

Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1 Le contexte	4
1.1 Le cadre législatif	4
1.1.1 La LFSS pour 2004 :	4
1.1.2 La LFSS pour 2005 pose le principe de la convergence tarifaire sans en définir les modalités :	4
1.1.3 La LFSS pour 2008 précise certaines modalités de la convergence tarifaire :	4
1.2 L'historique	5
1.2.1 De la description médicalisée de l'activité hospitalière au financement à l'activité.....	5
1.2.2 Des positionnements qui se sont adaptés	5
1.3 L'écart facial moyen des tarifs est de 25% en 2008	7
2 La problématique :	8
2.1 L'objectif de convergence : convergence intra sectorielle et convergence inter sectorielle.....	8
2.1.1 Considérations générales	8
2.1.2 Mise en œuvre de la convergence tarifaire	9
2.2 La définition des cibles de la convergence.....	10
2.2.1 La loi retient un alignement sur le tarif le plus faible	10
2.2.2 Le champ tarifaire de la convergence	10
2.2.3 Le périmètre de la convergence doit dépasser le cadre des recettes de l'Assurance Maladie et intégrer notamment le reste à charge du patient	12
2.3 Les écarts de coûts représentatifs de sujétions et de missions de service public.....	13
2.3.1 La permanence des soins hospitalière (PDSH)	13
2.3.2 L'activité non programmée/ non programmable	13
2.3.3 Une patientèle spécifique.....	14
2.3.4 L'effet de gamme.....	15
2.3.5 Les niveaux de sévérité et la durée moyenne de séjour (DMS).....	15
2.4 Des échelles tarifaires aux bases de construction différentes et au champ évolutif	15
2.4.1 La construction des échelles tarifaires	15
2.4.2 Le champ tarifaire et le champ des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)16	
2.5 La convergence tarifaire répond à un objectif d'amélioration de l'efficience.....	17
2.5.1 La soutenabilité économique	17
2.5.2 La diversité des statuts des établissements et de leurs personnels est un facteur de complexité dans la mise en œuvre de la convergence	18
3 Les travaux en cours	18
3.1 Le pilotage et la concertation	18
3.1.1 Rappel historique	18
3.1.2 Le pilotage des travaux.....	19
3.1.3 Le calendrier des travaux :	20
3.2 Les travaux de rapprochement des échelles de coût : l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCC)	20
3.2.1 L'Etude Nationale de Coûts privée (ENC privée)	20
3.2.2 L'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC)	20

3.2.3	Les impacts de l'ENCC :	21
3.3	Les travaux d'amélioration de la classification : la version 11 (V11).....	22
3.3.1	La version 11 de la classification.....	22
3.3.2	Les impacts de la version 11.....	22
3.4	Les études complémentaires.....	23
3.4.1	La permanence des soins hospitalière (PDSH)	23
3.4.2	La prise en charge des populations en situation de précarité	23
3.4.3	Le coût du travail	24
3.4.4	Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).....	25
3.4.5	L'activité non programmée/non programmable	25
3.4.6	L'effet de gamme.....	26
3.4.7	Les activités péri-hospitalières.....	26
3.4.8	La charge en soins	26
3.4.9	La fiscalité	27
4	Les mesures prévues par la campagne tarifaire 2009	27
4.1	Les nouvelles échelles tarifaires.....	27
4.2	La permanence des soins hospitalière	27
4.3	La prise en compte de caractéristiques socio-économiques et de patientèle spécifique des établissements.....	28
4.4	Le financement des internes	29
	CONCLUSION	30
5	Annexes	31
5.1	Annexe 1 : Etude ATIH sur les positionnements en termes de nature d'activité des secteurs public et privé	32
5.2	Annexe 2 : Etude ATIH relative à l'écart facial sur les tarifs.....	50
5.3	Annexe 3 : Etude ATIH sur les activités par nature non programmables	60
5.4	Annexe 4 : Etude ATIH sur la dispersion des niveaux de sévérité entre le secteur public et le secteur privé	67
5.5	Annexe 5 : Guide méthodologique MIGAC (extraits)	68
5.6	Annexe 6 : Avis du HCAAM sur la T2A et la convergence tarifaire (23 mars 2006)	80
5.7	Annexe 7 : Recommandations du rapport IGAS de janvier 2006	88
5.8	Annexe 8 : Comptes rendus du Comité de Pilotage de la Convergence.....	90
5.9	Annexe 9 : Comptes rendus des Comités d'experts	111
5.10	Annexe 10 : Tableau des études réalisées, en cours et programmées.....	124
	Annexe 11 : Présentation de l'Etude Nationale de Coûts MCO à méthodologie commune	126
5.11	Annexe 12 : Etude ATIH sur les impacts de l'ENCC	129
5.12	Annexe 13 : Etude ATIH sur la nouvelle classification des séjours V11.....	136
5.13	Annexe 14 : Etude ATIH sur les simulations des impacts financiers de la mise en œuvre de la V11.....	150
5.14	Annexe 15 : Enquête DHOS sur la PDSH.....	156
5.15	Annexe 16 : Enquête DHOS sur la prise en charge des patients en situation de précarité	163
5.16	Annexe 17 : Etude ATIH à partir des codes CIM 10 de précarité sur les impacts en termes de durée de séjour	169
5.17	Annexe 18 : Etude ATIH sur la charge en soins	177

INTRODUCTION

L'objectif retenu par le législateur de la convergence entre les tarifs des cliniques privées et des hôpitaux publics met en exergue la nécessité pour l'ensemble des acteurs de disposer d'une vision partagée des finalités, des modalités et des conséquences de sa mise en œuvre. Dans cette réflexion, il est habituel d'intégrer dans le vocable « secteur public » les établissements privés associatifs ou à but non lucratif, participant au service public hospitalier ou encore non participant ayant opté en leur temps pour le dispositif de financement par la dotation globale. A l'inverse le vocable « secteur privé » désigne dans ce rapport les établissements de santé à but lucratif anciennement financés sous objectif quantifié national (OQN).

L'objectif de convergence a guidé le ministère de la santé dans sa politique tarifaire et l'a conduit également à engager un ensemble d'études destinées à éclairer le processus à mettre en œuvre. L'ensemble de ces travaux exigeants sont menés dans le respect de la rigueur méthodologique nécessaire, et en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs concernés notamment les fédérations hospitalières des différents secteurs.

Il importe au préalable d'appréhender les positionnements actuels des secteurs public et privé qui résultent de modèles de financement historiques, de conditions d'exercice et de cultures différentes.

De même il convient d'identifier les différences des champs d'activités et de préciser les cibles de la convergence ainsi que le périmètre à considérer.

Les outils permettant d'améliorer la comparabilité des coûts ainsi que la description des séjours ont été développés. Il convient néanmoins d'examiner les conditions de faisabilité s'agissant en particulier des modes de rémunération des médecins.

L'objectif de convergence nécessite d'identifier et d'expliquer les écarts de coûts liés à des sujétions et des missions spécifiques existant dans l'un ou l'autre des secteurs.

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires pose le principe que les missions de service public peuvent être assurées par tous les établissements de santé quels que soient leurs statuts. Les travaux sur la convergence et en particulier l'identification des éléments de financement de ces missions permettront de donner à la loi toute sa portée.

Les premiers résultats des travaux menés seront pris en compte dans le cadre de la campagne 2009. Ils se traduisent notamment par la mise en œuvre d'une nouvelle version de la classification des séjours et par l'exploitation d'une étude nationale de coûts à méthodologie commune entre les deux secteurs. Ils intègrent également la prise en compte d'une partie des charges liées à la permanence des soins hospitalière ainsi qu'à l'accueil et à la prise en charge des patients en situation de précarité. Les travaux seront poursuivis et complétés dans les mois à venir.

1 Le contexte

1.1 Le cadre législatif

1.1.1 La LFSS pour 2004 :

L'exposé des motifs de la LFSS pour 2004, qui a posé le principe de la tarification à l'activité pour le champ d'activité médecine, chirurgie, obstétrique, distinguait deux objectifs d'ordre différent :

- l'harmonisation des règles de financement ;
- la convergence des tarifs entre les secteurs publics et privés;

Mais la LFSS pour 2004 ne contenait pas de dispositions législatives relatives à cette convergence.

1.1.2 La LFSS pour 2005 pose le principe de la convergence tarifaire sans en définir les modalités :

Le principe de convergence tarifaire intersectorielle n'a été introduit qu'un an plus tard dans la LFSS pour 2005. Il repose sur l'idée de l'application d'un tarif unique à l'ensemble des établissements du secteur hospitalier. La convergence doit concerner des prestations homogènes et prendre en compte les différences dans la nature des charges couvertes.

Les dispositions de la LFSS 2005 (article 17), relatives aux conditions de fixation des tarifs prévoyaient que :

« Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra atteindre 50% en 2008 »

Ces dispositions fixaient donc un objectif de convergence devant être atteint en 2012 avec une étape intermédiaire en 2008 prévoyant une réduction de 50% des écarts entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé.

Cet objectif suppose :

- une connaissance précise du contenu et de l'étendue des prestations prises en charge par chacun des secteurs ;
- une évaluation approfondie des coûts de production, en identifiant ceux justifiés par des missions et/ou des sujétions spécifiques.

1.1.3 La LFSS pour 2008 précise certaines modalités de la convergence tarifaire :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a posé le principe d'une convergence tarifaire sans en définir les modalités.

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

Compte tenu de la difficulté pour les Pouvoirs Publics de mettre en œuvre l'objectif de réduction de 50% des écarts dès 2008, dans l'attente d'éléments d'éclairage complémentaires et au vu des nombreuses observations faites par les corps de contrôle, la LFSS pour 2008 a supprimé l'échéance intermédiaire de 2008, l'objectif d'une convergence pour 2012 étant maintenu.

Le principe de tarifs identiques pour les prestations nouvellement créées a été posé: « *A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent* ».

Enfin la loi prévoit que le Gouvernement remet chaque année un rapport au Parlement sur le bilan des travaux en cours.

1.2 L'historique

1.2.1 De la description médicalisée de l'activité hospitalière au financement à l'activité

Les dispositions sur la convergence s'inscrivent dans un long processus d'amélioration de la connaissance des activités et des coûts aboutissant à une réforme majeure des modalités de financement des établissements de santé.

La mise en place de la description de l'activité hospitalière via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), prévue dès la réforme des années 1990, a constitué le préalable indispensable à ces évolutions.

Des versions successives de la classification des séjours ont permis une amélioration de la description de l'activité hospitalière en étant attentif à la qualité statistique de l'outil.

Il a fallu attendre 1996 pour que l'information du PMSI soit utilisée dans le secteur public pour affiner la dotation globale (modestement et de façon disparate d'une région à l'autre), générant une amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données transmises par les établissements.

Dans le secteur privé cette information a été recueillie à partir de 1998.

Une nouvelle étape a été franchie avec la mise en place opérationnelle de la tarification à l'activité posant un lien direct entre l'information du PMSI transmise et les recettes de l'établissement et constituant, comme le souligne le rapport Larcher, « *une réforme majeure du financement, désormais basé sur l'activité pour l'ensemble des établissements* ».

Dans le même temps, dans le cadre du plan Hôpital 2007, les règles de planification hospitalière ont été profondément rénovées avec un régime d'autorisation simplifié et la mise en œuvre d'une planification territorialisée et largement fondée sur la régulation de l'activité, au travers de la mise en place des objectifs quantifiés d'offres de soins (OQOS).

1.2.2 Des positionnements qui se sont adaptés

Avec la réforme de la tarification à l'activité, les modalités de financement qui étaient appliquées depuis presque 30 ans aux établissements de santé ont été remises en cause pour adopter un dispositif commun aux deux secteurs, exception faite des modalités de transition.

Durant toutes ces années, chacun des secteurs public et privé s'est développé avec des exigences propres, des objets différents, des positionnements économiques et de gestion spécifiques, soumis à des environnements eux-mêmes différents.

Le secteur public a été financé, à partir de 1984 en ce qui concerne les centres hospitaliers régionaux et de 1985 pour ce qui concerne les autres établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), par une dotation globale de financement (DGF) reconduite chaque année sur une base de ressources précédemment attribuée. Ce dispositif a pu apparaître comme peu incitatif à développer de l'activité dans une enveloppe contrainte.

Les médecins hospitaliers ont une rémunération mensuelle et sont soumis à des dispositions comparables à celles des statuts de la fonction publique. Actuellement comme le souligne le rapport Larcher « *le directeur n'a pas de responsabilité administrative à [leur] égard* ».

Le secteur privé est, depuis l'origine, financé par un mécanisme de tarifs, basé sur les prix de journée avec un exercice libéral et un paiement à l'acte des médecins. Ce dispositif de tarification a pu apparaître comme incitatif à produire de l'activité.

Au fil du temps, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels a décrit et valorisé les actes techniques alors même que la médecine ne bénéficiait pas d'un référentiel de description équivalent. Par ailleurs les évolutions de tarification des cliniques privées ont été portées régulièrement au profit des frais de salles d'opération préférentiellement à l'augmentation des prix de journée. Les modalités de financement du secteur privé ont reposé sur l'activité produite au travers des prix de journée négociés avec l'assurance maladie au niveau régional. De fortes disparités existaient entre établissements et entre régions. Un effort d'harmonisation a été apporté avec la mise en œuvre de l'objectif quantifié national à partir de 1992 avec des résultats déjà effectifs lors de la mise en place de la tarification à l'activité en 2005.

On constate sur cette période un développement de la chirurgie dans le secteur privé, et surtout de la chirurgie de court séjour permettant une rotation rapide des lits et une production d'actes techniques. Le dispositif d'autorisation de services d'urgences nécessitant de disposer d'une compétence de médecine polyvalente a essentiellement concerné le secteur public, le secteur privé se positionnant davantage sur la chirurgie programmée permettant une projection lisible des prises en charge et des financements.

Alors que le secteur privé développait des activités de chirurgie, l'hôpital public se situait davantage sur le champ de la médecine avec l'obligation, conformément à sa mission, d'accueil et de prise en charge des populations isolées ou défavorisées.

Le rapport Larcher relève ainsi que les cliniques réalisent désormais près des deux tiers de l'activité chirurgicale et que les activités chirurgicales de l'hôpital public sont de plus en plus orientées vers une chirurgie d'urgence et une chirurgie de recours. [Annexe 1 Rapport ATIH sur les positionnements en termes de nature d'activité du secteur privé et du secteur public]

Ces éléments d'historique apportent un éclairage sur le positionnement actuel des deux secteurs ainsi que sur les différences de périmètres. Dans le cadre de la convergence, les effets liés à ces différences s'annoncent comme autant de points nécessitant d'être explicités.

1.3 L'écart facial moyen des tarifs est de 25% en 2008

Le calcul d'un écart facial moyen des tarifs nécessite de valoriser une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs et de déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux. Des éléments de correction sont intégrés pour améliorer la comparabilité des champs notamment par la prise en compte des honoraires des praticiens du secteur privé.

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 relève un écart facial des tarifs de 41% en 2005 (tarifs privés inférieurs de 41% à ceux du public).

La même méthode de calcul conduit à observer un écart facial de 40% en 2006 et de 37% en 2008.

Ainsi il peut être constaté que l'écart facial des tarifs a diminué entre 2005 et 2008 notamment du fait des mesures de financement des campagnes successives (41% en 2005, 40% en 2006, 37% en 2008).

Un effort de convergence des tarifs, même s'il est modeste, a donc été réalisé sur cette période.

Il convient de rappeler que ces écarts ont été calculés à activité identique en termes de nombre et de répartition des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) pour les deux secteurs. L'activité retenue par cette approche est celle des établissements du secteur public. Si le secteur privé avait la structure d'activité du secteur public, l'écart de moyen de rémunération entre les deux secteurs serait alors de 37 %.

Si l'on prend comme base de référence l'activité du secteur privé, l'écart tarifaire facial est de 29% en 2006 et de 25% en 2008.

Enfin si on retient comme base de référence l'ensemble des activités du secteur public et du secteur privé, l'écart s'établit à 36% en 2006 et 33% en 2008.

Le calcul de l'écart facial des tarifs est donc très dépendant de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée. Il est pertinent d'utiliser l'activité du secteur privé, s'il s'agit de mesurer pour les cliniques privées l'écart entre, d'une part, leur rémunération fondée sur leurs activités et leurs tarifs et, d'autre part, la rémunération qui serait la leur si ces mêmes activités étaient valorisées sur la base des tarifs du secteur public. En effet, la convergence consiste à rapprocher les tarifs et pas nécessairement les activités.

Un exemple très simplifié, basé sur des données observées (effectifs de séjours et tarifs) permet d'illustrer les différences d'écart facial moyen des tarifs selon la base d'activité retenue.

On se place dans l'hypothèse où l'activité globale des deux secteurs se répartirait exclusivement sur deux GHS :

- le premier GHS représenté dans les deux secteurs : 75718 séjours dans le privé, 30062 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs proches : 1820 euros dans le privé, 1713 euros dans le public ;

- le second GHS représenté essentiellement dans le secteur public : 1532 séjours dans le privé, 36251 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs différents : 3084 euros dans le privé, 7395 euros dans le public.

Si l'on retient la structure d'activité du secteur privé qui est essentiellement positionné sur le premier GHS, l'écart facial des tarifs est de -1% (tarif privé globalement supérieur au tarif public).

La même méthode avec, cette fois, la structure d'activité du secteur public qui est positionné au même niveau sur les deux GHS, conduit à un écart facial des tarifs de 48% (tarif public très supérieur au tarif privé).

Ces différences de résultats sont liées non seulement aux écarts de tarifs entre les secteurs mais aussi aux écarts d'effectifs de séjours, pour chacun des GHS.

[Annexe 2 Rapport ATIH relatif à l'écart facial sur les tarifs]

2 La problématique :

2.1 *L'objectif de convergence : convergence intra sectorielle et convergence inter sectorielle*

2.1.1 Considérations générales

Le système hospitalier français est caractérisé par une double hétérogénéité, se situant à des niveaux différents:

- la coexistence de deux secteurs, public et privé, avec des logiques de fonctionnement différentes,
- une hétérogénéité des coûts observés au sein même de chaque secteur.

La démarche de convergence intra sectorielle repose sur un effort d'efficience à réaliser par les établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. A l'inverse, la convergence intersectorielle concerne des établissements répondant à des activités, missions et obligations différentes. De fait les deux démarches de convergence intra et inter sectorielle apparaissent de nature distincte.

Si l'effet attendu de la forfaitisation par les tarifs dans le cadre intra sectoriel, constitue un incitatif fort des gestionnaires d'établissements à faire en théorie converger leurs coûts

(effort intrinsèque à l'opérateur par optimisation de sa gestion), la convergence intersectorielle pose une difficulté supplémentaire qui est celle des écarts de champs et de la nature différente des charges entre les deux secteurs.

Afin d'assurer l'équité entre les secteurs, la convergence des tarifs ne saurait s'opérer que sous réserve d'une identité dans la nature des coûts de production ; en d'autres termes, elle peut conduire à maintenir des écarts tarifaires dès lors que ceux-ci sont légitimes, c'est-à-dire justifiés par des différences dans la nature des charges s'imposant aux opérateurs.

La convergence intersectorielle ne s'apparente donc pas obligatoirement à une unicité d'échelle et de tarifs, mais peut justifier la coexistence de deux échelles tarifaires différentes, les échelles tarifaires matérialisant le positionnement relatif des tarifs.

2.1.2 Mise en œuvre de la convergence tarifaire

2.1.2.1 La convergence inter sectorielle

La convergence intersectorielle fait intervenir des problématiques de coûts. Il faut toutefois retenir que la politique tarifaire peut conduire à s'en écarter notamment pour favoriser des politiques de santé publique ou encore inciter à des évolutions de pratiques.

Comme le précise la loi LFSS pour 2005 (cf. 1.1.2) la convergence tarifaire doit s'opérer sur des prestations homogènes et « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ». Cette approche nécessite une mise à plat des facteurs d'hétérogénéité et implique, d'une part, de travailler sur des champs comparables et, d'autre part, de décomposer les écarts de coûts. Il convient en effet de distinguer les coûts justifiés par des différences dans la nature des charges de ceux non justifiés traduisant des différences d'efficience.

Elle suppose par conséquent une connaissance approfondie de la construction des coûts dans les établissements de santé afin de qualifier et de quantifier les écarts intersectoriels. Ce dernier point est directement lié au rôle central dévolu à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC) entre les deux secteurs, cadrant et permettant la production des échelles nationales de coûts.

Comme indiqué précédemment d'autres éléments peuvent entrer en ligne de compte dans la construction des tarifs. Certaines prises en charge font ainsi l'objet d'incitations particulières de la part des pouvoirs publics en vue d'encourager leur développement. Cela a notamment été le cas récemment pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, les plans de santé publique ont depuis deux ans privilégié l'outil tarifaire pour leur mise en œuvre (addictologie, plan cancer, plan périnatalité, plan solidarité grand âge...), notamment au travers de la création de GHS adaptés (sevrage complexe dans le cadre du plan de lutte contre l'addiction; douleur chronique rebelle...). On peut citer en exemple le GHM de « leucémie aigüe, âge inférieur à 17 ans » qui en 2007 a fait l'objet d'une augmentation de tarif de 12,5% dans le cadre du plan cancer oncopédiatrique.

2.1.2.2 La convergence intra sectorielle :

Les dispositions législatives ont prévu pour chacun des secteurs un système de transition spécifique, avec des échéances et des modalités différentes, afin de maîtriser les effets du nouveau dispositif et de permettre aux établissements d'adapter progressivement leurs réponses.

Pour chaque secteur un phasage approprié a été retenu de manière à assurer la soutenabilité du processus :

- instauration progressive de la tarification à l'activité dans le secteur public avec augmentation progressive de la part tarifée à l'activité et diminution de la dotation complémentaire, puis passage à 100% T2A en 2008 assorti d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement.
- tarification complète à l'activité dès 2005 dans le secteur privé, assortie d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement.

En 2008, 65% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public et 62% dans le secteur privé. D'ici 2012, les redéploiements financiers atteindront environ 1,2 milliard d'euros dans le secteur public soit 4% de la base tarifaire correspondante et 140 millions d'euros dans le secteur privé soit 1,8% de la base tarifaire correspondante.

2.2 La définition des cibles de la convergence

2.2.1 La loi retient un alignement sur le tarif le plus faible

La cible de la convergence est l'alignement sur le tarif du plus efficient par hypothèse. La LFSS pour 2008 a posé comme principe de retenir comme cible les tarifs du secteur privé (cf. 1.1.3), suivant en cela les préconisations du rapport de l'IGAS de janvier 2006.

Le rapport souligne que la « *fixation du tarif des cliniques doit viser à garantir une rentabilité raisonnable [...] sans que pour autant se constituent des rentes* ».

2.2.2 Le champ tarifaire de la convergence

La convergence doit s'exercer à champ comparables. Or les tarifs applicables à chacun des deux secteurs ne recouvrent pas les mêmes champs.

Comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans tarif	Inclus dans tarif	Hors tarif
	Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales		Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur I
	Rémunérations personnels non médicaux	Rémunérations personnels non médicaux	
Listes en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Listes en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	
	Transports au cours du séjour (primaires)		Transports au cours du séjour (primaires)
	Charges financières, amortissements	Charges financières, amortissements	

Il est à noter par ailleurs que les listes en sus relatives aux médicaments onéreux et aux dispositifs médicaux implantables, faisant l'objet d'un financement hors tarifs, ne sont pas strictement superposables en ce qui concerne les dispositifs médicaux implantables. On peut citer les ligaments et implants tendineux, les implants de réfection de paroi ainsi que les implants de colposuspension qui figurent dans les listes en sus du secteur privé et qui sont intégrés dans les tarifs pour le secteur public.

2.2.2.1 Les rémunérations des médecins hors champ tarifaire pour le secteur privé :

Les rémunérations des médecins constituent une part importante des dépenses dans la production des séjours. Elles sont prises en compte dans les tarifs du secteur public, alors qu'elles sont hors tarifs pour le secteur privé, et constituent un point incontournable des travaux sur la convergence.

Le rapport de l'IGAS évoque deux approches théoriques pour ces travaux :

- sortir les rémunérations des médecins des deux secteurs de la construction des GHS. Toutefois le rapport de l'IGAS souligne que l'efficacité globale des deux secteurs ne peut être évaluée qu'en prenant en compte l'intégralité des coûts de production, y compris les coûts médicaux.
- ajouter les rémunérations pour les médecins du privé.

Pour ce qui concerne cette deuxième hypothèse le rapport Marrot Gilardi (2002) souligne la difficulté de retenir une rémunération forfaitaire par GHM du travail médical pour le secteur privé (honoraires à partir de la CCAM, nécessité de plusieurs clés de répartition). Le fait de réintégrer certaines charges conduit à raisonner sur deux champs identiques mais dont les contraintes restent différentes : les médecins hospitaliers ont une rémunération mensuelle et sont soumis à une réglementation sur le nombre de demi-journées de travail du, les médecins du secteur privé sont payés à l'acte sans limitation de la durée du travail (cf. 1.2.2).

2.2.2.2 Les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle hors champ tarifaire pour le secteur privé

Les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle réalisés pendant le séjour du patient sont exclus des tarifs de prestations dans le secteur privé, ils sont inclus dans les tarifs du secteur public. De même les activités de transports primaires nécessaires pendant le séjour ne sont pas financées par les tarifs pour le secteur privé alors qu'elles le sont dans le secteur public.

2.2.2.3 Les pratiques reportant des charges péri hospitalières sur le secteur de ville

En termes de pratiques, des actes rattachés au séjour peuvent être reportés sur la ville notamment avant et après le séjour ; on cite par exemple l'utilisation de plateaux techniques externes (laboratoires, imagerie...). Selon le rapport de l'IGAS de janvier 2006 l'importance du phénomène « *pourrait conduire à sous-estimer les coûts d'actes médico techniques liés à une hospitalisation [...] faussant l'appréciation des écarts de coûts* » entre les deux secteurs.

Il convient donc d'évaluer dans chaque secteur l'importance du phénomène afin d'intégrer dans la problématique de convergence un même périmètre des coûts.

2.2.3 Le périmètre de la convergence doit dépasser le cadre des recettes de l'Assurance Maladie et intégrer notamment le reste à charge du patient

Le rapport de l'IGAS préconise de mesurer des charges « tous financeurs ». La convergence doit en effet porter sur l'ensemble des ressources perçues par les établissements de santé ou directement par les médecins: assurance maladie, ticket modérateur et autres recettes intégrant notamment les chambres particulières ainsi que les dépassements de secteur II, les exonérations de charges dans le secteur privé s'agissant des médecins libéraux exerçant en secteur I et les paiements réalisés en activité libérale dans le secteur public. La prise en compte de ce périmètre, après évaluation, sera de nature à modifier l'écart facial des tarifs évalué en 2008 à 25% (cf. 1.3).

Le rapport de l'IGAS souligne en effet qu'au delà des rémunérations provenant de l'assurance maladie, si l'un des secteurs perçoit des rémunérations annexes

complémentaires (perçues par les établissements ou directement par les médecins), il convient d'en tenir compte dans l'évaluation de l'efficience.

Il est avéré que si la convergence porte sur les seules ressources réglementées des établissements de santé – ressources d'assurance maladie et ticket modérateur-, *et si l'un [des secteurs] perçoit des rémunérations d'autres financeurs supérieures* –le secteur privé-, le processus laisse un avantage comparatif à ce dernier.

Le processus de convergence est rendu plus complexe dans la mesure où certaines charges sont financées par des ressources ne faisant pas l'objet d'un encadrement réglementaire.

2.3 Les écarts de coûts représentatifs de sujétions et de missions de service public

2.3.1 La permanence des soins hospitalière (PDSH)

La permanence des soins hospitalière (PDSH) est une mission de service public qui se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

Cette mission est aujourd'hui assurée essentiellement par le secteur public. Elle comporte des charges spécifiques induites par l'organisation d'une permanence avec un personnel de garde sur place ou d'astreinte à domicile et un plateau technique disponible 24h sur 24 et sept jours sur sept.¹

Si le modèle actuel de tarification à l'activité intègre certains éléments de financement relevant de la PDSH concernant les services des urgences, les SAMU et les SMUR, il est nécessaire de le faire évoluer dans le sens d'une plus grande équité dans la répartition de l'ensemble des éléments de financement représentatifs de la prise en charge de la PDSH.

L'objectif est de retirer des tarifs la part consacrée à la PDSH et de rémunérer spécifiquement, à la juste mesure des moyens nécessaires, les établissements qui réalisent effectivement la PDSH, qu'ils soient publics ou privés, dans le cadre d'une organisation territoriale permettant d'assurer un accès en permanence aux activités de médecine et de chirurgie, en lien avec le réseau des urgences, et d'optimiser l'utilisation de la ressource médicale.

2.3.2 L'activité non programmée/ non programmable

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 note que « *l'activité non programmée, plus importante dans le secteur public, semble être un facteur d'augmentation des coûts (...) ses fluctuations désorganiseraient l'activité des équipes hospitalières publiques* ». Le rapport

¹ Il convient de distinguer la permanence des soins de la continuité des soins qui constitue l'obligation pour tous les services d'assurer la prise en charge, sur ces mêmes schémas horaires, des patients déjà hospitalisés. Si le financement de la continuité des soins, qui s'impose à tous, relève des tarifs, en revanche la prise en charge de la permanence des soins doit faire l'objet d'un financement spécifique pour les établissements qui la réalisent.

ajoute toutefois que « *la définition du caractère programmé ou non programmé n'apparaît pas stabilisée* ».

Une étude ponctuelle réalisée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sur les données 2003 montrait l'existence d'un surcoût significatif pour l'activité non programmée comparativement à l'activité programmée, mais elle ne portait que sur 60% des séjours ayant pu être classés de façon certaine dans l'une ou l'autre des catégories.

Une étude récente de l'ATIH a étendu l'analyse aux deux secteurs public et privé en explorant sur quelques GHM la notion d'activité « par nature programmable ou non programmable ».² [Annexe 3 étude ATIH sur les activités par nature non programmables]. Elle semble confirmer une part plus importante de prise en charge de l'activité non programmable dans le secteur public et met en évidence certains éléments de surcoûts associés, en particulier un allongement des durées de séjour.

L'objectif est de rassembler ces différentes approches dans une étude à visée générale permettant d'évaluer l'importance du phénomène et sa répartition sur les case-mix public et privé, ainsi que les écarts de coût correspondants.

2.3.3 Une patientèle spécifique

Comme le souligne le rapport de l'IGAS de janvier 2006, « *la précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge hospitaliers* ». On peut citer à ce titre les études d'Epstein aux Etats-Unis (1988), de Clozon en Belgique (1997) ou du ministère de la santé/ DHOS/ Mission PMSI en France (1999).

Plus récemment, la DREES a engagé une étude sur la prise en charge des populations précaires dans les établissements de soins, dont un premier volet descriptif (décembre 2007) a mis en évidence des facteurs de surcoûts, notamment l'accompagnement social, le temps médical et soignant, les dispositions organisationnelles spécifiques ou encore l'isolement, facteur de prolongation du séjour. Un second volet de l'étude vise, à plus long terme, à quantifier les surcoûts associés.

De manière ponctuelle, certains établissements de santé ont cherché à évaluer les surcoûts de prise en charge à partir des indicateurs disponibles à ce jour. Ainsi, une étude menée par l'AP-HP en 2007 sur ses établissements ayant une activité MCO a montré que des indicateurs administratifs comme l'AME, la CMU et l'absence de domicile fixe étaient marqueurs d'une augmentation de la durée de séjour des patients hospitalisés.

Si le modèle actuel de tarification à l'activité intègre certains financements spécifiques concernant notamment les permanences d'accès aux soins (financées par la dotation de financement des MIGAC), il est nécessaire de le faire évoluer dans le sens d'une plus grande équité dans la répartition des éléments de financement représentatifs de la prise en charge des populations en situation de précarité.

² Sur la différenciation entre « non programmable » et « non programmé » : certaines activités ne sont pas programmables du fait même de leur nature comme les prises en charge dans un contexte d'urgence ; la non programmation d'une activité, pouvant par nature l'être, peut être due à un défaut d'organisation ou encore à l'attitude de patients en demande de soins.

L'objectif est d'évaluer les surcoûts liés à cette prise en charge, de retirer des tarifs la part correspondante et de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge des populations en situation de précarité.

2.3.4 L'effet de gamme

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

Cet effet apparaît différent selon les secteurs. En effet, le secteur privé concentre son activité sur un nombre plus restreint de GHM. Il mobilisait en 2004 un total de 84 GHM pour réaliser 80% de son activité, tandis que le secteur public en mobilisait 141. Ces chiffres se confirment en 2006, le secteur privé réalisant 80% de son activité sur 78 GHM alors que le secteur public en mobilise 134. Pour rappel le nombre total de GHM s'élève à 799 en 2008. Cette spécialisation sur un segment plus étroit du case-mix et, à l'intérieur d'un GHM, sur des prises en charge de même nature, pourrait selon le rapport de l'IGAS de janvier 2006 permettre de réduire les coûts de production et d'expliquer un niveau de coûts moins élevé.

Ainsi, un établissement mono-activité pourrait réaliser des économies d'échelle, à l'inverse d'un établissement polyvalent, dont la polyvalence est requise par les besoins de santé sur le territoire.

L'objectif est d'évaluer cet effet à travers une étude complémentaire.

2.3.5 Les niveaux de sévérité et la durée moyenne de séjour (DMS)

Le rapport de l'IGAS souligne que les travaux sur la convergence nécessitent de « mettre en valeur des différences dans la lourdeur des cas à l'intérieur des GHM ».

Dans ce sens, il a été retenu de faire évoluer la classification des séjours en déclinant les GHM par niveau de sévérité, tenant compte des durées de séjour.

Selon les critères retenus par l'ATIH pour identifier différents niveaux de sévérité au sein d'un GHM, les premières études réalisées ont mis en évidence un pourcentage plus élevé des niveaux de sévérité les plus lourds dans le secteur public. Il est rappelé que les niveaux de sévérité ont été appréciés en s'appuyant sur les codes de diagnostics associés pour lesquels des différences significatives de durées de séjour ont été mises en évidence. Ainsi la nouvelle classification fait passer le nombre de GHM de 799 à 2306, correspondant à la création de 1507 GHM supplémentaires.

2.4 Des échelles tarifaires aux bases de construction différentes et au champ évolutif

2.4.1 La construction des échelles tarifaires

Le principal volet de la réforme de la tarification à l'activité repose sur le financement des groupes homogènes de séjour (GHS). Toutefois, à ce jour la méthodologie utilisée pour le calcul des GHS dans le secteur privé est distincte de celle utilisée dans le secteur public.

En effet, les tarifs nationaux des GHS du secteur privé ont été déterminés sur la base des tarifs recensés pour les prestations existant avant la mise en œuvre de cette réforme. Ces tarifs étant donc essentiellement fondés sur des éléments historiques, et non sur des coûts de production, ils positionnent les GHS les uns par rapport aux autres de manière parfois inadaptée. En revanche, dans le secteur public, les tarifs des GHM ont été calculés notamment à partir des coûts par séjour, identifiés grâce à l'Etude Nationale de Coûts (ENC) publique.

Il est apparu nécessaire d'identifier pour chacun des deux secteurs, des éléments de coûts observés. Dans ce sens, une démarche analogue à celle utilisée pour le secteur public a été développée dans le secteur privé

2.4.2 Le champ tarifaire et le champ des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

La convergence tarifaire nécessite de différencier ce qui relève du champ tarifaire de ce qui relève d'un financement par la dotation MIGAC.

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 notait que « *le champ des missions d'intérêt général serait incomplet* ».

Début 2006, le Ministère a engagé en liaison avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé des travaux sur les missions d'intérêt général (MIG) avec la volonté de définir plus précisément le champ des activités retenues comme MIG ainsi que la partie de ces activités éligibles à un financement MIG.

La redéfinition du périmètre des 80 missions représente un travail de longue haleine. Des travaux importants ont été entrepris afin de mieux définir les autres MIG et de mieux distinguer les prestations de soins et les MIG. Les arrêtés annuels fixant la liste des MIG ont ainsi permis de transférer vers l'enveloppe tarifaire, certaines activités qui relevaient jusqu'alors d'un financement par la dotation MIG dans l'attente de la fixation d'un tarif adapté (exemples des activités liées aux greffes). Par ailleurs il est prévu de transférer de la dotation MIG vers les listes en sus le financement de certains dispositifs médicaux implantables tels que les cœurs artificiels ou les implants cochléaires.

Plus globalement, pour la majorité des MIG, ont été élaborées et mises à la disposition des ARH et des établissements de santé, des fiches définissant clairement leur périmètre et différenciant notamment ce qui relève d'un financement par la dotation MIG de ce qui relève d'une autre source de financement (par les tarifs ou par des financements hors assurance maladie).

Parallèlement a été menée la réforme du financement des Missions d'Enseignement de Recherche de Recours et d'Innovation (MERRI) qui, à compter de la campagne 2008, a consisté à répartir le financement des MERRI en trois parts : la part fixe, la part modulable et les MERRI variables, les deux parts fixes et modulables étant calibrées en se basant sur des indicateurs de production et d'effort de recherche et d'enseignement. A titre d'illustration, pour 2008, trois indicateurs ont été retenus pour la part modulable : le nombre de publications référencées, le nombre d'étudiants hospitaliers, principal indicateur

pour rendre compte de l'activité d'enseignement et le nombre de brevets et de logiciels ayant fait l'objet de dépôt de propriété industrielle sur les 5 dernières années.

Enfin, il convient de rappeler que les dotations MIG sont dorénavant allouées aux établissements sur une base exclusivement contractuelle. [Annexe 5 Extraits du guide méthodologique MIGAC]. L'ensemble des travaux réalisés sont détaillés dans le cadre du rapport relatif à la dotation de financement des MIGAC remis chaque année au Parlement.

2.5 La convergence tarifaire répond à un objectif d'amélioration de l'efficience

Il importe d'éclairer les conséquences financières et sociales du modèle retenu. En particulier, les conséquences pour les établissements en termes de réorganisation, de plans d'économies et de situation de l'emploi doivent être envisagées. Un point important concerne la prise en compte du niveau de qualité et de sécurité des soins et son évolution.

2.5.1 La soutenabilité économique

2.5.1.1 Les efforts d'économie déjà engagés:

L'objectif de retour à l'équilibre de l'assurance maladie inscrit dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 instaure une construction de l'ONDAM basée sur une évolution différentielle entre charges et recettes. Le régulateur intègre cette contrainte dans la fixation des tarifs. L'écart entre les charges et les recettes d'assurance maladie conduit à demander des économies aux établissements de santé, comme aux autres acteurs. Ces économies ont plus particulièrement concerné le secteur public et induisent une pression supplémentaire sur les réorganisations de celui-ci.

Ainsi les efforts d'économie initialement exigés dans le cadre de la construction de l'ONDAM se montent entre 2005 et 2008 à un montant de 1,270 milliard d'euros. Cet effort a été demandé aux établissements du secteur public.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a intégré un dispositif de transition instaurant une convergence intra sectorielle pour chacun des deux secteurs. Cette modalité conduit à des efforts d'adaptation pesant sur les établissements perdants à la réforme. Ces efforts peuvent présenter une acuité particulière pour ceux qui connaissent une situation déficitaire.

Par ailleurs, il faut relever que si l'évolution des tarifs des établissements du secteur public avait suivi l'évolution tendancielle de leurs charges, cela aurait conduit à faire diverger davantage les échelles tarifaires des deux secteurs. Le principe retenu de dissocier l'évolution des charges et des tarifs dans le secteur public a constitué de fait un effort de convergence à la charge de ce secteur.

Par ailleurs, la réduction des déficits des établissements de santé est un objectif prioritaire. Les établissements en difficultés doivent donc réaliser un effort supplémentaire d'efficience au-delà de la quote-part qui leur incombe au titre des économies générales sur le secteur.

2.5.1.2 La convergence inter sectorielle introduit un effort d'économie supplémentaire

Il faut souligner que l'évolution du tarif, dès lors qu'elle est inférieure à celle des charges consécutives à des contraintes exogènes pour les établissements de santé, conduit à un effet de restructuration fort du secteur public. Un tel constat met en évidence l'ampleur de l'effort à réaliser pour le secteur public dans le double objectif de la convergence inter sectorielle pour 2012 et du plan de redressement des comptes de l'assurance maladie.

2.5.2 La diversité des statuts des établissements et de leurs personnels est un facteur de complexité dans la mise en œuvre de la convergence

La détermination du tarif cible de référence pose la question de l'identité ou de l'hétérogénéité de celui-ci sur les deux secteurs.

L'identité du tarif cible implique nécessairement une convergence statutaire et des rémunérations sans laquelle pèsera sur les établissements de santé une contrainte forte exogène incompatible avec la logique de la convergence qui, selon le législateur, cible les tarifs du secteur privé.

Le rapport de l'IGAS de janvier 2006 souligne que dans l'hypothèse de l'atteinte de la convergence à un temps T, rien ne garantit au temps T +1 « *une évolution des honoraires à l'acte conforme à celle des tarifs des hôpitaux publics* ». Maintenir la convergence initiale suppose en effet une évolution conforme des modes de régulation dans les deux secteurs. Elle implique, après la convergence, un traitement identique des politiques salariales (fonction publique hospitalière et personnel hospitalier, conventions collectives du secteur privé) et conventionnelles (honoraires des médecins). Faute d'une régulation globale et uniforme permettant de préserver les conditions d'équité entre les deux secteurs, le processus de convergence peut s'avérer contrarié.

Le maintien de politiques salariales statutaires et conventionnelles indépendantes conduit inversement à des tarifs cibles différents, fonction des évolutions salariales et statutaires sous jacentes. Mais dès lors que l'évolution des tarifs serait fonction du déterminant de la dépense, en toute hypothèse ce schéma conduit aussi à un encadrement des politiques statutaires (fonction publique hospitalière et personnel hospitalier), salariales (conventions collectives) et conventionnelles (honoraires des médecins).

3 Les travaux en cours

3.1 Le pilotage et la concertation

3.1.1 Rappel historique

La mise en place pour trois ans d'un Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a été retenue en 2003. Cette instance a été pérennisée par la LFSS pour 2006.

Le HCAAM s'est vu confié les missions suivantes :

- évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale.

En 2006 le Haut Conseil a ainsi adopté un avis sur la tarification à l'activité et la convergence tarifaire [Annexe 6 : Avis du HCAAM en date du 23 mars 2006 sur la T2A et la convergence tarifaire] dans lequel il réaffirme l'importance de progresser dans la démarche de convergence. Dans cet avis il propose de retenir comme cible de la convergence les tarifs du secteur privé tout en soulignant le « *niveau élevé d'exigence de cette référence* » et la nécessité d'y parvenir de façon progressive « *sans forcer l'allure* ».

3.1.2 Le pilotage des travaux

En 2004, tenant compte des recommandations du HCAAM, la DHOS a constitué un comité de pilotage de la convergence.

La mission IGAS de janvier 2006 a émis des recommandations sur les études et leur pilotage comme tenu du champ particulièrement vaste et complexe des travaux menés. [Annexe 7 : recommandations du rapport de l'IGAS de janvier 2006 Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé].

Dans ce cadre, le comité de pilotage a développé une fonction de surveillance et d'orientation, sous la présidence de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et en présence des responsables des fédérations hospitalières, de la CNAMTS et des représentants de l'administration (DHOS, MT2A, ATIH, DSS). Il a été réuni à quatre reprises entre décembre 2007 et juillet 2008. [Annexe 8: comptes rendus du comité de pilotage de la convergence]

Une instance opérationnelle a été mise en place à la DHOS, pour assurer un suivi resserré des différents travaux, relatifs notamment à la mise en œuvre de l'ENCC et à la version 11 de la classification des GHM ainsi qu'aux études complémentaires.

S'agissant de ces dernières, leur conduite a été confiée à la mission tarification à l'activité, qui s'est assurée de la participation des différents acteurs (DHOS, ATIH, fédérations hospitalières, CNAMTS, DREES, DSS...), a mis en place des groupes de travail thématiques et a lancé les premières études avec des prestataires extérieurs, par voie d'appels d'offres.

Enfin, un groupe d'experts indépendants a été constitué, dont le rôle a été de conseiller la maîtrise d'œuvre du projet sur la méthodologie et le plan de travail à suivre. Il rassemble des économistes et méthodologistes spécialisés dans le domaine de la Santé: le titulaire de la chaire ESSEC Santé, un professeur à l'école des mines de Paris, un professeur à l'Université Paris IX – Dauphine ainsi qu'un chargé de recherche au CNRS. [Annexe 9 : Comptes rendus des comités d'experts]

3.1.3 Le calendrier des travaux :

Les travaux sont menés sur la base de deux échéances.

Pour la campagne 2009 la priorité est donnée à la prise en compte opérationnelle des résultats de l'ENC à méthodologie commune entre les deux secteurs, au déploiement d'une nouvelle version majeure restructurante de la classification des séjours (V11), ainsi qu'à l'intégration d'une première phase des études complémentaires permettant la production d'indicateurs utilisables à court terme concernant la précarité et la permanence des soins hospitalière.

Pour les campagnes suivantes, des études plus approfondies sont programmées selon la méthodologie préconisée par le rapport de l'IGAS de 2006 pour permettre de préciser et d'affiner la connaissance des éléments de problématique et de renforcer les bases de la convergence. Ces études présentées en annexe 10 seront réalisées en 2009 et 2010.

[Annexe10 : Tableau des études réalisées, en cours et programmées]

3.2 Les travaux de rapprochement des échelles de coût : l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCC)

L'ENCC a succédé à deux études distinctes : l'étude de coûts en vigueur dans le secteur public depuis 1996 et l'étude de coûts dans le secteur privé menée sur les données 2004 et 2005.

3.2.1 L'Etude Nationale de Coûts privée (ENC privée)

S'agissant du secteur privé, une méthodologie a été construite en association avec les fédérations hospitalières concernées et avec l'aide d'un prestataire extérieur, afin de calculer les coûts détaillés de l'activité des cliniques privées, en tenant compte de leurs spécificités notamment organisationnelles. En effet, les 51 établissements participant à cette étude de coûts ont dû regrouper certains éléments de leur comptabilité afin que les données de tous les établissements soient comparables entre elles.

Le regroupement des données et l'analyse des résultats permettant d'établir une échelle de coûts par GHS ont été conduits en 2006 et 2007, sur la base des données 2004 et 2005.

Si la qualité des données s'est avérée inégale et d'exploitation difficile l'ENC privée a toutefois rempli un rôle d'apprentissage, l'expérience pour le secteur public montrant qu'il est nécessaire de poursuivre l'exercice pour que les résultats se stabilisent et puissent être exploités dans leur ensemble.

3.2.2 L'Etude Nationale de Coûts à méthodologie Commune (ENCC)

La réalisation d'une échelle de coûts privée conduisait à se poser la question de la comparabilité des résultats dans la mesure où les outils et la méthode n'étaient pas communs aux deux secteurs.

Afin de répondre aux objectifs de convergence fixés par la LFSS 2004 ainsi qu'aux priorités formulées par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, la DHOS et l'ATIH, en concertation avec les fédérations d'établissements, ont engagé les études nécessaires en vue d'élaborer une méthodologie commune pouvant être appliquée par les établissements de santé, quel que soit leur secteur pour la production des échelles de coût. C'est l'objet de l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCC).

La production de l'ENCC a permis de répondre à trois objectifs :

- Produire, pour chaque secteur, des coûts complets moyens par GHM ;
- Permettre l'analyse des écarts inter et intra sectoriels et constituer ainsi, pour les pouvoirs publics, un outil d'aide à la décision dans le dispositif de financement des établissements de santé, plus particulièrement dans la perspective de la convergence ;
- Accompagner le développement de la gestion interne au sein des établissements appuyée sur une meilleure connaissance de ses coûts de production qui constitue l'un des attendus majeurs de la réforme du financement.

Le relevé des grands principes de l'ENCC et du dispositif mis en œuvre pour améliorer la qualité de l'ENC MCO à méthodologie commune sont détaillés en annexe. [Annexe 11 Guide ENC MCO à méthodologie commune]

3.2.3 Les impacts de l'ENCC :

Les travaux réalisés visent à apprécier l'incidence du changement d'échelle en combinant à la fois un changement d'échantillon (établissements participant) et de méthodologie de calcul des coûts.

S'agissant du secteur public, les tarifs 2005 étaient principalement basés sur l'échelle de coûts 2002-2003. L'évolution des tarifs liée aux campagnes 2006 à 2008 et les modifications de méthodologie de calcul des coûts dans l'ENCC, ont conduit à différencier davantage les échelles de tarifs et de coûts.

Pour ce qui concerne le secteur privé, les tarifs ont été fondés sur des éléments historiques, et non sur des coûts de production. La hiérarchisation actuelle des tarifs du secteur privé est donc différente de celle des coûts de ce secteur.

Sur les deux secteurs, les simulations réalisées impliquent un redressement des échelles tarifaires sur la base des échelles de coûts et montrent de forts effets de redistribution :

- la masse financière qui serait redistribuée au sein du secteur public, dans l'hypothèse d'une utilisation des résultats de l'ENCC pour déterminer la hiérarchisation des tarifs, serait de 179 millions d'euros soit 0,6% de la masse tarifaire globale de ce secteur.

- de même la masse financière redistribuée entre les établissements du secteur privé serait de 149 millions d'euros soit presque 2% de la recette globale des établissements de ce secteur. [Annexe 12 Etude ATIH sur impacts ENCC sur les établissements]

3.3 Les travaux d'amélioration de la classification : la version 11 (V11)

3.3.1 La version 11 de la classification

La version 11 de la classification des GHM constitue la troisième grande étape de l'adaptation de la classification des GHM à la tarification à l'activité.

Devant entrer en vigueur le 1er mars 2009, la V11 introduit quatre niveaux de sévérité, ce qui doit permettre d'améliorer de manière significative l'homogénéité des GHM de base (de niveau 1, sans comorbidités associées), notamment les GHM médicaux, et de mieux valoriser par ailleurs les séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4.

La plupart des pays ayant fait le choix d'une classification "raffinée", ont opté pour plusieurs niveaux de sévérité afin de mieux appréhender les modalités détaillées de la valorisation des séjours qui présentent une complication associée. C'est le cas, par exemple, de l'Allemagne ou de l'Australie. Il s'agit en général de 4 niveaux si l'on compte celui sans niveau de sévérité.

La nouvelle classification française a ainsi retenu la création des quatre niveaux pour la grande majorité des activités (ce n'est pas le cas, par exemple, pour l'activité ambulatoire), afin que les cas les plus exceptionnels soient valorisés correctement dans les deux secteurs public et privé et que leurs tarifs ne soient pas lissés par la fusion de plusieurs niveaux entre eux. Cette règle est appliquée quelque soit l'effectif des différents groupes.

Par ailleurs, la version 11 élargit la liste des comorbidités associées. L'originalité des travaux français réside, entre autres, dans cette démarche de refonte de la liste des complications et morbidités associées (CMA) qui a nécessité l'utilisation de méthodes statistiques originales prenant en compte certains effets de survalorisation observés sur les bases de données médicalisées françaises.

[Annexe 13 : Etude ATIH relative à la version 11 de la classification].

3.3.2 Les impacts de la version 11

Les travaux réalisés ont visé à apprécier l'incidence du changement de la classification des séjours sur les recettes des établissements de santé.

La mise en œuvre de la version 11 de la classification des séjours dans les deux secteurs doit conduire à un financement plus ciblé de l'activité de soins hospitaliers :

- par la meilleure prise en compte des sévérités des prises en charge (i.e. création de 4 niveaux de sévérité pour chaque groupe de séjours) ;
- par un repérage précis des activités strictement ambulatoires et des très courtes.

Mais cette nouvelle classification produira également des effets redistributifs de recettes entre établissements.

Ainsi la masse financière redistribuée entre les établissements du secteur public, liée à la prise en compte du changement de classification est de l'ordre de 200 millions d'euros, soit

0,7% de la recette globale des établissements de ce secteur, avec des effets de dispersion importants.

De même, la masse financière redistribuée entre les établissements du secteur privé, liée au changement de classification est de 56 millions d'euros, soit presque 0,7% de la recette globale des établissements de ce secteur.

[Annexe 14 : Etude ATIH simulations financières et impacts de la version 11 de la classification, niveaux de sévérité observés]

3.4 Les études complémentaires

3.4.1 La permanence des soins hospitalière (PDSH)

3.4.1.1 Le champ des premières études

Les premières études s'inscrivent dans un calendrier de court terme en vue de la campagne 2009. Elles portent sur l'évaluation des permanences sur place et des astreintes à domicile réalisées par les médecins et couvrant la période de la permanence des soins, à savoir les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés. Le champ de l'étude porte sur les établissements de santé des deux secteurs et exclut les structures de médecine d'urgence (service des urgences, SAMU, SMUR), qui font déjà l'objet de financements spécifiques dans le cadre de la tarification à l'activité.

Une méthodologie de recueil a été élaborée en concertation avec les fédérations hospitalières et avec l'aide d'un prestataire extérieur. Elle a été testée au premier semestre 2008 auprès de quelques ARH et a ensuite été utilisée pour déployer une enquête nationale auprès des établissements de santé, via les ARH. [Annexe 15 : enquêtes DHOS 2008 sur la PDSH].

3.4.1.2 La poursuite des études

Une deuxième phase d'étude est prévue avec l'aide du prestataire extérieur, dans un calendrier 2009/2010, visant à prendre en compte les autres charges associées à la PDSH concernant notamment les personnels non médicaux ainsi que le coût de la disponibilité des unités de soins spécialisées et des plateaux techniques.

Par ailleurs, une étude complémentaire doit également permettre d'évaluer les charges de service public correspondant au maintien de capacités d'hospitalisation minimales pour faire face à des événements exceptionnels, à l'exemple des plans canicule ou des plans blancs. Le rapport IGAS de janvier 2006 soulignait la nécessité de cette étude et notait que ces exigences particulières de permanence des soins pouvaient « contribuer à accroître les écarts de productivité entre les secteurs public et privé ».

3.4.2 La prise en charge des populations en situation de précarité

3.4.2.1 Le champ des premières études

Les premières études s'inscrivent dans un calendrier de court-terme en vue de la campagne 2009. Elles ont pour objet d'évaluer certains éléments factuels de surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité, identifiables et mesurables dans ce délai.

Une mission a été confiée à un prestataire extérieur, en concertation avec les fédérations hospitalières, intégrant les deux axes suivants :

- d'une part la mesure de surcoûts «structurels» liés aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle et de l'environnement de l'établissement, concernant notamment le personnel dédié (assistantes sociales...), l'incidence sur les recettes des établissements ainsi que les surcoûts organisationnels (état-civil, gardiennage...).

- d'autre part l'évaluation d'un impact sur les séjours à partir des données disponibles à ce jour (données administratives CMU, CMUC, AME et situations d'absence de domicile), sur le modèle de l'enquête réalisée par l'AP-HP en 2007 (cf. point 2.3.3).

[Annexe 16 : Enquête DHOS 2008 relative à la précarité]

3.4.2.2 La poursuite des études

Des études plus approfondies doivent permettre à plus long terme de compléter et de préciser l'évaluation des surcoûts associés à la prise en charge des patients en situation de précarité.

Ainsi, l'étude engagée par la DREES sur la prise en charge des patients en situation de précarité dans les établissements de soins comporte un second volet visant à quantifier les facteurs de surcoûts mis en évidence dans une première étape (cf. point 2.3.3).

Dans ce cadre, un travail est prévu avec l'ATIH visant à améliorer le codage de la précarité dans le PMSI à l'horizon 2010. Des éléments d'études utilisant les codes CIM-10 actuels de précarité montrent en effet des impacts significatifs de certains de ces codes sur les séjours, concernant notamment l'allongement des durées de séjour [Annexe 17 : Etude ATIH sur codes CIM 10/DMS]. A terme, le recueil en routine de codes de précarité plus adaptés devrait permettre de coupler les données de séjours et les coûts et d'apporter une connaissance plus précise des charges correspondantes.

3.4.3 Le coût du travail

Des études sont en cours, pour actualiser et compléter les données disponibles à ce jour sur le coût du travail dans les différents secteurs.

Des travaux sont menés avec la DREES et un prestataire extérieur concernant les rémunérations horaires des personnels salariés.

Il faut noter que cette étude n'intègre pas les rémunérations des médecins compte tenu des difficultés méthodologiques liées aux différences d'exercice entre les deux secteurs (salaires dans le secteur public, honoraires dans le secteur privé).

Par ailleurs, il a été demandé à l'ATIH, à partir des données de l'ENCC, de mesurer les écarts financiers de coût du travail par Groupe Homogène de Malades (GHM) et/ou regroupement de GHM entre les différents secteurs d'hospitalisation pour les personnels médicaux, soignants et « autres ». Cette étude intégrera les honoraires des médecins libéraux ainsi que les dépassements secteur II et les exonérations de charges sociales, comme préconisé par le rapport IGAS de janvier 2006 (cf. point 2.2.3).

Les résultats de ces travaux pourraient être disponibles à l'hiver 2008/2009. En complément, des études plus approfondies devront être menées pour poursuivre l'évaluation des spécificités des différents secteurs et affiner l'analyse des structures de qualification ainsi que des volumes de travail mis en œuvre dans les différents secteurs pour une même production de soins.

3.4.4 Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Suite aux premières études menées, plusieurs scénarii d'évolution du modèle de tarification ont été envisagés pour prendre en compte dès 2009 :

- d'une part, un premier volet des charges spécifiques à la permanence des soins, correspondant aux permanences sur place et astreintes à domicile réalisées par les médecins.
- d'autre part, un certain nombre de coûts structurels liés à la prise en charge des populations en situation de précarité, couvrant notamment les services sociaux.

Ces charges représentant des missions de service public doivent faire l'objet d'un dispositif de financement spécifique ciblé vers les établissements les prenant effectivement en charge.

S'agissant de la permanence des soins il y a lieu de mettre en œuvre une organisation territoriale permettant d'assurer un accès permanent en optimisant l'utilisation de la ressource médicale.

S'agissant de la prise en charge des populations en situation de précarité, l'objectif est de prendre en compte les charges spécifiques pesant sur les établissements particulièrement concernés.

Il s'agit donc de faire évoluer le modèle de financement en retirant des tarifs la part représentative de la prise en charge de ces missions et de mettre en place un financement spécifique dont bénéficieront les établissements qui les réalisent.

Selon le même mécanisme de retrait sur les tarifs, d'autres missions d'intérêt général pourront être créées si justifiées par la suite, à l'issue d'études ultérieures, comme par exemple la prise en charge par les établissements d'événements exceptionnels. Il s'ensuivra une réduction, à hauteur, de l'écart facial des tarifs entre les secteurs public et privé.

3.4.5 L'activité non programmée/non programmable

L'évaluation des surcoûts liés à l'activité non programmée/non programmable, davantage prise en charge par le secteur public, s'inscrit dans un calendrier 2009/2010 avec des premiers résultats attendus pour l'automne 2009. Elle nécessite des préalables méthodologiques importants, notamment la définition « à dire d'expert » de l'activité programmée/programmable ainsi que la recherche des causes de non programmation (cf. point 2.3.2). Le cahier des charges est en cours d'élaboration.

3.4.6 L'effet de gamme

Une étude complémentaire est envisagée, dans un calendrier 2009/2010 avec des premiers résultats attendus pour l'automne 2009, visant à mettre en évidence les coûts moyens de production des établissements des différents secteurs, au regard du case-mix de leur activité. Le cahier des charges est en cours d'élaboration.

Il s'agit de mesurer l'impact de l'effet de gamme, différent dans les secteurs public et privé, sur les coûts moyens, en prenant en compte les caractéristiques structurelles des établissements ainsi que les profils des activités prises en charge.

3.4.7 Les activités péri-hospitalières

Une étude a été confiée à la CNAMTS concernant le rattachement des charges péri hospitalières aux séjours, dans l'objectif d'expliquer les différences de coût liées notamment aux modalités de production de certains actes médico-techniques de radiologie et de biologie, distinctes selon les secteurs.

Cette étude doit permettre de mettre en évidence et évaluer les différences de pratique. Elle s'inscrit dans un calendrier 2009/2010 avec des premiers résultats attendus pour l'automne 2009.

3.4.8 La charge en soins

Une étude de la charge en soins est menée par l'ATIH avec l'aide d'un prestataire spécialisé. L'objectif ultime est d'évaluer, dans le cadre de l'ENC à méthodologie commune, la pertinence et l'impact sur les coûts moyens par GHM de la substitution d'une mesure de la charge en soins à la durée du séjour en tant que clé de ventilation de la charge globale en personnel soignant.

Les travaux doivent conduire également à définir une méthodologie de mesure de la charge en soins sur le terrain destinée, à terme, à être intégrée dans la méthodologie globale de l'ENC à méthodologie commune. Ils doivent permettre de favoriser les comparaisons de pratique et de formation des coûts entre le secteur privé et le secteur public en matière de charge en soins.

Cette étude s'inscrit dans un calendrier 2009/2010. Un recueil des données nécessaires sera réalisé auprès d'un échantillon d'établissements volontaires, tant publics que privés. Cette collecte sera effectuée au début de l'année 2009. [Annexe 18 Etude ATIH sur la charge en soins]

3.4.9 La fiscalité

Une étude sera engagée, dans un calendrier 2009/2010, dans l'objectif d'évaluer les charges fiscales spécifiques pesant sur les différents secteurs.

4 Les mesures prévues par la campagne tarifaire 2009

L'ensemble des travaux engagés vont permettre de concrétiser dans le cadre de la campagne 2009 une étape décisive d'avancement dans le processus de convergence inter sectorielle. D'une part les nouvelles échelles tarifaires seront appuyées sur les résultats de l'ENCC et sur la mise en œuvre de la nouvelle version (V11), plus fine, de la classification. D'autre part les premiers résultats des études menées sur la permanence des soins hospitalière et la prise en charge des patients en situation de précarité permettront d'affiner le contenu de l'enveloppe tarifaire.

4.1 Les nouvelles échelles tarifaires

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2009, les travaux réalisés relatifs à la nouvelle version de la classification des séjours (V11) ainsi qu'à l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) ont vocation à être intégrés en vue de produire de nouvelles échelles tarifaires.

La nouvelle classification des séjours (V11) permettra d'améliorer la comparaison des activités des deux secteurs hospitaliers par la création des niveaux de sévérité. Elle a donc vocation à être le fondement des nouvelles échelles tarifaires.

L'exploitation de l'ENCC 2006 permettra de prendre en compte les résultats observés dans le positionnement relatif des tarifs des deux échelles tarifaires.

4.2 La permanence des soins hospitalière

Le premier volet de l'étude en cours sur la permanence des soins hospitalière a vocation à être intégré dans le cadre de la campagne 2009.

Il doit conduire à l'évaluation des permanences sur place et des astreintes à domicile réalisées par les médecins dans les deux secteurs, par région et par établissement ;

- en excluant les structures d'urgences faisant l'objet de financements spécifiques dans le cadre de la tarification à l'activité,
- en isolant la part représentative de la permanence des soins par rapport à la continuité des soins.

Les résultats de l'enquête sont en cours d'exploitation.

Ils doivent permettre de retirer des tarifs les charges correspondant aux permanences sur place et aux astreintes médicales et de rémunérer spécifiquement, sur la base des dotations de financement MIGAC, les établissements qui les réalisent effectivement, dans le cadre d'une organisation territoriale.

Ces dispositions doivent aboutir à une plus grande équité dans la répartition des éléments de financement représentatifs des permanences sur place et des astreintes à domicile réalisées par les médecins.

La rémunération des permanences et des astreintes médicales est actuellement hors tarifs pour le secteur privé et incluse dans ceux-ci pour le secteur public. L'évolution envisagée du modèle de financement, correspondant à un transfert de l'enveloppe tarifaire vers la dotation de financement MIGAC, se traduira de facto par une réduction de l'écart de convergence tarifaire inter sectoriel.

Pour 2009, celle-ci peut être estimée dans l'état actuel des travaux à environ 3 à 5 points de convergence, correspondant à un montant se situant entre 550 et 850 millions d'euros (selon les hypothèses qui seront retenues suite à l'exploitation des résultats).

L'étude sur la permanence des soins hospitalière se poursuivra dans les mois à venir :

- d'une part pour permettre d'ajuster dans le temps le modèle mis en œuvre concernant les permanences sur place et les astreintes à domicile des médecins,
- d'autre part pour prendre en compte les autres charges associées à la permanence des soins hospitalière s'agissant notamment des personnels non médicaux ainsi que des charges liées à la disponibilité des unités de soins spécialisées et des plateaux techniques,
- enfin pour permettre d'évaluer les charges de service public correspondant au maintien de capacités d'hospitalisation minimales pour faire face à des événements exceptionnels, à l'exemple des plans canicule ou des plans blancs.

4.3 La prise en compte de caractéristiques socio-économiques et de patientèle spécifique des établissements

Les résultats des premières études en cours ont vocation à être intégrés dans le cadre de la campagne 2009.

Ils doivent conduire d'une part à prendre en compte certains surcoûts structurels liés aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle et de l'environnement, renseignés par les établissements dans le cadre de l'enquête réalisée et présentant une description statistique suffisamment robuste.

Ils doivent aboutir d'autre part à évaluer un impact sur les séjours à partir des données disponibles à ce jour (données administratives CMU, CMUC, AME et situations d'absence de domicile fixe), sur le modèle de l'enquête réalisée par l'AP-HP en 2007 (cf. point 2.3.3). Les résultats de ces études sont en cours d'exploitation.

Compte tenu de la complexité de la problématique et de la difficulté à disposer d'indicateurs de repérage précis, ils ne pourront probablement être retenus que partiellement pour la campagne 2009, l'objectif étant d'engager la démarche par une première étape significative sur la base d'indicateurs robustes.

Les surcoûts mis en évidence seront débasés de l'enveloppe tarifaire pour permettre de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement concernés par la prise en charge de patients en situation de précarité.

Les données transmises par la CNAMTS, concernant les séjours CMU, CMUC et AME réalisés dans l'ensemble des établissements de santé, mettent en évidence que « *le secteur public est nettement plus concerné que le secteur privé à la fois en nombre et en proportion* ».

Si l'on considère que la part de ces catégories de populations dans l'ensemble de la patientèle d'un établissement peut être utilisée comme un marqueur de son orientation sociale, même si elle ne représente pas toutes les populations qui seraient concernées, l'évolution envisagée du modèle de financement se traduira de facto pour 2009 par une réduction de l'écart de convergence tarifaire inter sectoriel.

Celle-ci peut être estimée dans l'état actuel des travaux à environ 0,5 à 0,8 point de convergence, correspondant à un montant se situant entre 80 et 150 millions d'euros (selon les hypothèses qui seront retenues suite à l'exploitation des résultats).

Ces études seront poursuivies dans les mois qui viennent, pour compléter et affiner l'analyse.

Ainsi, l'étude engagée par la DREES sur la prise en charge des patients en situation de précarité dans les établissements de soins se poursuivra pour quantifier les facteurs de surcoûts mis en évidence dans une première étape.

Dans ce cadre, un travail sera mené avec l'ATIH visant à améliorer le codage de la précarité dans le PMSI à l'horizon 2010.

4.4 Le financement des internes

Le financement des internes de médecine, pharmacie, dentaire en stage dans les secteurs d'activité relevant du dispositif de la tarification à l'activité, est pour des raisons « historiques » réparti entre plusieurs modalités : sur les tarifs, sur la dotation nationale de financement des MIGAC, et sur des crédits Etat.

Les perspectives d'augmentation de 67% de leur nombre à l'horizon 2010, conduisent à réexaminer le mode de financement de la masse salariale correspondante.

Il s'agit de prendre en compte le fait que ces personnels d'une part sont en formation dans les établissements et d'autre part contribuent à la prise en charge des patients. Les études en cours visent à déterminer le niveau de financement devant rester dans les tarifs au titre de leur production de soins et à financer le solde par la dotation de financement MIGAC.

Ceci pourra entraîner à partir de 2009 une évolution de la répartition des financements entre l'enveloppe tarifaire allouée au secteur public et la dotation nationale de financement des MIGAC.

CONCLUSION :

Le présent rapport expose l'état d'avancement de l'ensemble des travaux menés dans le cadre de l'objectif de convergence. Le processus comporte des éléments de complexité liés aux spécificités des deux secteurs. Il nécessite d'éclairer l'ensemble de ces éléments, de mettre à plat les différences de périmètres et de champs et de construire les conditions permettant d'avancer dans sa mise en œuvre de façon solide et progressive.

Ce rapport constitue un point d'étape dans la démarche de convergence. Les travaux nécessaires selon les thématiques concernées, ont des stades d'avancement différents.

Les premiers résultats permettront dès la campagne 2009 de concrétiser un ensemble de mesures significatives notamment :

- l'exploitation de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune aboutissant à améliorer la comparabilité entre les deux secteurs ;
- la mise en œuvre de la version 11 de classification des GHM permettant d'affiner la valorisation des séjours ;
- les premières exploitations des études relatives à la permanence des soins hospitalière et à la prise en charge des patients en situation de précarité conduisant à cibler des financements spécifiques pour les établissements concernés.

La prise en compte dans la campagne 2009 de ces premiers résultats est de nature à introduire des effets revenus significatifs sur les établissements de santé, dont il convient de mesurer la portée. C'est l'objet des analyses en cours qui doivent permettre d'identifier ces effets et de les prendre en compte pour assurer si nécessaire la soutenabilité du dispositif.

Les études seront poursuivies dans les mois à venir pour approfondir ces premiers résultats et les compléter sur les thématiques non explorées en première phase: deuxième volet de l'étude sur la permanence des soins hospitalière, repérage affiné des surcoûts associés à la prise en charge des patients en situation de précarité, études approfondies sur le coût du travail, évaluation des surcoûts liés à l'activité non programmée / non programmable, impact de l'effet de gamme, rattachement des charges péri hospitalières aux séjours, amélioration de la prise en compte de la charge en soins, évaluation des charges fiscales pesant sur les deux secteurs.

L'identification progressive des éléments financiers inhérents aux missions et obligations de service public permettra aux agences régionales de santé de disposer des instruments nécessaires pour assurer l'organisation de ces missions en fonction des besoins de la population et d'allouer ces financements aux établissements quels que soient leurs statuts les mieux en capacité d'assurer ces missions. Cette évolution s'inscrit dans l'esprit du projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires.

5 Annexes

5.1 Annexe 1 : Etude ATIH sur les positionnements en termes de nature d'activité des secteurs public et privé

Description des activités les plus fréquentes dans les deux secteurs d'hospitalisation

Introduction

Dans tous les rapports de présentation des travaux effectués pour l'évolution de la classification des GHM, on peut trouver des chapitres ou des paragraphes qui décrivent les différences d'activité observées dans les deux secteurs d'hospitalisation, ou entre les différents types d'établissements de chaque secteur. Dans le cadre de la T2A, cette différence n'est pas niée, mais elle n'entre pas, ou très peu, dans les critères de valorisation de l'activité en partant du principe que pour une activité donnée (mesurée à travers la classification des GHM), elle doit être la même dans les deux secteurs (ou entre un CH et un CHU) et donc avoir des coûts semblables pour l'assurance maladie.

Il n'y a donc pas besoin de comparer les deux secteurs pour illustrer la difficulté de cet objectif. On peut faire le même constat entre deux types d'établissements du même secteur. Dans le secteur ex-DGF, le tarif de l'accouchement normal est le même dans un établissement ayant ou n'ayant pas de maternité de niveau 3. Or, une femme qui accouche normalement dans un CHU avec un environnement plus coûteux, a un accouchement plus cher. Il y a toujours une partie des coûts qu'on est obligé de lisser sur l'ensemble des séjours. Dans le secteur ex-OQN³, entre une clinique qui ne fait que de l'ophtalmologie et un établissement privé qui a une large gamme d'activité, la chirurgie de la cataracte n'aura pas le même coût alors qu'elle a le même tarif.

Le fait de démontrer que les activités les plus fréquentes sont différentes dans les deux secteurs d'un point de vue macroscopique, devrait amener à prendre davantage en considération que la part des coûts qu'on est obligé de lisser sur les séjours peut être différente.

1. Méthodologie

Dans la classification des GHM, on peut assimiler un GHM à une activité. Les activités obtenues peuvent apparaître trop fines pour certains lecteurs de *case-mix* (éventail des cas en français), mais elles ont le mérite d'être comparables entre les deux secteurs, même si une analyse plus fine peut montrer des différences intra-GHM, mais ce n'est pas le propos de cette analyse qui se limite à l'aspect macroscopique des différences observées. L'autre intérêt dans l'utilisation des GHM, réside dans la possibilité d'aller plus loin dans les analyses souhaitées en étant sûr de parler d'un même contenu théorique.

L'activité serait plus proche de la racine d'un GHM (niveau de classement avant la segmentation sur la notion de complications ou de morbidités associées (CMA)), mais le propos étant de s'intéresser aux activités les plus fréquentes, ce sont les GHM à DMS courte qui sont en tête du classement, or ils sont souvent issus de la CM 24 qui ne bénéficie pas des CMA ou d'activités qui, statistiquement, ne justifient pas une segmentation sur la présence d'une CMA (chirurgie du canal carpien, en hospitalisation traditionnelle, par exemple). Par ailleurs, si on admet que les cas plus compliqués nécessitent un autre environnement, il vaut conserver la notion de CMA pour décrire les prises en charge les plus fréquentes ou repérer des activités lourdes.

³ Pour faciliter l'écriture (et la lecture), le secteur ex-DGF sera globalisé sous le terme de « public » et le secteur ex-OQN sous le terme de « privé » dans la suite du texte.

L'analyse descriptive est faite à partir des bases nationales 2007 pour les deux secteurs. Travailler avec le niveau du GHM offre également la possibilité pour tout un chacun de vérifier les chiffres (ou d'avoir des informations supplémentaires) sur le site de l'ATIH en consultant les statistiques du PMSI MCO.

Compte tenu du volume des séances et leur plus grande comparabilité intersecteur (au moins en terme de contenu), la CMD 28 a été supprimée. On a également supprimé la CM 90 qui comprend, dans la lecture d'un *case-mix*, les séjours avec des actes sans rapport avec le diagnostic principal⁴ pare que le contenu de ces GHM n'est pas assimilable à une activité médicalement cohérente. On a donc conservé 10 628 588 sur 14 798 043 RSA pour le secteur public et 6 340 324 sur 8 569 271 RSA pour le secteur privé.

Aux activités les plus fréquentes, on pourrait ajouter les activités qui consomment le plus de journées. Cette analyse a été limitée aux RSA n'appartenant pas à la CM 24 des séjours de moins de 2 jours (hors séances). Le calcul de la durée de séjour retenu étant « date sortie - date entrée », les séjours sans nuitée ont donc une durée de 0 jours. Leur attribuer une durée de 1 jour ne permet plus de les distinguer des séjours avec une nuitée et donnerait un nombre de journées surévalué puisqu'on peut avoir deux séjours « CM 24 » dans un même lit sur une journée donnée.

2. Les résultats et quelques commentaires

L'analyse macroscopique s'est faite sur deux niveaux :

- Les GHM qui composent 80% de l'activité
- Les 20 premiers GHM de chaque secteur pour pouvoir les comparer à une analyse similaire qui avait été faite sur les données de 2002 (donc avant la T2A) ; cette comparaison a pu être faite malgré un groupage différent : les activités les plus volumineuses sont des activités généralement plus simples qui n'ont pratiquement pas subi d'évolution en terme de classification en dehors du passage des séjours de 1 jour dans la CM 24.

2.1. Les GHM qui composent 80% de l'activité

Compte tenu du poids croissant de la CM 24, on s'est intéressé à trois groupes de RSA : tous les RSA, toutes les CMD sauf la CM 24 et la CM 24 seule.

Les données générales figurant dans les tableaux 1 à 3 ont pour objectif de caractériser 80 % des hospitalisations en termes de nombre de GHM, leur répartition en GHM chirurgicaux (GHM en C), médicaux (GHM en M), techniques interventionnelles regroupant, entre autres, les actes par voie vasculaire ou par endoscopie (GHM en K) et indifférenciés (GHM en Z).

2.1.1. Tous les RSA

Quand on ne tient pas compte des effectifs, on constate (tableau n° 1) que le nombre de GHM présents dans chacun des secteurs est assez proche, mais la durée moyenne de séjour (DMS) globale indique clairement une différence (4,49 pour le public et 2,45 pour le privé) sans qu'on puisse dire si le secteur privé soigne « plus vite » ou s'il traite des profils de patients différent.

Quand on s'intéresse au nombre de GHM qui décrit 80% de l'activité, on constate une différence qui va du simple au double (196 pour le public et 106 pour le privé), mais c'est la répartition en chirurgie, médecine, techniques interventionnelles et activité indifférenciée qui caractérise clairement ces deux secteurs : plus chirurgical dans le secteur privé et plus médical dans le secteur public qu'il s'agisse du nombre de GHM et surtout du nombre de séjours. La médecine est réduite à une portion congrue dans le secteur privé : 6,06% des séjours correspondant aux séjours issus des 106 GHM qui représentent 80% de l'activité du secteur privé à comparer avec les 56,75% du secteur public.

⁴ Une partie du contenu de ces deux GHM est le résultat d'une erreur de codage, mais le contenu théorique devrait être des séjours inclassables avec la version en cours. Le contenu de ces GHM est donc différent d'une version à l'autre.

La description des activités les plus fréquentes dans chacun des secteurs sera faite dans le chapitre concernant les 20 GHM les plus fréquents.

base 2007 sans CM 28 sans CM 90	Descriptif	Sous ensemble des 80%	Ex DGF		Ex OQN	
			effectifs	%	effectif	%
avec CM 24	Nb Séjours		10628588		6340321	
	Nb GHM		778		751	
	DMS		4,49		2,45	
	Nb de GHM pour 80% activité		196		106	
		GHM C	47	23,98	63	59,43
		GHM K	20	10,20	22	20,75
		GHM M	112	57,14	13	12,26
		GHM Z	17	8,68	8	7,55
	Nb de séjours dans ces GHM		8493111		5065260	
		GHM C	1298619	15,29	2504843	49,45
		GHM K	755369	8,89	1749151	34,53
		GHM M	4819712	56,75	307206	6,06
		GHM Z	1619411	19,07	504060	9,95

Tableau n° 1 : base 2007 sans les catégories majeures 28 et 90, tous les RSA

2.1.2. Toutes les CMD, sauf la CM 24

Le nombre de GHM décrivant 80% de l'activité n'est plus du simple au double, mais reste différent (197 et 121). On constate que lorsqu'on enlève les séjours de très courte durée (inférieurs à 2 jours), les écarts de DMS sont encore importants. Les RSA de cette sélection correspondent à environ 56 % des séjours dans le public et 43 % dans le privé.

base 2007 sans CM 28 sans CM 90	Descriptif	Sous ensemble des 80%	Ex DGF		Ex OQN	
			effectifs	%	effectif	%
Sans CM 24	Nb Séjours		5989905	56,36	2730117	43,06
	Nb GHM		624		613	
	DMS		7,71		5,45	
	Nb de GHM pour 80% activité		197		121	
		GHM C	50	25,38	71	58,68
		GHM K	6	3,05	7	5,79
		GHM M	128	64,97	31	25,62
		GHM Z	13	6,60	12	9,92
	Nb de séjours dans ces GHM		3783419		2182452	
		GHM C	947770	25,05	1288908	59,06
		GHM K	131602	3,48	142206	6,52
		GHM M	2512889	66,42	286023	13,11
		GHM Z	191158	5,05	465315	21,32

Tableau n°2 : base 2007 sans les catégories majeures 28 et 90, sans la CM 24

La répartition médecine / chirurgie reste semblable à celle qu'on observe dans le tableau n°1 correspondant à l'ensemble des RSA, mais on constate un taux plus élevé de médecine dans le secteur privé quand il s'agit d'hospitalisation complète (au sens de la classification des GHM).

Une comparaison de l'analyse d'activité faite sur les séjours *versus* les journées sera faite dans le chapitre des 20 activités les plus fréquentes.

2.1.3. La CM 24 seule

Les séjours de très courte durée représentent environ 57% de l'activité du privé et 44% de l'activité du public et la répartition « avec acte » (GHM C + GHM Z) et « sans acte » (GHM M) est clairement inversée dans les deux secteurs. La part de GHM K (surtout en séjours) est très importante dans le privé (on rappelle qu'il s'agit des actes diagnostiques ou thérapeutiques endoscopiques et par voie vasculaire).

base 2007 sans CM 28 sans CM 90	Descriptif	Sous ensemble des 80%	Ex DGF		Ex OQN	
			effectifs	%	effectif	%
CM 24	Nb Séjours		4639683	43,65	3610204	56,94
	Nb sans nuitée		3143453	67,75	2963500	82,09
	Nb de GHM pour 80% activité		41		27	
		GHM C	6	14,63	14	51,85
		GHM K	7	17,07	9	33,33
		GHM M	24	58,54	2	7,41
		GHM Z	4	9,76	2	7,41
	Nb de séjours dans ces GHM		3706706		2874303	
		GHM C	296095	7,99	1262609	43,93
		GHM K	477557	12,88	1451347	50,49
		GHM M	2516344	67,89	98928	3,44
		GHM Z	416710	11,24	61419	2,14

Tableau n° 3 : base 2007 sans les catégories majeures 28 et 90, CM 24 seule

2.2. Les 20 GHM les plus fréquents

Pour caractériser la spécificité des deux secteurs d'hospitalisation, une comparaison des 20 GHM les plus fréquents (hors séances) avait été faite sur les données de 2002 (donc avant la T2A) d'où il ressortait que ces 20 GHM couvraient environ 33% de l'activité du public et 47% de celle du privé (respectivement 32,54 et 46,57), ce qui représente une part suffisamment importante et permet de décrire avec plus de précisions les activités qui la composent avec des informations complémentaires sur l'âge moyen et la DMS des GHM retenus. La version de la classification n'était pas la même et la CM 24 ne contenait que des séjours sans nuitée, mais comme il s'agit d'activités à gros effectifs, on peut trouver assez facilement une correspondance entre les deux versions de GHM. Dans les tableaux consacrés à l'ensemble des RSA de chacun des secteurs, on trouvera une colonne qui indique le numéro de rang de 2002 pour les GHM communs aux données de 2002 et 2007. Quelques commentaires prudents (il faudrait une étude beaucoup plus détaillée pour les confirmer) peuvent être faits sur la disparition ou l'apparition de GHM dans ce classement des 20 premiers GHM.

2.2.1. Tous les RSA

Les tableaux n° 4 et 5 décrivent les 20 GHM les plus fréquents avec le nombre de séjours, le taux par rapport au total hors séances, le taux cumulé, le nombre de journées, la DMS et l'âge moyen.

Les 20 1^{er} GHM représentaient en 2002 environ 33% du public et 47% du privé (respectivement 32,54 et 46,57) ; ils représentent environ 33% dans le public et 47% du privé (respectivement 33,19 et 47,33) ; le taux est donc le même pour des activités qui présentent des différences entre ces deux années.

Tableau n° 4 : Données 2007 Base publique, tous les RSA

GHM	LIBELLE	Rang en 2002	Nb séjours	%	%cumul	Nb jours	DMS	Age Moy	Rang
24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	1	792537	7,46	7,46	80955	0,10	51,37	1
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	2	415322	3,91	11,36	1723266	4,15	0	2
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	3	382694	3,60	14,96	1695593	4,43	29,04	3
24Z15Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	11	159975	1,51	16,47	7019	0,04	26,84	4
24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	partie du 6	158736	1,49	17,96	27584	0,17	54,68	5
24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	7	156103	1,47	19,43	57504	0,37	55,1	6
24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	20	147191	1,38	20,82	65036	0,44	54,94	7
24Z22Z	Autres transferts vers MCO : séjours de moins de 2 jours		144543	1,36	22,18	79683	0,55	56,26	8
24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours	9	116581	1,10	23,27	73166	0,63	25,93	9
24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	17	112101	1,05	24,33	20200	0,18	41,23	10
24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	15	110810	1,04	25,37	31091	0,28	54,75	11
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	7	109972	1,03	26,41	1248672	11,35	79,15	12
24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14	8	100150	0,94	27,35	32836	0,33	29,98	13
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	partie du 5	92487	0,87	28,22	300507	3,25	57,89	14
24K05Z	Polysomnographies et autres explorations de longue durée : séjours de moins de 2 jours		91793	0,86	29,08	77238	0,84	51,08	15
24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours		91275	0,86	29,94	65183	0,71	35,82	16
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif		90607	0,85	30,79	509285	5,62	0	17
24M16Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08	14	85898	0,81	31,60	18704	0,22	48,89	18
24M08Z	Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 04		84371	0,79	32,40	35453	0,42	52,45	19
24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours		84189	0,79	33,19	22975	0,27	72,49	20

Tableau n° 5 : Données 2007 Base privée, tous les RSA									
GHM	LIBELLE	Rang en 2002	Nb séjours	%	%cumul	Nb jours	DMS	Age Moy	Rang
24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	partie du 1 et 20	724294	11,42	11,42	44979	0,06	53,72	1
24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	5	385998	6,09	17,51	80254	0,21	73,58	2
24K26Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	partie du 1	290551	4,58	22,09	26758	0,09	59,91	3
24K15Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03, avec anesthésie	9 et 11	226424	3,57	25,67	44442	0,2	22,91	4
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	2	173224	2,73	28,40	738599	4,26	0	5
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	4	170530	2,69	31,09	756957	4,44	29,67	6
24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	partie du 6	146979	2,32	33,41	19110	0,13	50,08	7
24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours	15	97980	1,55	34,95	6701	0,07	54,23	8
24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours	13	86846	1,37	36,32	21353	0,25	46,28	9
24C55Z	Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours	16	85126	1,34	37,66	9215	0,11	46,04	10
24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	10	80260	1,27	38,93	22493	0,28	6,18	11
02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	3	75896	1,20	40,13	155500	2,05	76,22	12
24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours		67874	1,07	41,20	726	0,01	9,71	13
24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	Partie du 17	63950	1,01	42,20	15624	0,24	56,09	14
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	18	59875	0,94	43,15	184072	3,07	57,79	15
24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours		58920	0,93	44,08	1955	0,03	11,55	16
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08		53933	0,85	44,93	18079	0,34	47,37	17
24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours	8	52699	0,83	45,76	20791	0,39	50,27	18
05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	8	49894	0,79	46,55	107959	2,16	54,11	19
05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	14	49515	0,78	47,33	136906	2,76	65,59	20

En dehors de l'accouchement normal et des nouveau-nés sans problème significatif, il n'y a pas beaucoup de GHM communs aux deux secteurs et pour les rares exceptions (chirurgie du cristallin en ambulatoire) le rang de classement est très différent. Même si le classement n'est pas tout à fait le même, il y a moins de changements entre 2002 et 2007 dans le privé que dans le public. De nombreux groupes sont du type « Affection de la CMD xx : séjours de moins de 2 jours, sans acte », confère le point 2.2.4 pour plus d'informations.

♦ Secteur public (tableau n° 4)

Les activités qui ont disparu du classement des 20 premiers sont :

- les séjours sans nuitée pour affection à VIH,
- les pathologies médicales du rachis en hospitalisation complète,
- les séjours pour diabète, patient de plus de 35 ans en hospitalisation complète,
- les séjours avec cathétérismes cardiaques et coronarographies en hospitalisation complète.

Les activités qui apparaissent dans le classement des 20 premiers sont :

- les séjours < 2 jours avec « autres » transferts vers le MCO (autres que nouveau-nés ou brûlés) ; il serait intéressant d'analyser finement ces séjours pour dépister des partages de séjours entre établissements MCO en tenant compte du fait que les gros établissements (AP-HP, AP-HM ou HCL) ont un certain taux de transferts qui devraient être des mutations et que le privé n'est pas tenu de coder un transfert pour un séjour qui serait partagé entre deux cliniques d'un même groupe,
- les séjours < 2 jours pour polysomnographie,
- les séjours < 2 jours pour effets toxique des médicaments (il ne s'agit pas d'effets adverses des médicaments, mais majoritairement des intoxications volontaires et, avec un effectif moindre, les intoxications accidentelles des enfants),
- les nouveau-nés de plus de 2500 gr avec autre problème significatif (c'est le degré de sévérité le plus léger après celui qui est sans problème significatif),
- les séjours < 2 jours pour affection respiratoire sans acte, (il ne s'agit pas des polysomnographies déjà citée, mais probablement d'autres explorations)
- les interventions pour cataracte en ambulatoire (en fait, séjour < 2 jours).

Dans les 20 premiers GHM, on trouvait un seul groupe « chirurgical » en 2002 représenté par les IVG en 11^{ème} position, et il n'y en qu'un seul en 2007, en plus des IVG qui sont maintenant en 4^{ème} position, avec la chirurgie de la cataracte qui est en 20^{ème} position.

♦ Secteur privé (tableau n°5)

Les activités qui ont disparu du classement :

- les prothèses articulaires parce que ce GHM a été segmenté sur la notion de topographie (hanche, genou, épaule),
- les IVG,
- du fait de la transformation de la CM 24 en séjours de moins de 2 jours alors qu'elle ne contenait que des séjours sans nuitée auparavant, certaines des 20 activités se décrivaient avec 2 GHM en 2002 et un seul en 2007, comme les extractions dentaires ou les éveinages par exemple parce que les séjours qui ne sont pas « sans nuitée » ont majoritairement des durées de 1 jour (avec 1 nuitée).

Les activités qui apparaissent dans le classement :

- les séjours < 2 jours pour drains transtympaniques,
- les séjours < 2 jours pour circoncisions,

Dans ce secteur, l'exception est représentée par un seul GHM médical, les autres sont tous avec acte classant dont 13 groupes chirurgicaux. Ce groupe « médical » (Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire) qui est un groupe « fourre-tout » est constitué en grande partie de séjours avec « actes classants non opératoires » ou « actes non classants ».

2.2.2. Toutes les CMD, sauf la CM 24, description en séjours

Les séjours sans nuitée ayant une durée de 0 jour sont absents de cette sélection, on peut aussi s'intéresser à une description en journées ; ce sera l'objet du paragraphe suivant.

Tableau n° 6 : Données 2007 Base publique, sans CM 24								
GHM	LIBELLE	Nb séjours	%	%cumul	Nb jours	DMS	Age Moy	Rang
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	415322	6,93	6,93	1723266	4,15	0	1
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	382694	6,39	13,32	1695593	4,43	29,04	2
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	109972	1,84	15,16	1248672	11,35	79,15	3
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	92487	1,54	16,71	300507	3,25	57,89	4
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	90607	1,51	18,22	509285	5,62	0	5
14C02A	Césariennes sans complication significative	84114	1,40	19,62	567026	6,74	30,21	6
23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	76583	1,28	20,90	1323430	17,28	69,92	7
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	71695	1,20	22,10	403086	5,62	56,87	8
04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	69521	1,16	23,26	885073	12,73	64,29	9
04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	64024	1,07	24,33	771789	12,05	75,5	10
06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	52722	0,88	25,21	189553	3,60	51,95	11
05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	49712	0,83	26,04	183516	3,69	63,88	12
23M05Z	Suivi thérapeutique sans diagnostic associé d'antécédent d'affection maligne	48176	0,80	26,84	222717	4,62	55,46	13
06M03W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	47506	0,79	27,64	384447	8,09	74,16	14
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	45890	0,77	28,40	244971	5,34	29,05	15
06M02V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	45074	0,75	29,16	135086	3,00	3,88	16
05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	41548	0,69	29,85	343546	8,27	77,03	17
08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	41038	0,69	30,53	234099	5,70	46,64	18

04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	38836	0,65	31,18	147430	3,80	1,65	19
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	37057	0,62	31,80	181538	4,90	53,56	20

Tableau n° 7 : Données 2007 Base privée, sans CM 24								
GHM	LIBELLE	Nb séjours	%	%cumul	Nb jours	DMS	Age Moy	Rang
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	173224	6,34	6,34	738599	4,26	0	1
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	170530	6,25	12,59	756957	4,44	29,67	2
02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	75896	2,78	15,37	155500	2,05	76,22	3
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	59875	2,19	17,56	184072	3,07	57,79	4
05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	49894	1,83	19,39	107959	2,16	54,11	5
05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	49515	1,81	21,21	136906	2,76	65,59	6
08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	45946	1,68	22,89	161230	3,51	53,91	7
08C23V	Prothèses de hanche sans CMA	45203	1,66	24,54	442101	9,78	69,16	8
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	44534	1,63	26,18	244472	5,49	0	9
08C24Z	Prothèses de genou	44438	1,63	27,80	458346	10,31	71,11	10
14C02A	Césariennes sans complication significative	44219	1,62	29,42	289628	6,55	30,67	11
11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	41458	1,52	30,94	147297	3,55	61,87	12
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	41386	1,52	32,46	166423	4,02	53,37	13
05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde sans CMA	40309	1,48	33,93	124229	3,08	66	14
08C19Z	Arthroscopies	37467	1,37	35,31	100240	2,68	51,81	15
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	37339	1,37	36,67	167701	4,49	31,72	16
06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	36986	1,35	38,03	106627	2,88	59,58	17
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	35565	1,30	39,33	113996	3,21	50,1	18
08C27V	Autres interventions sur le rachis sans CMA	33739	1,24	40,57	161869	4,8	48,54	19
06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	33586	1,23	41,80	110111	3,28	48,72	20

Quelques commentaires sur les tableaux 6 et 7 :

- ♦ Avec 20 GHM on explique environ 32 % de l'activité du public et 42% de l'activité du privé, mais on conserve une répartition « avec acte classant » très différente dans les deux secteurs (3 GHM en C ou en K dans le public *versus* 16 groupes dans le privé sur les 20 du classement).
- ♦ On retrouve de chaque côté les 4 GHM les plus fréquents de l'obstétrique (accouchement sans problème significatif, césarienne sans complication significative, nouveau-né sans problème significatif, nouveau-né avec le niveau le plus faible de problème significatif), mais il y a un groupe supplémentaire dans le secteur public : accouchement par voie basse avec autre complication.
- ♦ Les GHM de « Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif » se répartissent différemment dans les 2 secteurs, il n'y a que celui qui concerne les adultes sans CMA dans le privé, mais on trouve en plus, dans le classement des 20 premiers du secteur public, ceux qui concernent les adultes âgés (moyenne d'âge à 74 ans) ou avec CMA et les enfants sans CMA (moyenne d'âge à 4 ans). Une grosse partie de ces effectifs ont en diagnostic principal un syndrome douloureux abdominal ; sans vouloir justifier tous les séjours du secteur public, il serait intéressant d'analyser plus finement ce qui relève d'une permanence de soins de ce qui relève d'une activité programmée dans les deux secteurs.
- ♦ Même si l'on accepte qu'une petite partie de la différence de DMS entre les deux secteurs pourrait être effacée par une meilleure organisation dans le secteur public, on constate que les GHM du public ont plus souvent des DMS élevées et relèvent de pathologies plus lourdes.
- ♦ Si à activité égale, les DMS paraissent inférieures dans le secteur privé, l'âge moyen est souvent plus élevé dans le privé contrairement à ce qui est souvent évoqué rapidement des différences entre les deux secteurs :

06M03V (public)	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	52722	0,88	25,21	189553	3,60	51,95
06M03V (privé)	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	36986	1,35	38,03	106627	2,88	59,58

05K10Z (public)	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	49712	0,83	26,04	183516	3,69	63,88
05K10Z (privé)	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	49515	1,81	21,21	136906	2,76	65,59

Remarque : les nombreux travaux menés dans le cadre de la maintenance de la classification des GHM montrent que la moyenne d'âge est globalement plus élevée dans le secteur privé. Pour effectuer cette comparaison, on enlève en général toute l'obstétrique et les nouveau-nés. Cette moyenne est plus élevée dans le privé parce qu'il n'y a pas de pédiatrie, peu de traumatologie et des prises en charge chirurgicales (avec gros effectifs) pour des pathologies spécifiques d'un âge plutôt élevé (arthrose et cataracte). En revanche, les personnes âgées du secteur public sont en moyenne plus âgées et atteintes d'affections médicales plus lourdes.

2.2.3. Toutes les CMD, sauf la CM 24, description en journées

Il a semblé intéressant d'analyser les 20 activités les plus fréquentes en termes de journées et non plus de séjours. On constate que la description en séjour fait apparaître des

prises en charge plus lourdes comme les prothèses articulaires dans le privé ou les accidents vasculaires cérébraux dans le public, mais il a peu de GHM « avec CMA(S) dans les deux secteurs ; est-ce différent en journées ?

Les tableaux 8 et 9 résultent d'un tri par ordre décroissant du nombre de journées générées par les GHM qui expliquent 80% des séjours.

Tableau n° 8 : Données 2007 Base publique, sans CM 24								Rang
GHM	LIBELLE	Nb séjours	Nb jours	%	%cumul	DMS	Age Moy	
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	415322	1723266	3,73	3,73	4,15	0	1
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	382694	1695593	3,67	7,40	4,43	29,04	2
23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	76583	1323430	2,87	10,27	17,28	69,92	3
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	109972	1248672	2,70	12,97	11,35	79,15	4
04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	69521	885073	1,92	14,89	12,73	64,29	5
04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	64024	771789	1,67	16,56	12,05	75,5	6
01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	36791	696695	1,51	18,07	18,94	68,5	7
14C02A	Césariennes sans complication significative	84114	567026	1,23	19,30	6,74	30,21	8
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	90607	509285	1,10	20,40	5,62	0	9
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	22668	509278	1,10	21,50	22,47	67,39	10
01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	34026	506502	1,10	22,60	14,89	75,94	11
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	71695	403086	0,87	23,47	5,62	56,87	12
04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	32297	397656	0,86	24,33	12,31	72,7	13
18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	20989	397050	0,86	25,19	18,92	65,54	14
01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	36922	390512	0,85	26,04	10,58	70,39	15
08C23V	Prothèses de hanche sans CMA	34398	389824	0,84	26,88	11,33	72,47	16
06M03W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	47506	384447	0,83	27,72	8,09	74,16	17
05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	41548	343546	0,74	28,46	8,27	77,03	18
23M03W	Signes et symptômes avec CMA	29318	326694	0,71	29,17	11,14	72,83	19
08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	26246	311512	0,67	29,84	11,87	73,53	20

Tableau n° 9 : Données 2007 Base privée, sans CM 24								
GHM	LIBELLE	Nb séjours	Nb jours	%	%cumul	DMS	Age Moy	Rang
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	170530	756957	5,09	5,09	4,44	29,67	1
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	173224	738599	4,96	10,05	4,26	0	2
08C24Z	Prothèses de genou	44438	458346	3,08	13,13	10,31	71,11	3
08C23V	Prothèses de hanche sans CMA	45203	442101	2,97	16,10	9,78	69,16	4
23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	19875	332584	2,23	18,34	16,73	69,3	5
14C02A	Césariennes sans complication significative	44219	289628	1,95	20,28	6,55	30,67	6
08C23W	Prothèses de hanche avec CMA	22220	254433	1,71	21,99	11,45	73,99	7
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	14579	249032	1,67	23,67	17,08	68,8	8
15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	44534	244472	1,64	25,31	5,49	0	9
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	22500	219979	1,48	26,79	9,78	79,54	10
06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	59875	184072	1,24	28,02	3,07	57,79	11
12C11Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	20108	175543	1,18	29,20	8,73	63,93	12
08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	37339	167701	1,13	30,33	4,49	31,72	13
07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	41386	166423	1,12	31,45	4,02	53,37	14
08C22Z	Interventions pour reprise de prothèses articulaires	13567	166352	1,12	32,57	12,26	71,3	15
08C27V	Autres interventions sur le rachis sans CMA	33739	161869	1,09	33,65	4,8	48,54	16
08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	45946	161230	1,08	34,74	3,51	53,91	17
02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	75896	155500	1,04	35,78	2,05	76,22	18
06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	14840	150096	1,01	36,79	10,11	62,16	19
11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	41458	147297	0,99	37,78	3,55	61,87	20

Quelques commentaires sur les tableaux 8 et 9 :

- ◆ Si on exclut les accouchements et les nouveau-nés normaux dont l'importance des effectifs explique leur position en tête de classement, en journées comme en séjours, on voit apparaître des pathologies plus lourdes (GHM à DMS plus élevées) et des GHM « avec CMA » dans les deux secteurs, mais on reste avec une partition chirurgie / médecine similaire (11 GHM M et 4 GHM C dans le public, 15 GHM C et 1 GHM M dans le privé).
- ◆ Les GHM qui sortent du classement sont moins lourds, mais tous les « légers » qui ont de gros effectifs restent.
- ◆ Analyse des différences entre « séjours » et « journées » dans le **secteur public**, sans CM 24
 - Les GHM qui disparaissent du classement
 - les chimiothérapies pour autre tumeur en hospitalisation complète (autre que pour les leucémies)
 - les gastroentérites et maladies diverses du tube digestif sans CMA (adultes et enfants),
 - les actes diagnostics par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère,
 - les suivis thérapeutiques sans antécédents de cancer,
 - les accouchements par voie basse avec autres complications,
 - les pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical (sciatiques, lombalgies et autres douleurs dorsales),
 - les bronchites et asthmes,
 - les cholécystectomies sans exploration des voies biliaires et sans CMA.
 - Les GHM qui arrivent dans le classement
 - les affections du système nerveux avec CMAS (majoritairement des accidents vasculaires cérébraux (AVC)),
 - les interventions majeures sur l'intestin avec CMA,
 - les AVC non transitoires avec CMA,
 - les bronchopneumopathies chroniques avec CMA,
 - les AVC non transitoires sans CMA,
 - les prothèses de hanches sans CMA d'une part et les interventions non majeures de hanche ou de fémur sans CMA d'autre part,
 - les signes et symptômes avec CMA (comprend majoritairement des mises en observation des patients arrivés par les urgences pour au moins 2 nuits),
- ◆ Analyse des différences entre « séjours » et « journées » dans le **secteur privé**, sans CM 24
 - Les GHM qui disparaissent du classement
 - les évinages sans CMA,
 - les actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère,
 - les endoprothèses vasculaires sans infarctus, sans CMA,
 - les arthroscopies,
 - les gastroentérites et maladies diverses du tube digestif sans CMA (adultes),
 - les interventions sur le membre supérieur (sauf humérus et main) sans CMA,
 - les interventions sur le rectum et l'anus (sauf résection rectale) sans CMA.
 - Les GHM qui arrivent dans le classement
 - les soins palliatifs,
 - les prothèses de hanche avec CMA d'une part, et les reprises de prothèses articulaires d'autre part,
 - les interventions majeures sur l'intestin avec CMA d'une part et sans CMA d'autre part,
 - les insuffisances cardiaques et chocs circulatoires avec CMA,
 - les interventions pelviennes majeures chez l'homme pour cancer.

2.2.4. La CMD 24 seule

Compte tenu du nombre de groupes de la CM 24 présents dans les tableaux n° 4 et n°5, il n'est pas utile d'insérer ici les tableaux correspondant à la seule activité des séjours de moins de 2 jours pour faire quelques commentaires à son sujet. Les quelques GHM qui sortent de la liste ou qui y rentrent ne changeront pas la perception que l'on peut en avoir et ce, dans les deux secteurs.

La compréhension du contenu des GHM de la CM 24 présents dans le tableau n°5 du secteur privé est rendu évidente par la présence d'un type d'actes précisé dans le libellé

- Endoscopie digestive,
- Libération du canal carpien,
- Arthroscopie,
- Circoncisions,
- Eveinages etc.

En revanche, il n'en est pas de même pour les GHM du tableau n°4 du secteur public. On constate qu'une bonne partie des groupes médicaux de la CM 24 ont un libellé du type « Affections de la CMD xx : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD xx ». L'activité décrite ainsi reste peu lisible hors contexte. Pour le lecteur qui veut comprendre le contenu théorique, il doit se reporter à l'arbre de décision de cette catégorie majeure et pour le contenu réel, il peut consulter les statistiques du site de l'ATIH.

Exemple : « Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10 ». On constate dans l'arbre de décision, qu'il n'y a pas de groupe spécifique en dehors de celui-ci, donc tous les séjours de moins de 2 jours qui ont un diagnostic principal d'endocrinologie et aucun acte classant sont orientés dans le GHM 24M19Z. La consultation du site pour connaître le contenu réel de ce groupe montre que le diabète et l'obésité sont une forte composante de ce groupe⁵.

Il n'y a pas besoin de faire le même exercice avec les autres groupes du même type pour arriver aux commentaires que suscite ce type d'activité :

- ♦ Ces groupes traduisent d'abord la forte évolutivité des séjours de très courte durée sans qu'on puisse effectuer des segmentations de GHM sur des critères médico-économiques stables. Si un acte chirurgical standardise bien un séjour (c'est encore plus nécessaire pour les séjours très courts puisqu'il n'y a pas la durée de séjour pour compenser des écarts de lourdeur d'actes), on manque cruellement de marqueurs pour la médecine en l'absence d'un codage des actes pratiqués par d'autres professionnels que les médecins (il resterait à prouver que certains actes sont des marqueurs efficaces⁶).
- ♦ Il est évident que la majeure partie des séjours qui composent ce type de GHM correspond à des arrivées par les urgences ou des bilans de pathologies connues ou d'hospitalisations antérieures. Une partie (impossible à évaluer à travers les données du PMSI) de ces séjours est peut-être constituée d'actes externes facturés comme une hospitalisation, mais ce n'est pas l'absence d'actes CCAM qui peut définir qu'il s'agit de consultation et non d'une hospitalisation.

3. Conclusion

On peut résumer les données présentées dans les différents tableaux en quelques commentaires :

⁵ C'est parce qu'il faudrait segmenter les groupes de moins de 2 jours tous les ans un peu plus, que la proposition de supprimer la CM 24 est une des modifications importantes de la version 11 des GHM, l'objectif principal étant de ne avoir au final deux classifications.

⁶ Une suture simple de plaie n'est pas un acte classant parce qu'il représente l'acte obligatoire quand il y a une plaie, il en serait de même avec des actes basiques des autres professionnels ; à partir du moment où ils sont très fréquents, ils n'ont plus de pouvoir marqueur.

- ♦ Dans les deux secteurs, les 20 premiers GHM de tous les séjours hors séances, recouvrent au moins un tiers de l'activité et se composent, à une ou deux exceptions près, de GHM décrivant des activités sans pathologie (accouchements et nouveau-nés normaux) ou des prises en charge légères, de courte durée, avec acte classant dans le privé et sans acte classant dans le public. Quand on cherche à comparer les résultats de 2007 avec ceux de 2002, on a l'impression d'observer une augmentation du volume des séjours plus « légers », mais il est difficile de faire la part de ce qui est la conséquence du passage des séjours de 1 jour dans la CM 24 et de ce qui relève de l'augmentation de l'activité dans le cadre de la T2A.
- ♦ La CM 24 est majoritaire dans le privé (57%), mais on s'approche des 50% dans le public (44%)⁷. Le taux de séjour sans nuitée est plus élevé dans le privé (82% contre 68% dans le public), mais l'activité décrite dans cette catégorie majeure n'est pas comparable : chirurgicale et programmable pour le privé (confère les GHM de la CM 24 dans les tableaux n°5), médicale et majoritairement issue des arrivées aux urgences pour le public (confère le tableau n°4). Si les actes permettent d'une manière générale de valider la nécessité d'une hospitalisation dans le secteur privé, il reste à faire des analyses plus poussées, hors PMSI, avant de juger de l'opportunité de toutes les hospitalisations de type « médecine » du secteur public en l'absence d'actes CCAM décrivant les soins infirmiers et les actes paramédicaux.
- ♦ Dans les activités hors CM 24, on conserve une part chirurgicale majoritaire dans le privé et médicale dans le public, mais une lecture attentive des 20 GHM les plus fréquents des tableaux n°6 et n°7 montre qu'on est encore dans de la chirurgie réglée et programmable dans le privé et de la médecine non programmable (AVC, pneumonie, œdème pulmonaire, douleur dorsales ...) dans le secteur public. Quand on analyse ces activités en termes de journées consommées, le nouveau tri fait apparaître des prises en charges plus lourdes dans les deux secteurs, mais la même prépondérance chirurgicale et médicale dans les deux secteurs.

Un des leitmotivs de la convergence consiste à dire que, pour des activités semblables, le coût « sécurité sociale » doit être le même dans les deux secteurs, mais ce qui fait la spécificité du privé et du public est tellement différent qu'on n'imagine pas que l'environnement, l'organisation, les conditions de soins puissent être identiques. On peut faire la même remarque entre un CHU et un CH de moyenne importance dans le public, ou entre une clinique qui ne fait que de l'orthopédie et une clinique qui a une activité de gros CH. Quelle que soit la sophistication d'une étude de coût, il sera toujours difficile d'affecter tous les surcoûts spécifiques sur les seuls GHM qui les consomment. Une femme qui accouche normalement dans un environnement hautement technique nécessaire à un accouchement complexe, immobilise le matériel même si on ne s'en sert pas.

⁷ Quand on ajoute les séances, la part des séjours de très courte durée dépasse les 50% dans les deux secteurs.

5.2 Annexe 2 : Etude ATIH relative à l'écart facial sur les tarifs

Comparaison des tarifs des GHS des secteurs hospitaliers public et privé

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

1) Corrections réalisées

- Prise en compte des honoraires des praticiens

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

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

- Prise en compte des paiements complémentaires aux GHS

Il convient de réintégrer dans les tarifs du secteur privé l'incidence du coefficient Haute technicité. En effet, dans le secteur privé, l'activité spécialement coûteuse (SPC) chirurgie a vocation à être financée au travers de ce coefficient alors que dans le secteur public, cette spécificité n'existe pas, le tarif du GHS couvrant cette activité particulière coûteuse.

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

Le modèle de tarification à l'activité prévoit une prise en charge spécifique pour les séjours dont la durée est anormalement basse (ces derniers sont tarifés à 50% du tarif du GHS) et anormalement haute (ces derniers sont tarifés au tarif du GHS avec toutes les journées au delà de la borne supérieure valorisées à 75% du tarif moyen journalier du GHS). Il convient dans un premier temps de corriger, pour les deux secteurs, le tarif du GHS, compte tenu de cette prise en charge spécifique.

Une première comparaison ne tenant pas compte du paiement, pour certaines activités, dans chaque secteur, de suppléments journaliers facturables en sus des GHS, mais prenant en compte les corrections décrites ci dessus est réalisée.

Il convient de noter que les activités dénommées « activités de réanimation », « de surveillance continue », et de « soins intensifs » dans le secteur privé ne sont pas semblables à celles du secteur public. Ainsi, les critères d'éligibilité à l'activité de réanimation dans le secteur public sont basés sur le niveau de l'IGS et la présence des actes marqueurs. Dans le secteur privé, en attente de la mise en œuvre des SROS, il s'agit encore principalement de reconnaissance de lits.

Une fois ces suppléments pris en compte, une deuxième comparaison des tarifs par GHS est possible, tout en restant prudent compte tenu de la non-adéquation des listes des DMI facturables en sus. En effet, sur ce poste, la liste des produits facturables en sus n'est pas commune. Les

informations disponibles permettraient une réintégration dans les tarifs privés par GHS (sur la base des factures) ; toutefois, cette réintégration n'est pas possible sur le secteur ex DG. Ainsi, sur certains GHS la différence de tarif entre les deux secteurs pourra s'expliquer par la présence dans le tarif des prothèses pour un secteur et la facturation en sus de ces mêmes éléments pour l'autre secteur. De la même façon, les tarifs ne tiennent pas compte de la présence de médicaments facturables en sus.

Enfin, il convient de noter que les comparaisons qui sont opérées ne concernent que les activités communes aux deux secteurs. En effet, il existe des GHS qui sont réalisés uniquement dans le secteur public. Il s'agit principalement de l'activité de radiothérapie. Cette activité est très importante en fréquence et ses tarifs sont nettement inférieurs au tarif moyen public. De même les transplantations et les greffes (CM 27) ne sont pas réalisées dans le secteur privé. Cette activité n'entre donc pas non plus dans le champ de la comparaison. L'activité de dialyse n'a pas été retenue dans le champ de la comparaison puisqu'elle ne relève pas de la classification en GHS.

2) Résultats globaux sur les tarifs 2008

i. Résultats globaux

- *Comparaison des tarifs moyens propres à chaque secteur*

Les tarifs moyens qui font l'objet de comparaison sont calculés pour chaque secteur sur la base de son activité propre ; il s'agit de l'activité 2007.

Le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut en 2008, 812€. Une fois les différentes corrections opérées (i.e. intégration des honoraires des praticiens, prise compte du coefficient haute technicité et de la tarification des bornes) sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 371 €. Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 068 €. Le ratio moyen tarif privé 2008 / tarif public 2008 est égal à 66,3%.

En réintégrant les suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie), le tarif moyen du privé s'élève à 1 409€, celui du secteur ex DG à 2 460 €, soit un rapport de 62,3%.

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

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

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

<u>type d'activité retenue</u>	ex DG	ex OQN	deux secteurs
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex OQN	1 305.16	1 370.91	1 329.99
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex DG	2 068.38	1 829.01	1 978.00
ratio (public - privé) / public en masse	36.90%	25.05%	32.76%

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

convergence, il convient de rappeler qu'il s'agit d'une convergence de tarifs et non pas d'une convergence d'activités. Aussi la comparaison des tarifs moyens basée sur l'activité des établissements ex OQN paraît plus pertinente, s'il s'agit d'apprécier l'évolution moyenne des tarifs du secteur privé pour atteindre ceux du secteur public sur la base de l'activité du secteur privé.

En effet, le premier écart, qui s'élève à 36,9%, est calculé à activité identique en termes de nombre et de répartition des GHS pour les deux secteurs : privé et public. L'activité retenue est celle des établissements du secteur public. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur public.

Le deuxième écart, de l'ordre de 25% en 2008, est basé sur l'activité du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur privé.

Enfin le troisième écart, de l'ordre de 32,8% en 2008, est calculé sur la base l'ensemble des activités du secteur public et du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle constituée par l'agrégation de l'activité des deux secteurs.

ii. Comparaison avec les résultats sur les tarifs 2006

- Rappel des résultats 2006

Afin que les résultats soient comparables avec ceux issus de l'analyse des tarifs 2008, l'exercice a été réalisé à partir des tarifs 2006. Dans ce cas et afin de ne pas introduire d'effet relatif à l'activité, la même activité (celle relative à l'exercice 2007) a été utilisée. Par ailleurs, la réintégration des honoraires s'est faite selon la même structure que celle utilisée pour les tarifs 2008.

Le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut en 2008, 844€.

Une fois les différentes corrections opérées, sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 344 €. Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 160 €. Le ratio moyen tarif privé 2008 / tarif public 2008 est égal à 62,2%.

En réintégrant les suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie), le tarif moyen du privé s'élève à 1 382€, celui du secteur ex DG à 2 358 €, soit un rapport de 58,6%.

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

<u>type d'activité retenue</u>	ex DG	ex OQN	deux secteurs
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex OQN	1 294.63	1 343.59	1 313.40
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex DG	2 160.28	1 883.01	2 054.01
ratio (public - privé) / public en masse	40.07%	28.65%	36.06%

- *Rapprochement des tarifs entre 2006 et 2008*

comparaison des ratios des tarifs moyens calculés
sur l'activité propre de chaque secteur

	sans les suppléments journaliers	avec les suppléments journaliers
2008	66.3%	62.4%
2006	62.2%	58.6%
écart	4.1%	3.8%

comparaison des ratios des tarifs moyens calculés sur la même
activité

type d'activité retenue	ex DG	ex OQN	deux secteurs
ratio (public - privé) / public en masse 2008	36.90%	25.05%	32.76%
ratio (public - privé) / public en masse 2006	40.07%	28.65%	36.06%
écart	3.17%	3.60%	3.30%

Ainsi, en 2006, l'écart de tarifs était de 40,1% en se basant sur l'activité du secteur public soit un écart de 3,2% par rapport à 2008.

Si l'on considère non plus l'activité du secteur ex DG mais celle du secteur ex OQN, l'écart de tarifs était de 28,7% en 2006 soit un écart de 3,6% par rapport à 2008.

3) Analyse par GHS sur la valeur faciale des tarifs

Une analyse par GHS montre qu'il existe aujourd'hui des GHS pour lesquels le tarif du secteur privé se trouve être supérieur au tarif du public (ou très voisin). Pour 81 GHS, le ratio tarif privé 2008 / tarif public 2008 est supérieur à 90%. Sur les tarifs 2008, 76 GHS étaient concernés. Parmi ces GHS, 15 d'entre eux ont pour le secteur ex OQN un nombre de séjours supérieur à 20 000 séjours.

Par exemple, le ratio tarif privé / tarif public du GHS « Accouchements par voie basse sans complication significative » vaut 100%, celui du GHS « Accouchements par voie basse avec autres complications » vaut 92%. Cette activité d'accouchement sans complication apparaît aussi bien rémunérée dans le secteur privé que dans le secteur public.

Il en est de même pour plusieurs activités de chirurgie ambulatoire telle que le GHS « Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours » ou encore le GHS de « Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours » mais également l'activité « Libérations du canal carpien et autres actes sur les nerfs périphériques : séjours de moins de 2 jours ». De plus, une grande partie des activités de la CM24 est ciblée avec en particulier les tarifs concernant l'activité d'endoscopie. Enfin, on retrouve une grande partie des tarifs de la CMD 05. En annexe 1 est présentée la liste des GHS dans ce cas.

A l'inverse, il existe des GHS pour lesquels le tarif du privé est très inférieur au tarif du secteur public. En dehors du tarif du GHS de « Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif » pour lequel le tarif du secteur ex OQN reste très inférieur à celui du secteur ex DG (et ce pour des raisons historiques), pour les GHS ainsi ciblés, le nombre de séjours réalisés dans les deux secteurs reste relativement faible (pour le secteur ex OQN, le maximum atteint en nombre de séjours est de 4 000 séjours). Aussi, on peut s'interroger sur la fiabilité de ces tarifs. Ces GHS sont au nombre de 48. En annexe 2 est présentée la liste des GHS dans ce cas.

4) Différence de construction des tarifs

Il convient de rappeler que les méthodes de construction des tarifs entre les deux secteurs sont foncièrement différentes. Pour le secteur antérieurement financé sous dotation globale les tarifs sont fondés sur l'échelle nationale de coûts établie à partir de l'observation des coûts d'un échantillon d'établissements puis ajustés à la dépense de l'assurance maladie du secteur.

S'agissant du secteur privé, les tarifs ont été construits sur la base des tarifs actuels des prestations qui sont les résultats de plusieurs années de politique tarifaire de l'assurance maladie puis de l'Etat. Ces tarifs ne tiennent pas compte de manière directe des coûts de ces établissements.

Cette différence de construction n'est pas, directement un facteur explicatif des écarts de tarifs entre les deux secteurs, lorsque l'on procède à une analyse globale (i.e. distinction des GHS). Elle conditionne toutefois le positionnement relatif des tarifs des GHS, pour chaque secteur.

En comparaison avec les résultats 2006, il peut être constaté qu'un effort de convergence des tarifs entre les deux secteurs a été réalisé. Compte tenu de la différence de construction des tarifs entre les deux secteurs, il apparaît plus pertinent dans le cadre de la convergence de se baser sur les résultats des coûts issus des échelles nationales de coûts à méthodologie commune de chacun des deux secteurs.

Annexe 1 : liste des GHS pour lesquels le ratio tarif privé sur tarif public est supérieur à 90%

ghs	ghm	libellé	effectif privé	effectif public	rapport tarif privé corrigé du coefficient HT, des honoraires, des prothèses et des frais de transport / tarif public
8 011	24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours	10 673	5 297	91%
4 508	12C08Z	Circoncisions	1 159	1 253	91%
622	03C20Z	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne	11 913	9 207	91%
5 452	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	10 846	45 371	92%
4 916	13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	2 622	3 249	92%
3 308	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	19 071	8 213	93%
8 009	24C10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 05	1 328	738	93%
1 917	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	59 636	36 119	93%
8 266	24M04Z	Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	6 771	18 757	94%
8 272	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	33 743	146 637	94%
8 336	24K33Z	Endoscopies urinaires diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	26 592	11 918	94%
8 340	24K37Z	Embolisations : séjours de moins de 2 jours	1 109	678	94%
800	03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	13 616	6 126	94%
8 049	24C50Z	Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours	5 780	7 180	94%
8 056	24C25Z	Affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 13	23	10	95%
8 330	24K27Z	Endoscopies digestives thérapeutiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	7 618	4 822	95%
8 344	24M38Z	Affections des seins : séjours de moins de 2 jours	1 498	4 068	96%
8 019	24C20Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 10	832	1 725	96%
8 013	24C14Z	Affections de la CMD 07 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 07	969	1 657	96%
8 055	24C45Z	Hémorroïdectomies : séjours de moins de 2 jours	210	74	96%
1 688	05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère	49 376	49 710	96%
611	03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	10 073	4 559	96%
8 042	24C43Z	Pose d'un défibrillateur cardiaque : séjours de moins de 2 jours	47	78	96%
8 329	24K26Z	Endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	289 569	62 735	97%
8 265	24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	6 594	110 400	98%
8 038	24C39Z	Créations et réfections des fistules artérioveineuses, séjours de moins de 2 jours	3 140	1 823	98%
5 451	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	168 495	378 941	100%
4 914	13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou cœlioscopie	3 777	3 378	100%
8 346	24M40Z	Surveillances de greffes de cœur sans acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours	13	5 308	100%

8 333	24K30Z	Endoscopies urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	25 162	16 216	101%
8 002	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	384 941	84 179	101%
14	01C09Z	Pose d'un stimulateur cérébral	11	972	102%
8 005	24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours	67 417	17 666	102%
9	01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA	5 428	4 017	103%
409	02C09Z	Allogreffes de cornée	1 018	2 882	103%
621	03C19Z	Ostéotomies de la face	3 486	2 070	104%
8 052	24C53Z	Autres affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 21	6 593	3 616	104%
1 691	05K12Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère, âge inférieur à 18 ans	180	759	105%
8 053	24C54Z	Libérations du canal carpien et autres actes sur les nerfs périphériques : séjours de moins de 2 jours	97 693	34 645	105%
404	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	75 718	30 062	106%
8 043	24C44Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent : séjours de moins de 2 jours	1 866	1 167	107%
1 402	05C03W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA	3 299	6 314	108%
1 408	05C06W	Autres interventions cardi thoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	1 137	3 584	108%
1 681	05K05V	Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde sans CMA	3 984	9 999	109%
1 400	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	1 209	2 962	110%
8 050	24C51Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : séjours de moins de 2 jours	5 428	1 166	110%
1 683	05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde sans CMA	40 161	31 991	111%
3 716	10C13Z	Interventions digestives autres que les gastropplasties, pour obésité	1 984	1 552	113%
8 046	24C47Z	Interventions sur le sein : séjours de moins de 2 jours	13 438	8 565	113%
1 424	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	49 729	14 612	114%
8 261	24K12Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie	529	2 143	114%
8 007	24C08Z	Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 04	206	305	115%
1 406	05C05W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie avec CMA	3 096	4 626	115%
1 404	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	1 091	2 545	118%
1 689	05K11Z	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	5 370	7 411	118%
8 332	24K29Z	Endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	45 484	37 688	119%
8 321	24K18Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie	14 422	7 103	120%
8 320	24K17Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses et embolisations : séjours de moins de 2 jours	4 522	1 346	125%
1 407	05C06V	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, sans CMA	299	1 234	128%
1 690	05K11Z	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	853	1 668	130%
8 319	24K16Z	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques : séjours de moins de 2 jours	2 975	4 142	131%
8 348	24Z20Z	Accouchements : séjours de moins de 2 jours	1 000	2 783	131%
8 350	24Z22Z	Autres transferts vers MCO : séjours de moins de 2 jours	22 863	143 622	137%
8 057	24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours	46	806	142%

1 401	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, sans CMA	340	1 314	142%
5 816	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	20	1 949	142%
9 901	90H03Z	Actes sans relation avec le diagnostic principal : séjours de moins de 2 jours	549	761	142%
1 403	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA	282	1 036	144%
8 051	24C52Z	Allogreffes de cornée : séjours de moins de 2 jours	503	801	145%
8 342	24K39Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours	18 910	16 087	146%
20	01C13Z	Libérations du canal carpien et autres actes sur les nerfs périphériques	7 427	3 933	147%
8 253	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours	39 992	37 819	149%
1 405	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie sans CMA	944	2 195	152%
8 339	24K36Z	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours	1 123	524	158%
8 327	24K24Z	Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	1 015	1 158	158%
8 352	24Z24Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours	2 830	6 733	168%
5 801	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement	697	2 579	171%
5 815	15Z08E	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés	4	161	175%
8 326	24K23Z	Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire : séjours de moins de 2 jours	21	2 745	176%
6 463	17K05Z	Curiethérapies de la prostate	144	1 068	181%
8 307	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	315	1 707	213%

Annexe 2 : GHS pour lesquels le ratio tarif privé sur tarif public est inférieur à 40%

ghs	ghm	libellé	effectif privé	effectif public	rapport tarif privé corrigé du coefficient HT, des honoraires, des prothèses et des frais de transport / tarif public
1 674	05M14Z	Arrêt cardiaque	129	2 539	18%
5 806	15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	363	3 576	21%
3 303	09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA	1 270	1 195	26%
8 753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	7	381	26%
8 349	24Z21Z	Nouveau-nés et nourrissons de 5 jours à 120 jours : séjours de moins de 2 jours	204	5 541	26%
3 300	09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	367	881	28%
3 905	10M04W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans avec CMA	16	1 054	28%
3 301	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	244	1 141	29%
7 402	21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	55	238	30%
3 313	09C10W	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins avec CMA	2 687	6 917	30%
6 304	17C03W	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	395	915	31%
2 742	08C30W	Interventions sur les tissus mous pour affections non malignes avec CMA	1 182	1 637	31%
4	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	123	2 620	31%
3	01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	100	1 772	31%
1 905	06C05Z	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	160	1 863	32%
809	03M08Z	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	69	1 655	33%
2 309	07C07Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections non malignes	88	253	33%
7 052	19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	210	8 044	33%
7 059	19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance	13	2 663	34%
811	03M09W	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans avec CMA	286	1 612	35%
7 559	21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge inférieur à 70 ans sans CMA	83	2 147	35%
5 807	15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	6 794	19 731	35%
1 654	05M02E	Infarctus aigu du myocarde avec décès	234	1 905	35%
1 120	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	7 147	69 017	35%
6 103	16C03W	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMA	287	514	35%
13	01C08W	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	250	932	35%
2 730	08C21W	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CMA	367	720	36%

4 751	12M02W	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	1 274	5 507	36%
2 728	08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	260	474	36%
6 453	17M01S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	782	9 882	37%
2 707	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	223	691	37%
7 554	21M04Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	5	522	37%
3 708	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels	558	1 076	37%
177	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	36	1 136	37%
178	01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge inférieur à 70 ans sans CMA	125	3 409	38%
2 314	07C10W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes avec CMA	595	1 216	38%
6 308	17C05W	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	292	444	38%
5 802	15Z04E	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés	11	397	38%
1 420	05C13W	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils avec CMA	983	1 924	38%
3 006	08M05Z	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	276	2 098	38%
4 111	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA	887	1 929	38%
3 023	08M16Z	Ostéomyélites	113	2 982	39%
2 113	06M08Z	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	367	4 008	39%
2 740	08C29Z	Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	333	899	39%
618	03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	893	2 906	39%
2 721	08C15W	Interventions sur le pied avec CMA	3 855	2 780	39%
175	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	104	1 450	39%
2 717	08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires	259	1 371	39%

5.3 Annexe 3 : Etude ATIH sur les activités par nature non programmables

Version 11 des GHM et convergence tarifaire Quelques chiffres sur le sujet « activité programmable »

4. Le contexte

Utiliser la notion de « programmé » ou « non programmé » comme critère de segmentation ou de modulation des tarifs a été une demande du secteur public à partir du moment où l'objectif de convergence tarifaire intersectorielle a été annoncé. S'il est incontestable que la part d'activité non programmée est plus importante dans le secteur ex DGF compte tenu du mode de répartition des urgences, il est évident qu'une part de cette activité peut aussi résulter de problèmes organisationnels. L'ajout de cette donnée n'a pas été acceptée jusqu'à maintenant à la fois pour des raisons de définition et pour des raisons de conditions d'utilisation. Tant qu'il y a des tarifs différents, le fait d'avoir des variations de contenus entre les deux secteurs pour un même GHM est acceptable, en revanche, le rapprochement des tarifs rend nécessaire une réflexion.

En l'absence de définition consensuelle de l'activité programmée, l'ATIH a proposé de faire quelques explorations en essayant de cerner l'activité « programmable » et non programmable ». Un essai d'évaluation globale a été fait pour évaluer les écarts entre les différents types d'établissements, avant d'aborder des analyses plus fines au niveau du GHM.

5. Evaluation globale

5.1. Méthode

Pour évaluer l'activité sur la notion de programmable, il n'est pas nécessaire d'aborder les GHM à leur niveau le plus détaillé car cela concerne surtout le motif principal du séjour, c'est la raison pour laquelle l'étude a été faite au niveau des racines de GHM indépendamment d'une segmentation sur la présence d'une CMA ou de toute autre liste de complications spécifiques. On ignore volontairement les conséquences de la définition actuelle du diagnostic principal qui permet, dans certain cas, d'avoir une complication et non le motif de l'hospitalisation en estimant que le taux de ces séjours est marginal au regard de la totalité des séjours.

Chaque racine de GHM a été classée dans un des trois groupes suivants :

- activité majoritairement non programmable,
- activité majoritairement programmable,
- activité mixte.

L'objectif étant de ne surtout pas surévaluer le groupe « non programmable » (déjà abondé par les accouchements et les nouveau-nés) et de limiter au maximum les groupes mixtes pour avoir des résultats lisibles, on a choisi de classer dans le groupe « programmable » les racines de GHM pour lesquelles on avait un doute sur la répartition dans l'un des trois groupes.

Parce que leur activité est illisible par construction, on supprime les GHM « avec CMAS » de l'étude. Enfin, on propose deux version de résultats : avec ou sans les CM 24 des séjours de moins de 2 jours et 28 des séances. Le volume de ces deux CMD est tel qu'il masque en partie l'évaluation sur les hospitalisations des autres CMD alors qu'il s'agit majoritairement d'activité programmable avec une différence importante pour l'une des deux.

L'exclusion de la CM 28 est compréhensible puisqu'il s'agit uniquement d'activité programmable. En revanche, la CM 24 correspond majoritairement à de l'activité programmable

dans le secteur ex OQN et contient une part importante de non programmable dans le secteur ex DGF difficile à mesurer parce que les groupes ne permettent pas une répartition aisée dans une des trois classes. Quand on a un GHM de type « autres diagnostic de la CMD 03 avec acte opératoire, séjours de moins de 2 jours » ou autres diagnostics de la CMD 03 sans acte opératoire, séjours de moins de 2 jours » qui peuvent regrouper plusieurs centaines de diagnostics, la seule classe possible était la mixte.

La part non programmable du secteur ex DGF est représentée par la traumatologie et les mises en observation des urgences médicales qui nécessitent une surveillance de moins de 2 jours (une nuitée maximum).

Le tableau ci-dessous correspond à la base nationale sans les catégories majeures 24 et 28. On obtient globalement 43,8% d'activité programmable, 30,5% d'activité non programmable et 25,7% d'activité mixte.

	Pourcentage en ligne			Total
Type d'établissement	Programmable	Non Programmable	Mixte	
CH	32,5%	40,2%	27,4%	100%
CHR	46,9%	27,9%	25,2%	100%
CLCC	86,3%	3,6%	10,1%	100%
HL	50,8%	21,5%	27,6%	100%
PSPH	45,2%	31,4%	23,4%	100%
Privé	53,9%	21,3%	24,8%	100%

Répartition des activités programmables ou non sans les CM 24 et 28

Si on met de côté les CLCC qui ont majoritairement une activité programmable (on peut remarquer qu'ils servent de valideur pour la répartition en 3 classes des racines de GHM), on constate d'abord que la part d'activité mixte est comparable pour les autres types d'établissement, qu'il y a bien une différence entre le privé et le public, mais c'est surtout les CH qui ont le taux le plus élevé d'activité non programmable. Pour les activités propres aux CHU, la plus grande partie est effectuée en programmable.

Le tableau ci-dessous correspond à la base nationale avec les catégories majeures 24 et 28. On obtient globalement 54,3% d'activité programmable, 17,2% d'activité non programmable et 28,6% d'activité mixte.

	Pourcentage en ligne			Total
Type d'établissement	Programmable	Non Programmable	Mixte	
CH	42,7%	27,2%	30,0%	100%
CHR	47,6%	17,1%	35,3%	100%
CLCC	92,3%	0,6%	7,1%	100%
HL	44,5%	23,8%	31,7%	100%
PSPH	52,6%	19,6%	27,8%	100%
Privé	64,4%	9,6%	26,0%	100%

Répartition des activités programmables ou non avec les CM 24 et 28

On note tout d'abord que la part « mixte » montre moins de similitude, cela tient au fait que de nombreuses racines de GHM de la CM 24 ont dû être mises dans cette classe en raison de leur imprécision de contenu. La part « non programmable » paraît plus faible puisque tous les séjours de la CMD 28 et une bonne part de la CM 24 intègrent la part programmable.

6. quelques exemples d'analyse au niveau du GHM

6.1. Cas d'une CMD d'hospitalisation classique : CMD 08

La catégorie majeure des affections du système ostéoarticulaire est une catégorie plus facile que les autres pour aborder le sujet de l'activité programmable ou non puisque la traumatologie⁸ (activité non programmable), permet de faire une segmentation facile avec le reste de la pathologie qui est globalement de type programmable. Ce n'est pas tout à fait exact, mais la partie négligée a été estimée marginale (en effectif si ce n'est en nombre de codes). Le but recherché était plus de démontrer la faisabilité de telles études avec le PMSI.

GHM	Act.	Privé	Public	Privé		Public	
		DMS	DMS	N	%	N	%
08C15V	NP	4.05	6.49	1910	4	3196	15
pied	P	3.65	4.27	43188	96	18006	85
08C15W	NP	10.06	14.43	251	6	433	17
+ CMA	P	5.24	12.53	4295	94	2130	83
08C18V	NP	2.57	2.85	3943	25	9855	62
main	P	2.72	3.35	12142	75	6151	38
08C18W	NP	4.86	7.52	155	17	499	51
+ CMA	P	4.67	7.63	750	83	481	49
08C23V	NP	12.69	13.82	5041	11	14473	40
hanche	P	9.94	10.80	39487	89	21465	60
08C23W	NP	14.58	17.01	4622	21	6261	48
+ CMA	P	11.03	12.55	17255	79	6649	52

Répartition de l'activité (Act.) non programmable (NP) et Programmable (P) pour 6 GHM de la CMD 08
(Version 10) - les 100% sont faits avec la part programmable et non programmable de chaque GHM

08C15V Interventions sur le pied sans CMA

08C15W Interventions sur le pied avec CMA

08C18V Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA

08C18W Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA

08C23V Prothèses de hanche sans CMA

08C23W Prothèses de hanche avec CMA

Rappel : le terme de CMA signifie « complication et morbidité associée ». Il s'agit d'une liste unique de diagnostics pour toute la classification et ce critère de segmentation des GHM peut être compris comme un niveau de sévérité. Il faut noter qu'il ne s'applique pas à tous les GHM, ce qui est une difficulté pour la convergence intersecteur en l'état. Les GHM non segmentés sur la présence d'une CMA peuvent convenir à un secteur qui ne peut pas choisir la population traitée (éventail de cas similaire pour des établissements de même taille), mais pas pour calculer une valorisation identique dans deux secteurs qui n'ont pas le même recrutement. C'est tout l'enjeu de la version 11 des GHM.

⁸ Il y a une manière très simple pour classer les diagnostics en programmables et non programmables : les codes correspondant à des traumatismes commencent par les lettres S ou T.

Ici, il s'agit de données globales au niveau du GHM (on ne s'attache pas encore aux diagnostics précis) pour des séjours d'hospitalisation « classique » (plus de 1 jour).

On constate que les durées sont toujours plus élevées entre « avec CMA » et « sans CMA » (ce qui est un effet recherché), entre « non programmable » et « programmable » (ce qui est attendu) et entre le public et le privé (ce qui est observé). On constate surtout que la part de non programmable est plus élevée dans le public, d'où des conséquences plus importantes sur les coûts moyens que ne le laisse prévoir le simple écart de DMS.

Les écarts sont assez cohérents une fois admises ces différences sauf dans un cas : celui de « la chirurgie du pied programmable, avec CMA » qui a une DMS de 5,24 j dans le privé et de 12,53 j dans le public. Une analyse détaillée des diagnostics principaux (DP) et des diagnostics associés significatifs (DAS) montre :

- ♦ dans le secteur privé :
 - 64,39% d'hallux valgus (pour des séjours avec plus d'une nuitée)
 - moins de 100 cas d'infections ostéoarticulaires en DP
 - CMA à faible survalorisation
 - diabète en 13ème position des DAS (triés par fréquence décroissante)
- ♦ dans le secteur public :
 - 25% d'hallux valgus (pour des séjours avec plus d'une nuitée)
 - 11 DP d'infections ostéoarticulaires sur les 16 DP les plus fréquents
 - 8 DAS de diabète avec complications sur les 13 DAS les plus fréquents

La population traitée dans le public est identifiée comme étant majoritairement celle des « pieds diabétiques » qu'on ne retrouve pas dans le secteur privé qui a, par ailleurs, peu de séjours avec infections ostéoarticulaires dans ce GHM. Si on avait mis les infections dans la partie non programmable, cette différence n'aurait pas été mise en évidence, or actuellement tous ces cas sont classés dans le même groupe. Cet exemple illustre aussi les difficultés qu'on pourrait avoir si on voulait partager tous les diagnostics en « programmable » et « non programmable ». Si toutes les infections osseuses ne sont pas des urgences, elles ne tolèrent pas des rendez-vous à plus longue échéance comme cela peut être le cas pour la cataracte ou la prothèse de hanche.

On peut également ajouter que les patients qui en sont au stade de pied diabétique ont des durées de séjour peu maîtrisables et que ce n'est pas uniquement le DP, l'acte et la CMA qui expliquent les coûts réels de ce type de séjours.

Dans la version 11, ce GHM sera segmenté pour isoler les hallux valgus, mais il n'est pas possible de segmenter tous les GHM qui ont des différences entre les deux secteurs. En admettant que cela soit possible, la segmentation ne serait qu'une solution provisoire, le secteur commercial ayant toujours intérêt à pratiquer la partie basse d'un GHM dans le cadre d'un paiement au forfait.

Si on fait un tableau pour résumer les valeurs obtenues pour les six GHM étudiés, on constate que l'écart entre ces deux types d'activité existe dans les deux secteurs. Toutefois, on rappelle qu'outre le sujet des différences de DMS, c'est surtout la différence entre le taux d'activité programmable et le taux d'activité non programmable (beaucoup plus important dans le public) qui est à prendre en compte pour comprendre la différence entre les deux secteurs. Dans l'écart constaté, s'il y a une part organisationnelle dans le secteur public comme on peut le lire ou l'entendre fréquemment, il y a incontestablement une part de surcoût lié au taux d'activité non programmable. Si on acceptait que ce « surcoût » soit seulement d'une journée d'hospitalisation, on aurait expliqué 20% (DMS nationale autour de 5 jours) des surcoûts qui doivent être évalués.

DMS	Public	Privé	Total
Non-Programmable	10,35	8,14	9,24
Programmable	8,52	6,21	7,36
Total	9,44	7,17	

DMS des 6 GHM de la CMD 08 sélectionnés pour le point 3.1

Rappel des conditions de cette étude :

- la définition du non programmable doit être affinée
- Il s'agit d'une estimation des moyennes quand chacun des GHM comptent pour 1

6.2. Cas de la CM 24 des séjours de moins de 2 jours

Les exemples choisis restent intéressants, même dans le cadre de la version 11 puisque des GHM spécifiques de la chirurgie ambulatoire (séjour sans nuitée) ou de séjours de très courte durée seront créés dans le cadre de la suppression de la CM 24.

6.2.1. Chirurgie de la main

On cherche à analyser les écarts entre les deux secteurs en se basant sur les taux observés pour les quelques diagnostics principaux qui expliquent la plus grosse partie du GHM.

La CM 24 étant la catégorie majeure des séjours de moins de deux jours, on pourrait donc s'attendre à une forte proximité de contenu dans les deux secteurs, même avec un développement différent de la chirurgie ambulatoire puisque les séjours avec une nuitée sont dans les mêmes groupes que les séjours sans nuitée, or on constate que ce n'est pas le cas.

Diagnostic principal	public	privé
synovite et ténosynovite	3,67	17,92
doigt à ressort	11,78	9,47
kyste bourse séreuse	16,32	13,26
fibromatose palmaire	6,73	9,78
/s total "programmable"	38,50	50,43
fracture métacarpe	12,11	4,74
fracture doigt	6,65	4,17
plaie de tendon de la main	19,70	13,13
/s total "non programmable"	38,46	22,04
Total	76,96	72,47

Taux des diagnostics principaux les plus fréquents du GHM (version 10)

Les chiffres présentés sont des pourcentages et les totaux de colonnes ne font pas 100% parce qu'il y a d'autres diagnostics (moins fréquents, mais souvent nombreux) ; néanmoins, dans l'exemple ci-dessus, on constate que 7 diagnostics décrivent plus de 70% des séjours dans les deux secteurs.

Même si la donnée « séjour programmé ou non » n'est pas disponible, il est possible d'obtenir une information proche en classant les diagnostics en « programmables » (en vert sur le tableau) ou « non programmables » (en orange).

Les séjours qui ont un diagnostic principal de traumatisme de la main ne correspondent pas forcément à des actes différents de ceux qui ont un diagnostic qui s'opèrent « à froid », mais ils sont plus rarement « monodiagnostic » car un certain nombre d'entre eux ont d'autres traumatismes (plaies, fractures ne nécessitant qu'un traitement orthopédique non opératoire⁹, etc.) ce qui a un effet sur le calcul du coût moyen de ce GHM.

Exemple : un patient qui présente une fracture du métacarpe traitée chirurgicalement et une fracture de la cheville traité par simple immobilisation a son séjour classé dans le GHM de chirurgie de la main (quel que soit le diagnostic principal choisi, dans cet exemple) parce que l'acte effectué sur la main est un acte opératoire classant retenu, dans l'arbre de décision du groupage des données, avant l'acte d'immobilisation qui n'est pas classant.

L'activité non programmable de ce GHM explique deux types de surcoût :

- le fait qu'il y a en moyenne plus souvent un autre motif de soins concomitant,
- le fait que le patient arrive sans bilan préopératoire, ce qui nécessite un minimum d'examens cliniques et paracliniques (donc du coût et de la durée) avant l'intervention.

Faut-il segmenter ce GHM pour tenir compte de la différence entre les deux secteurs au risque d'avoir à le resegmenter quelques temps après pour tenir compte d'un autre type de spécialisation ? Ou faut-il envisager un autre mode de tarification pour les séjours de très courte durée comme c'est le cas dans certains pays (à l'acte + un forfait hébergement adapté à la durée réelle) ? Compte tenu du taux de séjours de très courte durée, la T2A deviendrait alors un mode de tarification réservé à la partie la plus difficile à payer au forfait.

6.2.2. séjours de moins de 2 jours pour grossesse sans acte classant

Diagnostic principal	public	privé
diabète et grossesse	6,28	0,62
résultats anormaux d'examen prénatal	1,07	2,24
croissance insuffisante du fœtus	1,39	0,10
MAP* et faux travail	6,13	4,56
surveillance de grossesse à haut risque	13,76	1,89
/s total pathologie	28,63	9,41
dépistage d'anomalies chromosomiques	7,20	18,54
autres dépistages par amniocentèses	1,50	11,32
avortement médical sans curetage	40,21	52,91
/s total "non pathologie"	48,91	82,77
Total	77,54	92,18

Taux des diagnostics principaux les plus fréquents du GHM (version 10)

* Menace d'accouchement prématuré

Ici, il s'agit moins de montrer la différence sur la notion d'activité programmable ou non (qui est bien présente), mais de montrer que le secteur public, pour ce GHM, a plus souvent des patientes « malades » que le secteur privé qui est plus tourné vers le dépistage. Les tarifs actuels tiennent compte des différences de contenu.

Par ailleurs, avec 8 motifs de soins, on couvre plus de 90% des cas dans le secteur privé alors qu'on est à 77,5% dans le public. C'est une constante entre les deux secteurs où l'éventail

⁹ Une fracture étant toujours traitée, l'homogénéité médicoéconomique se fait sur la présence d'un acte chirurgical (ostéosynthèse ou toute autre réduction sanglante) ; en revanche, les autres traitements ne sont pas classants puisque un GHM « sans traitement de la fracture » n'aurait pas de sens

des cas et la diversité des séjours au sein d'un GHM sont très souvent plus importants dans le secteur public, ce qui explique une partie des surcoûts, puisqu'il faut être en mesure d'assumer de nombreuses situations pour des cas peu fréquents.

5.4 Annexe 4 : Etude ATIH sur la dispersion des niveaux de sévérité entre le secteur public et le secteur privé

Comparaison des niveaux de sévérité (cf. annexe 13)

Le tableau suivant compare les répartitions des niveaux de sévérité entre les deux secteurs pour la Version 11 et la Version 10 de la classification et ajoute le calcul d'un ratio OQN/DGF.

version GHM	% par niveau V11				% par CMA(S) V10		
niveaux	1	2	3	4	V/Z/E	W	S
ex OQN (2 252 147 RSA)	67,80	27,80	3,70	0,70	79,80	19,30	0,90
ex DGF (4 411 220 RSA)	52,00	36,30	9,80	1,80	65,40	30,60	4,00
ration OQN/DGF	1,30	0,77	0,38	0,39	1,22	0,63	0,23

Comparaison des taux de sévérité entre V11 et V10 pour chaque secteur

On peut constater que, pour les cas les plus lourds (niveau 4 et CMAS), bien qu'il y ait beaucoup moins de séjours dans le secteur ex OQN, le taux de séjour baisse plus dans le secteur ex DGF (1,8% de niveau 4 contre 4% de CMAS) alors que, dans le secteur ex OQN, la perte est plus faible (0,7% de niveau 4 contre 0,9% de CMAS).

Il semble donc que les cas les plus lourds du secteur ex OQN restent bien décrits par la liste de CMA de niveau 4, alors que de nombreux séjours avec CMAS du secteur ex DGF ne se retrouvent plus en niveau 4. Globalement, alors qu'il y avait 77% de RSA en moins dans le secteur ex OQN pour les GHM avec CMAS, il n'y a plus que 61% en moins dans le niveau 4.

Le niveau 1 de la Version 11 est plus conséquent dans le secteur ex OQN que dans le secteur ex DGF (30% de plus que dans le secteur ex DGF) Les autres niveaux sont plus représentés dans le secteur ex DGF.

Les niveaux 2, 3 et 4 sont davantage représentés dans le secteur ex DGF. Cette sur-représentation atteint environ 60% de plus pour les niveaux 3 et 4.

5.5 Annexe 5 : Guide méthodologique MIGAC (extraits)

1^{ère} partie : Rappels sur la notion de MIGAC et les principes financiers qui régissent cette dotation.

Que peuvent financer les dotations MIGAC ?

Les MIGAC disposent d'un cadre juridique qui a été rappelé dans l'avant-propos. Les circulaires de campagne tarifaire de 2005 à 2007 ont systématiquement précisé que cette dotation « est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité ». Cette précision montre bien que les MIGAC recouvrent des notions variées plus larges que la notion juridique de service public. Leur périmètre même s'il n'est pas figé, est toutefois délimité.

La diversité qui en découle peut s'ordonner par la distinction communément admise de trois grandes catégories de missions financées par la dotation MIGAC :

MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

Les MERRI correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement qui donnaient lieu avant la T2A à un abattement forfaitaire de 13% dans le calcul du coût du point ISA. La réforme, à compter de la campagne 2008, du financement des MERRI décrite précisément en annexe, a permis de distinguer trois catégories de MERRI : les MERRI fixes et modulables et les MERRI variables. La liste des MERRI variables est précisée au 1° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale et recouvre les rubriques suivantes :

- Recherche médicale et innovation (ex : centres d'investigation clinique)
- Formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : téléenseignement)
- Enseignement, expertise, référence, recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares)
- Activités de soins expérimentales ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs (ex : cœurs artificiels)

MIG : Missions d'intérêt général proprement dites figurant aux 2) et 3) de l'article ci-dessus cité ainsi qu'à l'article D 162-7 du même code.

Les conditions pour qu'une mission soit éligible à un financement assurance maladie dans le cadre des MIG sont réduites puisqu'elle doit figurer sur la liste des MIG, liste dorénavant mise à jour chaque année et valable pour la campagne en cours. Pour la campagne 2008, l'arrêté du 02 avril 2008 a ajouté une seule MIG (centres de référence pour les infections ostéo-articulaires) à la liste issue de l'arrêté du 23 mars 2007.

Cette liste recouvre les activités des établissements de santé suivantes :

- Missions de veille et de vigilance (ex : centres anti-poisons, centres de coordination des soins en cancérologie)
- Prises en charge par des équipes pluridisciplinaires (ex : équipes mobiles de soins palliatifs)
- Produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (ex : conservation des gamètes et des embryons)
- Prises en charge spécifiques (ex : permanences d'accès aux soins, missions de prévention et d'éducation pour la santé)
- Activité de dépistage anonyme et gratuit (ex : CDAG)
- Prévention et éducation pour la santé
- Aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR)
- Définition et mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier
- Soins aux détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).

Ces activités ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de les tarifier dans l'état actuel des classifications.

Dans le premier cas, il peut s'agir de l'absence de GHS ou de codifications adaptées dans la CCAM ou d'une diversité de pratiques. Dans le second cas, la notion d'activité rattachable à un patient est délicate à objectiver.

Si la liste figurant sur l'arrêté est par définition limitative, elle n'est pas figée et est amenée à évoluer. Certaines MIG figurant dans l'arrêté peuvent être tarifées et donc sortir de l'enveloppe MIGAC mais cela implique préalablement un travail d'expertise, de modélisation et d'échanges avec les professionnels concernés par ces activités.

C'est cet objectif, entre autres, qui est poursuivi par le Ministère dans le cadre des travaux engagés depuis près de trois ans. L'annexe 2 vous en présente l'état d'avancement. Vous serez régulièrement tenus informés de ceux-ci. Dans la mesure où le périmètre des MIGAC est délimité mais non figé, votre attention est attirée sur la nécessité d'un suivi pluriannuel MIG par MIG des dotations allouées. En effet, dans le cas d'une sortie d'une activité de la liste des MIG, un transfert d'enveloppes des dotations MIGAC vers l'ODMCO sera opéré. Ce suivi est de toute façon nécessaire dans la phase d'évaluation du CPOM.

Le caractère limitatif de la liste fixé par arrêté ne doit toutefois pas être oublié et votre attention est attirée sur le refus que vous devez opposer aux demandes de financement par des crédits MIGAC de ce qui ne relève ni des MERRI, ni des MIG, ni de la AC. A titre d'illustration, les structures de médecine légale (thanatologie ou médecine légale du vivant) ne constituent pas une MIG mais relèvent d'un financement au titre des frais de justice (crédits Etat et non assurance maladie).

L'aide à la contractualisation (AC) :

Elle a dans un premier temps principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007). Elle permet également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

La campagne 2006 a introduit une nouvelle orientation par la volonté de développer les marges de manœuvre des ARH au travers de l'identification d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie AC des MIGAC. Cette orientation a été confirmée depuis lors. La campagne 2008 a apporté des précisions sur l'utilisation de la AC. La circulaire tarifaire du 3 mars 2008 souligne notamment que l'enveloppe d'aide à la contractualisation, après trois années de renforcement sensible, ne pourrait augmenter à l'avenir sans limite. En effet, la réforme du financement à l'activité, dans le cadre du dialogue que vous menez avec vos établissements doit permettre à ces derniers de procéder aux adaptations nécessaires de la structure de leurs activités et de leurs dépenses. Dès lors, l'aide ne peut être que temporaire et à compter de la campagne 2008, il vous est demandé d'utiliser systématiquement votre marge de manœuvre régionale à titre non reconductible afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre et pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins.

En résumé, tout en rappelant que les composantes de la partie AC des MIGAC ont des contours nécessairement souples afin de vous permettre de les adapter au contexte local, il est possible de déterminer les grandes rubriques suivantes :

- Développement de l'activité (aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes)
- Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS
- Amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens)
- Restructurations et soutien aux établissements déficitaires (plan de retour à l'équilibre, aides aux restructurations...)
- Aides à l'investissement
- Aides diverses (culture à l'hôpital, compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire...).

Votre attention est attirée sur les points suivants :

La dotation AC demeure des crédits assurance maladie et ne peut donc participer au financement d'activités relevant d'un autre financement par exemple un financement Etat (exemple précité de la médecine légale).

L'attribution de crédits d'aide à la contractualisation est strictement subordonnée à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le cas échéant, un plan de redressement qui fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier : il ne peut s'agir de combler artificiellement les déséquilibres financiers. Depuis 2006, les circulaires tarifaires ont rappelé systématiquement ce point.

S'agissant des DOM, il est rappelé aux ARH concernées que leurs dotations régionales MIGAC tiennent compte de la politique nationale de rééquilibrage en faveur des DOM. Le volet AC peut ainsi intervenir, en sus du coefficient géographique, afin de compenser le caractère déficitaire de certaines activités justifié par leur situation ultramarine. Vous devez toutefois être en mesure de calibrer, sur des bases objectives,

les montants financiers alloués au titre du maintien d'activités de diagnostic et de soins MCO non « rentables ».

Qui fixe les dotations MIGAC des établissements ?

Elles sont allouées par les ARH aux établissements sur une base contractuelle.

Les dispositions de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale précisent en effet que les engagements MIGAC sont mentionnés au CPOM ou à défaut dans un engagement contractuel ad hoc. En outre, le décret N° 2006-1332 du 02 novembre 2006 relatif au CPOM précise dans le 3° du nouvel article D.6114-2 du Code de la santé publique relatif au contenu des CPOM que ces derniers déterminent « les missions d'intérêt général et les activités de soins dispensées à des populations spécifiques mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la santé publique, assurées par l'établissement de santé, en précisant les conditions de leur exécution et les modalités de leur évaluation ». Les dotations MIGAC sont donc définies contractuellement par vos soins. Il vous est ainsi fourni en annexe 4 des modèles d'avenant au CPOM sur les MIGAC, de supports de négociation sur chaque MIG (instruction du dossier, annexes technique et financière) et d'arrêté de délégation d'enveloppe MIGAC aux établissements.

Certes, dans le cadre de la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, le Ministère a pris en charge début 2005, année fondatrice de la dotation MIGAC, les travaux de chiffrage des dotations initiales des établissements via l'utilisation du retraitement comptable, d'enquêtes ad hoc et à titre subsidiaire sur la base de coût standard (cf. en annexe 5 le rappel des modalités initiales de calcul).

Ce mode de valorisation initiale des MIGAC, avant tout déclaratif, a permis d'approcher la réalité du coût complet de ces missions sous réserve notamment de la fiabilité des retraitements comptables des établissements. Ce problème de fiabilité est d'autant plus net que chaque année, dans les retraitements comptables, on peut constater de fortes variations, dans les deux sens, dans les déclarations par mission et par établissement.

Les mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC durant les campagnes 2005 et suivantes ont suivi la même procédure : calcul par les services du Ministère et allocation aux établissements par les ARH en tenant compte du contexte local.

Depuis 2006, l'évolution des dotations MIGAC aux établissements relève du jeu de la négociation entre l'établissement et l'ARH. Dans le respect de ce principe, il n'a donc volontairement pas été procédé chaque année à un nouveau calcul de l'ensemble des bases tenant compte des dernières données connues du retraitement comptable des établissements ex-DG, en raison, d'une part, du manque de fiabilité de ces données évoqué ci-dessus, d'autre part, dans la perspective de la réalisation de travaux plus approfondis sur chaque mission. Enfin, il convient de rappeler que, une fois calibrée en 2005, l'évolution de la dotation MIGAC est liée au taux d'évolution de l'ONDAM et aux mesures décidées dans le cadre des PLFSS des années suivantes. Ainsi, chaque année depuis 2006 la dotation MIGAC a participé aux efforts d'économies décidés afin de respecter l'ONDAM. Depuis 2005, les dotations allouées MIG par MIG ont donc logiquement évolué afin de tenir compte, outre des effets de la négociation que vous avez menée, des évolutions introduites au fil des campagnes tarifaires.

Un bilan de la contractualisation sur les MIGAC sera mené au second semestre 2008. Dans ce cadre, il sera notamment objectivé les disparités qui auraient pu apparaître dans les niveaux de financement des MIG à vocation purement régionale. Il sera tenu compte de ce bilan pour la campagne 2009.

2^{ème} partie : la contractualisation sur les MIGAC, une démarche en plusieurs phases

NB : Il vous est fourni en annexe 4 une fiche d'analyse des dossiers dite « préparation à la contractualisation » résumant les différentes phases de la négociation et du suivi du CPOM sur les MIGAC. Cette fiche rappelle en particulier les éléments clés de la contractualisation sur les MIGAC.

La négociation du volet MIGAC du CPOM avec les établissements de santé doit être précédée au niveau régional d'une phase de diagnostic.

1^{ère} étape : La phase de réflexion et de diagnostic des besoins : entre pragmatisme et volontarisme

Dans le cadre de la montée en charge de la réforme du financement de l'hospitalisation, les dotations MIGAC ont été allouées à partir d'une situation à un instant donné correspondant aux établissements qui disposaient à cette date de missions « finançables » par la dotation MIGAC. Comme indiqué précédemment, ces dotations sont naturellement appelées à évoluer en fonction des priorités définies à votre niveau. La prise en compte des données du SROS III et des besoins régionaux mission par mission est essentielle.

Préalablement à l'attribution de crédits MIGAC, le diagnostic des besoins régionaux en structures financées par les MIGAC devra être établi. Il se basera sur votre connaissance du contexte environnemental régional et notamment sur les données suivantes :

Au titre de l'estimation des besoins régionaux:

- indicateurs environnementaux (données démographiques, économiques et sociologiques des bassins de population couverts),
- offre de soins publique et privée et ses évolutions programmées dans le SROS III,
- indicateurs de démographie médicale (hôpital et soins de ville) et paramédicale, notamment pour les MIG où les compétences sont très spécialisées.

Selon les missions, d'autres indicateurs pourront être ajoutés : nombre de décès pour les activités liées aux soins palliatifs, prévalence des maladies chroniques pour les activités d'éducation thérapeutique...

Au titre de l'offre proposée par les établissements :

- situation financière des établissements et capacité de ceux-ci à cofinancer, le cas échéant, une MIG,
- implication de ces établissements dans les activités financées par les MIGAC (activités perçues comme une simple obligation représentant un poids budgétaire ou comme un plus pour l'image de l'établissement, redéploiement de moyens par l'établissement au bénéfice ou au détriment de la MIG),
- cohérence du projet médical avec les activités financées par les MIGAC et la prise en compte de ces dernières par le projet,
- expertise particulière acquise par des équipes dans un domaine relevant d'une MIG.

Cette démarche de diagnostic pragmatique doit se coupler avec une réflexion sur vos priorités en matière de MIGAC. Dans le cadre de vos priorités régionales et en mobilisant le cas échéant votre marge de manœuvre régionale (volet AC), vous pouvez ainsi choisir de renforcer le maillage régional d'une MIG, de confier une MIG à un autre établissement (et donc transférer les crédits correspondants). Cette possibilité vous est offerte sous réserve du respect des textes régissant la MIG en particulier de la « labellisation » au niveau national pour certaines d'entre elles.

Dans le cadre de cette phase de réflexion et de diagnostic, votre attention est par ailleurs attirée sur la nécessité d'une action de communication vers les établissements de votre région. Ceux-ci doivent connaître votre politique en matière de MIGAC en amont de la négociation de ce volet du CPOM. Cette communication portera notamment sur les points suivants :

- utilisation ou non de la procédure d'appels d'offre ou d'appels à projets pour la localisation de certaines activités financées par la dotation MIGAC
- priorités régionales en matière de MIGAC (sur les trois volets MERRI, MIG et AC)
- politique d'intéressement aux résultats constatés
- niveau de votre marge de manœuvre régionale destinée au volet AC des CPOM et priorités retenues quant à son utilisation.

Une information de la COMEX est également souhaitable sur ce point.

2^{ème} étape : la phase de négociation dans le cadre du CPOM

Les principes régissant la négociation

Vous devez développer votre propre politique régionale d'allocation de crédits MIGAC au travers de la négociation avec les établissements de leur CPOM. Cette négociation prend la forme d'un avenant « MIGAC » au CPOM conformément à la lettre DHOS N° 03362 du 15 septembre 2006 portant « éléments de méthode pour la négociation et la conclusion des CPOM » (cf. un modèle d'avenant en annexe 4-2). Cet avenant doit comporter pour chaque MIG un support de contractualisation (cf. un exemple en annexe 4-1) qui, outre l'analyse de la demande, comporte une annexe

technique retraçant les engagements de l'établissement (activité, qualité...) ainsi qu'une annexe financière détaillant la dotation MIGAC, la participation de l'établissement et le cas échéant les autres financements.

Pour les MIG, afin de permettre une certaine visibilité pour ces derniers, un engagement financier pluriannuel de votre part est conseillé mais en rappelant clairement, d'une part, le suivi annuel (cf. 3^{ème} étape) de l'utilisation de ces financements, d'autre part, le fait que les évolutions annuelles des financements MIGAC peuvent être impactées par les variations de la dotation nationale MIGAC dans le cadre des LFSS annuelles et que seul l'arrêté annuel du DARH fixant le montant annuel de la dotation est opposable aux établissements (cf. modèle d'arrêté en annexe 4-3). Pour la AC, l'attribution des crédits ne peut se faire qu'en non reconductible.

Il vous est rappelé que conformément à l'article D.6114-5 (issu du décret du 2 novembre 2006) du Code de la santé publique, chaque CPOM doit prévoir des engagements précis et mesurables de l'établissement en vue d'améliorer le service rendu au patient et de renforcer l'efficacité de sa gestion pour une meilleure utilisation de ses ressources et le développement d'outils de gestion. Le contrat peut par ailleurs prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats constatés. Les volets qualité, conditions d'exécution et modalités d'évaluation doivent donc être précisés pour chacune des missions dans l'annexe technique.

Le caractère conditionné des financements MIGAC doit ainsi constituer le fil conducteur de votre négociation avec les établissements.

Votre attention est par ailleurs attirée sur les points suivants :

- ❖ Tous les établissements soumis à la T2A ont vocation à obtenir des dotations MIGAC, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés, quelle que soit la taille de ces structures. Certes, compte tenu de la nature des missions « finançables », les activités relevant d'un financement MIGAC sont à ce jour peu prises en charge par les établissements privés. Toutefois, il convient, notamment si vous choisissez d'utiliser la procédure d'appel d'offres auprès des établissements de votre région pour telle ou telle MIG de procéder à la publicité et l'information adéquates des établissements et de leurs fédérations.
- ❖ Si la liste des MIGAC est une référence incontournable, elle n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative des établissements. Il vous appartient d'apprécier la liste des missions retenues pour un établissement donné et le montant alloué pour chacune d'entre elles dans le cadre du CPOM. Dans l'exercice de ce pouvoir d'appréciation, vous devez être en mesure de choisir pour chaque MIG la meilleure offre adaptée aux besoins locaux.
- ❖ Dans vos négociations avec les établissements disposant de crédits MIGAC, votre attention est attirée sur le fait que le retraitement comptable annuel des établissements du secteur public ne doit pas servir de base automatique à l'évolution du montant des dotations MIGAC. Il constitue simplement un élément de la négociation. Il est toutefois important que vous insistiez auprès des établissements sur le soin qu'ils doivent apporter à la qualité de ces données du retraitement

comptable au regard du poids potentiel que peuvent prendre ces éléments dans la négociation.

- ❖ Il convient enfin de rappeler que les dotations MIGAC ne sont pas sanctuarisées et peuvent ainsi participer, par exemple, à un éventuel plan de retour à l'équilibre. Elles peuvent également être utilisées comme outil de redéploiement inter et intra-établissements. Dans le cas inverse, cela reviendrait à exonérer les dotations MIGAC de toute participation aux nécessaires efforts d'efficience des établissements et introduirait un déséquilibre de traitement entre établissements selon qu'ils sont ou non bénéficiaires de MIGAC et selon le poids relatif de ces dotations dans leurs recettes.

Vous devez négocier sur les trois composantes de la dotation MIGAC : MERRI, autres MIG et AC.

La négociation sur les MERRI

La campagne 2008 a vu la mise en œuvre de la réforme du financement des MERRI. Cette réforme (cf note détaillée en annexe 2) est pilotée par le ministère et les modalités de sa mise en œuvre vous ont été transmises en décembre 2007. Elle a pour objectif d'inciter au développement d'une recherche de qualité, d'être plus juste et de favoriser la valorisation de l'innovation. Le financement des MERRI est dorénavant partagé en trois compartiments : un socle fixe (40%), une part modulable ajustée selon des indicateurs représentatifs de l'activité d'enseignement et de recherche (50%) et une part variable allouée majoritairement par appel à projets (10%). Sa montée en charge est progressive et étalée sur quatre ans : 15% en 2008, puis 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Le modèle de financement est appelé à évoluer dès 2009 afin de prendre en compte de nouveaux indicateurs (essais cliniques notamment...).

Le CPOM des établissements concernés doit viser cette réforme et inciter l'établissement à valoriser son potentiel de recherche.

S'agissant des parts fixes et modulables des financements MERRI, les montants sont fixés par le ministère. A votre niveau, vous pouvez contractualiser sur les critères retenus d'évaluation de la recherche et de l'enseignement (nombre de publications, d'unités de recherche sur le site, d'essais cliniques pour lesquels l'établissement est promoteur, nombre d'étudiants hospitaliers, nombre de brevets). Vous pouvez également encourager dans le cadre du CPOM les coopérations entre les établissements de votre région concernés par les MERRI. Les engagements d'autres financeurs (EPST en particulier mais également collectivités territoriales, associations ou fondations) doivent enfin figurer dans le CPOM.

S'agissant des MERRI variables reconductibles listées à l'article D162-6 1° a) à d) du Code de la de la sécurité sociale (cf. annexe 3), une négociation mission par mission est nécessaire afin de pouvoir en assurer le suivi pluriannuel. Pour vous aider, des fiches sur les principales MERRI concernées (cf. infra pour les autres MIG) sont fournies en annexe 6.

S'agissant des MERRI variables non reconductibles (Programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses - STIC ; contrats INSERM-CHU ; Programmes hospitaliers de recherche clinique - PHRC), le CPOM ne peut afficher aucun montant, ces derniers étant fixés annuellement après appels à projets. Le CPOM doit toutefois renvoyer aux cahiers des charges des PHRC, STIC... et vous devez demander à l'établissement un état des lieux annuel sur les dossiers présentés et finalement retenus pour un financement.

La négociation sur les autres MIG.

La nécessité d'un suivi par établissement des dotations de chacune des MIG exclut une négociation globale sur un montant de crédits qui seraient alloués forfaitairement au titre de l'ensemble des MIGAC prises en charge par l'établissement. La négociation doit se faire sur chacune des MIG pour lesquelles vous avez validé la localisation géographique au sein de l'établissement.

Afin de vous aider dans cette phase, il vous est fourni en annexe 6 pour une majorité de MIG notamment les plus importantes (en poids budgétaire), des fiches reprenant les points suivants :

- Références juridiques
- Périmètre de la MIG
- Eléments de cadrage de l'allocation budgétaire
- Conditions d'exécution et modalités d'évaluation

Ces éléments ont pour objectifs de définir plus précisément le champ des activités retenues comme MIG et la partie de ces activités éligible à un financement MIGAC. Ces fiches renvoient le cas échéant aux données de comparaison interrégionales issues de l'enquête complémentaire MIG qui vous ont été transmises en juin 2006. Il vous est également proposé pour certaines MIG des référentiels de valorisation validés par les professionnels concernés et permettant un financement adéquat et équitable d'une région à une autre (cf. annexe 2). Vous disposez ainsi dans la phase de négociation avec les établissements d'éléments financiers autres que les données présentées par les établissements. L'utilisation de ces référentiels est laissée à votre appréciation et vous restez maître de la dotation allouée à l'établissement. Il a également été mis à votre disposition récemment les résultats d'Arbust MIGAC 2007, vous permettant des comparaisons interrégionales mais également des comparaisons inter-établissements.

Votre attention est attirée sur le fait que pour certaines MIG, les réflexions menées ont conclu à l'impossibilité de modélisation en raison de l'extrême diversité des situations de terrain (exemple des PASS : permanences d'accès aux soins de santé) ou de variations, pour chaque établissement, des dépenses annuelles de la MIG concernées difficilement prévisibles et donc modélisables (exemple des médicaments sous ATU dont la liste des entrées et des sorties évolue constamment).

Dans ces cas, deux options ont été retenues :

-Elaboration d'un référentiel d'analyse du financement de la MIG en termes tant quantitatif que qualitatif afin de vous aider à sélectionner les établissements attributaires de crédits au

titre de cette MIG et à évaluer l'utilisation des crédits. Cette option est notamment retenue pour les PASS et de manière transitoire depuis 2007 pour l'éducation thérapeutique (cf en annexe 2)

-Elaboration d'une doctrine encadrant le financement de la MIG afin de limiter le risque inflationniste des dépenses. Ainsi pour les médicaments sous ATU, cette doctrine vous a été précisée dans la circulaire tarifaire de mi-campagne 2007 (rappel dans la fiche ATU en annexe 6).

Ces dernières remarques montrent que le champ de la négociation, obligatoire pour toutes les MIG mais encadrée par les modélisations fournies, demeure en cas d'absence de modélisation, la seule solution. La qualité de l'instruction du dossier et de la contractualisation constitue alors l'élément majeur.

La négociation sur l'aide à la contractualisation (AC)

En raison même du caractère souple du contour des AC, la justification des moyens alloués à ce titre doit être la plus précise possible afin d'éviter toute allocation d'aides à la contractualisation sans que ne soit définie l'utilisation des crédits alloués (complément au financement d'une MIG, aide à la montée en charge de la tarification à l'activité, aide ponctuelle dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, aide à la mise en œuvre du SROS III, ...). L'attribution de AC doit se faire systématiquement en non reconductible et en contrepartie d'engagements de la part de l'établissement, qu'ils soient quantitatifs (niveau d'activité, moyens mis en œuvre par l'établissement...) et/ou qualitatifs (amélioration du service rendu, qualité de la prise en charge...).

Dans ce but, vous devez strictement subordonner l'attribution de crédits AC à la signature d'un CPOM car il garantit à la fois l'engagement de l'établissement, la nécessaire transparence qui doit guider l'attribution de moyens puisés sur la marge de manœuvre régionale et l'implication des administrateurs. Il vous offre de surcroît un support juridique fiable aux engagements contractuels signés entre vous et l'établissement, notamment pour les cas de non respect des engagements par l'établissement vous obligeant à engager la procédure de sanctions (cf Décret N°2006-1332 du 02 novembre 2006).

La question de l'intéressement sur les MIGAC dans le cadre du CPOM

Cette question relève de votre politique régionale de contractualisation et de votre capacité à dégager sur votre marge de manœuvre régionale une enveloppe d'intéressement. Prévoir un volet intéressement dans l'annexe MIGAC du CPOM est de nature, d'une part, à faciliter le suivi des enveloppes, d'autre part, à soutenir l'intérêt des établissements pour les MIGAC.

Une règle du jeu préétablie et connue de partage des gains de productivité entre la MIG concernée par le gain et les autres activités financées par les MIGAC (voire les

autres dépenses financées à l'activité) est ainsi de nature à « fluidifier » la gestion pluriannuelle de vos engagements au titre des MIGAC.

3^{ème} étape : la mise en œuvre et le suivi du volet MIGAC du CPOM

La communication sur le volet MIGAC du CPOM

Comme pour les autres composantes du CPOM, le volet MIGAC doit être partagé et compris par l'ensemble de la communauté de l'établissement. L'extrême variété des missions qui peuvent être financées par cette dotation et la relative méconnaissance de ce champ de la réforme T2A par les acteurs justifient d'autant plus la nécessité de prévoir en lien avec l'établissement une action de communication à orientation à la fois externe et interne.

En externe, il s'agit pour l'ARH d'assurer la transparence et de permettre la lisibilité par tous les acteurs régionaux des activités financées par la dotation MIGAC. Ce point sera d'autant plus facilement atteint que vous aurez affiché vos priorités régionales en la matière avant d'entamer la négociation des CPOM et que vous aurez annoncé, en particulier sur la AC, les montants en jeu.

En interne, vous devez prévoir avec l'établissement les actions de communication (formation et information) sur le volet MIGAC du CPOM permettant de sensibiliser l'ensemble de la communauté hospitalière sur les moyens alloués, sur leur répartition entre les MERRI, les autres MIG et les AC, sur les engagements quantitatifs et qualitatifs pris par l'établissement. Votre attention est notamment attirée sur la nécessaire transparence que vous devez exiger de la part des établissements sur le niveau de moyens alloués MIG par MIG, transparence à destination en particulier des responsables des secteurs concernés. Les travaux menés en lien avec les professionnels sur certaines MIG ont en effet mis en évidence une méconnaissance par ces derniers des moyens attribués par les ARH aux établissements.

Le suivi du volet MIGAC du CPOM

En matière de MIGAC, un pilotage et un suivi annuel vous sont demandés. En effet, les travaux en cours sur les composantes de la dotation MIGAC et le passage progressif vers les tarifs d'un certain nombre d'activités temporairement financées en MIGAC (dans l'attente des résultats des travaux techniques de tarification menés notamment par la MT2A et l'ATIH) modifieront le périmètre des MIGAC et impliqueront des transferts d'enveloppes et des modifications du contrat. Pour vous aider à assurer ce suivi, l'outil ARBUST MIG est mis à votre disposition depuis 2005 (élargi depuis 2006 au volet AC des

MIGAC). Votre attention est attirée sur la nécessaire cohérence entre les données retracées dans ARBUST MIGAC et les annexes MIGAC des CPOM.

Par ailleurs, les montants financiers alloués aux établissements sur ces missions étant conditionnés par le respect par ces derniers des objectifs négociés, il est important de procéder annuellement à une revue des engagements mission par mission afin de juger du respect de ces objectifs. Cette revue ne sera pas limitée au volet AC des MIGAC mais devra également porter sur les MERRI (essentiellement les MERRI variables) et les autres MIG.

Votre attention est notamment attirée sur la vérification du bon usage par les établissements des financements alloués au titre des MIGAC et notamment sur leur éventuelle utilisation pour assurer un complément de financement aux activités tarifées. Si la partie AC peut venir en complément des financements issus des tarifs, il convient de rappeler le caractère fléché des crédits MIGAC. Ce point est particulièrement à surveiller pour les MIG pour lesquelles les moyens alloués sont en théorie calibrés pour permettre la prise en charge de la mission à l'exclusion de toute autre dépense financée par ailleurs (tarifs, forfaits, liste en sus).

Une telle utilisation signifie soit que les moyens alloués ont été surdimensionnés, soit que l'établissement a procédé à des arbitrages internes au détriment de la MIG (ce qui implique dans ce cas de vérifier que les objectifs quantitatifs et qualitatifs n'ont pas pâti de ces arbitrages), soit que l'établissement a amélioré l'efficacité d'utilisation des moyens alloués pour cette MIG (ce qui laisse alors la possibilité dans le cadre du volet intéressement du CPOM d'engager une négociation sur l'utilisation par l'établissement des gains de productivité).

A l'issue de cette revue annuelle, les financements mission par mission seront mis en adéquation avec les résultats obtenus et donneront lieu à une mise à jour de l'annexe MIGAC du CPOM. Les annexes techniques et financières de l'avenant MIGAC devront être mises en adéquation avec l'arrêté annuel de fixation de la dotation MIGAC.

**5.6 Annexe 6 : Avis du HCAAM sur la T2A et la convergence
tarifaire (23 mars 2006)**

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

jeudi 23 mars 2006

**AVIS SUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ (T2A) ET LA CONVERGENCE
TARIFAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (MCO)**

*Le présent avis a été adopté par les membres du Haut Conseil pour
l'Avenir de l'Assurance Maladie à la suite de sa séance
du jeudi 23 mars 2006 à l'exception des délégations CGT,
CGT/FO et de Monsieur Le Guen / Député.*

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

jeudi 23 mars 2006

AVIS SUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ (T2A) ET LA CONVERGENCE TARIFAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (MCO)

Dans cet avis, le Haut Conseil est bien conscient que les thèmes abordés tels que les nouvelles procédures d'allocation des moyens budgétaires, ne peuvent être pleinement appréhendés que dans un cadre plus complet qui étudierait, entre autres, l'articulation entre la politique tarifaire et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Les établissements de santé ont pour principal objectif de fournir des soins de qualité à tous les patients, et ce quelle que soit la caractéristique de l'établissement choisi (public, privé à but non lucratif, privé à caractère commercial). L'allocation des moyens budgétaires doit contribuer à atteindre cet objectif.

Le budget MCO des établissements de santé s'élève en 2005 à 42,5Md€.

75% de ce budget sera à terme alloué sous l'empire de la tarification à l'activité. 20 % fait l'objet de contributions ad hoc (MIGAC, molécules onéreuses, dispositifs implantables et forfaits annuels, ...) et 5% fait l'objet de contributions des organismes complémentaires et des assurés.

I LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ

1) La T2A, un « nouveau » mode de financement, déjà appliqué dans de nombreux pays

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit une réforme majeure du financement de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, MCO) des établissements de santé (publics et privés) : la tarification à l'activité (T2A).

Cette T2A se substitue au mécanisme dit financement par « budget global » introduit en 1984/1985 pour les établissements publics et certains établissements privés participant au service public hospitalier et certains établissements privés à but non lucratif, et au mode de financement « au prix de journée » en vigueur dans les établissements privés à but lucratif et dans certains établissements à but non lucratif.

La T2A a pour but de fonder le financement des établissements sur l'évolution de l'activité permettant ainsi la couverture optimale des besoins de santé. Le mécanisme retenu a été conçu pour rendre l'allocation des ressources plus équitable et plus efficace et générer plus de dynamisme dans la gestion du secteur. L'objectif reste que les pathologies traitées « à égalité de qualité professionnelle » procurent des ressources équivalentes. Ajoutons qu'en adoptant une tarification à l'activité, la France rejoint la vingtaine de pays qui ont déjà mis en place ce mode de tarification.

Ainsi, les prises en charge sont désormais calculées à partir d'une analyse des coûts pour l'hospitalisation publique et classées dans une même échelle de GHS. Les moyens sont alloués aux établissements, compte tenu de l'évolution observée de l'activité, mais également dans le souci d'une convergence progressive vers cette échelle de GHS.

Le Haut Conseil avait, dans l'avis qu'il a adopté en janvier 2004, considéré que, s'il était correctement géré, ce nouveau système représenterait un pas positif (même s'il souffre des limites propres à une tarification au coût moyen). Plus rationnel et plus souple qu'un système fondé sur la reconduction de budgets « historiques » ou sur un paiement à la journée, la T2A devrait en effet permettre aux gestionnaires hospitaliers, par l'exploitation d'outils de gestion comme la comptabilité analytique, le contrôle interne et le contrôle de gestion, les analyses comparatives enfin, de déterminer les zones d'amélioration du service hospitalier.

Si le Conseil soutient donc cette option, il tient à souligner deux conditions nécessaires à sa réussite, faute desquelles les attentes de la réforme engagée ne seront pas atteints :

- dès lors que le dynamisme d'activité est reconnu par ce nouveau mécanisme d'allocation budgétaire, il convient d'améliorer les outils d'évaluation et de renforcer simultanément la qualité de l'évaluation du service rendu et, plus encore, l'opposabilité de cette évaluation, de telle manière que l'on ne retrouve pas les effets pervers du mécanisme du prix de journée (effets pervers que renforce la mécanique d'une tarification au coût moyen) ;
- dès lors que la T2A implique rigueur et réactivité, les gestionnaires hospitaliers doivent disposer d'instruments – en termes de gouvernance et de souplesse de gestion sur l'ensemble des chapitres budgétaires – pour mener à bien les restructurations qui s'imposeront. Le Haut conseil évaluera dans une prochaine séance l'adéquation des instruments disponibles à ces enjeux et préconisera toute mesure adaptée prolongeant la réforme engagée de la gouvernance des établissements publics.

Traditionnellement on parlait d'établissements « sous dotation globale » et d'établissements « sous objectif quantifié national ». Mais cette classification est incomplète et ne permet pas de tenir compte des spécificités et de la diversité de l'ensemble des établissements de santé. En effet il convient de mener un traitement statistique et des évaluations propres à chacun des secteurs suivants :

- ex-sous dotation globale : établissements publics, établissements privés participant au service public hospitalier ;
- ex-sous OQN : établissements privés à caractère commercial, établissements privés à but non lucratif.

2) T2A au sein des établissements anciennement sous dotation globale : la convergence doit être « soutenable »

Tarifier les hôpitaux publics à l'activité a pour conséquence de « réallouer » un budget donné en fonction des critères d'activité en faisant converger les moyens vers une référence commune représentative de l'ensemble du MCO des établissements publics. Cette référence a été établie sur la base des coûts constatés sur un échantillon d'établissements.

Pour chaque établissement, on valorise son activité en fonction des tarifs de référence et on calcule la dotation qui devrait lui être alors accordée dans la logique de la T2A. En comparant sa dotation globale « du moment » à la dotation T2A, on est en mesure de calculer l'écart de l'établissement par rapport à la référence cible et de déterminer si l'établissement est « surdoté » (pour une activité donnée – en base 2004 – sa productivité est inférieure à la moyenne) ou au contraire s'il est « sousdoté ».

Le passage de la dotation globale à la T2A se fait de façon progressive sur sept ans. Ainsi la dotation T2A s'est élevée à 10% en 2004 et 25% en 2005 en complément d'une

dotation – la DAC – représentant respectivement 90 et 75% de l'enveloppe totale. On envisage pour 2006 un partage 35/65.

Compte tenu de l'actuelle référence retenue, la convergence ne change pas en tant que telle la productivité moyenne du secteur public ; à ce titre, elle constitue un mécanisme de résorption des écarts entre établissements antérieurement sous dotation globale. L'une des questions centrales de la réforme porte sur la soutenabilité de cette convergence.

Dans cette évaluation, on ne peut faire abstraction de l'évolution globale de l'ONDAM. Toutes choses égales par ailleurs, la convergence est plus aisée si le taux pilote d'évolution des dépenses est élevé : les efforts demandés aux établissements « surdotés » sont plus facilement gérables si le tarif moyen progresse vivement. Compte tenu de l'appréciation faite sur les marges de productivité du système hospitalier et des orientations retenues dans la programmation à moyen terme des finances publiques, il faut raisonner sur une enveloppe globale strictement contenue. C'est dans ce cadre qu'il faut apprécier la soutenabilité du processus de convergence.

Comme cette convergence va soumettre un nombre significatif d'établissements à de fortes contraintes, il faut éviter de biaiser le principe en contournant les difficultés de mise en œuvre par des systèmes de dérogation, par des ajustements de compensation sur d'autres types de recettes quitte à en fausser la logique d'attribution, ou qu'elles provoquent des effets pervers (report de charges, inflation du nombre des admissions, dérives des codages vers les pathologies les plus lourdes, sélection des GHS ou des patients au sein des GHS, ajustement par la qualité des soins, etc.).

Le Haut Conseil recommande que les pouvoirs publics soient attentifs à tous les « signaux » qui donneraient à penser que ces « effets pervers » remettraient en cause la vocation de l'hôpital à prendre en charge tous les types de soins. Par ailleurs, il convient de déployer une politique efficace de contrôle des tarifications.

Ces risques, inhérents à la tarification à l'activité, seront plus facilement contenus si la convergence des établissements « surdotés » se fait à une allure cohérente avec les marges réelles dont disposent les gestionnaires (ajustements d'activité et/ou de moyens).

Globalement les ajustements de moyens résultant de la montée en puissance de la T2A n'ont pas d'une année sur l'autre d'incidence brutale. Les diminutions de moyens alloués aux « surdotés » au terme du processus seraient – aux volumes d'activité et tarifs actuels – de 1,19Md€, soit 7,2% de leur budget initial (taux de variation annuel moyen sur la période de 8 ans de -0,93%) ; dans le même temps les gains de moyens alloués aux « sousdotés » au même terme seraient de 1,19Md€, soit 7,8% de leur budget initial (TCAM de +0,95%). Les adaptations requises portent ainsi chaque année sur une faible fraction du budget total.

Toutefois une approche globale – pour justifiée qu'elle soit – ne rend pas compte des incidences par établissement qui peuvent s'écarter substantiellement de l'écart moyen. Le Haut Conseil, après avoir analysé la dispersion des écarts, a constaté que, sans être massive, la dispersion des établissements était significative. Si 70% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la référence et connaîtraient dès lors des ajustements annuels crédibles, pour de nombreux autres les évolutions de leurs moyens seraient sensibles. Pour les « surdotés », les efforts de productivité à réaliser (sauf à postuler que leur activité progresse très sensiblement) sont importants. Pour les « sousdotés », on doit se poser la question de l'emploi rationnel du surcroît de moyens qui leur seraient attribués (ils pourraient utilement participer à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient ou à l'adaptation de l'offre hospitalière dans des domaines où les besoins sont inégalement ou insuffisamment satisfaits).

La montée en charge de la T2A dans les établissements anciennement sous dotation globale requerra sans doute des procédures d'accompagnement, telles que celles annoncées dans la circulaire pour la campagne tarifaire 2006¹, notamment pour les établissements surdotés les plus éloignés de la référence moyenne afin de leur permettre de mobiliser les gains de productivité.

Dans ces conditions le Haut Conseil² considère que la réforme de la T2A est soutenable dans les conditions de progressivité qui sont actuellement prévues et qu'il n'y a pas lieu de retarder la date cible de convergence de 2012.

3) T2A au sein du secteur antérieurement sous OQN : une hétérogénéité plus limitée que dans le public

Le 1^{er} mars 2005, les établissements privés anciennement sous Objectif Quantifié National sont passés à un système reposant pour l'essentiel sur un remboursement de l'activité à partir d'une nouvelle échelle tarifaire. Comme pour le secteur public un coefficient géographique de majoration tarifaire est appliqué à certains départements. De plus, pour les établissements qui étaient auparavant classés en « soins particulièrement coûteux en chirurgie » (environ 400 établissements sur 1200), un coefficient de haute technicité est appliqué (ces majorations représentent un total d'environ 200 millions d'euros).

Une période de transition est ouverte entre 2005 à 2012 afin d'aller progressivement vers une allocation sur la base de tarifs nationaux. La logique de convergence dans le secteur privé est ainsi, pour partie, du même ordre que pour le secteur public : champ MCO, progressivité vers une référence calée sur la « valeur » moyenne du secteur (et non sur les établissements les plus productifs). Mais contrairement au secteur anciennement sous dotation globale, la référence retenue ici est calée sur les tarifs facturés aux régimes d'assurance maladie et non pas sur les coûts observés.

La référence aux tarifs ne peut être rapprochée de la référence aux coûts que si la première – sur le plan global comme par GHS – « n'abrite » ni excès ni insuffisance par rapport aux coûts. Elle doit permettre aux établissements et à leur personnel de disposer de conditions de travail convenables ; elle doit assurer aux cliniques privées une rentabilité raisonnable.

Le Haut Conseil constate que la dispersion des établissements en termes d'écart par rapport à la moyenne est bien moins importante que dans le secteur anciennement sous dotation globale (environ 88% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la moyenne). Pour l'essentiel des établissements la « convergence » au rythme convenu ne devrait pas poser de problèmes sensibles en termes de contrainte pour les surdotés et en

¹ Cette circulaire précise que, pour redonner les marges de manœuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements, une réserve de près de 174 millions d'euros a été constituée. Cette marge de manœuvre supplémentaire dite « enveloppe régionale de contractualisation » est destinée en priorité à « soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre ».

² La CGT ne partage pas cette appréciation positive de la T2A.

Elle considère que ses fondements méthodologiques sont critiquables et qu'on s'enliserait fatalement dans un engrenage, la « logique des verrous », où l'on s'épuise à multiplier les GHS pour mieux coller à la réalité et où on est condamné à mettre en place des forfaits « de correction », ce qui rend la réforme illisible, difficilement maîtrisable et, à la limite, inflationniste.

Privilégiant les actes techniques dits « classiques », la T2A comporte un risque majeur de sélection de la clientèle. Les établissements risquent de tendre à se spécialiser sur les actes les plus rémunérateurs, sans que cela corresponde aux besoins sanitaires de la population.

La CGT n'a donc pas approuvé le présent avis.

termes d'effet « d'aubaine » pour les sous-dotés. L'écart entre la moyenne et les premiers déciles (les plus performants) n'est pas considérable. Se donner pour cible de la convergence intra-secteur l'une ou l'autre de ces références n'a pas une incidence massive.

4) la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé

Dès lors qu'on a choisi de rémunérer les établissements de santé suivant la même logique et à terme sur des références communes, il est cohérent de considérer que ces références doivent être les mêmes quel que soit le secteur d'activité des établissements (hôpitaux publics, PSPH et cliniques privées). C'est en ce sens que le Parlement a arrêté l'option de la convergence entre secteurs et souhaité qu'elle soit progressivement mise en œuvre d'ici 2012.

Ce principe n'est contesté par aucune des Fédérations professionnelles concernées.

Mais on achoppe sur l'analyse concrète des écarts entre secteurs : quelle est leur ampleur ? les indicateurs disponibles sont ils pertinents ?

Le débat sur cette question est complexe – et souvent passionnel. Le législateur, lorsqu'il évoque la convergence des tarifs, précise qu'elle doit être atteinte « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs.* »

Dans son avis rendu le 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, le Haut Conseil faisait remarquer que : « *Depuis qu'une étude officielle s'est efforcée, en 2002, de mesurer la différence moyenne des coûts de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur privé, et qu'elle a conclu à un écart de 30% à 40% sur la valeur de Point ISA, le débat sur le caractère structurellement plus onéreux de l'hôpital public a focalisé toutes les attentions. Toutefois le Haut Conseil constate, et déplore, le caractère insuffisamment instruit de ce dossier, qui rend encore incertaine, pour l'instant, toute comparaison sérieuse. Un constat chiffré n'a de sens que lorsqu'on peut commencer à l'expliquer, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne résulte pas d'un artefact ou d'une erreur de méthode. Or, faute d'études plus poussées, faute d'harmonisation des données disponibles, et peut-être aussi parce qu'a manqué, jusqu'à présent, la volonté partagée de progresser, les justifications de cet important écart de 30% à 40% sont restées essentiellement qualitatives.* »

Ce déficit de connaissances explique que, au-delà d'un accord de principe sur la convergence, la FHF et la FHP évaluent de façon radicalement différente la situation actuelle. Pour la FHF, les spécificités de l'hôpital public expliquent une grande partie de « l'écart apparent » de coûts. La FHP estime que ces spécificités ne sont pas – et de loin – telles qu'elles justifient les écarts de tarification actuelle.

La priorité dans ce chantier consiste à déterminer l'ampleur et la nature des écarts.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a entrepris un important travail d'harmonisation avec les fédérations hospitalières. L'année 2005 a été consacrée à des travaux sur les études de coûts (définition de la méthodologie de l'étude nationale des coûts dans le secteur public, lancement d'une étude similaire pour le secteur privé à partir des coûts 2004 et 2005 ; définition de la méthodologie commune de l'ENC public/privé, etc.). Le lancement de l'ENC commune doit avoir lieu en 2006 et les résultats sont attendus au cours du second semestre 2007. Cela signifie clairement qu'on ne disposera pas d'analyse précise sur les écarts de coûts avant cette date.

Nous serons, au terme de ce programme d'études, proches de l'échéance intercalaire de 2008. Etre en mesure, à cette date, de mesurer objectivement les écarts non fondés sur des

différences dans la nature des charges, permettra de vérifier si l'on est loin ou proche de l'objectif de 50% de résorption des écarts.

1° Le Haut Conseil rappelle la nécessité de mener à bien les travaux programmés qui permettront seuls de mesurer et de qualifier avec plus de sécurité les écarts de coûts entre secteurs.

Dans cette perspective, il réaffirme l'importance de progresser dans la démarche de convergence.

2° Pour éviter les effets d'aubaine injustifiés pour le secteur privé et garantir la tenue d'un ONDAM à des niveaux cohérents, cette convergence doit s'effectuer vers le secteur le plus efficient. Une convergence vers ce secteur dont les tarifs évolueraient de façon à lui permettre de maintenir la qualité de ses services, de bonnes conditions de travail et sa rentabilité, constitue une référence logique de nature à assurer une bonne utilisation des ressources publiques.

3° Cette référence est exigeante et on ne peut y parvenir que de façon progressive. Forcer l'allure dès lors que l'écart initial entre secteurs serait élevé, serait en effet irréaliste. La résorption rapide d'un tel écart par l'adoption de normes différentes d'évolution des tarifs, couplée avec la convergence au sein du secteur public, exposerait celui-ci à des tensions et à des risques excessifs³.

4° Le Conseil prend par ailleurs acte de l'option retenue par le gouvernement pour 2006 de suspendre l'effort de convergence tarifaire intersectorielle.

C'est donc à partir de 2007, l'année même de l'achèvement du programme d'études défini par la DHOS, qu'il conviendra au vu des résultats d'engager la démarche de convergence.

II LES DOTATIONS SPÉCIFIQUES

Certaines dépenses, par leur nature, ne sont pas – ou pas aisément – intégrables dans les GHS. C'est le cas notamment des charges d'enseignement et de recherche.

Il est donc logique de les attribuer, à côté de la dotation fondée sur l'activité, en fonction de critères spécifiques.

1) Ces dotations – MIGAC notamment – sont d'un montant élevé, très fortement concentrées sur le secteur public (corollaire du poids des MERRI) et variables selon les établissements.

Les pouvoirs publics ont entrepris un louable effort de clarification : définition du champ, détermination des enveloppes sur la base de reclassements comptables objectifs notamment. Ils ont entrepris de « sortir » de l'approche forfaitaire qui prévalait depuis en

³ L'analyse qui suit, qui n'est en rien une prévision ou un objectif, vise à mesurer « à plat » le type de contrainte tarifaire liée à la convergence. Ainsi sous l'hypothèse – arbitraire dans l'état actuel de nos analyses – d'un écart public/privé de 20%, si l'on veut faire converger à l'horizon 2012 les établissements publics sur le niveau moyen des tarifs du secteur privé actualisés à 3% par an (taux d'évolution voisin du salaire moyen par tête), il faut faire évoluer les tarifs du public au rythme de -0,2% par an. Dans un tel schéma, les tarifs augmenteraient globalement de 0,2% par an.

reclassant les MERRI en une partie « fixe » - au demeurant variant selon la catégorie des établissements – et une partie variable.

Cet effort doit être poursuivi pour aboutir, dans la transparence, à justifier de façon objective les dotations.

Cet effort est d'autant plus nécessaire que

- le coefficient initial de 13% n'avait pas fait, semble –t-il, l'objet de travaux suffisants pour l'étayer. Or le processus actuel se situe largement dans la continuité de ce chiffre que certains estiment infondé.
- la partie variable de l'enveloppe MIGAC est assise sur les données du retraitement comptable dont il faut souligner le caractère déclaratif; par ailleurs, les évaluations retenues pour certaines missions dépendent largement de la qualité de la comptabilité analytique des établissements hospitaliers.
- Les enveloppes MERRI variables et les MIG hors MERRI sont potentiellement inflationnistes dans la mesure où elles sont financées aux établissements au coût observé.
- La pertinence de certaines activités financées dans le cadre des MIGAC est difficile à évaluer (consultations pluridisciplinaires et spécifiques par exemple).
- la forte croissance des MIGAC suscite appréhension et méfiance. Comme l'enveloppe des MIGAC vient en préciput dans l'ONDAM, sa croissance, toutes choses égales par ailleurs, pèse sur l'enveloppe distribuée au titre de l'activité. On n'empêchera les gestionnaires des cliniques privées d'une part, ceux des établissements publics « peu » dotés en MIG d'autre part de se sentir pénalisés que si on leur donne une information transparente et complète sur ces postes et leur évolution (en distinguant ce qui résulte d'un accroissement des dépenses éligibles et de reclassement de dépenses). Dans le débat sur la convergence public/privé, la FHP peut, faute d'information, craindre que le développement des MIGAC permette de contourner artificiellement les efforts « affichés » de convergence. En outre, une progression non maîtrisée des MIGAC remettrait en cause la logique même de la tarification à l'activité.

C'est le cas en 2006 où on note une forte augmentation des MIGAC (+ 12,6% par rapport aux bases 2006).

2) Les efforts de rigueur demandés à tous doivent s'étendre aux champs financés sur dotations spécifiques. Pour certaines des enveloppes concernées, il faut vérifier que les dépenses sont fixées selon des critères rigoureux – et en rendre compte. Quand elles consistent en remboursement à l'euro/l'euro, il faut s'assurer que cette procédure n'a pas de caractère inflationniste.

3) la détermination des tickets modérateurs dans le nouveau contexte budgétaire fait l'objet d'un début de débat. Le Haut Conseil examinera ce problème dans une prochaine séance ; il lui semble raisonnable de ne pas le réduire au choix de la base (TIP ou pourcentage des GHS) mais de le resituer dans l'analyse d'ensemble du reste à charge des ménages à l'hôpital qu'il a entamée dans sa note et son avis du 27 octobre 2005.

5.7 Annexe 7 : Recommandations du rapport IGAS de janvier 2006

- 57 -

5.2 Recommandations sur les études

Recommandation d'étude n° 1. Procéder aux évaluations de base sur les écarts de coût global horaire du travail en tenant compte des exonérations de charge sociales et des différences de financement de certaines fonctions sociales (arrêts de travail, formation professionnelle...)	26
Recommandation d'étude n° 2. Construire au niveau global une estimation de l'impact des principaux facteurs explicatifs des écarts de coûts salariaux.	27
Recommandation d'étude n° 3. Affiner l'analyse relative à la structure de qualification.	27
Recommandation d'étude n° 4. Analyser les écarts d'effectifs par fonctions (administration, technique, soins...) pour comprendre la nature des écarts et les rapprocher des modalités de recours à la sous-traitance.	27
Recommandation d'étude n° 5. Les études sur la convergence ne peuvent se limiter au remboursable sécurité sociale mais doivent comporter une approche "tous financeurs".	34
Recommandation d'étude n° 6. Poursuivre les études sur l'hétérogénéité résiduelle du cas-mix partagé entre les deux secteurs dans sa version 10 et identifier les GHM qui pourraient être encore scindés dans la version 11 et/ou les modifications de règle de groupage à introduire.	38
Recommandation d'étude n° 7. A partir des résultats de l'échelle nationale de coûts commune 2006, il conviendra d'identifier l'impact du facteur « hétérogénéité » intra-GHM sur les écarts de coûts entre les deux secteurs.	38
Recommandation d'étude n° 8. Il ne semble pas prioritaire de privilégier à ce stade les questions d'effet de gamme ou de taille dans les études complémentaires à conduire...	40
Recommandation d'étude n° 9. La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS ou par une nouvelle étude de patientèle.	42
Recommandation d'étude n° 10. Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.	42
Recommandation d'étude n° 11. Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée.	42
Recommandation d'étude n° 12. Le premier objectif doit être de produire une définition de l'activité programmée, acceptée par les experts, enregistrable par les établissements sans difficulté majeure et enfin contrôlable par un tiers.	43
Recommandation d'étude n° 13. Un second objectif pourrait être de cibler les recherches sur les causes de non-programmation.	44
Recommandation d'étude n° 14. Une étude complémentaire visant à mesurer les coûts des charges de service public pour événement exceptionnel devrait être conduite à partir des données des campagnes 2004 et 2005.	44
Recommandation d'étude n° 15. Une étude de faisabilité du recueil des charges péri hospitalière rattachable à un séjour doit être conduite.	46
Recommandation d'étude n° 16. L'insolvabilité et les créances irrécouvrables doivent faire l'objet d'études spécifiques.	47

5.3 Recommandations sur le pilotage des études

Recommandation pilotage des travaux n° 1 Faire de l'actuel comité de pilotage de la convergence un « comité de surveillance et d'orientation »	54
Recommandation pilotage des travaux n° 2 Assurer au sein de la DHOS le pilotage des travaux restant à conduire ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 3 Constituer un groupe d'experts indépendants, chargé de conseiller le DHOS sur le pilotage des études complémentaires ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 4 Attribuer explicitement la conduite des travaux sur la convergence aux niveaux appropriés à la DHOS en renforçant ses moyens ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 5 Clarifier la répartition des rôles entre la DHOS (maître d'ouvrage) et l'ATIH (maître d'œuvre) sur la base d'un cahier des charges précis ; procéder de même avec la mission T2A et la MEAH.	55

5.8 *Annexe 8 : Comptes rendus du Comité de Pilotage de la Convergence*



Compte rendu du comité de pilotage convergence du 12 décembre 2007

Participants :

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports :

Annie Podeur (DHOS)
Luc Allaire (DHOS-F)
Housseyni Holla (DHOS-F1)
Christine Ungerer (DHOS-F2)
Benjamin Maurice (DHOS-F3)
Cécile Behaghel (DHOS-F)
Isabelle Gautier-Lhermite (DHOS-F2)
Martine Acoustin (MT2A)
Nicolas Blanchard (MT2A)
Thierry Kurth (MT2A)
Jean-Roger Pautonnier (MT2A)

Fédérations hospitalières :

Jérôme Antonini (FEHAP)
Yves-Jean Dupuis (FEHAP)
Matthieu Laine (FEHAP)
Yves Gaubert (FHF)
Bernard Garrigues (FHF)
Gabriel Nisand (FHF)
Hélène Boyer (FHF)
Sandrine Bouchet (FNCLCC)
Sandrine Billet (FHP)
Jean-Loup Durousset (FHP)
Phillipe Bumei (FHP)

Organismes sous tutelle du Ministère :

Maryse Chodorge (ATIH)
Marion Mendelsohn (ATIH)
Max Bensadon (ATIH)
Pascal Ardilly (ATIH)

Ordre du jour :

1.	Introduction - Annie Podeur, Directrice de la DHOS	2
2.	Point sur l'avancement des travaux relatifs à l'ENCC - Pascal Ardilly, ATIH	4
3.	Point sur la version 11 de la classification des GHM - Marion Mendelsohn, ATIH	5
4.	Point sur les études complémentaires - Thierry Kurth, MT2A / DHOS	5
4.1.	Coût du travail	5
4.2.	Prise en charge de la précarité	6
4.3.	Variabilité intra-GHM / V11	7

4.4.	Soins péri-hospitaliers.....	7
4.5.	Non programmation/ Permanence des soins.....	7
4.6.	Spécialisation des établissements.....	7

1. Introduction - Annie Podeur, Directrice de la DHOS

Annie Podeur ouvre le comité de pilotage en rappelant le contexte du dossier de la convergence intersectorielle. En particulier, elle évoque les contraintes de calendrier liées au débat parlementaire et l'obligation inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale de produire un bilan sur la mesure des écarts entre les établissements publics et privés avant le 15 octobre 2008. Elle considère ce chantier comme prioritaire pour 2008.

Les résultats de l'ENC commune devraient être disponibles en avril 2008. Ils pourront servir de support aux études complémentaires dont on attend, dans un premier temps et dans un délai resserré, qu'elles permettent d'objectiver dès l'été 2008 certains écarts de coûts entre les secteurs public et privé. Parallèlement seront lancées des études plus longues et plus approfondies, dans un calendrier 2009/2010, à même d'évaluer de manière plus exhaustive ces écarts de coûts.

Annie Podeur reprend en les commentant chacun des déterminants de la convergence intersectorielle avancés par le rapport IGAS.

S'agissant de la permanence des soins, elle précise qu'il s'agit d'un sujet central. La DHOS réfléchit à des modalités de financement ciblées, qui pourraient accompagner une rationalisation territoriale de la PDS hospitalière en médecine et en chirurgie. Cette orientation suppose d'identifier précisément les coûts correspondants.

Le sujet relatif au coût du travail apparaît délicat, puisqu'aux écarts liés aux rémunérations peuvent se superposer des écarts de structure de qualification.

Concernant la variabilité intra-GHM, la version 11 de la classification doit permettre une avancée substantielle sur l'homogénéité des séjours.

S'agissant de la prise en charge de la précarité, Annie Podeur fait référence au travail engagé par la DREES, qui doit rendre un premier rapport d'étude début 2008. Elle suggère également d'utiliser les résultats d'études ponctuelles qui ont été menées ces dernières années, y compris dans d'autres pays d'Europe (exemple de l'étude de Clozon en Belgique), en vérifiant leur adaptabilité aux spécificités du système de santé français.

Concernant les soins péri-hospitaliers, la CNAMTS, qui détient l'ensemble des données relatives à ce sujet, doit être mobilisée pour mener cette étude selon le cahier des charges établi par la DHOS.

L'étude relative à la spécialisation des établissements (effets de gamme ou de taille) pourra être confiée à un prestataire extérieur.

Annie Podeur évoque également le thème de la gestion des événements exceptionnels (plan blanc, plan canicule, biotox,...), ainsi que l'évaluation des « créances irrécouvrables », qui pourront être traités dans un calendrier plus éloigné.

Elle admet que les écarts de coût ne sont pas tous réductibles, néanmoins, il est important de les objectiver sur la base de ces différents déterminants. Elle invite l'ensemble des partenaires à un engagement collectif pour tenir les délais demandés par le Parlement.

Jean-Louis Dupuis précise que la FEHAP ne peut qu'être d'accord avec la ligne qui vient d'être dessinée. Il interpelle néanmoins la DHOS au sujet de l'oubli d'un facteur important d'écart de charges entre les établissements de statut public et ceux de statut privé, participant ou non au service public hospitalier, celui de la fiscalité. Ce sujet pourrait selon lui être traité rapidement.

S'agissant de la non-programmation des soins, Gabriel Nisand attire l'attention sur le fait qu'il est impossible de programmer l'ensemble de l'activité des hôpitaux.

Pour Annie Podeur, il importe également de rechercher les causes de la non-programmation.

Bernard Garrigues exprime son accord avec l'approche proposée par la DHOS concernant la permanence des soins. Il précise qu'il faut distinguer d'un côté le maintien de plateaux techniques de nuit non optimisés et de l'autre l'activité non programmée, que l'on ne peut pas optimiser du fait d'un temps incontournable de cadrage médical du patient.

Annie Podeur confirme cette approche, mais ajoute qu'il existe probablement des gisements d'économies dans l'activité de nuit et de week end, notamment en ce qui concerne l'optimisation des ressources médicales et non médicales.

Gabriel Nisand revient sur la non programmation des soins et mentionne qu'une étude réalisée au sein de son établissement a montré des écarts de coût de l'ordre de 30% pour un même GHM entre les séjours programmés et les séjours non programmés.

Annie Podeur précise que le sujet de la programmation / non programmation pose la question de la pertinence de la chaîne des soins, avec un passage aujourd'hui très centré sur les urgences. Il convient notamment de réfléchir à l'organisation des soins externes. Elle ajoute par ailleurs que ce sujet mérite vraiment réflexion et qu'il faudra sans doute attendre 2009 afin d'avoir des résultats d'études fiables. La priorité reste pour elle la question de l'organisation de la permanence des soins.

Yves Gaubert souhaite avoir des garanties sur la forme sous laquelle les études seront présentées dans le rapport au Parlement. Il évoque à ce titre l'utilisation qui a été faite du rapport IGAS sur la convergence.

Annie Podeur assure que ce rapport ne sera rendu public qu'après présentation aux fédérations hospitalières dans le cadre du comité de pilotage de la convergence.

Yves Gaubert ajoute que la FHF souhaiterait qu'une étude soit réalisée sur la faisabilité de la convergence intersectorielle, afin de déterminer quelle pourrait être la construction tarifaire sous-jacente une fois les écarts de coûts objectivés.

Annie Podeur précise qu'il importe avant tout d'objectiver ces écarts au maximum. Toute la crédibilité du rapport destiné au Parlement repose sur cette transparence.

Bernard Garrigues rappelle qu'il existe deux conceptions très différentes de fonctionnement entre les deux secteurs d'hospitalisation. La convergence tarifaire impose une adéquation entre ces deux systèmes.

Annie Podeur rappelle que l'un des objectifs de l'ENC commune est de pouvoir établir une comparabilité des coûts entre les deux secteurs d'hospitalisation. A ce titre, cette étude nationale constitue la clé de voûte du processus de convergence tarifaire.

Elle termine son intervention en s'engageant à ce que le présent comité de pilotage soit réellement une instance de suivi et d'orientation opérationnel, avec un vrai contenu décisionnel.

Luc Allaire, faisant référence au rapport Marrot-Gilardi et aux 40 % d'écart de coûts affichés entre les secteurs public et privé, indique que l'objectif poursuivi d'ici à octobre 2008 est d'être en mesure d'objectiver une partie de cet écart afin de rendre la part inexpliquée la plus réduite possible. Pour la suite, les études plus précises réduiront encore cette part d'incertitude.

En outre, il souligne que ces travaux auraient difficilement pu être engagés avant puisque leur lancement était conditionné par les résultats de l'ENC commune, qui elle-même n'était rendue possible que par l'aboutissement de l'ENC privée. Il aurait donc été prématuré de lancer ces études plus tôt. Enfin, s'agissant de la méthodologie du scénario resserré conditionné par les échéances parlementaires, Luc Allaire estime qu'il est nécessaire de pouvoir disposer dans un délai rapide de premiers indicateurs frustes mais justes.

Jean-Loup Durosset indique que pour la FHP, aucun sujet relatif à la convergence n'est tabou et que la fédération coopérera de façon transparente aux travaux lancés par la DHOS.

2. Point sur l'avancement des travaux relatifs à l'ENCC - Pascal Ardilly, ATIH

Pascal Ardilly présente l'avancement des travaux relatifs à l'ENCC, qui doivent aboutir en avril 2008.

S'agissant des délais de remise des données définitives validées, Maryse Chodorge évoque l'ensemble des mesures prises pour qu'ils soient respectés (charte qualité, conventions établissements, courriers). Néanmoins, il n'y a pas toujours eu selon elle le niveau d'implication nécessaire de la part de certains établissements. Il est demandé aux fédérations de relayer la demande auprès de ces établissements. Les fédérations expriment leur accord sur cette démarche. Il est convenu que l'ATIH leur transmettra la liste des établissements concernés.

Luc Allaire interroge l'assemblée afin de savoir si la rémunération des établissements est appropriée.

L'ensemble des fédérations s'accordent pour dire qu'elles n'ont pas eu de remontées négatives de la part des établissements participants sur cette question.

Concernant le volet « charge en soins », l'ATIH précise que le cahier des charges sera terminé d'ici fin janvier 2008. Il sera ensuite validé au sein d'une formation restreinte avec les

fédérations. S'agissant de la mesure de la charge en soins, l'ATIH dispose d'une première liste de 30 établissements qui pourra être complétée le cas échéant. La collecte se déroulera durant le quatrième trimestre 2008 avec une expérimentation préalable en juin 2008. Un modèle prédictif sera ensuite élaboré. L'étude sera menée par un prestataire extérieur.

3. Point sur la version 11 de la classification des GHM - Marion Mendelsohn, ATIH

Marion Mendelsohn indique que la version 11 est la troisième étape de l'adaptation de la classification des GHM à la tarification à l'activité. En introduisant quatre niveaux de sévérité, elle doit permettre d'améliorer de manière significative l'homogénéité des GHM de base (de niveau 1, sans comorbidités associées) et de mieux valoriser par ailleurs les séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4.

Des simulations doivent être réalisées au premier semestre 2008 afin d'évaluer l'impact financier de cette version, dans l'objectif d'une utilisation pour la campagne tarifaire 2009.

4. Point sur les études complémentaires - Thierry Kurth, MT2A / DHOS

Thierry Kurth présente le tableau synthétique relatif aux études complémentaires, qu'il commente pour chaque déterminant.

4.1. Coût du travail

Trois niveaux d'études complémentaires sont prévus, dont les calendriers en terme de résultats s'échelonnent sur 2008 et 2009.

La première étude a un calendrier été 2008 (scénario resserré). Elle vise à mesurer les écarts de coût du travail par GHM et par grande catégorie de personnels (médecins, soignants, autres).

Luc Allaire précise qu'elle intégrera les honoraires des médecins libéraux ainsi que les dépassements secteur II. Sa réalisation sera confiée à l'ATIH qui sollicitera en tant que de besoin la CNAMTS.

Philippe Burnel souligne que la comparaison entre salaires et honoraires est délicate puisque ces deux grandeurs ne représentent pas la même réalité. En particulier, les honoraires incluent les frais de structure des cabinets des médecins libéraux. Il apparaît donc difficile de comparer les rémunérations des médecins.

Luc Allaire précise que les groupes de travail sur le sujet auront à débattre de ce type de question technique.

La seconde étude, qui fait l'objet d'un projet de cahier des charges, a un calendrier premier semestre 2009. Elle porte sur l'analyse des statuts et des conventions des différents secteurs, pouvant expliquer des écarts de coûts horaires de personnels à qualification similaire. Son champ couvre les personnels salariés compte-tenu de sa méthodologie, qui est celle retenue par l'IGAS lors de la précédente étude, similaire, entre le public et le PSPH (elle additionne

les rémunérations nettes, les charges salariales, employeurs et autres, en prenant en compte les contextes statutaires et conventionnels spécifiques et les temps de travail).

La troisième étude a un calendrier 2009. Elle a pour objectif d'analyser de manière détaillée les volumes de travail et de structure de qualification pour un même GHM (analyse en ETP).

Bernard Garrigues demande si la permanence des soins est prise en compte dans ces études sur le coût du travail.

Martine Aoustin insiste sur le fait que ces études sont basées sur un raisonnement « toutes choses étant égales par ailleurs » et qu'elles visent à comparer des niveaux de coût du travail pour des structures d'emplois similaires. Elle indique que les écarts de niveaux de rémunération du travail de nuit et de week-end seront pris en compte et que le recours au travail de nuit apparaîtra dans l'analyse des écarts de structures d'emplois.

4.2. Prise en charge de la précarité

Thierry Kurth indique que l'étude menée par la DREES, essentiellement qualitative, est en cours de finalisation et qu'elle doit être complétée par une analyse approfondie des coûts de prise en charge, prévue sur 2008/2009.

Philippe Brunel souligne qu'il serait important de faire la lumière sur ce sujet qui est évoqué de manière récurrente depuis plusieurs années.

Luc Allaire précise que dans l'attente des résultats de l'étude approfondie de la DREES, un scénario resserré est envisagé dans l'objectif de mettre en évidence d'ici l'été 2008 des éléments factuels de surcoûts liés à la précarité, identifiables et mesurables dans un délai rapide.

Thierry Kurth évoque deux possibilités d'identification et de mesure des situations de précarité, par l'exploitation des codes PMSI ou au travers d'informations administratives de type CMU, CMU-C ou AME.

Maryse Chodorge explique que si l'on envisage d'avoir recours aux ENC par le biais de fichiers complémentaires sur le sujet, il faudrait compter une à deux années de recueil auprès des établissements avant d'avoir les premiers résultats. Dans un objectif de calendrier resserré, elle évoque l'approche territoriale développée par la Belgique, qui pourrait être reprise et adaptée au niveau français.

Martine Aoustin insiste sur le caractère de transparence que devra revêtir le rapport présenté aux parlementaires, qui devra indiquer les limites des études et les obstacles rencontrés. Elle souligne la nécessité de mettre en évidence des éléments marqueurs susceptibles d'éclairer des écarts de coûts entre les secteurs d'hospitalisation.

Yves Gaubert suggère d'étendre à la France entière l'étude réalisée par l'AP-HP sur le secteur MCO.

Jérôme Antonini pose la question de savoir comment identifier techniquement le facteur précarité et comment mesurer son impact sur le coût de production d'un GHM.

S'agissant de la mesure de l'impact de la précarité sur les coûts, Marion Mendelsohn répond que l'une des pistes retenue pourrait être celle de la durée moyenne de séjour.

4.3. Variabilité intra-GHM / V11

Selon Bernard Garrigues, l'intitulé de l'étude est mal choisi car il ne correspond pas exactement à la problématique en question. Il propose plutôt « amélioration de la prise en compte de la sévérité ».

Mathieu Laine suggère pour sa part « amélioration de la classification ».

Luc Allaire invite les fédérations à proposer une sémantique adéquate.

4.4. Soins péri-hospitaliers

Une étude portant sur le rattachement aux séjours des actes péri-hospitaliers doit être confiée à la CNAMTS.

4.5. Non programmation / Permanence des soins

Une étude approfondie doit être lancée sur 2008/2009 portant sur l'évaluation de l'ensemble des coûts liés à la permanence des soins hospitalière : financement des médecins et des paramédicaux, charges liées au fonctionnement d'un plateau 24h/24 et 7j/7, incluant par ailleurs la gestion des événements exceptionnels (plan blanc, plan canicule, biotox,...).

Par ailleurs, l'étude complémentaire portant sur la programmation / non programmation des soins doit être menée, avec un calendrier de réalisation 2008/2009.

Le scénario rapproché (calendrier été 2008) prévoit a priori plusieurs approches :

- Analyse de GHM non programmables par nature (impacts sur la prise en charge)
- Coût des gardes et astreintes

4.6. Spécialisation des établissements

Luc Allaire précise qu'il s'agit d'une étude visant notamment à mesurer l'importance des économies d'échelle qui peuvent intervenir au sein d'un hôpital, de la même façon qu'au sein d'une entreprise, du seul fait de son case-mix (effets de gamme et de taille).

Philippe Burnel met en garde contre un financement éventuel de non-choix de gestion auquel une telle étude pourrait aboutir.

Gabriel Nisand évoque une thèse qui a été réalisée sur ce thème. Il propose un autre terme possible pour ce sujet : « resserrement des cas traités ».



Compte rendu du Comité de Pilotage Convergence du 18 mars 2008

Participants :

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports :

Annie Poteur (DHOS)
 Luc Allaire (DHOS-F)
 Housseyni Holla (DHOS-F1)
 Céline Moreau (DHOS-F1)
 Benjamin Maurice (DHOS-F3)
 Virginie Godet-Cayré (DHOS-F3)
 Isabelle Gautier-Lhernite (DHOS-F2)
 Martine Aoustin (MT2A)
 Nicolas Blanchard (MT2A)
 Thierry Kurth (MT2A)
 Jean-Roger Pautonnier (MT2A)

Organismes sous tutelle du Ministère :

Maryse Chodorge (ATIH)
 Max Bensadon (ATIH)
 Pascal Ardilly (ATIH)

Fédérations hospitalières :

Hélène Logerot (FEHAP)
 Matthieu Lainé (FEHAP)
 Yves Gaubert (FHF)
 Bernard Garrigues (FHF)
 Hélène Boyer (FHF)
 Sandrine Bouchet (FNCLCC)
 Sandrine Billet (FHP)
 Philippe Burnel (FHP)

Assurance Maladie :

Pierre Gabach (CNAMTS)
 Michel Marty (CNAMTS)

En introduction, Mme la Directrice rappelle les objectifs à court terme qui ont été fixés au titre de la convergence intersectorielle. Il s'agit de rémunérer de manière spécifique un certain nombre de sujétions de service public, en particulier la permanence des soins hospitalière ainsi que la prise en charge des populations en situation de précarité. Ces ajustements du modèle doivent permettre une harmonisation des tarifs intégrant des charges identiques.

La Mission T2A présente le document de synthèse relatif aux études complémentaires retraçant dans les grandes lignes le cadre méthodologique ainsi que les calendriers prévisionnels sur les thématiques suivantes :

- la permanence des soins hospitalière
- la prise en charge de la précarité
- le coût du travail
- l'activité non programmable
- les autres thématiques : soins péri hospitaliers, effets de gamme et de taille, charges en soins, actualisation des MIG...

En complément, l'ATIH présente l'état d'avancement et les calendriers relatifs :

- à l'étude de coût à méthodologie commune (ENCC)
- à la version 11 de la classification des GHM (V11)

S'agissant des simulations V11, l'ATIH annonce que 3 réunions sont prévues avec les fédérations, une pour chaque version de la nouvelle classification. Les simulations intégreront des correctifs itératifs tout au long du mois de juin.

Mme la Directrice souligne que ces réunions de concertation avec les fédérations sont effectivement indispensables. Elle rappelle que le présent comité de pilotage, qui lui tient particulièrement à cœur, participe de la démarche de partenariat que la Directrice souhaite se voir développer entre la DHOS et les fédérations.

Elle souligne par ailleurs l'importance de sortir des tarifs en 2009, à l'issue des études courtes, une masse financière dont on ait l'assurance qu'elle se situe en deçà des évaluations qui pourront ressortir des études ultérieures plus longues et approfondies.

Les participants sont invités à faire part de leurs observations sur les différents sujets.

1. Permanence des soins

Les fédérations s'interrogent sur la distinction qui sera faite entre « continuité » et « permanence » des soins.

La MT2A indique qu'il sera en effet essentiel de déterminer le champ de la permanence des soins.

La DHOS insiste sur les calendriers de court et de long terme auxquels sont assujetties les études. Les études de court terme ne répondent pas au même besoin d'éclairage. En se basant sur des indicateurs frustes, elles ont l'avantage de la simplicité et de l'efficacité, même si elles sont imparfaites. Les résultats auxquelles elles aboutiront doivent être de nature à réaliser une première étape de convergence pour la campagne 2009.

Un groupe de travail a été constitué sur ce projet.

2. Précarité

La MT2A présente les 2 études qui sont lancées en vue d'ajuster le financement de la précarité.

La première, menée par la DREES en collaboration avec l'ATIH est à calendrier 2009/2010. Elle se situe dans la suite des travaux qualitatifs, qui ont déjà été réalisés par la DREES.

Cette étude pourrait combiner une approche « individuelle » et une approche « par bassin de population ».

L'ATIH précise que les premiers résultats ne seront disponibles que fin 2009.

La seconde, à calendrier rapproché, vise à repérer le surcoût lié à la prise en charge de populations précaires en s'appuyant notamment sur les travaux menés par l'APHP à partir de données de type CMU, CMU-C, AME (que la CNAMTS s'est engagée à fournir) ainsi que les patients « SDF ».

3. Coût du travail

La MT2A présente les 2 études qui doivent permettre d'éclairer l'écart du coût du travail entre les 2 secteurs :

- l'étude DREES sur les rémunérations nettes et brutes salariales en milieu hospitalier, complétée d'un travail de consolidation des charges patronales en partenariat avec les fédérations hospitalières afin de pouvoir comparer les coûts du travail de chaque secteur ;
- l'étude ATIH basée sur l'exploitation de l'ENOC, intégrant les honoraires des médecins libéraux et les dépassements secteur II.

4. l'ENOC

L'ATIH indique que l'objectif des simulations est d'objectiver les effets revenus. Elles sont menées en 2 temps :

- 1^{er} temps : travaux sur les bases 2005 ;
- 2nd temps : simulations en V10c et en V11 afin de mesurer l'effet revenu associé.

5. La Version 11 de la classification des GHM

Les travaux se poursuivent en vue de la finalisation de la version 11 de la classification des GHM, sur la base de simulations budgétaires en concertation avec l'ensemble des acteurs.

6. Programmable / Non-Programmable

L'ATIH a réalisé des travaux sur la V10c qu'elle propose de poursuivre sur la V11. Ces travaux se limitant toutefois à certains GHM, les résultats seront difficilement exploitables.

La FHP soulève la question de l'articulation entre les sujets de permanence des soins et de programmation des soins.

Le prochain comité de pilotage, selon le souhait de Mme la directrice se tiendra fin mai.



Compte rendu du Comité de Pilotage Convergence du 02 juin 2008

Participants :

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports :

Annie Poteur (DHOS)
Luc Allaire (DHOS)
Patrick Olivier (DHOS-F)
Céline Moreau (DHOS-F3)
Benjamin Maurice (DHOS-F3)
Christine Ungerer (DHOS-F2)
Christophe Andréoletti (MT2A)
Martine Aoustin (MT2A)
Nicolas Blanchard (MT2A)
Thierry Kurth (MT2A)
Jean-Roger Pautonnier (MT2A)

Organismes sous tutelle du Ministère :

Maryse Chodorge (ATIH)
Marion Mendelsohn (ATIH)
Pascal Ardilly (ATIH)
Housseini Holla (ATIH)

Fédérations hospitalières :

Jérôme Antonini (FEHAP)
Hélène Logerot (FEHAP)
Matthieu Lainé (FEHAP)
Yves Gaubert (FHF)
Nicole Gallais-Ferrier (FHF)
Hélène Boyer (FHF)
Sandrine Bouchet (FNCLCC)
Dominique Maigne (FNCLCC)
Sandrine Billet (FHP)
Philippe Burnel (FHP)
Philippe Cruette (FHP)

Assurance Maladie :

Pierre Gabach (CNAMTS)

Ordre du jour :

1/ Permanence des soins :

- 1.1/ Gardes et astreintes médicales
- 1.2/ Les autres éléments de la PDS

2/ Précarité :

2.1/ Etude exploratoire :

Surcoûts organisationnels
Impacts séjours

2.2/ Poursuite de l'étude DREES :

Amélioration du codage en routine
Etude quantitative

3/ Coût du travail :

3.1/ Actualisation de l'étude DREES sur les rémunérations nettes et brutes salariales 2005 et 2006

Consolidation des charges patronales :

3.2/ Exploitation de l'ENCC : mesure des écarts financiers de coût du travail intégrant les honoraires des médecins libéraux

4/ Point d'information ENCC / V11

5/ Autres études complémentaires moyen / long terme

- Evolution récente des écarts tarifaires
- Activité non programmable
- Soins péri hospitaliers
- Charge en soins
- Fiscalité
- Effets de gamme
- Actualisation des missions d'intérêt général

6/ Questions diverses

Madame la Directrice de la DHOS ouvre la réunion en commentant l'ordre du jour. Elle rappelle que l'une des échéances majeures de cette année sera la présentation au Parlement du rapport de la DHOS relatif à la convergence intersectorielle le 15 octobre.

La MT2A procède à la présentation de l'avancée des travaux relatifs aux études complémentaires.

1/ Permanence des soins :

La MT2A présente le contenu et le calendrier de la mission qui a été confiée au cabinet Deloitte. Madame la Directrice de la DHOS confirme que les résultats de la phase 1 de cette mission seront pris en compte pour la campagne 2009.

La FHF regrette que le volet « permanence des soins » ne soit appréhendé que par le biais des gardes et astreintes. Elle souligne que l'activité non programmable implique également des coûts indirects qui mériteraient d'être inclus dans l'analyse.

Madame la Directrice de la DHOS confirme qu'il est bien prévu de mener une étude concernant l'activité non programmable.

Au vu des premiers documents transmis sur le sujet, la FHF insiste sur le fait que la problématique de la non programmation des soins doit être analysée par le prisme du patient, et pas uniquement par celui de la pathologie. Elle souhaite qu'une étude du type de celle déjà réalisée au sein du CHU de Strasbourg, puisse être étendue au niveau national.

La FHP s'interroge sur la nature des gardes et astreintes qui seront financées, à savoir les gardes et astreintes réglementaires ou celles résultant de choix de gestion propres à chaque établissement. Elle souligne l'écart qui existe entre les gardes et astreintes rémunérées et celles effectivement réalisées au sein des cliniques privées.

La FEHAP fait remarquer :

- L'importance de distinguer médecins libéraux et médecins salariés ;
- l'intérêt de l'exhaustivité du recensement et de l'homogénéité du partage entre PDS et CDS.

La FHF indique qu'il est important de raisonner en temps de travail médical.

La FNCLCC s'interroge sur la nature des montants financiers qui seront mis en évidence.

Madame la Directrice de la DHOS précise que l'objectif de l'enquête est de recenser les coûts constatés. Les montants financiers seront mis à la disposition des ARH pour une réaffectation en fonction de leur politique régionale de permanence des soins.

La MT2A rappelle que des comités de suivi sont organisés régulièrement avec l'ensemble des fédérations. S'agissant de la PDS, une réunion est prévue mercredi 04 juin.

2/ Précarité :

La MT2A présente le contenu et le calendrier de la mission qui a été confiée au cabinet Altao.

La FHP note l'existence d'un volet « surcoût structurel » que l'étude présentée s'attachera à mettre en évidence et demande si l'intégration de cet éventuel surcoût est prévue pour 2009. En outre, elle demande si l'option d'intégrer des indicateurs de précarité en routine dans le codage des séjours a été retenue.

La MT2A répond qu'un travail est en cours, notamment entre la DREES et l'ATIH pour réfléchir à ces indicateurs et les mettre en œuvre dès que possible. Les bases de données actuelles ne permettent toutefois pas leur utilisation pour la campagne 2009.

Relativement à ces travaux, la CNAMTS souhaite que les indicateurs retenus soit clairement identifiables et facilement contrôlables. L'ATIH confirme que ces éléments sont pris en compte dans le cadre des travaux menés avec la DREES.

La FEHAP émet quelques doutes sur la pertinence du volet sur le « coût structurel » qui n'est à priori pas le cœur du problème de la prise en charge de la précarité en milieu hospitalier. Cette approche risque de stigmatiser les hôpitaux qui sont effectivement confrontés à une part importante de prise en charge de patients précaires. Selon la FEHAP, l'identification par indicateurs, de patients précaires est la démarche la plus cohérente.

3/ Coût du travail

La MT2A présente le contenu des études relatives aux écarts de coût du travail entre les secteurs d'hospitalisation.

S'agissant de l'étude DREES, elle précise que le prestataire retenu pour la mission d'accompagnement (consolidation des taux de charges patronales) sera connu prochainement.

Elle invite par ailleurs les fédérations à communiquer leurs disponibilités dans la semaine afin de pouvoir accueillir le prestataire en vue d'entamer les travaux.

La FHF regrette que cette étude et son complément soient basés sur les DADS 2005 et 2006 du fait des nombreuses modifications intervenues depuis dans le champ du droit social de la fonction publique, tel le protocole Jacob mis en place en 2007.

La Sous-Direction des affaires financières indique que l'objectif de ces études est d'éclaircir les écarts de coût du travail entre les secteurs.

La MT2A ajoute que la question de l'évolution du modèle est un autre sujet.

La FHF souhaite que ces études aient pour seul objectif d'éclairer l'écart de coût existant et non de modifier le modèle de financement. Il serait en effet dangereux de faire évoluer le financement du coût du travail sur la base d'études dont les données ne sont pas actuelles.

S'agissant de l'étude menée par l'ATIH sur la base de l'ENCC, les travaux sont en cours et intégreront les honoraires des médecins libéraux ainsi que les dépassements secteur II.

4/ Point d'information ENCC / V11

L'ATIH fait le point de l'avancement de ces travaux.

La FHF interroge l'ATIH sur les causes d'insuffisance pouvant entraîner le retrait de la participation d'un établissement à l'étude.

L'ATIH indique que les retraits sont essentiellement liés à la capacité des établissements concernés de mener ce type d'étude dans des conditions de qualité satisfaisantes.

En ce qui concerne les données 2006, l'ATIH en est à la dernière étape, à savoir la construction du référentiel national de coûts, qui sert également aux simulations V11.

5/ Autres études complémentaires moyen / long terme

- S'agissant de l'actualisation de *l'écart moyen entre les échelles tarifaires publiques et privées*, l'ATIH indique que les premiers résultats seront disponibles en septembre ;
- *Les travaux sur l'activité non programmable* vont faire l'objet d'une étude complémentaire ;
- Pour ce qui concerne *l'étude sur les soins péri hospitaliers*, la CNAMTS indique qu'elle a réalisé un certain nombre de travaux. Sur la base des premiers résultats, un

cahier des charges plus général devra être élaboré. Il sera ensuite soumis aux fédérations ;

- S'agissant de *l'étude sur la charge en soins*, l'ATIH informe qu'une réunion s'est tenue avec les fédérations en vue de valider le cahier des charges d'une mission qui sera confiée à un prestataire extérieur ;
- Sur la *fiscalité*, Monsieur le chef de service indique que ce chantier fera partie des priorités du dossier convergence, une fois la campagne 2009 achevée. La FHP ajoute que ce problème est important au regard des sommes en jeu.
- S'agissant *des effets taille et gamme*, la MT2A indique que des réflexions sont en cours en vue de mettre en œuvre les études nécessaires.

Compte tenu des calendriers des différentes études, le prochain comité de pilotage pourrait se tenir mi-juillet.



Compte rendu du Comité de Pilotage Convergence du 11 juillet 2008

Participants :

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports :

Luc Allaire (DHOS)
Martine Aoustin (MT2A)
Christophe Andréoletti (MT2A)
Nicolas Blanchard (MT2A)
Thierry Kurth (MT2A)
Jean-Roger Pautonnier (MT2A)
Céline Moreau (DHOS-F3)
Sandrine Bilet (DHOS-F3)
Isabelle Gautier-Lhermite (DHOS-F2)
Pierre Morisset (DHOS-F2)
Eric Ekong (DHOS-O)
Jerôme Sequier (DSS)

Organismes sous tutelle du Ministère :

Maryse Chodorge (ATIH)
Housseyni Holla (ATIH)

Fédérations hospitalières :

Yves Gaubert (FHF)
Gaëlle Le Bayon (FHF)
Hélène Boyer (FHF)
Bernard Garrigues (FHF)
Andrée Barreateau (FHF)
Philippe Burnel (FHP)
Philippe Cruette (FHP)
Jérôme Antonini (FEHAP)
Sandrine Bouchet (FNCLCC)
Dominique Maigne (FNCLCC)

Assurance Maladie :

Michel Marty (CNAMTS)

Ordre du jour :

1. Point de situation sur les études complémentaires

- Permanence des soins hospitalière

- Prise en charge de la précarité
 - Etude exploratoire DHOS / MT2A
 - Poursuite des travaux DREES / ATIH
- Coût du travail

2. Point d'information ENCC et V11

3. Autres études complémentaires

- Effets taille et gamme
- Soins peri hospitaliers
- Activité non programmable

4. Questions diverses

Présentation de l'Ordre du Jour par Monsieur le Chef de Service.

1. Point de situation sur les études complémentaires

- Permanence des soins hospitalière

La Mission T2A présente la version finalisée des questionnaires (celui du secteur public et celui du secteur privé) relatifs à l'enquête sur la PDSH. Il est rappelé que ces questionnaires ont été élaborés dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des professionnels des différents secteurs, des ARH tests et des représentants des fédérations hospitalières. Leur mise en œuvre est coordonné par le cabinet Deloitte.

La FHF, tout en validant le questionnaire dans sa globalité, s'arrête sur deux points :

- le fait que le questionnaire ne soulève à aucun moment le problème de la provenance des patients et donc des surcoûts liés à l'activité non programmée. A ce titre, la FHF rappelle qu'elle a demandé à plusieurs reprises qu'une étude soit menée sur le sujet. Cette étude pourrait être une extension sur le plan national de l'étude que G. Nisand avait mené au niveau du CHU de Strasbourg ;
- la difficulté à évaluer la part de la PDS dans certaines disciplines et la nécessité de proposer, dans le courrier qui sera adressé aux établissements, des définitions claires des termes de continuité des soins et de permanence des soins.

La MT2A fait noter que l'intégration du problème de l'activité non programmée au sein de ce questionnaire l'alourdirait de façon importante alors même qu'il est question de traiter ce problème dans une étude future.

Monsieur le Chef de Service confirme que cette étude sera lancée très prochainement et demande à la FHF de transmettre les éléments de problématique qui pourraient être intégrés dans le cahier des charges.

Sur la question de l'évaluation de la part de la permanence des soins, la MT2A confirme la complexité du problème (il est parfois difficile de distinguer la continuité de la permanence des soins). Elle indique que des contrôles de cohérence sur les clés de répartition seront réalisés au niveau des ARH et du Ministère.

La FEHAP reconnaît que le questionnaire s'est notablement amélioré par rapport à la première version présentée début juin. Néanmoins, la FEHAP fait remarquer que :

- de manière inhérente à tout questionnaire, on ne peut exclure que certaines réponses soient guidées par des comportements stratégiques de la part de certains établissements ;
- le périmètre de la médecine d'urgence n'étant pas homogène, il conviendra d'être vigilant par rapport à certaines réponses « aberrantes ».

Enfin la FEHAP interroge la DHOS sur l'utilisation des résultats de l'enquête en terme de modèle de financement.

La DHOS indique qu'à ce stade, la question du modèle de financement est prématurée. Elle évoque toutefois le principe d'un débasage des tarifs à minima pour la campagne 2009. La nature de ce débasage ainsi que les modalités de redistribution restent toutefois à préciser.

La FHP pose la question de l'adéquation entre la redistribution des sommes débasées et la réorganisation future de la permanence des soins.

La DHOS indique qu'il reviendra aux ARH, et ultérieurement aux ARS, de gérer cette adéquation.

Les questionnaires étant globalement validés, la MT2A rappelle le calendrier :

- du 18/07 au 22/07 : envoi du questionnaire aux établissements « tests » que les fédérations auront proposé à la MT2A ;
- envoi des questionnaires à l'ensemble des établissements le 25/07
- retour des questionnaires mi-septembre.

- Précarité

En guise d'introduction, la MT2A souligne la nécessité de ne pas mettre sur le même plan précarité et sécurité. Elle présente la version finalisée du questionnaire intitulé « Enquête sur les surcoûts structurels liés aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle et de l'environnement de l'établissement » et rappelle que ce questionnaire a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des professionnels des différents secteurs et des

représentants des fédérations hospitalières. Sa mise en œuvre est coordonnée par le cabinet Altao.

La FHP fait remarquer qu'en ce qui concerne les créances irrécouvrables, la nomenclature complète ne devrait pas être disponible dans le secteur privé. Elle considère par ailleurs que le terme « mise en non-valeur » serait plus approprié.

La FNCLCC fait observer que la « mise en non valeur » n'est pas forcément un signe de précarité.

La FHF interroge la DHOS sur l'estimation des surcoûts liés à l'activité de soins.

La MT2A fait remarquer que ces surcoûts font l'objet d'une étude à moyen terme, dont une première étape consiste à évaluer l'effet sur les durées de séjour d'indicateurs administratifs (CMU, CMU-C, AME) et de situations SDF.

Le questionnaire étant globalement validé, la MT2A rappelle le calendrier :

- du 21/07 au 26/07 : envoi du questionnaire aux établissements « tests » que les fédérations auront proposé à la MT2A ;
- envoi du questionnaire à l'ensemble des établissements fin juillet ;
- retour des questionnaires mi-septembre.

- Coût du travail :

La MT2A rappelle que deux études sont en cours :

- D'une part, l'évaluation des coûts horaires de travail par grande catégorie de personnel, à partir des données DADS, est en cours de réalisation par la DREES et le cabinet Aumeras ;
- D'autre part, l'évaluation des coûts de personnel (intégrant les honoraires des médecins libéraux et des dépassements secteur II) par GHM et/ou par regroupement de GHM sera effectuée à partir des données de l'ENCC par l'ATIH.

Les premiers résultats de ces deux études sont attendus pour le 20 septembre.

2. Point d'information ENCC et V11

L'ATIH indique qu'elle a intégré les observations émises par les fédérations lors de la présentation des simulations ENCC et V11 et des comparaisons coûts/tarifs réalisés pour chaque secteur. Elle a ainsi revu sa méthodologie en réintégrant les coûts de structure dans ses calculs.

Cette réintégration des coûts de structure modifie sensiblement les chiffres présentés en réunion. Toutefois un certains nombre de questions se posent, notamment :

- Le traitement des fonds alloués au secteur public au titre du plan Hôpital 2007.

- Le traitement des produits non déductibles du secteur privé (par ex les chambres particulières)

Ces questions méritent une analyse plus approfondie. L'ATIH propose une prochaine réunion avec les fédérations fin août.

3. Autres études complémentaires

- Effets taille et gamme

La MT2A présente une première version non finalisée du cahier des charges qui pourrait être proposé en vue d'étudier l'impact des effets taille et gamme sur les coûts.

La DHOS rappelle que les deux effets seront traités différemment.

Monsieur le chef de Service souligne en effet que l'effet taille renvoie plus aux modes d'organisation des hôpitaux et ne peut être traité de la même façon que l'effet gamme qui s'insère mieux dans le cadre des travaux sur la convergence.

- Soins peri hospitaliers

La MT2A rappelle qu'un cahier des charges est en cours d'élaboration avec la CNAMTS.

Cette dernière doit par ailleurs fournir à la DHOS des éléments d'études ponctuels réalisés sur ce sujet (notamment sur les médicaments).

- Activité non programmée / non-programmable

La MT2A rappelle que des éléments d'analyse basés sur la classification ont été fournis par l'ATIH.

La FHF renouvelle sa demande à la DHOS qu'une étude sur les séjours soient menée conformément aux recommandations faite par l'IGAS dans son rapport sur la convergence intersectorielle.

La DHOS prend note de cette demande et assure qu'un cahier des charges respectant les recommandations de l'IGAS sera réalisé prochainement.

5.9 *Annexe 9 : Comptes rendus des Comités d'experts*



Convergence : réunion des experts du 7 janvier 2008 Relevé des débats

Participants :

Experts : JC Moisdon, G. de Pouvoirville, B. Dervaux, B. Dormont

MT2A : M. Aoustin, T. Kurth, R. Cash, N. Blanchard, JR Pautonnier

SDF : P. Olivier, B. Maurice, C. Behaghel, V. Godet-Cayré, I. Gautier-Lhermite

Contexte général de la convergence

MA souligne en préambule le caractère de confidentialité attaché à ces travaux.

Elle rappelle le cadre général des études sur la convergence en insistant sur 3 points :

- La LFSS pour 2008 impose un rapport en octobre 2008 sur la convergence tarifaire intersectorielle ;
- Néanmoins un lien doit être réalisé avec la convergence intrasectorielle ;
- Double démarche :
 - ✓ Etudes complètes à 2-3 ans
 - ✓ Approche resserrée pour octobre 2008 avec production d'indicateurs marqueurs d'ici l'été 2008

Questions posées aux experts :

- ✓ Aide à la formalisation des cahiers des charges des études
- ✓ Lorsque nous disposons de données, comment les utiliser ?
- ✓ Comment articuler les différents indicateurs au sein du modèle de financement

PO ajoute que l'écriture du rapport ne suffira probablement pas et qu'il faudra d'ores et déjà en octobre 2008 proposer une modélisation (même fruste) de l'évolution tarifaire pour la campagne 2009.

GdP insiste sur les risques d'une telle démarche liée à l'irréversibilité de l'évolution tarifaire, alors que les indicateurs pourraient à moyen terme s'avérer insatisfaisants. Un vrai problème de visibilité se pose pour les établissements.

MA rappelle qu'il faut prendre en compte conjointement l'impact des deux convergences, inter et intra sectorielles et notamment les évolutions impliquées par la T2A 100% dans le secteur public.

Suite à une question, PO précise que les évolutions à venir ne résultent pas d'une vision d'avenir sur ce que sera ou devra être l'offre de soins dans les années qui viennent.

BrD indique que d'un point de vue de la théorie économique, pour promouvoir un accroissement de l'efficacité, la démarche intra est plus pertinente car chaque secteur est relativement homogène. A l'inverse, la convergence inter concerne des établissements répondant à des cahiers des charges différents.

MA souligne que toute la recherche de l'efficacité n'est pas dans l'évolution tarifaire et que la classification explique d'ores et déjà une grande part de la variabilité intersectorielle. La convergence inter est de nature plus politique et repose à terme sur l'idée qu'il n'y a pas de raison de payer plus cher une même prestation réalisée dans des secteurs différents. Elle insiste sur le fait qu'il ne faut pas a priori donner d'orientation dans un sens ou dans l'autre mais qu'on nous demande pour octobre 2008 d'apporter des éléments d'analyse factuels.

Présentation des thèmes d'étude prévus par la MT2A /DHOS

TK présente les thèmes d'études ciblés dans le cadre des travaux sur la convergence. La discussion s'ouvre sur le premier thème : le coût du travail.

JCM : est d'accord sur le fait qu'il faut travailler sur le coût du travail car c'est du « dur ».

BrD : le public a moins de marges de manœuvre que le privé dans la gestion du personnel.

JCM rappelle l'importance de la variabilité intrasectorielle.

GdP attire l'attention, dans le traitement spécifique du temps de travail, sur le fait que la ventilation des coûts médicaux pourrait être disparate entre les 2 secteurs – temps de travail hors consultation. Voir comment sont traitées les consultations externes dans l'ENCC.

BrD : il faut prendre en compte la question des effets de gamme et de spécialisation (mono et poly activités) qui auront nécessairement un impact sur le personnel. Rôle important de la taille des établissements qui impose de raisonner par classes d'établissements.

GdP propose que la réflexion ne se fasse pas nécessairement par GHM mais plutôt par « ligne de production » (chirurgie viscérale...) ou par CMD, sur la base de regroupements de GHM.

Les experts s'accordent pour dire que plus on fait fin, plus on risque d'aboutir à des erreurs.

BrD : il faudrait compléter les travaux par une analyse de la pyramide des âges, des carrières des médecins de plus en plus réparties entre les deux secteurs...

BD : il faut réfléchir avant d'exclure la sous-traitance.

Les experts s'accordent néanmoins pour dire qu'il faut travailler sur le coût horaire.

Mais GdP souligne que ce qui est important c'est la combinaison des 3 facteurs : salaire / qualification / volume, car c'est cette combinaison qui génère le coût. Il faut donc regarder le coût de la main d'œuvre par rapport à l'activité de manière globale afin de déterminer quelle part des coûts est endogène et quelle part est exogène.

Proposition scénario rapproché :

- ✓ Echelles points ISA => indice de complexité/case mix => repérer les distorsions entre les 2 échelles.
- ✓ On rapporte dans un 2nd temps les coûts de personnel aux points ISA de l'établissement

→ on obtient des euros / points ISA qui permettent une analyse des variabilités inter et intra sectorielles.

L'étude pourrait être faite sur les personnels non médicaux (et donc hors honoraires) pour faciliter les analyses intersectorielles.

Cette dernière orientation va toutefois à l'encontre de la position des fédérations hospitalières qui ont exprimé leur refus de toute étude excluant les coûts médicaux.

S'agissant des ETP, BD indique que les données les plus fiables seraient celles d'ICARE mais elles ne comprennent pas les ex-OQN. Le comité d'évaluation de la T2A a néanmoins travaillé sur les données SAE.

BrD indique avoir réalisé récemment une étude sur la productivité des infirmières et propose de transmettre une synthèse sur le sujet. Ces travaux ont montré la nécessité de faire des classes d'établissement en fonction de la taille, y compris dans la comparaison public/privé. Elle pense qu'on pourrait compléter cette étude si on disposait des coûts horaires.

Il semble important de faire le point sur les données disponibles en terme de travail et de salaire : DADS, enquête structure des salaires de l'INSEE, études DREES, enquête coût et carrière du Ministère (F. Veyron) ... Il semble que le principal problème concerne les établissements privés.

MA propose d'envoyer un tableau avec tout ce dont on dispose selon les scénarios envisagés.

Résumé des principales propositions :

- Analyser les écarts de coûts relevés dans le cadre de l'ENCC
- Faire les travaux sur le coût horaire
- En terme méthodologique :
 - Faire des classes d'établissements
 - Préférer des analyses de fonctions d'hospitalisation plutôt que par GHM : regroupements de GHM, CMD, ...
 - Approcher des indicateurs de productivité coûts / activité, en commençant par la fonction médicale et ensuite les autres segments (blocs, logistique...)

Nouvelles dates de réunion

- 21 janvier 8h30 – 11h
- 4 février 9h-13h

Annexe : tableau récapitulant les données disponibles, la problématique des études et la méthodologie retenue selon les scénarios envisagés (en gras : scénario rapproché)



Compte rendu de la réunion du groupe d'experts sur la convergence intersectorielle du 21 janvier 2008

Thème : la permanence des soins (PDS)

Participants :

Experts : JC Moisson, G. de Pourville, B. Dervaux, B. Dormont
MT2A : M. Aoustin, T. Kurth, R. Cash, N. Blanchard, JR Pautonnier
SDF : C. Behaghel, V. Godet-Cayré

Validation du compte-rendu précédent

BrD fait remarquer que son travail ne portait pas uniquement sur les infirmières mais sur différentes catégories de personnel.

JCM demande si les travaux sur le coût horaire du travail ont pu progresser ; Thierry Kurth précise qu'il va être demandé à la DREES de réaliser une étude à partir des bases de données de l'INSEE (DADS), qui lui sont transmises. (Nota : la DREES a confirmé par la suite la possibilité de réaliser une telle étude dans un calendrier été 2008 sous réserve de la disponibilité des données de l'INSEE 2006 en mai-juin).

La permanence des soins : discussion sur le périmètre

TK précise la définition de la permanence des soins et rappelle que dans le cadre de travaux sur la convergence, la permanence rejoint également les problématiques de programmation / non programmation des soins ; de gestion des événements exceptionnels (plans blancs, canicule, etc.)

La problématique de la permanence rejoint également celle de la continuité de la prise en charge. Elle rejoint enfin les discussions avec les fédérations en 2005-2006 sur la prise en charge des malades chroniques admis en urgence directement dans les services. Ce mécanisme, qui assure cette continuité des soins, a pour conséquence entre autres de pratiquer des prises en charge banales à des coûts élevés.

BrD rappelle la nécessité de s'assurer que le cahier des charges de la permanence des soins est commun entre le public et le privé (dans le cadre de la convergence). GdP pense qu'il y a un encadrement inférieur dans le privé.

RC évoque le cas de la réanimation où on arrive à un très bon taux d'occupation. Mais GdP rappelle que dans le cas de la réa, il existe le tampon des soins intensifs ou de la surveillance continue qui permet cette optimalité. *GdP propose sur ce thème de mesurer les différences de recours à la réa entre le public et le privé.* Il s'agit d'un marqueur de gravité qui a un rôle sur le coût de la prise en charge.

BrD s'étonne que la réponse à la demande de soins soit si peu étudiée en France et notamment l'observation des files d'attente et donc des sous capacités. GdP indique qu'on peut dans un premier temps regarder les statistiques du SAMU sur les temps de prise en charge par un établissement.

GdP rappelle qu'il faut distinguer entre les urgences internes et externes. Il convient de distinguer le plateau d'urgence et le plateau technique de nuit.

RC rappelle que la tarification joue probablement un rôle dans les différences d'organisation entre le public et le privé puisque les astreintes sont payées par l'établissement dans le public alors qu'elles ne le sont pas dans le privé, les médecins facturant des honoraires en cas d'intervention.

BrD s'interroge sur la pertinence d'une organisation avec des infrastructures publiques et des intervenants publics ou privés et 2 financements distincts. Néanmoins, ce modèle ne correspond pas à 100% de l'existant ; il arrive dans certains cas, comme les « SOS main », que les investissements soient réalisés par le privé.

Sur des travaux existants :

Des travaux peuvent être effectués sur l'impact des aléas sur les capacités hospitalières et l'occupation des lits. Des travaux ont été faits sur les maternités il y a quelques années et GdP se propose de nous transmettre les documents réalisés par E. Combier sur cette question. Il s'agissait de dire quelles sont les surcapacités nécessaires pour éviter les refus de patientes. En l'occurrence dans les maternités de niveau 1, l'occupation des lits ne devait être que de 60%. Dans les maternités de niveau 3, les taux d'occupation apparaissent meilleurs car l'activité est plus prévisible.

J-CM rappelle néanmoins qu'une étude de ce type ne permet pas de mesurer d'autres problèmes importants concernant notamment les plateaux techniques : présence souvent inutile d'une laborantine. Dans des travaux réalisés récemment sur les permanences des centres 15, la gestion de l'aléa fort et l'exigence de performance nécessitaient des taux d'occupation de seulement 40%. Les experts s'accordent pour dire que les exigences de performance sur la qualité des prises en charge nécessitent forcément des sur-capacités.

BD mentionne qu'il existe de la littérature sur les pics capacitaires. Il faut faire des travaux à partir des fonctions de coût ou de production évoquées à la réunion précédente pour analyser les variances d'occupation.

GdP rappelle qu'il y a également eu des travaux sur les taux d'occupation en orthopédie chaude (non programmée) et froide (très programmée), qui montrent des écarts très importants en terme de taux d'occupation.

Connaissance des règles existantes :

BrD demande quelle réglementation s'applique aux établissements privés en matière d'admission dans les cas d'urgence et dans les cas de non urgence – question conjointe des refus de prise en charge de certains patients.

JRP rappelle que la question de la permanence des soins rejoint la question fondamentale de la perte de chance des patients et de la nécessité de garantir un accueil H24 même avec une faible activité. Il faut analyser également les recours adressés par le public et le privé, les transferts de patients entre établissements. Sur le lien avec la programmation, il rappelle que le public fait de plus en plus de programmation. Une analyse des lignes de garde et astreinte existante au niveau d'un territoire de santé pourrait être opportune.

La problématique du financement de la PDS

MA rappelle la problématique de la PDS et la solution, actuellement envisagée par le Ministère, qui consisterait à sortir des tarifs la PDS et à la financer en MIG.

Sur les maternités, la PDS n'est-elle pas incluse dans le fonctionnement normal des établissements ? Ainsi elle ne devrait donc pas faire l'objet d'une sortie des tarifs et d'une MIG correspondante. Il s'agit de définir le périmètre de la permanence des soins.

GdP et J-CM précisent que l'on touche ici également à la réglementation et à la planification et que tout ne pourra pas être réglé du point de vue tarifaire. On se heurte sur ces questions aux limites de la tarification.

BD rappelle la difficulté de la question posée par Martine qui nécessite de fixer a priori le périmètre avant d'avoir réalisé l'approche statistique ou descriptive.

Dès lors que les travaux amont ont été réalisés et ont permis de fixer le périmètre de la PDS qui pourrait être transférée en MIG, il faudra être en mesure de dégager les sommes correspondantes (de quels GHS ?) pour les affecter aux MIG.

Proposition de travaux

sur les surcapacités

Il s'agirait d'analyser l'impact des aléas sur les capacités hospitalières publiques et privées. Ceci part de l'idée que les aléas génèrent une perte de capacité. Si on cherche à appliquer le type de simulation appliquée au cas des maternités au cas général, il s'agit d'une étude assez lourde, au vu de la complexité des case mix et de la combinatoire potentielle. Le principe est de se doter d'une loi d'arrivée (type loi de Poisson) et de simuler des processus d'entrées et de sorties aléatoires, au mieux par GHM.

Une autre approche serait de partir d'une base de données avec des taux d'occupation par service et des données chronologiques infra annuelles.

Si le PMSI pouvait fournir la date d'entrée du patient ainsi que la DMS par GHM, cela serait parfait mais pose sans doute des problèmes CNIL ; le RSS est justement transposé en RSA pour éliminer les dates d'entrée et de sortie ; seule reste l'indication du mois de sortie.

Il s'agirait ensuite de calculer des taux de capacités annuelles ainsi que la variance infra annuelle. Ensuite, on pourra se poser la question de ce que coûte un lit vide pour valoriser la sous occupation.

Dans l'analyse des surcapacités, GdP pense que le privé pourrait servir de benchmark. Leurs capacités doivent être normalisées au regard des urgences internes.

Etude longue. Appel d'offre à prévoir.

Suite à ces travaux, on pourrait raisonner de manière normative en définissant a priori ce dont on a besoin. L'existant n'est pas nécessairement optimal mais on peut penser qu'il est adapté étant donné l'ampleur du travail réalisé dans le cadre des SROS – urgence.

Ensuite, il serait possible d'adopter une procédure ascendante => on contractualise l'existant (les gardes, les urgences, etc.) avec une justification apportée aux demandes de capacités supplémentaires et lors de l'évaluation, on révisé les capacités contractualisées au regard de l'utilisation réelle => ex : on ferme le labo la nuit s'il n'est pas utilisé... GdP rappelle dans ce contexte que les MIG sont déclaratives avec objectivation, ce à quoi pourrait correspondre une telle démarche.

sur les SROS

Sur la base de la constatation que la permanence des soins est surtout (mais pas exclusivement) à la charge des établissements autorisés à l'accueil des urgences, l'analyse des SROS urgences pourrait permettre de dresser une photographie de l'existant, et d'identifier quelles sont les charges induites (le service des urgences lui-même étant réputé déjà financé par le dispositif FAU/ATU), par territoire de santé : quels sont les établissements du territoire de santé qui assurent la permanence des soins et comment est-elle réalisée, avec quels moyens ? que fait le personnel d'astreinte ? Quelle est la part des urgences internes et externes ? ...

Prendre garde au fait qu'il y a des surcapacités inutiles dans l'existant et que la permanence des soins est en partie assurée par la ville.

Regarder également les travaux réalisés sur les missions et structures UPATOU / SAU

La question est posée de savoir qui peut faire l'analyse des SROS dans un délai qui permette de respecter les engagements du calendrier resserré. Un appel d'offres est toujours possible si nécessaire mais les ressources pourraient être mobilisées en interne au Ministère.

Conclusion

- Les experts sont chargés d'écrire un cahier des charges rapide sur la constitution de la base de données activité/structure/coût nécessaire à la réalisation des travaux sur la convergence.

- RC interroge l'ATIH sur la disponibilité des dates d'entrée des malades dans la base PMSI. Réponse ATIH : les RSA transmis à l'ATIH ne contiennent que le mois de sortie.
- VGC interroge la SDO pour identifier un SROS urgence bien renseigné (nombre de sites autorisés pour l'accueil des urgences, nombre de gardes et astreintes, type de plateau technique accessible H24, cas des urgences spécialisées) et commencer l'analyse du contenu du SROS au regard des problématiques de PDS

Il apparaît à l'issue de cette réunion qu'il faut encore :

- redéfinir la PDS et notamment ses liens avec la programmation des soins ; les deux problématiques sont en fin de compte plutôt distinctes.

Prochaine réunion

Le 4 février à 9h30-13h à Montparnasse en salle 5076

Ordre du jour prévisionnel :

Premières réponses apportées sur la PDS

Présentations de travaux de Brigitte Dormont et Benoît Dervaux.

Point sur la constitution de la base de données activité/structure/coût des établissements



Compte rendu de la réunion du groupe d'experts sur la convergence intersectorielle du 04 février 2008

Présents :

Experts : JC Moisdon, G. de Pourvoirville, B. Dormont
MT2A : T. Kurth, R. Cash, N. Blanchard, JR Pautonnier
SDF : P. Olivier, V. Godet-Cayré, I. Gautier-Lhermite
SDO : Anne-Noëlle Machu

Excusés : Benoît Dervaux, Martine Aoustin

Sur le compte rendu précédent :

RAS.

JRP : Revoir la demande relative à la base de données faite aux experts qui est très ambitieuse.

La permanence des soins – à partir des réflexions de la SDO :

VGC rend compte de la réunion SDF/MT2A/DHOS relative aux groupes de travail lancés sur la PDS et leurs finalités.

VGC et NB présentent les résultats de leurs recherches quant aux données disponibles sur la PDS, notamment l'étude des SROS PACA et NPC.

A-N.M évoque les principes de la réflexion sur la PDS :

* Réorganisation territoriale de la PDS autour d'un établissement pivot (par les ARH) + gardes pour identifier la PDS

* 3 niveaux sont distingués :

- continuité des soins pour patients hospitalisés (=urgences internes)
- permanence des soins : accueil de nouveaux patients hors des plages horaires de jour (à définir), soit aux urgences, soit directement par accès au plateau technique
- non programmé : incluant également les urgences de jour

* Travaux en cours sur les gardes et astreintes, sur les transports sanitaires.

Le niveau « permanence des soins » est celui sur lequel devrait porter le « débasage » des tarifs, en distinguant ce qui concerne le médical, le paramédical, les blocs et autres.

Il convient en effet de ne « sortir » des tarifs éventuellement que ce qui relève de l'exceptionnel dans l'activité : urgences de nuit et week-end, crises.

Sur la distinction entre gardes et astreintes pour distinguer la PDS de la continuité des soins :

Pour mémoire : gardes et astreintes = 1,5% des dépenses hospitalières dans la comptabilité publique.

GdP précise que les astreintes, et pas seulement les gardes, peuvent permettre d'assurer la PDS (Cf. cliniques ou petits hôpitaux en province).

RC : Garde = modalité de rémunération des médecins donc difficile de se baser sur la distinction.

GdP : la continuité renvoie à la PDS intra hospitalière.

JRP rappelle que la continuité des soins existe également dans le cas des renvois, des recours à d'autres établissements.

TK : l'expérience de l'organisation la PDS en Haute Normandie a révélé principalement 2 écueils = la rémunération des médecins et les réticences des élus.

A-N.M. précise que la PDS telle que la SDO l'a définie exclut les activités H24 (urgences, réa, maternité, etc.) pour lesquelles la PDS est intrinsèque au fonctionnement du service et ne revêt donc aucun caractère exceptionnel.

Sur une définition de la PDS basée sur l'exceptionnel :

PO : il faut une définition minimale de la PDS. On veut sortir des tarifs ce qui est exceptionnel. Trouver une définition par exclusion – l'exceptionnel activité par activité.

J-C.M. : le flux d'urgence est prévisible avec des pics en journée connus. Paradoxalement, le flux programmé est souvent plus perturbant (cf. travaux MEAH).

GdP : payer l'exception à l'exception par une MIG. C'est ce qui se passe dans Medicare => on gère les exceptions au cas par cas. Peut-on accepter cela ? Il faut une prise en charge spécifique qui paye le public et le privé, probablement au niveau régional. => il faut néanmoins définir l'exception.

PO : utilisation des blocs la nuit : c'est ce qui est cher.

Surcapacité est intrinsèque : ensuite, dépend du risque de refus que l'on accepte.

GdP : quel est le niveau de risque que l'on accepte. Quelle est l'offre optimale ?

JRP : il faut prendre en compte 2 types de surcapacités : surcapacité en lit et surcapacité technique.

BrD : sur la définition de la surcapacité : il faut prendre en compte le matériel, l'investissement ou seulement du personnel ? => l'ensemble du groupe pense que c'est probablement surtout le personnel.

La PDS hospitalière à partir des SROS

Hospitalisations induites par les urgences : en moyenne 20% des passages aux urgences => cela représente une opportunité pour la structure.

Réflexions générales

GdP : sur la convergence, avoir un schéma de base :

- il y a des charges normales qu'il faut assurer pour des patients 24h/24. Le tarif doit couvrir ce fonctionnement normal. Regarder les différences entre les cliniques et les hôpitaux. Dans les cliniques : elles sont opportunistes, sous traitent davantage. Là aussi, il y a des surcapacités liées aux aléas. Il y a toujours les urgences internes => on ne peut pas les sortir et faire une MIG pour ces urgences internes.

En revanche, on peut juger en fonction des résultats : une clinique qui se « débarrasse de patients » => on peut facturer à l'établissement qui renvoie.

Ex de l'orthopédie à froid : on peut programmer tout et être extrêmement productif et rien n'empêche au secteur public de faire pareil.

- PDS : on est sur une organisation territoriale avec des contraintes de desserte de territoire. On paye la capacité => que reste-t-il à payer en plus ? le service des urgences est rémunéré.

(Détail de la réflexion de Gérard de Pourvoirville dans sa note fournie en annexe)

RC : problème pour les sites d'urgence => laborantin, manipulateur de radiologie. Permanence du plateau technique = payé en MIG ?

BrD : où en est-on sur les cadres juridiques sur les publics – privés (obligation d'assurer la PDS entre dans la définition du service public hospitalier). Les 100 cliniques privées qui ont une structure d'urgences ont les mêmes obligations que les établissements publics, sauf si scanner à pratiquer en urgence et qu'elles n'en disposent pas, idem pour la réanimation en urgence => obligation de transférer dans le public – en général dans le cadre d'une contractualisation.

GdP : il faut se poser la question de savoir ce que veut dire la convergence pour les activités spéciales qui n'existent que dans le public.

Dès lors que l'on cherche à définir la désorganisation interne liée au service des urgences, il faut bien voir que cela touche assez peu les services hautement spécialisés qui sont configurés pour gérer ces urgences.

Les surcapacités et les plateaux techniques

PO : rationaliser les surcapacités et permanence du plateau technique.

Si on sort la PDS des tarifs => on va sortir des tarifs des surcapacités non justifiées.

RC : il y aurait donc 2 postes de surcoûts :

- surcapacité => regarder les bases avec les dates d'entrée (demande à l'APHP) pour objectiver le phénomène.
- permanence du plateau technique (là, on fait une MIG).

A-N.M : critères permettant de définir la PDS : un nouveau patient, plage horaire => à fixer, accès après un passage aux urgences ou dans le cadre d'un accès direct (par exemple accès direct aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre du réseau des urgences).

BILAN :

TK :

- Il faut des définitions plus précises.
- Il faut une liste des activités qui nécessitent l'organisation d'une PDS hospitalière.
- Définir les plages horaires.
- Définir les recours atypiques
- => on peut hiérarchiser les problématiques et réaliser des monographies d'établissements pour analyser certaines d'entre elles.

RC :

- Investiguer les surcapacités à partir des données de l'APHP
- Standard de la permanence des plateaux techniques => enveloppe régionale (avec notion populationnelle ? JRP).
- Disciplines spécialisées => cas par cas.

PO :

- on peut tailler à la hache en raison des surcapacités ;
- on fait des MIG
- et pour les régions vertueuses, on remet les économies sur les tarifs.

Exposé de Br. Dormont

Travail conjoint avec C. Milcent (cf. Annexe)

Prochaines dates

22 février après midi – précarité

17 mars après midi – économies de gamme, productivité

5.10 Annexe 10 : Tableau des études réalisées, en cours et programmées

Déterminant	Recommandations rapport IGAS	Etudes antérieures	Valeur explicative	Etudes complémentaires	Calendrier
Rapprochement des échelles de coûts		- Etude de coûts en vigueur dans le secteur public depuis 1994 - Etude nationale de coûts privée sur les données 2004 et 2005	Rôle d'apprentissage pour le secteur privé	Réalisation d'une étude de coûts à méthodologie commune entre les 2 secteurs (ENCC) sur les données 2006	Exploitation : campagne 2009
Amélioration de la classification des GHM	- Affiner la classification par le biais de la V11 - Identifier l'impact à partir des résultats de l'ENCC	Deux étapes antérieures d'adaptation de la classification des GHM à la T2A : versions 9 et 10		Version 11 (troisième étape d'adaptation de la classification à la T2A) : création de niveaux de sévérité supplémentaires, élargissement de la liste des comorbidités associées	Campagne 2009
Permanence des soins hospitalière (PDSH)	- Mesurer les coûts des charges de service public pour événements exceptionnels			-Permanences sur place et gardes à domicile réalisées par les médecins -Autres charges associées à la PDSH : personnels non médicaux, plateaux techniques... -Gestion des événements exceptionnels	-Gardes et astreintes médicales : premier volet campagne 2009 - Deuxième volet : ajustements et autres charges PDSH, incluant la gestion des événements exceptionnels : 2009/2010
Patients en situation de précarité	- Mesurer l'importance du phénomène précarité - Définir la notion de précarité et intégrer le paramètre dans le recueil des données - Analyser les trajectoires de soins	- Etude mission PMSI (décembre 1999) - Premier volet de l'étude DREES (décembre 2007)	Séjours précaires recensés avec un surcoût moyen (DMS moyenne supérieure) Mais recommandation de modifier certains critères d'inclusion	-Mesure de surcoûts structurels liés aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle et de l'environnement des établissements -Evaluation d'un impact sur les séjours à partir des données administratives disponibles -Second volet de l'étude DREES : évaluation des surcoûts -Amélioration du codage dans le PMSI	-Prise en compte des premiers résultats : campagne 2009 -Poursuite des études : 2009/2010
Coût du travail	- Evaluer les écarts de coût global horaire du travail - Estimer l'impact des principaux facteurs	- Etude DREES (février 2005) sur les rémunérations horaires dans les établissements	- Ecart sur les salaires horaires nets moyens hors médecins	- Actualisation de l'étude DREES - Etude de l'ATIH à partir des données de	- Premiers résultats : hiver 2008/ 2009

	<i>explicatifs des écarts</i> - Affiner l'analyse relative à la structure de qualification - Analyser les écarts d'effectifs par fonctions - Ne pas se limiter au remboursable sécurité sociale mais avoir une approche « tous financeurs »	publics et privés de 1999 à 2002 -Mission IGAS (mars 2007) : Etude comparative sur le coût global du travail entre établissements publics et privés participant au service public (PSPH). -Travail permanent de redéfinition des MIG -Réforme du financement des MERRI : campagne 2008	- Ecart de coût global horaire du travail PSPH / public (médecins compris). L'étude ne concerne pas le secteur privé lucratif	l'ENCC sur les écarts de coûts par GHM - Analyses complémentaires sur les structures de qualification et les volumes de travail mis en œuvre dans les différents secteurs pour une même production de soins	- Etudes complémentaires : 2009/2010
Evolution du champ des MIGAC	<i>Le champ des missions d'intérêt général serait incomplet</i>			-Prise en compte des charges spécifiques liées à la permanence des soins hospitalière et à la prise en charge de patients en situation de précarité -Autres charges spécifiques	Premier volet de financement par retrait sur la base tarifaire: campagne 2009
Activité non programmée / non programmable	- Produire une définition de l'activité programmée acceptée par les experts, enregistrable par les établissements... et contrôlable par un tiers - Rechercher les causes de non-programmation	- Etude réalisée aux hôpitaux universitaires de Strasbourg sur leurs données 2003 - Analyses de l'ATIH sur des GHM d'activités non programmables	Surcoût observé pour l'activité non-programmée (sachant qu'une part importante des séjours n'ont pas pu être répartis) Confirment une prise en charge plus importante dans le public, facteur de surcoûts	- Identification et mesure de la notion d'activité non programmée/ non programmable - Evaluation des surcoûts induits - Recherche des causes de non-programmation	2009/2010
Effet de gamme	<i>Il ne semble pas prioritaire de privilégier à ce stade les questions d'effet de gamme ou de taille</i>	-Etude DREES sur données 2000 : « caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers » -Etude Grolier et al. sur le case-mix public et privé (données 2000)	Peu d'éléments exploitables pour la problématique de la convergence	Si l'effet de taille n'est pas privilégié dans le cadre de la convergence, en revanche l'effet de gamme, différent selon les secteurs, fait l'objet d'une étude complémentaire	2009/2010
Activités péri hospitalières	<i>Conduire une étude de faisabilité du recueil des charges péri-hospitalières rattachables à un séjour</i>	Etude de l'Ecole des Mines de Paris sur des patients cardiaques en Ile-de-France	Résultats peu exploitables pour la problématique de la convergence	Réalisation d'une étude concernant le rattachement des charges péri hospitalières aux séjours (CNAMTS)	2009/2010
Charge en soins		Etudes diverses : groupe IMAGE, MEAH ...		Amélioration de l'affectation de la charge en soins sur les patients les plus lourds (ATIH)	2009/2010
Fiscalité				Evaluation des charges fiscales pesant sur les différents secteurs	2009/2010

Annexe 11 : Présentation de l'Etude Nationale de Coûts MCO à méthodologie commune

PARTIE ENC

Contexte et objectifs de l'étude nationale de coûts du champ MCO

Le système de tarification à l'activité (T2A) s'appuie sur une typologie de séjours hospitaliers et sur une estimation de coûts moyens par type de séjours (dit « groupe homogène de malades » - GHM). Les coûts moyens par GHM sont issus de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC), qui est une enquête ayant lieu à un rythme annuel auprès d'un échantillon d'établissements de santé publics et privés du champ médecine chirurgie obstétrique (MCO).

L'ENCC poursuit trois objectifs :

- Produire, pour chaque secteur, des coûts moyens par GHM ;
- permettre l'analyse des écarts inter et intra sectoriels et constituer ainsi, pour les pouvoirs publics, un outil d'aide à la décision dans le dispositif de financement des établissements de santé, plus particulièrement dans la perspective de la convergence ;
- accompagner le développement de la gestion interne au sein des établissements qui constitue l'un des attendus majeurs de la réforme du financement.

L'ENCC a succédé en 2006 à deux études distinctes : l'étude de coûts en vigueur dans le secteur ex-DG depuis 1996 et l'étude de coûts dans le secteur ex-OQN menée pour les années 2004 et 2005.

Grands principes de l'ENC MCO à méthodologie commune

Dans le champ MCO, grâce au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), tous les établissements de santé couverts par la T2A disposent de données médicales par séjour (unités médicales fréquentées par le patient, diagnostics codés, actes médico-techniques effectués, etc.) décrivant les parcours de leurs patients. Outre ces données de nature purement médicale, certains établissements de santé disposent à la fois de données d'activité décrivant les séjours de leurs patients et de données économiques (issues de la comptabilité et, pour les établissements privés, du système de facturation) suffisamment détaillées pour permettre de calculer un coût associé à chacun de ces séjours. L'ENCC consiste à exploiter conjointement les données médicales, économiques, et les données d'activité fournies par un échantillon de ces établissements, données dont la collecte et le traitement s'effectuent selon une méthodologie qui tient certes compte de la diversité de leurs systèmes d'information, mais dont les grands principes s'appliquent de la même façon au secteur ex-DG - dit 'public' - et au secteur ex-OQN - dit 'privé' - (principe de méthodologie commune). Ces établissements volontaires, d'une part disposent à la base d'un système d'information capable de restituer leurs charges et certains éléments d'activité avec une richesse de détail suffisante, d'autre part sont en mesure de dégager des moyens humains pour assurer la production des données dans de bonnes conditions.

Ainsi, au titre de l'activité 2006, l'échantillon de l'ENC à méthodologie commune comprenait 104 établissements, dont 61 établissements ex-DG et 43 établissements ex-OQN. Au titre de l'année d'activité 2007, la taille de l'échantillon a sensiblement augmenté : il comprend désormais 122 établissements (68 publics et 54 privés).

La méthodologie¹⁰ de l'ENCC respecte certains grands principes de base :

- on cherche à affecter un maximum de dépenses directement au séjour, s'agissant notamment des dispositifs médicaux implantables, des molécules onéreuses, des produits sanguins et des dépenses de sous-traitance médicale, ainsi que, dans le cas des cliniques, le montant global des honoraires des praticiens. Cela permet d'une part d'approcher au mieux la lourdeur de la prise en charge et d'autre part de fixer les tarifs des GHM en ayant isolé préalablement les composantes du financement venant en sus des tarifs.

- pour ce qui est des dépenses que l'établissement n'est pas en mesure de relier directement à un séjour, on utilise la comptabilité analytique pour ventiler de la manière la plus rationnelle possible entre les séjours consommateurs les dépenses enregistrées dans sa comptabilité générale (par exemple, on va attribuer une partie des dépenses de logistique à chacun des séjours en proportion de leur durée, ou encore on va ventiler les dépenses du bloc opératoire entre les séjours des patients qui ont fréquenté ce bloc en tenant compte de la lourdeur de l'acte opératoire subi). Une des difficultés de l'opération consiste à définir une ventilation pertinente de ces dépenses globales, parce qu'il s'agit par nature d'une opération conventionnelle, donc critiquable.

A l'issue de la collecte, on dispose d'un fichier regroupant tous les séjours des établissements de l'échantillon, comprenant pour chaque séjour des caractéristiques médicales et les éléments de coût nécessaires et suffisants au calcul d'un coût moyen par GHM. Ensuite, on procède à l'estimation du coût moyen par GHM, avec une décomposition par nature de dépense (coûts dits 'décomposés'), après certaines opérations statistiques destinées à en améliorer la qualité (élimination de valeurs extrêmes, mise en œuvre de redressements pour limiter l'erreur d'échantillonnage).

Bien entendu, l'étude de coût répond aux exigences d'une enquête standard basée sur le volontariat : souci de la protection des patients au travers d'un processus d'anonymisation des données de séjour, nombreux contrôles de qualité, contrepartie financière pour les établissements participants.

La base de données anonymisées constituée permet d'élaborer deux référentiels de coûts par GHM, un pour le secteur ex-DG, un pour le secteur ex-OQN. Conformément aux objectifs assignés à l'étude, cette base permet des études intersectorielles de comparaison de coûts moyens par séjour en vue de la convergence public/privé.

Les référentiels construits à partir des données d'activité 2006 sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

La campagne de collecte de l'ENCC au titre de l'activité 2007 a été lancée en mai 2008 et doit s'achever en novembre 2008. Compte tenu du temps nécessaire aux contrôles de qualité et à l'analyse des résultats, l'ATIH prévoit de disposer de la base des données 2007 validées définitives début janvier 2009, pour une diffusion des référentiels nationaux de coûts moyens par GHM début février 2009.

Dispositif mis en œuvre pour améliorer la qualité de l'ENC MCO à

méthodologie commune

S'appuyant sur plusieurs années d'expérience des études de coût, la méthodologie de l'ENCC permet de construire un coût moyen du séjour par GHM aussi pertinent que possible sur le plan économique, dans la limite imposée par les capacités des systèmes d'information des établissements de santé participant à l'étude.

¹⁰ La méthodologie complète et les informations que les établissements participant doivent transmettre à l'ATIH sont recensées et détaillées dans un guide méthodologique de l'ENCC disponible à titre gratuit sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr, rubrique valorisation / échelle de coûts).

En ce qui concerne le processus de collecte, les services de l'ATIH mettent à disposition des établissements des logiciels guidant la saisie et effectuant en temps réel des contrôles de cohérence sur les données saisies. Une plate forme sécurisée utilisant la technologie Internet permet des échanges de données fiables et rapides entre les établissements et l'ATIH.

Un réseau de professionnels de la comptabilité et du contrôle de gestion des établissements de santé (appelés « superviseurs ») a été constitué afin d'une part d'accompagner et d'assister les établissements dans la mise en œuvre de la méthodologie et des outils informatiques, et d'autre part d'effectuer un contrôle de premier niveau des données transmises, selon une méthodologie très cadrée s'appuyant sur des tableaux d'indicateurs standardisés. Dans tous les cas, l'ATIH effectue un contrôle de qualité de second niveau qui vient renforcer le travail des superviseurs.

Une 'charte qualité', signée entre l'ATIH et chaque établissement participant, engage les établissements sur la base d'indicateurs de qualité consacrés successivement au respect des délais de transmission, à l'exhaustivité des données d'activité et à la proportion des charges directes suivies au séjour. Cette charte est adaptée à un rythme annuel à la situation de l'établissement. Il est envisagé d'introduire des pénalités financières en cas de non respect des indicateurs de la charte.

En cas de difficultés sérieuses et persistantes, l'ATIH engage une procédure d'audit du processus de production des données au sein de l'établissement en échec.

Afin de permettre aux établissements participants de consacrer à l'ENCC les moyens humains nécessaires et suffisants à la transmission des données dans le respect des règles méthodologiques et des délais convenus, chaque établissement reçoit un financement spécifique tenant compte du volume de son activité.

Enfin, il est précisé que lors de la phase de traitement aval des données permettant de produire les référentiels de coûts, des procédures statistiques performantes (en particulier au niveau des redressements) sont mises en œuvre, accompagnées d'une évaluation de l'erreur d'échantillonnage (les intervalles de confiance par GHM sont diffusés avec les référentiels de coût).

5.11 Annexe 12 : Etude ATIH sur les impacts de l'ENCC

Résultats des simulations relatives aux impacts sur les recettes des établissements de santé d'un alignement des tarifs sur les coûts issus de l'ENCC

A. Etablissements de santé ex DG

Les travaux présentés ont porté sur le secteur ex-DG et visent à apprécier l'incidence du changement d'échelle qui combine à la fois un changement d'échantillon mais également de méthodologie de calcul des coûts.

En effet, s'agissant du secteur ex DG, même si les tarifs 2005 ont été principalement basés sur l'échelle de coûts 2002-2003, l'évolution des tarifs liée aux campagnes tarifaires 2006 à 2008 d'une part, la modification de la méthodologie de calcul des coûts liée à la mise en œuvre de l'ENCC, d'autre part, ont très certainement conduit à différencier davantage les échelles de tarifs et les échelles de coûts.

Il convient de rappeler que l'ENCC permet de produire plusieurs échelles de coûts, notamment les deux suivantes :

- l'échelle de coûts bruts complets, ces coûts couvrent la totalité des charges du séjour, y compris les médicaments et DMI payés en sus du GHS, les suppléments journaliers aux GHS, etc. ;
- l'échelle de coûts selon le modèle T2A calés, ces coûts couvrent le même champ de charges que les tarifs, non compris donc les médicaments et DMI payés en sus du GHS, les suppléments journaliers aux GHS. Ils sont calés au sens où basés sur l'échantillon de l'ENC, ils sont réévalués de manière à améliorer la photographie des coûts.

C'est cette deuxième échelle de coûts dits « coûts T2A calés » qui est utilisée dans le cadre de ces travaux.

Dans le cadre de cette simulation, les recettes des établissements sont celles issues de la valorisation de l'activité 2007 par les tarifs actuels selon les règles tarifaires en vigueur au 1^{er} mars 2008 (coefficient géographique, coefficient de transition et prise en charge des séjours extrêmes). Ces éléments comprennent bien entendu les financements des suppléments journaliers ainsi que des médicaments et DMI facturables en sus.

Ces recettes sont comparées à celles issues de la valorisation de la même activité par des tarifs théoriques issus des coûts de l'échelle nationale ENCC 2006. Les coûts utilisés correspondent au modèle T2A de sorte que le champ de prestations couvert par les coûts et par les tarifs soit identique. Enfin, ces coûts ont été calés pour être représentatifs de la base nationale et sont ajustés pour distribuer une masse financière identique à celle distribuée par les tarifs 2008; ces opérations permettent d'obtenir ce qui est appelé « tarifs théoriques ».

Il convient de noter que s'agissant des suppléments journaliers et les médicaments et DMI facturables, ils sont valorisés selon les tarifs des prestations en vigueur au 1^{er} mars 2008 et ne sont donc pas impactées par l'ajustement sur l'échelle.

Cette évaluation est opérée de manière à mesurer l'incidence intrinsèque de ce nouveau modèle de calcul de l'échelle nationale de coûts indépendamment, notamment du changement de la classification des séjours (i.e. la classification des séjours V11).

Cet effet mesure l'écart entre les tarifs actuels et les tarifs théoriques issus des coûts de l'ENCC 2006.

Pour comparer les recettes, un ratio est calculé pour chaque établissement rapportant la masse issue de l'activité valorisée aux tarifs 2008 à celle issue de la valorisation de cette même activité aux tarifs théoriques. Les ratios sont calculés sur l'ensemble des recettes des établissements. Ainsi, en plus des recettes liées aux tarifs théoriques et aux tarifs réels, ont été rajoutés les recettes liées aux suppléments journaliers ainsi que les dépenses de médicaments et DMI facturables en sus. Les ratios ainsi obtenus permettent d'analyser globalement l'impact de l'ajustement des tarifs sur l'échelle des coûts, tout en tenant compte du fait que certaines recettes ne sont pas concernées par ce changement. Il convient de noter que l'introduction des recettes liées aux suppléments journaliers et aux médicaments et DMI en sus a pour conséquence de diminuer l'effet échelle par rapport à celui calculé sur uniquement les recettes liées aux coûts.

Lorsque le ratio d'un l'établissement est supérieur à 1, il est dit « gagnant » à l'ENCC et dans le cas contraire, il est dit « perdant ».

Pour analyser ces ratios, une catégorisation des établissements de santé antérieurement sous DG est utilisée. Cette catégorisation détaille les catégories « classiques » des établissements : CHR / CLCC / APHP.

Les centres hospitaliers (CH) sont regroupés selon la taille, appréciée par le niveau de recette de l'activité :

- CH de moins de 10 M€ (CH 0+),
- CH de plus 10M€ et de moins de 30 M€ (CH 10+),
- CH de plus 30M€ et de moins de 70 M€ (CH 30+),
- CH de plus 70M€ (CH 70+).

Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) sont également regroupés selon la taille, appréciée par le niveau de recette de l'activité :

- EBNL de moins de 30 M€ (EBNL 0+),
- EBNL de plus 30M€ (EBNL 70+).

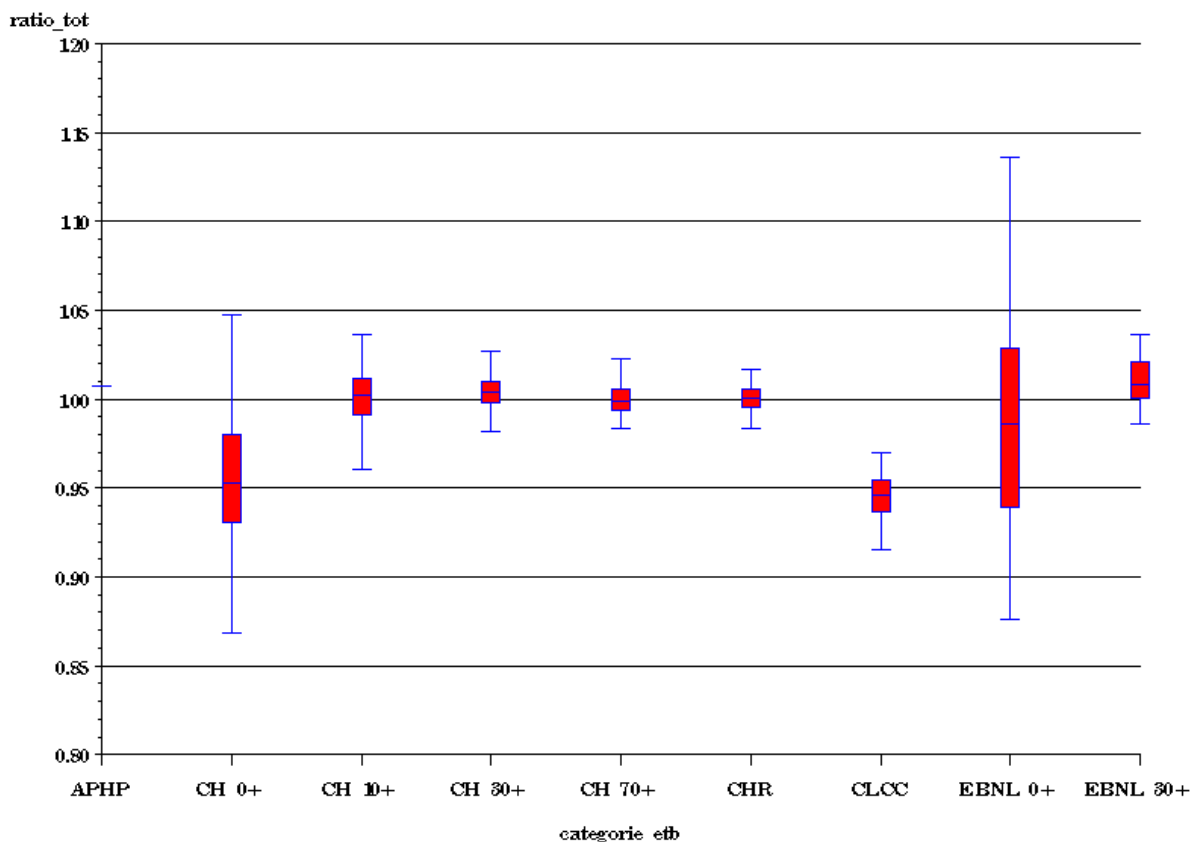
Selon cette catégorisation l'impact de l'échelle se répartit ainsi.

Etablissements ex-DG

Répartition des établissements - Incidence de la classification V10c sur les recettes des établissements

catégorie	P95	Q3	médiane	Q1	P5
APHP	1,0092	1,0092	1,0092	1,0092	1,0092
CH 0+	1,0208	0,9801	0,9524	0,9299	0,8929
CH 10+	1,0286	1,0130	1,0022	0,9905	0,9576
CH 30+	1,0258	1,0109	1,0047	0,9976	0,9871
CH 70+	1,0172	1,0063	0,9985	0,9930	0,9815
CHR	1,0206	1,0074	1,0004	0,9949	0,9785
CLCC	0,9603	0,9416	0,9295	0,9157	0,8926
EBNL 0+	1,1121	1,0313	0,9833	0,9359	0,8936
EBNL 30+	1,0700	1,0240	1,0095	1,0003	0,9480

Repartition des établissements en masse financière par rapport à leur indice (perdant/gagnant) pour l'incidence de la classification v10e



Sur certaines catégories, les ratios sont en effet très dispersés, avec de forts effets recettes.

Globalement la lecture du graphique ci-dessous permet de résumer ainsi les résultats :

- ***l'APHP est gagnante;***
- ***les autres CHR apparaissent comme globalement légèrement gagnants;***
- ***les CH de petite taille financière sont globalement plutôt perdants ; les CH de taille financière moyenne (i.e. recette financière comprise entre 10 et 70 M€) sont plutôt très légèrement gagnants, alors que les plus gros CH (i.e. recette financière supérieure à 70 M€) sont très légèrement perdants;***
- ***les CLCC sont individuellement tous perdants ; ce constat est en conformité avec les résultats commentés dans le cadre de la comparaison des tarifs théoriques et des tarifs. En effet, il apparaissait très clairement que les tarifs théoriques des séances de radiothérapie et de chimiothérapie, qui constituent les activités principales de ces centres, sont très en dessous des tarifs;***
- ***les établissements privés à but non lucratifs de taille financière importante sont plutôt gagnants, alors les plus petits sont perdants, avec une dispersion très importante.***

La masse financière redistribuée entre les établissements du secteur liée à la prise en compte de l'ENCC comme base tarifaire des établissements est de 179M€, soit 0,6% de la recette globale des établissements de secteur.

Catégorie	Ecart de coût v10c - valo tarifs pour les établissements perdants	Ecart de coût v10c - valo tarifs pour les établissements gagnants	Ecart de coût v10c – valo tarifs total
APHP	-	21 394 860	21 394 860
CH 0+	- 23 695 692	1 812 271	- 21 883 420
CH 10+	- 17 749 863	21 617 608	3 867 745
CH 30+	- 18 330 121	36 477 263	18 147 142
CH 70+	- 23 747 604	18 376 947	- 5 370 657
CHR	- 19 148 663	38 777 681	19 629 018
CLCC	- 47 795 539	-	- 47 795 539
EBNL 0+	- 19 343 648	20 978 565	1 634 917
EBNL 30+	- 9 569 087	19 945 022	10 375 935
Total	- 179 380 216	179 380 216	0

La masse des pertes se répartit essentiellement sur les CH de petite taille financière, sur les CLCC et dans une moindre mesure sur les CHR. En revanche, la masse des gains est importante pour les centre hospitaliers de taille financière moyenne (comprise entre 30 et 70 M€) et sur les établissements à but non lucratifs de taille financière importante.

B. Etablissements ex OQN

Les travaux présentés ont porté sur le secteur ex-OQN et visent à apprécier l'incidence de l'alignement des tarifs sur l'échelle nationale des coûts ENCC 2006.

En effet, il convient de rappeler que s'agissant des cliniques privées, les tarifs en vigueur n'ont pas été construits sur la base d'une échelle de coûts, mais à l'aide du dispositif tarifaire antérieure à la T2A. La hiérarchisation actuelle des tarifs est donc très certainement différente de celle des coûts du secteur.

Il convient de rappeler que l'ENCC permet de produire plusieurs échelles de coûts, notamment les deux suivantes :

- l'échelle de coûts bruts complets, ces coûts couvrent la totalité des charges du séjour, y compris les honoraires libéraux, les médicaments et DMI payés en sus du GHS, les suppléments journaliers aux GHS, etc. ;
- l'échelle de coûts selon le modèle T2A calés, ces coûts couvrent le même champ de charges que les tarifs, non compris donc les honoraires libéraux, les médicaments et DMI payés en sus du GHS, les suppléments journaliers aux GHS. Ils sont calés au sens où basés sur l'échantillon de l'ENC, ils sont réévalués de manière améliorer la photographie des coûts.

C'est cette deuxième échelle de coûts dits « coûts T2A calés » qui est utilisée dans le cadre de ces simulations.

Dans le cadre des travaux, les recettes des établissements sont celles issues de la valorisation de l'activité 2007 par les tarifs actuels selon les règles tarifaires en vigueur au 1^{er} mars 2008 (coefficient géographique, coefficient de transition et prise en charge des séjours extrêmes). Ces éléments comprennent bien entendu les financements des suppléments journaliers ainsi que des médicaments et DMI facturables en sus.

Ces recettes sont comparées à celles issues de la valorisation de la même activité par les tarifs théoriques issus des coûts T2A de l'échelle nationale ENCC 2006 ajustés. Il convient de noter que s'agissant des séances de dialyse, elles sont valorisées selon les tarifs des prestations D et ne sont donc pas impactées par l'ajustement sur l'échelle. Il en est de même pour les suppléments journaliers et les médicaments et DMI facturables en sus.

Les honoraires sont bien entendu exclus des coûts de l'ENCC 2006. Par ailleurs, il s'agit de coûts correspondant au modèle T2A de sorte que le champ de prestations couvert par les coûts et par les tarifs est identique. Enfin, ces coûts ont été calés pour être représentatifs de la base nationale et sont ajustés pour distribuer une masse financière identique à celle distribuée par les tarifs 2008 ; ces opérations permettent d'obtenir ce qui est appelé « tarifs théoriques ».

Cette évaluation est opérée de manière à mesurer l'incidence intrinsèque de ce nouveau modèle de calcul de l'échelle nationale de coûts indépendamment, notamment du changement de la classification des séjours (i.e. la classification des séjours V11).

Pour comparer les recettes, un ratio est calculé pour chaque établissement rapportant la recette financière issue de la valorisation de l'activité 2007 aux coûts ajustés à la recette financière issue de cette même activité valorisée aux tarifs 2008. Les ratios sont calculés sur l'ensemble des recettes des établissements. Ainsi, en plus des recettes liées aux coûts et aux tarifs, ont été rajoutées les recettes liées aux suppléments journaliers ainsi que les dépenses de médicaments et DMI facturables en sus. Les ratios ainsi obtenus permettent d'analyser globalement l'impact de l'ajustement des tarifs sur l'échelle des coûts, tout en tenant compte du fait que certaines recettes ne sont pas concernées par ce changement. Il convient de noter que l'introduction des recettes liées aux suppléments journaliers et aux médicaments et DMI en sus a pour conséquence d'atténuer légèrement l'effet échelle par rapport à celui calculé sur les recettes liées aux coûts excluant ces éléments.

Il convient de souligner lorsque le ratio d'un l'établissement est supérieur à 1, il est dit « gagnant » à l'ENCC et dans le cas contraire, il est dit « perdant ».

Pour analyser ces ratios, les cliniques ont été regroupées par le type d'activité prédominante: Médecine (M), chirurgie (C), obstétrique (O), activité interventionnelle, séances.

La typologie d'établissements créée est constituée selon la proportion d'activité réalisée. Les catégories retenues sont les suivantes :

- C, M ou S: l'établissement réalise une activité principale pour plus de 80% de ces séjours ;
- C/, M/, interv/ ou O/ : l'établissement réalise une activité en majorité (C, M, interv ou O à au moins 50%) le reste de l'activité est variée;
- C/M, C/O ou C/interv : l'établissement réalise une activité de chirurgie en majorité à plus de 50%, le reste de l'activité est principalement de la médecine, de l'obstétrique ou de l'interventionnelle à au moins 25%;
- Mixte : activité mixte chirurgie / médecine, chirurgie / interventionnelle, médecine / interventionnelle ou médecine / séance dans des proportions identiques, ou encore plusieurs activités sans qu'il existe des activités réellement dominantes.

Les établissements se répartissent ainsi :

Typage	Total
C	104
C/	268
C/interv	39
C/M	15
C/O	23
interv/	17
M	43
M/	6
Mixte	121
O/	22
S	3
Total	661

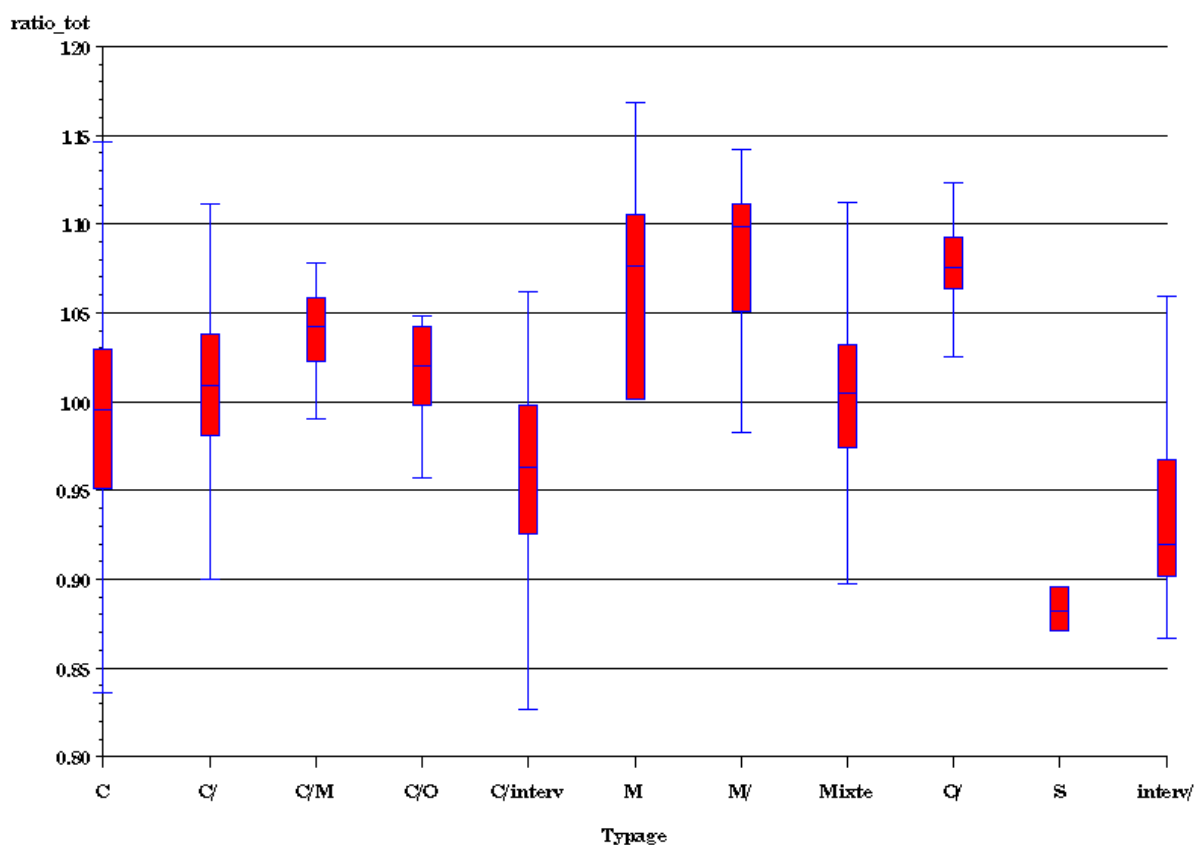
Selon cette catégorisation l'impact de l'échelle se répartit ainsi.

Etablissements ex-OQN

Répartition des établissements - Incidence de la classification V10c sur les recettes des établissements

Typage	P95	Q3	médiane	Q1	P5
C	1,0732	1,0235	0,9776	0,9008	0,7265
C/	1,0713	1,0377	1,0083	0,9808	0,9336
C/M	1,0780	1,0585	1,0422	1,0226	0,9904
C/O	1,0486	1,0426	1,0201	0,9981	0,9668
C/interv	1,0616	0,9981	0,9635	0,9042	0,8017
M	2,9609	1,3353	1,2964	1,2283	1,0400
M/	1,1418	1,1110	1,0984	1,0504	0,9824
Mixte	1,0946	1,0319	1,0045	0,9740	0,9210
O/	1,1230	1,0922	1,0752	1,0639	1,0252
S	0,8962	0,8962	0,8819	0,8714	0,8714
interv/	1,0992	0,9669	0,9198	0,9015	0,8668

Repartition des établissements en masse financière par rapport à leur indice (perdant/gagnant) pour l'incidence de la classification V10c



La répartition des ratios montre que l'impact est important sur les recettes des établissements et est dépendant de la nature de l'activité des établissements. Les ratios sont en effet très dispersés, même à l'intérieur d'un même groupe d'activités, avec donc de effets de recettes très significatifs.

Schématiquement la lecture de graphiques ci-dessous peut se résumer aux constats suivants :

- *les cliniques ayant une activité de médecine, quelle soit principale (M), majoritaire (M/) ou associée à la chirurgie mais de manière significative (C/M), sont gagnantes de manière importante.*
- *les cliniques réalisant de l'obstétrique sont également gagnantes de manière importante, quelle soit majoritaire (M) ou associée à la chirurgie de manière significative (C/O) ;*
- *les cliniques ayant une activité principale de chirurgie (C) sont globalement légèrement perdantes.
Elles sont globalement gagnantes lorsque la chirurgie est l'activité majoritaire mais associée à plusieurs autres activités.
Elles sont en revanche perdantes dès lors cette activité majoritaire est associée à l'activité interventionnelle de manière sensible (c/ interv).*
- *les cliniques dont l'activité prédominante (interv/) est de l'interventionnelle sont perdantes de manière importante. ;*
- *les cliniques ayant une activité mixte sont également très gagnantes;*

La masse financière redistribuée entre les établissements du secteur liée à la prise en compte de l'ENCC comme base tarifaire des établissements est de 149M€, soit presque 2% de la recette globale des établissements du secteur

Catégorie	Ecart de cout v10c - valo tarifs pour les établissements perdants	Ecart de cout v10c - valo tarifs pour les établissements gagnants	Ecart de cout v10c - valo tarifs total
C	- 34 776 817	13 277 044	- 21 499 773
C/	- 42 802 001	63 104 306	20 302 305
C/interv	- 20 133 507	1 357 477	- 18 776 030
C/M	- 243 660	6 173 269	5 929 610
C/O	- 2 143 700	7 108 554	4 964 854
interv/	- 3 315 367	398 806	- 2 916 561
M	- 180 981	14 447 446	14 266 465
M/	- 296 491	2 532 116	2 235 626
Mixte	- 42 650 843	31 101 642	- 11 549 201
O/	-	9 565 109	9 565 109
S	- 2 522 403	-	- 2 522 403
Total	- 149 065 770	149 065 770	0

La masse des pertes se répartit essentiellement sur les cliniques de chirurgie (au moins 80% de l'activité) et sur les cliniques combinant une activité de chirurgie avec une activité interventionnelle. En revanche, la masse des gains est importante pour les établissements ayant une activité prédominante en chirurgie (au moins 50%) et les cliniques de médecine.

5.12 Annexe 13 : Etude ATIH sur la nouvelle classification des séjours V11

La version 11 des GHM

Introduction

La version 11 de la classification des GHM (groupe homogène de malades) est la troisième étape de l'adaptation à la tarification à l'activité dite T2A. Ces modifications ne sont pas spécifiques de ce mode de paiement, elles auraient pu être faites avant 2003 si les points ISA avaient réellement servi à adapter le budget global en rapprochant progressivement le budget réel du budget théorique de chaque établissement. C'est donc, à la fois l'augmentation rapide de la part de T2A dans le secteur qui était sous dotation globale de fonctionnement (DGF), et l'application de ce mode tarifaire dans le secteur anciennement sous objectif quantifié national (OQN) avec un objectif de convergence des tarifs, qui expliquent la nécessité d'adapter la classification des GHM.

La première étape (version 9 des GHM) était issue d'une mise à plat de la classification avec un objectif de réduction des plus grosses disparités interétablissements. Les modifications devaient être suffisamment simples à mettre en œuvre pour que cela n'impacte pas sur les délais retenus pour la mise en place de la T2A.

La deuxième étape (version 10 des GHM) avait deux objectifs principaux :

- être à l'écoute des fédérations de l'hospitalisation qui ont transmis les difficultés rencontrées par certains établissements ; il s'agissait d'effectuer des modifications ponctuelles pour répondre aux demandes validées par la DHOS,
- des créations de GHM nécessaires à une éventuelle intégration de certains dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les tarifs qui reste un objectif de la DHOS.

La troisième étape (version 11 des GHM) a un objectif principal : améliorer la description médicoéconomique des GHM « médicaux », c'est-à-dire « sans acte classant ». On sait depuis toujours qu'un acte chirurgical (ou un acte technique nécessitant un environnement particulier) est presque toujours un acte marqueur et qu'il standardise bien un séjour. Les groupes médicaux sont des groupes pour lesquels on n'a pas pu mettre en évidence d'actes marqueurs (toutes les pneumonies ont un acte d'imagerie pulmonaire) pour segmenter un groupe en plusieurs ; cela ne veut pas dire qu'ils sont sans acte.

7. La version 11 des GHM en quelques mots

7.1. Les quatre niveaux de sévérité

Une analyse rapide des GHM médicaux montre qu'ils sont pour la plupart hétérogènes. Dans le cadre du paiement forfaitaire il faut obligatoirement accepter une part d'hétérogénéité (dite hétérogénéité acceptable), mais il existe bien une hétérogénéité non acceptable :

- si l'analyse de celle-ci montre que, pour une même activité, les coûts (ou les durées moyennes de séjour) sont différents entre établissements, il est nécessaire de comprendre ces différences avant de proposer une modification de la classification,

- si l'analyse montre que, pour différentes activités d'un même GHM, il y a effectivement des populations différentes retrouvées avec à peu près les mêmes caractéristiques dans plusieurs établissements, la solution passe par la classification.

Dans le cadre des groupes médicaux, on constate qu'il y a bien un effet diagnostic principal (DP)¹¹. Cependant, il ne suffit pas à expliquer les différences de durée moyenne de séjour ou de coût. Celles-ci se caractérisent le plus souvent par des situations médicales connexes qui ont tendance à augmenter avec l'âge. Ces situations particulières sont repérées par des pathologies associées et constituent les comorbidités.

Actuellement, ces morbidités supplémentaires sont décrites et valorisées à travers les complications et morbidité associées (sévères) (CMA(S)) au niveau du GHM, de manière non systématique. L'inconvénient des CMA c'est de regrouper dans un même GHM des affections à « surcoûts » très variables payés à la moyenne et l'inconvénient des CMAS celui de regrouper des activités à « coûts » très variables payées à la moyenne. L'efficacité de ces marqueurs de sévérité est jugée insuffisante et on sait que, dans de nombreuses classifications de type DRG¹², les niveaux de sévérité sont plus nombreux (en général quatre en comptant le niveau sans CMA) et appliqués au niveau du GHM dans les classifications les plus sophistiquées ; c'est la piste qui a été explorée dans le cadre des propositions pour la version 11 comme étant une modification qui apporterait plus de satisfaction dans l'amélioration de la valorisation des séjours médicaux présentant des problèmes connexes plus ou moins sévères.

7.2. Les autres modifications

Elles découlent des travaux effectués sur l'augmentation des niveaux de sévérité :

- ♦ La refonte de la liste des CMA puisqu'il fallait élargir la liste actuelle pour avoir trois groupes de « surcoûts » suffisamment différents entre eux pour justifier l'existence de quatre niveaux (le seuil pour être une CMA a été abaissé)¹³. Trois critères statistiques ont été mis au point pour construire une nouvelle liste à partir des bases de données PMSI¹⁴.
- ♦ Si les niveaux 3 et 4 de sévérité sont destinés à mieux valoriser des morbidités associées sans rapport avec le diagnostic qui a motivé le séjour, ils sont aussi destinés à la valorisation des complications de la maladie qui a justifié l'hospitalisation ou de son traitement. Les règles de choix du DP en vigueur dans la version actuelle permettent de choisir entre la maladie et sa complication en fonction de la consommation de ressources. Si la complication continue à être codée en DP chaque fois qu'elle est jugée plus consommatrice, on peut se demander à quoi servent ces niveaux et en quoi la maladie causale codée en diagnostic associé peut expliquer correctement le surcoût du DP retenu. C'est la raison pour laquelle on propose de modifier la définition du diagnostic principal en se basant sur la raison pour laquelle le patient a été hospitalisé ; tout ce qui apparaît pendant le séjour est toujours un diagnostic associé.
- ♦ Le niveau 1 correspondant aux séjours sans CMA et le seuil d'appartenance à la liste des CMA étant abaissé, la DMS et le coût du GHM sans CMA devraient être inférieurs à ce qu'ils sont dans la version 10. Pour de nombreux GHM, la différence entre le groupe de la CM 24 (séjours de moins de deux jours) et celui qui existe dans une autre catégorie majeure de diagnostics (CMD) pour la même activité sera tellement faible qu'elle ne se justifiera plus.

¹¹ Un GHM médical est constitué de nombreux diagnostics comme un GHM chirurgical est constitué de nombreux actes. On constate que les diagnostics médicaux qui composent un GHM peuvent expliquer des consommations de ressources différentes, mais elles ne sont pas suffisamment reproductibles pour standardiser correctement un GHM sur le plan économique.

¹² La classification des DRG (diagnosis related groups) a servi de base à la construction de la classification des GHM.

¹³ Pour avoir quelques chiffres faciles à retenir, on peut considérer que 1000 anciennes CMA sont conservées sur les 2000 existantes et que 2000 nouvelles CMA sont ajoutées à la liste. Les établissements qui focalisent leur codage sur les CMA actuelles au dépend des diagnostics associés, ne sont pas favorisés par la version 11 quand on effectue des simulations sur les bases disponibles.

¹⁴ Les méthodes mises au point sont disponibles sur le site de l'agence par téléchargement des rapports des travaux pour la version 11 des GHM.

C'est la raison pour laquelle on propose de supprimer la CM 24 avec la création de 104 groupes ambulatoires pour l'activité programmable dans les autres CMD afin de ne pas perdre le repérage de cette activité et la création de 165 GHM de très courte durée.

7.3. simulations financières et concertation

En outre, la nouvelle étude de coûts à méthodologie commune (ENCC) entre les secteurs public et privé permet de disposer de nouveaux référentiels de coûts. Ils constituent la base des évaluations financières de l'impact de cette nouvelle version de la classification sur les budgets et chiffres d'affaires des établissements de santé. Courant juin, ces référentiels ont été utilisés afin de calculer les tarifs de GHS associés à cette version de la classification et disposer de simulations financières pour chacun des établissements.

La concertation sur cette nouvelle classification s'est faite sur la base de ces différents éléments de comparaison présentés à chacune des fédérations dès le début juillet. Bien évidemment, les fédérations représentatives de l'hospitalisation ont été associées à toutes les étapes des travaux réalisés depuis 2 ans. Depuis fin avril, elles disposent d'une première base de données comprenant le typage des GHM dans la version 10 et la version 11 intermédiaire, dite bêta, qui leur permet de mieux appréhender les évolutions de mesure de l'activité des établissements et, donc, d'évaluer les impacts majeurs de ce changement. Une seconde base disposant de la version 11-1 soumise à concertation leur a été transmise fin mai.

La caisse nationale d'assurance maladie, outre sa participation aux travaux du comité technique, a été destinataire de la base. Elle a émis sur ce projet des questions et des observations qui ont été analysées par l'agence, la mission tarification à l'activité et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le calendrier projet mis en œuvre permet, dès le mois de septembre, d'apporter des modifications mineures à la proposition de classification ainsi qu'au dispositif tarifaire qui pourrait être mis en œuvre, notamment, dans le cadre des travaux sur la convergence tarifaire.

8. Présentation détaillée de la version 11 des GHM

8.1. Rappel

La version 11 termine un cycle de mise à jour de la classification des GHM pour s'adapter à la T2A. C'est l'objectif de convergence intersecteur qui est à l'origine du nombre de propositions ; avec deux échelles de tarifs, l'adaptation aurait été beaucoup plus simple puisque les différences de tarifs résulteraient des différences de contenus de GHM comme c'est souvent le cas actuellement. La faible activité de médecine non technique et un taux inférieur de comorbidité dans le secteur ex-OQN sont à l'origine des modifications majeures proposées dans cette version :

- Quatre niveaux de sévérité pour chaque racine de GHM (avec quelques exceptions) et une refonte de la liste des CMA pour plus d'efficacité,
- Nouvelle définition du DP pour payer le motif des soins avec la racine de GHM et la comorbidité ou la complication avec le niveau de sévérité,
- Suppression de la CM 24 pour permettre une modulation des tarifs plus adaptée entre une activité ambulatoire bien identifiée et le niveau 1 de la même activité en hospitalisation classique,
- Amaigrissement de la CMD 23 des « autres motifs de recours aux soins¹⁵ » qui a de gros effectifs de séjours peu lisibles et qui gonfle encore avec la suppression de la CM 24,
- Création de nouveaux GHM pour isoler des séjours plus homogènes et en nombre suffisant.

¹⁵ Cette catégorie majeure contient tous les codes de la classification Internationale des maladies (CIM) qui ne peuvent pas être orientés dans une autre catégorie majeure. Il peut s'agir de maladie décrite avec précision, mais ne relevant pas d'un appareil ou d'un système en particulier, ou d'un code correspondant à la description trop imprécise d'un état pathologique.

Pour chacune de ces modifications, un certain nombre de travaux ont été nécessaires. Pour certaines propositions, deux options ont été soumises à la DHOS qui a fait ses choix lors du séminaire du 23 janvier 2008.

8.2. Refonte des CMA et niveaux de sévérité

8.2.1. Les travaux réalisés

- Réalisation d'une liste de CMA qui contient tous les codes (éligibles) qui répondaient aux deux critères retenus (explicatifs de « jours en plus ») dans un des deux secteurs : le nombre de codes spécifiques au secteur public est important, mais il correspond à un nombre de séjours plus faibles ; ceux qui sont spécifiques du privé sont en faible nombre,
- Réalisation de trois classes de CMA correspondant aux niveaux 2, 3 et 4 qui ont été construites statistiquement en retenant la solution qui améliorerait le mieux la PVE (surcoût journées moyen de 5 jours pour le niveau 3 et de 13 jours pour le niveau 4), mais le petit nombre de diagnostics correspondant au niveau 4 a conduit à proposer d'abaisser le niveau 4 à 11,45 jours (perte de PVE acceptable pour un taux de diagnostics plus important dans ce niveau),
- Propositions de nouvelles équivalences d'âge pour augmenter le niveau de sévérité de 1. En plus de la borne de 69 ans, on ajoute 2 bornes à 79 et 2 ans. Il n'y aura pas d'application systématique de ces bornes à chaque racine de GHM, mais une répartition basée sur la pertinence de ces équivalences.

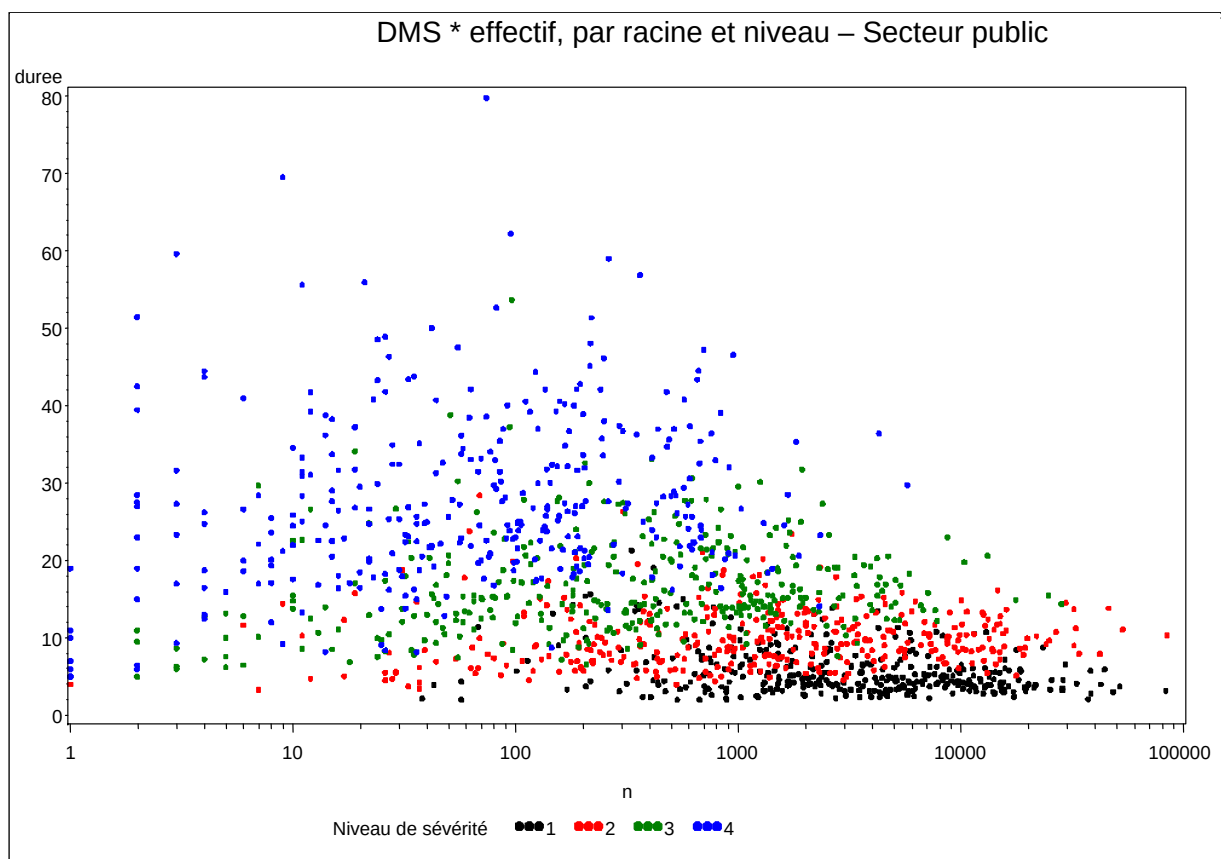
8.2.2. Pertinence des niveaux dans les deux secteurs

Toutes les simulations présentées ci-dessous sont basées sur les modifications de la DMS et non des coûts pour deux raisons :

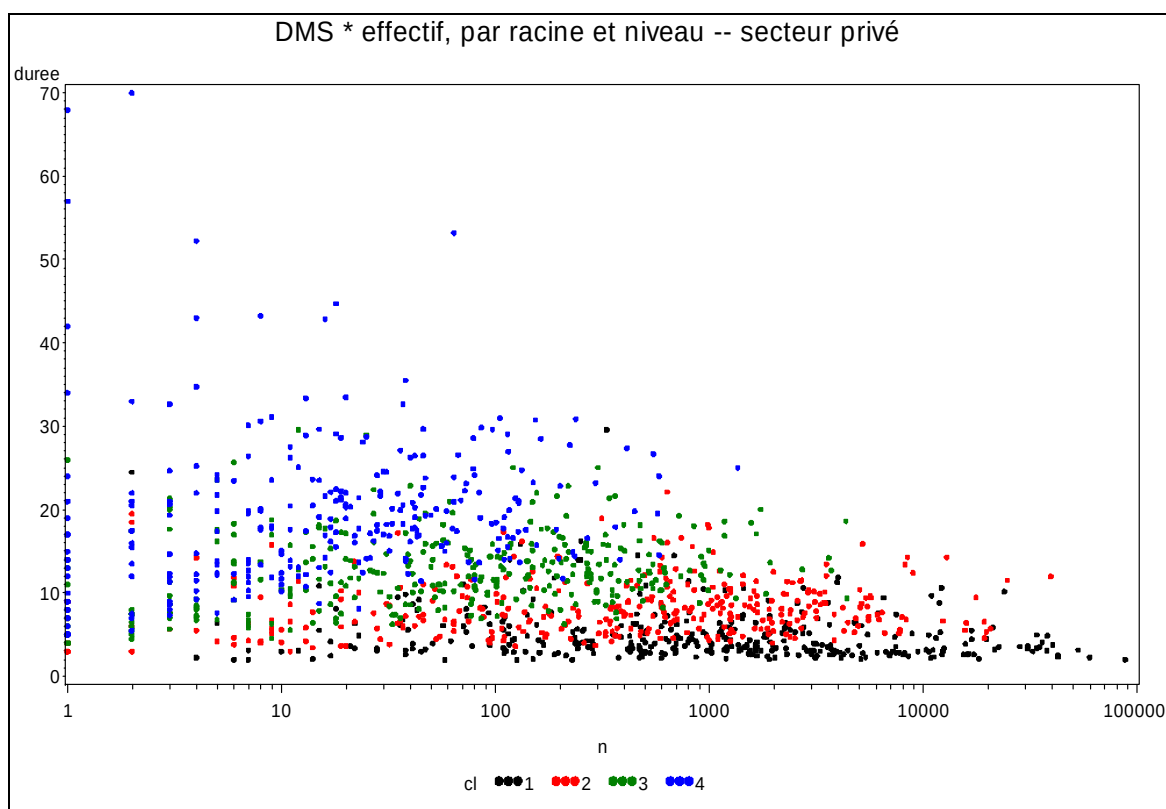
- Les travaux ont été conduits avant que des données ENCC soient disponibles ; on aurait pu utiliser l'ENC du secteur ex DGF, mais l'absence de données de coûts pour le secteur ex OQN ne permettait pas de faire des comparaisons ;
- Les niveaux de sévérité permettent de valoriser des surcoûts qui sont beaucoup plus souvent de la durée de séjour que des actes techniques sauf pour la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, mais ces activités sont rémunérées en supplément des tarifs pour la part technique.

C'est donc en « surcoût journées » que les validations des différentes phases de mise au point de la version 11 ont été faites. Les simulations financières, à partir de juin 2008 ont été faites avec les données ENCC, mais à cette époque, les grands principes de la V11 des GHM étaient arrêtés.

Les deux graphiques ci-dessous permettent d'illustrer la répartition des quatre niveaux en fonction de leurs effectifs et de leurs DMS.



Graphiques 09 : DMS * Effectif par racine pour le secteur ex DG



Graphiques 10 : DMS * Effectif par racine pour le secteur ex OQN

Ces graphiques permettent de constater la pertinence des différents niveaux dans les deux secteurs et la différence de leur répartition. L'observé correspond à l'attendu. Chaque point représente un GHM : ceux de niveau 1 sont noirs, de niveau 2 rouges, de niveau 3 verts et de niveau 4 bleus. Toutes les « racines » de GHM des CMD concernées par l'étude ont été segmentées en 4 groupes. Ces tableaux mettent en évidence le fait que les quatre niveaux de sévérité appliqués à chaque racine de GHM permettent de mieux appréhender la différence de complexité (notamment niveaux 3 et 4) entre les deux secteurs, mais surtout que le niveau 1 concentre bien les DMS les plus faibles dans les deux secteurs et devient plus « semblable ».

8.2.3. Les résultats montrent une grande cohérence entre effectif, fréquence, âge et niveau de sévérité

Dans le secteur ex DGF, il est habituel de distinguer les CHR, les CH, les CLCC et les autres établissements PSPH. La comparaison entre CH et CHR a du sens, les CLCC ont une activité très spécifique et les PSPH se comportent, en termes d'activité, plus comme des établissements privés que comme des CH.

Dans le secteur ex OQN, il est très difficile d'avoir une typologie d'établissement. Différents essais ont été faits sans qu'aucun ne soit très satisfaisant. Dans le cadre des travaux sur la V11, c'est la concentration en racine de GHM expliquant 80% de l'activité d'une clinique qui a été retenue.

Les deux tableaux suivants ne concernent pas la totalité des séjours ; un certain nombre de CMD ont été supprimées :

- les CMD 24 et 28 parce que les GHM ne sont pas éligibles aux CMA,
- les CMD 14 et 15 parce qu'elles ont leurs propres niveaux de sévérité,
- les CMD 25, 26 et 27 parce que la gravité de leurs niveaux 1 ne permet pas d'analyser correctement l'effet des CMA.

♦ Secteur Ex DGF

	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Type												
CH	1402610	660267	304250	91767	57.0	26.9	12.4	3.7	49.3	70.2	75.0	75.3
CHR	967736	322482	164926	63536	63.7	21.2	10.9	4.2	47.5	62.6	64.9	64.9
CLCC	64789	16699	8143	2199	70.6	18.2	8.9	2.4	54.0	59.9	59.1	60.7
PSPH	213115	88313	40247	12226	60.2	25.0	11.4	3.5	53.1	69.1	74.3	73.9

*Effectifs, fréquence et moyenne d'âge par niveau - 2006-
Répartition par type d'établissements du secteur ex DGF*

Les faits notables sont :

- un taux supérieur de niveau 2 et 3 dans les CH parce que l'âge moyen dans ces établissements est supérieur à celui des CHR et que les CMA de ces deux niveaux sont des pathologies qui augmentent avec l'âge (plus la taille d'un CH diminue, plus la moyenne d'âge de l'établissement est élevée),
- c'est bien dans les CHU que le taux de niveau 4 est le plus élevé,
- ce sont les CLCC qui ont le taux de niveau 1 le plus élevé et la moyenne d'âge la plus basse dans les niveaux 2 à 4,
- les PSPH se situent, en moyenne, entre les CH et les CHR, mais il ne faut pas oublier qu'il y a un *continuum* entre les petits CH, les moyens, les gros et les CHR.

♦ Secteur ex OQN

	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Type												
1-9	42637	5767	1141	126	85.8	11.6	2.3	0.3	55.2	65.8	72.1	69.1
10-19	101204	19037	4829	1014	80.3	15.1	3.8	0.8	54.3	70.5	75.9	72.6
20-29	138442	26834	6870	1395	79.8	15.5	4.0	0.8	53.5	71.0	75.9	75.4
30-39	254142	58270	15670	3329	76.7	17.6	4.7	1.0	54.7	71.8	75.1	74.7
40-49	407471	98650	28396	7149	75.2	18.2	5.2	1.3	54.7	71.1	74.3	73.9
>49	691588	200048	64416	16953	71.1	20.6	6.6	1.7	53.8	71.2	74.8	74.1

*Effectifs, fréquence et moyenne d'âge par niveau - 2006-
Répartition par concentration de GHM des établissements du secteur ex OQN*

Les faits notables sont :

- une moyenne d'âge plus élevée que dans le secteur public (alors qu'on dit souvent que les personnes âgées sont majoritaires dans le public), mais c'est dû au faible taux de pédiatrie ou de traumatologie issue des accidents de circulation, et au fait que les interventions majoritaire dans ce secteur concernent une population âgée (chirurgie de la cataracte et de l'arthrose par exemple). Cette population âgée n'a pas les mêmes caractéristiques que celle du secteur public, elle a moins de pathologie associée et elle est majoritairement prise en charge pour des activités programmables ;
- une évolution des taux de séjours par niveau *quasi* linéaire en fonction du nombre d'activités pratiquées par les établissements : ceux qui ont peu d'activités différentes ont plus de niveau 1 que ceux qui en ont plus et le mouvement s'inverse pour les autres niveaux.

8.3. Nouvelle définition du DP

- Rédaction d'une définition qui devrait faciliter les contrôles puisqu'elle est plus conforme à l'histoire clinique. Il s'agit bien du motif pris en charge pour lequel le patient a été hospitalisé dans l'UM (et non du motif d'entrée),
- Modification de l'algorithme de choix du DP en cas de multi-RUM : c'est une modification *a minima* qui a été retenue pour la mise en place de la version 11
 - o L'acte opératoire reste prioritaire, mais on prendra le premier acte thérapeutique s'il y en a plusieurs,
 - o Le DP du séjour médical le plus long et celui du premier en cas d'égalité.

8.4. La suppression de la CM 24

- Création de vrais groupes de chirurgie ambulatoire au sein des CMD *ad hoc*,
- Analyse des effets de la réintégration de la chirurgie et de la médecine de moins de 2 jours dans les groupes existants,
 - o Création de GHM de très courte durée quand les effectifs de RSA le justifient et que la cohérence médicale est respectée,
 - o Création d'une nouvelle information dans le RSA pour enregistrer une confirmation de codage correct pour les séjours de moins de 2 jours sans cohérence médicale,

- Créations de groupes de type « symptômes, explorations et surveillances » sans limite de durée de séjour, mais destinés à recueillir des séjours très courts,
- Créations de quelques groupes « transversaux » dans la CMD 23 avec des consignes de codage contraignantes.

8.5. Amaigrissement de la CMD 23

- Réorientations de DP chaque fois que c'est possible dans des CMD *ad hoc* et une destination, en l'absence d'actes classants, dans les GHM « symptômes, explorations et surveillance » (avec quelques exceptions),
- Réorientation sur le DR pour une liste finie de DP en « Z » avec relecture du DP qui est orienté dans les groupes de « symptômes, explorations et surveillance » ; l'objectif est de ramener le RSA dans une CMD correspondant à une spécialité qui pratique majoritairement des explorations de mêmes types.

8.6. Révision des groupes médicaux

- De nombreuses modifications de listes existantes ont été faites pour corriger les adaptations successives de ICD-9-CM à CIM-9 et de CIM-9 à CIM-10 qui se sont faites à dire d'experts puisqu'il n'y avait pas de données à analyser dans les deux cas et qui n'ont jamais bénéficié d'une révision compte tenu de la priorité qui a toujours été faite aux actes techniques,
- Créations de GHM par simple segmentation ou véritables nouveaux groupes comme la tuberculose par exemple,
- Mise en évidence d'activité à la limite de l'hospitalisation ou du champ MCO ; ces groupes sont proposés avec des conditions à visée tarifaire :
 - o Des définitions précises sur les séjours qui pourraient y être classés,
 - o Pas de possibilité de bénéficier des niveaux de sévérité,
 - o Des critères pour le paiement ou le non paiement.

9. Version 11 des GHM et convergence tarifaire

Un des objectifs des quatre niveaux de sévérité est de faciliter la convergence tarifaire avec d'une part un niveau 1 qui devrait être plus semblable dans les deux secteurs, et d'autre part des niveaux 3 et 4 qui permettent de mieux capter la complexité qui fait la différence entre le secteur ex DGF et ex OQN.

Les tableaux 03 et 04 du rapport 2007 consacré aux simulations de la version 11 donnent les effectifs par CMD (concernée par l'étude) et par niveau, aussi bien pour les nouveaux niveaux de sévérité que pour les anciens¹⁶. Il s'agit ici de l'effet des 4 niveaux indépendamment de toute autre modification de cette nouvelle version.

9.1. Résultat pour le secteur ex DG

¹⁶ La dernière lettre du numéro de GHM est significative. Pour trouver des équivalences qui permettent la comparaison, les suffixes V (sans CMA), Z et E (GHM non segmentés par la présence d'une CMA) ont été regroupés pour être comparé au niveau 1 de la version 11. Le suffixe W correspond aux GHM avec CMA et le S aux GHM avec CMAS.

	N	% par niveau V11				% par CMA(S) V10			DMS par niveau V11				DMS par CMA(S) V10		
CMD	total	1	2	3	4	V/Z/E	W	S	1	2	3	4	V/Z/E	W	S
01	411924	44.0	41.6	12.3	2.0	62.9	28.3	8.8	5.6	11.5	19.0	36.6	7.6	13.3	20.4
02	98017	82.5	16.4	1.0	0.1	93.5	6.5		2.8	6.4	13.5	24.4	3.3	7.1	
03	151524	78.4	17.8	2.9	0.9	88.1	11.9		3.7	8.6	17.5	28.3	4.1	12.9	
04	479628	35.3	44.5	17.3	2.9	56.5	42.7	0.8	5.3	11.0	15.5	27.3	8.4	12.4	26.3
05	662838	38.7	48.6	11.3	1.4	56.8	43.2		4.2	9.4	15.7	29.2	6.2	11.3	
06	495165	57.4	31.6	8.6	2.3	63.8	32.3	3.9	4.3	9.5	16.8	30.7	5.0	12.1	14.3
07	177248	40.9	45.8	10.5	2.8	48.1	43.7	8.2	5.2	10.5	17.0	26.7	6.1	11.8	16.2
08	589669	58.1	35.0	6.0	1.0	76.1	20.6	3.2	5.5	11.6	17.8	30.2	7.2	11.8	20.6
09	188432	63.4	27.8	7.4	1.4	75.0	25.0		4.4	10.4	17.8	26.4	5.7	12.3	
10	213420	58.9	31.6	8.2	1.3	60.1	33.4	6.5	4.8	9.0	14.2	21.7	5.0	9.5	14.3
11	213168	52.8	34.8	9.6	2.8	57.9	32.9	9.2	4.1	9.1	14.9	21.4	4.5	9.9	15.9
12	62359	52.5	34.0	12.4	1.0	74.6	23.5	1.8	4.7	7.9	12.1	19.9	5.8	9.3	17.5
13	121412	81.7	15.5	2.5	0.4	85.3	13.9	0.7	4.2	8.3	16.4	24.8	4.5	8.8	15.5
16	72595	39.4	45.0	13.0	2.6	40.6	46.9	12.4	4.6	9.2	13.7	19.5	4.9	9.7	14.0
17	170436	67.2	23.1	7.6	2.1	79.9	13.9	6.3	3.7	8.0	17.0	28.4	4.4	10.5	20.1
18	75469	43.4	31.9	20.9	3.9	46.6	27.7	25.7	4.7	11.5	19.8	31.7	5.6	12.5	19.5
19	108049	42.3	44.5	11.8	1.4	63.4	36.6		7.3	12.7	17.5	25.7	9.6	13.9	
20	52493	72.2	21.9	5.6	0.3	92.3	7.7		7.9	10.5	14.6	27.7	8.6	13.2	
21	67374	58.9	27.8	10.7	2.6	64.5	25.8	9.7	4.5	9.7	15.9	30.9	5.2	10.6	17.8
Total	4411220	52.0	36.3	9.8	1.8	65.4	30.6	4.0	4.7	10.2	16.5	28.5	6.1	11.6	17.9

Tableau 03 : % de séjours et DMS par CMD, par niveau V11 (4 niveaux)
ou niveaux V10 (V/Z/E, W et S) pour le secteur ex DG

Si l'on compare les deux systèmes CMD par CMD, on constate des corrélations assez fortes.

L'augmentation des DMS par niveau de sévérité dans chaque CMD est toujours très nette, et les DMS du niveau 4 sont toujours nettement plus élevées que celle du niveau avec CMAS (quand il y en a). Les DMS du niveau 1 sont toujours plus basses que celles des GHM en V/Z/E, la moyenne générale étant de 4.7 jours contre 6.1 jours. Globalement la DMS du niveau 4 est 6 fois plus importante que celle du niveau 1, contre un rapport de 1 à 2.9 entre les 2 niveaux extrêmes des GHM V10.

9.2. Résultat pour le secteur ex OQN

	N	% par niveau V11				% par CMA(S) V10			DMS par niveau V11				DMS par CMA(S) V10		
CMD	total	1	2	3	4	V/Z/E	W	S	1	2	3	4	V/Z/E	W	S
01	51335	50.6	42.4	5.9	1.1	72.0	24.8	3.2	4.1	8.5	14.7	26.5	5.3	10.0	17.2
02	118857	94.7	5.2	0.1	0.0	97.7	2.3		2.1	4.7	9.0	16.6	2.2	4.4	
03	123117	92.3	7.1	0.5	0.2	95.3	4.7		2.8	6.9	14.6	26.3	2.9	8.9	
04	67403	31.5	53.7	12.5	2.2	49.7	48.6	1.7	5.9	9.7	13.7	19.3	7.8	10.5	16.9
05	362368	58.5	36.4	4.1	1.0	73.9	26.1		3.1	7.7	13.5	19.6	4.0	9.4	
06	360537	69.4	26.0	3.8	0.9	76.4	22.9	0.6	3.9	8.2	15.0	23.1	4.4	9.5	11.6
07	85931	61.3	33.8	4.0	0.8	71.4	26.8	1.7	4.2	8.2	13.9	21.5	4.8	9.0	12.4
08	485210	67.9	28.6	3.1	0.4	86.2	13.1	0.8	4.8	10.2	13.7	20.6	6.2	9.5	16.4
09	114357	81.1	17.2	1.4	0.3	90.6	9.4		3.5	7.1	13.7	16.3	3.9	8.2	
10	59340	77.5	19.1	3.0	0.4	78.1	19.7	2.2	4.6	7.4	12.0	16.3	4.6	7.6	12.2
11	121188	58.9	35.7	4.5	0.9	71.2	26.2	2.6	3.8	7.2	12.0	20.2	4.3	7.9	15.5
12	85582	52.7	38.7	8.1	0.5	81.3	17.6	1.1	5.4	7.3	9.9	15.4	6.2	7.4	13.6
13	131826	82.6	15.9	1.3	0.2	82.4	17.3	0.3	4.1	7.0	11.7	17.7	4.2	6.7	11.4
16	15559	39.6	49.2	9.3	1.9	41.6	50.9	7.5	3.3	7.6	12.2	15.5	3.5	8.0	13.0
17	26765	63.2	30.4	5.4	1.0	82.0	14.9	3.1	4.3	7.9	14.7	22.4	5.2	9.3	16.4
18	9632	40.5	38.5	16.5	4.5	48.0	36.0	15.9	5.4	10.4	16.7	23.2	6.1	11.4	18.3
19	7320	43.9	47.4	7.6	1.1	63.3	36.7		9.3	10.9	14.3	20.4	10.0	11.5	
20	5341	70.1	26.2	3.7	0.1	94.1	5.9		8.4	8.2	9.4	20.5	8.2	12.0	
21	20479	54.4	33.3	9.5	2.9	66.8	27.1	6.1	4.9	9.9	15.9	24.9	5.9	10.8	21.0
Total	2252147	67.8	27.8	3.7	0.7	79.8	19.3	0.9	3.9	8.4	13.5	20.9	4.7	9.1	15.3

Tableau 04 : % de séjours et DMS par CMD, par niveaux V11 (4 niveaux)
ou niveaux V10 (V/Z/E, W et S) pour le secteur ex OQN

On observe les mêmes tendances que dans le secteur public, les différences provenant surtout d'une fréquence plus faible de séjours compliqués (de tous niveaux), et de DMS globalement plus faibles pour une CMD et un niveau donné. Ce qui se traduit donc par une plus faible augmentation de la PVE en privé qu'en public.

9.3. Quelles comparaisons peut-on faire entre les deux secteurs ?

9.3.1. Comparaison des niveaux de sévérité

Le tableau suivant reprend les dernières lignes des tableaux 03 et 04 en ce qui concerne la répartition des niveaux dans la version 11 et la version 10 et ajoute le calcul d'un ratio OQN/DGF.

version GHM	% par niveau V11				% par CMA(S) V10		
niveaux	1	2	3	4	V/Z/E	W	S
ex OQN (2 252 147 RSA)	67,80	27,80	3,70	0,70	79,80	19,30	0,90
ex DGF (4 411 220 RSA)	52,00	36,30	9,80	1,80	65,40	30,60	4,00
ration OQN/DGF	1,30	0,77	0,38	0,39	1,22	0,63	0,23

Comparaison des taux de sévérité entre V11 et V10 pour chaque secteur

Une première remarque : les travaux complémentaires qui permettent de vérifier que la nouvelle liste des CMA faite sur la base ex DGF est semblable à celle qu'on fabriquerait avec la base ex OQN ont été faits dans un deuxième temps. Or on peut constater que, pour les cas les plus lourds (niveau 4 et CMAS), bien qu'il y ait beaucoup moins de séjours dans le secteur ex OQN, le taux de séjour baisse plus dans le secteur ex DGF (1,8% de niveau 4 contre 4% de CMAS) alors que, dans le secteur ex OQN, la perte est plus faible (0,7% de niveau 4 contre 0,9% de CMAS).

Il semble donc que les cas les plus lourds du secteur ex OQN restent bien décrits par la liste de CMA de niveau 4, alors que de nombreux séjours avec CMAS du secteur ex DGF ne se retrouvent plus en niveau 4. Globalement, alors qu'il y avait 77% de RSA en moins dans le secteur ex OQN pour les GHM avec CMAS, il n'y a plus que 61% en moins dans le niveau 4.

Le niveau 1 qui existe dans la version 11 pour chaque racine de GHM éligible à ce type de segmentation (alors qu'il existe des GHM non segmentés sur la notion de CMA dans la version 10), permet de constater que son taux est supérieur dans le secteur ex OQN en version 11 (30% de plus que dans le secteur ex DGF contre 22% de plus dans le niveau sans CMA ou non segmenté de la version 10).

Les niveaux 2 et 3 prenant des RSA sur l'ensemble des GHM de la version 10 sont difficiles à commenter. On peut juste remarquer des ratios quasiment identiques pour les niveaux 3 et 4 de la version 11.

9.3.2. Comparaison des DMS

Les différences de DMS par niveau sont un peu moins prononcées dans le secteur ex OQN que dans le secteur ex DG en valeur absolue, mais en relatif les observations sont moins tranchées. La DMS du niveau 4 est globalement 5.4 fois plus grande que celle du niveau 1 dans le privé et 6 fois plus grande dans le public alors que celle des GHM avec CMAS est 3.3 fois supérieure à celle des GHM en V/Z/E dans le privé et 2.9 fois dans le public. Entre les niveaux 1 et 2 (les plus fréquents), la DMS augmente de 4.5 jours (150%) dans le secteur ex OQN et de 5.5 jours (117%) dans le secteur ex DG.

La DMS du niveau 1 est toujours inférieure ou égale à celle des GHM en V/Z/E, mais globalement la différence est plus faible dans le secteur privé que dans le secteur public (-30% dans le public, -20% dans le privé).

Si on s'intéresse, pour chaque secteur, au niveau 1 pour la V11 et au niveau sans CMA ou indifférencié pour la V10, on peut calculer un ratio entre les DMS des deux secteurs pour chacune des versions.

CMD	DMS ex DGF		DMS ex OQN		Ratio DGF/OQN	
	V11 niv 1	V10 V/Z/E	V11 niv 1	V10 V/Z/E	V11	V10
01	5,60	7,60	4,10	5,30	1,37	1,43
02	2,80	3,30	2,10	2,20	1,33	1,50
03	3,70	4,10	2,80	2,90	1,32	1,41
04	5,30	8,40	5,90	7,80	0,90	1,08
05	4,20	6,20	3,10	4,00	1,35	1,55
06	4,30	5,00	3,90	4,40	1,10	1,14
07	5,20	6,10	4,20	4,80	1,24	1,27
08	5,50	7,20	4,80	6,20	1,15	1,16
09	4,40	5,70	3,50	3,90	1,26	1,46
10	4,80	5,00	4,60	4,60	1,04	1,09
11	4,10	4,50	3,80	4,30	1,08	1,05
12	4,70	5,80	5,40	6,20	0,87	0,94
13	4,20	4,50	4,10	4,20	1,02	1,07
16	4,60	4,90	3,30	3,50	1,39	1,40
17	3,70	4,40	4,30	5,20	0,86	0,85
18	4,70	5,60	5,40	6,10	0,87	0,92
19	7,30	9,60	9,30	10,00	0,78	0,96
20	7,90	8,60	8,40	8,20	0,94	1,05
21	4,50	5,20	4,90	5,90	0,92	0,88
total	4,70	6,10	3,90	4,70	1,21	1,30

Comparaison des DMS des niveaux 1 de chaque CMD pour les deux secteurs

On constate que, globalement (dernière ligne) et pour la plupart des CMD (en gras dans le tableau), les DMS des deux secteurs se rapprochent avec la version 11. Parmi celles qui ont des résultats moins probants, il y a d'abord celles qui ont des problèmes « structurels » d'homogénéité (CMD 17 à 21) puis celles qu'il faudrait analyser plus finement comme la 04 et la 12 dont les résultats sont peut-être dus à une proportion différente entre les groupes chirurgicaux et les groupes médicaux dans les deux secteurs.

9.4. A propos des groupes à faibles effectifs

Les tableaux 05 et 06 du même rapport (présentés ci-dessous) indiquent le nombre de groupes pour un niveau donné en fonction de la taille du groupe, et d'autre part les nombres de RSA dans ces groupes. Ces tableaux avaient été produits pour connaître le nombre de groupes pour lesquels il serait facile de calculer des prétaux à partir des données de coût et celui des groupes à effectifs insuffisants qui nécessiteront l'utilisation d'autres méthodes pour trouver un tarif applicable à chaque groupe. Si on veut que la version 11 permette d'une part une convergence tarifaire plus facile et d'autre part une limitation de la sélection des patients dans le secteur ex OQN (risque plus élevé avec le paiement au forfait), il faut que les séjours de niveau 3 et, plus encore ceux du niveau 4, soient payés à la valeur de leurs niveaux respectifs (constatée ou estimée) et non à la moyenne des niveaux cumulés chaque fois qu'il y a des problèmes d'effectifs. Avoir un tarif pour quelques cas dans l'année n'est pas un risque financier et il permet, en rémunérant mieux ces séjours d'accepter plus sereinement des séjours à risque de surcoût.

taille du groupe	Nb de groupes par niveau				% cumulé de RSA par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4
0	-	-	1	14	-	-	0.00	0.00
1-99	3	35	94	191	0.01	0.10	0.87	7.44
100-199	6	28	35	60	0.05	0.37	2.04	18.58
200-499	26	44	67	40	0.44	1.27	7.10	34.17
500-999	41	41	46	38	1.77	3.20	14.78	66.38
1000-2500	82	76	67	10	7.92	10.95	37.53	87.40
2500-9999	124	81	40	2	37.47	37.76	78.28	100.00
>=10000	73	50	5	-	100.00	100.00	100.00	-

Tableau 05 : Nombre de groupes et effectif cumulé, par taille de groupe, en fonction du niveau. Secteur ex DG

Note : ce tableau indique par exemple qu'il y a 67 groupes de niveau 3 dont la taille est comprise entre 200 et 499 RSA, et que les groupes de niveau 3 de taille <= 499 représentent 7.10% des RSA de niveau 3.

taille du groupe	Nb de groupes par niveau				% cumulé de RSA par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4
0	-	5	26	69	-	0.00	0.00	0.00
1-99	49	93	180	241	0.13	0.45	6.07	31.80
100-199	33	31	45	27	0.43	1.14	13.81	54.13
200-499	52	44	61	12	1.65	3.56	36.92	76.62
500-999	44	54	27	4	3.67	9.68	59.92	91.29
1000-2500	70	64	10	1	10.88	25.97	77.57	100.00
2500-9999	63	52	5	-	30.25	65.27	100.00	-
>=10000	43	11	-	-	100.00	100.00	-	-

Tableau 06 : Nombre de groupes et effectif cumulé, par taille de groupe, en fonction du niveau. Secteur ex OQN

Les résultats marquants sont que :

- ♦ Le nombre de groupes à effectif très faible (<100, dont effectif nul) est assez important (338 dans le public et 661 dans le privé). Mais ceci correspond à des effectifs cumulés faibles dans le public (par exemple seulement 7.44% des séjours de niveau 4), mais non négligeables dans le privé (31.8% des séjours de niveau 4). Pour les autres niveaux, le nombre de RSA concernés reste assez faible (au plus 6.07% dans le privé de niveau 3).
- ♦ Si l'on examine les groupes à effectif « faible » (<500), les contraintes se renforcent nettement. Ces groupes concentrent en effet 34% des RSA de niveau 4 dans le public et 77% dans le privé. Même les niveaux 3 sont affectés dans le privé (40% des RSA).

9.5. En résumé

Le tableau ci-dessous donne les effectifs, les fréquences et l'âge moyen par niveau pour les différents types d'établissements et pour la totalité des séjours sauf ceux qui correspondent à des séances. On observe les mêmes tendances que dans les tableaux similaires limités à certaines CMD, mais la réintroduction des séjours de moins de 2 jours, des accouchements et des nouveau-nés (avec des effectifs très importants et une majorité de séjours qui relèvent du niveau 1) abaisse le taux pour les niveaux 3 et 4.

	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Type												
CH	4649207	807164	345137	95807	78.8	13.7	5.9	1.6	42.5	60.9	68.6	72.9
CHR	3134723	392444	196397	69561	82.6	10.3	5.2	1.8	43.5	55.7	58.6	61.4
CLCC	159468	16898	8837	2394	85	9	4.7	1.3	55.1	59.9	57.8	59.5
PSPH	696330	109206	45428	12656	80.6	12.6	5.3	1.5	47.1	59.2	68.2	72
Ex-OQN	6103974	487376	136108	30743	90.3	7.2	2.0	0.5	48.8	62.0	68.8	72.6

*Effectifs, fréquence et moyenne d'âge par niveau - 2006- Toutes CMD sauf séances
Répartition par type d'établissements*

5.13 Annexe 14 : Etude ATIH sur les simulations des impacts financiers de la mise en œuvre de la V11

Résultats des simulations relatives aux modifications de classification des séjours sur les recettes des établissements de santé (version non définitive de la classification)

A. Etablissements de santé ex DG

Les travaux présentés ont porté sur le secteur ex-DG et visent à apprécier l'incidence du changement de la classification des séjours sur les recettes des établissements de santé.

En effet, la mise en œuvre de la version 11 de la classification des séjours, dans les deux secteurs, par la meilleure prise en compte des sévérités des prises en charge (i.e. création de 4 niveaux de sévérité pour chaque groupe de séjours), par un repérage précis des activités strictement ambulatoires et des très courtes, conduit à un meilleur financement de l'activité de soins hospitaliers mais introduira également des effets redistributifs de recettes entre établissements.

Dans le cadre de cette simulation, les recettes des établissements sont celles issues de la valorisation de l'activité 2007 par les tarifs théoriques issus des coûts ajustés des GHS groupés selon la classification v10C de l'échelle nationale ENCC 2006. Ces recettes sont comparées à celles issues de la valorisation de la même activité par les tarifs théoriques issus des coûts ajustés de l'échelle nationale ENCC 2006 groupés en version V11 de la classification.

Il convient de noter que s'agissant des suppléments journaliers et des médicaments et DMI facturables, ils sont valorisés selon les tarifs des prestations en vigueur au 1^{er} mars 2008 et ne sont donc pas impactés par l'ajustement sur l'échelle.

Par ailleurs, les coûts correspondent, dans les deux versions de classification, au modèle T2A de sorte que le champ de prestations couvert par les coûts et par les tarifs soit identique. Enfin, ces coûts ont été calés pour être représentatifs de la base nationale. Ils ont également été ajustés pour distribuer une masse financière identique à celle distribuée par les tarifs 2008 (opérations qui conduisent à l'obtention des tarifs théoriques).

Cette évaluation est opérée de manière à mesurer l'incidence intrinsèque du changement de la classification des séjours sur les recettes des établissements de santé indépendamment, notamment du nouveau modèle de calcul de l'échelle nationale de coûts (c'est la même échelle de coûts qui est à l'origine de la valorisation de l'activité, à savoir l'échelle ENCC 2006).

Pour comparer les recettes, un ratio est calculé pour chaque établissement rapportant :

- la masse issue de l'activité groupée selon la version v10c de la classification valorisée aux tarifs théoriques issus des coûts ENCC 2006;
- à celle issue de la valorisation de cette même activité, mais groupée selon la version v11 de la classification aux tarifs théoriques issus des coûts ENCC 2006.

Il convient de noter que les case mix utilisés tiennent compte du financement des séjours extrêmes. Ce financement est propre à chaque classification. Pour mémoire, en v10C, les séjours bas sont financés à 50% du tarif du GHS et les journées réalisées au-delà de la borne haute à 75% du tarif journalier moyen du GHS.

En v11, le financement des bornes a été revu. Ainsi, pour les séjours bas d'un niveau de sévérité, les séjours sont déclassés au niveau inférieur (pour les GHM de niveau de sévérité 1, dans les cas où il n'existe ni de GHM J et de GHM T, ils sont financés selon une fraction du tarif moyen journalier). Pour les séjours dont la durée est supérieure à la borne haute, le financement se fait, pour les journées réalisées au-delà de la borne, à la journée sur la base de 75% du tarif moyen journalier du GHM mais est éventuellement réajusté en fonction des valeurs des niveaux inférieur et supérieur pour éviter les effets codage.

Les ratios sont calculés sur l'ensemble des recettes des établissements. Ainsi, en plus des recettes liées aux coûts, ont été ajoutées les recettes liées aux suppléments journaliers ainsi que les dépenses de médicaments et DMI facturables en sus.

Les ratios ainsi obtenus permettent d'analyser globalement l'impact du changement de classification, tout en tenant compte du fait que certaines recettes ne sont pas concernées par ce changement. Il convient de noter que l'introduction des recettes liées aux suppléments journaliers et aux médicaments et DMI en sus a pour conséquence de diminuer l'effet classification par rapport à celui calculé sur uniquement les recettes liées aux coûts.

Lorsque le ratio d'un l'établissement est supérieur à 1, il est dit « gagnant » à la classification et dans le cas contraire, il est dit « perdant ».

Pour analyser ces ratios, est utilisée la même catégorisation des établissements de santé antérieurement sous DG que celle de l'analyse de l'effet échelle.

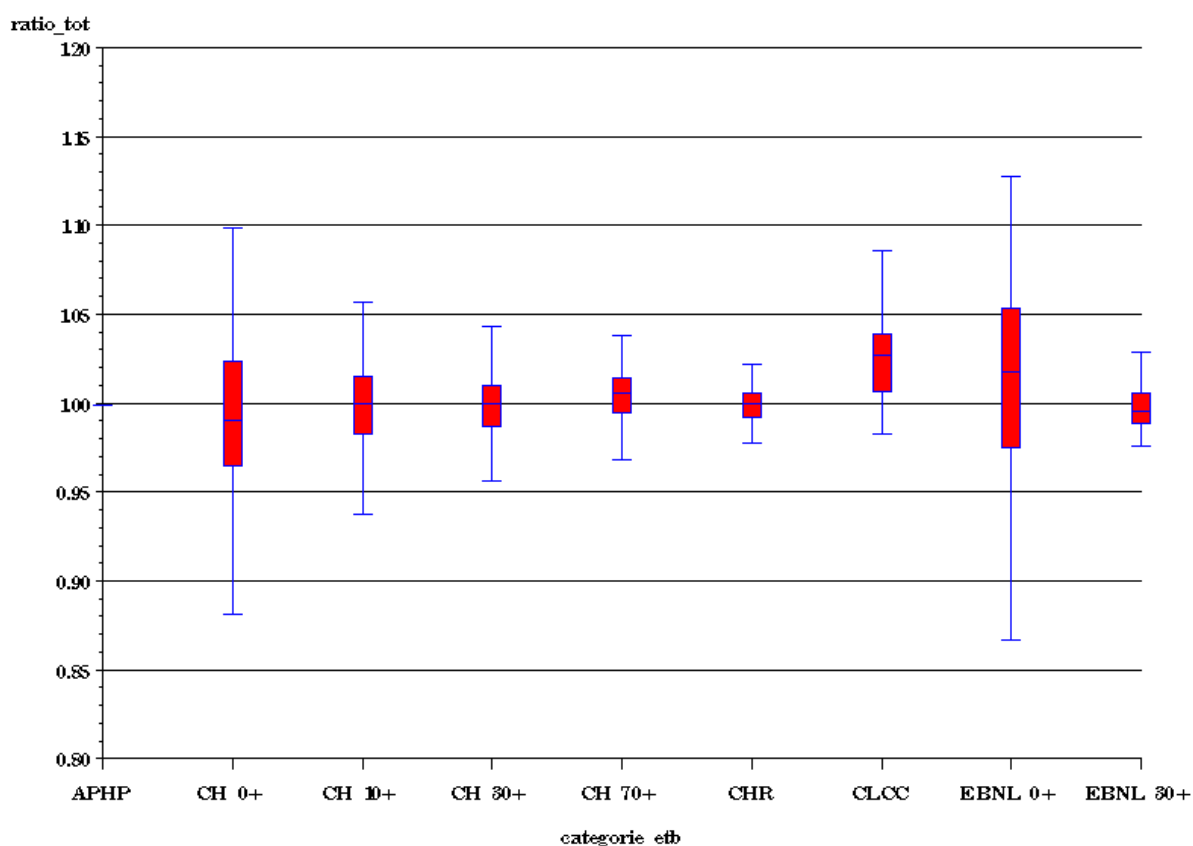
Selon cette catégorisation l'impact de l'échelle se répartit ainsi.

Etablissements ex-DG

Répartition des établissements - Incidence de la classification V11 sur les recettes des établissements

catégorie	P95	Q3	médiane	Q1	P5
APHP	0,9989	0,9989	0,9989	0,9989	0,9989
CH 0+	1,0778	1,0241	0,9891	0,9615	0,8562
CH 10+	1,0407	1,0156	0,9998	0,9824	0,9581
CH 30+	1,0332	1,0111	0,9993	0,9859	0,9676
CH 70+	1,0317	1,0165	1,0061	0,9933	0,9752
CHR	1,0268	1,0070	1,0000	0,9907	0,9573
CLCC	1,0922	1,0498	1,0349	1,0090	0,9780
EBNL 0+	1,1109	1,0519	1,0098	0,9656	0,7719
EBNL 30+	1,0357	1,0081	0,9954	0,9861	0,9723

Repartition des établissements en masse financière par rapport à leur indice (perdant/gagnant) pour l'incidence de la classif v11



Sur certaines catégories, les ratios sont en effet très dispersés, avec de forts effets recettes.

Globalement la lecture du graphique ci-dessous permet de résumer ainsi les résultats :

- ***l'APHP est globalement à l'équilibre;***
- ***les autres CHR apparaissent comme globalement à l'équilibre;***
- ***les CH de petite taille financière sont globalement plutôt perdants ; les CH de taille financière moyenne (i.e. recette financière comprise entre 10 et 70 M€) sont plutôt à l'équilibre, alors que les plus gros CH (i.e. recette financière supérieure à 70 M€) sont plutôt très légèrement gagnants;***
- ***les CLCC sont globalement gagnants ;***
- ***les établissements privés à but non lucratifs de taille financière importante sont plutôt perdants, alors les plus petits sont gagnants, avec une dispersion très importante.***

La masse financière redistribuée entre les établissements du secteur liée à la prise en compte du changement de classification est de 200M€, soit 0,7% de la recette globale des établissements de secteur.

Catégorie	Ecart de cout v11 - cout v10c pour les établissements perdants	Ecart de cout v11 - cout v10c pour les établissements gagnants	Ecart de cout v11 - cout v10c total
APHP	- 2 477 824	-	- 2 477 824
CH 0+	- 15 880 383	7 911 248	- 7 969 135
CH 10+	- 23 775 475	21 257 378	- 2 518 098
CH 30+	- 45 469 406	35 138 196	- 10 331 210
CH 70+	- 20 179 076	45 580 456	25 401 380
CHR	- 52 715 566	34 984 093	- 17 731 474
CLCC	- 2 013 329	24 772 133	22 758 805
EBNL 0+	- 24 818 146	22 253 181	- 2 564 964
EBNL 30+	- 11 767 293	7 199 813	- 4 567 480
Total	- 199 096 499	199 096 499	0

La masse des pertes se répartit essentiellement sur les CHR et sur les CH de moyenne taille financière, dans une moindre mesure sur les EBNL de taille financière importante. En revanche, la masse des gains est importante pour les centre hospitaliers de grande taille financière (supérieure à 70 M€) et sur les CLCC.

B. Etablissements ex OQN

Les travaux présentés ont porté sur le secteur ex-OQN et visent à apprécier l'incidence du changement de la classification des séjours sur les recettes des établissements de santé.

En effet, la mise en œuvre de la version 11 de la classification des séjours, dans les deux secteurs, par la meilleure prise en compte des sévérités des prises en charge (i.e. création de 4 niveaux de sévérité pour chaque groupe de séjours), par un repérage précis des activités strictement ambulatoires et des très courtes, conduit à un meilleur financement de l'activité de soins hospitaliers mais introduira également des effets redistributifs de recettes entre établissements.

Dans le cadre de cette simulation, les recettes des établissements sont celles issues de la valorisation de l'activité 2007 par les tarifs théoriques issus des coûts des GHS groupés selon la classification v10C de l'échelle nationale ENCC 2006. Ces recettes sont comparées à celles issues de la valorisation de la même activité par les tarifs théoriques issus des coûts de l'échelle nationale ENCC 2006 groupés en version V11 de la classification.

Il convient de noter que s'agissant des suppléments journaliers et les médicaments et DMI facturables, ils sont valorisés selon les tarifs des prestations en vigueur au 1^{er} mars 2008 et ne sont donc pas impactées par l'ajustement sur l'échelle.

Par ailleurs, les coûts correspondent, dans les deux versions de classification, au modèle T2A de sorte que le champ de prestations couvert par les coûts et par les tarifs soit identique. Enfin, ces coûts ont été calés pour être représentatifs de la base nationale. Ils ont également été ajustés pour distribuer une masse financière identique à celle distribuée par les tarifs 2008 (opérations qui conduisent à l'obtention des tarifs théoriques).

Cette évaluation est opérée de manière à mesurer l'incidence intrinsèque du changement de la classification des séjours sur les recettes des établissements de santé indépendamment, notamment du nouveau modèle de calcul de l'échelle nationale de coûts (c'est la même échelle de coûts qui est à l'origine de la valorisation de l'activité, à savoir l'échelle ENCC 2006).

Pour comparer les recettes, un ratio est calculé pour chaque établissement rapportant :

- la masse issue de l'activité groupée selon la version v10c de la classification valorisée aux coûts ENCC 2006 ajustés ;
- à celle issue de la valorisation de cette même activité, mais groupée selon la version v11 de la classification aux coûts ENCC 2006 ajustés.

Il convient de noter que les case mix utilisés tiennent compte du financement des séjours extrêmes. Ce financement est propre à chaque classification. Pour mémoire, en v10C, les séjours bas sont financés à 50% du tarif du GHS et les journées réalisées au-delà de la borne haute à 75% du tarif journalier moyen du GHS.

En v11, le financement des bornes a été revu. Ainsi, pour les séjours bas d'un niveau de sévérité, les séjours sont déclassés au niveau inférieur (pour les GHM de niveau de sévérité 1, dans les cas où il n'existe ni de GHM J et de GHM T, ils sont financés selon une fraction du tarif moyen journalier). Pour les séjours dont la durée est supérieure à la borne haute, le financement se fait, pour les journées réalisées au-delà de la borne, à la journée sur la base de 75% du tarif moyen journalier du GHM mais est éventuellement réajusté en fonction du niveau inférieur et supérieur pour éviter les effets codage.

Les ratios sont calculés sur l'ensemble des recettes des établissements. Ainsi, en plus des recettes liées aux coûts, ont été rajoutés les recettes liées aux suppléments journaliers ainsi que les dépenses de médicaments et DMI facturables en sus.

Les ratios ainsi obtenus permettent d'analyser globalement l'impact du changement de classification, tout en tenant compte du fait que certaines recettes ne sont pas concernées par ce changement. Il convient de noter que l'introduction des recettes liées aux suppléments journaliers et aux médicaments et DMI en sus a pour conséquence de diminuer l'effet classification par rapport à celui calculé sur uniquement les recettes liées aux coûts.

Il convient de souligner lorsque le ratio d'un établissement est supérieur à 1, il est dit « gagnant » à la classification et dans le cas contraire, il est dit « perdant ».

Pour analyser ces ratios, les cliniques ont regroupées par le type d'activité prédominante: Médecine (M), chirurgie (C), obstétrique (O), activité interventionnelle, séances.

La typologie d'établissements créée est constituée selon la proportion d'activité réalisée. Les catégories retenues sont les suivantes :

- C, M ou S: l'établissement réalise une activité principale pour plus de 80% de ces séjours ;
- C/, M/, interv/ ou O/ : l'établissement réalise une activité en majorité (C, M, interv ou O à au moins 50%) le reste de l'activité est variée;
- C/M, C/O ou C/interv : l'établissement réalise une activité de chirurgie en majorité à plus de 50%, le reste de l'activité est principalement de la médecine, de l'obstétrique ou de l'interventionnelle à au moins 25%;
- Mixte : activité mixte chirurgie / médecine, chirurgie / interventionnelle, médecine / interventionnelle ou médecine / séance dans des proportions identiques, ou encore plusieurs activités sans qu'il existe des activités réellement dominantes.

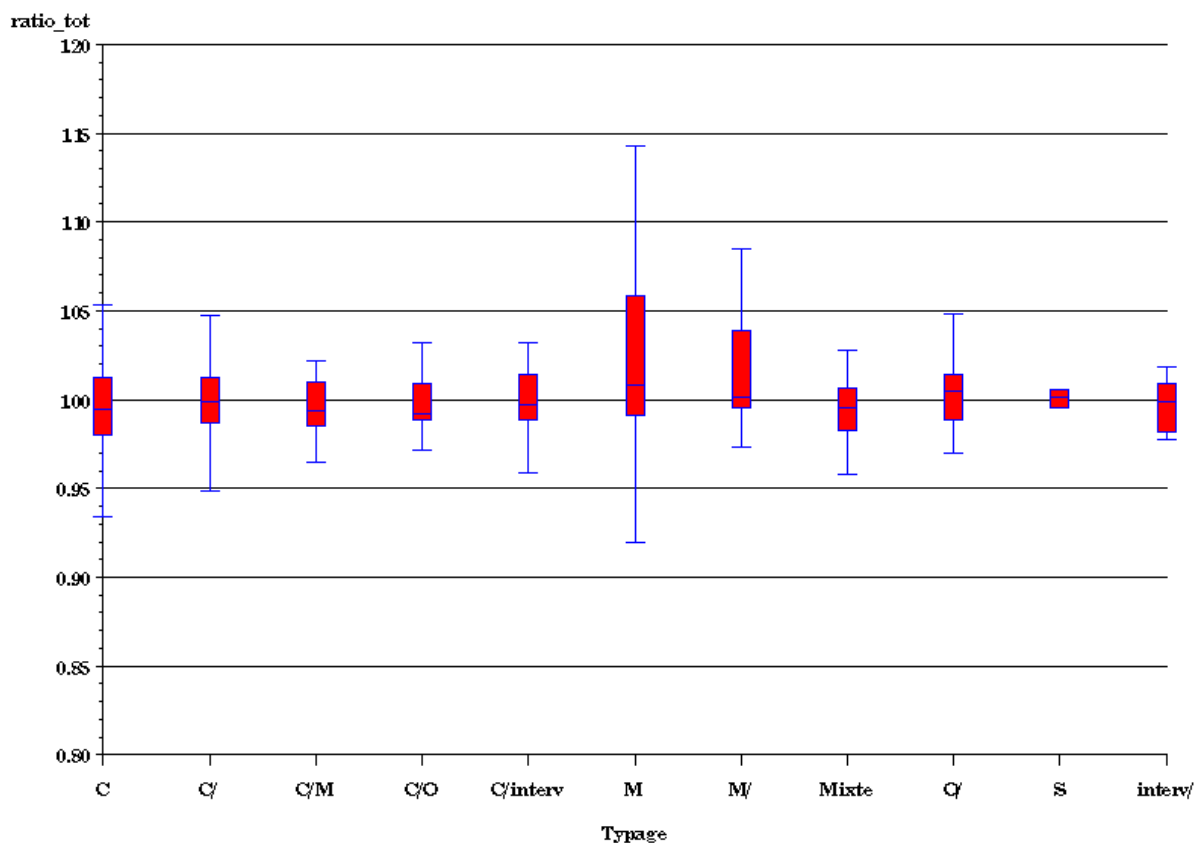
Selon cette catégorisation l'impact de la classification se répartit ainsi.

Etablissements ex-OQN

Répartition des établissements - Incidence de la classification V11 sur les recettes des établissements

Typage	P95	Q3	médiane	Q1	P5
C	1,0436	1,0121	0,9944	0,9804	0,9523
C/	1,0309	1,0124	0,9988	0,9866	0,9643
C/M	1,0216	1,0102	0,9936	0,9851	0,9646
C/O	1,0284	1,0088	0,9920	0,9884	0,9725
C/interv	1,0322	1,0146	0,9969	0,9888	0,9592
M	1,2958	1,1061	1,0222	0,9882	0,7705
M/	1,0853	1,0387	1,0012	0,9951	0,9731
Mixte	1,0190	1,0064	0,9957	0,9825	0,9615
O/	1,0189	1,0143	1,0048	0,9883	0,9793
S	1,0057	1,0057	1,0013	0,9954	0,9954
interv/	1,0646	1,0090	0,9985	0,9818	0,8299

Repartition des établissements en masse financière par rapport à leur indice (perdant/gagnant) pour l'incidence de la classif v11



Par catégorie d'établissements, il convient de noter les gains ou pertes de recettes des établissements sont relativement répartis. Dans son ensemble, il n'y a pas de catégories qui apparaissent globalement perdantes ou globalement gagnantes. Par ailleurs, l'effet classification est plutôt limité, en dehors des cliniques à forte activité de médecine.

Schématiquement la lecture du graphique ci-dessous peut se résumer aux constats suivants :

- les cliniques ayant une activité de médecine, quelle soit principale (M), majoritaire (M/) sont plutôt gagnantes mais avec une dispersion importante.

- *les cliniques réalisant de l'obstétrique sont également gagnantes, sauf dans le cas où l'activité est associée à la chirurgie de manière significative (C/O) ;*
- *les cliniques ayant une activité principale de chirurgie (C) sont globalement légèrement perdantes.
Elles sont globalement perdantes lorsque la chirurgie est l'activité majoritaire mais associée à plusieurs autres activités.*
- *les cliniques dont l'activité prédominante (interv/) est de l'interventionnelle sont globalement à l'équilibre. ;*
- *les cliniques ayant une activité mixte sont légèrement perdantes.*

La masse financière redistribuée entre les établissements du secteur liée à la prise en compte de l'ENCC comme base tarifaire des établissements est de 56M€, soit presque 0,7% de la recette globale des établissements de secteur

Catégorie	Ecart de cout v11 - cout v10c pour les établissements perdants	Ecart de cout v11 - cout v10c pour les établissements gagnants	Ecart de cout v11 - cout v10c total
C	- 8 134 850	6 864 839	- 1 270 012
C/	- 21 575 840	29 116 549	7 540 709
C/interv	- 1 570 756	4 692 341	3 121 585
C/M	- 1 090 894	1 049 134	- 41 760
C/O	- 2 523 404	1 499 205	- 1 024 199
interv/	- 1 073 870	279 596	- 794 274
M	- 2 362 190	4 336 329	1 974 139
M/	- 106 787	452 096	345 308
Mixte	- 16 824 961	7 300 853	- 9 524 109
O/	- 1 113 686	789 967	- 323 719
S	- 43 998	40 330	- 3 668
Total	- 56 421 237	56 421 237	- 0

La masse des pertes se répartit essentiellement sur les cliniques ayant une activité mixte, sur celle ayant une activité de chirurgie (au moins 80% de l'activité) et sur les cliniques combinant une activité de chirurgie avec une activité obstétrique. En revanche, la masse des gains est importante pour les établissements ayant une activité prédominante en chirurgie (au moins 50%) et les cliniques de prédominante en chirurgie et interventionnelle.

5.14 Annexe 15 : Enquête DHOS sur la PDSH

Enquête sur la permanence des soins dans les Établissements privés ex-OQN

La présente enquête a pour objet de recenser les permanences sur place et les astreintes à domicile réalisées dans les établissements de santé en court-séjour MCO en 2007, hors structures de médecine d'urgence, par les personnels médicaux (médecins, chirurgiens, biologistes, radiologues, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) et couvrant la période de la permanence des soins, à savoir les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

Le service des urgences, le SAMU et le SMUR faisant l'objet de financements spécifiques dans le cadre de la tarification à l'activité, ils n'entrent pas dans le champ de l'enquête et n'ont pas à être renseignés.

I/ Identification de l'établissement

- **Identité de l'établissement (raison sociale)** (pré-renseigné)

- **Région de l'établissement** (pré-renseigné)

- **Numéro FINESS juridique de l'établissement** (pré-renseigné)

- Question : **Dans quel cadre votre établissement assure-t-il la PDS ?** (réponse obligatoire – une seule réponse possible)

1/ Dans le cadre d'une autorisation de médecine d'urgence;

2/ Dans le cadre d'une (de) convention(s) ou d'un (de) contrat(s) relais pour la prise en charge des urgences avec un établissement ayant une structure autorisée à la médecine d'urgence ;

Si oui, *affichage du message* « les services concernés vous seront demandés dans la partie II du questionnaire »

3/ Dans un autre cadre ;

Si oui, préciser le(s) service(s) concerné(s) (réponse libre)

II/ Permanence des soins de l'établissement (réponses obligatoires)

- Question : : **Indiquez quels services au sein de votre établissement, hors structure de médecine d'urgence (urgences, SAMU, SMUR), assurent une permanence des soins avec un personnel médical de garde sur place ou d'astreinte à domicile, et sont donc en capacité d'accueillir et de prendre en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midis, dimanches et jours fériés ?** (question fermée, plusieurs réponses possibles)

1/Médecine polyvalente

2/Médecine interne

3/ Cardiologie

4/ Cardiologie interventionnelle

5/ USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques)

6/ Endocrinologie

7/Gastro-entérologie et hépatologie

8/ Gériatrie

9/ Hématologie

10/Infectiologie	35/ Chirurgie vasculaire
11/ Médecine physique et de réadaptation	36/ Chirurgie viscérale et digestive
12/ Médecine vasculaire – Angiologie	37/ Neurochirurgie
13/ Neurologie	38/ Neuroradiologie interventionnelle
14/ Neuroradiologie interventionnelle	39/ SOS Mains
15/ Ophtalmologie	40/ Stomatologie
16/ORL	41/Chirurgie dentaire- odontologie
17/Néphrologie - hémodialyse	
18/ UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée)	42/ Anesthésie-réanimation adulte
19/UMPU (Unité de Médecine polyvalente hospitalisation de 5 jours)	43/Réanimation adulte
20/ UNV (Unité Neuro Vasculaire)	44/ USC (Unité de Surveillance Continue)
21/ Oncologie médicale	45/ USI (Unité de Soins Intensifs)
22/ Radiothérapie et onco-radiothérapie	
23/ Polyclinique médicale	46/ Pédiatrie
24/Pneumologie	47/ Anesthésie-réanimation pédiatrique
	48/ Réanimation pédiatrique
25/ Psychiatrie	49/ Gynécologie-obstétrique
	50/ Néonatalogie
26/ Médecine légale	51/ Chirurgie infantile
27/ Chirurgie générale	52/Biologie médicale
28/ Chirurgie maxillo-faciale	53/ Anatomie et cytologie pathologiques
29/ Chirurgie orthopédique et traumatologie	54/ Radiodiagnostic et imagerie médicale (radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM)
30/ Chirurgie plastique et reconstructrice	55/ Pharmacie
32/ORL et chirurgie cervico-faciale	
33/ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	56/ Autre service
34/ Chirurgie urologique	

Pour chaque structure cochée,

- Question : **Quel est le nombre de lignes de gardes (permanence sur place) et astreintes à domicile mises en place en 2007 les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés pour ce service ? Les gardes réalisées par des médecins spécialistes intervenant sur plusieurs services dans l'établissement (par exemple anesthésiste ou pédiatre assurant des gardes aux urgences, ou chirurgien assurant des gardes sur plusieurs unités, ...) sont à recenser dans leur service de rattachement**
(Question numérique ouverte)

- Question (uniquement si l'établissement déclare avoir en I une convention avec un service d'urgence) : **Ce service est-il concerné par la (les) convention (s) ou contrat(s) relais signés pour la prise en charge des urgences entre votre établissement et un établissement ayant une autorisation de médecine d'urgence?** (question fermée, 2 modalités Oui/Non)

(Les questions seront automatiquement répétées pour chaque service coché, en identifiant la structure en tête de la question)

III/ Permanences sur place et astreintes (réponses obligatoires)

L'ensemble des questions pour chaque service sera répété automatiquement autant de fois qu'il y aura de structures cochées, au paragraphe II

Pour le premier service coché (elle sera automatiquement identifiée nommément à ce niveau),

L'ensemble de questions pour chaque ligne sera répétée automatiquement autant de fois qu'il y aura de lignes déclarées pour la structure, au paragraphe II

Pour la première ligne de garde et astreinte (mise en œuvre les nuits, week-ends et jours fériés)

Est entendu par ligne de garde et d'astreinte le nombre de médecins présents dans le service (garde) ou en astreinte domicile

- Question : **Indiquez l'intitulé de la ligne** (question ouverte)
- Question : **Indiquez le type de ligne** (question fermée ; 2 modalités)
G = garde ;
A = Astreinte ;
- Question : **Indiquez le type de financement** (question fermée, 3 modalités)
Médecin rémunéré par l'assurance maladie ;
Médecin rémunéré par l'établissement ;
Absence de rémunération spécifique
- Question : **Si votre établissement rémunère cette ligne de garde ou astreinte, indiquez le montant financé pour l'année 2007** (question numérique ouverte)
- Question : **Indiquez si cette ligne relève de la PDS ou de la continuité des soins, qui concerne la prise en charge des patients déjà hospitalisés** (question fermée, 2 modalités)
P : Permanence des Soins
C : Continuité des soins
 - **Si la ligne relève de la PDS, couvre-t-elle également la continuité des soins** (question fermée : O/N).
 - **Si Oui, indiquer selon vous quel pourcentage de la ligne concerne la continuité des soins** (choix guidé)

Pour la deuxième ligne de garde et astreinte (du même service)

Idem

Pour le deuxième service coché

Pour la première ligne de garde et astreinte

Idem

Pour la deuxième ligne de garde et astreinte (du même service)

Idem

...

Les questions sont répétées pour chaque service et pour chaque ligne de gardes et astreintes figurant sur le tableau de gardes et astreintes de l'établissement

Question : **L'établissement bénéficie-t-il d'une dotation MIGAC contribuant à financer la rémunération du personnel médical dans le cadre de la PDS ?** (question fermée)

- Oui
- Non

Question : **Si oui, quel est son montant pour l'année 2007 ?** (question numérique ouverte)

IV/ Eléments d'information (réponse obligatoire)

Question : **Quelles informations souhaitez-vous ajouter dans le cadre de cette étude ?** (question ouverte)

Question : **Nom et coordonnées de la personne responsable de renseignement du questionnaire** (question ouverte)

Enquête sur la permanence des soins dans les Établissements publics et PSPH

La présente enquête a pour objet de recenser les permanences sur place et les astreintes à domicile réalisées dans les établissements de santé en court-séjour MCO en 2007, hors structures de médecine d'urgence, par les personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires (médecins, chirurgiens, biologistes, radiologues, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) et couvrant la période de la permanence des soins, à savoir les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

Le service des urgences, le SAMU et le SMUR faisant l'objet de financements spécifiques dans le cadre de la tarification à l'activité, ils n'entrent pas dans le champ de l'enquête et n'ont pas à être renseignés.

I/ Identification de l'établissement

- **Identité de l'établissement (raison sociale)** (*pré-remplie*)

- **Région de l'établissement** (*pré-remplie*)

- **Numéro FINESS juridique de l'établissement** (*pré-remplie*)

- Question : **Dans quel cadre votre établissement assure-t-il la PDS ?** (*réponse obligatoire – plusieurs réponses possibles*)

1/ Dans le cadre d'une autorisation à la médecine d'urgence ;

2/ Dans le cadre d'une (de) convention(s) ou d'un (de) contrat(s) relais pour la prise en charge des urgences avec un établissement ayant une structure autorisée à la médecine d'urgence;

Si oui, affichage du message « les structures concernées vous seront demandées dans la partie II du questionnaire »

3/ Dans un autre cadre ;

Si oui, préciser le(s) structure(s) concernée(s) (réponse libre)

II/ Permanence des soins de l'établissement (réponses obligatoires)

- Question : **Indiquez quels services au sein de votre établissement, hors structure de médecine d'urgence (urgences, SAMU, SMUR), assurent une permanence des soins avec un personnel médical de garde sur place ou d'astreinte à domicile, et sont donc en capacité d'accueillir et de prendre en**

charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midis, dimanches et jours fériés ? (question fermée, plusieurs réponses possibles)

Les lignes de garde sont à renseigner, dans la liste ci-après, au niveau le plus fin possible. Par exemple, si la garde a lieu enUSIC, elle sera renseignée sur l'unitéUSIC et non sur la cardiologie.

1/Médecine polyvalente	30/ Chirurgie plastique et reconstructrice
2/Médecine interne	32/ORL et chirurgie cervico-faciale
3/ Cardiologie	33/ Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
4/ Cardiologie interventionnelle	34/ Chirurgie urologique
5/USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques)	35/ Chirurgie vasculaire
6/ Endocrinologie	36/ Chirurgie viscérale et digestive
7/Gastro-entérologie et hépatologie	37/ Neurochirurgie
8/ Gériatrie	38/ Neuroradiologie interventionnelle
9/ Hématologie	39/ SOS Mains
10/Infectiologie	40/ Stomatologie
11/ Médecine physique et de réadaptation	41/Chirurgie dentaire- odontologie
12/ Médecine vasculaire – Angiologie	
13/ Neurologie	
14/ Neuroradiologie interventionnelle	42/ Anesthésie-réanimation adulte
15/ Ophtalmologie	43/Réanimation adulte
16/ORL	44/ USC (Unité de Surveillance Continue)
17/Néphrologie - hémodialyse	45/ USI (Unité de Soins Intensifs)
18/ UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée)	
19/UMPU (Unité de Médecine polyvalente hospitalisation de 5 jours)	46/ Pédiatrie
20/ UNV (Unité Neuro Vasculaire)	47/ Anesthésie-réanimation pédiatrique
21/ Oncologie médicale	48/ Réanimation pédiatrique
22/ Radiothérapie et onco-radiothérapie	49/ Gynécologie-obstétrique
23/ Polyclinique médicale	50/ Néonatalogie
24/Pneumologie	51/ Chirurgie infantile
25/ Psychiatrie	52/Biologie médicale
	53/ Anatomie et cytologie pathologiques
26/ Médecine légale	54/ Radiodiagnostic et imagerie médicale (radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM)
	55/ Pharmacie
27/ Chirurgie générale	
28/ Chirurgie maxillo-faciale	56/ Autre service
29/ Chirurgie orthopédique et traumatologie	

Pour chaque service coché,

- Question : **Quel est le nombre de lignes de gardes (permanence sur place) et astreintes à domicile pour ce service ? Ne recenser que les lignes de gardes et astreintes financées en 2007 par l'établissement, sur la période de la PDS (nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés). Les gardes réalisées par des médecins spécialistes intervenant sur plusieurs services dans l'établissement (par exemple anesthésiste ou pédiatre assurant des gardes aux urgences, ou chirurgien assurant des gardes sur plusieurs unités, ...) sont à recenser dans leur service de rattachement** (question numérique ouverte)
- Question (uniquement si l'établissement a déclaré en I une convention avec un établissement ayant une structure des urgences) : **Ce service est-il concerné par la (les) convention (s) ou contrat(s) relais signés pour la prise en charge des urgences entre votre établissement et un établissement ayant une autorisation de médecine d'urgence?** (question fermée, 2 modalités Oui/Non)

- Question : **Des juniors (internes et FFI) participent-ils à la PDS pour ce service ?** (question fermée, 2 modalités Oui/Non)
(les questions seront automatiquement répétées pour chaque structure cochée, en identifiant la structure en en-tête de la question)

III/ Permanences sur place et astreintes des seniors (réponses obligatoires)

L'ensemble de questions pour chaque service sera répété automatiquement autant de fois qu'il y aura de services cochés, au paragraphe II

Pour le premier service coché (il sera automatiquement identifié nommément à ce niveau),

L'ensemble de questions pour chaque ligne sera répétée automatiquement autant de fois qu'il y aura de lignes déclarées pour le service, au paragraphe II

Pour la première ligne de garde et astreinte (mise en œuvre les nuits, week-ends et jours fériés)
Est entendu par ligne de garde et d'astreinte le nombre de médecins présents dans le service (garde) ou en astreinte domicile

- Question : **Indiquez l'intitulé de la ligne** (question ouverte)
- Question : **Indiquez le type de ligne** (question fermée, 4 modalités)
*G = Garde (permanence sur place) ;
 AO = Astreinte opérationnelle ;
 AS = Astreinte de sécurité ;
 AF = Astreinte forfaitisée*
- Question : **Indiquez le type de décompte** (question fermée, 2 modalités)
P = en plages(demi-journées) ; C = en temps continu
- Question : **Si votre établissement est un CHU ou accueille des personnels hospitalo-universitaires, quelle est la répartition en pourcentage moyen sur l'année 2007, de cette ligne entre les Hospitaliers et les Hospitalo-Universitaires** (question numérique ouverte, en %)
- Question : **Indiquez si cette ligne relève de la PDS ou de la continuité des soins, qui concerne sur la même période la prise en charge des patients déjà hospitalisés** (question fermée, 2 modalités)
*P : Permanence des Soins
 C : Continuité des soins*
 - **Si la ligne relève de la PDS, couvre-t-elle également la continuité des soins** (question fermée : O/N).
 - **Si Oui, indiquer selon vous quel pourcentage de la ligne concerne la continuité des soins**

Pour la deuxième ligne de garde et astreinte (du même service)

Idem

Pour le deuxième service coché

Pour la première ligne de garde et astreinte

Idem
Pour la deuxième ligne de garde et astreinte (du même service)

Idem

...Les questions sont répétées pour chaque service et pour chaque ligne de gardes et astreintes figurant sur le tableau de gardes et astreintes de l'établissement

IV/ Gardes et astreintes des juniors (réponses obligatoires)

L'ensemble de questions pour chaque service sera répété automatiquement autant de fois qu'il y aura de services cochés, au paragraphe II, avec une réponse positive à la participation de juniors à la PDS pour la structure

Pour le premier service coché, pour lequel des juniors participent à la PDS (en fonction de la réponse à la question correspondante du paragraphe II)

L'ensemble de questions pour chaque ligne sera répétée automatiquement autant de fois qu'il y aura de lignes déclarées pour le service, au paragraphe II

Pour la première ligne de garde et astreinte (mise en œuvre les nuits, week-ends et jours fériés)

- Question : **Indiquez l'intitulé de la ligne**
- Question : **Indiquez le type de ligne** (question fermée, 4 modalités)
G = Garde (permanence sur place) ;
A = Astreinte
- Question : **Indiquez si cette ligne relève de la PDS ou de la continuité des soins, qui concerne sur la même période la prise en charge des patients déjà hospitalisés** (question fermée, 2 modalités)
P : Permanence des Soins
C : Continuité des soins
- Si la ligne relève de la PDS, couvre-t-elle également la continuité des soins (question fermée : O/N).
- Si Oui, indiquer selon vous quel pourcentage de la ligne concerne la continuité des soins (choix guidé)

Pour la deuxième ligne de garde et astreinte (même service)

Idem

Les questions sont répétées pour chaque service et pour chaque ligne de gardes et astreintes figurant sur le tableau de gardes et astreintes de l'établissement

V/ Eléments d'information (réponses obligatoires)

Question : **Quelles informations souhaitez-vous ajouter dans le cadre de cette étude ?** (question ouverte)

Question : **Nom et coordonnées de la personne responsable de renseignement du questionnaire** (question ouverte)

5.15 **Annexe 16 : Enquête DHOS sur la prise en charge des patients en situation de précarité**

QUESTIONNAIRE

SURCOUTS STRUCTURELS LIES AUX CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA PATIENTELE ET DE L'ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Volet identification

- Identité de l'établissement (raison sociale) (*pré-renseigné*)
- Région de l'établissement (*pré-renseigné*)
- Numéro FINESS juridique de l'établissement (*pré-renseigné*)
- Nom, fonction et adresse mail de la personne remplissant le questionnaire
- Nom et adresse mail du Directeur général

La présente enquête vise à recenser les organisations spécifiques mises en place dans les établissements de santé du fait des caractéristiques socio-économiques de la patientèle accueillie. L'objectif est d'évaluer les impacts économiques structurels liés à cette mission de prise en charge.

Ce questionnaire est diligenté par la mission tarification à l'activité, dans le cadre des travaux qu'elle entreprend sur la convergence entre établissements de santé.

Il se décompose en quatre thématiques :

- charges de fonctionnement des permanences d'accès aux soins
- personnels dédiés à l'accueil et à la prise en charge des populations en situation de précarité dans les services de soins : assistantes sociales...
- incidence sur les recettes des établissements : créances irrécouvrables au motif d'insolvabilité, impact sur les recettes accessoires ;
- charges spécifiques liées aux caractéristiques d'implantation.

1. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS

Les PASS (Art. L6112-6 du Code de la Santé Publique) sont destinées à faciliter l'accès au système de santé et à la prise en charge médicale des patients en situation de précarité socio-économique (consultations gratuites, dispensation de traitements, etc.)

PASS

1.1. Disposez-vous d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ? (hors PASS mobile)

☐ Oui

☐ Non

1.2. Avec quels effectifs votre PASS fonctionne-t-elle ?

..... ETP médicaux
..... ETP infirmiers
..... ETP assistantes sociales
..... ETP secrétariat et autres agents

1.3. Quelle est le montant des autres coûts de fonctionnement sur l'année 2007 (médicaments, consommables, charges de structure) ?

..... € en 2007

1.4. Combien de consultations a réalisé la PASS en 2007 ?

..... consultations en 2007

PASS MOBILE

1.5. Disposez-vous d'une PASS mobile intervenant en dehors de l'établissement ?

☐ Oui
☐ Non

1.6. Avec quels effectifs votre PASS mobile fonctionne-t-elle ?

..... ETP médicaux
..... ETP infirmier
..... ETP assistante sociale
..... ETP secrétariat et autres agents

1.7. Quelle est le montant des autres coûts de fonctionnement sur l'année 2007 (médicaments, consommables, charges de structure) ?

..... € en 2007

1.8. Combien de consultations a réalisé la PASS mobile en 2007 ?

..... consultations en 2007

AUTRE ORGANISATION DEDIEE A L'ACCUEIL DES POPULATIONS PRECAIRES

1.9. Disposez-vous d'une organisation spécifique ?

☐ Oui
☐ Non
Si oui, préciser le type d'organisation

1.10. Avec quels effectifs cette organisation spécifique fonctionne-t-elle ?

..... ETP médicaux
..... ETP infirmier
..... ETP assistante sociale
..... ETP secrétariat et autres agents

1.11. Quelle est le montant des autres coûts de fonctionnement sur l'année 2007 (médicaments, consommables, charges de structure) ?

..... € en 2007

1.12. Combien de consultations a réalisé cette organisation spécifique en 2007 ?

..... consultations en 2007

2. Surcoûts liés à l'accueil et à la prise en charge dans les services de soins de la patientèle de l'établissement

La « situation de précarité » s'entend dans les questions suivantes comme le fait d'être confronté à un ensemble de difficultés d'ordre social et/ou économique (chômage, dépendance, absence de domicile fixe, faible niveau de revenu, allocataire de minima sociaux, illettrisme, non intégration administrative, etc.).

PERSONNEL DEDIE

2.1. Quel est l'effectif d'assistantes sociales pour votre établissement, en 2007 ?

..... ETP d'assistantes sociales

Sur cet effectif, quelle est la part consacrée à la prise en charge dans les services de soins de populations en situation de précarité, en 2007 ?

..... ETP d'assistantes sociales

2.2. Le cas échéant, quelle est la part consacrée à la prise en charge dans les services de soins de populations en situation de précarité pour les catégories suivantes, en 2007 ?

Psychologues : ETP
Autres agents (préciser) : ETP

FORMATION

2.3. Combien de journées de formation liées aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle et de l'environnement de l'établissement ont été suivies par vos personnels en 2007 ?

- gestion des situations de stress et de conflit jours
- préciser les thématiques jours.....

INTERPRETARIAT

- 2.4. Avez-vous mis en place pour les services de soins un dispositif d'interprétariat du fait de la patientèle et de l'environnement de l'établissement ?
oui/non

- Si vous avez recours à un prestataire extérieur, quel a été le montant facturé en 2007 ?

..... €

Le recours au personnel de l'établissement pour intervenir en tant que traducteur représente en moyenne pour 2007 :

..... ETP

- 2.5. Sur ce dispositif, quelle est la part liée à la prise en charge de populations en situation de précarité :

- Besoin évalué à :

- ☐ Au moins une fois par jour
- ☐ Au moins une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Moins d'une fois par mois

- Montant facturé en 2007 à un prestataire extérieur :.....€

- Recours au personnel de l'établissement :ETP

3. Incidences sur les recettes de l'établissement

CREANCES IRRECOURABLES

- 3.1. Quels est le montant des créances admises en non valeur en 2007: €

Préciser (informations du comptable) :

Procès-verbal de carence	 €
Sur-endettement	 €
Poursuite sans effet	 €
Personne disparue	 €
Créance minime	 €
Autre	 €

- 3.2. Sur ce montant, quelle est la part des créances admises en non valeur en 2007 aux motifs d'insolvabilité: €

Préciser (informations du comptable) :

Procès-verbal de carence	 €
Sur-endettement	 €
Poursuite sans effet	 €
Personne disparue	 €

Créance minimale €
 Autre €

RECETTES SUBSIDIAIRES

Il s'agit des recettes relatives aux prestations délivrées aux usagers et accompagnants, comprenant les majorations pour chambres particulières, les repas, le téléphone, et les autres prestations.

3.3. Quel est le nombre de chambres particulières en MCO ?

..... chambres

3.4. Quel est le nombre de journées facturées en chambre particulière en 2007 ?

..... journées

Quel est le montant total des recettes subsidiaires en 2007 ?

.....€

3.5. Quel est le tarif de la chambre particulière en 2007?

..... €

4. Surcoûts structurels liés aux caractéristiques socio-économiques de l'environnement de l'établissement

4.1. Pour répondre aux contraintes particulières liées aux caractéristiques du bassin de recrutement et de la patientèle de l'établissement, avez-vous mis en œuvre un ou plusieurs des dispositifs suivants ?

Un système de vidéosurveillance

Si oui :

En cas de recours à des prestataires extérieurs, quel est le montant facturé en 2007 ? €

S'agissant de personnels de l'établissement, combien d'effectifs sont concernés en moyenne en 2007 ? ETP

Une équipe de gardiennage

Si oui :

En cas de recours à des prestataires extérieurs, quel est le montant facturé en 2007 ? €

S'agissant de personnels de l'établissement, combien d'effectifs sont concernés en moyenne en 2007 ? ETP

Une permanence d'Etat-civil

Si oui :

*Combien d'effectifs sont concernés en moyenne en 2007 ?
.....ETP*

Un service juridique de relations avec les usagers

Si oui :

*Combien d'effectifs sont concernés en moyenne en 2007 ?
.....ETP*

Autre dispositif, préciser

Montant facturé en 2007..... €

Effectifs concernés en 2007.....ETP

5. Remarques libres

5.1. Y a-t-il un ou des impacts structurels liés à l'accueil de populations en situation de précarité qui ne sont pas identifiés dans ce questionnaire, ou des compléments d'information qu'il vous paraît particulièrement nécessaire d'identifier ?

.....
.....
.....

5.16 Annexe 17 : Etude ATIH à partir des codes CIM 10 de précarité sur les impacts en termes de durée de séjour

Version 11 des GHM et convergence tarifaire Quelques chiffres sur le sujet « précarité »

Introduction

Afin de fournir toutes les données obtenues sur le sujet « précarité » au cours des travaux pour une version 11 des GHM, trois petites études ont été proposées à la réflexion. La première est un essai d'objectivation de l'effet de la précarité en n'utilisant que des données groupées et des durées de séjour¹⁷. La deuxième est un exposé détaillé des valeurs des critères retenus pour qu'un code CIM-10 de précarité puisse appartenir à la nouvelle liste des CMA avec une comparaison entre les deux secteurs¹⁸. La troisième est une étude qui essaie de voir comment les établissements utilisent les codes de précarité et si certains GHM sont plus touchés que d'autres par une CMA de précarité, K.

10. Peut-on mesurer indirectement l'effet de la précarité ?

10.1. Le contexte

Il s'agit ici d'un essai sur le sujet « précarité » pour montrer qu'il y a des indicateurs macroscopiques dans les bases PMSI. Celui qui a été choisi pour produire ces chiffres est le code postal de résidence du patient sans utiliser les autres données codées des résumés de séjour. La classification internationale des maladies (CIM) permet de coder des conditions sociales et économiques à l'origine de prise en charge par des structures de soins : une telle condition qui serait à l'origine d'un allongement de la durée de séjour, peut légitimement être considérée comme une partie de la prise en charge hospitalière. Dans le cadre des travaux sur les niveaux de sévérité, on a effectivement calculé ces surcoûts journées (confère les deux autres études). Actuellement, ces données n'ayant pas d'effet sur les tarifs, on peut se dire qu'elles sont codées à bon escient selon la définition des diagnostics associés significatifs (DAS). En revanche, des doutes ont été émis sur l'utilisation qui pourrait être faite avec ces mêmes données à partir du moment où elles auraient des conséquences sur les tarifs : tout l'enjeu est la capacité d'obtenir des définitions pour chacun des critères qui serait retenu. D'où l'essai qui est fait ici à partir d'une population géographique puisque c'est une solution également envisagée.

10.2. La méthode

On a choisi deux codes géographiques (Versailles et Saint-Denis) dont on ne peut pas contester la différence d'un point de vue économique et social. On ne s'est attaché ni au case-mix de chacune des populations ni aux établissements fréquentés (ils peuvent éventuellement être très éloignés du domicile pendant les vacances) en dehors du choix privé ou public. Cela signifie simplement qu'on n'a pas épuisé les possibilités offertes par les données du PMSI. Cette étude est faite en version 10 de groupage avec des données de 2006.

On a quand même choisi d'obtenir deux séries de chiffres, la première pour la totalité des séjours des patients habitant ces deux villes, la deuxième en ne retenant que les séjours qui présentaient un degré de sévérité à savoir les GHM « avec CMA », car les différentes études faites dans le cadre des travaux pour la version 11 des GHM montrent que les patients précaires ont souvent des séjours plus complexes.

¹⁷ Les seules données utilisées sont le code géographique, le GHM et sa durée moyenne de séjour (DMS).

¹⁸ Les codes de précarité n'ont pas été retenus comme pouvant jouer le rôle de CMA, mais les données obtenues sont explicatives d'une partie des surcoûts observés au niveau du séjour.

10.3. Les résultats

On rappelle que les résultats concernent les habitants des deux communes et non les établissements de soins.

10.3.1. Ensemble des personnes hospitalisées

Habitants	Effectifs		écart de DMS	
	public	privé	public	privé
St Denis	9647	4402	0.31	-0.32
Versailles	5534	4434	0.09	- 0.48

En journées supplémentaires, on obtient :

- + 0,22 J entre le public de Saint Denis et le public de Versailles
- + 0,16 J entre le privé de Saint Denis et le privé de Versailles
- + 0,6 J entre le public et le privé de Saint Denis
- + 0,5 J entre le public et le privé de Versailles

Si l'écart reste modeste entre les secteurs identiques des deux villes, il est d'une demi-journée entre le secteur public et privé dans les deux villes.

10.3.2. Sous ensemble des séjours avec CMA

Habitants	Effectifs		écart de DMS	
	public	privé	public	privé
St Denis	3095	1552	0.56	- 0.24
Versailles	1799	1482	- 0.41	- 0.42

En journées supplémentaires, on obtient :

- + 0,97 J entre le public de Saint Denis et le public de Versailles
- + 0,2 J entre le privé de Saint Denis et le privé de Versailles
- + 0,8 J entre le public et le privé de Saint Denis
- + 0 J entre le public et le privé de Versailles

C'est pour ce sous ensemble qu'on trouve les écarts les plus importants pour les deux types de comparaison. Cette répartition est loin de couvrir tous les cas complexes puisqu'une bonne part de ces GHM n'est pas segmentée sur cette notion (transplantation, chirurgie lourde en général).

11. Financement des conséquences de la précarité

Avant de présenter les deux études suivantes, il est utile de faire un état des lieux de la réflexion sur le financement de la précarité puisqu'elle explique les mesures qui ont été faites.

11.1. les pistes

Pour rémunérer les conséquences de la précarité, différentes solutions ont été à l'étude à la DHOS et on rapporte ici les pistes qui sont en relation avec les deux études présentées. Il est envisagé d'isoler deux types de rémunération : une pour tenir compte des conditions environnementales des établissements qui reçoivent plus de patients en situation de précarité, relevant plutôt de MIG, et une attachée au séjour du patient. Pour cette deuxième rémunération, il est également envisagé deux types de solution : l'une via un supplément systématique à partir du moment où le patient est considéré comme étant en situation de précarité via ses droits à une prestation sociale (CMU pour 4,8 millions de

bénéficiaires¹⁹, CMUC, AME) et l'autre via le niveau de sévérité avec toutes les conditions nécessaires pour qu'un DAS soit une CMA²⁰, la situation de précarité est alors considérée comme une comorbidité rémunérée sous condition et non comme un statut rémunéré même s'il n'explique aucun surcoût du séjour. Cette réflexion tient plus du scénario cible que de celui qui sera retenu pour 2009.

11.2. quelques commentaires sur la partie financement au séjour

◆ Le statut

Il est plus simple d'emploi et ne nécessite pas de définition si on l'identifie via une prestation sociale. En revanche, s'il est automatique il sera versé, au moins la première année, voire plus, pour chaque séjour. Si on reprend le chiffre de 4,8 millions de bénéficiaires et que l'on réalise une règle de trois avec les 20 millions de séjours MCO annuels pour 60 millions d'habitants, c'est 1,8 millions de séjours qui seraient concernés ; si on compare ce chiffre, même sans connaître le taux exact de séjours « avec CMU », aux 5000 séjours dont le tarif serait supérieur à cause d'une CMA de précarité (base publique 2006), on constate que le risque inflationniste du codage n'est pas pour la première année.

◆ La comorbidité

Elle nécessite une définition et des conditions d'emploi des codes de précarité retenus dans la liste des CMA. Le statut permet d'imaginer plus facilement les sommes à isoler pour payer la précarité liée au séjour, la comorbidité paye le surcoût, mais ne permet pas de sortir correctement la précarité des tarifs.

On peut estimer que la précarité serait moins valorisée par le biais de la morbidité puisque :

- la présence d'une comorbidité plus lourde ne paie pas (ou très mal) la précarité en tant que 2^{ème} problème, mais c'est le cas de toute pathologie chronique ;
- tout séjour de moins de 3 jours (sauf avec décès) ne peut pas bénéficier de l'effet CMA et ils sont probablement nombreux (la grande majorité des séjours pour éthylisme aigu ne serait pas survalorisée en cas d'hospitalisation).

Il est important de comprendre le rôle de la précarité codée avec la CIM. Un patient diabétique hospitalisé pour un motif non lié à son diabète nécessite des précautions ou une adaptation de la thérapeutique envisagée parce qu'il est diabétique : si on craint un déséquilibre de son diabète, il sera maintenu en hospitalisation ; un patient précaire présente les mêmes caractéristiques : si on ne peut pas envisager qu'il puisse maintenir son pansement propre, il sera maintenu en hospitalisation.

12. Les critères CMA des codes CIM-10 de précarité

12.1. les conditions de l'étude

On se limitera à la précarité liée aux conditions économiques, mais il en existe d'autres (l'isolement, par exemple qui explique un allongement de la durée de séjour tout à fait équivalent à ce qu'on observe pour la précarité économique).

Pour chaque code de la CIM-10 éligible à la fonction de CMA, trois critères ont été calculés :

- le nombre de jours supplémentaires en moyenne,
- le taux d'augmentation de la DMS,
- le taux de RSA ayant une durée de séjour supérieure à la médiane.

Pour le lecteur intéressé par la méthodologie, il vaut mieux se reporter aux différents rapports concernant la version 11 des GHM. Néanmoins, il est important d'avoir à l'esprit un certain nombre de conditions pour interpréter correctement les chiffres présentés.

On rappelle que trois critères étaient nécessaires (et en général suffisants à quelques exceptions près) pour être une CMA :

¹⁹ Dépêche APM du 16 mai 2008 :

SUJET : CMU RAPPORT ACTIVITES FONDS COMPLEMENTAIRES ALD CMU-C
TITRE : CMU: le nombre de bénéficiaires stable en 2007

²⁰ Appartenance à la liste des CMA, séjour de plus de 2 jours, DAS non exclu par le DP, sévérité la plus élevée du RSA.

- un allongement de la DMS d'au moins 2 jours (en réalité >1,5 j),
- une augmentation de la DMS d'au moins 25%,
- au moins 55% des RSA ont une durée de séjour au-dessus de la médiane (appelé coefficient « Fetter like »).

On rappelle également que pour chaque critère, on a des valeurs pour l'effet brut (tous les RSA sont retenus pour les calculs) et des valeurs pour l'effet isolé (elles sont calculées seulement pour les RSA pour lesquels le DAS étudié a été statistiquement désigné, parmi les DAS du séjour, comme expliquant le mieux les journées supplémentaires du RSA) qui sont différentes selon qu'on s'intéresse à l'effet sur la DMS ou au coefficient « Fetter like ». Pour les valeurs liées à l'effet isolé, les effectifs obtenus pour la base nationale (public + privé) ne sont pas égaux aux effectifs de la base du public ajoutés aux effectifs de la base du privé parce que l'itération nécessaire pour calculer l'effet isolé ne retient pas les mêmes RSA dans chacune des trois analyses. Si on voulait résumer ce qu'on peut attendre de ces deux critères, on peut dire que le coefficient DMS donne la mesure de l'effet en moyenne et que le coefficient Fetter like donne le risque (est-ce que cela va concerner beaucoup de séjours ou non ?).

On rappelle enfin que les effectifs bruts ne doivent pas être assimilés aux effectifs totaux puisque les RSA retenus pour les calculs ont une durée de séjour au moins égale à 3 jours (condition minimum pour avoir un effet CMA) et le DAS étudié doit être non exclu par le DP (règle d'exclusion classique). On trouvera les effectifs réels de la base publique dans le tableau suivant (année 2006) :

Code DAS	NB DAS séjours < 3j	NB DAS Total	Proportion des séjours < 3j sur le Total
Z590	3212	5967	53,8%
Z591	775	1920	40,4%
Z594	705	1203	58,6%
Z595	298	766	38,9%
Z596	947	1714	55,3%
Z597	699	1382	50,6%
Total	6636	12952	51,2%

Effectifs des codes de précarité en DAS dans la base publique 2006 et taux de séjours < 3 jours

L'étude concerne donc les codes de la catégorie Z59 de la CIM dont 6 ont les critères pour appartenir à la liste des CMA :

Code	libellé	jours en +	effet DMS	Fetter Like
Z59.0	Sans abri	+ 5J	+ 63%	65%
Z59.1	Logement inadéquat	+ 9J	+ 106%	81%
Z59.4	Alimentation défectueuse	+ 10J	+ 128%	76%
Z59.5	Pauvreté extrême	+ 3J	+ 44%	65%
Z59.6	Faibles revenus	+ 3J	+ 43%	67%
Z59.7	Couverture sociale et secours insuffisants	+ 9J	+ 121%	75%

Si les chiffres obtenus sur la base nationale comprenant les deux secteurs sont conformes aux critères CMA, les trois premiers codes sont des CMA dans les deux secteurs, mais les trois derniers ne sont CMA que dans le secteur public. L'idée de cette étude est de présenter en détail les valeurs obtenues dans les deux secteurs (tous ces chiffres sont présents en annexe du rapport des travaux V11 remis en janvier 2008).

12.2. Analyse de quelques résultats

Les données ci-dessous résultent de l'analyse d'une base nationale 2005-2006 limitée aux CMD 01 à 13,16 à 21 et aux séjours d'au moins 3 jours (conditions des travaux pour la refonte des CMA).

♦ Z59.0 Sans Abri

En valeur brute, 4657 RSA du public et 67 du privé sont retenus. Indépendamment de l'exhaustivité du recueil de ce type de codes, les différences d'effectifs peuvent être prises en considération et on peut admettre que l'effectif du public est faible par rapport au nombre de RSA qui ont ce code en DAS, parce que de très nombreux séjours (notamment pour ivresse) ont une durée de séjour inférieure à 3 jours.

Les effectifs retenus pour le calcul de l'effet isolé sur la DMS sont respectivement de 3073 dans le public (66%), de 60 dans le privé (89,5%) et de 3318 dans la base nationale. Pour 34% des séjours du public, un DAS de niveau supérieur a retenu les RSA en amont. Les effectifs retenus pour le calcul de l'effet isolé du coefficient Fetter like sont de 2335 dans le public (50%), 57 dans le privé (85%) et de 2433 dans la base nationale.

En journées supplémentaires, les chiffres sont élevés pour les valeurs brutes (en moyenne +8 jours dans le public, +9 jours dans le privé et +8 jours dans la base nationale), mais pour les RSA non retenus par un problème plus lourd et qui servent au calcul de l'effet isolé sur la DMS, on tombe à +4J (public), +7J (privé) et +5J (base nationale), ce qui reste un effet conséquent ; c'est le chiffre de 5J qui détermine la répartition de la CMA dans une des classes du type « léger », « moyen », « lourd » correspondant aux niveaux 2, 3 et 4 de sévérité.

En taux d'augmentation de la DMS, les chiffres sont en valeurs brutes de +112% (public), +138% (privé) et +112% (base nationale) alors que pour les RSA retenus pour calculer l'effet sur la DMS, on a respectivement +60% (public), +109% (privé) et +63% (base nationale).

En taux de RSA avec une durée de séjour supérieure à la médiane, les chiffres sont en valeurs brutes de 73% (public), 76% (privé) et 73% (base nationale) alors que pour les RSA retenus pour calculer l'effet sur le coefficient Fetter like, on a respectivement 64% (public), 74% (privé) et 65% (base nationale).

Les valeurs obtenues pour le code Z59.0 indiquent sans ambiguïté qu'il peut être considéré comme une CMA et la définition d'un « sans abri » ne semble pas poser beaucoup de problèmes. De plus, il s'agit d'une population où les démarches pour bénéficier d'une prestation sociale ne sont pas toujours faites et le codage CIM est un avantage.

♦ Z59.1 Logement inadéquat et Z59.4 Alimentation défectueuse

A partir de ces codes, les commentaires ne concernent plus que le secteur public, les effectifs étant trop faibles dans le secteur privé.

Pour ces deux codes, il est évident que la rédaction de définitions et de conditions d'utilisation est difficile. Néanmoins, on constate que l'utilisation qui en a été faite pour les séjours d'au moins trois jours est en général justifiée. C'est le problème le plus lourd dans une proportion importante de cas et tous les critères sont plus élevés que pour les SDF.

Sur les 1573 RSA qui ont le code Z59.1 en DAS, 1364 (86,7%) sont retenus pour l'effet isolé sur la DMS et 1404 (89,3%) pour l'effet sur le coefficient Fetter like avec des valeurs (naturellement) élevées des critères CMA : 9 jours supplémentaires en moyenne, + 106% sur la DMS et 81% des RSA ont une durée de séjour au dessus de la médiane.

Sur les 863 RSA qui ont le code Z59.4 en DAS, 732 (84,8%) sont retenus pour l'effet isolé sur la DMS et 754 (87,3%) pour l'effet sur le coefficient Fetter like avec des valeurs également élevées des critères CMA : 10 jours supplémentaires en moyenne, + 128% sur la DMS et 76% des RSA ont une durée de séjour au-dessus de la médiane.

Le nombre de RSA concernés peut paraître faible, mais ces deux codes ont été mis à bon escient puisqu'ils sont identifiés comme expliquant l'augmentation de la durée du séjour dans plus de 80% des cas et que l'augmentation moyenne en journées est supérieure à la semaine.

Il est probable que ces codes ne sont pas appelés à garder le caractère de CMA.

12.3. Z59.5 Pauvreté extrême et Z59.6 Faibles revenus

Ces deux codes n'ont pas les critères de CMA dans le secteur privé, mais leurs effectifs cumulés sont de 18 en brut et 3 pour le calcul des deux effets isolés. Les effectifs bruts du secteur public pour ces deux codes sont respectivement 647 et 792 et on en perd en gros la moitié pour les effets isolés. Les codes de la catégorie Z59 ont peu d'exclusions avec les DP, la principale concerne une exclusion entre les codes de la catégorie Z59 ; on peut donc imaginer que ces codes avaient été mis avec celui de SDF ou d'alimentation défectueuse classée plus haut dans l'effet isolé.

Les journées supplémentaires sont de 3 (ce qui classe dans un niveau 2). Si le coefficient Fetter like est comparable aux autres codes analysés (65% et 67%), le coefficient DMS est inférieur (+ 44% et + 43%) mais loin de la limite pour ce critère.

Le maintien de ces codes dans la liste des CMA peut se discuter si on conserve au moins le Z59.0 et le Z59.7.

12.4. Z59.7 Couverture sociale et recours insuffisants

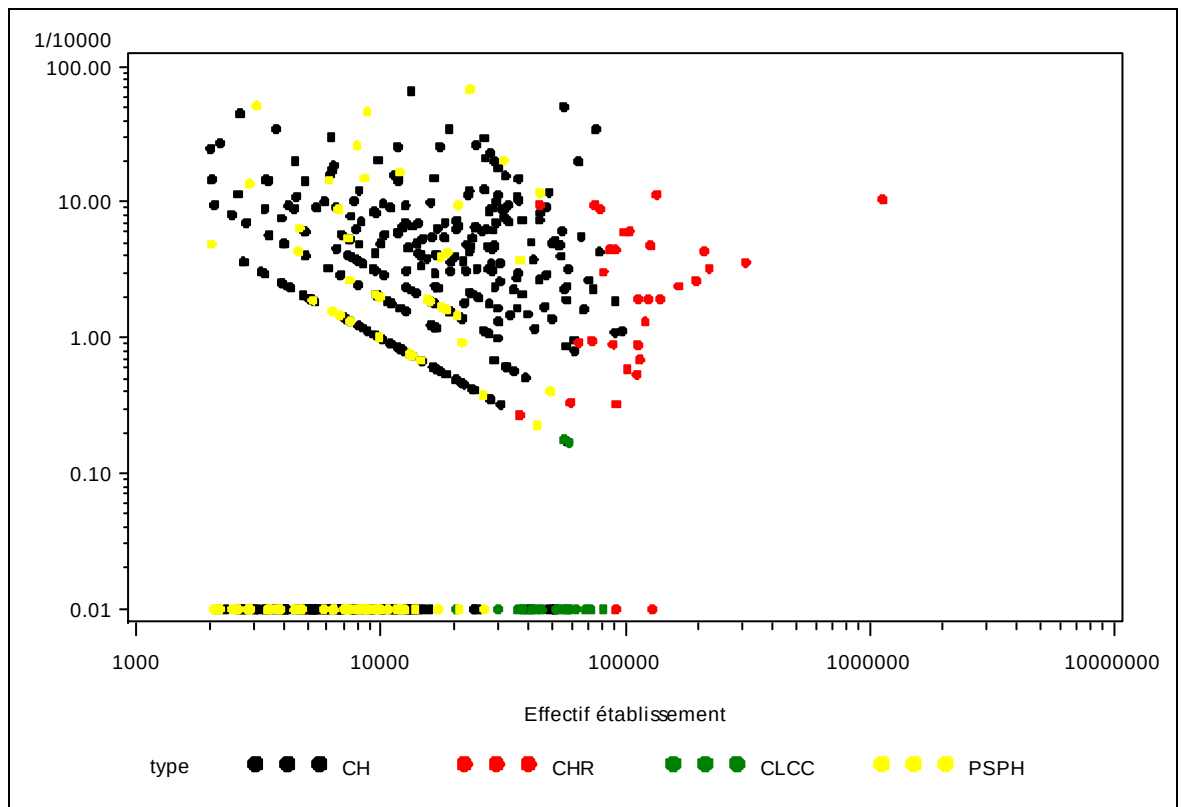
Ce code est à rapprocher des données de type CMC, CMUC, AME ou non assuré. Les effectifs du secteur privé sont inexistant (10 en brut et 2 en effet isolé), ceux du public sont de 869 en brut, de 765 pour l'effet isolé sur la DMS et de 696 pour celui du Fetter like. On perd donc peu de RSA et on obtient des valeurs élevées pour tous les critères : 9 jours supplémentaires (ce qui classe en niveau 3), +121% pour la DMS et 75% des RSA ont une durée de séjour supérieure à la médiane.

13. Précarité et GHM, précarité et établissement

L'étude porte sur la base publique 2006 (les effectifs de ces codes sont très faibles dans la base privée). Le choix des codes à étudier s'est porté sur les codes Z59.0 (sans abri) et Z59.5 (pauvreté extrême). Il y a 6593 RSA avec l'un de ces deux diagnostics (qu'il s'agisse de DP, DR ou DAS). C'est donc assez peu, environ 4 cas pour 10.000. On cherche à savoir si le codage de la précarité est établissement dépendant et s'il s'agit de morbidité propre à certains GHM.

13.1. Etude des établissements via le numéro FINES

On constate une nette concentration des codes dans certains établissements. Le taux de RSA avec ce type de précarité varie de 0 à 100/10.000. 22 établissements concentrent 50% RSA avec précarité, et 90 en concentrent 80% (sur les effectifs totaux, les nombres d'établissements sont respectivement de 77 et 253). Le graphique suivant en donne la valeur en fonction de l'effectif total et du type (pour les établissements d'au moins 2000 RSA). On a mis des échelles logarithmiques pour faciliter la lecture (les ratios égaux à zéro ont été arbitrairement fixés à 0.01).

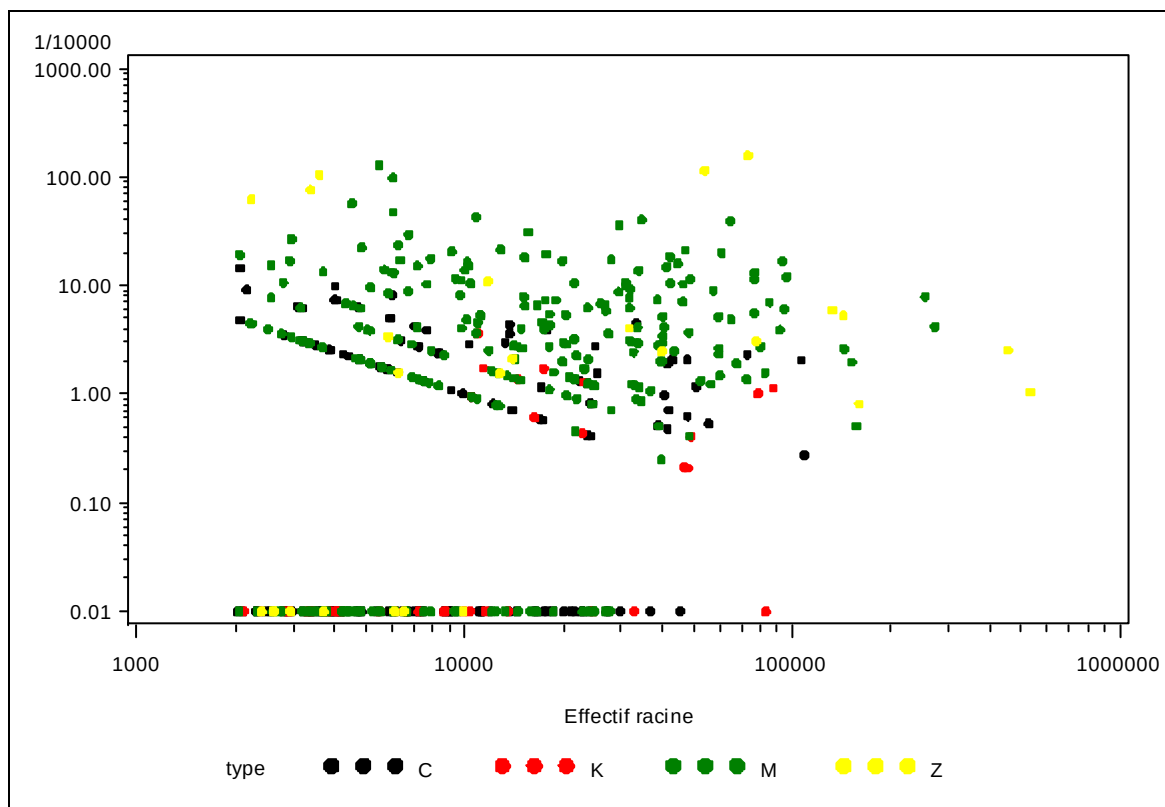


On constate que les taux sont très variables pour chaque type, sauf les CLCC, qui ne les codent pour ainsi dire jamais. Certains CHU ont même des taux nuls. Si on examine quels sont les établissements extrêmes, on peut avoir une forte suspicion qu'un effet « codage » existe. Si l'AP-HP a bien un taux supérieur au taux moyen (10.5/10.000), et qu'elle est le second des CHR, on ne voit pas a priori pourquoi elle est nettement devancé par le CH du Mans ($r=34/10.000$) ou St Joseph-St Luc de Lyon (68/10.000). Inversement, que les CHU de Pointe à Pitre ou Fort de France aient respectivement 0 ou 1 cas semble improbable.

13.2. GHM

On a fait la même analyse sur les GHM. L'étude a d'abord porté sur les racines de GHM sans se préoccuper des niveaux. 13 racines concentrent 50% RSA avec précarité, et 60 en concentrent 80% (sur les effectifs totaux, les nombres d'établissements sont respectivement de 41 et 187). Les premières places sont occupées par l'éthylisme (aigu, chronique, cirrhose), l'épilepsie, divers motifs de la CMD 23, pneumonies, sida, lésions et infections de la peau, accouchements, intoxications, traumatismes, tuberculose. Le graphique ci-dessous montre qu'il s'agit globalement de séjours médicaux.

Les GHM dans lesquels on retrouve le plus de codage de la précarité valident l'utilisation de ces codes dans le sens où les pathologies retenues en DP sont effectivement des affections que l'on attend pour cette population.



Si on s'intéresse aux niveaux de sévérité en tant que CMA V11, il faut d'abord remarquer que ces deux diagnostics sont de niveau 2. Les séjours avec ces diagnostics devraient donc se trouver dans des GHM de ce niveau, sauf si le séjour a moins de 3 jours, ou si le DAS est exclu par le DP ou s'il y a un DAS de niveau supérieur, ou si le GHM n'a pas de niveau, ou pour les CMD 14, 15 et 25 (niveaux en A, B, C et D déterminés sur d'autres conditions). Les taux de « précarité » par niveau figurent dans le tableau suivant :

niveau	n	Ratio (1/10.000)
1	3040	5.7
2	1744	15.6
3	548	10.2
4	186	10.6
A	253	2.3
B	83	4.6
C	81	13.4
D	6	12.0
E	13	2.8
J	27	0.4
Z	612	1.3

La majorité des séjours avec un des deux diagnostics de précarité figure en niveau 1. Il s'agit des séjours courts pour alcoolisme aigu ou chronique. Les séjours de niveau 2 ont le ratio le plus élevé (15,6/10.000), mais les niveaux 3 et 4, de même que les C et D des CMD 14, 15 et 25 ont aussi des taux supérieurs à la moyenne nationale. Les codes de précarité sont très peu retrouvés dans les GHM sans niveau de sévérité (Z ou J), avec des taux de 0,4 ou 1,3 pour 10.000.

5.17 Annexe 18 : Etude ATIH sur la charge en soins

L'Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) conduit à l'estimation d'un coût moyen de séjour par groupe homogène de malades (GHM) pour chaque secteur (public / privé). L'étude fournit également les principales composantes du coût par nature de dépense. Ainsi, la composante du coût due aux dépenses de personnel distingue le coût du personnel médical (médecins, pharmaciens), le coût du personnel soignant (infirmières, aides soignantes, sage femmes), et le coût des autres catégories de personnel. Dans la méthodologie actuelle, la charge annuelle globale supportée par un établissement de santé au titre de chacune de ces trois catégories de personnel est répartie entre les séjours consommateurs au prorata de la durée du séjour. On considère donc de facto que le coût en personnel soignant d'un séjour est proportionnel à la durée totale de ce séjour.

Actuellement, la méthodologie de l'ENCC pour ventiler entre les séjours la charge globale du personnel soignant d'un établissement ne s'appuie donc pas sur une mesure ad hoc de la charge en soins, mais seulement sur un substitut approximatif traduit par la durée du séjour. Or il s'agit de répartir sur les séjours des charges dont le poids total est majeur. Pour mémoire, il est rappelé que les charges de personnel soignant représentent, dans le secteur public, de l'ordre de 50 % des dépenses totales de personnel et entre 30 et 40 % du coût moyen des séjours hospitaliers. L'ENCC étant un outil central dans le processus de convergence intersectoriel, il est donc important de s'interroger tant sur le coût réel de la charge en soins d'un séjour que sur la répartition dans le temps de sa dispensation.

C'est pourquoi, en association avec les fédérations professionnelles de l'hospitalisation, l'ATIH mènera une étude de la charge en soins, avec l'aide d'un prestataire spécialisé. L'objectif ultime est d'évaluer, dans le cadre de l'ENCC, la pertinence et l'impact sur les coûts moyens par GHM de la substitution d'une mesure de la charge en soins à la durée du séjour en tant que clé de ventilation de la charge globale en personnel soignant.

Les travaux conduiront à obtenir les données nécessaires et suffisantes à la réalisation de cet objectif et également à définir une méthodologie de mesure de la charge en soins sur le terrain destinée, à terme, à être intégrée dans la méthodologie globale de l'ENCC. Par ailleurs, ils permettront de favoriser les comparaisons de pratique et de formation des coûts entre le secteur privé et le secteur public en matière de charge en soins.

L'étude s'effectuera auprès d'un échantillon de 38 établissements volontaires, tant publics que privés. Elle débutera en octobre 2008 pour s'achever en septembre 2009, la collecte ayant lieu sur trois mois au début de l'année 2009.

