des tarifs bruts issus des données de coûts 2006/2007 ont été calculés, il a été arbitré de ne pas imputer les évolutions de coûts dans les tarifs et donc de repartir des données de coûts 2006. Ainsi, les tarifs bruts permettant d'aboutir aux tarifs de campagne 2010 sont issus des coûts « T2A » 2006 et des coûts « T2A » 2006/2007 lorsque le coût 2006 a été jugé peu fiable.

2. TARIFS « REPERES »

Il est admis que les tarifs doivent également prendre en compte les problématiques liées aux différentes politiques tarifaires menées jusqu'alors ainsi que les grandes orientations fondamentales liées à la structuration de l'offre de soins. Pour cela, il est nécessaire d'opérer une

distorsion de l'échelle de tarifs bruts construite sur la hiérarchie des coûts afin notamment d'inciter une activité définie ou de pérenniser dans le temps les actions de politiques de santé.

Dans le cadre de la campagne 2010, les **tarifs repères** ont été construits à partir des tarifs bruts qui ont été ajustés par rapport à certaines activités spécifiques : le cancer, les soins palliatifs, la chirurgie ambulatoire, la périnatalité et liste d'activités lourdes (Cf. Annexe A : Contraintes pour la construction des tarifs repères).

Sans pour autant constituer une cible précise, ces échelles de tarifs donnent les orientations des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme.

3. TARIFS « INITIAUX DE CAMPAGNE »

Les tarifs de campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements. Pour les activités spécifiques qui ont subi des contraintes dites « repères », le tarif repère s'applique directement⁵¹ en dehors de la chirurgie ambulatoire.

Pour les autres GHM, des contraintes dites « contraintes de campagne » sont élaborées. Ces contraintes consistent à limiter les effets revenus engendrés par l'application de l'échelle de tarifs repères. Les contraintes peuvent être définies par agrégat plus ou moins fin (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic, racines, GHM, etc.).

Cette démarche a donc introduit une notion de transition entre les tarifs de campagne et les tarifs repères. Certes, les tarifs repères ne représentent pas une cible précise (ils peuvent notamment évoluer en fonction notamment des changements de classification et de modèle) mais les tarifs initiaux de campagne se situent à un niveau intermédiaire entre ces repères et les tarifs de l'exercice précédent.

Les tarifs de campagne sont donc dépendant des tarifs repère d'une part, et de la limitation des effets revenus d'autre part.

Il convient de noter que :

- pour certaines CMD ou sous CMD, certains tarifs de campagne sont égaux aux tarifs repères dès lors que l'application des tarifs repères n'engendrent pas trop d'effets revenus ;
- la gestion des contraintes consiste à préserver la hiérarchie des coûts au sein d'une racine mais pas la hiérarchie entre les racines. Cette gestion permet de ne pas engendrer trop de redistribution de recettes sur les établissements.

Pour fixer les tarifs de campagne 2010, il a été décidé de tenir compte des contraintes de campagne mises en œuvre dans le cadre de la campagne 2009⁵².

Pour les activités spécifiques Cancer, Soins palliatifs, activités lourdes et AVC dans le secteur ex DG, le tarif de campagne est directement égal au tarif repère. Pour les AVC dans le secteur ex-OQN, les tarifs de campagne 2010 distribueront une recette équivalente à la recette actuelle augmentée de 50% de l'écart entre la recette issue des tarifs repères et la recette actuelle. Enfin, pour la chirurgie ambulatoire, la contrainte de campagne consiste, d'une part à calculer le tarif

⁵¹ Il s'agit une des caractéristiques du tarif repère qui a été défini dans le cadre de l'élaboration de la démarche de construction tarifaire

⁵² Ainsi,

-pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009, maintien du principe d'égalité entre tarif de campagne et tarif repère sauf dans les cas où le tarif repère se trouve éloigné du tarif de campagne actuel (i.e. : indique que le repère a évolué) ;

- pour les racines qui avaient fait l'objet d'une contrainte lors de la campagne 2009 mais pour lesquelles le tarif actuel (2009) se trouve suffisamment proche du tarif repère 2010 (i.e. : évolution inférieure à 2% en valeur absolue), fixation du tarif de campagne 2010 comme égal au tarif repère 2010 ;

- pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 mais pour lesquelles le tarif repère 2010 se trouve éloigné du tarif actuel (i.e. : évolution supérieure à 5%), le tarif de campagne 2010 a été fixé en considérant la moitié de l'écart entre le tarif repère 2010 et le tarif actuel.

moyen 1/J sur la base de la proportion actuelle de prise en charge ambulatoire augmentée de 50% de l'écart au taux cible et d'autre part à réaliser 50% de l'écart entre le tarif actuel et le nouveau tarif moyen.

4. OBTENTION DES TARIFS DE L'ARRETE : CHANGEMENT DE PERIMETRE DES TARIFS ET CONVERGENCE CIBLEE

Les étapes explicitées précédemment aboutissent à des échelles de tarifs calées sur la masse tarifaire de l'exercice précédent. Ainsi, pour la campagne 2010, les tarifs « bruts » et « repères » sont au champ tarifaire 2009 et n'intègrent pas la mesure de convergence ciblée. La dernière étape consiste à imputer les changements de périmètre des tarifs ainsi qu'à appliquer le taux d'évolution des tarifs défini dans le cadre de l'ONDAM.

En 2010, le changement de périmètre des tarifs a concerné :

- la réintégration dans les tarifs de molécules anticancéreuses génériques ;
- la réintégration dans les tarifs des valves aortiques ;
- la poursuite de la réintégration du forfait Haute technicité dans les tarifs ;
- le débasage complémentaire opéré sur les tarifs compte tenu de l'ajustement du modèle opéré sur les MIG précarité qui a conduit à revoir à la hausse le montant global attribuée à cette mission.

La dernière étape consiste à faire évoluer les tarifs dans la limite définie par l'ONDAM. Ainsi, à partir de l'évolution des dépenses de l'AM, est déterminée l'évolution des dépenses des établissements de santé, décomposée entre les établissements tarifés à l'activité et les autres dépenses (notamment afférentes aux activités SSR.PSY). S'agissant des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution est scindée entre l'ODMCO et l'enveloppe MIGAC, puis au sein de l'ODMCO entre les forfaits annuels, les médicaments/DMI et la part tarifs. Il convient de noter que ces évolutions sont construites par le ministère à partir des évolutions de charges et tiennent compte des différentes mesures d'économies (cf. arborescence en annexe). Cette déclinaison permet d'obtenir le taux d'évolution moyen des tarifs pour la part tarifs, une fois déduites les évolutions liées au volume et aux éventuelles provisions. Ce taux d'évolution concerne l'ensemble de la part tarifs y compris les consultations et actes externes. La déduction de la masse liée à ces dernières permet d'obtenir l'évolution moyenne de l'ensemble des tarifs sur 10 mois. Ensuite, est arbitrée l'évolution pour chaque type de prestations (suppléments journaliers, GHT, GHS, dialyse, etc.).

Pour 2010, pour le secteur ex DG, les tarifs des suppléments journaliers n'ont pas évolué, ni ceux des GHT, ni ceux des prestations D de la dialyse. S'agissant des GHS, leur évolution moyenne a été de -0,74% ce qui correspond aux 150M€ prévus dans le cadre de la convergence ciblée.

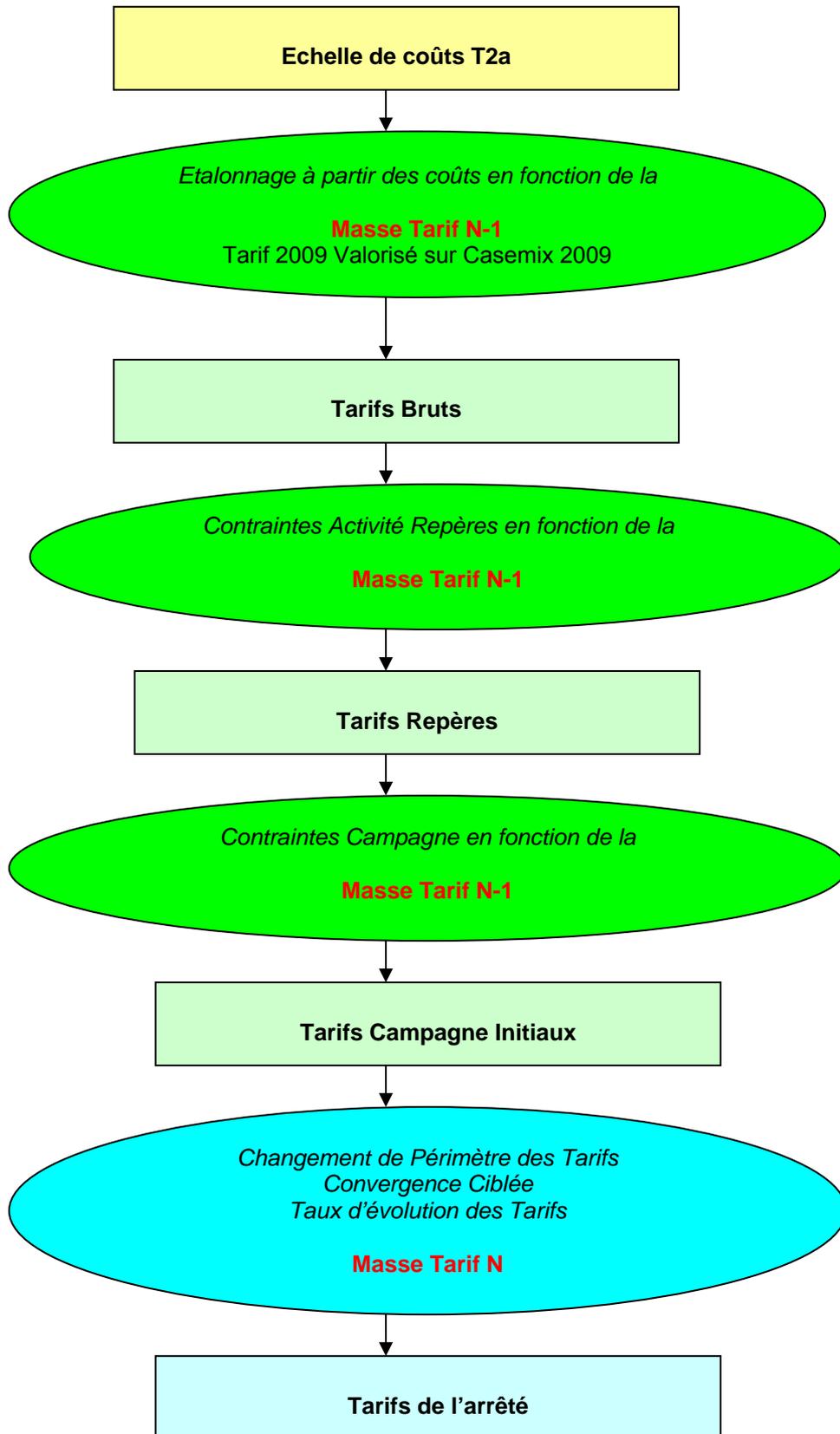
Pour cela une liste de 35 GHM (Cf. Annexe B) a été établie pour lesquels les tarifs 2010 ont fait l'objet d'un rapprochement ou d'une convergence totale entre les deux secteurs. Les GHM ciblés doivent respecter des critères tels qu'un niveau médical similaire (lourdeur des patients) et des pratiques et prises en charge semblables et assez standards dans les deux secteurs. L'approche médicale approfondie a donc constitué le socle de cette démarche. Ainsi, les GHM sélectionnés devaient présenter des effectifs nombreux et ce, au sein de chaque secteur afin de garantir une homogénéité acceptable tant en termes médical qu'économique.

La mesure de convergence ciblée en 2010 n'est intervenue que sur les tarifs du secteur ex DG puisqu'il s'agit de faire converger le tarif de ce secteur vers celui du secteur ex OQN après prise en compte des honoraires (y compris les dépassements). Deux types de modalités ont été mises en œuvre :

- la convergence totale soit la fixation d'un tarif unique
- le rapprochement tarifaire.

S'agissant du secteur ex OQN, les tarifs sont restés stables pour l'ensemble des prestations.

Schéma de construction Tarifaire



Afin d'obtenir les tarifs bruts, l'échelle de coût T2A est ajusté à la masse tarif de chaque secteur d'activité. Cette masse correspond à la masse de l'année N-1 observé, à savoir l'application des tarifs N-1 à l'application de l'activité N-1.

Les trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont au champ de l'exercice N-1 et n'intègrent pas les spécificités de la campagne N (changement de champ tarifaire, mesure spécifique de convergence ciblée, etc.).

La prise en compte de ces mesures est réalisé lors d'une ultime étape et permettent d'obtenir les tarifs de l'arrêté. Cette dernière étape consiste à faire évoluer les tarifs dans la limite définie par l'ONDAM, correspondant à une masse tarif de l'année N.

ANNEXE A : Détails des contraintes dites repères

Les tarifs repères sont construits à partir de l'échelle des tarifs bruts sur laquelle est appliquée une distorsion pour tenir compte des politiques de santé publique, selon des contraintes spécifiques, communes ou propres à chacun des 2 secteurs.

➤ Contraintes communes aux deux secteurs

Soins palliatifs (1 racine concernée): cette contrainte consiste à

- fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours
- maintenir un rapport de 1.5 entre le tarif des séjours dans des unités et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié et un rapport de 1.3 entre le tarif des séjours dans des lits dédiés et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié
- maintenir les valeurs des EXH
- maintenir la masse finançant actuellement cette activité (i.e. : masse distribuée par les tarifs 2009 tels que fixés par l'arrêté)

Ces contraintes conduisent à fixer les tarifs repères 2010 comme égaux aux tarifs 2009.

Activités lourdes (52 racines concernées) : la contrainte consiste à :

- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une hausse de recettes, entériner cette hausse → les tarifs repères sont alors égaux aux tarifs bruts
- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une baisse de recettes à annuler cette hausse → les tarifs repères sont donc rehaussés par rapport à la valeur des tarifs bruts de sorte de redistribuer les recettes actuelles.

La liste des GHM concernés a été enrichie de 20 racines pour l'année 2010, en revanche 7 anciennes racines ont été retirées (séjours pour surveillance).

Cancer (31 racines concernées) : la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant l'activité du cancer. Cette activité peut être décomposée entre les racines CANCER hors séances et les racines correspondant aux séances. L'application des tarifs bruts à ces deux sous catégories induirait une hausse de recettes pour la première et une baisse pour la deuxième. Ainsi, même si globalement les ressources de l'activité cancer sont figées, la redistribution entre l'activité Cancer hors séances et les séances a été modifiée.

Pour le secteur ex DG, la hausse pour les racines CANCER hors séances a totalement été entérinée dans les tarifs repères. Compte tenu de l'équilibre des masses, cette hausse a entraîné de faire baisser les recettes des séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Ainsi, en moyenne, les recettes des racines CANCER hors séances augmenteraient de 1,2% tandis que celles des séances diminueraient de 1,8%.

Pour le secteur ex QON, l'équilibre des masses a conduit à fixer les tarifs repères de sorte que les séances baissent en moyenne de 6,2% ce qui permet de rehausser les recettes des autres activités de 5,1%.

Chirurgie ambulatoire (19 racines concernées) : une liste de 19 racines⁵³ pour lesquelles l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables a été élaborée. Pour ces GHM, le tarif du niveau 1 et celui du niveau J sont identiques et valent la moyenne pondérée des deux tarifs bruts. Il convient de noter que la pondération cible (rapport entre l'effectif pris en charge en ambulatoire sur l'effectif total du couple '1 + J') pour chaque couple correspond à celle observée, sur les données d'activité 2009, dans le secteur où la part de chirurgie ambulatoire est la plus élevée.

Périnatalogie (2 racines concernées) : si la contrainte a été la même sur les deux secteurs en terme de nature de traitements à savoir maintenir un ratio de tarifs entre deux activités, la valeur du ratio est différente entre les deux secteurs.

Ainsi, pour le secteur ex-OQN, la contrainte à consister à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;

⁵³ Par rapport à la liste 2009, une racine a été ajoutée 06C10

- maintenir un rapport tarifaire de 12% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

Pour le secteur ex DG, cette contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 40% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 20% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

➤ **Contraintes propres au secteur ex DG**

AVC (2 racines concernées): la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant les racines d'AVC. Deux racines médicales sont concernées par la mise en place de cette contrainte en 2010: 01M30 et 01M31.

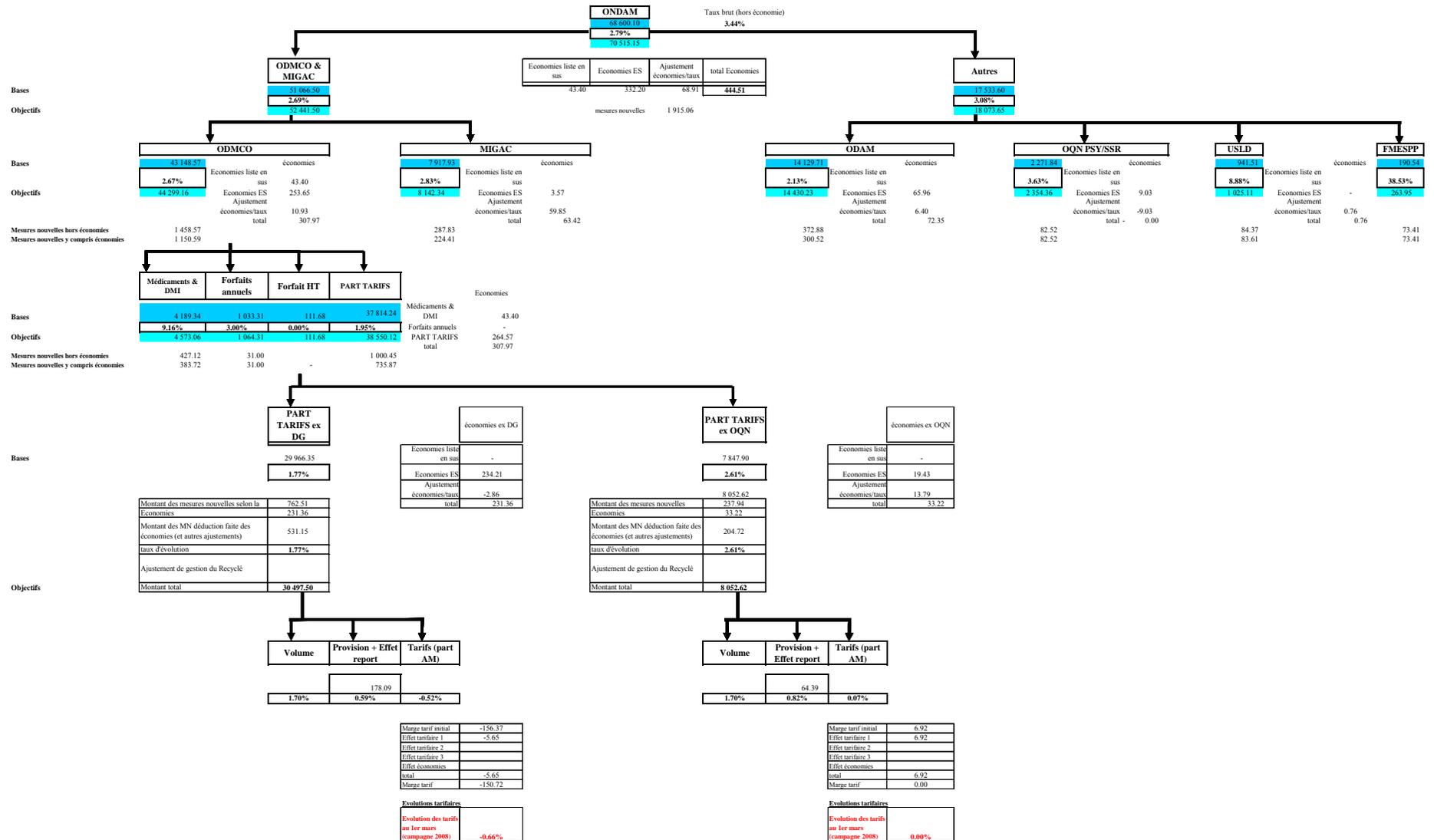
➤ **Contraintes propres au secteur ex OQN**

Lors de la campagne 2010, ce secteur n'a pas fait l'objet d'une contrainte spécifique propre.

Les politiques de santé publiques sont impactées les unes après les autres. Seul l'effet global de ces différentes mesures a été examiné.

Annexe B : arborescence 2010

DECOMPOSITION DE L'ONDAM en millions d'€

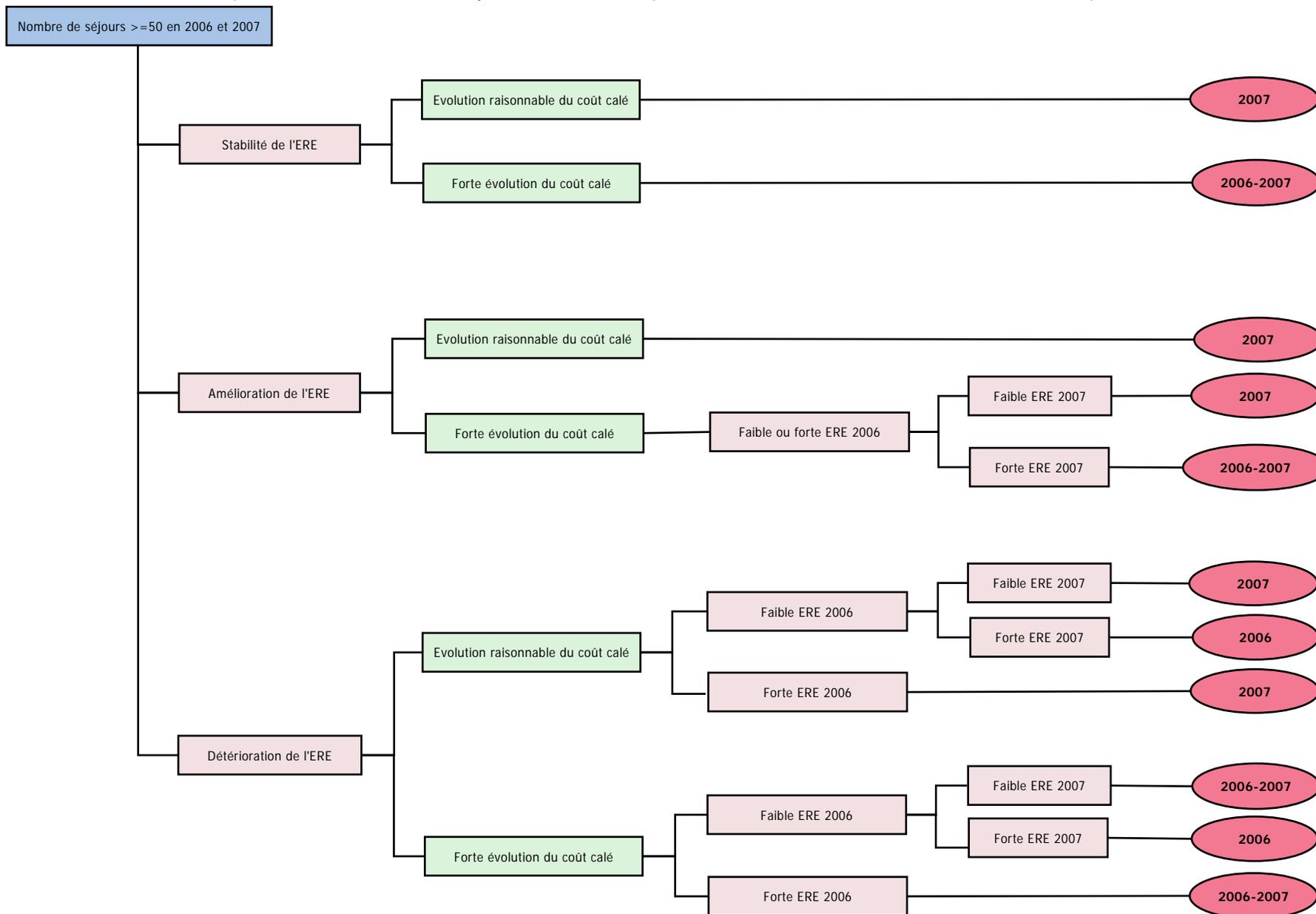


ANNEXE C : Liste GHM convergence ciblée

GHM_v11	Libellé du GHM	Scénario convergence
01C131	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1	convergence totale
01C13J	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	convergence totale
03C101	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	convergence totale
03C22J	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire	convergence totale
03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	convergence totale
03C14I	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	convergence totale
05C17I	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	convergence totale
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	convergence totale
06C12I	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	convergence totale
08C45I	Ménisectomie sous arthroscopie, niveau 1	convergence totale
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	convergence totale
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	convergence totale
12C08I	Circoncision, niveau 1	convergence totale
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, en ambulatoire	convergence totale
13C12I	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, niveau 1	convergence totale
11K08J	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	convergence totale
10C12I	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	convergence totale
06C11I	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
13C03I	Hystérectomies, niveau 1	convergence totale
14C02A	Césariennes sans complication significative	convergence totale
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	Taux de convergence à 50%
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	Taux de convergence à 46%
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	Taux de convergence à 35 %
03K02I	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
05C15I	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C09I	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C14I	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
07C14I	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C24I	Prothèses de genou, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C48I	Autres prothèses de hanche, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
09C05I	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
11C05I	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
28Z14Z	Transfusions, en séances	Taux de convergence à 35 %
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Taux de convergence à 25 %

ANNEXE D : Tendancier des coûts T2A 2006-2007 utilisé dans le cadre de la campagne tarifaire 2010

L'arbre de décision utilisé pour construire la valeur moyenne 2006-2007 à partir des deux années de coûts 2006 et 2007 est présenté ci-dessous :



Guide de lecture et définitions associées à cet arbre :

Cet arbre correspond à la représentation des cas « simples », c'est-à-dire lorsqu'il y a suffisamment de séjours dans l'ENC (≥ 50 à la fois en 2006 et en 2007, cf. rectangle bleu) et où les ERE 2006 et 2007 sont calculables. L'ERE⁵⁴ (Erreur Relative d'Echantillonnage) s'apparente à un coefficient de variation permettant de mesurer la précision de l'estimation. Une ERE faible correspond à une faible dispersion des données donc à une bonne précision.

Il y a quatre tests maximum. Ils sont représentés par les rectangles roses lorsqu'ils concernent l'ERE et par les rectangles verts lorsqu'ils concernent le coût calé. La décision de calcul du coût tendanciel 2006-2007 est représentée dans les ellipses.

Le premier test (première colonne) concerne l'évolution de l'ERE entre 2006 et 2007.

Le second test concerne l'évolution du coût calé.

Les deux derniers tests (qui ne sont pas systématiques) concernent respectivement l'ERE 2006 puis celle de 2007.

Le tableau suivant donne la correspondance entre la valeur dans l'arbre et la valeur numérique prise par la variable testée.

Variable testée	Définition dans l'arbre	Définition numérique
Valeur de l'ERE 2006 ou 2007	faible forte	entre 0% et 10% >10%
Evolution entre 2006 et 2007 de l'ERE	amélioration stabilité détérioration	<-5 points entre -5 points et +5 points >5 points
Evolution entre 2006 et 2007 du coût calé	raisonnable forte	entre -5% et 5% <-5% ou >5%

Le tableau suivant, précise le calcul utilisé selon la décision prise (représentée dans l'arbre de décision par les ellipses).

Décision dans l'arbre	Calcul du coût tendanciel 2006-2007
2007	Le coût tendanciel correspond au coût 2007
2006-2007	Le coût tendanciel correspond à la moyenne du coût de 2007 avec celui de 2006 actualisé par activité
2006	Le coût tendanciel correspond au coût 2006 actualisé par activité

⁵⁴ Pour plus d'informations se reporter au guide technique qui accompagne le référentiel de coût (disponible sur le site Internet de l'ATIH).

Pièce jointe 1-c



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Campagne tarifaire 2010 **Les tarifs initiaux de campagne** **Fiche Contraintes**

La campagne 2010 a principalement été marquée par les évolutions suivantes :

- Les modifications de classification et de modèle :
 - o l'évolution de l'algorithme de classification des séjours : pour 2010, la version v11b de la classification modifie l'effet âge et conduit à une répartition des séjours par niveaux différente entre la v11a et la v11b. Par ailleurs, des nouveaux GHM ont été créés (cf. notice publiée sur le site de l'agence)
 - o l'évolution du modèle de financement : pour la campagne 2010, le mode de calcul des bornes basses ainsi que le financement pour les séjours bas des niveaux 1 et des GHM indifférenciés a été revu. Ces modifications influent sur la valeur des tarifs.
- Les évolutions concernant le champ tarifaire : le champ des tarifs a été modifié pour la campagne 2010.

La construction tarifaire 2010 s'est inscrite dans la continuité de la méthodologie mise en place en 2009. Ainsi, les tarifs 2010 sont issus des nouveaux concepts:

- les tarifs repères
- les tarifs de campagne. Ces tarifs sont construits de sorte de limiter les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements.

Cette démarche introduit une notion de transition entre les tarifs de campagne et les tarifs repères. Certes, les tarifs repères ne représentent pas une cible précise (ils peuvent notamment évoluer en fonction notamment des changements de classification et de modèle) mais les tarifs initiaux de campagne se situent à un niveau intermédiaire entre ces repères et les tarifs de l'exercice précédent.

Détail des contraintes de campagne

Les tarifs de campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements. Pour les activités spécifiques qui ont subi des contraintes dites « repères », le tarif repère s'applique directement⁵⁵ en dehors de la chirurgie ambulatoire.

Pour les autres GHM, des contraintes dites « contraintes de campagne » sont élaborées. Ces contraintes consistent à limiter les effets revenus engendrés par l'application de l'échelle de tarifs repères. Ces contraintes ont vocation à être desserrées au cours des campagnes ultérieures en vue de définir des tarifs convergeant vers les tarifs repères. Les contraintes peuvent être définies par agrégat plus ou moins fin (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic, racines, GHM, etc.).

Les tarifs de campagne sont donc dépendant des tarifs repère d'une part, et de la limitation des effets revenus d'autre part.

Pour le calcul des tarifs, les contraintes sont traduites en taux d'impact.

⁵⁵ il s'agit une des caractéristiques du tarif repère qui a été défini dans le cadre de l'élaboration de la démarche de construction tarifaire

La formule de calcul du tarif initial de campagne est la suivante :

$$\text{tarif 2009} + \text{taux d'impact} * (\text{tarif repère} - \text{tarif 2009})$$

Par conséquent, pour un taux d'impact à 100%, les tarifs initiaux de campagne sont égaux aux tarifs repères.

Il convient de noter que :

- pour certaines CMD ou sous CMD, certains tarifs de campagne sont égaux aux tarifs repères dès lors que l'application des tarifs repères n'engendre pas trop d'effets revenus
→ taux d'impact à 100%;
- la gestion des contraintes en 2009 a consisté à préserver la hiérarchie des coûts au sein d'une racine mais pas la hiérarchie entre les racines. Cette gestion permettait de ne pas engendrer trop de redistribution de recettes sur les établissements.

Enfin, pour fixer les tarifs de campagne 2010, il a été décidé de tenir compte des contraintes de campagne mises en œuvre dans la cadre de la campagne 2009.

Ainsi :

- pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 de maintenir le principe d'égalité entre tarif de campagne et tarif repère sauf dans les cas où le tarif repère se trouve éloigné du tarif de campagne actuel (i.e. : indique que le repère a évolué) ;
- pour les racines qui avaient fait l'objet d'une contrainte lors de la campagne 2009 mais pour lesquelles le tarif actuel (2009) se trouve suffisamment proche du tarif repère 2010 (i.e. : évolution inférieure à 2% en valeur absolue), de fixer le tarif de campagne 2010 comme égal au tarif repère 2010.

Les différents cas de figure rencontrés sont résumés dans le tableau ci-après :

		Situation 2009	
		tarif de campagne 2009 = tarif repère 2009	tarif de campagne 2009 ≠ tarif repère 2009
Situation 2010	tarif de campagne 2009 proche du tarif repère 2010	tarif de campagne 2010 = tarif repère 2010	tarif de campagne 2010 = tarif repère 2010
	tarif de campagne 2009 éloigné du tarif repère 2010	Fixation d'un taux d'impact → tarif 2010 ≠ tarif repère 2010 taux d'impact 50%	Traitement selon les agrégats de campagne 2009 (CMD et sous-CMD) → contrainte = fixer un effet revenu à la baisse maximum

Pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 mais pour lesquelles le tarif repère 2010 se trouve éloigné du tarif actuel (i.e. : évolution supérieure à 5%), le tarif de campagne 2010 a été fixé en considérant la moitié de l'écart entre le tarif repère 2010 et le tarif actuel.

Ce schéma ne s'applique pas aux activités spécifiques. Pour les activités spécifiques CANCER, Soins palliatifs, activités lourdes et AVC dans le secteur ex DG, le tarif de campagne est directement égal au tarif repère. Pour les AVC dans le secteur ex-OQN, les tarifs de campagne 2010 distribueront une recette équivalente à la recette actuelle augmentée de 50% de l'écart entre la recette issue des tarifs repères et la recette actuelle. Enfin, pour la chirurgie ambulatoire, la contrainte de campagne consiste, d'une part à calculer le tarif moyen 1/J sur la base de la proportion actuelle de prise en charge ambulatoire augmentée de 50% de l'écart au taux cible et d'autre part à réaliser 50% de l'écart entre le tarif actuel et le nouveau tarif moyen.

Liste des activités contraintes de campagne – secteur ex DG

catégorie campagne 2010	Valorisation actuelle (tarifs v11a 2009)	Ecart entre les tarifs repères et la masse actuelle	taux d'évolution contraint	masse après application de la contrainte (V11b tarifs initiaux 2010)
01M	959 241 759	-4,1%	-2,0%	940 056 924
02	191 177 723	-7,6%	-2,0%	187 354 169
03	317 569 743	1,8%	1,6%	322 527 026
04C	59 432 744	-1,0%	-1,0%	58 839 915
04M+K	1 257 516 461	-4,9%	-2,0%	1 232 366 132
05C+K	831 075 193	-4,6%	-2,0%	814 453 689
05M	455 038 415	-3,3%	-2,0%	445 937 647
06C	705 165 505	5,1%	1,6%	716 173 183
06K	76 746 157	12,5%	1,6%	77 944 170
07C	264 024 499	3,0%	1,6%	268 145 938
08C+K	1 052 054 743	2,7%	1,6%	1 068 477 384
08M	599 668 509	-3,2%	-2,0%	587 675 138
09peau	359 355 437	-2,5%	-2,0%	352 168 329
09sein	43 698 231	24,9%	1,6%	44 380 363
10C	112 757 031	9,9%	1,6%	114 517 176
10M	503 033 480	-1,9%	-1,9%	493 575 282
11M	375 307 412	-5,5%	-2,0%	367 801 263
12	64 213 453	-3,0%	-2,0%	62 929 184
13	363 589 781	21,9%	1,6%	369 265 440
14-15	918 126 777	3,2%	1,6%	932 458 794
17	370 038 055	-10,5%	-2,0%	362 637 294
19	178 295 998	-6,3%	-2,0%	174 730 078
21	242 350 162	-3,7%	-2,0%	237 503 159
22	21 325 658	3,1%	1,6%	21 658 553
23	626 957 423	-1,4%	-1,4%	618 057 125
activité lourde	1 989 766 190	5,0%	5,0%	2 089 010 990
AVC	443 262 559	0,0%	0,0%	443 262 559
CANCER	1 999 245 149	0,0%	0,0%	1 999 245 149
Chirurgie Ambulatoire	710 602 925	-3,9%	-1,9%	696 835 692
Soins Palliatifs	563 234 963	0,0%	0,0%	563 476 965
tarifs campagne=tarifs repère car proches	5 357 640 900	0,0%	0,0%	5 360 075 307
tarifs campagne=tarifs repère car situation 2009	2 906 442 914	-1,0%	-1,0%	2 878 355 333
taux impact spécifique	613 683 592	5,3%	2,6%	629 744 192

Liste des activités contraintes de campagne – secteur ex OQN

catégorie 2010	campagne	Valorisation (tarifs v1 la 2009)	actuelle	Ecart entre les tarifs repères et la masse actuelle	taux d'évolution contraint	masse après application de la contrainte (V11b tarifs initiaux 2010)
01C+K		10 999 966		3,4%	3,4%	11 373 156
01M		28 695 982		38,9%	3,5%	29 706 148
02		27 482 050		-22,6%	-2,0%	26 932 409
03		125 109 341		-11,9%	-2,0%	122 607 155
04C		12 788 091		3,0%	3,0%	13 165 936
04M+K		80 777 114		48,3%	3,5%	83 620 659
05C+K		502 339 429		-12,5%	-2,0%	492 292 640
05M		113 089 725		29,4%	3,5%	117 070 751
06C		263 882 272		12,9%	3,5%	273 171 552
06K		437 575 143		-9,0%	-2,0%	428 823 640
06M		113 066 220		27,3%	3,5%	117 046 419
07M+K		39 185 096		16,6%	3,5%	40 564 504
08C+K		667 053 984		5,4%	3,5%	690 535 861
08M		51 797 003		36,4%	3,5%	53 620 380
09peau		116 198 712		-0,3%	-0,3%	115 800 305
09sein		28 247 029		13,8%	3,5%	29 241 391
10M		26 876 189		46,0%	3,5%	27 822 294
11C+K		137 506 019		-4,1%	-2,0%	134 755 898
11M		45 738 361		35,1%	3,5%	47 348 460
12		41 001 218		4,7%	3,5%	42 444 557
13		200 535 444		10,0%	3,5%	207 594 766
16		35 372 444		21,9%	3,5%	36 617 638
17		27 461 869		10,8%	3,5%	28 428 591
18		12 710 832		34,2%	3,5%	13 158 283
21		29 989 595		4,6%	3,5%	31 045 300
23		68 466 155		37,8%	3,5%	70 876 326
28		11 118 032		-3,5%	-2,0%	10 895 672
activité lourde		312 228 708		5,4%	5,4%	329 030 777
AVC		6 418 053		67,3%	33,7%	8 578 310
CANCER		449 354 686		0,0%	0,0%	449 373 789
Chirurgie Ambulatoire		544 326 518		-9,3%	-4,7%	519 004 116
Chirurgie Ambulatoire Cristallin		489 254 001		-33,4%	-10,0%	440 328 601
Soins Palliatifs		90 111 228		0,0%	0,0%	90 153 735
tarifs campagne=tarifs repère car proches		474 704 910		0,0%	0,0%	474 849 482
tarifs campagne=tarifs repère car situation 2009		662 043 425		1,8%	1,8%	673 908 237
taux impact spécifique		54 583 963		6,5%	3,1%	56 301 068

Pièce jointe 1-d



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

CAMPAGNE MCO 2011 TARIFS DE BASE : CONSTRUCTION TECHNIQUE

La construction tarifaire est réalisée à partir des données d'activités les plus récentes disponibles sur chacun des secteurs à savoir :

- les données des 11 premiers mois 2010 pour le secteur ex DG
- les données des 7 premiers mois 2010 pour le secteur ex OQN

Ces données d'activités partielles ont fait l'objet d'une extrapolation en année pleine.

Construction tarifaire :

Un nouveau schéma de construction tarifaire a été développé par la DGOS et l'agence et doit être mis en œuvre pour la campagne 2011 (cf. Annexe).

Ce schéma s'articule autour du concept de modulation tarifaire.

Deux grandes étapes ont été identifiées :

- une étape avant la modulation tarifaire : changement du contenu du GHM → **cette étape aboutit au calcul des tarifs dits de base**, à savoir les tarifs selon la classification mise en œuvre pour la campagne (i.e. : en 2011, la classification v11c) et selon le nouveau périmètre tarifaire
- la modulation tarifaire ; cette modulation pouvant reposer sur :
 - o des expertises portant sur l'adéquation entre le financement et les charges émanant d'études techniques et/ou des fédérations ;
 - o des mesures propres à la campagne : incitations/désincitations tarifaires, convergence ciblées, etc.

Il convient de noter que la modulation tarifaire intègre aussi les travaux liés à la maintenance tarifaire.

L'objet de cette fiche est de présenter les tarifs dits de base.

I. CONSTRUCTION DES TARIFS DE BASE

1. étape 1 : Prise en compte de la nouvelle version de classification v11c conversion des tarifs v11b en tarifs v11c

Cette nouvelle classification concerne surtout :

- la radiothérapie (cf. note de construction des tarifs pour cette activité)

- les modifications des racines 05C19 et 05C22 (tarifs moyens v11b ; la masse distribuée par ces deux racines est constante en v11b et en v11c)
- disparition des GHS sur le GHM Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques (tarif est égal à la moyenne pondérée des anciens tarifs de GHS)
- la rythmologie interventionnelle (passage de GHS en GHM)
- extension du 1522 sur d'autres racines (2 racines)
- création des GHS 65 à 72 : en tarifs de base, c'est le tarif actuel (v11b) du GHS 64 qui est mis. La construction finale de ces tarifs interviendra au moment de la modulation.
- création des GHS 6524 et 6525 sur le GHM 17K041 (cyberknife sur machine non dédiée et sur machine dédiée). En tarifs de base, le tarif affiché correspond aux tarifs rémunérant actuellement ces séjours (en v11b). La construction finale de ces tarifs interviendra au moment de la modulation.

Par ailleurs, la v11c concerne la mise à jour des CMA qui entraînent au sein d'une même racine une modification de la répartition des séjours en fonction des niveaux de sévérité. Il a été arbitré que cette mise à jour ne devait pas donner lieu au recalcul de l'entièreté des tarifs. Seuls certains tarifs doivent être modifiés dès lors que le contenu du GHM est très différent entre les deux versions de classification. Ainsi, la mise à jour des tarifs a concerné les GHM (en dehors des GHM ciblés dans les activités spécifiques) dès lors que la DMS a évolué d'au moins 1 jour entre les deux versions de classification et que le nombre de séjours impactés est au moins égal à 2%. Il convient de noter que cette mise à jour a donné lieu à la modification de la valeur des bornes (en fonction de la nouvelle valeur de référence pour la DMS). Cette mise à jour peut conduire à faire évoluer le tarif à la hausse comme à la baisse.

Pour le secteur ex DG, les tarifs ont été modifiés pour 12 GHM (cf. annexe 1). Attention, d'une manière générale, il convient de noter que la modification du tarif du niveau N peut entraîner une modification de la valeur du forfait Exb du niveau N+1, et de la valeur de la journée Exh pour le niveau N-1.

Pour le secteur ex OQN, les tarifs ont été modifiés pour 13 GHM (cf. annexe 1).

Pour chacun des secteurs, ces modifications de tarifs étant réalisées à la hausse comme à la baisse, globalement elles n'ont pas d'effet en masse.

La mise à jour de la classification entraîne :

- pour le secteur ex DG, une perte de recettes de 199M€ (en année pleine et en tarif tout compris)
- pour le secteur ex OQN, une perte de recettes de 10M€ (en année pleine et en tarif tout compris)

2. étape 2 : changement de périmètre des tarifs

a) DMI

L'arbitrage rendu conduit à intégrer l'entièreté de la masse des défibrillateurs dans la racine cible 05C19. Cette masse a été évaluée en année pleine à environ 96M€ sur le secteur ex DG et 29M€ sur le secteur ex OQN.

Cette intégration conduit à augmenter l'ensemble des tarifs de la racine 05C19 de 13 397€ sur le secteur ex DG et de 11 783€ pour le secteur ex OQN. Pour le secteur ex OQN, ce résultat apparaît peu plausible compte tenu du fait qu'il y a plus de pose de DMI triple chambre dans ce secteur. Les données 2010 ne permettent pas d'évaluer précisément le montant moyen à réintégrer. Il a donc été arbitré à dire d'expert que le montant moyen à réintégrer serait de 13 804€. Cette correction engendre

une réévaluation de la masse réintégrée au titre des DMI qui devient 33,5M€ soit 4,5M€ de plus que ce qui a été transféré dans le cadre des objectifs (l'écart est pris sur l'effet CMA).

Un des derniers arbitrages a été de réintégrer l'augmentation des tarifs également sur le GHM en T de la racine 05C19 sur les deux secteurs, bien que cette augmentation tarifaire ait été construite hors GHM en T. Au final la masse réintégrée est alors de 98,6M€ sur le secteur ex DG et de 34,7M€ sur le secteur ex OQN.

b) Anti cancéreux

L'arbitrage rendu conduit à intégrer l'entièreté de la masse dans les racines où elles sont affectées. La masse représente environ 28M€ sur le secteur ex DG et 8M€ sur le secteur ex OQN (évaluation sur 12 mois, au prix d'achat donc hors EMI).

Le tarif des séances de chimiothérapie est augmenté de 18,35€ sur le secteur ex DG. Sur le secteur ex OQN, les données M10 à disposition conduiraient à une augmentation du tarif de 11,53€ ce qui est très inférieur aux données du secteur ex DG, mais semble cohérent.

c) Réintégration HT (secteur ex OQN)

La méthode de réintégration de la haute technicité est identique à celle réalisée l'année dernière à savoir :

- réintégration dans les GHM dits HT de l'entièreté du reste à rebaser
- réintégration dans les autres GHM chirurgicaux de la moitié du reste à rebaser.

Le rebasage de la HT est donc terminé pour les GHM de la liste HT. Lors de la campagne 2012, le rebasage ne concernera donc que les autres GHM chirurgicaux.

d) Internes / EFS

Le débasage réalisé au titre des internes ne concerne que les tarifs du secteur ex DG : la masse à transférer des tarifs vers l'enveloppe MIGAC est d'environ 70M€ sur 10 mois en dépense assurance maladie, soit environ 90M€ en année pleine en dépenses encadrées (un effet report est à prévoir en 2012).

Le débasage « ONIAM » est réparti conformément aux calculs opérés au moment de la construction des objectifs :

- 6,43M€ (sur 10 mois en DAM) sur le secteur ex DG soit environ 8,3M€ en AP et DE
- 1,57M€ (sur 10 mois en DAM) sur le secteur ex DG soit environ 1,9M€ en AP et DE

Ces débasages sont opérés sur l'ensemble des GHS hors dialyse et les GHS ayant fait l'objet d'une mesure de convergence totale en 2010 (20 GHM).

e) Modification des tarifs secteur ex DG compte tenu de la HT

Les GHM ayant fait l'objet de la convergence à 100% en 2010 doivent évoluer d'une manière identique entre els deux secteurs. Or, ces GHM ont été modifiés sur le secteur ex OQN compte tenu de l'intégration de la HT. Une étape complémentaire a été élaborée afin de faire évoluer (en montant) les tarifs du secteur ex DG de la manière que ceux du secteur ex OQN.

Cette étape entraîne un besoin de financement de l'ordre de 4,3M€ qui sera pris sur l'effet CMA.

II. REPARTITION DES MASSES COMPTE TENU LA CONSTRUCTION DES TARIFS DE BASE

Secteur ex DG

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11b - Casemix V11b	27 108 664 003	
Tarif V11c Effet Classification - Casemix V11c	26 909 748 804	-198 915 199
Tarif V11c DMI - Casemix V11c	27 008 416 366	98 667 562
Tarif V11c Anticancéreux - Casemix V11c	27 036 561 023	28 144 657
Tarif V11c de Base (Débasage ONIAM et Interne) - Casemix V11c	26 938 055 194	-98 505 829
Tarif V11c de Base corrigé HT - Casemix V11c	26 942 436 854	4 381 660
TOTAL		-166 227 149

Secteur ex OQN

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11b - Casemix V11b	6 575 894 090	
Tarif V11c Effet Classification - Casemix V11c	6 565 897 066	-9 997 024
Tarif V11c DMI - Casemix V11c	6 600 575 558	34 678 492
Tarif V11c Anticancéreux - Casemix V11c	6 608 957 787	8 382 229
Tarif V11c HT - Casemix V11c	6 668 087 576	59 129 789
Tarif V11c de Base (Débasage ONIAM) - Casemix V11c	6 666 193 085	-1 894 491
TOTAL		90 298 995

Annexe 1 : Liste des GHM dont le tarif est modifié compte tenu de la mise à jour de la classification

Secteur	GHS	GHM	libelle	tarifs v11b 2010						borne basse	borne haute
				borne basse	borne haute	tarif	forfait exb	exb	exh		
ex DG	850	03M084	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	61	8 141,09	-	-	246,52	-	49
ex DG	1235	04M264	Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires, niveau 4	-	-	10 435,42	-	-	-	-	37
ex DG	1507	05C204	Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente, niveau 4	-	-	10 177,59	-	-	-	6	61
ex DG	1511	05C214	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 4	18	110	16 361,42	5 628,95	-	278,56	18	109
ex DG	2330	07C084	Autres interventions sur le système hépato-biliaire et pancréatique, niveau 4	21	129	20 626,16	9 382,41	-	298,26	22	134
ex DG	2908	08C534	Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 4	-	-	11 240,32	-	-	-	8	78
ex DG	3964	10M173	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	47	10 074,27	-	-	394,97	-	35
ex DG	4146	11C093	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 3	8	66	10 732,47	4 952,18	-	132,44	8	64
ex DG	4147	11C094	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 4	19	114	16 361,42	5 628,95	-	267,91	15	92
ex DG	6110	16C033	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 3	6	54	10 587,08	4 493,61	-	243,80	6	60
ex DG	6111	16C034	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 4	16	97	21 070,41	10 483,33	-	403,35	15	90
ex DG	7090	19M122	Anorexie mentale et boulimie, niveau 2	-	43	6 325,57	-	-	154,67	-	52
ex OQN	1469	05C114	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 4	12	69	7 456,43	2 671,10	-	202,60	10	59
ex OQN	1482	05C144	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 4	10	57	5 614,44	2 010,73	-	184,22	10	62
ex OQN	1777	05M142	Arrêt cardiaque, niveau 2	-	19	993,52	-	-	95,65	-	20
ex OQN	2010	06C233	Certaines interventions pour stomies, niveau 3	-	-	4 313,81	-	-	-	-	32
ex OQN	3523	09M034	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	25	2 898,09	-	-	210,21	-	40
ex OQN	4141	11C083	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 3	6	47	2 668,19	778,64	-	105,50	7	49
ex OQN	4274	11K022	Insuffisance rénale, avec dialyse, niveau 2	8	74	1 675,65	817,63	-	97,60	8	74
ex OQN	6490	17M064	Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 4	-	51	4 457,99	-	-	163,70	-	41
ex OQN	6703	18C022	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 2	-	27	2 390,35	-	-	61,24	-	29
ex OQN	6705	18C024	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 4	8	85	5 985,18	2 063,91	-	131,17	10	96
ex OQN	7089	19M121	Anorexie mentale et boulimie, niveau 1	3	23	1 073,49	-	315,93	85,75	4	38
ex OQN	7259	20Z022	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, niveau 2	-	-	1 410,22	-	-	-	5	26
ex OQN	7286	20Z022	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, niveau 2	-	-	2 604,54	-	-	-	5	26

Annexe 2 : Masse réintégrée par racine au titre de la HT

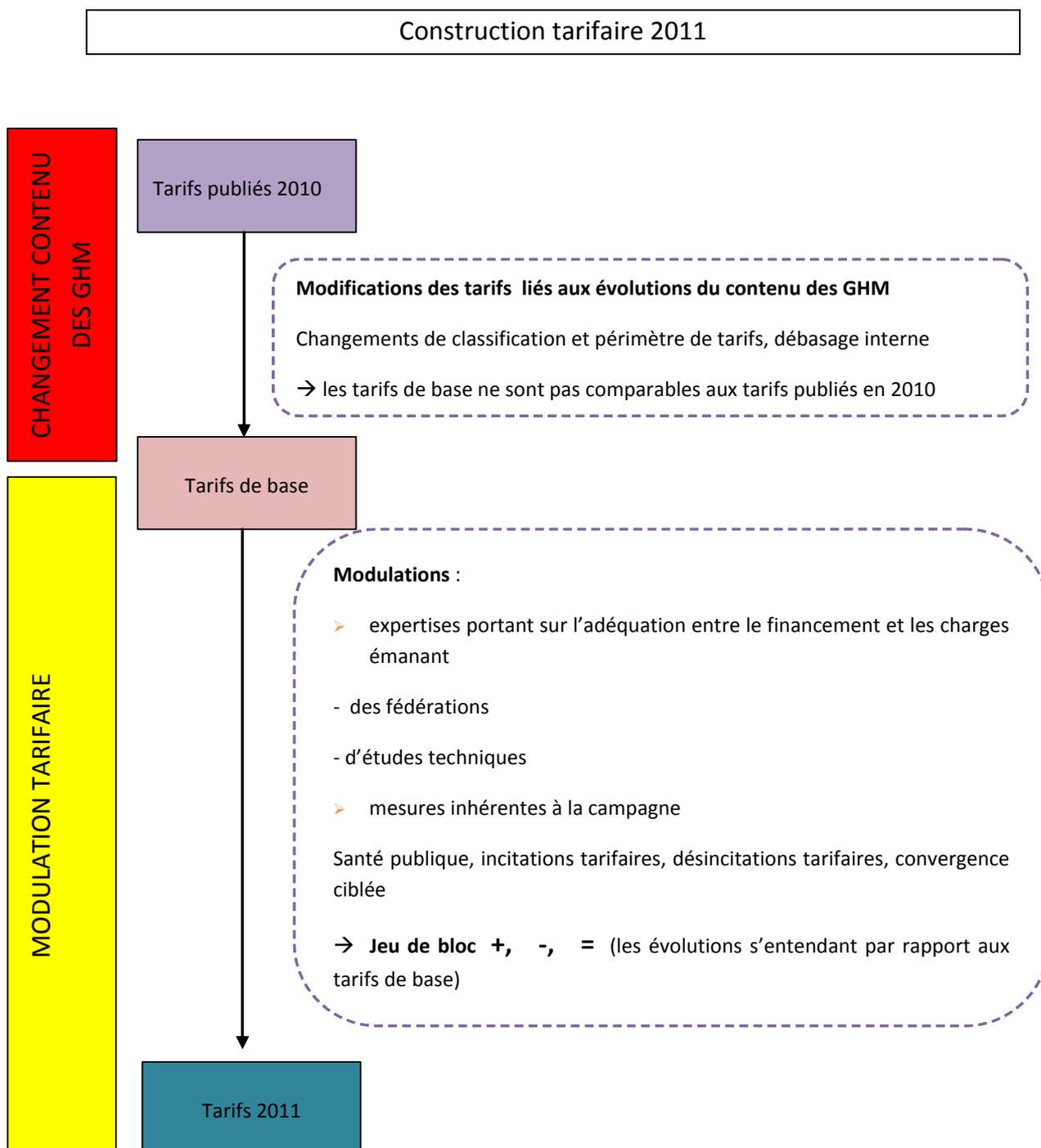
racine	Type	Rebasage 2011
01C03	Chirurgie	5 565
01C04	liste HT	160 690
01C05	liste HT	852 652
01C06	liste HT	147 850
01C08	Chirurgie	69 545
01C09	liste HT	485
01C10	Chirurgie	8 352
01C12	liste HT	434
01C13	Chirurgie	384 585
01K02	liste HT	15 690
01K03	liste HT	56 770
01K07	liste HT	4 898
02C02	Chirurgie	184 185
02C03	Chirurgie	8 561
02C05	Chirurgie	2 620 599
02C06	Chirurgie	3 480
02C07	Chirurgie	31 653
02C08	Chirurgie	174 698
02C09	Chirurgie	24 245
02C10	Chirurgie	3 666
02C11	Chirurgie	41 206
02C12	Chirurgie	51 887
03C05	Chirurgie	4 945
03C06	Chirurgie	4 796
03C07	Chirurgie	158 275
03C09	Chirurgie	121 137
03C10	Chirurgie	77 899
03C11	Chirurgie	34 738
03C12	Chirurgie	11 546
03C13	Chirurgie	9 758
03C14	Chirurgie	106 241
03C15	Chirurgie	13 542
03C16	Chirurgie	89 118
03C17	Chirurgie	20 770
03C19	liste HT	453 159
03C20	Chirurgie	111 493
03C21	Chirurgie	47 183
03C22	Chirurgie	102 154
03C24	Chirurgie	43 347
03C25	liste HT	64 667
03C26	Chirurgie	31 145
04C02	liste HT	705 886
04C03	Chirurgie	10 352
04C04	Chirurgie	89 857
05C02	liste HT	306 315
05C03	liste HT	952 688
05C04	liste HT	362 424
05C05	liste HT	610 116
05C06	liste HT	222 036
05C07	liste HT	31 556
05C08	Chirurgie	19 382
05C09	liste HT	4 365

05C10	liste HT	1 523 858
05C11	Chirurgie	162 834
05C12	Chirurgie	85 281
05C13	Chirurgie	43 192
05C14	Chirurgie	45 367
05C15	Chirurgie	233 634
05C17	Chirurgie	419 296
05C18	Chirurgie	29 672
05C19	liste HT	156 153
05C20	Chirurgie	3 463
05C21	Chirurgie	49 278
05C22	Chirurgie	78 424
05K05	liste HT	416 153
05K06	liste HT	4 428 131
05K11	liste HT	688 620
05K12	liste HT	15 619
05K13	liste HT	1 221 523
06C02	liste HT	1 061
06C03	liste HT	1 394 400
06C04	liste HT	2 349 201
06C05	liste HT	12 566
06C07	Chirurgie	59 095
06C08	Chirurgie	129 364
06C09	Chirurgie	195 408
06C10	Chirurgie	19 649
06C11	Chirurgie	406 890
06C12	Chirurgie	638 294
06C13	Chirurgie	29 172
06C14	Chirurgie	158 552
06C15	Chirurgie	44 140
06C16	liste HT	203 752
06C19	Chirurgie	191 252
06C20	liste HT	92 509
06C21	Chirurgie	36 916
06C22	liste HT	309 032
06C23	Chirurgie	5 904
07C06	Chirurgie	2 284
07C07	Chirurgie	1 316
07C08	Chirurgie	6 685
07C09	liste HT	188 199
07C10	liste HT	125 667
07C11	liste HT	87 532
07C12	liste HT	250 618
07C13	Chirurgie	231 728
07C14	Chirurgie	394 455
08C02	liste HT	75 455
08C04	liste HT	46 612
08C06	Chirurgie	5 662
08C12	Chirurgie	2 016
08C13	Chirurgie	16 149
08C14	Chirurgie	190 386
08C20	Chirurgie	8 494
08C21	Chirurgie	46 048
08C22	liste HT	1 551 888

08C24	liste HT	4 823 256
08C25	liste HT	455 499
08C27	liste HT	2 605 657
08C28	Chirurgie	5 237
08C29	Chirurgie	3 814
08C31	Chirurgie	22 760
08C32	Chirurgie	284 173
08C33	Chirurgie	45 542
08C34	Chirurgie	362 276
08C35	Chirurgie	301 829
08C36	Chirurgie	15 962
08C37	Chirurgie	577 677
08C38	Chirurgie	126 115
08C39	Chirurgie	184 551
08C40	Chirurgie	396 047
08C41	Chirurgie	154 563
08C42	Chirurgie	95 358
08C43	Chirurgie	96 969
08C44	Chirurgie	331 150
08C45	Chirurgie	335 145
08C46	Chirurgie	141 804
08C47	liste HT	594 385
08C48	liste HT	3 945 074
08C49	liste HT	765 359
08C50	liste HT	138 319
08C51	liste HT	315 981
08C52	liste HT	1 364 945
08C53	Chirurgie	65 803
08C54	Chirurgie	98 043
08C55	Chirurgie	7 025
08C56	Chirurgie	79 674
09C02	Chirurgie	9 494
09C03	Chirurgie	347 545
09C04	Chirurgie	119 010
09C05	Chirurgie	199 217
09C06	Chirurgie	201 069
09C07	Chirurgie	20 525
09C08	Chirurgie	70 682
09C09	Chirurgie	58 819
09C10	Chirurgie	207 282
09C11	liste HT	115 297
10C02	Chirurgie	1 988
10C03	liste HT	29 831
10C05	Chirurgie	19 711
10C07	Chirurgie	5 774
10C08	Chirurgie	7 755
10C09	liste HT	1 015 474
10C10	Chirurgie	77 102
10C11	liste HT	149 458
10C12	Chirurgie	166 056
11C02	liste HT	1 001 399
11C03	liste HT	355 631
11C04	Chirurgie	66 119
11C05	Chirurgie	689 356

11C06	Chirurgie	816
11C07	Chirurgie	17 532
11C08	Chirurgie	9 388
11C09	Chirurgie	54 875
12C03	Chirurgie	28 964
12C04	Chirurgie	465 432
12C05	Chirurgie	13 046
12C06	Chirurgie	26 160
12C07	Chirurgie	69 510
12C08	Chirurgie	177 550
12C09	Chirurgie	3 282
12C10	Chirurgie	4 632
12C11	liste HT	1 342 138
12C12	Chirurgie	94 961
12C13	Chirurgie	2 039
13C03	liste HT	1 686 541
13C04	Chirurgie	271 438
13C05	Chirurgie	23 463
13C06	Chirurgie	21 065
13C07	Chirurgie	311 624
13C08	Chirurgie	63 805
13C09	Chirurgie	14 049
13C10	Chirurgie	24 980
13C11	Chirurgie	8 270
13C12	Chirurgie	48 171
13C13	Chirurgie	19 415
13C14	liste HT	434 077
13C15	liste HT	416 086
13C16	Chirurgie	67 104
13C17	Chirurgie	165 799
14C02	Chirurgie	794 683
14C03	Chirurgie	2 104
14C04	Chirurgie	8 020
14C05	Chirurgie	46 034
16C02	liste HT	16 838
16C03	Chirurgie	21 810
17C02	Chirurgie	46 950
17C03	Chirurgie	28 882
17C04	liste HT	78 796
17C05	Chirurgie	21 807
18C02	Chirurgie	16 777
19C02	Chirurgie	2 244
21C02	Chirurgie	49 536
21C03	Chirurgie	2 950
21C04	Chirurgie	34 652
21C05	Chirurgie	94 741
22C02	Chirurgie	1 772
22C03	Chirurgie	960
23C02	Chirurgie	51 953
25C02	Chirurgie	1 035
26C02	Chirurgie	5 554

Annexe : Schéma de construction tarifaire



Pièce jointe 1-e



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

CAMPAGNE MCO 2011 TARIFS MODULES

La construction tarifaire est réalisée à partir des données d'activités les plus récentes disponibles sur chacun des secteurs à savoir :

- les données des 11 premiers mois 2010 pour le secteur ex DG
- les données des 7 premiers mois 2010 pour le secteur ex OQN

Ces données d'activités partielles ont fait l'objet d'une extrapolation en année pleine.

Construction tarifaire :

Un nouveau schéma de construction tarifaire a été développé par la DGOS et l'agence et doit être mis en œuvre pour la campagne 2011 (cf. Annexe).

Ce schéma s'articule autour du concept de modulation tarifaire.

Deux grandes étapes ont été identifiées :

- une étape avant la modulation tarifaire : changement du contenu du GHM → **cette étape aboutit au calcul des tarifs dits de base**, à savoir les tarifs selon la classification mise en œuvre pour la campagne (i.e. : en 2011, la classification v11c) et selon le nouveau périmètre tarifaire
- la modulation tarifaire ; cette modulation pouvant reposer sur :
 - o des expertises portant sur l'adéquation entre le financement et les charges émanant d'études techniques et/ou des fédérations ;
 - o des mesures propres à la campagne : incitations/désincitations tarifaires, convergence ciblées, etc.

Il convient de noter que la modulation tarifaire intègre aussi les travaux liés à la maintenance tarifaire.

L'objet de cette fiche est de présenter les tarifs dits modulés.

L'étude portant sur l'adéquation du financement et des charges repose sur :

- l'échelle de coûts dite « 06/07/08 » qui intègre les trois années de coûts disponibles pour le secteur ex DG
- l'échelle de coûts dite « 06/07 » qui intègre les deux années de coûts disponibles pour le secteur ex OQN.

1. CONSTRUCTION DES TARIFS MODULES

i. Expertises techniques

a) étape 1 : maintenance tarifaire

Des analyses ont été réalisées en vue de détecter des fortes anomalies selon deux axes :

1. détection d'une anomalie entre les niveaux à l'intérieur d'une racine → étude intra racine
2. détection d'une anomalie dans le positionnement entre les racines → étude inter racine

Pour l'**étude intra racine**, au terme de l'algorithme, ont été identifiées 17 racines présentant au moins une anomalie sur le secteur ex DG, et 6 racines sur le secteur ex OQN. Il convient de noter que sur ces racines, il était nécessaire d'avoir au moins un tarif construit sur le coût. Pour la modification des tarifs, il a été décidé de ne pas raisonner à masse constante, de figer le ou les tarifs du ou des niveaux le plus robustes, puis de modifier les autres niveaux en utilisant les ratios de DMS nationales. La correction a été calée sur une partie de l'écart (50%) entre le ratio des tarifs actuels et le ratio des DMS.

Pour l'étude **inter racine**, un ordre médical a été défini a priori. Un rapprochement a été réalisé avec l'étude portant sur l'adéquation. Les couples ou trio sont détectés comme présentant des anomalies que si l'ordre tarifaire actuel est contraire à l'ordre médical a priori, dès lors que cet ordre a été confirmé par les coûts ajustés. En outre, si des modifications devaient être opérées sur des GHM appartenant à la liste des activités dites spécifiques « Activités lourdes, Cancer », il a été décidé de ne pas les répercuter et de conserver la situation actuelle pour ne pas perturber ces activités. Au final des modifications de tarifs ont eu lieu sur 1 seule racine sur les deux secteurs.

Sur le secteur ex DG, cette mesure engendre un écart de recettes de + 1M €.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure engendre un écart de recettes de – 0,2M€.

b) étape 2 : demandes FD

Cette étape ne concerne que le secteur ex DG. Pour ce secteur, les fédérations ont listé des activités a priori mal financées. Pour les activités dont le mauvais financement semble avéré (i.e. : écart tarif/coût inférieur à –5%), une correction est opérée consistant à réduire l'écart d'un tiers.

Cette mesure concerne 42 GHM (CMD 05 et 2 GHM de cancer⁵⁶) et engendre un écart de recettes de + 13,7M€.

⁵⁶ Autres curiethérapies et irradiations internes

c) étape 3 : écart tarifs/coûts très positif

Cette étape ne concerne que le secteur ex DG. Pour les GHM dont l'«écart tarif/coût apparaît très élevé (i.e. : supérieur à 30%), une baisse du tarif est opérée de sorte de ramener l'écart Tarif/coût à 30%.

Cette mesure concerne 15 GHM et engendre un écart de recettes de – 3,5M€.

ii. Mesures de campagne

a) Chirurgie ambulatoire

L'étude sur l'adéquation charges/financement a été mobilisée spécifiquement et présentée lors d'une réunion technique le mardi 11 janvier.

Un arbre a été dessiné au cours de cette réunion en séparant les 19 racines ayant fait l'objet du tarif unique entre le J et le 1 des autres GHM chirurgicaux en J.

Pour les 19 racines ayant fait l'objet du tarif unique (en dehors de celles soumises à la convergence), trois groupes doivent être créés :

- premier groupe : l'écart tarif / coût est positif sur le J et modéré → pas de modifications de tarifs
- deuxième groupe : l'écart tarif / coût est négatif ou faible sur le J → modifications de tarifs pour afficher une incitation
- troisième groupe : l'écart tarif / coût est positif sur le J et très fort → possibilité de baisser légèrement les tarifs notamment en fonction du besoin de financement sur les autres GHM chirurgicaux de 0 jour

Pour les GHM soumis à la convergence et les prélèvements d'ovocytes et les Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, aucune modification n'est prévue

Par ailleurs, l'analyse médicale a montré qu'il n'existait pas d'autres racines pour lesquelles pouvait être envisagé le tarif unique.

Sur les GHM ambulatoire chirurgicaux, il est décidé de faire en sorte que la masse tarif soit identique à la masse coût dès lors qu'elle est actuellement inférieure de plus de 5%. Le financement de cet alignement se fera soit par redéploiement de masse issue des autres niveaux (si l'écart tarif/coût est positif) soit par redéploiement de masse issue des 19 racines.

Sur le secteur ex DG, cette mesure concerne 39 GHM et engendre un écart de recettes de + 10,4 M€. Sur les 39 GHM n'est présent aucun GHM des 19 racines subissant une baisse des tarifs du à une incitation trop forte.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure concerne 28 GHM et engendre un écart de recettes de – 28 M€. Sur les 28 GHM, est présent 2 GHM des 19 racines subissant une baisse des tarifs du à une incitation trop forte et dont l'écart en recettes est de - 40 M€. Sur les 26 autres GHM, le besoin de financement étant par conséquent de 12 M€.

b) Cancer

L'arbre consiste à maintenir la masse actuelle finançant l'activité globale du cancer qui se décompose entre les racines « cancer hors séances » et les racines « cancer de séances ». Il s'agit de rehausser au sein des GHM d'hospitalisation du cancer qui sont sous financés de plus de 5% en baissant les

GHM de séances du cancer. Dans l'équilibre actuel, baisse du tarif de chimiothérapie (9€ sur le secteur ex DG et 2€ sur le secteur ex OQN) et hausse des tarifs HC en cas de sous financement.

Sur le secteur ex DG, cette mesure concerne 3 GHM d'hospitalisation complète et engendre un écart de recettes de – 9,4M€.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure concerne 43 GHM et engendre un écart de recettes de + 19,5 M€.

c) Dialyse

Convergence tarifaire du secteur ex-OQN (honoraires inclus) du forfait d'hémodialyse en centre vers le GHM du secteur ex-DG (application de la LFSS 2011 « vers les tarifs les plus bas »). Et redistribution de la masse vers les tarifs des forfaits du secteur ex-OQN de dialyse hors centre.

Cette mesure entraîne un écart de recettes de – 2,6 M€.

d) AVC et Activités lourdes

Maintien des tarifs 2010.

e) Radiothérapie

Le principe est l'évolution de la classification à enveloppe constante :

- Revalorisation des tarifs de RCMI et de préparation à l'irradiation
- Diminution des tarifs de séance

f) SP

Revalorisation des tarifs à hauteur de leurs coûts ajustés sur le secteur ex OQN. Cette mesure entraîne un écart de recettes de + 8,3 M€.

g) Ajustements GHS

Epilepsie : + 6 800€ entre GHS de base et GHS majoré

Drains : suppression de la borne Hte sur le secteur ex DG

03K021 → correction de l'anomalie secteur ex DG. Tarif unique avec le J non respecté suite à la mise en place de la mesure de cv 2010.

Hospit complète cyberknife : tarif des GHS en fonction de l'arbitrage

h) Convergence ciblée

L'objectif est la mise en œuvre de 190M€ d'économies sur le secteur ex DGF. Contrairement à la campagne 2010 la méthode de sélection des GHM n'est plus centrée sur l'analyse médicale mais sur l'arbre de décision suivant (6 étapes) :

Etape 1 : La convergence concerne l'ensemble des GHM à l'exception de :

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

Etape 2 : Sélection des GHM ayant un volume suffisant, à savoir au moins 1000 séjours dans chaque secteur en 2009 et une part de marché équilibré entre les deux secteurs (au moins 20% dans l'un des deux secteurs).

Etape 3 : Classification des GHM suivant une méthodologie statistique.

Etape 4 : Réintroduction dans la sélection des GHM en J, en T0 et les séances (y compris dialyse).

Etape 5 : Parmi les GHM sélectionnés sont identifiés :

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

Etape 6 : Mise en place de contrôle de cohérence :

- D'un point de vue médical.
- D'un point de vue économique (ERE < 30)

Au final 190 GHM (193GHS) sont répartis dans 6 classes en fonction de l'hétérogénéité des DMS entre les deux secteurs :

- Classe 0 et 1 => peu hétérogène
- Classe 5 => Très hétérogène

Le Taux de convergence est différencié selon les classes :

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

2. TAUX EVOLUTION DES TARIFS 2011-02-18

Les taux d'évolution des tarifs sont de -0,23% sur le secteur ex DGF et de -0,07 % sur le secteur ex OQN. Le principe est acté d'appliquer le taux du secteur ex-OQN (-0,07%) aux tarifs du secteur ex-DG ayant convergés en 2010 et ce afin de ne pas les faire diverger.

- Répartition des masses compte tenu la construction des tarifs modulés

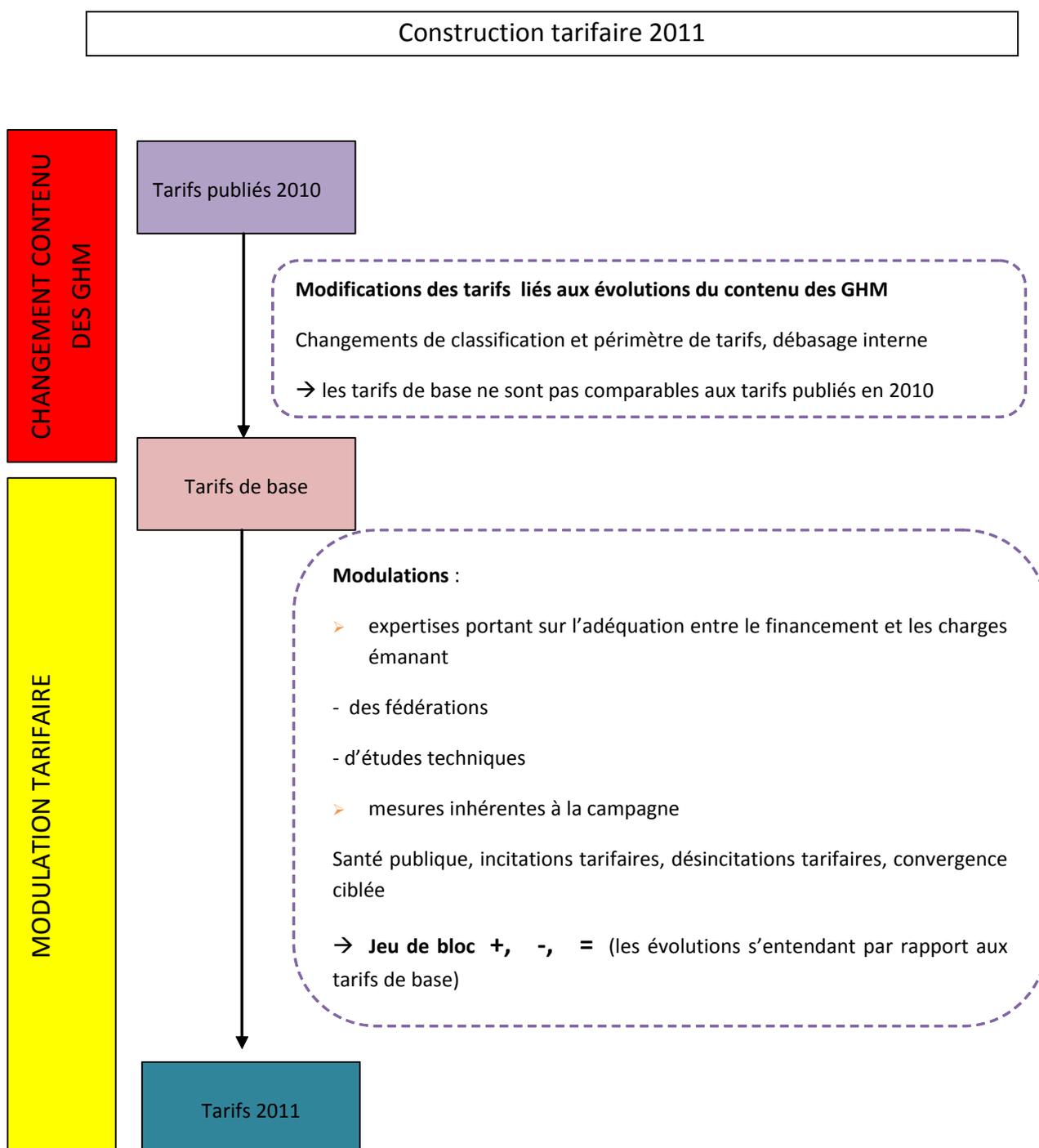
Secteur ex DGF

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11c de Base - Casemix V11c	26 942 436 854	
Tarif V11c Maintenance tarifaire - Casemix V11c	26 943 494 397	1 057 543
Tarif V11c Chirurgie Ambulatoire - Casemix V11c	26 953 943 263	10 448 866
Tarif V11c Demande Fédération - Casemix V11c	26 967 656 797	13 713 534
Tarif V11c Cancer - Casemix V11c	26 958 216 398	- 9 440 399
Tarif V11c Radiothérapie - Casemix V11c	26 958 216 398	-
Tarif V11c Extrême haut - Casemix V11c	26 954 680 662	- 3 535 736
Tarif V11c Ajustement GHS - Casemix V11c	26 955 475 455	794 793
Tarif V11c Taux Evolution - Casemix V11c	26 895 297 507	- 60 177 948
Tarif V11c Dialyse - Casemix V11c	26 892 651 991	- 2 645 516
Tarif V11c Convergence + Correction - Casemix V11c	26 702 334 208	- 190 317 783
TOTAL		- 240 102 646

Secteur ex OQN

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11c de Base - Casemix V11c	6 666 193 085	
Tarif V11c Maintenance tarifaire - Casemix V11c	6 665 989 122	- 203 963
Tarif V11c Chirurgie Ambulatoire - Casemix V11c	6 637 895 294	- 28 093 828
Tarif V11c Cancer - Casemix V11c	6 657 410 732	19 515 438
Tarif V11c Soins Palliatifs - Casemix V11c	6 665 693 394	8 282 662
Tarif V11c Ajustement GHS - Casemix V11c	6 665 693 392	- 2
Tarif V11c Taux Evolution - Casemix V11c	6 661 299 370	- 4 394 022
Tarif V11c Correction - Casemix V11c	6 661 304 292	4 922
TOTAL		- 499 693

Annexe : Schéma de construction tarifaire



ATIH - Service FETS - Pôle SOHO

Contexte :	Demande IGAS
Qui :	Nathalie Rigollot
Quand	janv-12
Période	M11 2011 et année complète 2010
Classification GHM	V11c
Valorisation	Dépense encadrée tarifs 2011 (sur toute l'année), hors suppléments
Sélection	secteur ex DG T2A Pour l'année 2010 l'activité a été regroupée en V11c et valorisée aux tarifs 2011
<u>Liste des racines et GHS pris en compte pour chaque activité, selon la classification V11c des GHM</u>	
- greffes de cellules souches hématopoïétiques :	
racine 27Z03 Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques = GHS 8970, 8971, 8972, 8973, 8977	
- transplantations d'organes :	
27C06 Transplantations rénales	
27C04 Transplantations pulmonaires	
27C05 Transplantations cardiaques	
27C02 Transplantations hépatiques	
27C07 Autres transplantations	
27C03 Transplantations pancréatiques = GHS 8906 à 8937	
-soins palliatifs :	
Racine 23Z02 Soins Palliatifs = GHS 7990 à 7994	
-séances de chimiothérapies :	
28Z07Z Chimiothérapie pour tumeur, en séances	
28Z17Z Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances = GHS 9606 et 9616	
- chimiothérapies hors séances	
17M05 Chimiothérapie pour leucémie aigüe	
17M06 Chimiothérapie pour autre tumeur = GHS 6483 à 6491	

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 2

« LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES »

Pièce jointe 2-a

Procédure "innovation" proposée par le groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS

Le groupe avait abordé le sujet de l'innovation sous l'angle de la maintenance de la CCAM, et de sa mise à jour nécessitée par l'apparition d'actes innovants.

Rapidement, l'intrication du sujet "acte" avec celui des "dispositifs médicaux" avait été identifiée, conduisant à décrire une procédure associant ces deux aspects.

La procédure ici rapportée n'a jamais été validée, elle est indiquée pour rappeler l'état de la réflexion en 2008. Il est à noter qu'elle reste compatible avec les textes désormais existants, et qu'elle pourrait être utilement reprise et complétée.

Procédure "techniques innovantes" : de la recherche biomédicale à la diffusion en routine

L'objectif de cette procédure est à la fois d'identifier les techniques émergentes (association acte/DM), de les suivre, d'autoriser provisoirement, et de façon restreinte, leur utilisation, avant même avis rendu par la HAS à l'issue de leur évaluation, et d'encadrer si nécessaire la diffusion de l'innovation après inscription sur la liste autorisant leur prise en charge par l'assurance maladie.

Étapes de la procédure globale

Les étapes de la vie d'une technique émergente peuvent être déroulées sous la forme chronologique suivante :

- Recherche biomédicale : inclut dispositif PHRC, études loi Huriet... (spécifier l'indicateur marqueur de la fin de recherche)
- Entre recherche biomédicale et évaluation HAS : procédure provisoire et conditionnelle (autorisation à faire d'un nombre d'équipes restreint, financement de la prise en charge hospitalière, production de données utiles à l'évaluation par la HAS)
- Entre évaluation par la HAS et décision d'inscription sur la liste autorisant la prise en charge par l'assurance maladie : procédure existante actuelle, à compléter d'une réflexion sur l'encadrement souhaité des pratiques (en termes de financement et de sécurité sanitaire).
- Diffusion finale de l'innovation : technique innovante utilisable et finançable en routine, sous réserve du respect des conditions particulières éventuelles (définies à l'étape 3).

Chacune de ces étapes doit être détaillée. Une proposition liminaire est faite ci-dessous, et devra être enrichie.

Étape 1 : Recherche biomédicale

Le contenu de cette étape devra être précisé par les acteurs compétents sur le sujet.

Un point particulier est à prévoir sur les PHRC et STIC : dans le cadre de la procédure globale, est prévue la création d'une commission chargée notamment d'enclencher la procédure "techniques émergentes", et l'étape 2.

Le lien de cette commission avec la phase recherche est à préciser.

Au minimum une information réciproque commission / responsables STIC-PHRC est à prévoir. Au maximum, la procédure STIC/PHRC peut être confiée à la commission.

Etape 2 : Procédure temporaire et conditionnelle

Objectif de cette étape : identifier les techniques émergentes, autoriser leur pratique de manière provisoire et conditionnelle, recueillir les informations complémentaires nécessaires à l'évaluation par la HAS.

Cette procédure concernerait en priorité les techniques nécessitant un environnement hospitalier, réalisées en établissements publics et/ou privés.

Différents temps de cette procédure peuvent être décrits :

I. Signalement sur une technique émergente (recueil d'informations)

1 activité de veille technologique HAS (balayage systématique de sources de données scientifiques + recueil systématique d'informations auprès d'organisations de professionnels de santé + recueil d'alertes spontanées)

2 alertes provenant d'autres institutions Afssaps, Atih, MS, Uncam, OBM, ...

3 la HAS centralise les informations sur les techniques émergentes signalées

4 en fonction du nombre de signalements, prévoir des critères de filtre à définir

II. Création et gestion d'une base de données sur les techniques émergentes signalées

1 la HAS et toutes les autres institutions impliquées dans la démarche alimentent la base et y ont accès

2 elle contiendra la liste des techniques signalées et toute information les concernant

3 elle sera accessible à toutes les institutions impliquées, en temps réel

4 la base est gérée par la HAS (sur proposition ATIH, Ministère, UNCAM)

III. Traitement de l'information sur les techniques émergentes (analyse)

1- La HAS recherche les données pour estimer rapidement l'impact de la technique (évaluation préliminaire) basée sur :

1.1 Données préliminaires (ou à défaut une estimation) sur les complications potentielles (fréquence et gravité) ;

1.2 Données préliminaires (ou à défaut estimation) sur le bénéfice individuel et les impacts (organisationnels, économiques, bénéfice collectif, sur les pratiques ...)

Conditions de réalisation permettant d'assurer une sécurité minimale

2- La HAS identifie le type de données manquantes pour :

2.1 réaliser une évaluation complète de la technique (ratio bénéfice/risques, données comparatives, dans des indications précises, ...)

2.2 orienter le recueil de données cliniques ou organisationnelles complémentaires.

3- La HAS élabore une note d'information technique sur la technique émergente

Cette note d'information est la synthèse des données citées ci-dessus avec une conclusion sur l'estimation de l'impact de la technique

IV. Travaux préparatoires à l'inscription provisoire de la technique

Ces travaux sont mis en œuvre par une instance collégiale (Etat, UNCAM, HAS). (commission à créer)

- 1 Priorisation et sélection des techniques, qui s'appuient sur la note d'information de la HAS et sur la base de critères de sélection/priorisation qui sont à définir
- 2 Ecriture d'un libellé et attribution d'un code provisoire ATIH/DACT (valable pour acte et DM)
- 3 Définition des conditions médicales d'utilisation de la technique
- 4 Définition des données à recueillir et de la mise en œuvre opérationnelle de ce recueil
- 5 Identification des établissements ou équipes autorisés provisoirement à réaliser cette activité
- 6 Estimation des coûts
- 7 Proposition de solutions techniques en vue de la définition de modalités de prise en charge (qualification de la technique au regard du PMSI par exemple)
8. Réflexion sur la pertinence d'un encadrement de la pratique dans l'hypothèse d'une prise en charge ultérieure par l'assurance maladie (post inscription)

V. Décision d'inscription temporaire et conditionnelle sur une liste autorisant le financement par l'assurance maladie

Cette phase est du ressort de l'UNCAM et de l'Etat (DHOS + DSS). La répartition des rôles est à préciser. En particulier : les points 1 et 4 sont clairement du ressort de l'Etat (DHOS). La responsabilité des points 2 et 3 est à préciser (voire arbitrer), mais une décision conjointe Etat/UNCAM est proposée.

- 1 Sélection des établissements
- 2 Prise en charge provisoire avec détermination d'une échéance (inscription provisoire d'une durée de 1 à 3 ans maximum). Financement de la prise en charge hospitalière. Le financement du DM pourrait être laissé à la charge de l'industriel.
- 3 Inscription provisoire à la CCAM descriptive ou nomenclature DM (à créer ?)
4. Information des ARH et des établissements concernés

VI. Modalités de mise en œuvre

Par contractualisation ARH – établissement (avenant au contrat d'objectifs et de moyens) : autorisation à pratiquer la technique, engagement à respecter les conditions médicales de réalisation, engagement à produire les données cliniques et organisationnelles, évaluation annuelle...

VII. Inscription au programme de travail de la HAS

avec un calendrier fonction des données attendues (cf. point III-2)

Etape 3 : vers la prise en charge de la technique innovante par l'assurance maladie (inscription sur une liste tarifante)

Cette étape se situe après avis rendu par la HAS (à l'issue de son évaluation), et avant décision d'inscription sur la liste permettant la prise en charge par l'assurance maladie (ici qualifiée de "liste tarifante").

En cas d'avis défavorable, la procédure est interrompue et n'a pas lieu d'être poursuivie pour la technique considérée. En outre, le code provisoire attribué à l'étape précédente est supprimé.

Le cas intermédiaire pour lequel la HAS estime nécessaire la poursuite d'évaluation en raison de l'insuffisance d'information ne devrait plus être observé si la procédure est mise en œuvre dès le signalement des techniques émergentes. Toutefois, dans une telle situation, la procédure de l'étape 2 devra être réenclenchée.

La procédure n'est poursuivie qu'en cas d'avis favorable.

Dans ce cas, la procédure est actuellement définie :

-s'agissant des actes : les actes innovants sont inscrits à la CCAM sur décision de l'UNCAM (après passage par la commission de hiérarchisation des actes et prestations) (article L162-1-7 du CSS)

- s'agissant des DM : les DM sont inscrits à la LPP (article L165-1 CSS). Préciser les conditions (voir notamment discussion relative à la non nécessité d'inscription si le DM a vocation à être pris en charge au travers d'un GHS- art L165-1 à préciser)

Nota : Pour certaines techniques, il pourra être nécessaire que deux inscriptions simultanées soient réalisées : une inscription de l'acte à la CCAM, et une inscription du DM à la LPP. Sauf à prévoir une nouvelle catégorie de liste tarifante, une coordination des deux opérations est alors nécessaire (renvoi aux attributions de la nouvelle commission – voir ci-dessous).

L'inscription sur l'une de ces listes tarifantes peut être assortie de conditions de réalisation.

Ces conditions sont notamment issues de l'avis HAS, mais l'UNCAM peut également les compléter (sujet des actes).

Il pourrait être proposé, à ce stade de la procédure, que la commission décrite à l'étape 2 soit saisie pour avis à formuler sur les conditions d'encadrement de la technique en phase de diffusion.

En cas de décision d'encadrement de la pratique de la technique innovante, une procédure de sélection et autorisation des établissements doit être définie.

Cette procédure est du ressort de l'Etat. Chronologiquement elle intervient après inscription sur les listes tarifantes, mais elle doit être préparée dans le même temps que les opérations qui conduisent à l'inscription, d'où le besoin d'une coordination de ces différentes opérations.

La même commission (étape 2) pourrait être chargée de cette préparation et coordination. Il sera probablement nécessaire de prévoir un fonctionnement en sous-groupes (le travail ne fait pas appel aux mêmes compétences à ce stade et aux différents temps décrits à l'étape 2).

Etape 4 : Diffusion finale de la technique innovante

Cette étape se situe après inscription de la technique innovante sur une (ou 2) listes tarifantes. Cette inscription s'accompagne de conditions de réalisation.

Les conditions de réalisation sont variables selon la technique, et conditionnent les modalités de diffusion de la technique innovante.

Le plus souvent, et selon la nature des techniques, ces conditions sont accessibles à la majorité des établissements de santé ou cabinet de ville. Dans un nombre de cas probablement limité (fréquence à préciser), ces conditions conduisent à envisager de restreindre le champ des établissements (ou équipes) autorisés à pratiquer ces techniques.

Cette contrainte aura nécessairement été identifiée avant inscription (voir étape 3), et sa mise en œuvre anticipée.

La procédure de reconnaissance des établissements "autorisés à faire" à ce stade de la procédure globale est du ressort de l'Etat. Les établissements sélectionnés ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont été retenus à l'étape 2 (temporaire et conditionnelle), avant évaluation : certains souhaiteront quitter ce champ d'activité, d'autres souhaiteront y entrer.

La mise en œuvre de cette phase doit être précisée :

- reconnaissance ou autorisation des établissements ?
- niveau national ou régional ?
- conditions de suivi et de contrôle du respect des conditions.

A côté de la procédure autorisant les établissements (ou équipes) à utiliser la technique innovante, les modalités de financement des établissements doivent être précisées. A ce stade, la prise en charge sous forme de GHS est indiquée. Il convient d'identifier le GHM de rattachement et de définir le tarif adéquat. La question de l'inscription du DMI sur la liste en sus peut le cas échéant nécessiter discussion et arbitrage. Cette discussion est à mener et organiser dans le cadre de la préparation des campagnes tarifaires des établissements de santé.

Pièce jointe 2-b

EXEMPLES D'AVIS DE LA HAS RESTES SANS SUITE

- [255] Le tableau suivant donne des exemples d'actes évalués par la HAS (avec service attendu suffisant ou indéterminé), pour lesquels l'ATIH n'a pas connaissance de travaux permettant leur inscription ou leur tarification.
- [256] Lorsque le service attendu est indéterminé jusqu'à 2005 ces actes étaient inscrits avec un code dont le numéro à 3 chiffre débutait par 9 (Actes dits "codes 900"), ce qui permettait leur codage à titre **descriptif** par les établissements qui les réalisaient dans le cadre d'un protocole de recherche.
- [257] Les liens informatiques permettent d'accéder au document d'avis sur le site de la HAS.

N° thème	Thème	Date avis HAS	Type avis	Liens avec le site concerné
1	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire Technique DIEP - Document d'avis	Avis sur les actes - 6 juillet 2011	SA suffisant ; ASA IV	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1080903/reconstruction-du-sein-par-lambeau-cutaneograsseux-libre-de-labdomen-avec-anastomose-vasculaire-technique-diep-document-d-avis?xtmc=&xtcr=5
2	Œsophagectomie avec œsophagogastroplastie, par thoroscopie - Document d'avis	Avis sur les actes - 21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_979390/oesophagectomie-avec-oesophagogastroplastie-par-thoroscopie-document-d-avis?xtmc=&xtcr=13
3	Hépatectomie droite par coelioscopie - Document d'avis	Avis sur les actes - 21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_979388/hepatectomie-droite-par-coelioscopie-document-d-avis?xtmc=&xtcr=14
4	Photochimiothérapie extracorporelle- Document d'avis	Avis sur les actes - 17 mars 2010	SA suffisant ; ASA III	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_952578/photochimiotherapie-extracorporelle-document-d-avis?xtmc=&xtcr=16
5	Neuromodulation sacrée	Avis sur les actes - 13 janvier 2010	SA suffisant ; ASA II ou IV selon indications	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_921213/neuromodulation-sacree?xtmc=&xtcr=22
6	Evaluation de la chirurgie vasculaire par coelioscopie	Avis sur les actes - 22 juillet 2009	SA suffisant sous conditions ; ASA inconnu pour 19 libellés ;	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830732/evaluation-de-la-chirurgie-vasculaire-par-coelioscopie?xtmc=&xtcr=29

N° thème	Thème	Date avis HAS	Type avis	Liens avec le site concerné
7	Assistance par ordinateur au cours d'une arthroplastie du genou (navigation)	Avis sur les actes - 10 juin 2009	SA suffisant ; ASA inconnu	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819576/assistance-par-ordinateur-au-cours-dune-arthroplastie-du-genou-navigation?xtmc=&xtcr=34
8	Assistance circulaire mécanique - Avis sur les actes pose, de changement et d'ablation	Avis sur les actes - 30 janvier 2008	SA suffisant ; ASA élevé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_659030/assistance-circulaire-mecanique-avis-sur-les-actes-pose-de-changement-et-dablation?xtmc=&xtcr=55
9	Colectomies par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Avis sur les actes - 25 avril 2007	SA suffisant ; ASA modéré/mineur/absent /non déterminé selon les actes et indications	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_541177/colectomies-par-coelioscopie-ou-par-laparotomie-avec-preparation-par-coelioscopie?xtmc=&xtcr=71
10	Traitement arthroscopique de l'épicondylite	Avis sur les actes - 21 juin 2006	SA non déterminé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_534122/traitement-arthroscopique-de-lepicondylite?xtmc=&xtcr=102

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 4

« LA TARIFICATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES A L'HOPITAL »

Pièce jointe 4-a



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de ressources aux établissements de santé

Comparaison par établissement de l'ENC 2009 des charges des Actes et Consultations Externes aux recettes de cette activité

Contexte

Dans le cadre de la mission « T2A/CCAM », l'IGAS doit étudier l'interaction entre les tarifs du secteur libéral et les établissements de santé. Les tarifs de la CCAM pour les actes techniques et de la NGAP pour les actes cliniques sont utilisés pour rémunérer les consultations et actes externes (ACE) effectués à l'hôpital, secteur ex-DG. L'IGAS note qu'il semble qu'il y ait sous valorisation de cette activité par rapport aux autres activités de l'hôpital. C'est l'hypothèse qui est à la base de la saisine de la DGOS sur la base du ressenti des hospitaliers. Une étude ponctuelle de l'IGAS sur un établissement fait en effet apparaître un déficit conséquent de cette activité. Pour autant une étude sur un seul établissement n'est pas démonstrative, l'IGAS a donc demandé à l'ATIH d'étudier la rentabilité de l'activité ACE sur l'échantillon qui sert de base à l'ENC ex-DG pour confirmer ou infirmer l'hypothèse de sous-valorisation.

Préambule

Deux types d'actes et consultations externes peuvent être distingués :

- Les actes et consultations externes sans passage par les urgences (sans facturation d'ATU)
- Les actes et consultations externes avec passage par les urgences (avec facturation d'ATU)

Il semble que le sujet ne porte pas sur le financement des urgences, mais sur celui des actes et consultations externes programmés. L'étude s'est donc focalisée uniquement sur les actes et consultations externes n'étant pas réalisés dans le cadre des urgences.

La difficulté réside dans l'identification des charges (et recettes) qui concernent des actes et consultations externes sans passage aux urgences.

I. EXTRACTION DES CHARGES DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES (SANS PASSAGE AUX URGENCES) A PARTIR DES DONNEES DE L'ENC 2009

Dans l'Etude Nationale des Coûts, les établissements participants doivent isoler les charges et les produits relatifs à l'hospitalisation MCO, SSR, HAD, ...ainsi qu'aux consultations et actes externes⁵⁷ MCO. Cette information n'est pas disponible directement, il est nécessaire de reconstituer les charges afférentes aux actes et consultations externes en agrégeant les charges :

- Des services cliniques
- Des plateaux médico-techniques
- De logistique et gestion générale (accueil et gestion des malades, services administratifs, ...)
- De logistique médicale.

Pour calculer les charges des actes et consultations externes dans l'ENC, une méthodologie a été mise en place (cf Annexe 1). La méthode proposée s'attache à mettre en adéquation le périmètre des charges et celui des recettes autant que possible (cf II. Extraction des recettes des actes et consultations externes à partir des données du PMSI 2009).

Il faut noter la difficulté de ne récupérer que les charges des actes et consultations externes des plateaux médico-techniques sans passage aux urgences. En effet, dans l'ENC, **il n'existe pas de distinction dans les charges des actes et consultations externes entre les soins urgents et non urgents**. Pour estimer la part des charges des actes et consultations externes non urgents sur les plateaux techniques, une estimation est nécessaire. En effet, il ne suffit pas d'éliminer les charges du plateau technique « Urgence » pour éliminer les ACE urgents car il existe des prestations pour des patients du plateau « Urgence » qui sont comptabilisées sur d'autres plateaux (imagerie, laboratoire, chirurgie, ...). Il faut donc estimer, pour les plateaux médico-techniques autres que les urgences, la part des charges relatives aux ACE non urgents. Cela peut être réalisé à partir des recettes PMSI 2009. En effet, la part des ACE hors urgences dans les ACE totales peut être calculée par établissement (la présence d'un ATU facturé en même temps que l'ACE permet de distinguer les ACE avec urgence des ACE non urgents). Cette part peut ensuite être appliquée à l'ensemble des charges médico-techniques attribuée aux actes et consultations externe dans l'ENC (hors plateau technique Urgence). Cette hypothèse, nécessaire pour pouvoir faire l'estimation des charges totales à partir de l'ENC, peut avoir un impact important sur les charges.

Pour cette raison et pour les raisons expliquées ci-dessous, cette étude repose sur une **approximation du montant réel** des charges des actes et consultations externes :

- La répartition des charges entre MCO, SSR, HAD puis au sein du MCO entre hospitalisation et consultations externes est réalisée par l'établissement, au moyen de clés de répartition imposées par la méthodologie ENC : il s'agit donc d'une estimation. De plus, comme la méthodologie ENC se concentre sur l'hospitalisation, les montants de charges relatifs aux actes et consultations externes ne sont pas utilisés par ailleurs, la qualité de leur recueil n'est donc pas garantie.
- Les charges du plateau de laboratoire hors nomenclature pour les actes externes n'ont pas pu être identifiées et donc enlevées des charges totales, bien qu'elles soient financées par MIG. Il en résulte donc une légère surestimation des charges.
- La redevance payée par les praticiens hospitaliers pour leur activité libérale de consultation et actes externes n'a pas pu être déduite des charges car la redevance est connue globalement, sans distinction de la part qui concerne les actes et consultations externes et de la part qui concerne l'activité d'hospitalisation.

⇒ les charges sont donc majorées.

Pour savoir si la surestimation des charges est importante ou non, le montant total de redevance (activité ACE et hospitalisation) est mise en regard du montant des charges des ACE non urgents. Le rapport entre montant de redevance et montant des charges ACE non urgents est calculé. Ce rapport est faible pour la plupart des établissements étudiés (moins de 3% pour 35 des 44 établissements étudiés, moins de 6% pour 41 des 44 établissements étudiés). Les trois établissements qui présentent un taux important sont :

- L'Hôpital Saint Joseph (finess 130785652) : part de redevance sur les charges ACE non urgents = 129% : dans cet établissement, les médecins sont rémunérés à l'acte et versent

⁵⁷ Notés ACE dans la suite du document.

donc une redevance qui est importante. Même si une part importante de cette redevance concerne l'hospitalisation et non les ACE, il paraîtra difficile d'interpréter les résultats pour cet établissement. Il est donc exclu de l'étude.

- Le Centre Hospitalier Pierre Oudot (finess 380780049): part de redevance dans les charges ACE non urgents = 14%
- Le Centre Hospitalier de Haguenau (finess 670780337): part de redevance dans les charges ACE non urgents = 13%

⇒ Ces deux derniers établissements sont conservés dans l'étude, mais lors de l'examen de l'écart entre charges et recettes, ces établissements seront étudiés.

A noter que 11 établissements ont un montant de redevance nul. Pour ces établissements dont la liste est fournie ci-dessous, il n'y a pas surestimation des charges :

310782347	Institut Claudius Regaud
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS
750160012	Institut CURIE
780000436	Centre Hospitalier des Courses
920000460	Centre Rene Huguenin
940000664	Institut Gustave Roussy

La méthodologie décrite en annexe 1 a donc été mise en place et un montant de charges pour les actes et consultations externes pour les établissements intégrés à l'ENC 2009 est disponible (cf annexe 2). 51 établissements ont été intégrés à l'ENC 2009. Compte tenu de la disponibilité des recettes par finess juridique et non géographique, 7 établissements ayant été intégrés dans l'ENC 2009 n'ont pu être étudiés. Il s'agit de la Polyclinique d'Hénin Beaumont (groupe ANHAC), de l'Hôpital Saint Louis, de l'Hôpital Necker, de l'Hôpital Robert Debré, de l'Hôpital Beaujon, de l'Hôpital Henri Mondor et de l'Hôpital Paul Brousse (AP-HP). Enfin, l'Hôpital Saint Joseph n'a pas été retenu car le montant de redevance est très élevé sans qu'il soit possible de savoir quelle part de redevance devrait s'imputer sur les charges.

⇒ Au final, 43 établissements ex-DG sont étudiés.

Les charges recueillies dans le cadre de l'ENC n'ont pas pu être confrontées aux charges du RTC, cela sera fera l'objet d'une note complémentaire dont le but sera de fiabiliser les résultats présentés ici.

II. Extraction des recettes des actes et consultations externes à partir des données du PMSI 2009

Les recettes des actes et consultations externes des établissements de l'ENC 2009 ont été extraites du PMSI.

Les recettes prises en compte sont les montants en base de remboursement pour les prestations suivantes :

- Les recettes des actes CCAM
- Les recettes des actes NGAP
- Les recettes des forfaits FTN (Forfait technique Scanner ou IRM)
- Les recettes des forfaits SE (Sécurité environnement)

Ces recettes ne concernent que les actes et consultations externes sans entrée par les urgences (c'est-à-dire sans ATU facturé).

III. Comparaison des charges des actes et consultations externes issues de l'ENC aux recettes issues du PMSI

Avertissement : Compte tenu des approximations réalisées pour le calcul des charges des actes et consultations externes et de l'impossibilité de valider ces données avec le RTC, les résultats suivants sont à prendre avec précaution.

Les résultats par établissement sont présentés en annexe 3. Deux colonnes signalent la présence ou non d'approximations qui peuvent rendre l'estimation des charges totales moins fiable. Ainsi, lorsque le montant des charges des plateaux techniques est « strictement celui de l'ENC » (aucune estimation n'a dû être réalisée pour trouver la part des charges ACE non urgents parmi l'ensemble des charges) et lorsque l'impact de la redevance est « nul », l'estimation des charges peut être considérée comme plus fiable que pour les établissements n'ayant pas ces caractéristiques.

Le tableau suivant présente, pour les 43 établissements ayant des charges ENC et des recettes PMSI, l'écart « Charges ENC – recettes PMSI » :

Différence Charges ENC ACE – Recettes ACE	Nombre d'établissements
[30% ; 50%[	7
[50% ; 70%[	9
[70% ; 90%[	7
[90% ; 110%[	11
[110% ; 130%[	2
[130% ; 150%[	3
>=150%	4
TOTAL	43

A noter pour que les deux établissements ayant un poids de redevance dans les charges de 13% et 14%, les écarts charges/recettes sont les suivants :

- Pour le CH Pierre Oudot : l'écart charges/recettes est de 98% donc même si la redevance était enlevée des charges en totalité, l'écart serait encore important (70%).
- Pour le CH d'Haguenau : l'écart charges/recettes est de 44% donc même si la redevance était enlevée des charges en totalité, l'écart est divisé par deux mais reste positif (25%).

Le tableau suivant présente, pour les 8 établissements, n'ayant pas de service d'urgence (établissements CLCC et EBNL) et pas de redevance des médecins libéraux, l'écart « Charges ENC – recettes PMSI » :

Différence Charges ENC ACE – Recettes ACE	Nombre d'établissements
[30% ; 50%[	2
[50% ; 70%[
[70% ; 90%[	1
[90% ; 110%[	2
[110% ; 130%[	1
[130% ; 150%[
>=150%	2
TOTAL	8

Pour ces établissements, le mode calcul des charges ACE peut être considéré comme moins approximatif que pour les autres établissements :

- aucune approximation n'a dû être réalisée pour enlever les charges des actes et consultations externes avec entrée par les urgences puisque ces établissements n'ont pas de services d'urgence.
- Le montant de redevance est nul, les charges ne sont donc pas majorées.

En conclusion :

Pour les établissements présents dans l'ENC 2009, pour lesquels la confrontation des charges aux recettes a été possible, les charges (qui sont parfois issues d'une estimation) sont plus élevées que les recettes : au moins 30% d'écart pour l'ensemble des 43 établissements étudiés.

Cette conclusion est encore vraie lorsque l'étude est restreinte aux 8 établissements pour lesquels les charges sont strictement issues de l'ENC, sans qu'il soit nécessaire de faire des approximations (pas de service d'urgence et pas de redevance). Cinq de ces établissements sont des CLCC et 3 sont des EBNL.

Une étude complémentaire devra être menée pour fiabiliser le montant des charges ENC, en le comparant notamment au RTC.

ANNEXE 1 : Méthodologie utilisée pour récupérer les charges des Actes et Consultations Externes dans l'ENCC 2009

Pour déterminer les charges des ACE non urgents, les fichiers source remplis par chaque établissement dans le cadre de l'ENC à partir de leurs informations comptables a été utilisé (fichier nommé ARCAH).

Dans ce fichier, les charges des ACE ne sont pas directement identifiables, il est nécessaire de les calculer et une méthodologie a été mise en place pour extraire ces informations.

Le montant total des charges a été calculé en sommant les postes suivants :

- Charges ACE des services cliniques : disponible directement dans le fichier Source. Ces charges sont nettes des produits. les produits proviennent des comptes 7488 (Autres subventions et participations), 772 (produits sur exercices antérieurs) et 7548 (remboursements de frais – autres).
Hypothèse : Les ACE effectués dans les services cliniques sont en totalité des soins non urgents (les consultations urgentes sont réalisées dans la SAMT Urgence).
- Charges ACE des plateaux médico-techniques (ou SAMT) pour les ACE non urgents : ces charges sont problématiques à obtenir et c'est pour cette raison que le mode de calcul a été détaillé ci-dessous.
- Charges ACE de Logistique et Gestion Générale (obtenues grâce aux unités d'œuvre renseignées par les établissements).
- Charges ACE de Logistique Médicale (il s'agit de la logistique médicale des services cliniques, la logistique médicale des plateaux techniques se trouve dans les charges SAMT).

Méthode d'extraction des Charges ACE des plateaux médico-techniques :

Le but est de récupérer les montants et le nombre d'Unités Œuvre (UO) par champ sur l'ensemble des sections médico-techniques. L'intérêt est de pouvoir calculer une part dédiée aux ACE dans le total des charges et ainsi obtenir un montant de charges pour les ACE (calculé au prorata des UO consommées pour les ACE par rapport à l'ensemble des activités de l'établissement).

Etant donné que l'étude est limitée aux ACE non effectués dans le cadre d'un passage aux urgences, il faudra ensuite isoler les ACE programmés des ACE urgents. Pour cela, la méthode utilisée est la suivante :

La part des ACE hors urgences dans les ACE totales est calculée par établissement à partir des recettes PMSI 2009. Cette part est ensuite appliquée à l'ensemble des charges médico-techniques attribuées aux actes et consultations externes dans l'ENC hors urgence.

Remarque : Cette estimation n'est pas nécessaire pour les établissements qui n'ont pas de service d'urgence et pour lesquels, par définition, tous les ACE sont non urgents. Les 9 établissements concernés sont listés ci-dessous :

310782347	Institut Claudius Regaud
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS
750160012	Institut CURIE
920000460	Centre Rene Huguenin
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue
940000664	Institut Gustave Roussy

A noter que certains plateaux médico-techniques (autres que les urgences) doivent être exclus de l'analyse :

- Le SMUR : cette activité est financée par MIG, les charges de ce plateau ne sont pas prises en compte.

- Le laboratoire hors nomenclature : il est financé par MIG, les charges ne devraient pas être prises en compte. Cependant, il n'y a pas de SAMT dédiée aux BHN (ils sont inclus dans les SAMT labo en équivalent B). Il ne sera donc pas possible d'isoler les BHN dédiés aux consultations externes.

Remarque sur les redevances de l'activité libérale liée aux consultations et soins externes :

Le montant total des redevances est disponible. Par contre, le détail de la redevance liée à l'activité d'hospitalisation et à l'activité ACE n'est pas disponible. Il n'est pas possible de distinguer la part de redevances pesant sur cette activité. Il est donc décidé de ne pas déduire les redevances des charges, **les charges seront donc majorées puisqu'une partie de ces charges est compensée par le versement de la redevance.**

ANNEXE 2 : Charges ENC des ACE 2009 sans entrée par les urgences

Finess	Libellé établissement	Charges totales ACE sans passage aux urgence (en €)	DONT Charges services cliniques (en €)	DONT Charges Plateaux Médico-Techniques (en €)	Dont Charges LGG (en €)	Montant de redevance total (Hospitalisation + ACE)	Part de redevance sur les charges totales ACE
060785011	Centre Hospitalier Universitaire de Nice	55 867 004	23 408 748	15 240 277	17 264 130	979 301	2%
120780085	Centre Hospitalier de Decazeville	955 331	305 999	203 084	451 997	7 560	1%
130785652	HOPITAL Saint Joseph	12 526 757	4 693 489	3 332 427	4 414 640	16 177 240	129%
170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	12 007 240	5 229 631	3 233 548	3 593 891	233 309	2%
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	8 946 032	3 858 545	4 108 837	1 952 855	284 463	3%
300780038	Centre Hospitalier Universitaire de Nimes	23 207 475	6 451 161	10 886 808	6 252 988	522 797	2%
300780053	Centre Hospitalier Bagnols sur Ceze	4 491 182	2 171 523	1 638 004	748 090	163 989	4%
310780671	Centre Hospitalier Saint Gaudens	2 158 791	559 333	581 309	1 002 240	85 918	4%
310782347	Institut Claudius Regaud	10 701 542	3 157 323	5 249 120	2 215 774	0	0%
340780477	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	66 764 486	27 186 809	23 330 355	15 480 510	601 603	1%
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse	7 265 530	5 211 552	0	2 023 339	0	0%
380012658	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	4 079 395	2 912 005	288 621	840 896	170 337	4%
380780049	Centre Hospitalier Pierre Oudot	4 372 647	1 630 267	1 181 812	1 535 637	628 337	14%
380780080	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	42 885 629	10 271 820	22 068 276	11 035 388	860 107	2%
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	10 240 446	5 345 085	2 188 889	2 748 147	132 243	1%
440000289	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	49 491 296	25 870 551	13 247 360	12 698 084	782 649	2%
540002078	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	44 903 722	21 871 242	8 619 755	15 340 379	1 216 523	3%
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre	4 654 612	1 732 325	2 070 109	886 398	0	0%
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient	3 535 740	1 975 343	164 349	1 380 365	0	0%
590780193	Centre Hospitalier Universitaire de Lille	75 224 991	31 325 773	25 891 594	17 684 452	964 473	1%
600100713	Centre Hospitalier de Beauvais	9 397 222	4 277 432	2 323 399	2 657 346	364 557	4%
670000025	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg	51 152 996	21 748 007	27 893 167	1 587 706	1 313 831	3%
670780337	Centre Hospitalier de Haguenau	5 876 888	2 439 326	2 399 526	1 246 315	776 766	13%
670780543	Centre Hospitalier de Wissembourg	2 284 500	415 155	1 399 910	519 783	25 951	1%
680000973	Hôpital Civil de Colmar	21 783 660	12 107 249	7 346 396	2 523 795	1 227 493	6%
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc	10 788 806	4 493 815	3 656 076	2 655 220	0	0%

Finess	Libellé établissement	Charges totales ACE sans passage aux urgence (en €)	DONT Charges services cliniques (en €)	DONT Charges Plateaux Médico-Techniques (en €)	Dont Charges LGG (en €)	Montant de redevance total (Hospitalisation + ACE)	Part de redevance sur les charges totales ACE
710780263	Centre Hospitalier de Macon	8 842 683	3 443 945	2 937 411	2 407 353	179 566	2%
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS	13 680 249	6 409 936	4 169 064	3 020 984	0	0%
750160012	Institut CURIE	12 904 771	4 878 747	6 443 724	1 587 117	0	0%
760024042	CHI Elbeuf Louviers	7 464 921	3 194 273	2 517 334	1 751 421	32 493	0%
760780023	Centre Hospitalier de Dieppe	5 980 038	2 733 396	1 803 825	1 418 371	44 896	1%
780000436	Centre Hospitalier des Courses	1 503 229	894 175	279 267	325 013	0	0%
790000012	Centre Hospitalier de Niort	13 499 634	6 505 859	4 339 489	3 235 849	271 697	2%
820004950	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac	1 874 799	553 501	956 142	361 313	4 632	0%
840006597	Centre Hospitalier d'Avignon	15 195 814	5 975 325	6 300 454	2 970 152	842 744	6%
860780980	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers	32 726 312	14 419 247	6 258 269	11 905 441	352 340	1%
870000015	Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	40 577 163	14 719 873	15 549 832	10 671 483	413 778	1%
880780077	Centre Hospitalier de Saint-Die	6 519 815	2 393 072	2 110 445	1 980 364	91 560	1%
920000460	Centre Rene Huguenin	13 418 406	1 816 674	9 870 361	1 802 672	0	0%
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	4 868 186	1 436 622	2 223 121	1 201 359	32 097	1%
920110038	Centre Hospitalier de Neuilly Courbevoie	7 423 240	2 811 798	2 248 683	2 466 457	38 195	1%
940000664	Institut Gustave Roussy	31 721 272	14 737 633	9 856 556	6 841 076	0	0%
950110049	Centre Hospitalier de Gonesse	8 934 082	5 047 218	1 939 663	1 905 498	63 356	1%
970421038	Centre Hospitalier Gabriel Martin	4 264 368	2 297 740	894 695	1 007 298	29 808	1%

ANNEXE 3 : Charges ENC et recettes PMSI des ACE sans passage aux urgences (sans ATU) 2009

Finess	Libellé établissement	Montant des charges des Plateaux Médico-Techniques des ACE non urgents	Impact de la redevance	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	CHARGES - RECETTES
060785011	Centre Hospitalier Universitaire de Nice	Estimation	Surestimation charges	55 867 004	24 011 874	133%
120780085	Centre Hospitalier de Decazeville	Estimation	Surestimation charges	955 331	489 445	95%
170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	Estimation	Surestimation charges	12 007 240	6 182 499	94%
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	Estimation	Surestimation charges	8 946 032	6 431 359	39%
300780038	Centre Hospitalier Universitaire de Nimes	Estimation	Surestimation charges	23 207 475	14 946 582	55%
300780053	Centre Hospitalier Bagnols sur Ceze	Estimation	Surestimation charges	4 491 182	2 799 472	60%
310780671	Centre Hospitalier Saint Gaudens	Estimation	Surestimation charges	2 158 791	910 635	137%
310782347	Institut Claudius Regaud	Strictement ENC	Nul	10 701 542	6 288 446	70%
340780477	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	Estimation	Surestimation charges	66 764 486	32 585 030	105%
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse	Strictement ENC	Nul	7 265 530	3 197 283	127%
380012658	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	Estimation	Surestimation charges	4 079 395	2 083 419	96%
380780049	Centre Hospitalier Pierre Oudot	Estimation	Surestimation charges	4 372 647	2 203 107	98%
380780080	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	Estimation	Surestimation charges	42 885 629	22 389 065	92%
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	Estimation	Surestimation charges	10 240 446	3 946 013	160%
440000289	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	Estimation	Surestimation charges	49 491 296	27 019 220	83%
540002078	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	Estimation	Surestimation charges	44 903 722	31 498 220	43%
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre	Strictement ENC	Nul	4 654 612	2 274 629	105%
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient	Strictement ENC	Nul	3 535 740	1 161 096	205%
590780193	Centre Hospitalier Universitaire de Lille	Estimation	Surestimation charges	75 224 991	36 989 726	103%
600100713	Centre Hospitalier de Beauvais	Estimation	Surestimation charges	9 397 222	4 913 921	91%
670000025	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg	Estimation	Surestimation charges	51 152 996	31 692 577	61%
670780337	Centre Hospitalier de Haguenau	Estimation	Surestimation charges	5 876 888	4 070 298	44%
670780543	Centre Hospitalier de Wissembourg	Estimation	Surestimation charges	2 284 500	1 618 289	41%
680000973	Hôpital Civil de Colmar	Estimation	Surestimation charges	21 783 660	11 505 357	89%
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc	Estimation	Nul	10 788 806	6 561 921	64%
710780263	Centre Hospitalier de Macon	Estimation	Surestimation charges	8 842 683	4 379 945	102%
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS	Strictement ENC	Nul	13 680 249	7 001 577	95%

Finess	Libellé établissement	Montant des charges des Plateaux Médico-Techniques des ACE non urgents	Impact de la redevance	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	CHARGES - RECETTES
750160012	Institut CURIE	Strictement ENC	Nul	12 904 771	9 243 304	40%
760024042	CHI Elbeuf Louviers	Estimation	Surestimation charges	7 464 921	4 666 663	60%
760780023	Centre Hospitalier de Dieppe	Estimation	Surestimation charges	5 980 038	3 626 316	65%
780000436	Centre Hospitalier des Courses	Estimation	Nul	1 503 229	675 919	122%
790000012	Centre Hospitalier de Niort	Estimation	Surestimation charges	13 499 634	7 770 010	74%
820004950	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac	Estimation	Surestimation charges	1 874 799	1 310 233	43%
840006597	Centre Hospitalier d'Avignon	Estimation	Surestimation charges	15 195 814	9 565 779	59%
860780980	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers	Estimation	Surestimation charges	32 726 312	13 786 466	137%
870000015	Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	Estimation	Surestimation charges	40 577 163	22 945 139	77%
880780077	Centre Hospitalier de Saint-Die	Estimation	Surestimation charges	6 519 815	3 857 621	69%
920000460	Centre Rene Huguenin	Strictement ENC	Nul	13 418 406	9 443 816	42%
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	Strictement ENC	Surestimation charges	4 868 186	2 744 498	77%
920110038	Centre Hospitalier de Neuilly Courbevoie	Estimation	Surestimation charges	7 423 240	4 431 990	67%
940000664	Institut Gustave Roussy	Strictement ENC	Nul	31 721 272	11 390 558	178%
950110049	Centre Hospitalier de Gonesse	Estimation	Surestimation charges	8 934 082	4 841 483	85%
970421038	Centre Hospitalier Gabriel Martin	Estimation	Surestimation charges	4 264 368	1 495 096	185%