



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-024P

Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

**TOME 2 : ANNEXES
ET
PIECES JOINTES**

Établi par

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

Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé

-Mars 2012 -

Sommaire

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

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

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

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

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

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

Liste des pièces jointes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. LES DISTORSIONS TARIFAIRES DANS LE SECTEUR PUBLIC

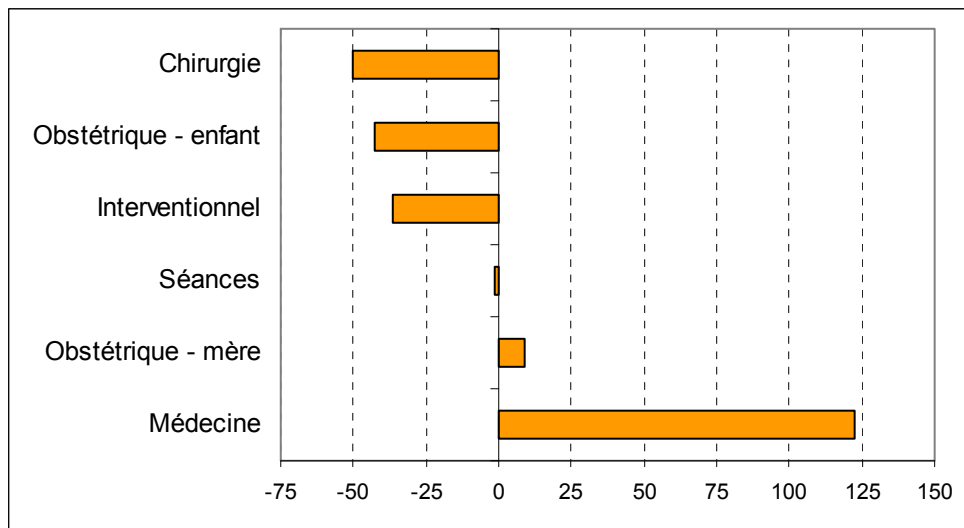
1.1. Le constat des distorsions tarifaires en 2011

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

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

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

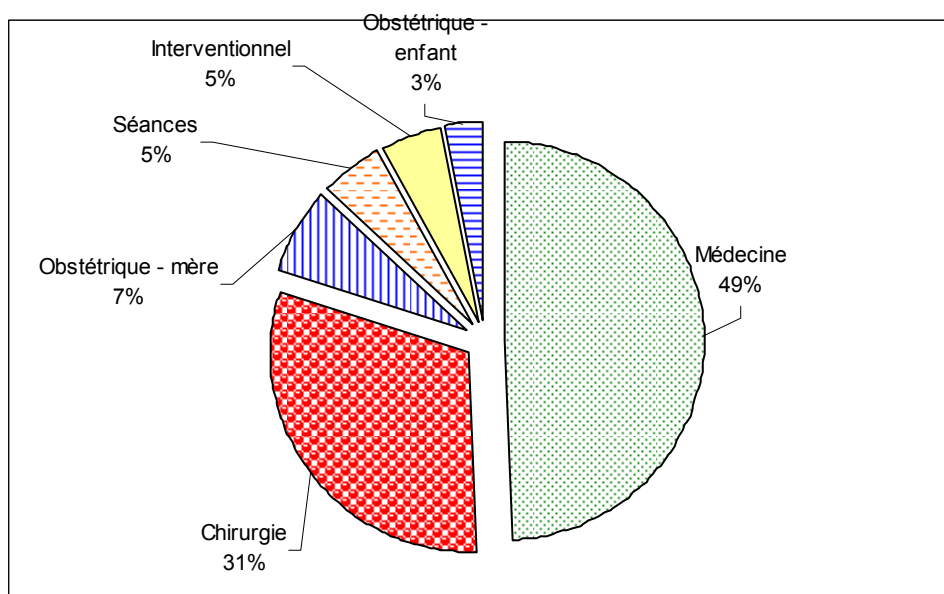
Graphique 1 : Impact des distorsions tarifaire (en M€) observé en 2011 – secteur public



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

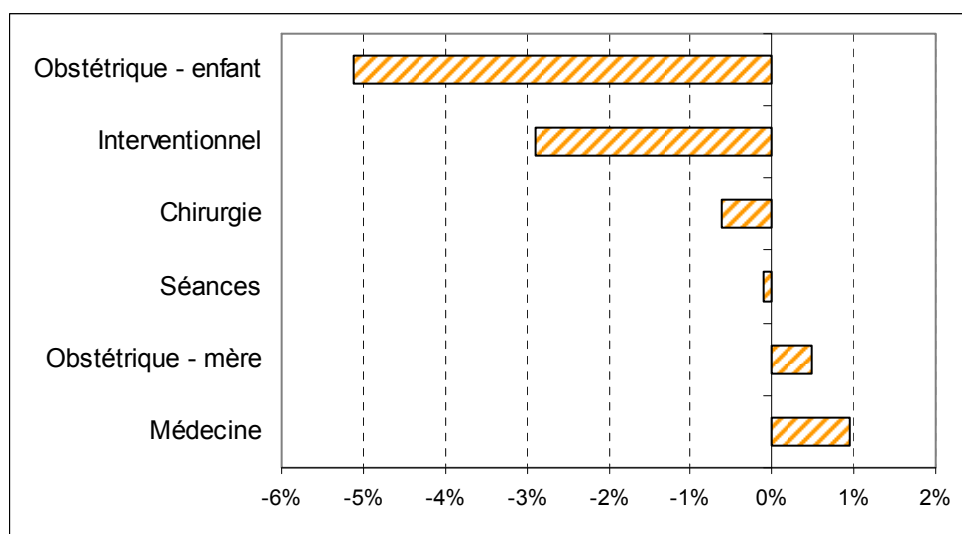
- [8] En montant, les activités de médecine prises globalement sont les principales bénéficiaires des distorsions tarifaires et les contreparties négatives se répartissent entre chirurgie, obstétrique-enfant et interventionnel. Pour véritablement apprécier l'ampleur des distorsions, il est toutefois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

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



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

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



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

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

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

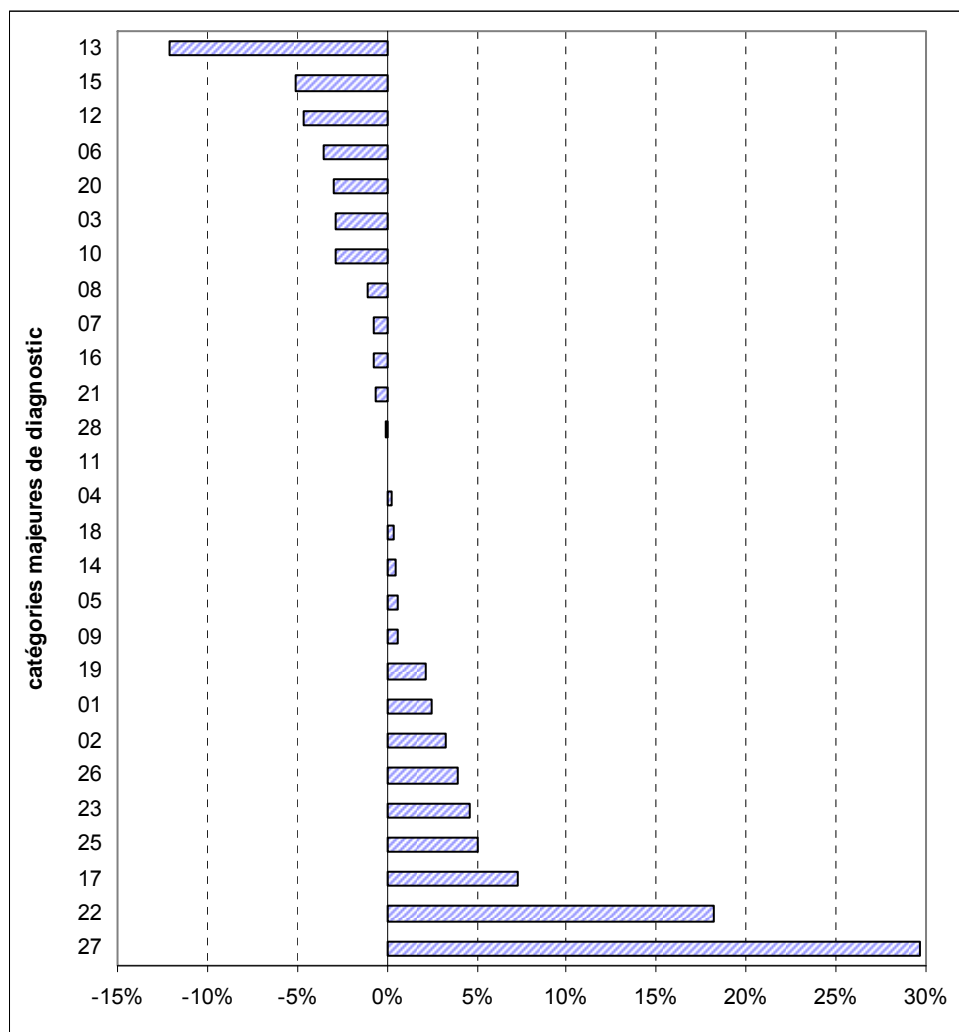
- [10] Le constat peut être effectué au niveau plus fin des CMD.

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

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

Source : ATIH

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

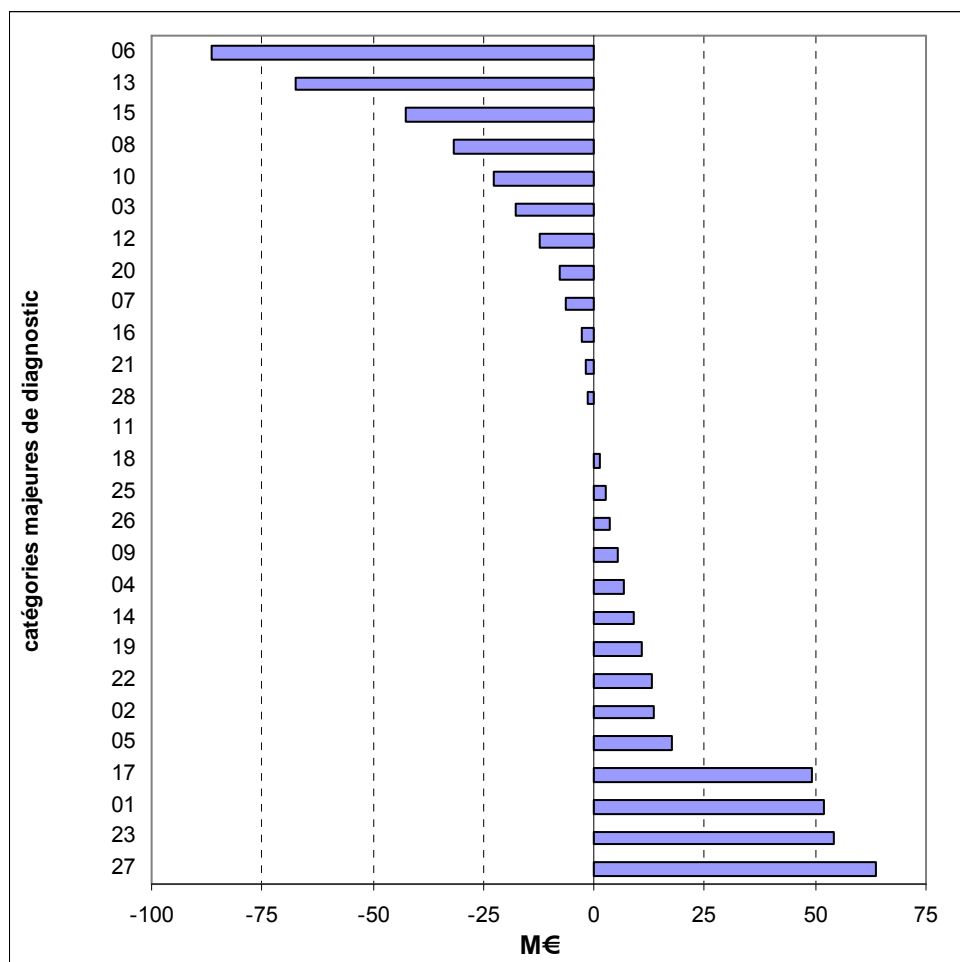


Source : Données ATIH. **Lecture :** Par rapport à une tarification neutre, sans modulations, sans ciblage des économies de convergence, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) subit globalement une « sous-tarification » relative de 12% et la CMD 27 (transplantations d'organes) bénéficie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

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

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

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



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

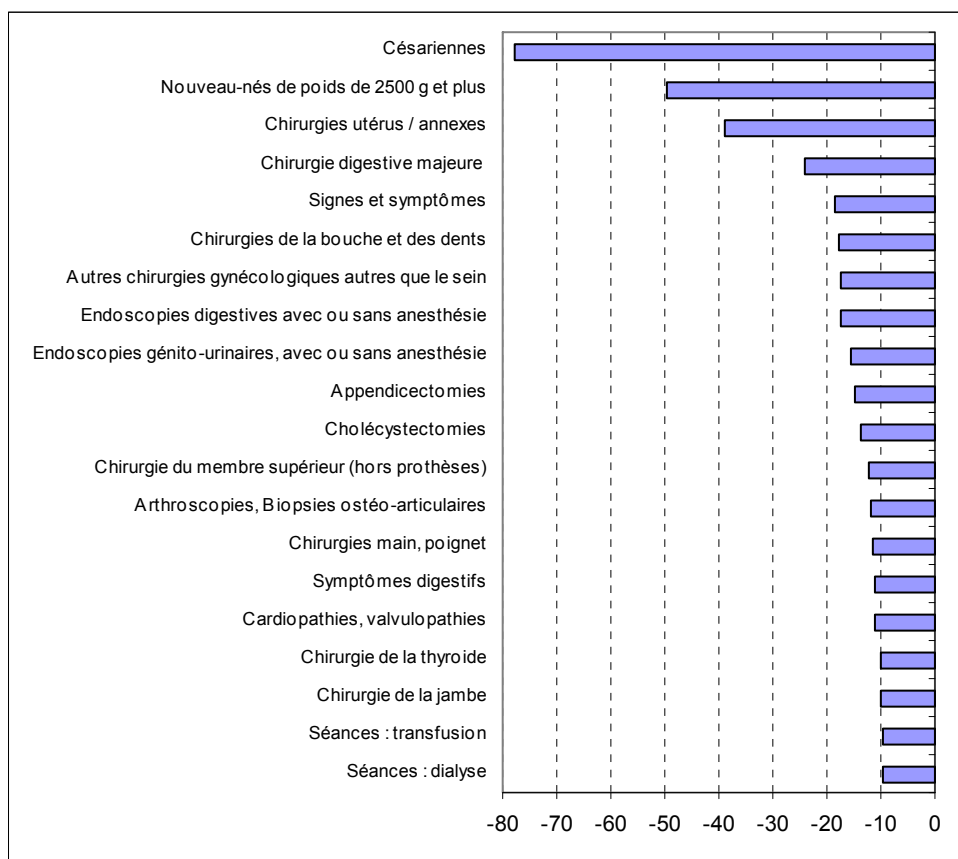
- [14] En montants, outre la CMD 27 (transplantations d'organes), trois autres CMD enregistrent des impacts favorables particulièrement importants, du fait de leur avantage tarifaire relatifs : la CMD 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé, CMD qui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

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

1.1.3. Constats par groupes d'activité – secteur public

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

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



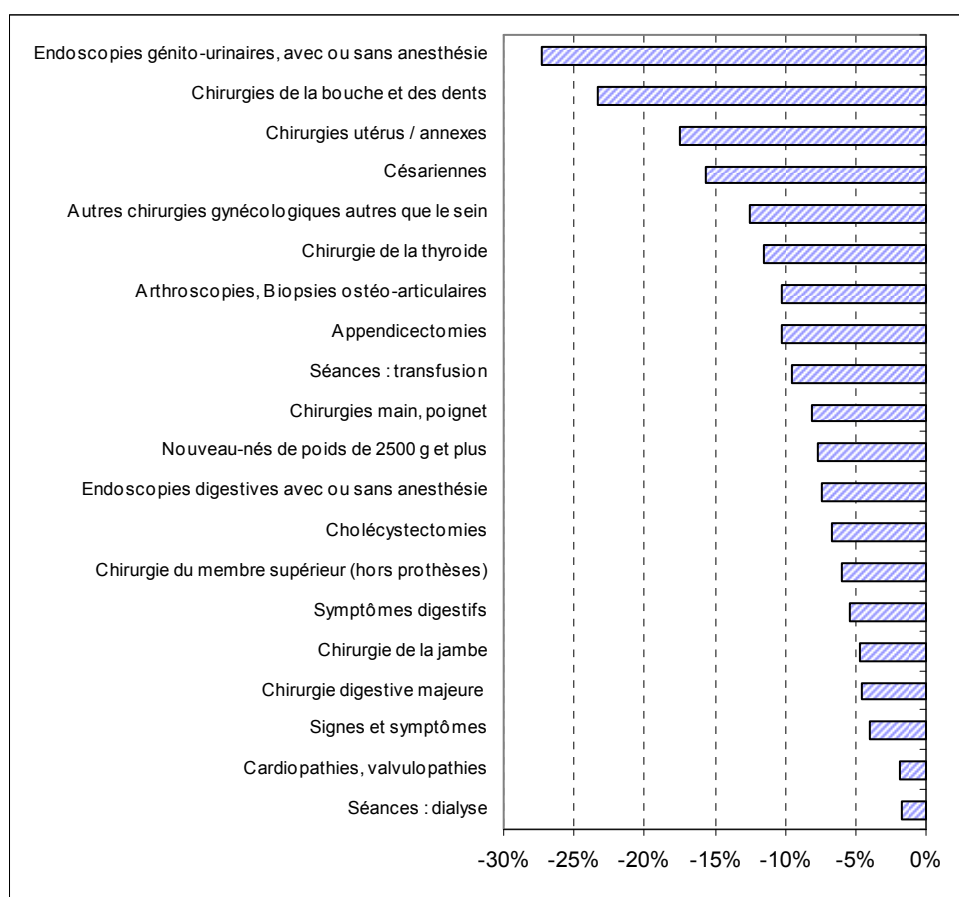
Source : Données ATIH. **Lecture :** Le graphique présente les principaux groupes d'activité subissant un sous-financement net relatif par rapport à une tarification neutre, à partir d'un montant de sous-financement net relatif d'environ 10 M€ (pour la dialyse en séance) jusqu'au groupe d'activité le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

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

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

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

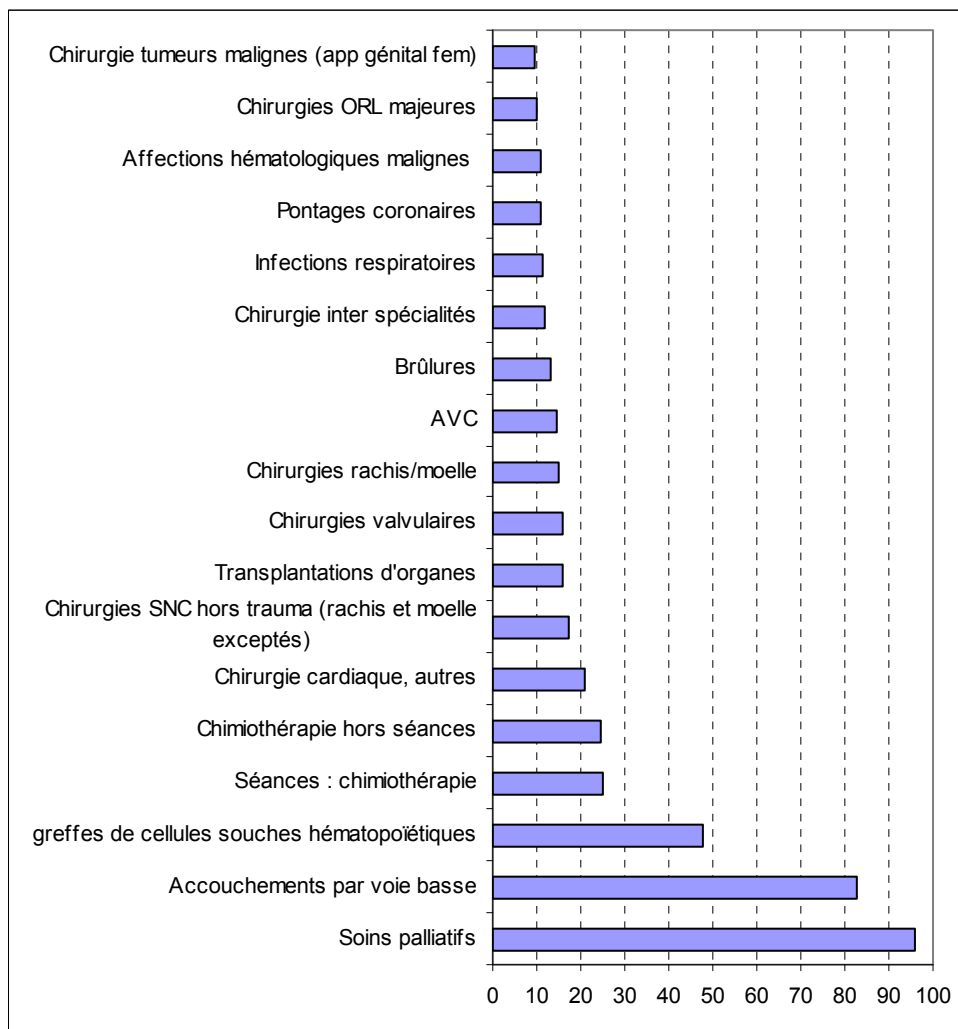
Graphique 7 : Ampleur (en %) des pénalisations tarifaires par rapport à une tarification neutre, pour ces mêmes groupes d'activité – secteur public, 2011



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

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

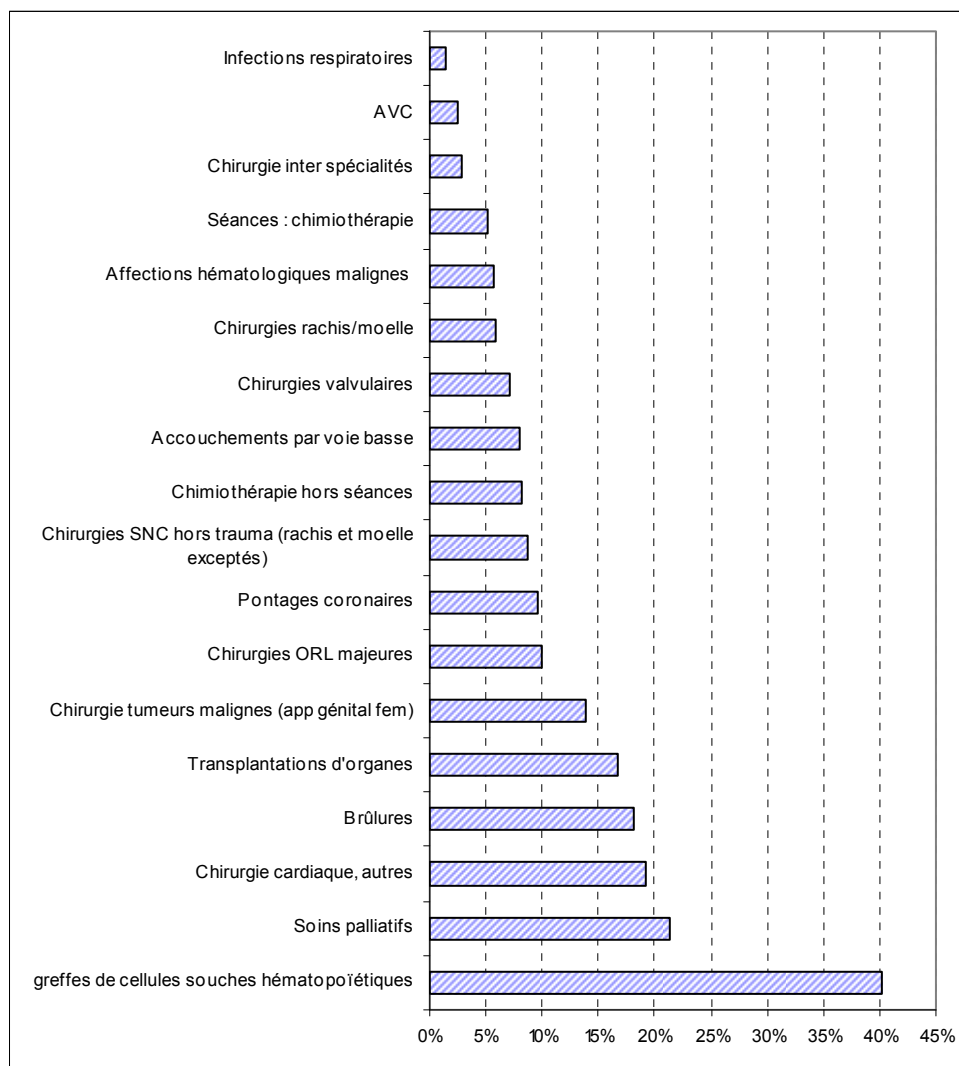
Graphique 8 : principaux groupes d'activités bénéficiaires d'un sur-financement relatif (millions d'euros) secteur public, 2011



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

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

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



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

1.1.4. Constats par racine des GHM – secteur public

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

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

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

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

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

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

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

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

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

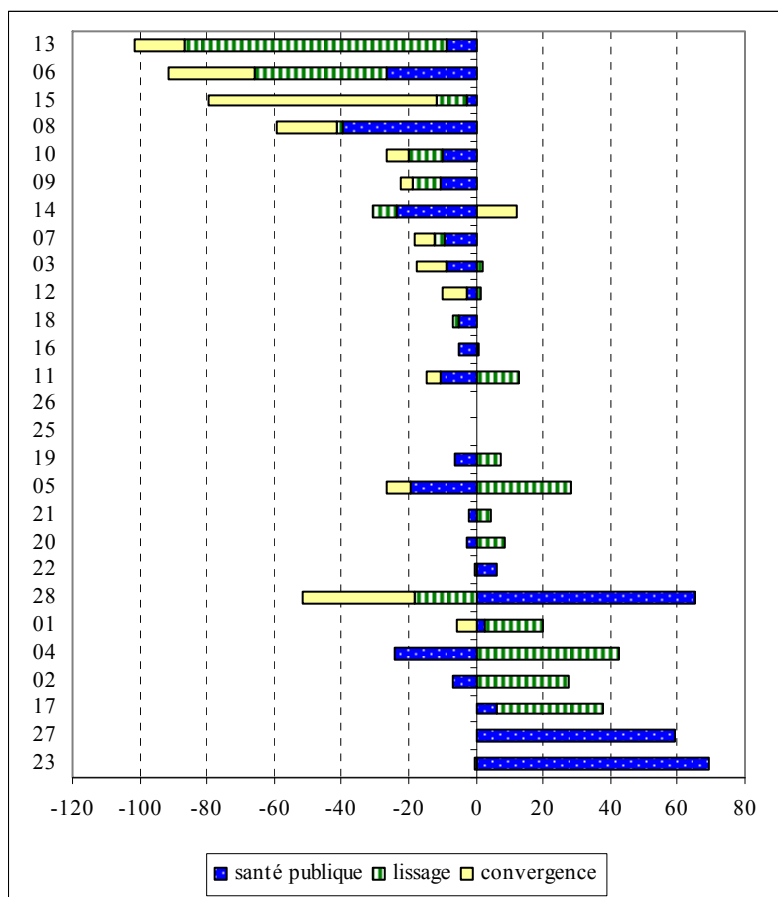
1.2. décomposition des distorsions tarifaires opérées pour la campagne 2010

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

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

1.2.1. Les modulations 2010 par CMD – secteur public

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



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

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

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

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

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

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

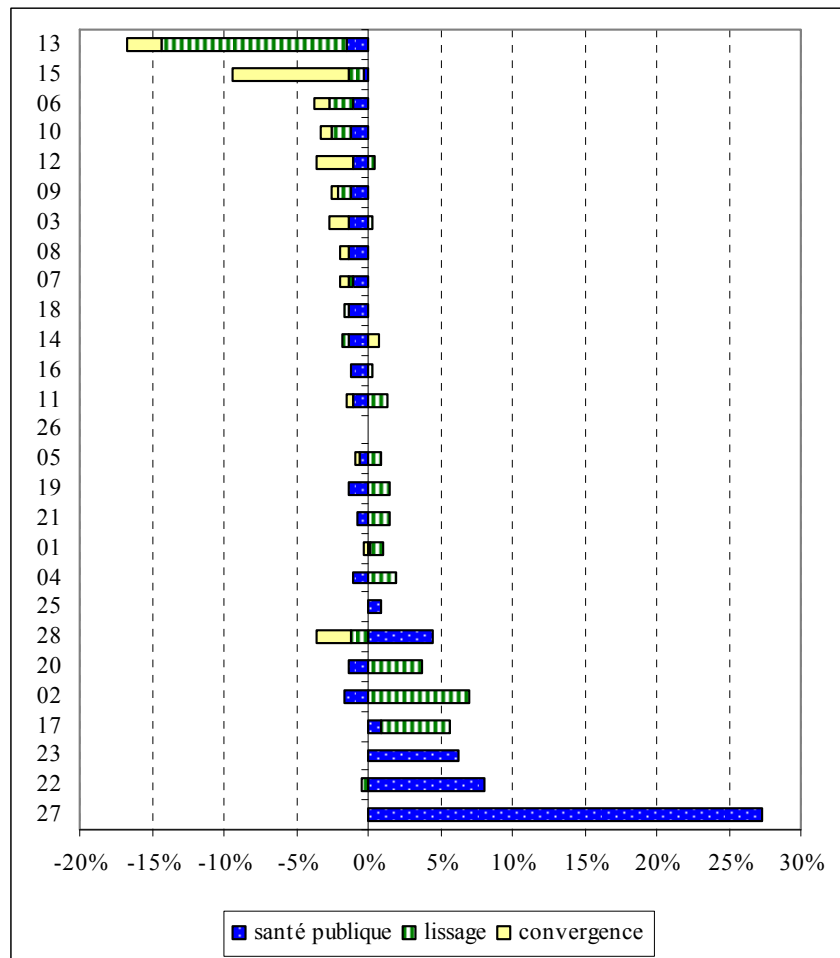
- la CMD 28 grâce aux séances de chimiothérapie ou de radiothérapie (cancer),
- la CMD 23 exclusivement grâce aux soins palliatifs
- la CMD 27 (transplantations d'organes).

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

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

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

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



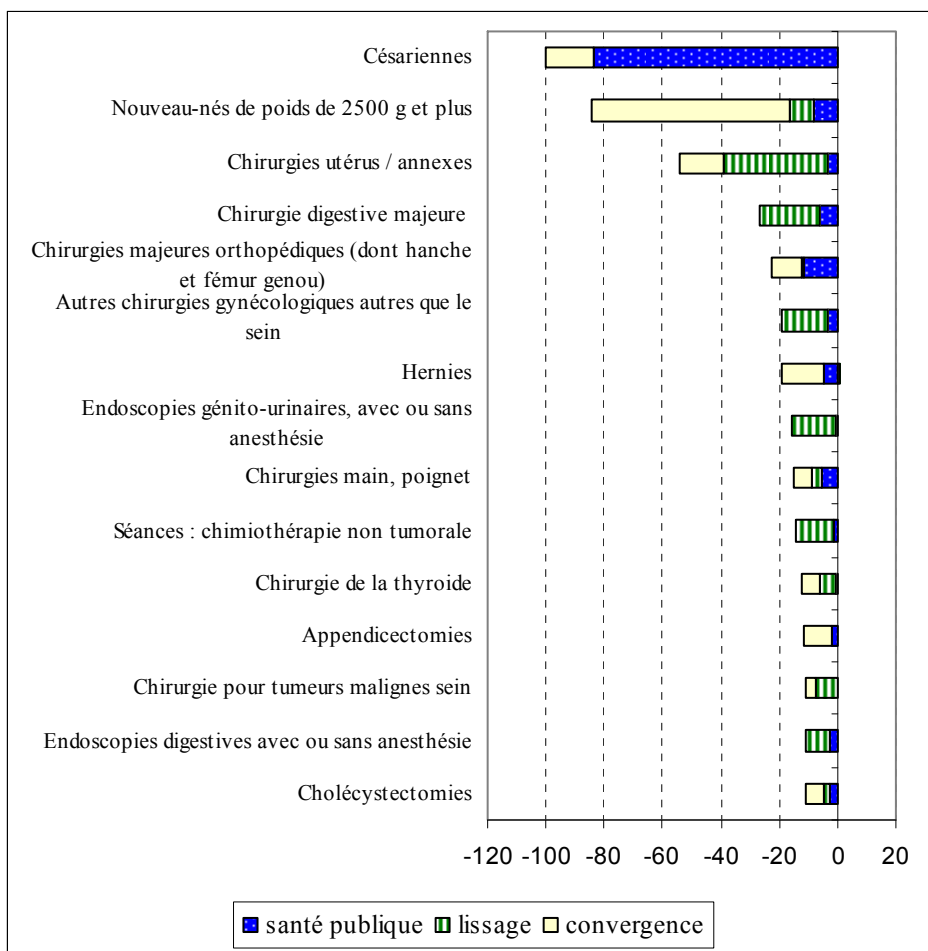
Source : Données ATIH. **Lecture** : en 2010, la CMD 27 (transplantations d'organe) a bénéficié d'une sur-tarification relative de l'ordre de +27% au titre des priorités de santé publique. La CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) a subi une sous-tarification relative de 17% majoritairement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

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

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

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

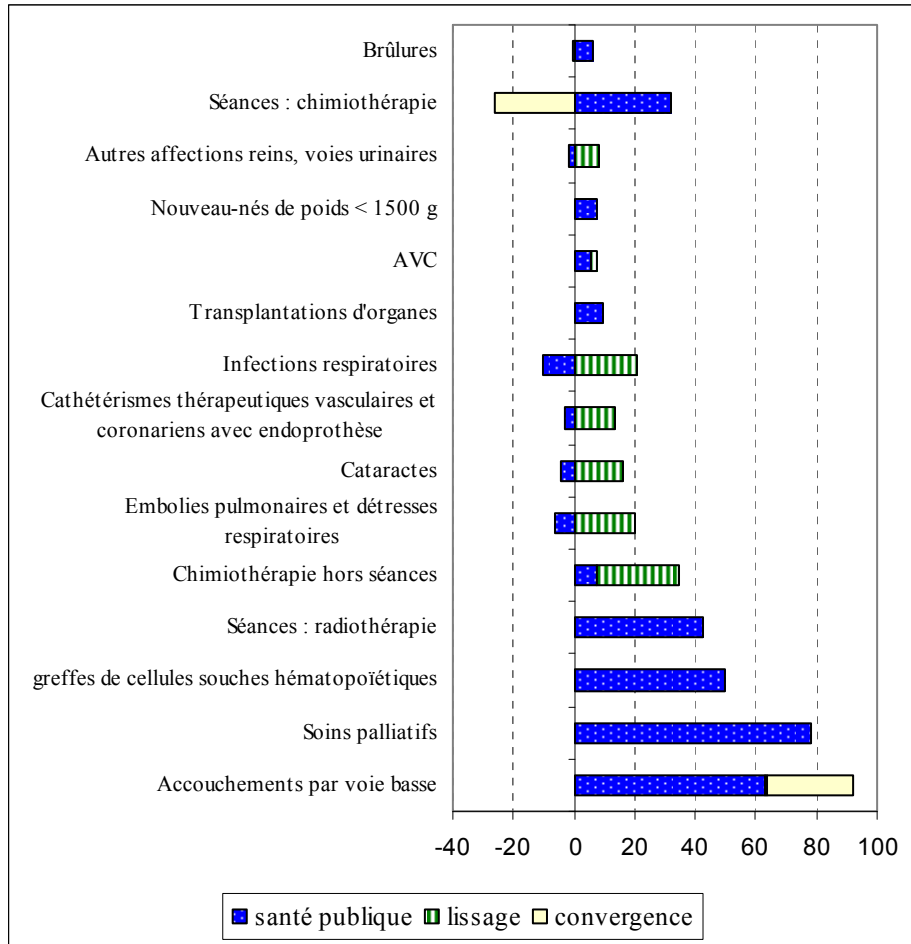
Graphique 12 : Principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires négatives (globalement supérieures à 10 M€ par CMD) – secteur public 2010



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

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

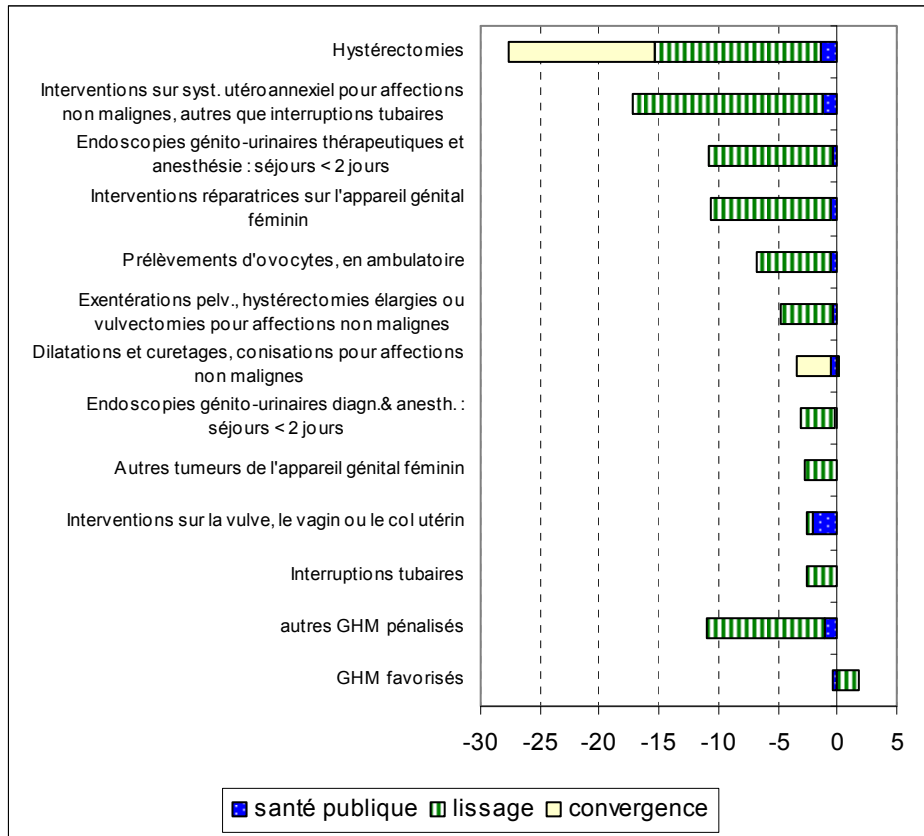
Graphique 13 : principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires positives (globalement supérieures à 6 M€ par CMD) – secteur public 2010



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

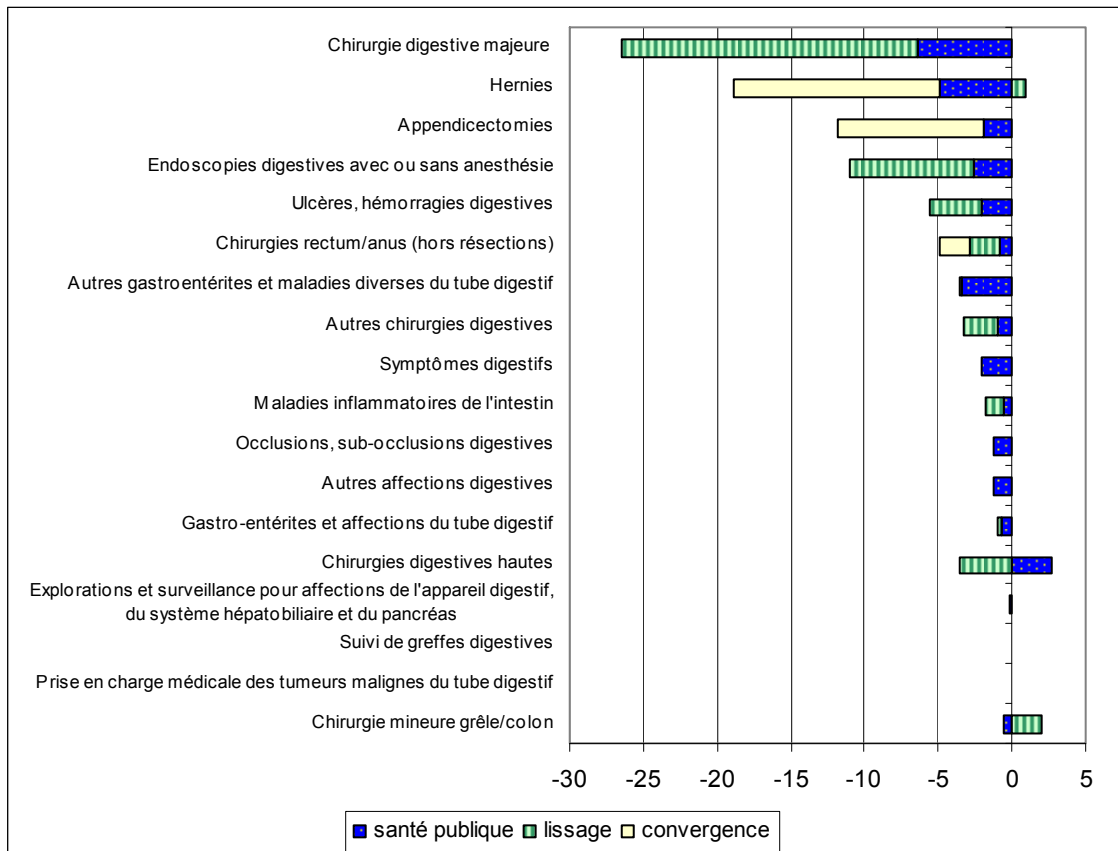
1.2.3. Décomposition des modulations 2010 par GHM ou par groupe d'activité pour certains CMD

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



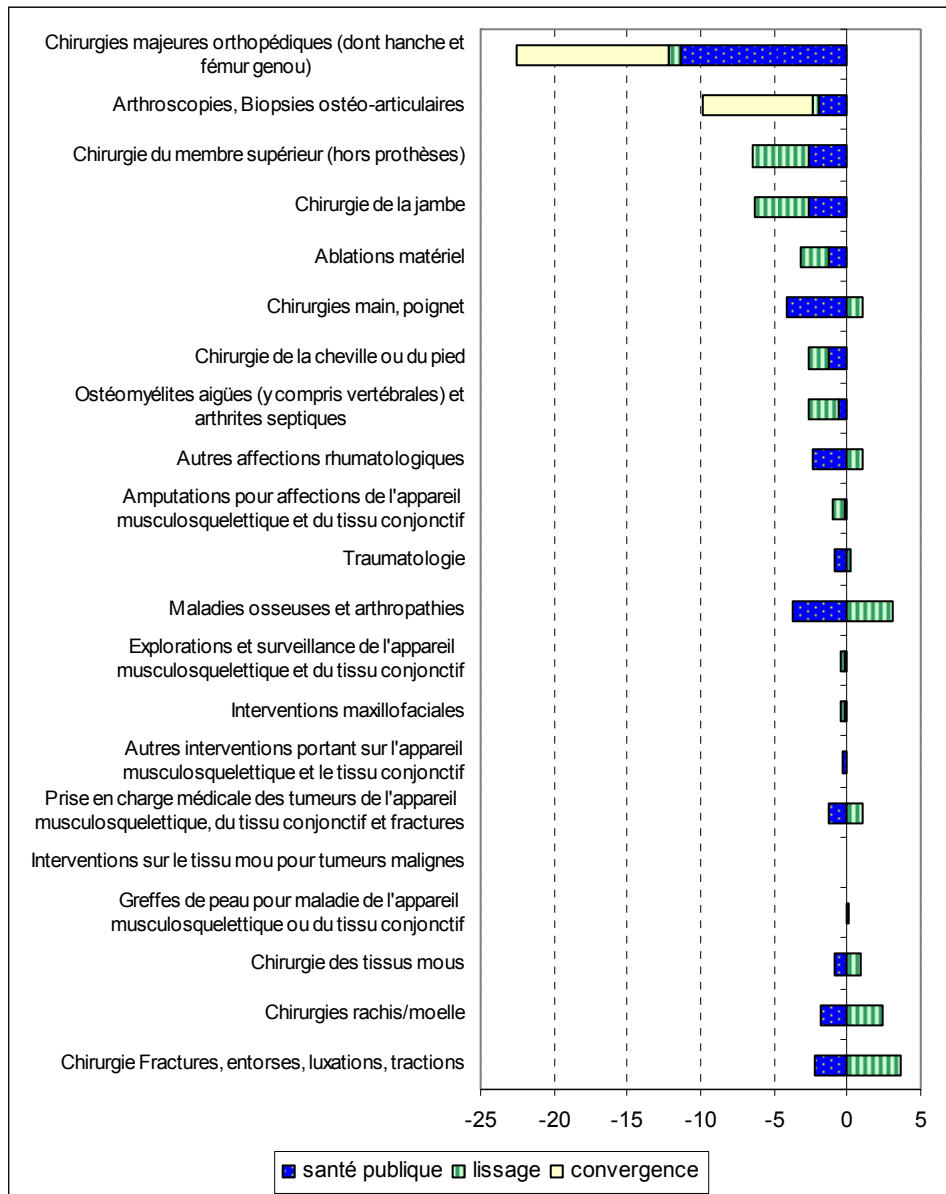
Source : Données ATIH. CMD 13 = affections de l'appareil génital féminin.

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



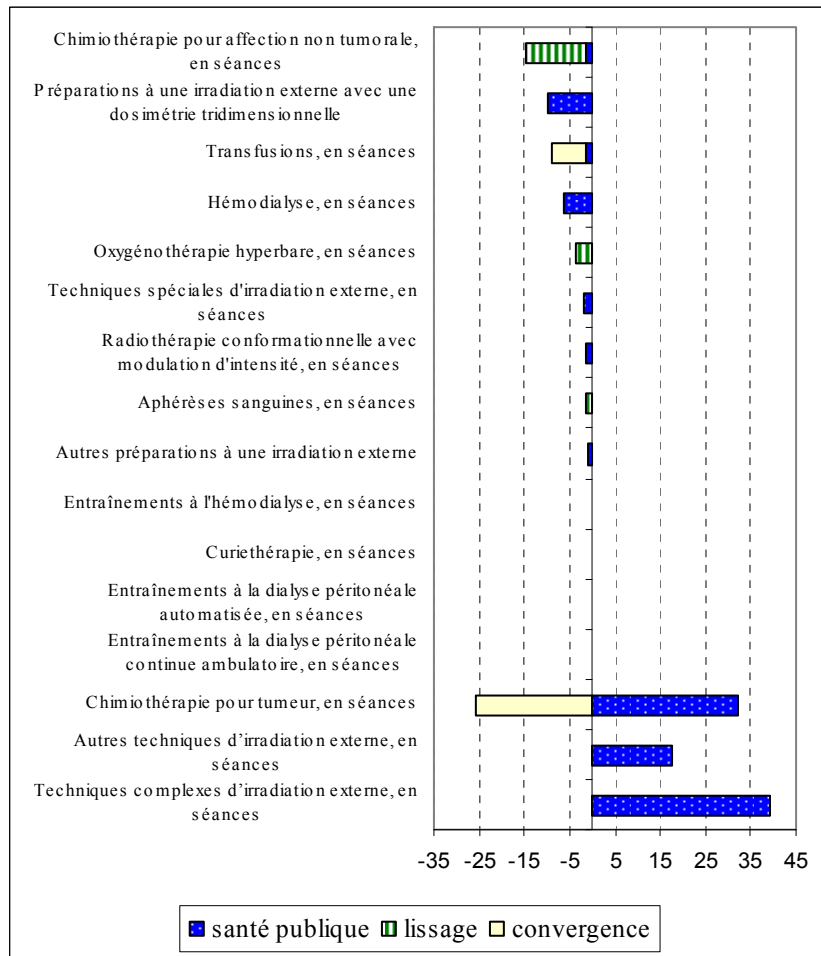
Source : Données ATIH. CMD 06 = affections de l'appareil digestif

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



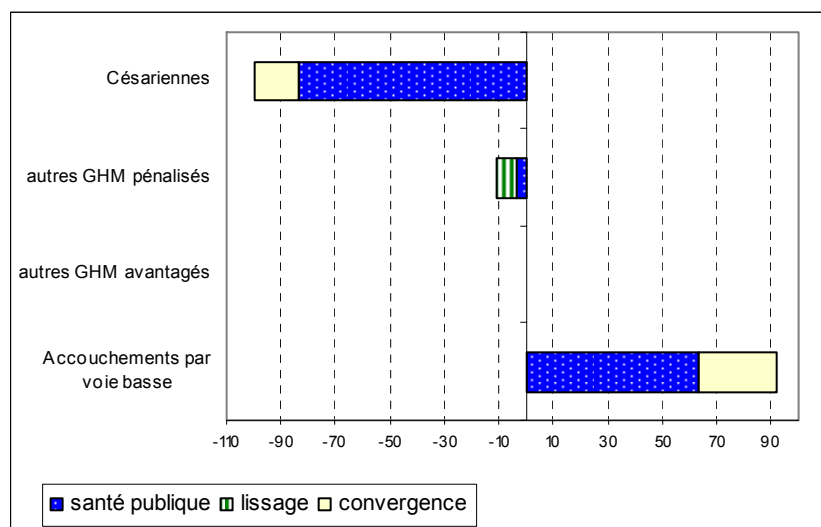
Source : Données ATIH. CMD 06 = Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif

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



Source : Données ATIH.

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



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

1.3. Les ajustements opérés pour la campagne 2011

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

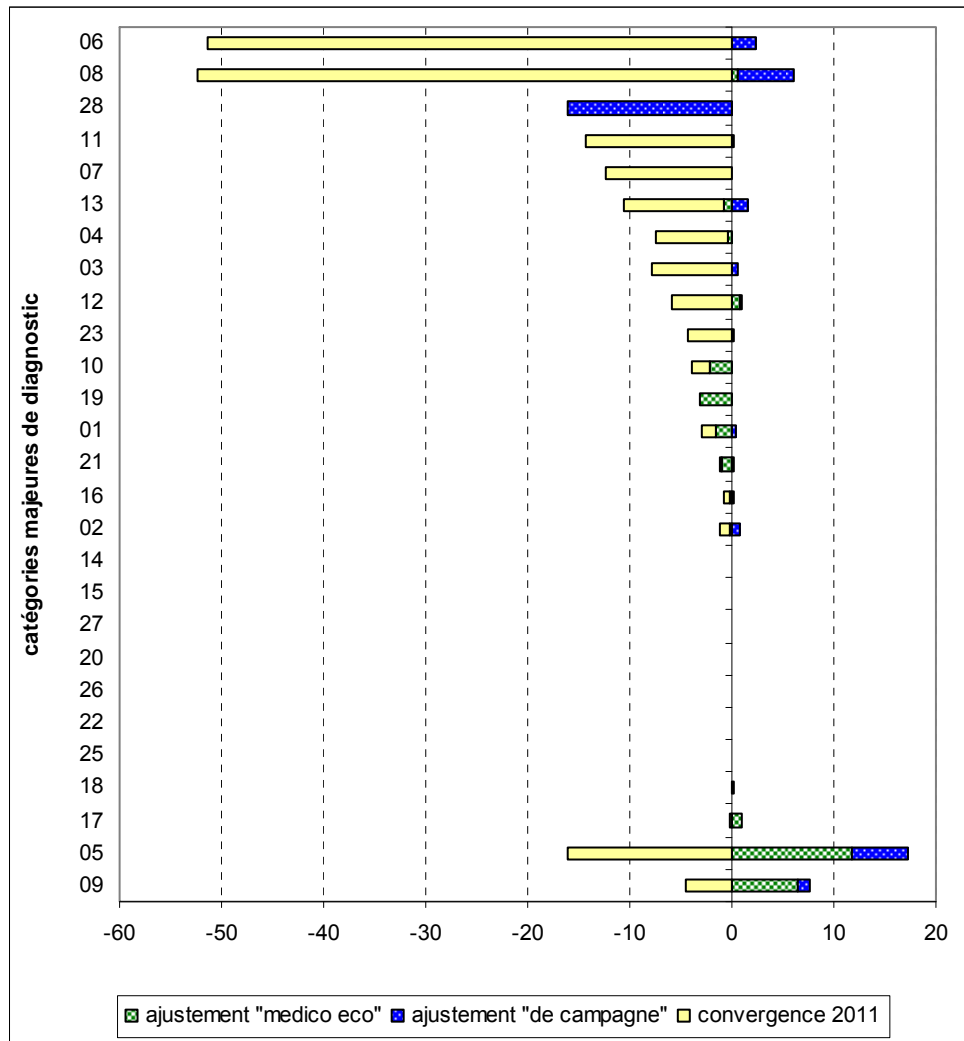
[39] Des ajustements ciblés ont toutefois été opérés, en particulier pour corriger certains écarts jugés trop importants par rapport à la neutralité tarifaire. L'ATIH distingue les « ajustements de campagne », qui portent plus spécifiquement sur des thèmes de santé publique, des autres « ajustements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

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

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

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

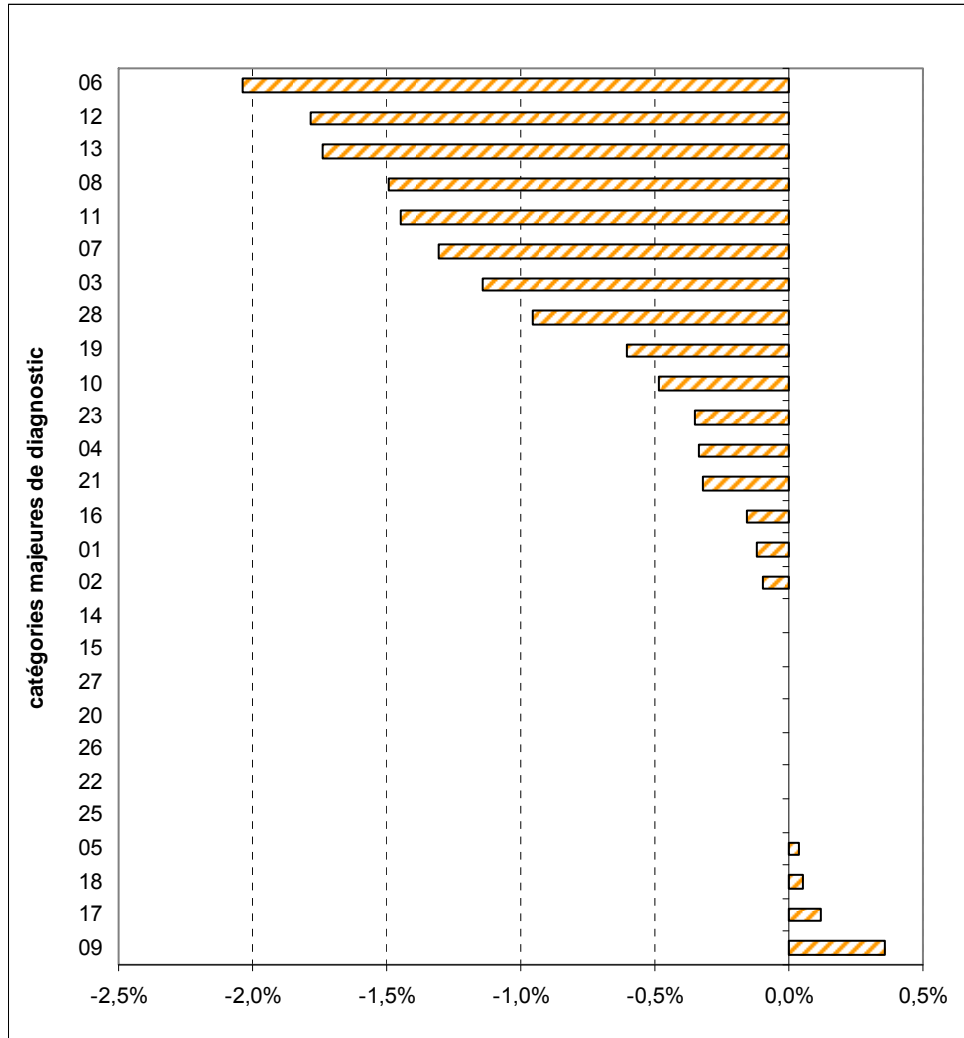
Graphique 19 : Impact (en M€) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution global des tarifs) – secteur public



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

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

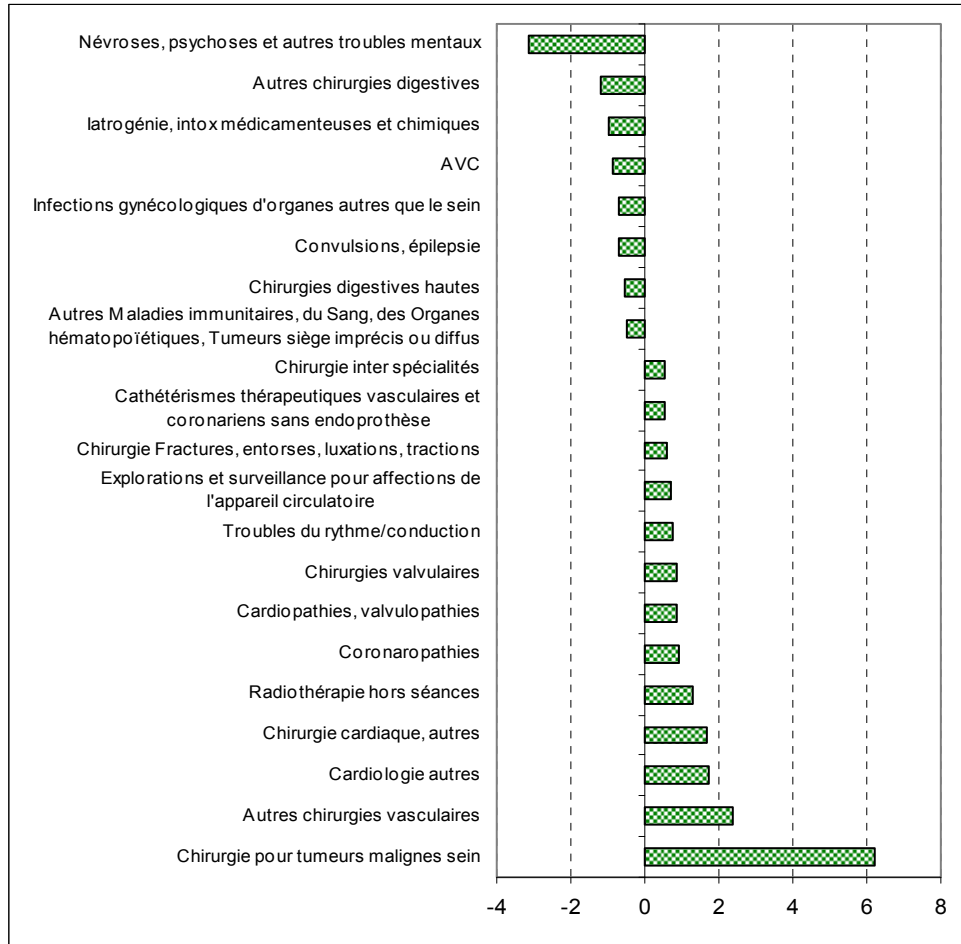
Graphique 20 : ampleur (en %) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution générale des tarifs) - secteur public



Source : Données ATIH

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

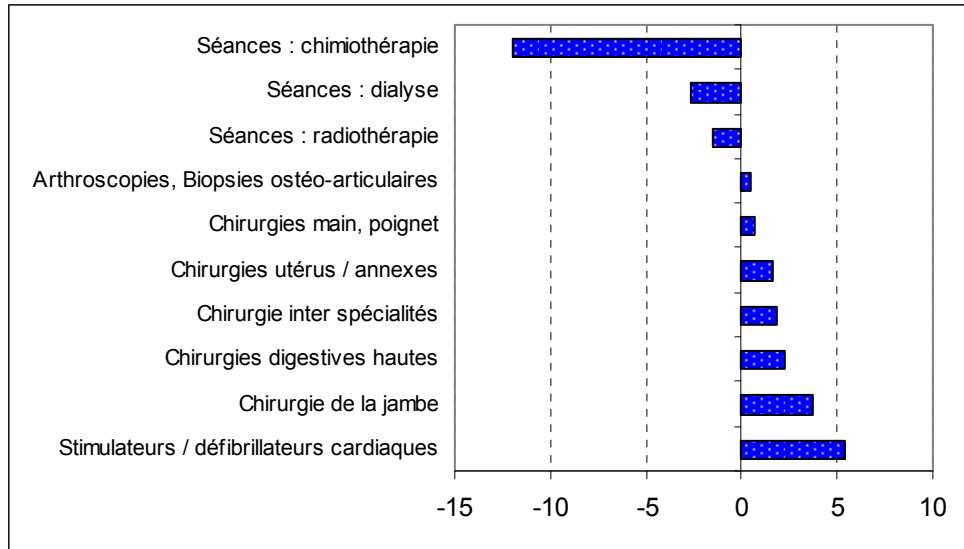
Graphique 21 : Principaux groupes d'activité concernés par les ajustements « médico-économiques » 2011 (millions d'euros) – secteur public



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

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

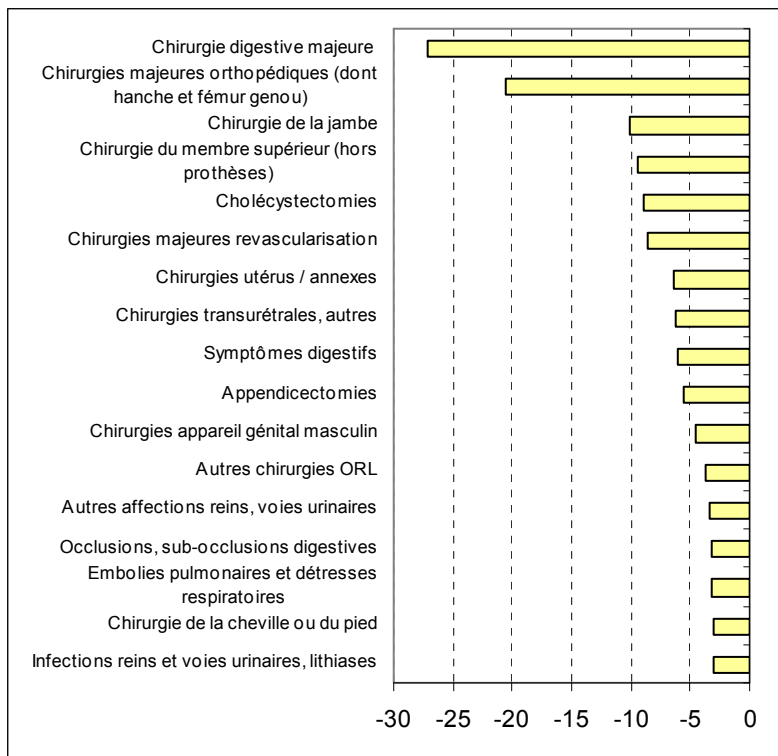
Graphique 22 : Principaux groupes d'activité concernés par les ajustements « de campagne » 2011 (millions d'euros) – secteur public



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

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

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



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

2. DANS LE SECTEUR PRIVE

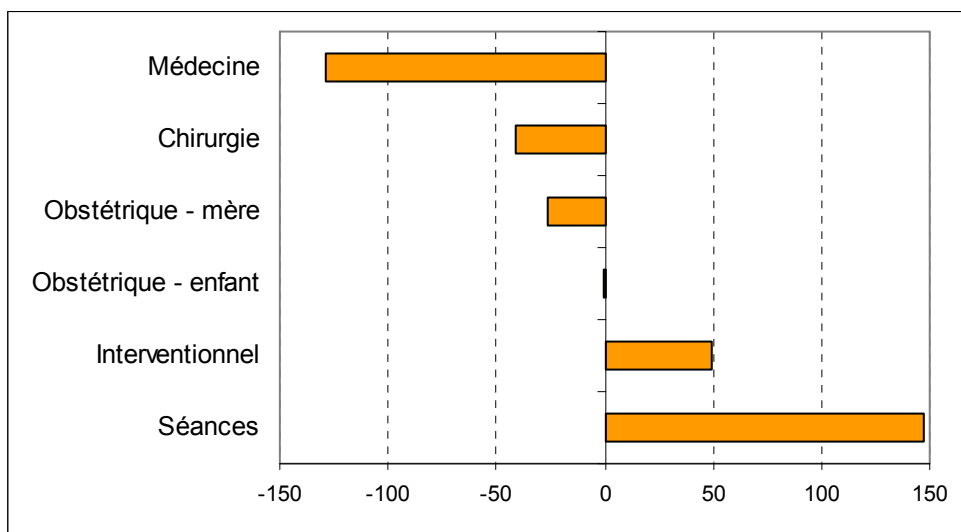
2.1. Le constat des distorsions tarifaires en 2011

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

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

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

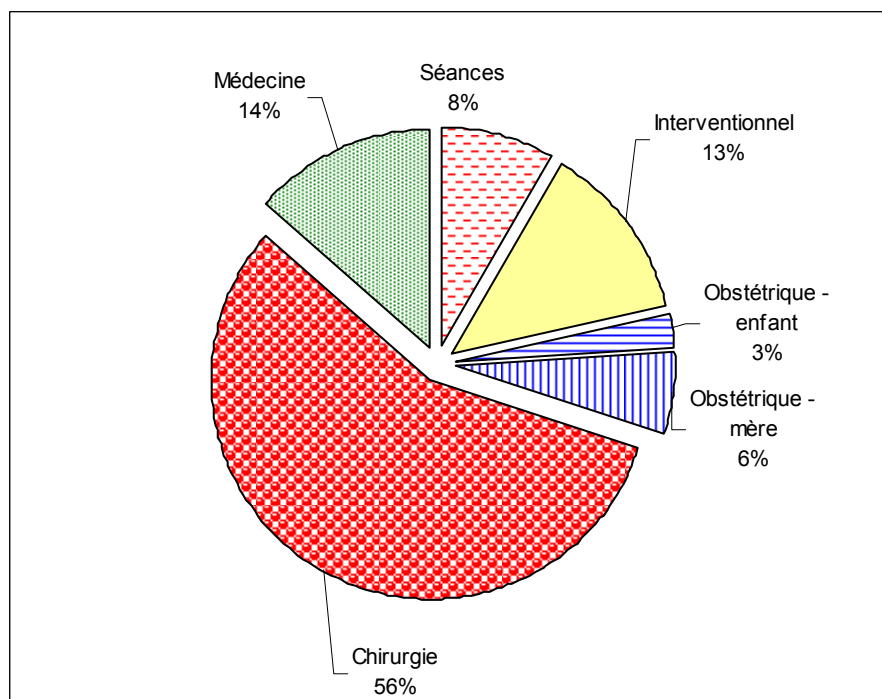
Graphique 24 : Impact des distorsions tarifaire (en M€) observé en 2011 – secteur privé



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

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

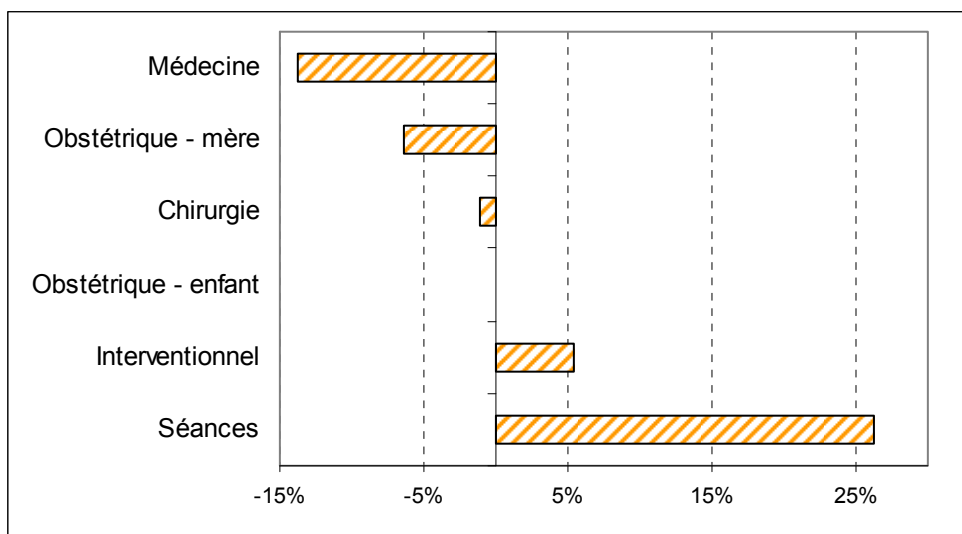
Graphique 25 : Poids des différentes activités (% des ressources allouées aux établissements) – secteur privé



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

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

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



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

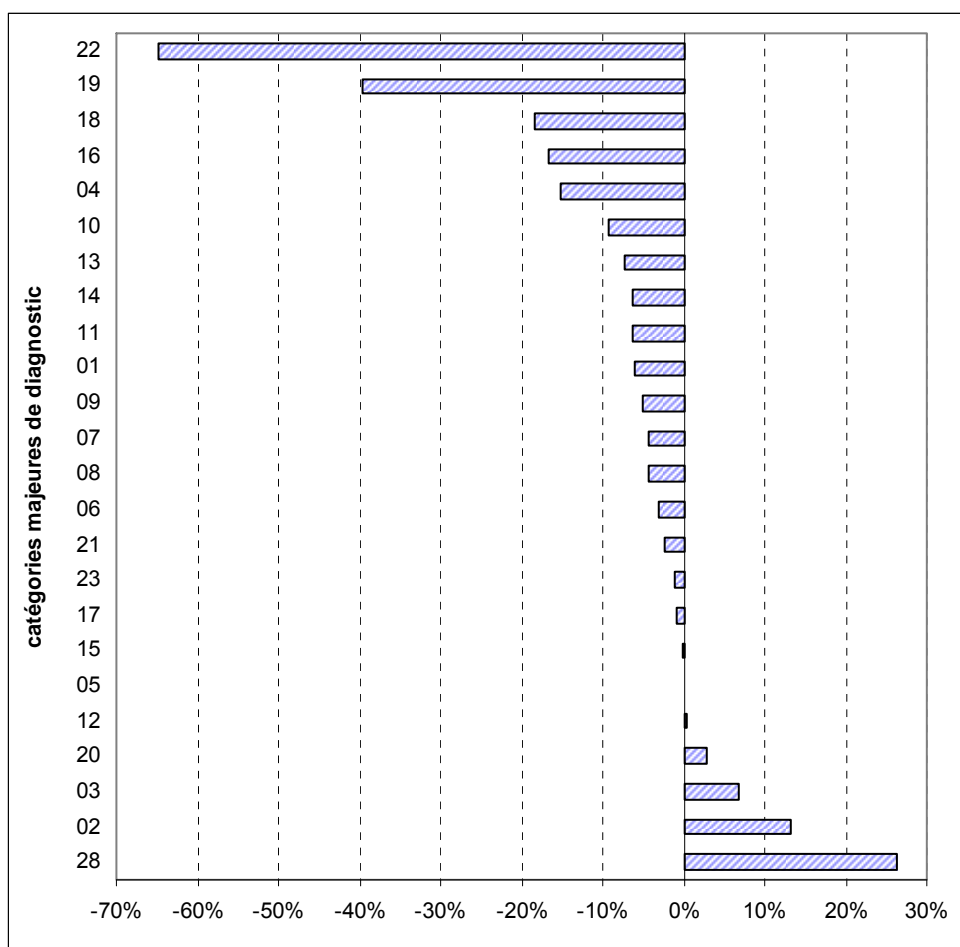
2.1.2. Constats par catégories majeures de diagnostic (CMD) – secteur privé

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

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

Source : ATIH

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

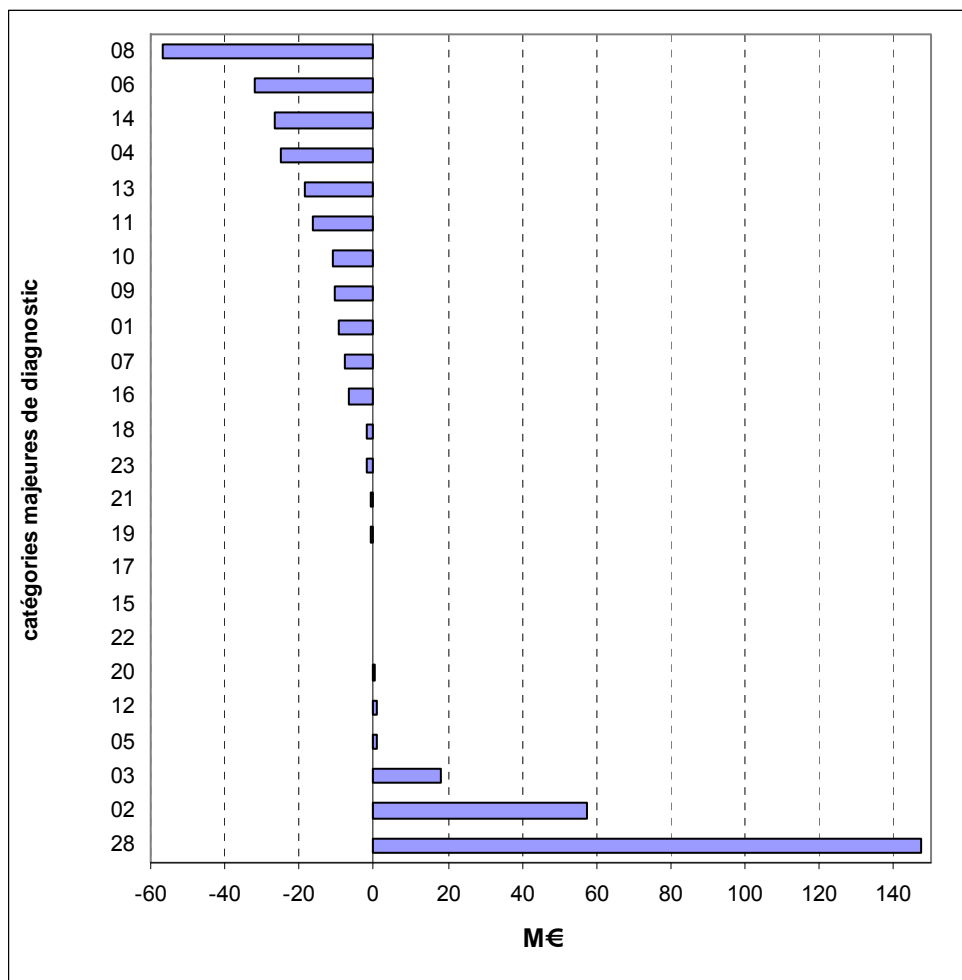


Source : Données ATIH. **Lecture** : par rapport à une tarification neutre, la CMD 28 (séances) bénéficie globalement d'une sur-tarification relative de 26%.

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

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

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



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

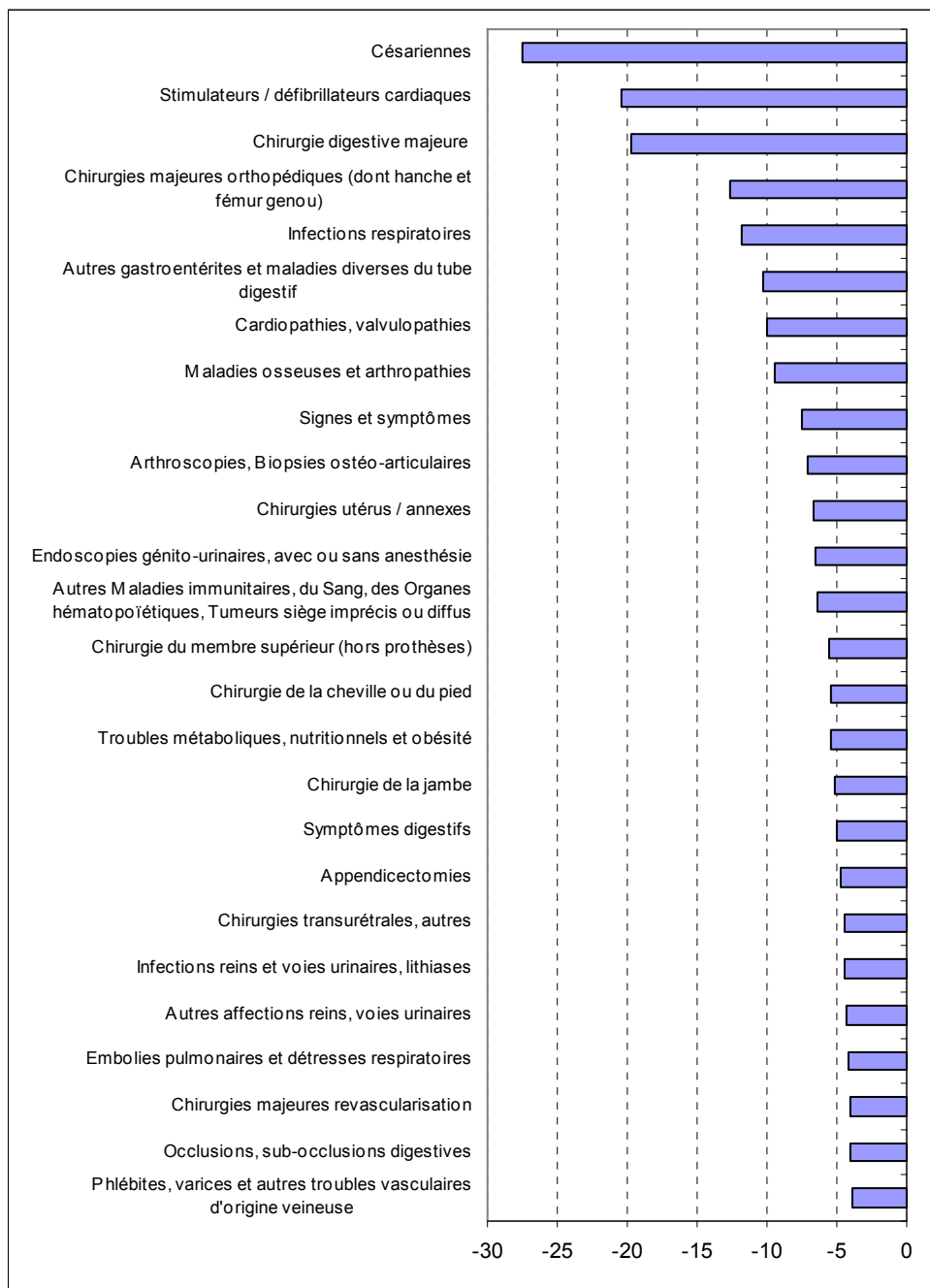
- [50] L'impact financier des distorsions favorables est concentré sur trois CMD : la CMD 28 (séances⁵), la CMD 02 (affections de l'œil) et la CMD 03 (affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents). Les contreparties négatives sont réparties sur davantage de CMD.

2.1.3. Constats par groupes d'activité – secteur privé

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

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

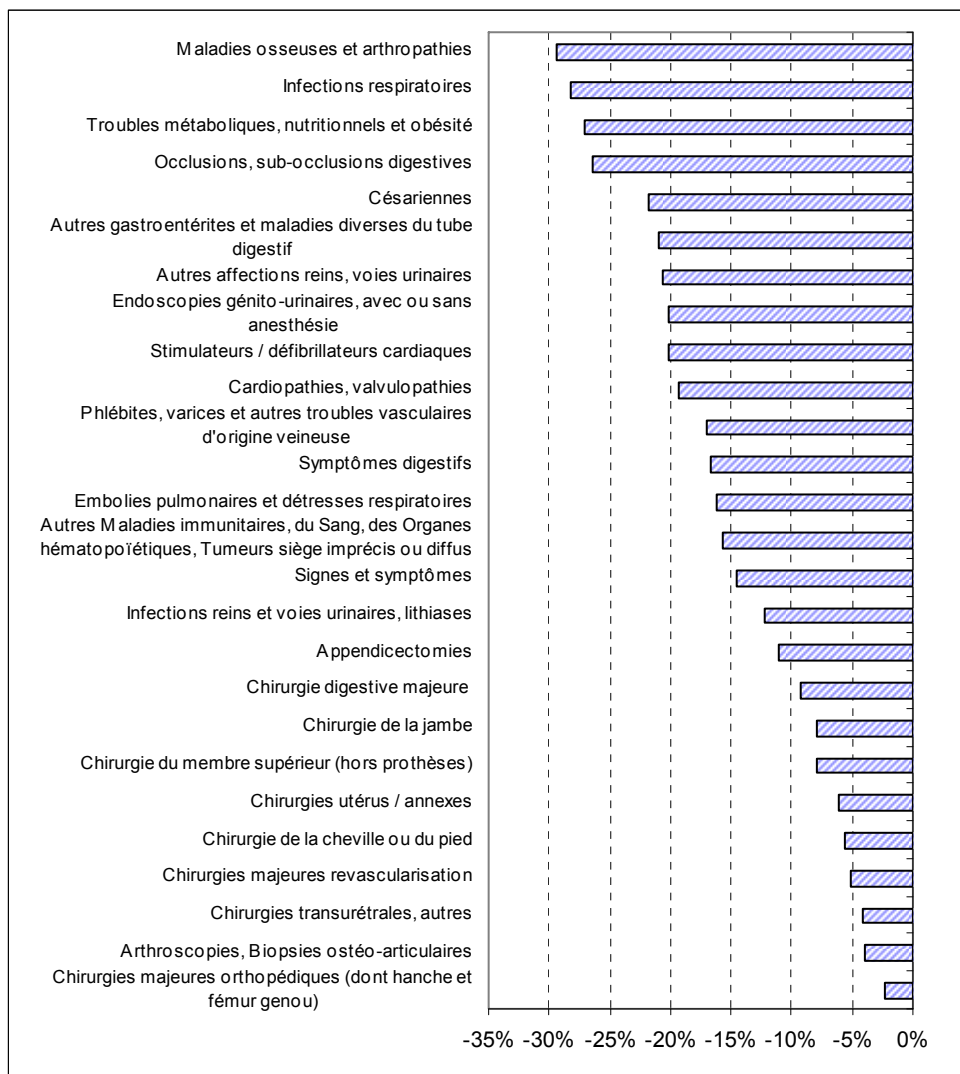
Graphique 29 : principaux groupes d'activités subissant un sous-financement relatif (millions d'euros) secteur privé, 2011



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

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

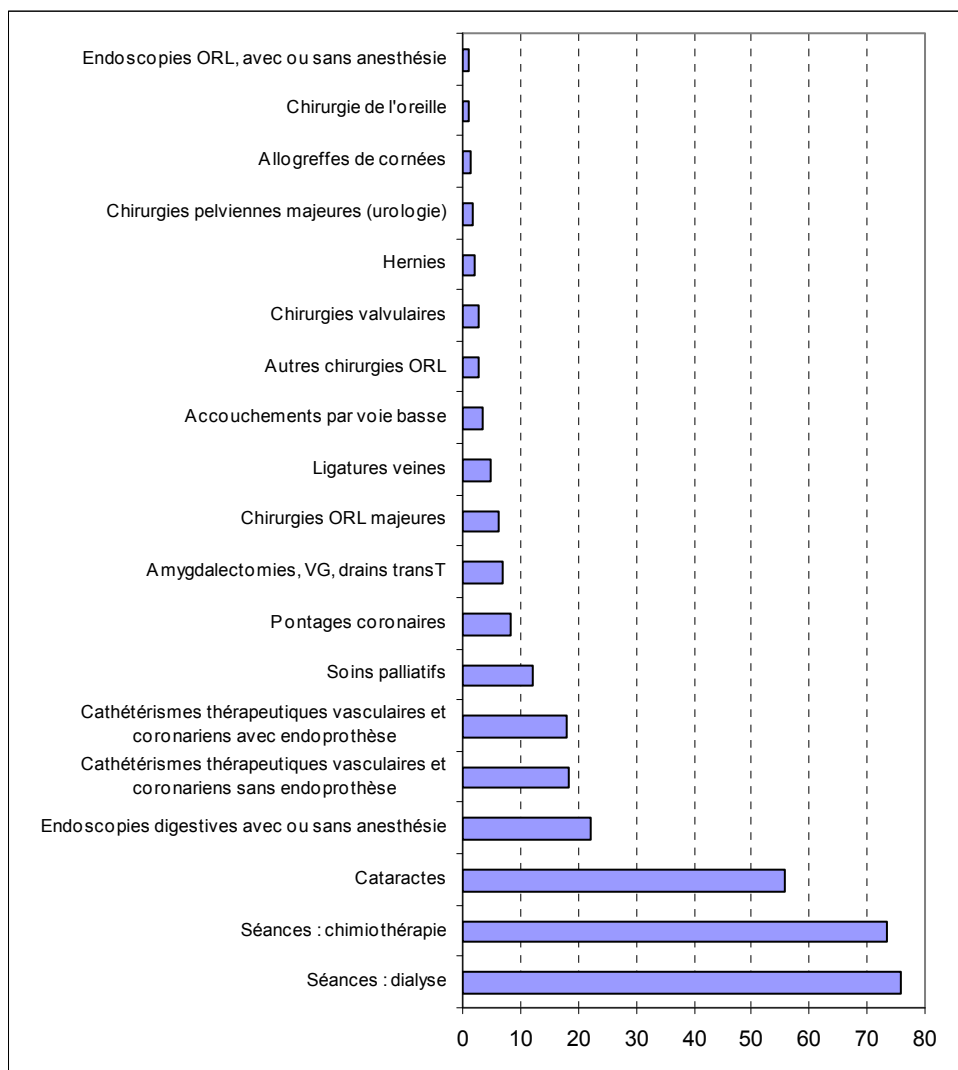
Graphique 30 : Ampleur (en %) des pénalisations tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour ces mêmes groupes d'activité – secteur privé, 2011



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

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

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

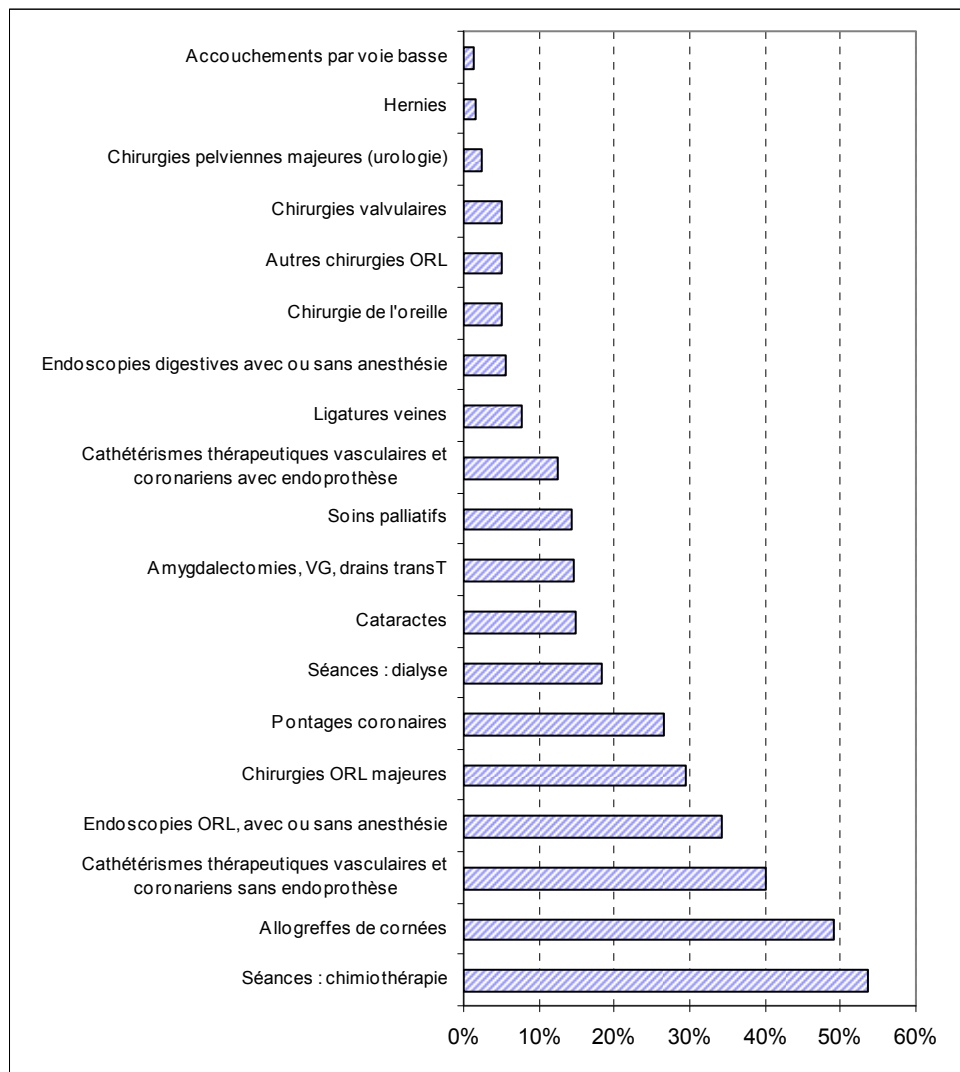


Source : Données ATIH. **Lecture** : les cataractes bénéficient d'un sur-financement de plus de 55 M€ et cet avantage tarifaire relatif atteint 77 M€ pour les séances de dialyse.

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

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

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



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

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

2.1.4. Constats par racine des GHM – secteur privé

[57] Les constats au niveau des racines de GHM permettent de préciser les observations effectuées par groupe d'activité.

[58] Les activités figurant dans le tableau suivant supportent 60% du montant total des pénalisations tarifaires relatives.

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

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

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

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

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

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

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

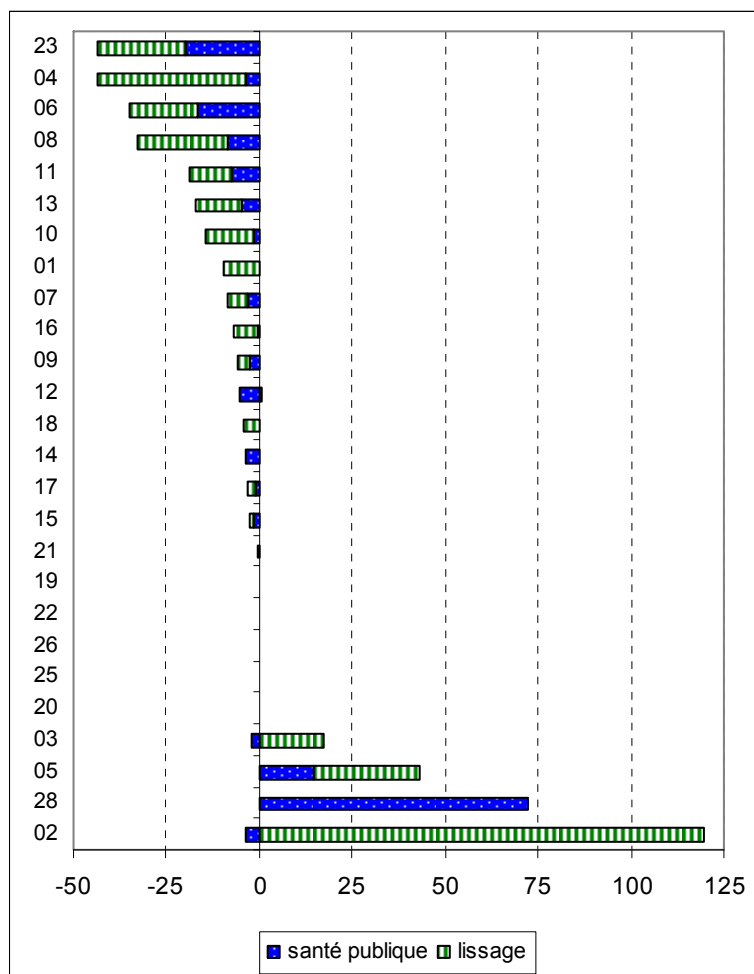
2.2. Décomposition des distorsions tarifaires opérées pour la campagne 2010

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

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

2.2.1. Les modulations 2010 par CMD – secteur privé

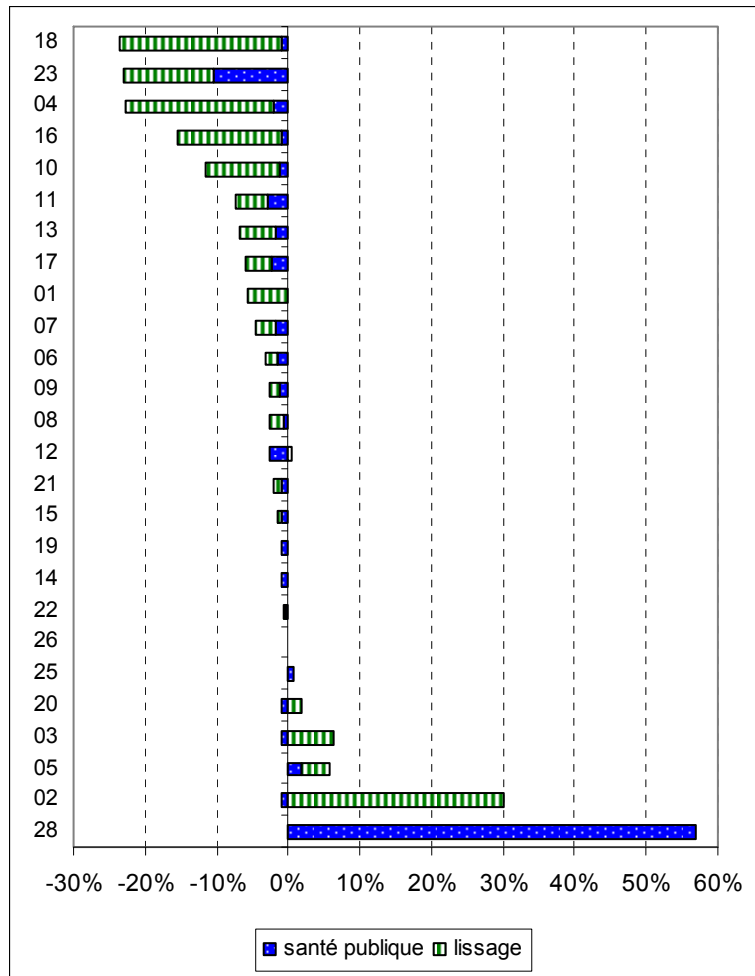
Graphique 33 : Impact (en M€) des différentes modulations, par CMD – secteur privé, 2010



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

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

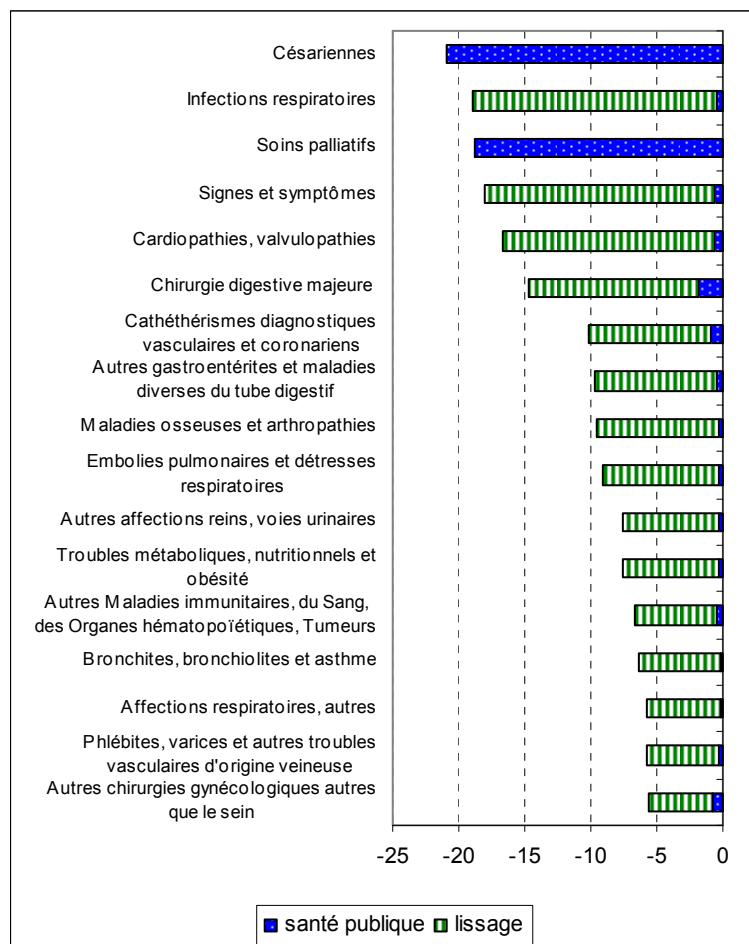
Graphique 34 : Ampleur (en %) des différents types de modulation, par CMD – secteur privé, 2010



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

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

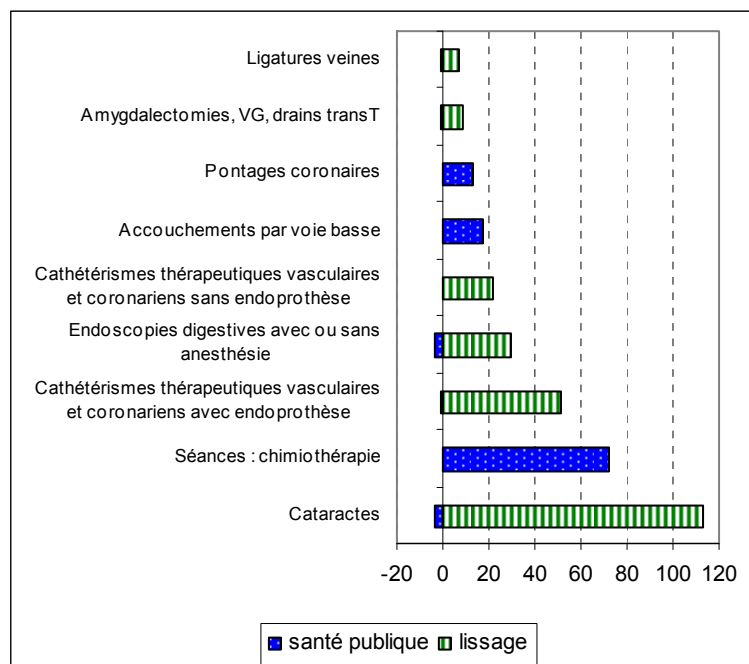
Graphique 35 : Principaux groupes d'activité affectés par des modulations tarifaires négatives (millions d'euros) – secteur privé 2010



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

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

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



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

2.3. Les ajustements opérés pour la campagne 2011

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

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

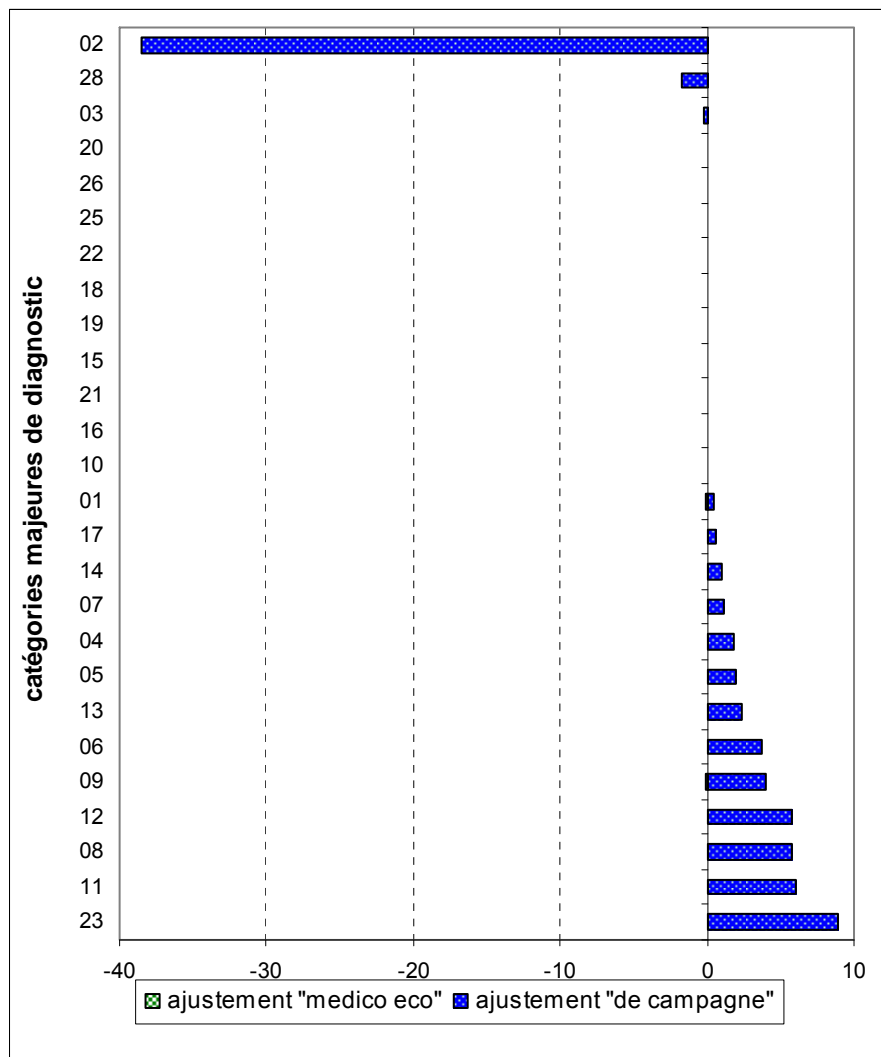
Tableau 8 : Décomposition des facteurs économiques d'évolution des tarifs entre 2010 et 2011 secteur privé

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

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

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

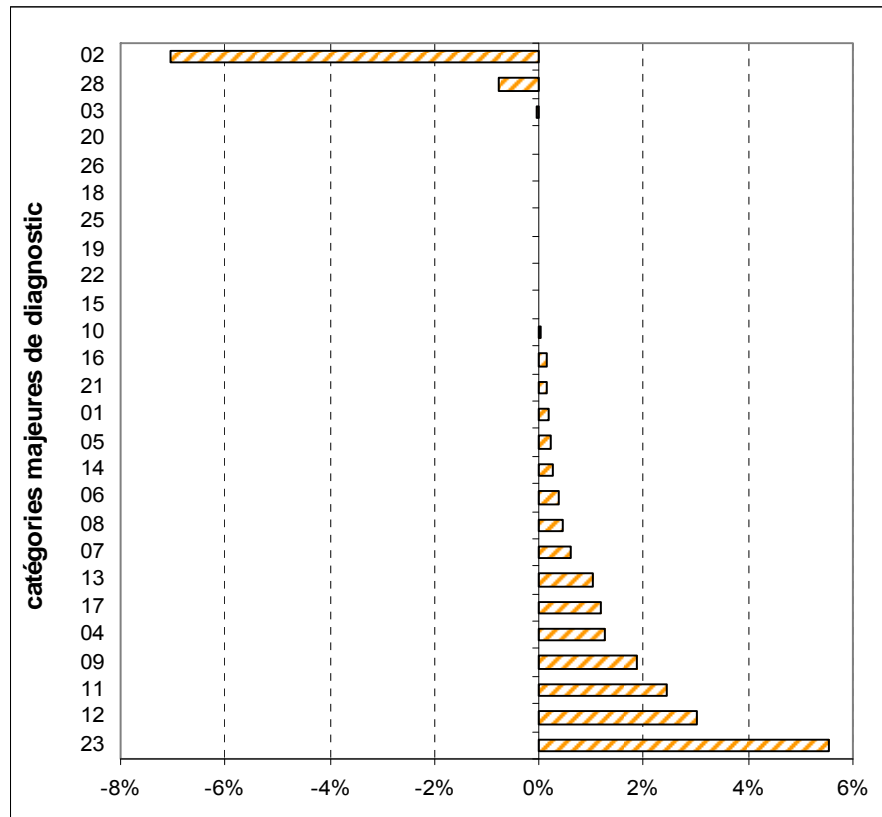
Graphique 37 : Impact (en M€) des ajustements opérés par rapport aux tarifs 2010 pour la campagne 2011, par CMD (hors taux d'évolution générale des tarifs) – secteur privé



Source : Données ATIH

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

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

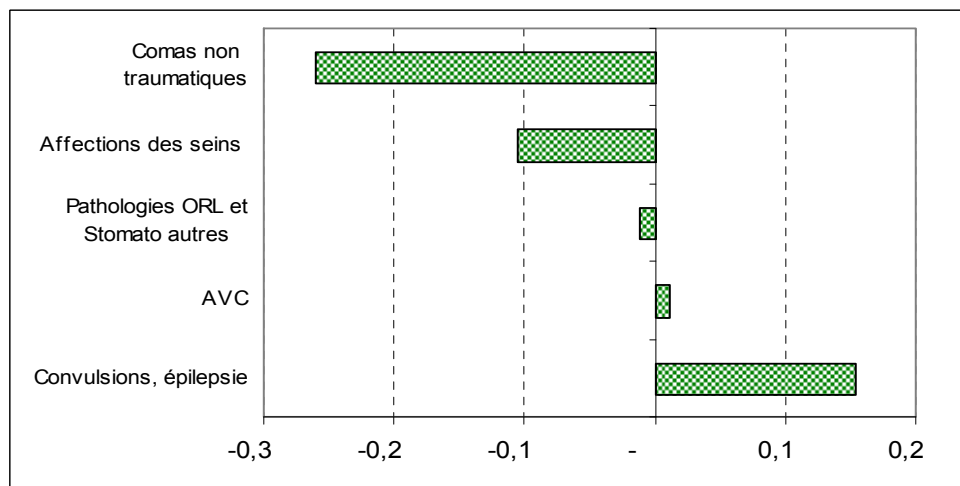


Source : Données ATIH.

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

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

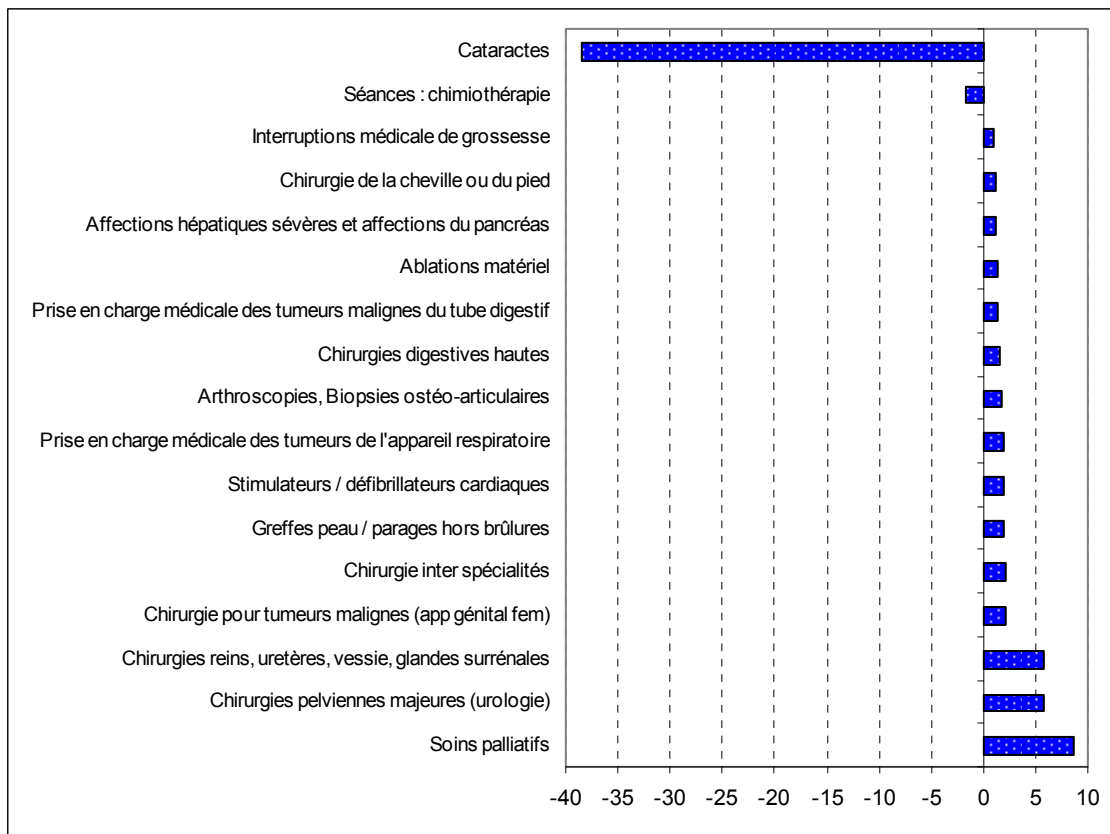
Graphique 39 : groupes d'activité concernés par les ajustements « médico-économiques » 2011 (millions d'euros) – secteur privé



Source : données ATIH

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

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



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

3. ELEMENTS SYNTHETIQUES

3.1. Ampleur des différentes modulations en 2010

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

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

Tableau 9 : Impact des différents types de modulations 2010

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

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

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

3.2. Ampleur des distorsions en 2011

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

4. PRECISIONS METHODOLOGIQUES

4.1. Remarques générales

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

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

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

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

Impact de la convergence public/privé sur la neutralité tarifaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. *La séquence de construction des tarifs 2010*

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

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

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

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

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

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

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

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

- les coûts complets issus de l'ENC 2006 (ou le cas échéant 2007) ont été ventilés entre séjours sur la base de la nouvelle classification (V11b). Ils ont été traduits en tarifs (tarifs « bruts » dans la terminologie ATIH) sur la base de la définition 2009 des périmètres tarifaires et valorisés sur la base de la prévision de réalisation de l'ONDAM 2009 ;

- ces tarifs dits « bruts » ont fait l'objet d'une première série de modulations, correspondant à des objectifs de santé publique ou d'organisation des soins, pour aboutir à des tarifs dits « repères ». Ces différentes modulations sont présentées dans la note de l'ATIH en pièce jointe 1-b (« campagne MCO 2010, principes de construction tarifaire ») et analysées en détail dans l'annexe 1B. Pour une grande part, ces modulations visent à garantir aux établissements le maintien, par rapport à l'année précédente, les revenus issus des activités concernées, malgré la baisse de leurs coûts relatifs. L'application de ces différentes modulations a un impact sur la valorisation financière de l'activité liée aux GHS concernés. Globalement, cela se traduit par une valorisation plus élevée qu'avant modulation. Il faut donc compenser ce surcoût, puisque l'on se place dans l'enveloppe fermée définie par l'ONDAM. Ainsi, la contrepartie de ces opérations est une modulation générale à la baisse appliquée aux tarifs bruts de l'ensemble des autres GHM ;

- une deuxième série de modulations vise à lisser les évolutions par rapport aux tarifs historiques. Elle ne s'applique pas aux GHM ou GHS qui ont fait l'objet de modulations pour aboutir aux tarifs repères (ce qui est logique puisque l'essentiel de ces modulations visaient déjà un maintien des revenus ciblés sur certaines activités), sauf à ceux concernés par l'incitation à la chirurgie ambulatoire. A l'issue de cette étape, on dispose de tarifs dits « **tarifs initiaux de campagne** » ;

- une triple opération permet de passer des ces tarifs « initiaux de campagne » aux **tarifs « finaux de campagne »** :

- la prise en compte des modifications de périmètre tarifaire entre 2009 et 2010⁷ ;
- l'application de l'hypothèse d'évolution des volumes entre la prévision d'activité 2009 et l'ONDAM cible 2010. Le taux d'évolution correspondant a été appliqué de manière uniforme sur tous les GHM ou GHS et il était identique pour les secteurs public et privé ;

⁷

En 2010, le changement de périmètre des tarifs a concerné :
o la réintégration dans les tarifs de molécules anticancéreuses génériques ;
o la réintégration dans les tarifs des valves aortiques ;
o la poursuite de la réintégration du forfait Haute technicité dans les tarifs sur le secteur ex OQN ;
o le débasage complémentaire opéré sur les tarifs compte tenu de l'ajustement du modèle opéré sur les MIG précarité qui a conduit à revoir à la hausse le montant global attribuée à cette mission.

- l'application des mesures d'économies directement ciblées sur les tarifs. En l'occurrence en 2010, il s'agissait de faire converger les tarifs des secteurs public et privé de 35 GHM pour une économie de 150 M€ affectant exclusivement le secteur public. La mission a demandé à l'ATIH d'isoler spécifiquement l'impact de la mesure de convergence au sein de cette étape.

[97] C'est sur la base de la décomposition entre ces différentes étapes du processus d'élaboration des tarifs 2010 que la mission s'est efforcée d'analyser les écarts globaux entre les tarifs de campagne et les tarifs qui découleraient d'une stricte neutralité (respect de la hiérarchie issue de l'échelle des coûts), ainsi que les écarts introduits à chacune des étapes de modulation. Elle a pour cela demandé à l'ATIH de reconstituer les données correspondant à chacune de ces étapes.

[98] Au total, les calculs présentés dans la présente annexe reposent sur les montants des écarts que chacune des modulations a induits. Pour la présentation de l'ampleur (en %) de ces modulations, ces différents montants ont été rapportés à la masse financière qu'aurait représenté chaque CHM, et à un niveau plus agrégé chaque CMD ou chaque groupe d'activité, avant toute modulation.

[99] Trois limites de cet exercice peuvent être mentionnées :

- contrairement à l'analyse effectuée sur les tarifs 2011 à partir de l'étude adéquation charges financement, les modulations de convergence public/privé ne sont pas ici à somme nulle. Elles se traduisent par une diminution nette de la masse financière (cf. encadré ci-dessus, partie 4.1.) Ceci n'affecte pas le classement des CMD ou des groupes d'activité ou des GHM selon l'ampleur des modulations subies (en %). Cela peut en revanche affecter quelque peu le classement en fonction du montant (en euros) de l'impact de ces modulations. En effet, la convergence a représenté globalement en 2010 une baisse tarifaire de l'ordre de 0,75% pour le secteur public. Le fait de cibler la convergence sur 35 GHM revient à octroyer aux autres GHM un tarif plus élevé de 0,75% par rapport à ce qu'il aurait été si l'économie correspondante avait été répartie sur tous les GHM. Cet avantage par rapport à la neutralité tarifaire est ici ignoré. En % de modulation, cela revient simplement à translater tous les GHM de 0,75% à la baisse, sans modifier les écarts entre eux. En montant en revanche, 0,75% appliqué à un GHM représentant une masse financière très lourde ne représente pas la même chose qu'appliqué à un GHM peu fréquent et/ou peu coûteux ;

- le case mix utilisé par l'ATIH dans le cadre de ce travail effectué pour la mission correspond aux données d'activité définitives de 2009, et non à la prévision 2009 utilisée lors des calculs effectués réellement dans le cadre la construction de la campagne 2010. C'est pourquoi les modulations qui devraient être à somme nulle ne le sont pas exactement ici, du fait de cette différence de structure. Les écarts sont minimes et ne modifient pas les ordres de grandeur des constats ;

- l'ampleur des modulations de convergence, en %, peut être affectée par le fait que l'on rapporte les montants concernés à une masse qui n'est pas exactement sur le même périmètre tarifaire. Les modulations sont en effet effectuées en fin de processus, sur des tarifs qui sont calés sur le périmètre tarifaire de la campagne, alors que pour des raisons pratiques, les précédentes modulations sont encore effectuées sur le périmètre tarifaire de l'année précédente, comme expliqué plus haut.

[100] La mission a considéré que ces limites n'enlevaient pas leur caractère illustratif aux constats présentés ici, d'autant plus que malgré ces différences méthodologiques entre les analyses portant sur 2010 et sur 2011, les constats présentaient de fortes cohérences.

4.4. *La séquence de construction des tarifs 2011*

- [101] L'élément le plus important à retenir à propos de la séquence de construction des tarifs en 2011 est que son point de départ n'est pas une grille tarifaire « neutre » élaborée à partir de la hiérarchie des coûts, contrairement à la séquence de construction des tarifs de 2010. Le point de départ est constitué des tarifs de l'année précédente. Ce sont donc les variations par rapport à ces tarifs 2010 qui sont décrits dans les points 1.3. et 2.3. de la présente annexe et non les écarts par rapport à une grille tarifaire neutre.
- [102] Au plan méthodologique, la séquence fournie par l'ATIH à la mission présentait les caractéristiques suivantes :
- l'activité est mesurée par les séjours de l'année 2010⁸, mais ceux-ci sont ventilés selon la classification utilisée pour la campagne 2011 (la V11c). La masse financière allouée à chaque GHM correspond donc aux séjours 2010 (en tenant compte des bornes basses et hautes) auxquels est appliquée la tarification 2010 ;
 - sur cette base sont ensuite pratiquées des ajustements dits « médico-économiques » et des ajustements « de campagne » dont les fondements sont présentés dans la pièce jointe 1-e (les ajustements « médico-économique » regroupent ceux décrits dans cette annexe sous les trois rubriques « maintenance tarifaire », « demandes des fédérations » et « écarts tarifs/coûts très positifs »). Ces ajustements ne sont pas à somme nulle ;
 - enfin, les tarifs ainsi obtenus se voient appliquer le taux d'évolution général ainsi que les modulations de convergence nécessaires au respect de l'ONDAM prévu pour 2011.

⁸ Ici l'ATIH a utilisé les données d'activité définitives de 2010 mais au moment de la construction de la campagne 2011 elle ne disposait que d'une prévision.

Annexe 1B

Analyse des modulations pour motifs de santé publique et d'organisation des soins de la campagne 2010

- [103] Ces modulations permettent de passer des tarifs « bruts », qui respectent la hiérarchie des coûts issue de l'ENC, aux tarifs dits « repères » (c'est pourquoi on parle dans ce qui suit de modulations « repères »).
- [104] Dans le secteur public, pour les GHM et GHS concernés par ces objectifs de santé publique ou d'organisation des soins, ces modulations se traduisaient globalement par un « surplus » tarifaire représentant environ 230 M€. En contrepartie, tous les autres GHM/GHS ont subi une « décôte » tarifaire de **1,3%** pour que l'opération soit à somme nulle⁹.
- [105] Toutefois, l'impact varie fortement dans son ampleur et dans sa structure selon les thèmes de santé publique examinés : les soins palliatifs et les activités lourdes sont les plus gros bénéficiaires grâce à des modulations tarifaires exclusivement à la hausse, tandis que l'incitation à la chirurgie ambulatoire passe majoritairement par des modulations tarifaires à la baisse (des GHM d'hospitalisation complète de niveau 1) qui font plus que compenser les modulations à la hausse (des GHM ambulatoires) ; le mécanisme est similaire en périnatalogie.

Tableau 10 : Modulations de santé publique et d'organisation des soins (secteur public, 2010)

secteur public	globales	à la hausse	à la baisse
<i>impact en millions d'euros</i>			
soins palliatifs	78	78	0
activités lourdes	113	113	0
cancer	75	89	-14
chirurgie ambulatoire	-25	23	-47
périnatalogie	-17	64	-81
AVC	7	7	0
total repères avant contreparties	233	375	-142
contreparties	-248	0	-248
total repères	-16	375	-391

Source : Calculs IGAS sur données ATIH

- [106] Dans le secteur privé, les modulations se traduisent globalement par un « surplus » tarifaire de l'ordre de 40 M€ intégralement compensé par une modulation à la baisse de 0,9% de l'ensemble des tarifs des GHS non concernés par ces modulations. Ce sont les activités de cancer qui bénéficient majoritairement de ces modulations. Paradoxalement, les soins palliatifs subissent une modulation tarifaire à la baisse, lorsqu'on compare les tarifs repères aux tarifs bruts.

⁹ Pour des raisons pratiques, les calculs fournis par l'ATIH à la mission ont été effectués sur la base de l'activité définitive de 2009. Au moment de la construction de la campagne 2010, l'ATIH ne disposait toutefois que d'une estimation de l'activité 2009. L'écart entre cette estimation de l'époque et la réalité de l'activité 2009, telle qu'utilisée ici, conduisent à de légers écarts dans les résultats. Ainsi, alors que l'impact net des modulations étudiées ici et de leurs contreparties était nul au moment de la construction de la campagne, il est ici de -16M€ (la baisse de 1,3% des tarifs de tous les autres GHM représentant ici -248 M€). Si on utilisait les données de l'activité 2010, qui est celle à laquelle ont été appliqués effectivement ces tarifs, les résultats seraient bien sûr encore différents. Au total, il est regrettable que l'ATIH n'ait pas documenté ses calculs en temps réel sur la base des estimations utilisées lors de la construction de l'époque.

Tableau 11 : Modulations de santé publique et d'organisation des soins (secteur privé, 2010)

secteur privé	globales	à la hausse	à la baisse
<i>impact en millions d'euros</i>			
soins palliatifs	-19	0	-19
activités lourdes	24	24	0
cancer	49	73	-24
chirurgie ambulatoire	-11	30	-42
périnatalogie	-3	18	-21
total repères avant contreparties	41	146	-105
contreparties	-41	0	-41
Total repères	0	146	-146

Source : Calculs IGAS sur données ATIH

Les soins palliatifs

[107] Les soins palliatifs font l'objet de 2 GHM :

- le GHM 23Z02T (soins palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée)
- le GHM 23Z02Z (soins palliatifs, avec ou sans acte) lui-même démultiplié en 3 GHS
 - séjour dans un lit non dédié
 - séjour dans un lit dédié
 - séjour dans une unité de soins palliatifs

[108] Par rapport aux tarifs bruts, les modulations tarifaires introduites pour aboutir aux tarifs « repères » poursuivent deux objectifs :

- garantir aux établissements de santé que l'activité de soins palliatifs leur apporte la même recette qu'en 2009,
- inciter à la prise en charge la plus « dédiée » en veillant au maintien d'écarts tarifaires sensibles entre les différentes modalités.

[109] Ces modalités sont résumées comme suit dans la note fournie par l'ATIH sur la campagne 2010:

« *Soins palliatifs (1 racine concernée): cette contrainte consiste à*

- *fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours (inchangé par rapport à 2009¹⁰)*
- *maintenir un rapport de 1.5 entre le tarif des séjours dans des unités et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié et un rapport de 1.3 entre le tarif des séjours dans des lits dédiés et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié ((inchangé par rapport à 2009)*
- *maintenir les valeurs des EXH*
- *maintenir la masse finançant actuellement cette activité (i.e. : masse distribuée par les tarifs 2009 tels que fixés par l'arrêté)*

Ces contraintes conduisent à fixer les tarifs repères 2010 comme égaux aux tarifs 2009. »

[110] En pratique, les tarifs repères 2010 sont bien identiques aux tarifs de campagne 2009 publiés sur le site de l'ATIH :

¹⁰ Les précisions en italique entre parenthèse sont ajoutées ici par l'IGAS.

Tableau 12 : Soins palliatifs - comparaison des tarifs de campagne 2009 et repères 2010

secteur public - tarifs faciaux, en euros		2009 "campagne"	2010 "repères"	évolution
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	558,03	558,03	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 275,33	4275,33	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 557,93	5557,93	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 412,99	6412,99	0,0%

secteur privé - tarifs faciaux, en euros		2009 "campagne"	2010 "repères"	évolution
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	415,50	415,50	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2 690,12	2 690,12	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	3 497,14	3 497,14	0,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	4 035,07	4 035,07	0,0%

Source : ATIH

[111] La mise en œuvre des modulations peut être observée en comparant les tarifs bruts faciaux et les tarifs repères faciaux :

Tableau 13 : Soins palliatifs, comparaison des tarifs bruts et des tarifs repères faciaux 2010

élaboration des tarifs pour la campagne 2010		tarifs bruts faciaux		tarifs repères faciaux		modulation (%)
secteur public		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	570,94		558,03		-2,3%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5 402,34	100	4 275,33	100	-20,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	6 535,14	121	5 557,93	130	-15,0%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	9 037,67	167	6 412,99	150	-29,0%

élaboration des tarifs pour la campagne 2010		tarifs bruts faciaux		tarifs repères faciaux		modulation (%)
secteur privé		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	306,52		415,50		35,6%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 710,11	87	2 690,12	100	-42,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 706,08	106	3 497,14	130	-38,7%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 322,84	117	4 035,07	150	-36,2%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

[112] On observe bien, sur les tarifs repères, le respect des écarts voulus entre les différents modes de prise en charge (indices 100, 130 et 150). Par ailleurs, pour les 3 GHS du GHM 23Z02Z, les tarifs repères faciaux sont sensiblement inférieurs aux tarifs bruts faciaux. Ceci provient de la nouvelle définition des bornes basse et haute, introduite comme modulation repère. Ces nouvelles bornes diffèrent en effet de celles qui découlent de l'application des règles statistiques habituelles appliquées pour l'ensemble des GHM. Comme cette modification des bornes se fait à enveloppe constante et avec maintien de la valeur des majorations au-delà de la borne haute, elle se traduit mécaniquement par un abaissement du tarif facial appliqué aux séjours dont la durée se trouve entre les bornes (par rapport à l'absence de modulation, davantage de séjours auront une durée excédant la borne haute et bénéficieront donc d'une majoration du tarif de base. Pour financer cela, il faut en contrepartie baisser le tarif de base).

[113] Si les modifications des bornes basses et hausses et des tarifs faciaux s'effectuent à masse constante, cela signifie qu'elles sont neutres sur les tarifs moyens des séjours. La comparaison des tarifs bruts moyens et des tarifs repères moyens permet donc quant à elle de mesurer l'impact financier des distorsions introduites par ces modulations repères par rapport à des tarifs qui respecteraient la hiérarchie des coûts.

[114] Les tableaux suivants illustrent deux phénomènes inattendus :

- ces modulations ne sont en réalité pas toujours avantageuses pour le financement des séjours en soins palliatifs. Les séjours de très courte durée dans le secteur public et les autres séjours dans le secteur privé subissent des modulations à la baisse (particulièrement fortes dans le secteur privé) ;

- dans le secteur public, la règle d'un tarif facial d'un séjour en unités de soins palliatifs égal à 1,5 fois le tarif facial du séjour en lits non dédiés réduit en réalité l'avantage tarifaire relatif de la prise en charge en unité. L'écart de tarif moyen avec la prise en charge en lit non dédié (de 1,75) serait plus élevé sans cette règle (il s'établirait à 1,85 : ces chiffres diffèrent de 1,5 à cause des séjours bénéficiant des majorations du fait de leur durée).

Tableau 14 : Soins palliatifs, comparaison des tarifs bruts et des tarifs repères moyens 2010

élaboration des tarifs pour la campagne 2010

secteur public

		tarifs bruts moyens		tarifs repères moyens		modulation (%)
		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	570,94		558,03		-2,3%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5 304,99	100	6 044,52	100	13,9%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	6 652,96	125	8 393,61	139	26,2%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	9 823,81	185	10 566,90	175	7,6%

élaboration des tarifs pour la campagne 2010

secteur privé

		tarifs bruts moyens		tarifs repères moyens		modulation (%)
		(€)	indice	(€)	indice	
23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	306,52		415,50		35,6%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4 544,51	100	3 354,39	100	-26,2%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Lits dédiés	5 830,89	128	4 695,88	140	-19,5%
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte Unités de soins Palliatifs	6 690,60	147	5 709,32	170	-14,7%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

[115] Ces écarts importants entre tarifs repères moyens et tarifs bruts moyens s'expliquent par le souci de maintenir les tarifs repères 2010 identiques aux tarifs de campagne 2009, indépendamment de l'évolution connue du coût des différents séjours. Globalement, cela conduit à des tarifs favorables aux soins palliatifs dans le secteur public à des tarifs défavorables dans le secteur privé, par rapport à des tarifs neutres qui seraient uniquement fonction de la hiérarchie des coûts.

Les activités lourdes

[116] La modulation consiste ici à comparer, pour les GHM concernés, le tarif qui découlerait du respect de la hiérarchie des coûts avec le tarif de la campagne précédente et à ne conserver que le tarif le plus favorable.

[117] Cette modulation tarifaire ne reflète donc pas la prise en compte d'une modalité particulière de prise en charge ou de réalisation de ces activités lourdes, mais un objectif strictement financier de garantie des ressources des années précédentes et de prise en compte des éventuelles hausses de coûts. Sa place dans les modulations dites « de santé publique » est donc discutable, puisque ce même objectif est poursuivi par les modulations dites « de campagne » qui visent à lisser les revenus d'une année sur l'autre.

[118] Les modalités de cette modulation sont résumées comme suit dans la note de campagne 2010 fournie par l'ATIH :

Activités lourdes (52 racines concernées) : la contrainte consiste à :

- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une hausse de recettes, entériner cette hausse → les tarifs repères sont alors égaux aux tarifs bruts
- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une baisse de recettes à annuler cette hausse → les tarifs repères sont donc rehaussés par rapport à la valeur des tarifs bruts de sorte de redistribuer les recettes actuelles.

La liste des GHM concernés a été enrichie de 20 racines pour l'année 2010, en revanche 7 anciennes racines ont été retirées (séjours pour surveillance).

[119] C'est pourquoi cette modulation est systématiquement bénéficiaire et particulièrement coûteuse (relativement aux autres modulations de santé publique).

[120] Dans le secteur public, la CMD 27 concentre à elle seule plus de la moitié de l'impact financier de ces modulations (59 M€ sur 113 M€) et trois racines de GHM de cette CMD expliquent à elles seules 57 M€.

[121] Le tableau suivant retrace l'ampleur des modulations appliquées à ces trois racines. Par ailleurs, il compare les tarifs repères faciaux¹¹ ainsi obtenus en 2010 par rapport aux tarifs faciaux de campagne 2009.

[122] Malgré l'ampleur des modulations appliquées à la hausse par rapport aux tarifs bruts 2010, certains tarifs repères 2010 demeurent inférieurs aux tarifs de campagne 2009. En effet, le taux de modulation appliqué est homogène pour tous les GHM d'une même racine alors que les coûts relatifs et donc les tarifs bruts relatifs de chaque niveau ont pu évoluer entre les deux années¹². Néanmoins, la mission a pu vérifier que la combinaison de ces différentes évolutions tarifaires aboutit, une fois appliquées aux volumes d'activité, à une stabilité des ressources allouées au financement de ces GHM/ GHS entre 2009 et 2010.

¹¹ Le tarif facial est le tarif de base du séjour pour une durée comprise entre les bornes basses et les bornes hautes.

¹² En l'occurrence, les données de coûts 2007 ont été utilisées pour ces GHM lorsque les données de coûts 2006 ont été jugées moins fiables (alors qu'en règle générale sur les autres GHM, les données de coûts 2006 ont été utilisées à la fois pour la campagne 2009 et la campagne 2010)

Tableau 15 : 3 principales racines bénéficiaires des modulations « activités lourdes » 2010 (secteur public)

GHM classif. 2010	libellé GHM	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)	tarif facial de campagne 2009 (€)	tarif repère facial 2010 (€)	évolution entre tarifs faciaux de campagne 2009 et repère 2010
27C021	Transplantations hépatiques, niveau 1	323 007	21,5%	19 327,75	22 123,76	14%
27C022	Transplantations hépatiques, niveau 2	1 176 102	21,5%	33 174,73	31 236,41	-6%
27C023	Transplantations hépatiques, niveau 3	2 642 554	21,5%	37 166,02	40 482,23	9%
27C024	Transplantations hépatiques, niveau 4	3 105 272	21,5%	50 884,82	47 978,13	-6%
27Z021	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 1	406 896	55,3%	21 085,18	23 629,37	12%
27Z022	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 2	1 609 107	55,3%	29 486,99	26 407,95	-10%
27Z023	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 3	17 956 852	55,3%	60 331,84	56 988,20	-6%
27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4	14 598 630	55,3%	78 479,50	86 219,78	10%
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	114 603	34,2%	6 042,12	3 120,19	-48%
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	15 388 432	34,2%	20 670,13	20 842,04	1%
Total de ces trois racines		57 321 455				

Source : Données ATIH, calculs IGAS. **Lecture** : les GHM d'allogreffes de cellules souches hématopoïétiques ont bénéficié d'une modulation à la hausse de 55,3% de leur tarif repère par rapport au tarif brut en 2010. Le tarif repère facial qui en découle demeure cependant parfois inférieur au tarif facial de campagne 2009 : c'est le cas pour les GHM de niveau 2 et de niveau 3. Néanmoins, la combinaison de ces différentes évolutions tarifaires entre 2009 et 2010 aboutit à une stabilité des ressources allouées au financement des quatre niveaux de GHM pris globalement (ce dernier résultat ne figure pas dans le tableau).

[123] Dans le secteur privé, la CMD 05 (cardiologie) concentre à elle seule 84% de l'impact financier de ces modulations (20,5 M€ sur 24,4 M€)

Tableau 16 : 4 principales racines bénéficiaires des modulations « activités lourdes » 2010 (secteur privé)

Racines	Libellé	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)
05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	8 924 135	35,1%
05C04	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	3 693 566	34,3%
05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	3 466 230	9,7%
05C06	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	3 086 056	45,0%

Source : données ATIH, calculs IGAS

Le cancer

- [124] Concernant le cancer, là aussi la modulation dite « de santé publique » reflète en réalité un strict objectif financier de maintien des ressources allouées à cette activité en 2010 par rapport à 2009, malgré la diminution globale de ses coûts relativement aux autres activités.
- [125] En effet, dans le secteur public, l'application des tarifs bruts 2010 aurait entraîné, selon l'ATIH, une perte de recettes de 93 M€ sur les GHM de séances (de la CMD 28) et un gain de recettes de 15 M€ sur les autres GHM de cancer par rapport aux tarifs de campagne 2009.
- [126] La contrainte fixée à l'ATIH pour moduler les tarifs a consisté à enregistrer ce gain de 15 M€ (donc à entériner les tarifs bruts 2010 des GHM correspondants, sans modulation particulière « de santé publique ») et à limiter à -15 M€ la perte de recettes sur les GHM cancer de la CMD 28, pour assurer un maintien global des ressources par rapport à 2009 sur l'ensemble des GHM cancer.
- [127] L'ATIH a donc fixé, sur l'ensemble des GHS Cancer de la CMD 28, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 16% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 ($15\text{M€}/93\text{M€} = 16\%$) et ce, quel que soit le sens de l'écart.
- [128] Au total, cela a conduit à fortement avantager trois GHM de séances, dont les tarifs bruts de 2010 étaient très inférieurs aux tarifs de 2009 (techniques complexes d'irradiation externe, chimiothérapie pour tumeur, autres techniques d'irradiation externe) mais au contraire à pénaliser les autres GHM concernés, en particulier les GHM de préparations à une irradiation externe.

Tableau 17 : Modulations sur les GHM de séances – cancer – 2010, secteur public

GHM classification 2010	libellé GHM	impact des modulation repères 2010 (en €)	ampleur des modulation repères 2010 (en %)
28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	39 278 345	31,7%
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	31 996 752	7,3%
28Z13Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	17 539 742	44,5%
28Z09Z	Autres préparations à une irradiation externe	-1 089 382	-20,3%
28Z18Z	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	-1 469 760	-8,3%
28Z11Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	-1 975 861	-7,9%
28Z08Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	-9 594 620	-14,0%
TOTAL GHM Cancer de la CMD 28		74 685 216	10,4%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

- [129] Dans le secteur privé, l'application des tarifs bruts 2010 aurait entraîné, selon l'ATIH, une perte de recettes de 86 M€ sur les GHM de séances (de la CMD 28) et un gain de recettes de 36 M€ sur les autres GHM de cancer par rapport aux tarifs de campagne 2009.
- [130] La contrainte fixée à l'ATIH pour moduler les tarifs a consisté à enregistrer 35% de ce gain de 36 M€, donc à le limiter à 12,5 M€) et à limiter au même montant la perte de recettes sur les GHM cancer de la CMD 28, pour assurer un maintien global des ressources par rapport à 2009 sur l'ensemble des GHM cancer.
- [131] L'ATIH a donc déterminé, sur l'ensemble des GHS de Cancer en hospitalisation, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 35% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 et ce, quel que soit le sens de l'écart.
- [132] L'ATIH a également déterminé, sur l'ensemble des GHS de CMD 28, les tarifs repères 2010 de manière à ce que leur écart avec le tarif de campagne 2009 ne représente que 14,4% de l'écart entre le tarif brut 2010 et ce tarif de campagne 2009 ($12,5\text{M€}/46\text{M€} = 14,4\%$) et ce, quel que soit le sens de l'écart.

[133] Au total, le GHM de séance « chimiothérapie pour tumeur » bénéficie de l'essentiel des modulations à la hausse par rapport aux tarifs bruts (72 M€ sur 73 M€) tandis que la plupart des GHM d'hospitalisation subissent des modulations à la baisse dont les plus importantes sont retracées dans le tableau suivant :

Tableau 18 : Principales modulations « cancer » 2010, secteur privé

GHM ou racines classif. 2010	Libellé	impact financier des modulation repères (en €)	ampleur des modulation repères (en %)
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	72 465 746	62,5%
04M09	Tumeurs de l'appareil respiratoire	-4 944 509	-16,6%
06C16	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à	-4 013 770	-16,3%
09M10	Tumeurs malignes des seins	-2 615 969	-15,7%
06M13	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac	-2 320 475	-15,1%
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	-2 079 299	-14,4%
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	-1 762 627	-13,0%

Source : Données ATIH, calculs IGAS

La périnatalogie

[134] Les modalités de cette modulation sont résumées comme suit dans la note de campagne 2010 fournie par l'ATIH :

« Périnatalogie (2 racines concernées) : Pour le secteur ex DG, la contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 40% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 20% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication. »

Pour le secteur ex-OQN, la contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 12% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

[135] Les tableaux suivants montrent le respect de ces contraintes.

Tableau 19 : Modulations repères « périnatalogie » 2010, secteur public

GHM classif. 2010	libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009		tarifs bruts faciaux 2010		tarifs repères faciaux 2010		ampleur de la modulation repère %	impact financier de la modulation repère €
		€	indice	€	indice	€	indice		
14C02A	Césariennes sans complication significative	2 959,84	140	3 922,77	198	2 976,95	140	-24,1%	-81 037 464
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2 114,17	100	1 985,90	100	2 126,39	100	7,1%	54 654 533
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	2 537,01	120	2 376,56	120	2 551,67	120	7,4%	9 807 037

Source : Données ATIH, calculs IGAS

Tableau 20 : Modulations repères « périnatalogie » 2010, secteur privé

GHM classif. 2010	Libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009		tarifs bruts faciaux 2010		tarifs repères faciaux 2010		ampleur de la modulation repère %	impact financier de la modulation repère €
		€	indice	€	indice	€	indice		
14C02A	Césariennes sans complication significative	1 646,36	124	2 146,59	172	1 665,82	123	-22,4%	-20 577 514
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	1 326,07	100	1 246,51	100	1 350,84	100	8,4%	17 049 755
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	1 491,48	112	1 471,83	118	1 519,35	112	3,2%	657 216

Source : Données ATIH, calculs IGAS

- [136] Les tarifs repères 2010 sont très proches des tarifs de campagne 2009, les légères variations étant selon l'ATIH imputables à des modifications purement techniques (changement de champ ou de classification). Par rapport aux tarifs bruts, le tarif de la césarienne sans complication est fortement minoré, mais cela découle logiquement de la modulation visée.

Les AVC (secteur public uniquement)

- [137] Concernant les AVC, la logique indiquée est également financière : la modulation dite « de santé publique » reflète en réalité un strict objectif financier de maintien des ressources allouées à cette activité en 2010 par rapport à 2009, malgré la diminution globale de ses coûts relativement aux autres activités.

« AVC (2 racines concernées): la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant les racines d'AVC. Deux racines médicales sont concernées par la mise en place de cette contrainte en 2010: 01M30 et 01M31. »

Tableau 21 : Modulations repères « AVC » 2010, secteur public

GHM classif. 2010	libellé GHM	tarifs faciaux de campagne 2009	tarifs bruts faciaux 2010	tarifs repères faciaux 2010	ampleur de la modulation repères 2010 (en %)	écarts repères 2010 / campagne 2009
01M301	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	3 362,38	3 120,83	3 153,86	1,1%	-6,2%
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	5 189,88	4 828,47	4 879,58	1,1%	-6,0%
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	7 127,17	6 837,24	6 909,62	1,1%	-3,1%
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	10 125,38	9 678,42	9 780,88	1,1%	-3,4%
01M30T	Transferts et autres séjours courts pour accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	712,81	676,51	683,67	1,1%	-4,1%
01M311	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 1	3 361,29	2 931,01	3 067,52	4,7%	-8,7%
01M312	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 2	5 304,50	4 597,41	4 811,52	4,7%	-9,3%
01M313	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 3	7 650,47	6 865,12	7 184,84	4,7%	-6,1%
01M314	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 4	9 728,75	8 958,39	9 375,61	4,7%	-3,6%
01M31T	Transferts et autres séjours courts pour autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	799,51	740,58	775,08	4,7%	-3,1%

Source : ATIH, calculs IGAS

- [139] Les écarts entre les tarifs repères 2010 et les tarifs de campagne 2009 sont imputables, selon l'ATIH à des modifications purement techniques (changement de champ ou de classification). La modulation par rapport aux tarifs bruts est limitée.

La chirurgie ambulatoire

« Chirurgie ambulatoire (19 racines concernées) : une liste de 19 racines¹³ pour lesquelles l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables a été élaborée. Pour ces GHM, le tarif du niveau 1 et celui du niveau J sont identiques et valent la moyenne pondérée des deux tarifs bruts. Il convient de noter que la pondération cible (rapport entre l'effectif pris en charge en ambulatoire sur l'effectif total du couple '1 + J') pour chaque couple correspond à celle observée, sur les données d'activité 2009, dans le secteur où la part de chirurgie ambulatoire est la plus élevée. »

[140] Ces principes de modulation se traduisent par des effets très différents selon les racines :

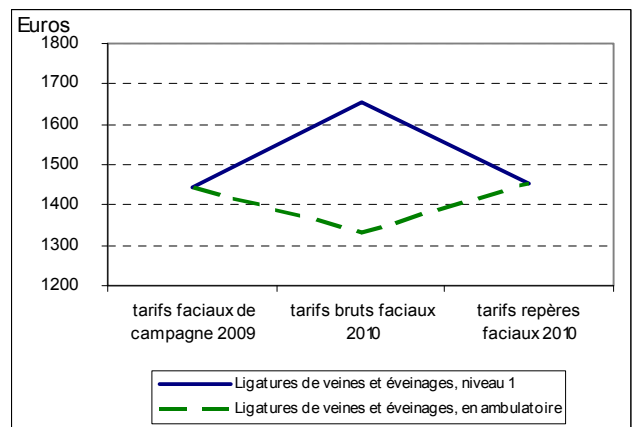
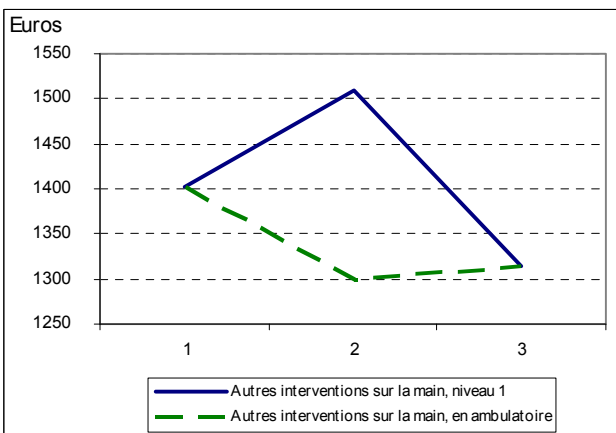
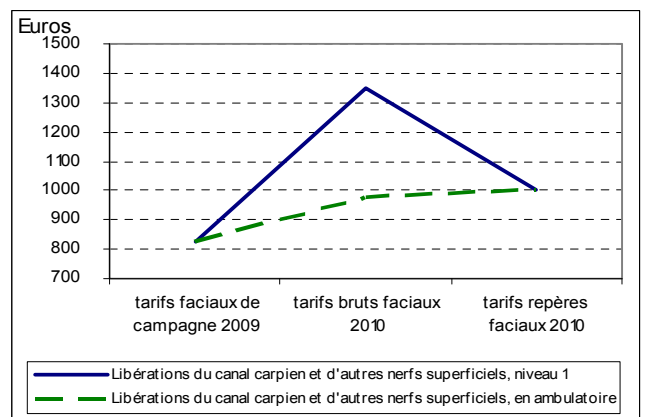
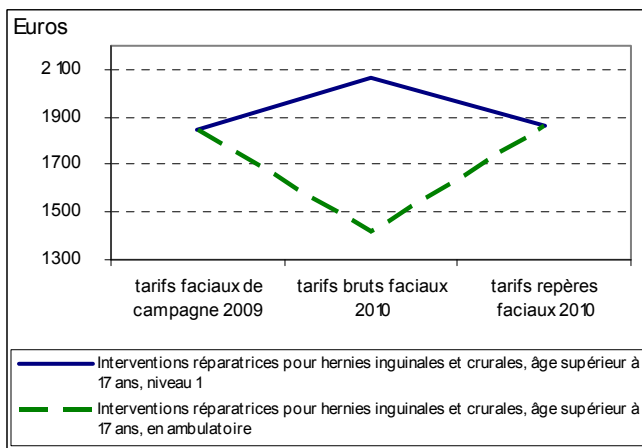
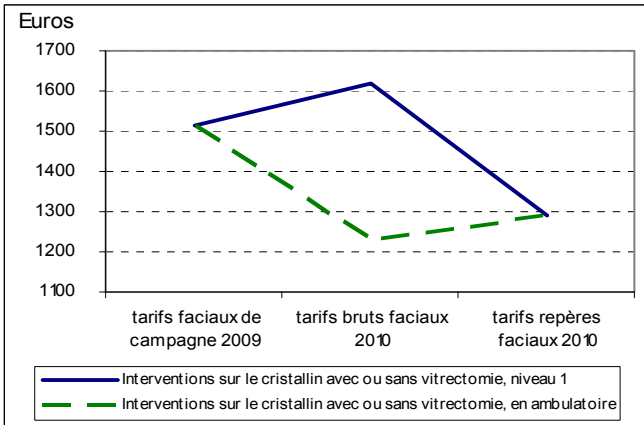
- en termes de contribution respective du niveau 1 ou de l'ambulatoire à la convergence. Plus la part de l'ambulatoire est déjà importante, plus la modulation à la baisse du tarif repère du niveau contribue à la convergence. En revanche, une part d'ambulatoire faible aboutit à une faible modulation à la baisse du tarif repère du niveau 1 et au contraire à une plus importante modulation à la hausse du tarif repère de l'ambulatoire

- en termes de variation du tarif repère de 2010 par rapport au tarif de campagne de 2009 (même si les deux tarifs ne sont pas parfaitement comparables du fait des évolutions techniques de champ ou de classification). Dans certains cas, cela se traduit par une baisse importante, dans d'autres cas, par une stabilité.

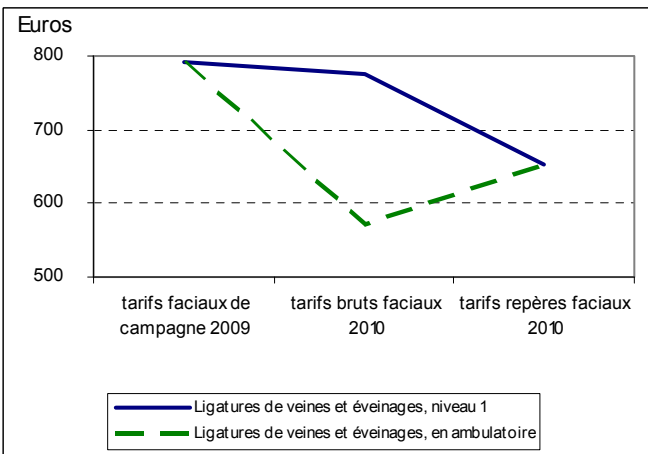
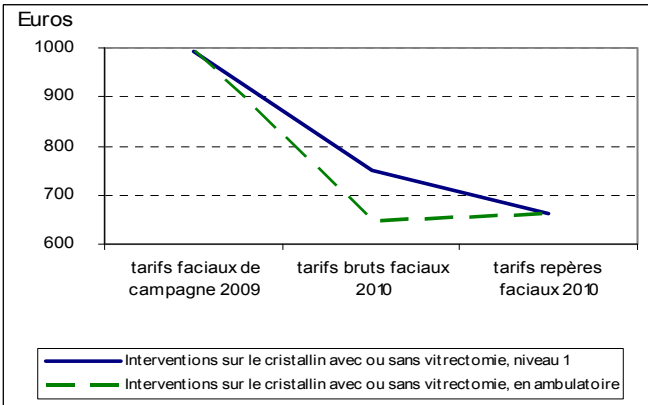
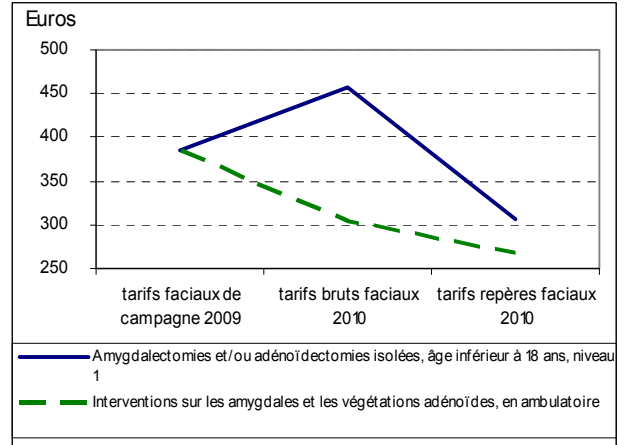
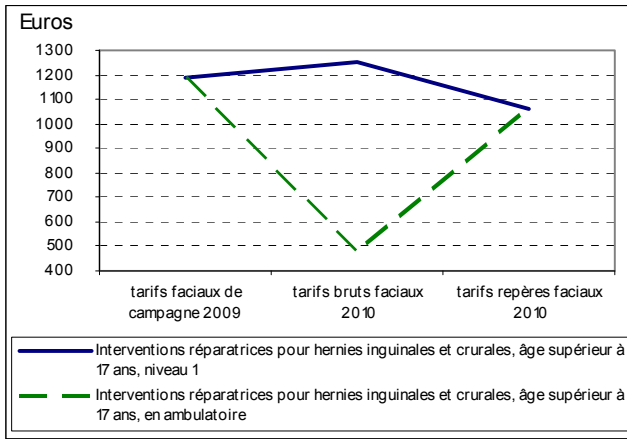
[141] Les graphiques suivants illustrent ces phénomènes pour les GHM ayant subi les plus forts montants de modulation.

¹³ Par rapport à la liste 2009, une racine a été ajoutée 06C10

Dans le secteur public :



Dans le secteur privé :



Annexe 1C

Distorsions tarifaires de sens contraire ou de même sens dans les secteurs public et privé

1. LES ECARTS IMPORTANTS DE SENS CONTRAIRE ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVE SONT RARES

[142] Existe-t-il des activités bénéficiant d'importants avantages tarifaires dans le secteur public et qui seraient au contraire sensiblement pénalisées dans le secteur privé ? En comparant les principales activités pénalisées ou avantageées de chacun des secteurs, seules deux activités répondent à ces critères :

Tableau 22 : Principales activités relativement avantageées au sein du secteur public et relativement pénalisées au sein du secteur privé - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
01M21 Douleurs chroniques rebelles					
secteur public	22 835	39,6	35,1	12,8%	4,5
secteur privé	8 457	7,3	10,1	-27,7%	-2,8
04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans					
secteur public	118 423	420,0	411,2	2,1%	8,8
secteur privé	11 484	14,9	20,5	-27,2%	-5,6

Source : Données ATIH. **Lecture** : les douleurs chroniques rebelles bénéficient d'un avantage tarifaire dans le secteur public, relativement à d'autres GHM, tandis qu'elles subissent une pénalisation tarifaire relative dans le secteur privé.

[143] Existe-t-il à l'inverse des activités bénéficiant d'importants avantages tarifaires dans le secteur privé et qui seraient au contraire sensiblement pénalisées dans le secteur public ? En comparant les principales activités pénalisées ou avantageées de chacun des secteurs, à nouveau seules deux activités répondent à ces critères :

Tableau 23 : Principales activités relativement pénalisées dans le secteur public et relativement avantageées au sein du secteur privé – 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
05C17 Ligatures de veines et éveinages					
secteur public	29 633	38,4	47,7	-19,5%	-9,3
secteur privé	93 808	69,1	64,2	7,6%	4,9
28Z04 Hémodialyse, en séances					
secteur public	1 626 995	544,7	553,6	-1,6%	-8,9
secteur privé	1 695 933	484,7	407,9	18,8%	76,8

Source : Données ATIH. **Lecture** : les ligatures de veines et éveinages bénéficient d'un avantage tarifaire dans le secteur privé, relativement à d'autres GHM, tandis qu'elles subissent une pénalisation tarifaire relative dans le secteur public.

[144] Toutefois, il convient de noter que les ligatures de veines et éveinages font l'objet de modulations de convergence public/privé, qui expliquent la pénalisation relative du tarif dans le secteur public. Concernant l'hémodialyse en séance, elle ne fait pas l'objet d'un GHS dans le secteur privé, mais a été introduite dans l'étude ATIH qui est à la source de ces chiffres justement pour pouvoir comparer les deux secteurs.

2. CERTAINES ACTIVITES SONT SENSIBLEMENT PENALISEES A LA FOIS DANS LE SECTEUR PUBLIC ET DANS LE SECTEUR PRIVE.

Tableau 24 : Principales activités subissant une pénalisation tarifaire relative à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
05M08 Arythmies et troubles de la conduction cardiaque					
secteur public	86 588	146,2	153,8	-5,0%	-7,6
secteur privé	25 317	16,8	20,2	-17,1%	-3,5
05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire					
secteur public	164 090	549,9	562,8	-2,3%	-12,9
secteur privé	28 995	40,6	50,4	-19,4%	-9,8
06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon					
secteur public	42 394	403,3	426,5	-5,5%	-23,2
secteur privé	28 030	128,2	146,2	-12,3%	-18,0
06C11 Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge > 17 ans					
secteur public	29 382	86,5	95,9	-9,7%	-9,3
secteur privé	35 041	54,2	59,0	-8,1%	-4,8
06M12 Douleurs abdominales					
secteur public	84 681	80,8	88,6	-8,8%	-7,8
secteur privé	28 961	13,5	16,5	-17,9%	-2,9
08C24 Prothèses de genou					
secteur public	25 152	142,9	151,5	-5,7%	-8,7
secteur privé	50 033	175,6	181,1	-3,1%	-5,5
13C03 Hystérectomies					
secteur public	24 863	79,1	99,4	-20,4%	-20,3
secteur privé	24 138	50,6	54,5	-7,1%	-3,9
13C04 Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin					
secteur public	10 468	33,0	41,4	-20,2%	-8,4
secteur privé	16 169	31,0	36,1	-14,2%	-5,1
13K02 Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours					
secteur public	26 520	24,6	35,3	-30,4%	-10,7
secteur privé	32 087	16,8	21,6	-22,0%	-4,7
14C02 Césariennes					
secteur public	120 480	420,1	498,0	-15,6%	-77,9
secteur privé	52 352	98,5	125,9	-21,8%	-27,4

Source : Données ATIH. **Lecture** : les interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon (06C04) font l'objet de pénalisations tarifaires relatives à la fois dans le secteur public (-5,5%) et dans le secteur privé (-12,3%). Attention, les montants de valorisation des coûts et des tarifs ne sont pas comparables entre secteur public et secteur privé, puisque relatifs à des périmètres différents (en particulier, la rémunération du travail médical ne figure pas dans les montants du secteur privé, puisqu'elle est assurée directement par les honoraires versées aux praticiens par les patients et l'assurance maladie et n'entre pas dans les ressources perçues par les cliniques).

[145] On retrouve dans ce tableau des illustrations de la pénalisation tarifaire relative des CMD 06 et CMD 13, notamment, dans les deux secteurs.

[146] A l'inverse, on pourrait s'inquiéter du fait que des surfinancements relatifs de certaines activités à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé finissent par créer une offre surcapacitaire par rapport aux besoins sanitaires. Si l'on exclut les avantages tarifaires accordés au nom de priorités de santé publique (puisque l'on peut supposer que leur raison d'être même est de développer l'offre), ce cas de figure paraît rare :

Tableau 25 : Principales activités bénéficiant d'un avantage tarifaire relative à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (hors modulations de santé publique) - 2011

	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs (M€)	Valorisation des Tarifs issus des coûts (M€)	Ecart (en %)	Ecart (en M€)
02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie					
secteur public	158 100	221,2	213,8	3,4%	7,4
secteur privé	512 056	424,6	368,6	15,2%	55,9
05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde					
secteur public	57 719	178,1	170,6	4,4%	7,5
secteur privé	65 176	140,2	125,0	12,2%	15,2
05K19 Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire					
secteur public	2 935	18,6	12,5	48,4%	6,1
secteur privé	2 628	17,6	8,1	118,2%	9,5

Source : Données ATIH. **Lecture** : les traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire bénéficient d'avantages tarifaires de forte ampleur dans le secteur public et dans le secteur privé (respectivement +48,4% et +118,2%).

Annexes de la partie 2
« La tarification des actes techniques »

Annexe 2A

La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis

[147] Cette annexe présente le dispositif de tarification des actes médicaux en vigueur aux Etats-Unis pour les patients relevant du programme fédéral, Medicare. Ce programme fédéral prend en charge les dépenses de soins des personnes handicapées ou âgées de plus de 65 ans. Il est administré par The Center for Medicare and Medicaid (CMS).

[148] Les médecins qui prennent en charge les bénéficiaires de Medicare voient leurs prestations rémunérées à l'acte dans le cadre d'un dispositif dénommé Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

1. LE DISPOSITIF DE DETERMINATION DU PRIX DES ACTES

[149] Ce dispositif englobe toutes les prestations offertes par les médecins (plus de 7 400 items) tant techniques que cliniques et pour tous les lieux d'exercice (cabinet, hôpital, domicile...).

[150] Le dispositif qui aboutit à déterminer le tarif des actes est le suivant.

1.1. Etablissement de la valeur relative des actes

[151] Pour chaque intervention, trois unités de valeur relative vont être établies :

- **L'unité de valeur relative de travail médical.** Elle reflète la valeur relative des actes en termes de durée et d'intensité de travail. Ces unités relatives de travail doivent être obligatoirement révisées au moins tous les cinq ans. La quatrième revue quinquennale a débuté en 2009 et devrait être effective en 2012. L'*American Medical Association (AMA)* contribue à la révision des unités de valeur relative de travail médical. Au sein de l'association, le *Relative value scale updated committee (RUC)* est en charge de proposer les révisions des points travail. Il existe des controverses aux Etats-Unis sur l'expertise de l'AMA, elle serait opaque et souffrirait d'un biais en faveur des actes techniques.

- **L'unité de valeur relative du coût de la pratique.** Cette unité de valeur représente l'ensemble des coûts que doit supporter le praticien pour pouvoir réaliser l'intervention considérée (loyer, charge de personnel, consommables...). Le coût de la pratique est apprécié à partir d'une enquête conduite par l'AMA associée à 72 sociétés savantes. La dernière enquête date de 2007/2008, elle a porté sur un échantillon de 7403 professionnels, les réponses de 3659 d'entre eux, complètes quant aux données de coût de la pratique ont été prises en compte pour l'étude finale. Les données livrées en 2009 au CMS ont été utilisées à partir de 2010 pour fixer les unités de valeur relative de la pratique. La prise en compte intégrale de ces nouvelles données est étalée sur quatre ans.

- **L'unité de valeur relative des coûts de responsabilité civile (malpractice).** Il s'agit pour chaque intervention de prendre en compte la valeur des charges liés aux assurances et aux condamnations devant les tribunaux.

[152] Globalement, dans les tarifs actuels, le travail médical représente 52%, le coût de la pratique 44% et les coûts de responsabilité civile 4%.

1.2. Application d'un coefficient géographique

[153] Pour chacune des rubriques, il est appliqué un coefficient géographique pour tenir des variations géographiques des divers coûts sur le territoire des Etats-Unis.

1.3. Application d'un facteur de conversion

- [154] Un facteur de conversion monétaire commun pour toutes les interventions est appliqué à la somme des trois unités de valeur pondérées par leurs coefficients géographiques. Ce facteur de conversion monétaire est révisé annuellement.
- [155] Le facteur conversion n'est pas négocié. A partir des réalisations de 1996-1997, une cible de dépenses a été fixée pour les dépenses de médecins et les services liés. Cette cible de dépenses est actualisée par l'application d'un taux de croissance dit "sustainable growth rate" (SGR). Ce SGR est fixé à partir des facteurs suivants :
- le taux d'inflation sur les biens et services utilisés par les cabinets médicaux ;
 - le nombre de personnes prises en charge par Medicare ;
 - le taux de croissance réel de l'économie américaine par tête;
 - l'impact des changements de réglementation qui peuvent influencer sur les dépenses de Medicare (amélioration de la couverture par exemple).
- [156] La logique sous-jacente est que la rémunération globale des médecins doit augmenter au rythme de la population qu'ils prennent en charge, du coût de leur pratique et qu'ils ont vocation à bénéficier de la croissance générale de l'économie.
- [157] Le facteur de conversion se déduit théoriquement du rapport entre l'évolution des dépenses et la cible établie en appliquant le SGR. Il a vocation à augmenter si les réalisations sont inférieures à la cible, à diminuer dans l'hypothèse inverse. Il est prévu que le facteur de conversion ne peut pas augmenter sur une année de plus de 3% et décroître de plus de 7%.
- [158] En fait, depuis 2002, les cibles ont été régulièrement dépassées et le Congrès est intervenu pour faire obstacle aux baisses du facteur de conversion que le dispositif aurait du provoquer. Des diminutions du facteur de conversion significatives ont toutefois été opérées en 2009 et 2011 respectivement -5,3% et -7,9%. La menace d'une baisse drastique du facteur de conversion pèse toujours sur les médecins américains. L'application de la formule début 2012 devrait se traduire par une réduction de 27,4% du facteur de conversion.
- [159] Au total, le facteur de conversion qui valait 38,2 \$ en 2001 ne vaut que 34 \$ en 2012.
- [160] Il est vrai que ce mode de paiement ne concerne qu'une partie de la clientèle des médecins américains (celle prise en charge par Medicare) et qu'ils peuvent éventuellement "compenser" ces baisses par des augmentations sur leurs autres patients. Les médecins américains peuvent aussi refuser de prendre en charge les patients de Medicare mais 90% d'entre eux acceptent de les prendre en charge.

2. LE CODAGE DES ACTES CLINIQUES

- [161] Le dispositif précédent vaut pour tous les actes médicaux qu'ils soient cliniques ou techniques. Cette partie est consacré aux codages des actes cliniques, codage qui permet de les intégrer dans le dispositif que nous venons de décrire.
- [162] La facturation des actes médicaux et paramédicaux dépend de ce code clinique défini au travers de la "current procedure terminology" actuellement dans sa quatrième version (CPT4).
- [163] La composante «Evaluation et gestion» des codes de la CPT4 est utilisée pour évaluer et facturer les soins ou services cliniques délivrés aux patients par les médecins, spécialistes ou non, et par les professionnels paramédicaux, dans le cadre d'une activité hors hospitalisation.

2.1. Les consultations classiques

[164] Pour l'équivalent de la consultation classique en France ("visit" aux Etats-Unis, le code à utiliser dépendra tout d'abord des caractéristiques du patient (nouveau patient ou patient connu) et du lieu d'exercice (cabinet du médecin, service hospitalier, service d'urgence, centre de soins infirmier, soins à domicile).

[165] Puis pour coder la consultation, il faudra classer les trois composantes dont elle se compose c'est à dire : l'anamnèse, l'examen du patient, la décision médicale.

A) L'anamnèse :

[166] L'anamnèse peut être centrée sur le problème, centrée sur le problème et élargie, détaillée, approfondie.

[167] Le tableau ci-dessous montre les éléments qui sont pris en compte pour définir pour chaque niveau d'anamnèse.

Tableau 26 : Grille d'appréciation de la nature de l'anamnèse

Histoire de la maladie	Interrogatoire à la recherche de signes ou symptômes	Antécédents, contexte social et familial	Type d'anamnèse
Brève	N/A	N/A	Centrée sur le problème
Brève	En rapport avec le problème	N/A	Elargie, centrée sur le problème
Prolongée	Prolongé	En rapport avec le problème	Détaillée
Prolongée	Complet	Complet	Approfondie

Source : 1997 documentation guidelines for evaluation and management services (traduction IGAS)

B) L'examen du patient :

[168] Il est aussi caractérisé par quatre positions :

- Centré sur le problème : un examen limité de l'aire corporelle ou au système d'organe concerné par le problème
- Centré sur le problème et élargi : un examen limité de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelle ou système d'organe;
- Détaillé : un examen approfondi de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelles ou système d'organe. L'examen approfondi se distingue de l'examen limité par le nombre d'éléments relevés au cours de l'examen (moins de six, plus de six)
- Global : un examen général multi-systèmes ou l'examen complet d'un système d'organes.

C) Le processus de décision médicale

La décision médicale est aussi segmentée en quatre niveaux : simple, peu compliquée, modérément compliquée et hautement compliquée.

- [169] Le tableau ci-dessous montre les éléments requis pour qualifier chaque niveau de complexité de la décision médicale. Pour être admissible à un niveau donné, deux des trois éléments dans le tableau doivent être atteints ou dépassés.

Tableau 27 : Grille d'appréciation du niveau de complexité de la décision médicale.

Nombre de diagnostics ou de procédures possibles	Nombre et/ou complexité des données à analyser	Risques de complication et/ou de morbidité, mortalité	Complexité de la décision médicale ¹⁴
Minimale	Minimal ou nulle	Minimale	Simple
Limité	Limité	Bas	Peu compliqué
Multiple	Modéré	Modéré	Modérément compliqué
Important	Important	Haut	Hautement compliqué

Source : 1997 documentation guidelines for evaluation and management services (traduction IGAS)

- [170] Pour certains groupes de patients, la nature des informations peut varier légèrement. C'est le cas pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes pour lesquels des informations additionnelles peuvent être requises.
- [171] Le code retenu pour une consultation dépend donc de cinq critères : type de patient, lieu d'exercice, niveau de l'anamnèse, niveau de l'examen, complexité de la décision. C'est sur la base des caractéristiques de ces cinq composantes que sera retenu un code qui déterminera un tarif.
- [172] Le tableau suivant donne quelques exemples de codes, de libellés et de tarifs

Tableau 28 : Codes et tarifs de certaines consultations.

Code	Libellé	Tarif
99201	Consultation ¹⁵ pour l'évaluation et la gestion d'un nouveau patient qui nécessite ces trois éléments clés : une histoire axée sur le problème - un examen axé sur le problème et une prise de décision médicale simple.	30,61\$
99212	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire axée sur le problème - un examen axé sur le problème et une prise de décision médicale simple.	26,58\$
99214	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire détaillée - un examen détaillé et une prise de décision médicale modérément compliquée.	57,53\$
99215	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un patient connu qui nécessite au moins deux de ces trois éléments clés : une histoire approfondie - un examen global et une prise de décision médicale hautement compliquée.	90,83\$
99205	Consultation pour l'évaluation et la gestion d'un nouveau patient qui nécessite ces trois éléments clés : une histoire approfondie - un examen global et une prise de décision médicale hautement compliquée.	125,15\$

Source : Current procedure terminology 4

¹⁴ Documenté à l'aide d'une table de risque.

¹⁵ Au sens français du terme (« visit » en anglais).

2.1.1. Codage des conseils ou de la coordination des soins

- [173] Si le conseil ou la coordination des soins représente plus de 50% du temps de la rencontre entre le médecin et le patient ou sa famille, c'est le temps passé qui est considéré comme le facteur déterminant pour qualifier un niveau de service. Il doit être relevé et le dossier doit décrire le conseil et / ou la coordination des soins.

Tableau 29 : Codes, tarifs et libellés de certains actes de conseils ou de coordination

Code	Libellé	Tarif
99371	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Simple ou bref.	7.40\$
99372	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Intermédiaire.	14.80\$
99373	Appel téléphonique par un médecin au patient ou à d'autres professionnels de santé pour suivi médical et/ou coordination des soins. Complexe ou long.	21.87\$
99361	Coordination par le médecin d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient (en dehors de la présence du patient). Environ 30 minutes.	36.67\$
99362	Coordination par le médecin d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient (en dehors de la présence du patient). Environ 60 minutes.	65.60\$

Source : *Current procedure terminology 4*

3. ENSEIGNEMENTS

- [174] Le dispositif français de CCAM s'est inspiré du dispositif américain et lui emprunte certaines composantes (valeur du travail, coût de la pratique...).
- [175] Le coût de la responsabilité civile n'est pas en France isolé mais est pris en compte dans le coût de la pratique ou par une prise en charge des primes d'assurance pour certaines spécialités.
- [176] Il n'a pas été jugé pertinent d'introduire en France des coefficients géographiques. On peut penser que l'introduction de coefficients géographiques irait à l'encontre des objectifs en matière de rééquilibrage de la démographie médicale (des coefficients géographiques conduiraient certainement à majorer relativement la valeur des actes dans les zones où le coût de la vie est élevé, zone qui sont en règle générale bien pourvues en médecins).
- [177] L'ensemble des actes techniques et cliniques sont aux Etats-Unis englobés dans une procédure qui ne se limite pas aux seuls actes techniques.

- [178] Il était attendu du dispositif qu'il contribue à rééquilibrer le niveau de rémunération entre les médecins de premier recours et les spécialistes techniques. C'était l'un des objectifs visés lorsqu'a été mise en place une échelle de valorisation relative des actes médicaux (ressource based relative value scale, RBRVS) en 1992¹⁶. La désaffection des étudiants pour la médecine de premier recours est en effet considérée comme un problème majeur de la politique de santé aux Etats-Unis. Il s'avère que cet objectif n'a pas été atteint, la valeur actualisée des revenus d'une carrière de cardiologue de 22 à 65 ans a pu ainsi être estimée à 5,2 million de \$ pour un cardiologue contre 2,5 millions de \$ pour un médecin de premier recours¹⁷.
- [179] Le dispositif d'actualisation de la charge relative de travail semble être pour partie à l'origine de cet échec. Lors de l'évaluation initiale, le travail des spécialistes a été considéré comme étant de plus grande intensité (effort mental, stress...) que le travail des médecins de premier recours. De plus, il semble que les charges des actes techniques aient été surestimées. Par ailleurs, lors de l'actualisation des scores travail, les représentants des spécialistes, notamment du fait de leur influence au sein du comité de l'American Medical Association en charge des propositions sur l'actualisation des valeurs relatives, sont parvenus à faire obstacle à des révisions à la baisse de la valeur relative des actes techniques et à la promotion des actes cliniques^{18,19,20}. Les difficultés des Etats-Unis rappellent que tout système de tarification basé sur des valeurs relatives exige pour fonctionner que la valeur de certains actes puisse diminuer (en cas de progrès de productivité notamment), que les détenteurs d'une "rente relative" puissent à un moment donné être perdants.
- [180] Le système a effectivement "convergé" aux Etats-Unis, la question ne s'y pose pas, la procédure détermine effectivement la rémunération relative des diverses interventions.
- [181] La maintenance du système est assurée avec le concours de la profession, une révision au moins quinquennale des unités relative de valeur du travail garantit la prise en compte des évolutions en ce domaine. La hiérarchisation des actes l'un par rapport à l'autre est renvoyé à des procédures pour l'essentiel techniques. Toutefois elles prêtent à discussions (Cf. supra).
- [182] Le dispositif américain s'appuie sur une description fine de chacune des composantes des consultations pour fixer leur niveau de rémunération. La référence à la durée réelle des consultations est dans la mesure du possible évitée : un temps standard est utilisé pour établir le score travail mais ce n'est pas, en règle générale, le temps réel qui détermine le tarif²¹. Ainsi, les praticiens ne sont pas directement incités à allonger le temps de consultation.
- [183] Il reste que pour certaines consultations (conseils, coordination), il ne semble pas possible de caractériser les composantes de la consultation et de les normer. Le temps passé devient alors la référence pour la tarification, le risque que cela n'induisse un allongement de ce type d'acte semble maîtrisé par la faiblesse relative de la rémunération de ces activités (Cf. supra, une consultation très simple est rémunérée 26 \$ et une heure de coordination 65 \$). La rémunération des activités de conseil et de coordination reste un problème sensible même dans l'hypothèse d'une classification des actes détaillée.

¹⁶ WC Hsiao, P. Braun, D. Yntema, ER Becker. Estimating physician's work for a resource-based relative value scale" *N Engl J Med* 1998; 319: 835-41.

¹⁷ B Vaughn, S De Vreize, S. Reed, K. Schulman. Can we close the income and wealth gap between specialists and primary care physicians? *Health Aff.* 2010, 29(5), 933-40

¹⁸ T. Bodenheimer, R. Berenson, P. Rudolf. "The primary care-specialty income gap : Why it matters" *Annals of Internal Medicine* 2007, vol 146, n°4, 301-06.

¹⁹ P. Ginsburg, R. Berenson. Revising Medicare's physician fee schedule- Much activity for little change. *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

²⁰ Voir R. Berenson, E Rich "US approaches to physicians payment : the deconstruction of primary care" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 613-18; R. Berenson, E Rich "How to buy a medical home ? Policy options and practical questions" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 619-24;

²¹ Toutefois, une durée standard est associée à chaque code. Il est prévu que si la durée réelle excède par trop la durée standard, le praticien peut facturer un service prolongé. Par exemple, pour la consultation la plus simple dont la durée standard est de 10 minutes, un service prolongé peut être coté à partir de 40 minutes.

- [184] La présentation du dispositif américain montre que la logique de la classification des actes cliniques pour assurer une rémunération cohérente avec le travail fourni, aboutit lorsqu'elle est poussée à son terme à un système très lourd. Il existe plus de 130 codes pour les actes cliniques. Le dispositif exige pour pouvoir justifier du codage, un travail de saisie d'information qui, s'il favorise la bonne tenue dossier médical, entraîne très certainement un coût bureaucratique.
- [185] Le système est par ailleurs complexe, le volume des guides de codage en témoigne, les médecins ne le maîtrisent pas. Même placés dans une situation où ils n'avaient aucun intérêt à "jouer" avec le système, les médecins optent pour des cotations très souvent différentes de celles retenues par des "experts du codage" (dans 48% des cas pour les patients connus, dans 83% des cas pour les patients nouveaux)²². Par ailleurs, il semble que le dispositif soit "détourné" par les praticiens, un contrôle sur les actes de consultants a montré que sur les 3,3 Mds de \$ facturés en 2001, 1,1 Mds de \$ avait été facturés à tort²³.
- [186] L'enjeu essentiel dans la relation médecin/pouvoir public aux Etats-Unis est la fixation annuelle du facteur de conversion. Théoriquement, la valeur du facteur de conversion se déduit automatiquement de l'écart entre l'enveloppe et la cible. Mais cette régulation prix-volume automatique ne fonctionne pas dans la mesure où le Congrès intervient pour protéger les médecins de l'application mécanique de certaines règles strictes. Si l'on transposait en France, dans le contexte des relations conventionnelles, la hiérarchisation des actes tant techniques que cliniques relèveraient de travaux d'experts; la négociation conventionnelle ne porterait plus sur les tarifs de tel ou tel acte ou consultation mais se concentrerait sur un élément unique : le facteur de conversion.

²² M. King, L. Sharp, M. Lipsky. Accuracy of CPT evaluation and management coding by family physicians. JABPF. Mai-Juin 2001. Vol 14, n°3, 184-92;

²³ Department of health and human services, office of inspector general. *Consultations in Medicare : coding and reimbursement*. Mach 2006, OEI-09-02-00030.

Annexe 2B

L'introduction d'actes nouveaux

1. UN PROCESSUS D'INSCRIPTION DES ACTES NOUVEAUX SOUS CONTROLE DE L'UNCAM

[187] L'intégration d'un nouvel acte à la CCAM s'inscrit dans le cadre d'une procédure législative et réglementaire définie notamment par les articles L162-1-7, R.162-52 et R162-52-1 du code de la sécurité sociale. Le processus comporte 5 étapes.

1.1. Initiation

[188] L'UNCAM avise les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de son intention d'inscrire un acte ou une prestation, ainsi que l'UNPS, les organisations des professionnels de santé représentatives autorisées à pratiquer l'acte ou la prestation et les organisations représentatives des établissements de santé (art. R162-52).

1.2. Consultation de la HAS et de l'UNOCAM

[189] L'avis de la HAS sur le service attendu de l'acte nouveau est un prérequis avant toute inscription. Les textes ne fixent un délai à respecter par la HAS, pour rendre cet avis, que dans le cas où elle est saisie par l'UNCAM (art. R.165-52). Ce délai est de 6 mois, renouvelable une fois.

[190] La consultation de l'UNOCAM est également obligatoire et celle-ci dispose d'un délai de 6 mois (récemment réduit à 21 jours dans certains cas²⁴).

[191] L'article R162-52-1 précise les critères en fonction desquels la HAS formule son avis. Au sein de la HAS, c'est la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS²⁵) qui procède à l'évaluation du service médical attendu et propose un avis qui est formellement rendu par le collège de la HAS, avant transmission à l'UNCAM.

1.3. Hiérarchisation

[192] Le processus de hiérarchisation est organisé par la CNAMTS. L'acte est hiérarchisé par des experts (choisis par elle), dont les propositions sont transmises à une « instance de cohérence », composée d'autres experts. Cette instance étudie la position de l'acte par rapport aux actes des autres spécialités. A l'issue de ses travaux, l'instance de cohérence présente le score de l'acte à la commission de hiérarchisation des actes (CHAP)²⁶ pour validation. La CHAP, composée paritairement de représentants de la caisse et des syndicats médicaux, n'a guère de latitude (ni d'ailleurs de légitimité scientifique) pour modifier la hiérarchisation qui lui est soumise. Elle ne peut donc que l'entériner ou la refuser, c'est-à-dire en pratique n'être qu'un frein éventuel à la procédure d'inscription d'un acte nouveau. L'inscription de l'acte sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie relève du collège des directeurs de l'UNCAM. Celui-ci peut ne pas donner suite à un avis favorable de la CHAP.

²⁴ Si l'amélioration du service rendu ou attendu est majeure ou importante : décret n° 2012-76 du 13 janvier 2012 modifiant l'article R.162-52 du code de la sécurité sociale.

²⁵ Voir annexe 2D.

²⁶ Voir missions et composition de la CHAP en annexe 2C.

1.4. Non opposition

- [193] La décision de l'UNCAM est adressée aux ministres accompagnée des avis de la HAS et de l'UNOCAM ainsi que d'une mesure d'impact financier prévisionnel. Les ministres ont 45 jours pour s'opposer éventuellement à cette décision, délai récemment réduit à 15 jours dans certains cas²⁷).

1.5. Publication

- [194] La décision est publiée au JO et prend effet 30 jours après la publication.
- [195] En termes de délai, pour l'inscription d'actes nouveaux dans la CCAM, les contraintes reposent sur la HAS, sur l'UNOCAM et sur le ministre. L'UNCAM reste maître du calendrier pour saisir la HAS, l'UNOCAM, pour inscrire un acte à l'ordre du jour de la CHAP, et pour transmettre sa décision au ministre.

2. UNE PROCEDURE D'INSCRIPTION LONGUE, PEU LISIBLE ET CONTESTEE

- [196] D'une façon générale, il y a consensus des acteurs (sociétés savantes, syndicats de médecins, président de la CHAP, ATIH, HAS) sur l'intérêt d'une description fine des activités médicales à l'aide de la CCAM. Celle-ci permet de suivre l'évolution des pratiques à la fois qualitativement et budgétairement.
- [197] Le même consensus sur la nécessité de définir une méthode d'inscription des actes plus lisible qu'actuellement est constaté par la mission. La procédure actuelle est vécue par les acteurs concernés, autres que l'UNCAM, comme longue, peu lisible, génératrice de dysfonctionnements et d'incompréhension des arbitrages rendus. Les exemples rapportés sont multiples et variés. Certains seront détaillés à titre illustratif bien que la mission n'a pas été en mesure de les recenser exhaustivement et de les expertiser.
- [198] Ce constat était suffisamment partagé pour qu'un groupe réunissant la HAS, l'ATIH, la DSS, la DGOS, la CNAMTS soit constitué dès 2005 pour formaliser une procédure à mettre en œuvre entre le moment de l'identification d'un acte nouveau et celui de son inscription à la CCAM. Le groupe avait abordé le sujet de l'innovation sous l'angle de la maintenance de la CCAM, et de sa mise à jour nécessitée par l'apparition d'actes innovants. Rapidement, l'intrication du sujet "acte" avec celui des "dispositifs médicaux" avait été identifiée, conduisant à décrire une procédure associant ces deux aspects. Les discussions ministérielles intervenues sur le sujet innovation, dans le cadre de la loi HPST, ont interrompu la dynamique de ce groupe informel qui ne s'est plus réuni depuis le mois d'avril 2008. Depuis, les dispositions de la LFSS pour 2009 et de la loi HPST ont défini un cadre général de financement et d'encadrement de l'innovation. Mais ses modalités pratiques de mise en œuvre restent à préciser. A ce titre, il serait utile de reprendre et prolonger les travaux du groupe précédent.
- [199] Une partie de la longueur de la procédure peut s'expliquer par la complexité des expertises requises et les charges de travail induites sur la HAS et sur le DAct. En termes d'organisation, la HAS souligne qu'une procédure claire lui permettrait de mieux intégrer les demandes d'évaluation d'actes dans son programme de travail. Actuellement, elle traite les expertises au fil des demandes de l'UNCAM, qui elle-même répercute les engagements conventionnels²⁸.

²⁷ Si l'amélioration du service rendu ou attendu est majeure ou importante : décret n° 2012-76 du 13 janvier 2012 modifiant l'article R.162-52 du code de la sécurité sociale

²⁸ C'est ainsi que suite à la signature de la dernière convention, une soixantaine de demandes son parvenues à la HAS sans hiérarchisation en terme de pertinence.

[200] Le manque de lisibilité sur les processus d'arbitrage est particulièrement mal vécu par les collèges nationaux professionnels représentant les spécialités rencontrées par la mission²⁹. Les décisions prises, non motivées, leur apparaissent arbitraires et sont interprétées comme résultants d'un conflit d'intérêt structurel entre les missions de l'assurance maladie et les objectifs de la CCAM.

3. QUELQUES EXEMPLES ILLUSTRATIFS

[201] Le collège national de pneumologie³⁰ cite l'exemple de l'acte « séance de réentraînement à l'exercice d'un insuffisant respiratoire chronique sur machine ». L'acte, classé ASA 2³¹ par la HAS, avait fait dès 2004 l'objet d'un accord tarifaire avec le pôle nomenclature, il a été créé le 1/3/2005 en CCAM mais n'est toujours pas tarifé, sans explication de la part de la CNAM. Par conséquent, cet acte n'est réalisé, de fait, qu'en centre de rééducation fonctionnel à un coût analysé comme plus coûteux par les pneumologues.

[202] Le collège des chirurgiens vasculaires souligne la dégradation de la fonction descriptive de la CCAM que génère le défaut de maintenance. L'absence d'inscription d'un nouvel acte (l'exemple de la destruction de varices par radiofréquence est cité) provoque le plus souvent une cotation par assimilation avec pour conséquence un relevé faussé de l'activité médicale et une impossibilité de repérer la pratique du nouvel acte.

[203] L'évaluation du service médical d'un nouvel acte se fait le plus souvent en deux étapes. Une première permet à la HAS de se prononcer sur l'intérêt potentiel d'un acte sous réserve d'évaluation plus fine. Celle-ci, basée sur l'observation des suites de la réalisation de l'acte à l'aide de registres, nécessite que l'acte soit codé. Les représentants des spécialités médicales déplorent l'impasse créée par l'impossibilité d'inscrire un acte à titre provisoire, le temps que la HAS puisse se prononcer plus fermement sur le service médical attendu.

[204] L'absence de maintenance permet aussi le maintien d'actes suspects d'obsolescence, à l'exemple de la sympathectomie, qui mériteraient une actualisation du service médical attendu.

[205] La maintenance des outils de la tarification à l'activité pour les établissements de santé nécessite une maintenance coordonnée de la CCAM. La mission n'a pu que constater l'absence de collaboration entre le DAct et l'ATIH. A titre d'illustration :

- suite à l'introduction du prix des défibrillateurs dans le tarif du GHS (ceux-ci étaient précédemment financés par le mécanisme de la liste en sus), il apparaît que le libellé « changement de défibrillateur » n'est pas suffisamment discriminant pour rendre compte de la diversité des situations et des coûts. La demande de l'ATIH pour l'examen d'une mise à jour de la CCAM sur ces libellés a abouti à l'organisation d'un premier contact avec la société savante, mais les libellés envisagés ne seront pas introduits dans la CCAM à temps pour pouvoir être utilisés pour la campagne tarifaire 2012 ;

- la HAS propose une évolution des libellés de colectomie par coelioscopie utile pour la pertinence de la classification en GHM. L'UNCAM n'a pas entrepris à ce jour les travaux conduisant à faire évoluer la rédaction des libellés.

- L'actualisation des libellés des actes de radiothérapie initialement programmée pour 2006 est effective depuis 2010. Du fait de ce retard, de nouvelles techniques de radiothérapie, largement diffusées de par leur service médical attendu, n'ont pu être codées. Dans

²⁹ Pneumologie, chirurgie vasculaire, imagerie.

³⁰ Voir contribution du collège national de pneumologie en pièces jointes.

³¹ Lorsque le service attendu est suffisant pour justifier l'inscription au remboursement, l'avis de la Commission d'évaluation des actes porte également sur « l'appréciation de l'amélioration du service attendu (ASA) par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparable ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables, précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure (I), importante (II), modérée (III), mineure (IV) ou à en constater l'absence (V). Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime l'inscription fondée. »

ces situations, conformément au guide méthodologique, le diagnostic principal doit être codé Z41.80, « Intervention de confort », à l'exclusion de tout autre code. L'application de cette règle, aboutit à un GHS 9999 non valorisé. Les établissements, en particuliers les centres de lutte contre le cancer et les CHU, ont particulièrement mal vécu les conséquences financières de ce retard d'introduction de nouveaux actes, d'autant qu'ils n'avaient ni informations ni possibilité de dialogue pour gérer cette phase de transition³².

- Des demandes de maintenance de la nomenclature de la part de l'ATIH n'ont donné lieu à aucune réponse. La CNAM, interrogée par la mission n'a pas répondu.

- Il existe un certains nombre d'actes actuellement validés par la HAS³³ dont on ne sait quand l'UNCAM prendra une position à leur sujet.

[206] Au total, il apparaît que c'est à la fois la capacité de la CCAM à tendre vers une équité des rémunérations et sa valeur descriptive qui sont discréditées.

³² C'est d'autant plus préjudiciable que la décision du 18 juillet 2005 du directeur général de l'UNCAM, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 26 Août 2005, a abrogé le remboursement par assimilation

³³ Voir liste en pièce jointe 2-b.

Annexe 2C

La commission de hiérarchisation des actes et prestations et l'observatoire de la CCAM

1. LA COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET PRESTATIONS (CHAP)

[207] Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

1.1. Composition de la commission

[208] Cette commission est composée de deux collèges :

- Le collège professionnel : il est composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part, et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant.
- Le collège de l'UNCAM : il comprend des membres issus des 3 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membre est arrêté de manière à assurer la parité entre les deux collèges. Pour chacun des membres, un suppléant est désigné. Un président est désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

[209] Assistent également aux travaux de la commission :

- Un représentant de l'Etat ou son suppléant ;
- Un représentant de l'ATIH et un représentant de la DGOS ;
- Un représentant de la Haute autorité de santé.

[210] Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

1.2. Rôle de la commission

[211] Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

[212] La Commission adopte un règlement intérieur.

1.3. Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

[213] Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C par séance et une indemnité de déplacement. Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

2. L'OBSERVATOIRE DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

[214] Il est par ailleurs créé un Observatoire de la CCAM chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette dernière et l'évolution du coût de la pratique des actes. Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs. Les experts désignés par les syndicats représentatifs perçoivent une indemnisation de 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Annexe 2D

La commission d'évaluation des actes professionnels de la HAS

- [215] L'évaluation des actes professionnels permet de rendre un avis sur l'opportunité de l'inscription aux nomenclatures des actes pris en charge par l'Assurance maladie (NGAP, nomenclature générale des actes professionnels, CCAM, classification commune des actes médicaux, NABM, nomenclature des actes de biologie médicale), ainsi que sur les conditions de cette inscription et sur leur éventuelle radiation.
- [216] Les actes en question vont de la pose d'implants dentaires (NGAP) à l'ostéodensitométrie pour le diagnostic de l'ostéoporose (CCAM), en passant par la recherche du VIH ou du virus de l'hépatite C dans le sperme (NABM). Ils utilisent dans leur grande majorité des dispositifs médicaux.
- [217] Cette évaluation médicale est réalisée par la commission d'évaluation des actes professionnels (CEAP), commission spécialisée de la HAS. La CEAP s'appuie sur les travaux du SEAP (service évaluation des actes professionnels) de la HAS. Depuis juillet 2010, la CEAP est intégrée à la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS)
- [218] Elle est saisie le plus souvent par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), moins souvent par les sociétés savantes, le ministère de la Santé, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), l'Institut national du cancer (INCa), l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), les associations d'usagers agréées.
- [219] Il est important de signaler que les fabricants peuvent se rapprocher des sociétés savantes en cas de besoin. La CEAP peut également s'autosaisir à l'occasion d'un dépôt de dossier de remboursement à la CNEDiMTS.
- [220] Les demandes d'évaluation se font directement sur le site de la HAS en complétant le formulaire en ligne d'inscription au programme de travail.

Annexes de la partie 3

« La tarification des actes cliniques »

Annexe 3A

Les tarifs des actes cliniques

Actes cliniques des médecins généralistes en métropole (hors rémunération à la performance)

- Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale: CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- CALD (prévue à l'article 15-2 de la NGAP) 26,00.
- Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00.
- Forfait pédiatrique enfant FPE (prévue à l'article 14-4-1 de la NGAP) 5,00.
- Majoration nourrisson MNO (prévue à l'article 14-4-2 de la NGAP) 5,00.
- Majoration généraliste enfant : MGE (prévue à l'article 14-4-3 de la NGAP) 3,00.
- Majoration de coordination généraliste : MCG 3,00.
- Rémunération spécifique annuelle Médecin traitant pour les patients en ALD (RMT) 40,00.
- Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation
 - CRN Majoration spécifique de nuit 20 heures - 0 heure / 6 heures - 8 heures en cas de consultation au cabinet : 42,50
 - VRN Majoration spécifique de nuit 20 heures - 0 heure / 6 heures - 8 heures en cas de visite : 46,00
 - CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heures - 6 heures en cas de consultation au cabinet : 51,50
 - VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heures - 6 heures en cas de visite : 59,50
 - CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet : 26,50
 - VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite : 30,00
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) 10,00
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)
 - de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : MDN 38,50
 - de minuit à 6 heures : MDI 43,50
- Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD³⁴ (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) : 22,60
- Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)
 - majoration de nuit de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : MN 35,00
 - majoration de nuit de 0 heure à 6 heures : MM 40,00
- Majoration de dimanche et jour férié : F³⁵ (prévue à l'article 14 de la NGAP) : 19,06
- Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP) : 22,60
- Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile
 - forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins : 80
 - forfait mensuel du médecin participant à la coordination : 40
 - forfait mensuel de soins : 90

³⁴ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

³⁵ La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet.

Actes cliniques des médecins spécialistes en métropole

- Consultation au cabinet : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00
- CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 37,00
- CSC (cardiologie) (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 45,73
- Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP) 23,00
- VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP) 37,00
- Forfait pédiatrique enfant : FPE (prévue à l'article 14-4 de la NGAP) 5,00
- Majoration pour les consultations d'enfants de 0 à 24 mois inclus pour le pédiatre : MNP (prévue à l'article 14-4 bis de la NGAP) 3,00
 - Majoration pédiatre enfant pour les enfants de 2 à 6 ans : MPE 3,00
 - Majoration pour l'examen médical obligatoire du nourrisson dans les huit jours suivant la naissance pour le pédiatre : MBB (prévue à l'article 14.4 ter de la NGAP) 7,00
 - Majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant atteint d'une ALD pour le pédiatre : MAS (prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP) 10,00
 - Majoration pour la première consultation familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MPF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP) 10,00
 - Majoration pour la consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MAF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP) 10,00
- Forfait thermal (STH) 70,00
- Majoration pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP) 10,00
- Majoration pour le spécialiste en médecine physique et réadaptation applicable dans le cadre du parcours de soins coordonnés : MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP) 20,00
- Rémunération spécifique annuelle Médecin traitant pour les patients en ALD : RMT 40,00 (3)

- Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (3)
 - Majoration de coordination spécialiste : MCS 3,00
 - Majoration de coordination pour la psychiatrie la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS 4,00
 - Majoration de coordination cardiologues : MCC 3,27

- Majoration forfaitaire transitoire
 - Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 2,00
 - Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 2,70
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées par les médecins spécialistes dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 5,00
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées par les pédiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 5,00
 - MPC pour les consultations de patients de moins de seize ans réalisées les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP 6,70

- Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés MA³⁶ 61,00

³⁶ Et mentionnée au troisième alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

- Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés MG³⁷ 228,68
- Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveau-nés 228,68

- Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)
 - Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié F38 19,06
 - Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres) entre 20 heures et 8 heures U 25,15
 - Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures : P 35,00
 - Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 0 heure à 6 heures : S 40,00

- Majoration pour soins d'urgence au cabinet pour le pédiatre : M 26,89

³⁷ Et mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

³⁸ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.

Annexe 3B

La fragmentation des prises en charge

- [221] Il est plus avantageux pour un médecin de procéder à deux consultations de quinze minutes rémunérées à 23 euros, consacrées chacune à traiter d'un problème, que de traiter ces deux problèmes en une consultation de vingt cinq minutes rémunérées elle-aussi 23 euros. Il consacre cinq minutes de plus à la prise en charge mais sa rémunération est double de celle perçue dans le cas d'une consultation unique.
- [222] Une tarification des consultations qui prendrait mieux en compte le nombre des problèmes traités dans le cadre de chaque consultation fait émerger une possibilité de gain que les deux parties (médecin et payeur) pourrait se partager. Elle est par ailleurs bénéfique au patient (économie de déplacement).
- [223] Dans l'illustration concrète proposée ci-dessus, le gain potentiel d'une tarification plus adaptée à partager entre médecin et payeur est constitué par les cinq minutes de temps additionnels de la prise en charge fragmentée. Un partage des gains entre le médecin et le payeur peut s'opérer si, par exemple, le traitement d'un problème est rémunéré 23 euros et le traitement de deux problèmes 44 euros. Dans cette hypothèse, la consultation n'est plus fragmentée ; le payeur gagne deux euros et le médecin gagne cinq minutes et perd deux euro mais s'il réinvestit les cinq minutes dans du travail médical, il peut espérer gagner 23/3 euros. La différenciation du tarif des consultations est dans cette hypothèse une solution « gagnant-gagnant ».
- [224] Toutefois, pour que cette solution gagnant-gagnant soit possible sans abaisser le niveau de rémunération de la consultation à un seul problème, il faudrait que toutes les prises en charge à deux problèmes soient systématiquement fragmentées. Or cette hypothèse n'est pas réaliste : l'intérêt sanitaire de régler les deux problèmes lors d'une consultation unique est tel dans certain cas que la déontologie du médecin s'oppose à une fragmentation systématique, le médecin est parfois tenu de satisfaire les demandes des patients qui souhaitent voir traités tous leurs problèmes en une seule consultation.
- [225] Ainsi en poursuivant l'illustration précédente, si seulement 50% des consultations à deux problèmes sont fragmentées et si les consultations à deux problèmes représentent 50% des consultations, il faut pour trouver un équilibre gagnant-gagnant rémunérer moins les consultations à un problème (par exemple 19,5 euros, avec une consultation à deux problèmes à environ 37 euros³⁹). Par ailleurs, si tous les médecins ne pratiquent pas dans la même proportion la fragmentation des consultations, les médecins qui fragmentaient beaucoup sont perdant et ceux qui fragmentaient peu sont gagnants.
- [226] On a raisonné jusqu'à présent comme s'il y avait un seul payeur (l'assurance- maladie). Depuis l'instauration du forfait de un euro par acte, le patient lui-même est amené à payer plus en cas de fragmentation des consultations. Le gain que peuvent se partager les deux parties (médecins et assurance-maladie) en cas de différenciation du tarif de la consultation est réduit, la réduction de la fragmentation profite aussi directement au patient.

³⁹ Le payeur est gagnant, il rémunère le traitement d'un problème en moyenne 19 euros alors que dans l'hypothèse avant différenciation des consultations, il le rémunérait de fait 19,16 euros. Le médecin est gagnant également, il perd deux euros pour six problèmes traités mais gagne du temps (80 mn contre 85 mn auparavant).

Annexe 3C

La comparaison des rémunérations horaires des activités techniques et ou cliniques

1. OBJECTIF

[227] Evaluer à l'aide des données disponibles, la rémunération horaire nette du travail technique et clinique des praticiens selon les tarifs en vigueur et, pour les actes techniques, selon les tarifs cibles.

2. METHODE

[228] Les actes choisis pour évaluer la rémunération horaire nette de l'activité technique sont parmi les actes les plus pratiqués pour les spécialités concernées (chirurgie, gynéco-obstétrique, ophtalmologie, radiologie). Il s'agit donc d'actes banals qui ne se caractérisent pas, a priori, par une "intensité" particulière (stress, effort mental, compétence technique) au regard des actes de la spécialité. Pour les activités cliniques, il s'agit de la consultation ou de la visite soit un acte moyen qui englobe certainement des séances d'intensité très différentes.

[229] Pour ce qui concerne la durée des actes techniques, nous nous référons pour les actes techniques aux durées mesurées lors de la mise en place de la CCAM. Pour ce qui concerne la durée des actes cliniques nous nous référons à celle établies dans des études publiées par la DREES^{40,41}.

[230] Nous utilisons les tarifs actuellement pratiqués en secteur 1 avec les majorations communes pour les actes techniques et les actes cliniques. Pour les actes techniques, nous donnons aussi les résultats sur la base des tarifs cibles⁴².

[231] Disposant d'une durée et d'un tarif, il est possible de calculer une rémunération horaire brute. Pour estimer une rémunération nette nous appliquons à cette rémunération horaire brute, le taux de charge de la spécialité publié par la DREES. Ce taux de charge date de 2007, il est appliqué à des actes spécifiques alors qu'il est calculé de manière globale pour l'ensemble de l'activité⁴³.

[232] La rémunération horaire brute (RHB) et la rémunération horaire nette (RHN) sont alors calculées ainsi pour chaque acte considéré :

$$\text{Rémunération horaire brute} = \text{tarif de l'acte/durée de l'acte} \times 60$$

$$\text{Rémunération horaire nette} = \text{Rémunération horaire brute} - (\text{rémunération horaire brute} \times \text{taux de charge DREES})$$

3. AVERTISSEMENT SUR LES LIMITES DES RESULTATS OBTENUS

[233] Les résultats présentés ci-après présentent de nombreuses limites.

[234] Les calculs sont effectués pour les actes techniques à partir des actes les plus pratiqués par spécialité en faisant l'hypothèse que cette forte fréquence est la marque d'actes banalisés. Il est toutefois possible que des actes fréquents soient des actes "intenses".

⁴⁰ P. Breuil-Genier, C. Gofette. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006.

⁴¹ M. Gouyon Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premier résultat d'une enquête nationale. DREES, *Etudes et résultats*, n°704, octobre 2009.

⁴² Source CNAMTS

⁴³ Etudes et résultats n°735-juillet 2010 – Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008.

- [235] Certains actes ayant été sélectionnés, les données ne peuvent rendre compte de la situation de la spécialité pour l'ensemble de son activité.
- [236] On s'appuie sur un taux de charge global que l'on applique à certains actes. Or le taux de charge est certainement différent selon la nature des actes. Par exemple, appliquer aux consultations de certains spécialistes, qui pratiquent des actes cliniques et des actes techniques, un taux de charge global peut conduire à majorer les charges de l'activité clinique si l'activité technique entraîne plus de charges que l'activité clinique.
- [237] Le taux de charge utilisé est celui de la spécialité au sens large, il mériterait d'être différencié pour tenir compte des caractéristiques des sous-spécialités (tous les chirurgiens n'ont pas le même taux de charge, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens n'ont certainement pas les mêmes charges).
- [238] La durée prise en compte pour les actes cliniques a été mesurée il y a 10 ans environ. Elle peut avoir évolué significativement depuis. Les résultats sont sensibles aux durées retenues pour les actes cliniques, durées extraites d'une seule étude.
- [239] Les taux de charge utilisés datent de 2007 et n'ont pas été actualisés depuis.
- [240] On calcule une rémunération horaire nette du travail médical facturé à la sécurité sociale. Or ce temps de travail ne rend pas compte du temps de travail global qui, en sus du temps facturé, comprend du temps non facturé (gestion du cabinet, formation...). Ainsi, la rémunération horaire nette du généraliste pour le temps facturé s'établit à 52 euros. Si l'on tient compte que les généralistes ne facturent que 33 heures sur les 54 heures travaillées par semaine et sur la base de 46 semaines de travail⁴⁴, on peut estimer la rémunération horaire nette du généraliste sur une base annuelle d'environ 28 euros de l'heure. Ce montant serait légèrement majoré si l'on prenait en compte le forfait ALD et la rémunération sur objectif de santé publique. On ne dispose de données permettant d'effectuer ce calcul pour les autres spécialités.

4. RESULTATS

4.1. Pour les actes techniques

Tableau 30 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants de chirurgie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge (DREES)	RHN cible	RHN actuelle
Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal	201,87	194,98	64	275	0,472	96 €	99 €
Cholécystectomie, par coelioscopie	272,29	287,85	89	406	0,472	102 €	96 €
Cholécystectomie, par laparotomie	251,32	251,70	81	355	0,472	98 €	98 €
Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	167,20	148,89	64	210	0,472	73 €	82 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES. Lecture : Pour la cure unilatérale d'une hernie de l'aine, la durée mesurée lors de la mise en place de la CCAM était de 64 minutes. Sur la base du tarif actuel (201,87€), la rémunération horaire nette s'établit à 99,9 €. Sur la base du tarif cible (194,9), elle s'établirait à 96,5 €.

⁴⁴ P. Le Fur "Le temps de travail des médecins généralistes". IRDES, QES, n°144, juillet 2009

Tableau 31 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants de gynécologie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Conisation du col de l'utérus	89,30	93,42	39	135	0,509	58 €	67 €
Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystérocopie	209,00	183,38	66	265	0,509	68 €	93 €
Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par cœlioscopie	196,00	193,07	75	279	0,509	63 €	76 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 32 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants d'obstétrique

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	313,50	197,22	83	285	0,509	70 €	111 €
Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	313,50	236,66	94	342	0,509	74 €	98 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 33 : Rémunération horaire nette (RHN) pour un acte courant d'ophtalmologie (Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil)

Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
271,70	200,88	60	270	0,471	106 €	143 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

Tableau 34 : Rémunération horaire nette (RHN) pour des actes courants d'imagerie

Libellé de l'acte	Tarif actuel (en €)	Tarif cible (en €)	Durée (mn)	Point travail	Taux de charge	RHN cible	RHN actuelle
Radiographie de l'abdomen sans préparation	19,95	35,12	13	29	0,559	71 €	40 €
Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]	113,05	78,72	28	65	0,559	74 €	106 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

4.2. Pour les actes cliniques

4.2.1. Les actes cliniques de spécialité

Tableau 35 : Rémunération horaire nette pour l'activité clinique de spécialités

Spécialités	Tarif CS	Tarif C2	Durée de la consultation	Taux de C2	Taux de charge	RHB	RHN
Gastro-entérologie	28 €	46 €	23 mn	32%	0.47	88 €	47 €
Rhumatologie	28 €	46 €	24 mn	18%	0.491	78 €	40 €
Gynécologie	25 €	46 €	19 mn	3%	0.509	80 €	40 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

4.2.2. Les actes clinique des généraliste

Tableau 36 : Rémunération horaire nette pour l'activité clinique des généralistes⁴⁵

Tarif C	Tarif V	Durée C	Durée V	Part des V	Taux de charge	RHB	RHN
23	33	15 mn	18 mn	12%	0.433	94 €	52 €

Source : Mission IGAS, données CNAMTS et DREES

5. LES ENSEIGNEMENTS DES RESULTATS

[241] Il ressort des résultats que la rémunération horaire des divers actes techniques n'est pas homogène. Ce résultat tient notamment au fait que les tarifs ne correspondent pas aux tarifs cibles. Pour les actes choisis, les tarifs pratiqués en matière d'obstétrique et d'ophtalmologie sont au-delà de la cible.

[242] Dès lors que l'on se base sur les tarifs cibles, les rémunérations horaires nettes sont plus proches ; les différences tiennent à des pondérations différentes de l'intensité de l'acte (stress, effort mental, compétence technique) qui apparaissent indirectement dans le nombre de points attribués. La rémunération horaire nette du travail technique des chirurgiens (hors ophtalmologie) s'établit aux environs de 100 euros, celle du travail technique des obstétriciens et des radiologues autour de 70-75 euros. La rémunération des actes de gynécologie est plus dispersée.

⁴⁵ Sans intégrer les forfaits ALD et la rémunération sur objectif de santé publique

- [243] Les résultats pour ce qui concerne les radiologues⁴⁶ ne semblent pas cohérents avec ce que l'on sait de leur place dans la hiérarchie des revenus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette apparente contradiction (les durées retenues pour les actes sont surestimées, les radiologues travaillent plus que les autres spécialités ou ils délèguent une partie du travail aux manipulateurs radio, la part du travail facturable est plus importante, les taux de charges ne sont pas suffisamment précis,...) sans que l'on puisse en objectiver la part relative. Cette absence de cohérence confirme le scepticisme généralisé sur la pertinence de la hiérarchie des actes en imagerie.
- [244] Pour ce qui est du travail clinique, il semble mieux rémunéré dans le cas des généralistes que dans le cas des spécialistes mais on ne peut exclure le fait que pour les spécialistes, qui assurent aussi des actes techniques, le taux de charge global utilisé ne vienne majorer celui qu'il faudrait appliquer spécifiquement aux activités cliniques. La rémunération horaire nette ressort à environ 40 euros pour le travail clinique des spécialistes et à 52 euros pour les généralistes.
- [245] Malgré les limites des données mobilisées, les écarts sont suffisamment importants pour conclure que le travail technique est mieux valorisé dans l'hypothèse des tarifs cibles que le travail clinique d'environ du simple au double pour ce qui concerne la chirurgie et d'environ 50% pour ce qui concerne l'obstétrique et l'imagerie.
- [246] Bien évidemment, cette différence n'est pas nécessairement une marque d'iniquité. Elle pourrait se justifier par le fait que les actes techniques sont plus intenses (plus de stress, plus d'effort mental, plus de compétences techniques mobilisées). Les écarts sont néanmoins constatés pour des actes relativement banals pour les spécialités techniques considérées.

⁴⁶ Les actes retenus sont des actes de radiologie conventionnelle sans référence aux actes mobilisant des matériels lourds et rémunérés à travers des forfaits techniques

Annexe 3D

Les trois niveaux d'examen au Québec

[247] La nomenclature utilisée au Québec distingue trois niveaux d'examen⁴⁷.

1. L'EXAMEN ORDINAIRE

[248] Chaque examen ordinaire implique dans tous les un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- Le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure
- L'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cour;
- l'observation de l'évolution de la maladie.

2. L'EXAMEN COMPLET

[249] L'examen complet comporte les éléments suivants :

A / Le questionnaire

[250] Ce questionnaire porte sur :

- La raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
- Le fonctionnement de l'un ou des ensembles reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorges, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - système locomoteur;
 - système endocrinien.

B / L'examen clinique

[251] Cet examen est effectué sur une ou plusieurs régions reliées à la raison médicale du recours au médecin parmi les suivantes :

- peau et phalènes;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

[252] Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. Les examens suivants sont aussi réputés répondre à cette exigence :

⁴⁷ Cette définition est reprise du *Manuel de l'omnipraticien. Préambule général.*

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre intérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche, du genou lorsque celui-ci comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles.

C / Les recommandations au patient

D / La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinente.

3. L'EXAMEN COMPLET MAJEUR

[253] L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

A/ Le questionnaire portant sur :

- les antécédents familiaux du patient;
- les antécédents personnels du patient;
- la raison médicale du recours au médecin.
- le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
 - nez, gorges, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - système locomoteur;
 - système endocrinien.

B / L'examen clinique des régions suivantes :

- peau et phalènes;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

C / Les recommandations au patient.

D / La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes

[254] A l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois dans l'année. La durée générale de cet examen est en général de quarante-cinq minutes.

Liste des pièces jointes

Pièces jointes de la partie 1 « la tarification des séjours hospitaliers »

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

Pièces jointes de la partie 2 « la tarification des actes techniques »

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

Pièces jointes de la partie 4 « la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital »

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

Pièces jointes de la partie 1

« La tarification des séjours hospitaliers »

Pièce jointe 1-a



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé

**Note méthodologique :
Description du fichier
« comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011 »
construit pour la mission IGAS**

Ce document a pour but de décrire les variables présentées dans le fichier « *comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011.xls* ». Ce fichier a été construit pour permettre à la mission IGAS de comparer les coûts complets aux coûts au champ tarifaire, les tarifs issus des coûts aux tarifs de campagne. Le tarif issu des coûts et le tarif de campagne ont été utilisés dans le cadre de l'étude adéquation charges/financement, pour la campagne tarifaire 2012. Etant donné qu'ils sont sur le même périmètre, ils peuvent être comparés. Pour avoir la séquence attendue par l'IGAS, il a été décidé d'y ajouter les coûts complets et les coûts au champ tarifaire. Il convient de noter que ces deux notions ne sont pas sur le même périmètre, puisque les éléments non financés par le tarif des GHS ne sont pas présents dans le coût au champ tarifaire alors qu'ils sont présents dans le coût complet.

Etant donné que le coût au champ tarifaire et le tarif issu des coûts sont calculés à partir de plusieurs années de coûts, il a donc été décidé de présenter le coût complet issu du tendancier. Le tendancier est une méthode permettant d'obtenir un coût moyen à partir de plusieurs années de coût.

Ce document présente la méthode de calcul des coûts/tarifs suivants :

- Le coût complet issu du tendancier : calculé dans le cadre des travaux IGAS. Ces coûts ne sont pas sur le même périmètre que les tarifs. Par conséquent ils ne sont pas utilisés lors de la campagne tarifaire.
- Le coût au champ tarifaire issu du tendancier
- Le coût au champ tarifaire issu du tendancier hors PDSH et Précarité, prise en compte de la Haute Technicité dans le secteur ex-OQN
 - Le tarif issu du coût

Remarque : La méthode de construction des tarifs de campagne 2011 présentés dans le fichier « *comparaison niveaux coûts 2009 tarifs 2011.xls* » ne fait pas l'objet d'une présentation dans le document.

La méthode de calcul de chacun de ces éléments est présentée ci-dessous. Il convient de noter que les informations sont présentées, dans le fichier Excel, par secteur (ex-DG et ex-OQN), par GHM, pour les GHM dit « robustes » (au moins 30 séjours pour chacune des années de coût prises en compte dans le calcul du coût au champ tarifaire). L'étude porte donc sur 77% des GHM du secteur ex-DG. Pour le secteur ex-OQN, le périmètre est beaucoup plus restreint, l'étude ne portera que sur 44% des GHM. Il convient toutefois de noter que ces GHM sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent autour de 97% de la masse de chaque secteur et entre 91% et 98% des séjours.

Les coûts sont calculés sur la version de classification en cours, à savoir la version **v11c**. Il convient de noter que les séances de radiothérapie sont exclues de l'analyse, car le recueil PMSI des années antérieures à 2010 ne permet pas de grouper correctement ces séances dans les nouveaux GHM de la v11c.

1. CALCUL DU « COUT COMPLET ISSU DU TENDANCIEL »

La méthode appelée « tendanciel des coûts » a été appliquée sur les coûts complets calés présentés dans le référentiel de coût.

L'objectif de cette méthode est d'obtenir une seule échelle de coûts à partir de plusieurs observations de coûts. Il convient de rappeler que quatre années de coûts (2006, 2007, 2008, 2009) sont utilisées pour le secteur ex-DGF, trois années seulement (2006, 2007 et 2009) pour le secteur ex-OQN.

Le principe consiste à calculer **un coût moyen (non pondéré) en ne gardant que les années fiables. Ce coût est appelé coût issu du tendanciel ou coût pluriannuel**. Pour le calculer, les précisions de chaque coût observé et la notion d'éloignement (ou d'isolement) sont utilisées.

Avant de pouvoir appliquer la méthode aux coûts calculés, il est nécessaire de faire évoluer les coûts antérieurs à 2009 pour qu'ils soient comparables au coût 2009. Pour cela, un taux d'actualisation est calculé par CAS (Catégorie d'Activité de Soins) entre chacune des années.

Les catégories d'activités de soins utilisées pour calculer le taux d'actualisation annuel sont les suivantes pour le secteur ex-DGF :

- chirurgie ambulatoire
- chirurgie avec sévérité légère
- chirurgie avec sévérité lourde
- techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée
- techniques peu invasives avec sévérité légère
- techniques peu invasives avec sévérité lourde
- séjours sans acte classant ambulatoire ou de courte durée
- séjours sans acte classant avec sévérité légère
- séjours sans acte classant avec sévérité lourde
- obstétrique ambulatoire ou de courte durée
- obstétrique avec sévérité légère
- obstétrique avec sévérité lourde
- néonatalogie ambulatoire ou de courte durée
- néonatalogie avec sévérité légère
- néonatalogie avec sévérité lourde
- décès
- séances de radiothérapie
- séances de dialyse
- séances de chimiothérapie
- autres séances

Les catégories d'activités de soins utilisées pour le secteur ex-OQN sont les mêmes, sauf que des regroupements ont été faits pour l'obstétrique et pour la néonatalogie (les effectifs étant insuffisants). Pour ces deux activités, une seule CAS est créée quel que soit le niveau du GHM.

Les coûts antérieurs au coût 2009 sont actualisés en fonction des taux calculés. On dispose alors de quatre échelles de coûts actualisées dans le secteur ex-DG et trois dans le secteur ex-OQN.

Afin de déterminer quelles années sont utilisées pour calculer le coût du GHM, les éléments suivants sont pris en compte :

- Une année est considérée imprécise si son ERE⁴⁸ est > 30%. Les années imprécises ne sont pas prises en compte dans le calcul du coût pluriannuel ;

⁴⁸ ERE : Erreur Relative d'Echantillonnage ou coefficient de variation

- De même, seules les observations « proches » sont conservées dans le calcul du coût pluriannuel. Ainsi, la notion d'isolement est introduite. La ou les année(s) isolée(s) des autres seront exclues du calcul du coût pluriannuel. Les évolutions de coûts entre chaque année sont calculées afin de déterminer si une année est éloignée par rapport aux autres. Une évolution est considérée comme stable si elle est inférieure à 5%.

Un algorithme est défini afin de sélectionner les années de coûts et, ce, pour chaque GHS. A la suite de celui-ci, une échelle de coûts complets pluriannuels est ainsi obtenue sur les deux secteurs.

2. CALCUL DU « COUT AU CHAMP TARIFAIRE ISSU DU TENDANCIEL »

Ce coût n'est pas obtenu à partir du coût précédemment calculé (coût complet issu du tendancier). Pour obtenir le coût au champ tarifaire issu du tendancier, il faut procéder à des traitements sur les coûts de chaque année (traitements de mise au périmètre tarifaire), avant d'appliquer le tendancier qui permettra de créer un coût moyen à partir des coûts disponibles (2006, 2007, 2008 et 2009 dans le secteur ex-DG, 2006, 2007 et 2009 dans le secteur ex-OQN).

En effet, dans l'étude Adéquation Charges/Financement, le but est de comparer les charges aux recettes sur le même périmètre –en l'occurrence, les tarifs de campagne 2011.

Les différentes étapes sont détaillées ci-dessous, dans l'ordre de leur réalisation.

2.1 : Calcul d'un coût hors éléments facturés en sus identifiables au séjour

Pour cette étape, pour chaque année de coût, chaque séjour voit son coût complet (abattu des coefficients géographiques et du taux MERRI) déduit des éléments suivants :

- médicaments et DMI facturables en sus,
- médicaments sous ATU⁴⁹,
- charges de SMUR (section d'analyse médico-technique et sous-traitance),
- charges de laboratoire Hors Nomenclature (SAMT et sous-traitance),
- séances de radiothérapie et de dialyse en sus,
- honoraires libéraux des Praticiens Hospitaliers, pour le secteur ex-DGF
- rémunération à l'acte, pour le secteur ex-DGF
- honoraires libéraux pour le secteur ex-OQN.

Un coût moyen par GHS est ensuite calculé à partir de ces coûts au séjour, une échelle de coûts étant calculée pour chaque année.

2.2 : Réintégration des DMI et médicaments radiés de la liste en sus

Les coûts sont observés sur les années 2006 à 2009 alors que les tarifs auxquels ils sont ajustés dans le cadre de l'étude adéquation charges/financement sont les tarifs 2011. Entre 2006 et 2011, certains éléments de la liste en sus ont été intégrés dans le tarif du GHS, du fait d'une baisse de leur coût et d'une utilisation devenue plus fréquente pour le traitement de certaines pathologies.

Les coûts moyens calculés précédemment sont donc minorés par rapport aux tarifs du fait de la radiation de certains DMI et médicaments de la liste en sus. Le coût de ces DMI et médicaments a alors été réintégré dans le tarif du GHS.

La difficulté est que, pour chaque année de recueil, les établissements de l'ENC ont identifié les charges de DMI et médicaments en fonction de la liste en sus de l'année de recueil. Par exemple, pour les coûts 2009, les médicaments et DMI identifiés dans les charges en sus sont ceux de la liste en sus 2009, qui ne correspond pas à la liste en sus 2008. Les coûts de chaque année de recueil ne sont donc pas sur le même périmètre de charges.

Afin de pouvoir comparer les coûts aux derniers tarifs parus, il faut se baser sur la liste en sus correspondante, à savoir la liste en sus 2011. Il convient donc de réintégrer dans le coût, pour chaque année, les charges de médicaments et de DMI radiés entre l'année de recueil et 2011.

⁴⁹ Autorisation Temporaire d'Utilisation.

2.3 : Suppression des suppléments journaliers (REA, SI, SC) pour chacun des GHS

La suppression des suppléments journaliers se fait en débasant du coût calculé à l'étape 2.2 un poids de suppléments par GHS :

$\text{Coût}_{\text{étape 2.3}} = \text{coût}_{\text{étape 2.2}} / (1 + \text{poids de suppléments})$.

Ce poids est calculé à partir des recettes PMSI et correspond au ratio de la valorisation des suppléments journaliers sur la valorisation en GHS. Ce poids est le plus souvent compris entre 0 et 1. Il peut être nul, notamment pour les GHS d'ambulatoire par exemple, ou supérieur à 1 notamment pour les niveaux sévères en néonatalogie.

Pour calculer la valorisation GHS, ce sont les tarifs 2011 (v11c) auxquels la PDSH et la précarité sont réintégrées (puisque ces charges font partie des coûts) et les tarifs de suppléments 2011 qui sont utilisés.

Le rebasage de la PDSH et de la précarité dans les tarifs se fait d'une manière identique à celle utilisée au moment du débasage, à savoir de façon uniforme sur l'ensemble des GHM concernés.

Les coûts étant calés sur la base nationale de l'année de recueil (par exemple, les coûts 2009 sont calés sur le case-mix national 2009), ils reflètent donc l'activité et le case-mix de celle-ci. Ainsi, un poids de suppléments propre à chaque année est calculé, en utilisant le case-mix de l'année de recueil pour calculer les valorisations, les tarifs des GHS et des suppléments utilisés restant les mêmes (2011).

2.4 : Calcul d'un coût pluriannuel

A la suite de la suppression des suppléments journaliers et des prélèvements d'organes, une échelle de coûts est obtenue pour chaque année. L'objectif est d'obtenir une seule échelle de coûts à partir de plusieurs observations de coûts. La méthode du tendancier présentée en I. Calcul du « coût complet issu du tendancier » est utilisée.

2.5 : Procédures de hiérarchisation du coût pluriannuel

L'échelle obtenue à l'étape 2.4 peut ne pas respecter la hiérarchie entre les niveaux. Il est ainsi nécessaire de mettre en place une procédure de hiérarchisation pour corriger cette échelle. Cette procédure repose sur les ratios de coût (ou de DMS quand le ratio de coût n'est pas calculable) entre les niveaux de sévérité, pour chaque sous-CMD⁵⁰.

A l'issue de cette étape est obtenu le coût nommé « Coût au champ tarifaire issu du tendancier ».

Remarque : Le coût complet issu du tendancier et le coût au champ tarifaire issu du tendancier sont obtenus par des procédures indépendantes. L'algorithme permettant de décider des années de coût à prendre en compte pour calculer le coût pluriannuel est basé sur l'évolution des coûts. Cette évolution n'est pas forcément la même sur les coûts complets et sur les coûts au champ tarifaire. Ainsi, les années de coût conservées pour le calcul du coût moyen ne sont pas forcément les mêmes pour le coût complet et le coût au champ tarifaire.

3. CALCUL DU « COUT AU CHAMP TARIFAIRE ISSU DU TENDANCIEL » HORS PDSH ET PRECARITE, PRISE EN COMPTE DE LA HAUTE TECHNICITE DANS LE SECTEUR EX-OQN

Avant de procéder à l'ajustement à la masse tarifaire, il existe certains ajustements de périmètres à reporter sur l'échelle de coût obtenue en II.

⁵⁰ Sous-CMD : 3 premiers caractères du GHM

Au cours des campagnes tarifaires 2009, 2010 et 2011, le périmètre des GHS a évolué et un certain nombre de financements, auparavant inclus dans le tarif du GHS, ont donné lieu notamment à la création de MIG (PDSH et Précarité par exemple). Du côté des coûts, ces MIG ne peuvent pas être identifiées, les charges correspondant sont donc incluses dans les coûts mais ne le sont pas dans les tarifs. Il est nécessaire de mettre l'échelle de coûts sur le même périmètre que l'échelle des tarifs de campagne 2011 avant de procéder à l'ajustement de l'échelle de coûts à celle des tarifs.

Plusieurs mesures concernant le modèle de financement sont à répercuter sur les coûts calculés en II :

- La création de deux « MIG PDSH et Précarité » avec transfert progressif des masses des tarifs des GHS sur une MIG en deux ans (campagnes 2009 et 2010). Cette mesure concerne les secteurs ex-DG et ex-OQN.
- La création de la « MIG Interne » avec transfert du financement via les tarifs des GHS à un financement par MIG (campagne 2011). Cette mesure concerne le secteur ex-DG.
- La modification du financement de la Haute-Technicité dans le secteur ex-OQN : passage du financement via un coefficient tarifaire à un financement via le tarif des GHS progressif en 4 ans (campagnes 2009 à 2012).

4. CALCUL DU TARIF ISSU DU COUT

Une fois l'échelle de coût calculée sur le même périmètre que l'échelle des tarifs de campagne 2011, un coefficient d'ajustement est appliqué à l'ensemble de l'échelle afin que l'application des coûts « ajustés » aboutisse à la même masse que l'application des tarifs de campagne 2011. Les tarifs issus des coûts sont alors obtenus.

Remarque : Le tarif issu du coût est calculé dans le cadre de l'étude Adéquation Charges/Financement, basée sur l'échelle des GHM robustes, c'est-à-dire ayant au moins 30 séjours. Donc l'ajustement à la masse tarifaire est réalisé à partir de la liste des GHM robustes.

Pièce jointe 1-b



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de Ressources des Etablissements de Santé

CAMPAGNE MCO 2010 PRINCIPES DE CONSTRUCTION TARIFAIRE

Lors de la mise en place de la v11, une nouvelle démarche de construction des tarifs a été élaborée reposant sur 3 concepts :

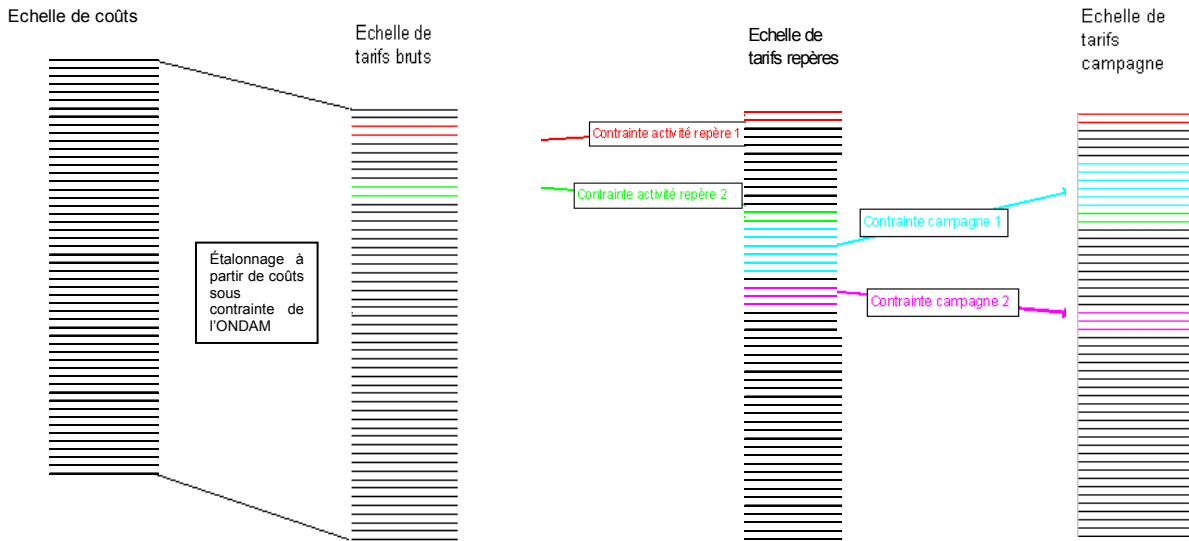
- **Tarifs bruts** directement issus de l'échelle nationale de coûts
- **Tarifs repères** compte tenu des contraintes liées aux objectifs de santé publique
- **Tarifs de campagne** compte tenu de la limitation des « gains ou pertes » de recettes sur les activités.

Dans un premier temps seront détaillées une à une ces trois étapes de la construction tarifaire, puis dans un second temps sera explicitée la relation entre la construction de l'ONDAM et la construction tarifaire.

La campagne 2010 a principalement été marquée par les évolutions suivantes :

- Les modifications de classification et de modèle :
 - a. l'évolution de l'algorithme de classification des séjours : pour 2010, la version v11b de la classification modifie l'effet âge et conduit à une répartition des séjours par niveaux différente entre la v11a et la v11b. Par ailleurs, des nouveaux GHM ont été créés (cf. notice publiée sur le site de l'agence)
 - b. l'évolution du modèle de financement : pour la campagne 2010, le mode de calcul des bornes basses ainsi que le financement pour les séjours bas des niveaux 1 et des GHM indifférenciés a été revu. Ces modifications influent sur la valeur des tarifs.
- Les évolutions concernant le champ tarifaire : le champ des tarifs a été modifié pour la campagne 2010:

Lors de cette campagne, compte tenu des évolutions (version b de la classification, modification du financement des séjours bas, nouvelles données de coûts, etc.), il a été décidé de reconduire la méthode de construction tarifaire mise en place en 2009, conduisant ainsi au recalcul de l'ensemble des échelles tarifaires suivantes.



Il convient de noter que les 4 échelles représentées tiennent compte des effets liés :

- I. au changement de classification ;
- II. au changement du modèle de financement (en 2010, l'ajustement des bornes basses).

Il est toutefois rappelé que ces trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont au champ de l'exercice N-1. Ainsi, ces échelles n'intègrent pas les spécificités de la campagne N (changement de champ tarifaire, mesure spécifique de convergence ciblée, etc.). Cette prise en compte est réalisée lors d'une ultime étape qui permet d'aboutir aux tarifs finaux de campagne, à savoir les tarifs publiés par arrêté (cf. partie 4 de la présente note).

1. TARIFS « BRUTS »

La prise en compte des données de coûts issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune selon la version de classification v11b permet de construire les tarifs bruts. Ces tarifs théoriques respectent strictement la hiérarchie telle qu'issue des coûts.

Il convient de noter que les coûts permettant de caler les tarifs bruts, ne sont pas les coûts complets issus du référentiel.

En effet, les référentiels présentent les résultats des coûts d'un exercice donné pour un échantillon donné. Malgré la procédure de calage consistant à réduire l'erreur d'échantillonnage, les résultats restent sensibles à la constitution de l'échantillon. Pour lisser les effets et dans le cadre de la construction tarifaire, l'agence a mis en place une méthodologie permettant de construire une échelle de coûts à partir des résultats issus de plusieurs référentiels. Ainsi, une échelle de coûts a été élaborée à partir des données de coûts 2006/2007 (Cf. Annexe D). De plus, il est également nécessaire de raisonner sur un champ se rapprochant le plus du périmètre des tarifs. Il s'agit des coûts dits « T2A ».

Pour la campagne 2010, le principe de stabilité tarifaire a été choisi. Ainsi, si des tarifs bruts issus des données de coûts 2006/2007 ont été calculés, il a été arbitré de ne pas imputer les évolutions de coûts dans les tarifs et donc de repartir des données de coûts 2006. Ainsi, les tarifs bruts permettant d'aboutir aux tarifs de campagne 2010 sont issus des coûts « T2A » 2006 et des coûts « T2A » 2006/2007 lorsque le coût 2006 a été jugé peu fiable.

2. TARIFS « REPERES »

Il est admis que les tarifs doivent également prendre en compte les problématiques liées aux différentes politiques tarifaires menées jusqu'alors ainsi que les grandes orientations fondamentales liées à la structuration de l'offre de soins. Pour cela, il est nécessaire d'opérer une

distorsion de l'échelle de tarifs bruts construite sur la hiérarchie des coûts afin notamment d'inciter une activité définie ou de pérenniser dans le temps les actions de politiques de santé.

Dans le cadre de la campagne 2010, les **tarifs repères** ont été construits à partir des tarifs bruts qui ont été ajustés par rapport à certaines activités spécifiques : le cancer, les soins palliatifs, la chirurgie ambulatoire, la périnatalité et liste d'activités lourdes (Cf. Annexe A : Contraintes pour la construction des tarifs repères).

Sans pour autant constituer une cible précise, ces échelles de tarifs donnent les orientations des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme.

3. TARIFS « INITIAUX DE CAMPAGNE »

Les tarifs de campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements. Pour les activités spécifiques qui ont subi des contraintes dites « repères », le tarif repère s'applique directement⁵¹ en dehors de la chirurgie ambulatoire.

Pour les autres GHM, des contraintes dites « contraintes de campagne » sont élaborées. Ces contraintes consistent à limiter les effets revenus engendrés par l'application de l'échelle de tarifs repères. Les contraintes peuvent être définies par agrégat plus ou moins fin (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic, racines, GHM, etc.).

Cette démarche a donc introduit une notion de transition entre les tarifs de campagne et les tarifs repères. Certes, les tarifs repères ne représentent pas une cible précise (ils peuvent notamment évoluer en fonction notamment des changements de classification et de modèle) mais les tarifs initiaux de campagne se situent à un niveau intermédiaire entre ces repères et les tarifs de l'exercice précédent.

Les tarifs de campagne sont donc dépendant des tarifs repère d'une part, et de la limitation des effets revenus d'autre part.

Il convient de noter que :

- pour certaines CMD ou sous CMD, certains tarifs de campagne sont égaux aux tarifs repères dès lors que l'application des tarifs repères n'engendrent pas trop d'effets revenus ;
- la gestion des contraintes consiste à préserver la hiérarchie des coûts au sein d'une racine mais pas la hiérarchie entre les racines. Cette gestion permet de ne pas engendrer trop de redistribution de recettes sur les établissements.

Pour fixer les tarifs de campagne 2010, il a été décidé de tenir compte des contraintes de campagne mises en œuvre dans le cadre de la campagne 2009⁵².

Pour les activités spécifiques Cancer, Soins palliatifs, activités lourdes et AVC dans le secteur ex DG, le tarif de campagne est directement égal au tarif repère. Pour les AVC dans le secteur ex-OQN, les tarifs de campagne 2010 distribueront une recette équivalente à la recette actuelle augmentée de 50% de l'écart entre la recette issue des tarifs repères et la recette actuelle. Enfin, pour la chirurgie ambulatoire, la contrainte de campagne consiste, d'une part à calculer le tarif

⁵¹ Il s'agit une des caractéristiques du tarif repère qui a été défini dans le cadre de l'élaboration de la démarche de construction tarifaire

⁵² Ainsi,

-pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009, maintien du principe d'égalité entre tarif de campagne et tarif repère sauf dans les cas où le tarif repère se trouve éloigné du tarif de campagne actuel (i.e. : indique que le repère a évolué) ;

- pour les racines qui avaient fait l'objet d'une contrainte lors de la campagne 2009 mais pour lesquelles le tarif actuel (2009) se trouve suffisamment proche du tarif repère 2010 (i.e. : évolution inférieure à 2% en valeur absolue), fixation du tarif de campagne 2010 comme égal au tarif repère 2010 ;

- pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 mais pour lesquelles le tarif repère 2010 se trouve éloigné du tarif actuel (i.e. : évolution supérieure à 5%), le tarif de campagne 2010 a été fixé en considérant la moitié de l'écart entre le tarif repère 2010 et le tarif actuel.

moyen 1/J sur la base de la proportion actuelle de prise en charge ambulatoire augmentée de 50% de l'écart au taux cible et d'autre part à réaliser 50% de l'écart entre le tarif actuel et le nouveau tarif moyen.

4. OBTENTION DES TARIFS DE L'ARRETE : CHANGEMENT DE PERIMETRE DES TARIFS ET CONVERGENCE CIBLEE

Les étapes explicitées précédemment aboutissent à des échelles de tarifs calées sur la masse tarifaire de l'exercice précédent. Ainsi, pour la campagne 2010, les tarifs « bruts » et « repères » sont au champ tarifaire 2009 et n'intègrent pas la mesure de convergence ciblée. La dernière étape consiste à imputer les changements de périmètre des tarifs ainsi qu'à appliquer le taux d'évolution des tarifs défini dans le cadre de l'ONDAM.

En 2010, le changement de périmètre des tarifs a concerné :

- la réintégration dans les tarifs de molécules anticancéreuses génériques ;
- la réintégration dans les tarifs des valves aortiques ;
- la poursuite de la réintégration du forfait Haute technicité dans les tarifs ;
- le débasage complémentaire opéré sur les tarifs compte tenu de l'ajustement du modèle opéré sur les MIG précarité qui a conduit à revoir à la hausse le montant global attribuée à cette mission.

La dernière étape consiste à faire évoluer les tarifs dans la limite définie par l'ONDAM. Ainsi, à partir de l'évolution des dépenses de l'AM, est déterminée l'évolution des dépenses des établissements de santé, décomposée entre les établissements tarifés à l'activité et les autres dépenses (notamment afférentes aux activités SSR.PSY). S'agissant des établissements de santé tarifés à l'activité, l'évolution est scindée entre l'ODMCO et l'enveloppe MIGAC, puis au sein de l'ODMCO entre les forfaits annuels, les médicaments/DMI et la part tarifs. Il convient de noter que ces évolutions sont construites par le ministère à partir des évolutions de charges et tiennent compte des différentes mesures d'économies (cf. arborescence en annexe). Cette déclinaison permet d'obtenir le taux d'évolution moyen des tarifs pour la part tarifs, une fois déduites les évolutions liées au volume et aux éventuelles provisions. Ce taux d'évolution concerne l'ensemble de la part tarifs y compris les consultations et actes externes. La déduction de la masse liée à ces dernières permet d'obtenir l'évolution moyenne de l'ensemble des tarifs sur 10 mois. Ensuite, est arbitrée l'évolution pour chaque type de prestations (suppléments journaliers, GHT, GHS, dialyse, etc.).

Pour 2010, pour le secteur ex DG, les tarifs des suppléments journaliers n'ont pas évolué, ni ceux des GHT, ni ceux des prestations D de la dialyse. S'agissant des GHS, leur évolution moyenne a été de -0,74% ce qui correspond aux 150M€ prévus dans le cadre de la convergence ciblée.

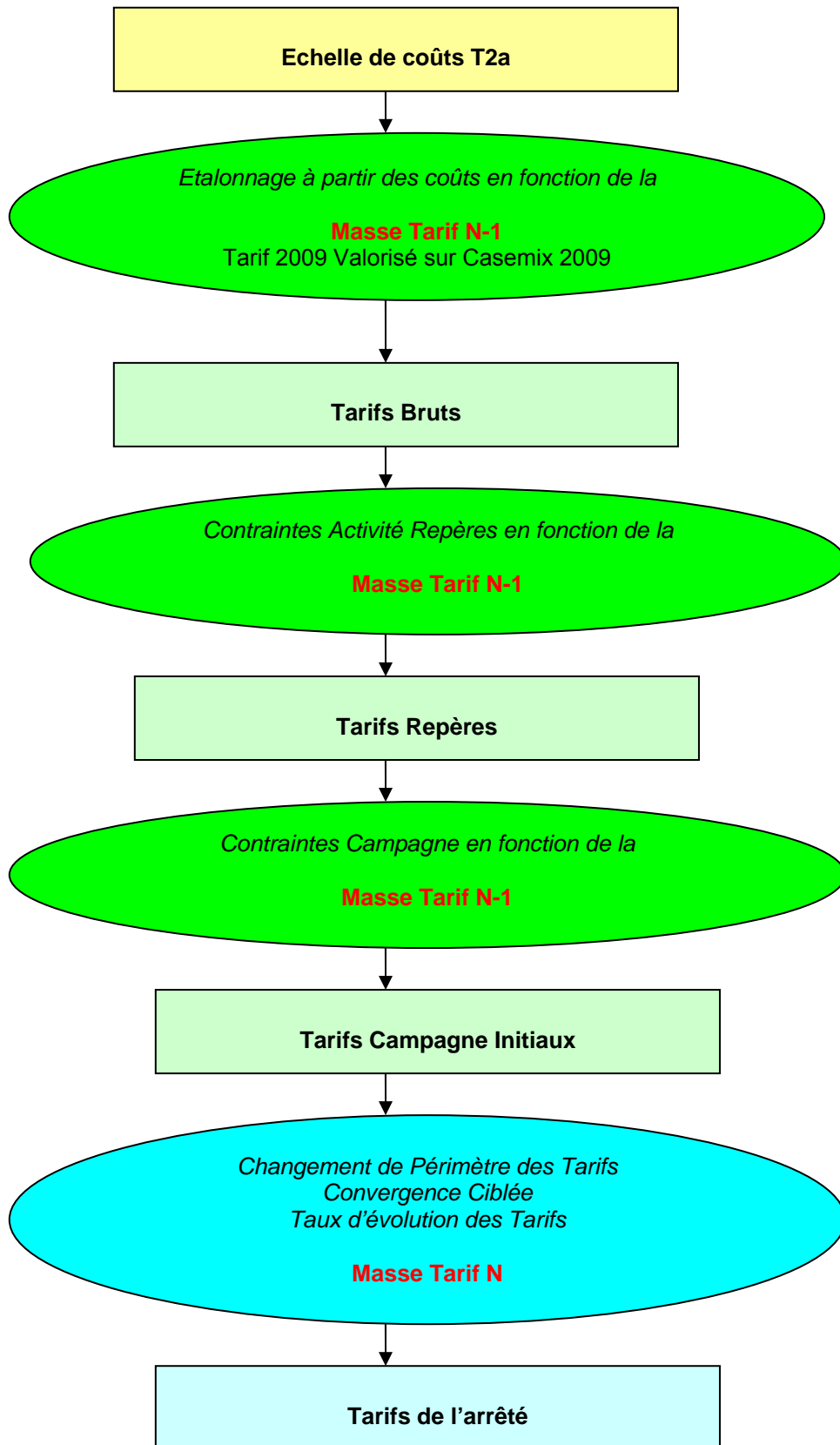
Pour cela une liste de 35 GHM (Cf. Annexe B) a été établie pour lesquels les tarifs 2010 ont fait l'objet d'un rapprochement ou d'une convergence totale entre les deux secteurs. Les GHM ciblés doivent respecter des critères tels qu'un niveau médical similaire (lourdeur des patients) et des pratiques et prises en charge semblables et assez standards dans les deux secteurs. L'approche médicale approfondie a donc constitué le socle de cette démarche. Ainsi, les GHM sélectionnés devaient présenter des effectifs nombreux et ce, au sein de chaque secteur afin de garantir une homogénéité acceptable tant en termes médical qu'économique.

La mesure de convergence ciblée en 2010 n'est intervenue que sur les tarifs du secteur ex DG puisqu'il s'agit de faire converger le tarif de ce secteur vers celui du secteur ex OQN après prise en compte des honoraires (y compris les dépassements). Deux types de modalités ont été mises en œuvre :

- la convergence totale soit la fixation d'un tarif unique
- le rapprochement tarifaire.

S'agissant du secteur ex OQN, les tarifs sont restés stables pour l'ensemble des prestations.

Schéma de construction Tarifaire



Afin d'obtenir les tarifs bruts, l'échelle de coût T2A est ajusté à la masse tarif de chaque secteur d'activité. Cette masse correspond à la masse de l'année N-1 observé, à savoir l'application des tarifs N-1 à l'application de l'activité N-1.

Les trois échelles de tarifs « bruts », « repères » et « initiaux de campagne » sont au champ de l'exercice N-1 et n'intègrent pas les spécificités de la campagne N (changement de champ tarifaire, mesure spécifique de convergence ciblée, etc.).

La prise en compte de ces mesures est réalisé lors d'une ultime étape et permettent d'obtenir les tarifs de l'arrêté. Cette dernière étape consiste à faire évoluer les tarifs dans la limite définie par l'ONDAM, correspondant à une masse tarif de l'année N.

ANNEXE A : Détails des contraintes dites repères

Les tarifs repères sont construits à partir de l'échelle des tarifs bruts sur laquelle est appliquée une distorsion pour tenir compte des politiques de santé publique, selon des contraintes spécifiques, communes ou propres à chacun des 2 secteurs.

➤ Contraintes communes aux deux secteurs

Soins palliatifs (1 racine concernée): cette contrainte consiste à

- fixer la borne basse à 4 jours et la borne haute à 12 jours
- maintenir un rapport de 1.5 entre le tarif des séjours dans des unités et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié et un rapport de 1.3 entre le tarif des séjours dans des lits dédiés et le tarif des séjours réalisés dans un lit non dédié
- maintenir les valeurs des EXH
- maintenir la masse finançant actuellement cette activité (i.e. : masse distribuée par les tarifs 2009 tels que fixés par l'arrêté)

Ces contraintes conduisent à fixer les tarifs repères 2010 comme égaux aux tarifs 2009.

Activités lourdes (52 racines concernées) : la contrainte consiste à :

- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une hausse de recettes, entériner cette hausse → les tarifs repères sont alors égaux aux tarifs bruts
- pour les racines pour lesquelles l'application de l'échelle de tarifs bruts entraînerait une baisse de recettes à annuler cette hausse → les tarifs repères sont donc rehaussés par rapport à la valeur des tarifs bruts de sorte de redistribuer les recettes actuelles.

La liste des GHM concernés a été enrichie de 20 racines pour l'année 2010, en revanche 7 anciennes racines ont été retirées (séjours pour surveillance).

Cancer (31 racines concernées) : la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant l'activité du cancer. Cette activité peut être décomposée entre les racines CANCER hors séances et les racines correspondant aux séances. L'application des tarifs bruts à ces deux sous catégories induirait une hausse de recettes pour la première et une baisse pour la deuxième. Ainsi, même si globalement les ressources de l'activité cancer sont figées, la redistribution entre l'activité Cancer hors séances et les séances a été modifiée.

Pour le secteur ex DG, la hausse pour les racines CANCER hors séances a totalement été entérinée dans les tarifs repères. Compte tenu de l'équilibre des masses, cette hausse a entraîné de faire baisser les recettes des séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Ainsi, en moyenne, les recettes des racines CANCER hors séances augmenteraient de 1,2% tandis que celles des séances diminueraient de 1,8%.

Pour le secteur ex QON, l'équilibre des masses a conduit à fixer les tarifs repères de sorte que les séances baissent en moyenne de 6,2% ce qui permet de rehausser les recettes des autres activités de 5,1%.

Chirurgie ambulatoire (19 racines concernées) : une liste de 19 racines⁵³ pour lesquelles l'activité du niveau 1 et du niveau J sont totalement ou partiellement substituables a été élaborée. Pour ces GHM, le tarif du niveau 1 et celui du niveau J sont identiques et valent la moyenne pondérée des deux tarifs bruts. Il convient de noter que la pondération cible (rapport entre l'effectif pris en charge en ambulatoire sur l'effectif total du couple '1 + J') pour chaque couple correspond à celle observée, sur les données d'activité 2009, dans le secteur où la part de chirurgie ambulatoire est la plus élevée.

Périnatalogie (2 racines concernées) : si la contrainte a été la même sur les deux secteurs en terme de nature de traitements à savoir maintenir un ratio de tarifs entre deux activités, la valeur du ratio est différente entre les deux secteurs.

Ainsi, pour le secteur ex-OQN, la contrainte à consister à :

- maintenir un rapport tarifaire de 24% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;

⁵³ Par rapport à la liste 2009, une racine a été ajoutée 06C10

- maintenir un rapport tarifaire de 12% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

Pour le secteur ex DG, cette contrainte a consisté à :

- maintenir un rapport tarifaire de 40% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et l'accouchement par césarienne sans complication;
- maintenir un rapport tarifaire de 20% entre les tarifs de l'accouchement par voie basse avec complication et de l'accouchement par voie basse sans complication.

➤ **Contraintes propres au secteur ex DG**

AVC (2 racines concernées): la contrainte consiste à maintenir le niveau de ressources actuelles finançant les racines d'AVC. Deux racines médicales sont concernées par la mise en place de cette contrainte en 2010: 01M30 et 01M31.

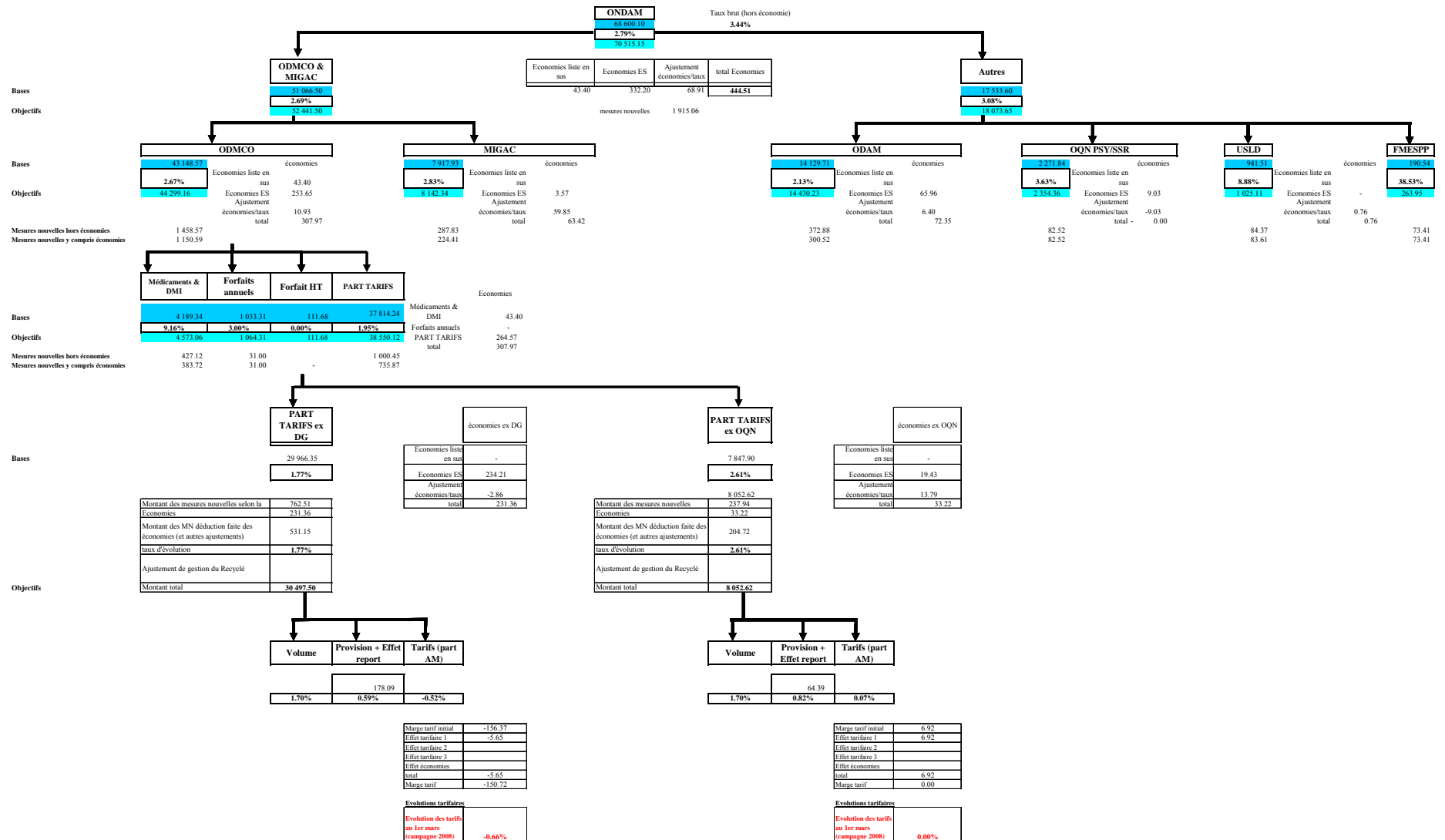
➤ **Contraintes propres au secteur ex OQN**

Lors de la campagne 2010, ce secteur n'a pas fait l'objet d'une contrainte spécifique propre.

Les politiques de santé publiques sont impactées les unes après les autres. Seul l'effet global de ces différentes mesures a été examiné.

Annexe B : arborescence 2010

DECOMPOSITION DE L'ONDAM en millions d'€

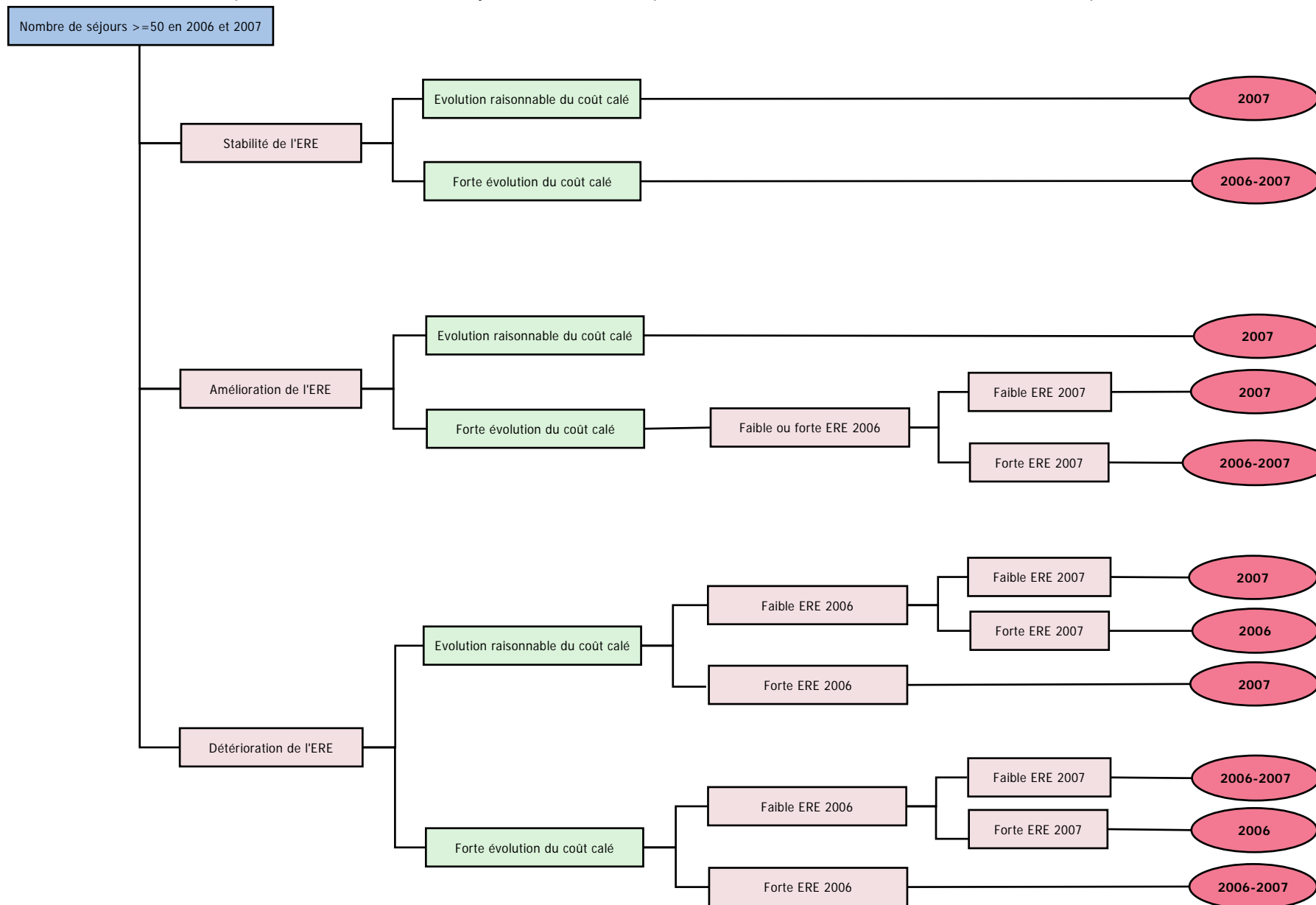


ANNEXE C : Liste GHM convergence ciblée

GHM_v11	Libellé du GHM	Scénario convergence
01C131	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1	convergence totale
01C13J	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	convergence totale
03C101	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	convergence totale
03C22J	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes, en ambulatoire	convergence totale
03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	convergence totale
03C14I	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	convergence totale
05C17I	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	convergence totale
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	convergence totale
06C12I	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	convergence totale
08C45I	Ménisectomie sous arthroscopie, niveau 1	convergence totale
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	convergence totale
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	convergence totale
12C08I	Circoncision, niveau 1	convergence totale
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, en ambulatoire	convergence totale
13C12I	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, niveau 1	convergence totale
11K08J	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	convergence totale
10C12I	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	convergence totale
06C11I	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
13C03I	Hystérectomies, niveau 1	convergence totale
14C02A	Césariennes sans complication significative	convergence totale
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	Taux de convergence à 50%
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	Taux de convergence à 46%
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	Taux de convergence à 35 %
03K02I	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
05C15I	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C09I	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C14I	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
07C14I	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C24I	Prothèses de genou, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C48I	Autres prothèses de hanche, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
09C05I	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
11C05I	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
28Z14Z	Transfusions, en séances	Taux de convergence à 35 %
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Taux de convergence à 25 %

ANNEXE D : Tendancier des coûts T2A 2006-2007 utilisé dans le cadre de la campagne tarifaire 2010

L'arbre de décision utilisé pour construire la valeur moyenne 2006-2007 à partir des deux années de coûts 2006 et 2007 est présenté ci-dessous :



Guide de lecture et définitions associées à cet arbre :

Cet arbre correspond à la représentation des cas « simples », c'est-à-dire lorsqu'il y a suffisamment de séjours dans l'ENC (≥ 50 à la fois en 2006 et en 2007, cf. rectangle bleu) et où les ERE 2006 et 2007 sont calculables. L'ERE⁵⁴ (Erreur Relative d'Echantillonnage) s'apparente à un coefficient de variation permettant de mesurer la précision de l'estimation. Une ERE faible correspond à une faible dispersion des données donc à une bonne précision.

Il y a quatre tests maximum. Ils sont représentés par les rectangles roses lorsqu'ils concernent l'ERE et par les rectangles verts lorsqu'ils concernent le coût calé. La décision de calcul du coût tendanciel 2006-2007 est représentée dans les ellipses.

Le premier test (première colonne) concerne l'évolution de l'ERE entre 2006 et 2007.

Le second test concerne l'évolution du coût calé.

Les deux derniers tests (qui ne sont pas systématiques) concernent respectivement l'ERE 2006 puis celle de 2007.

Le tableau suivant donne la correspondance entre la valeur dans l'arbre et la valeur numérique prise par la variable testée.

Variable testée	Définition dans l'arbre	Définition numérique
Valeur de l'ERE 2006 ou 2007	faible forte	entre 0% et 10% >10%
Evolution entre 2006 et 2007 de l'ERE	amélioration stabilité détérioration	<-5 points entre -5 points et +5 points >5 points
Evolution entre 2006 et 2007 du coût calé	raisonnable forte	entre -5% et 5% <-5% ou >5%

Le tableau suivant, précise le calcul utilisé selon la décision prise (représentée dans l'arbre de décision par les ellipses).

Décision dans l'arbre	Calcul du coût tendanciel 2006-2007
2007	Le coût tendanciel correspond au coût 2007
2006-2007	Le coût tendanciel correspond à la moyenne du coût de 2007 avec celui de 2006 actualisé par activité
2006	Le coût tendanciel correspond au coût 2006 actualisé par activité

⁵⁴ Pour plus d'informations se reporter au guide technique qui accompagne le référentiel de coût (disponible sur le site Internet de l'ATIH).

Pièce jointe 1-c



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Campagne tarifaire 2010 **Les tarifs initiaux de campagne** **Fiche Contraintes**

La campagne 2010 a principalement été marquée par les évolutions suivantes :

- Les modifications de classification et de modèle :
 - o l'évolution de l'algorithme de classification des séjours : pour 2010, la version v11b de la classification modifie l'effet âge et conduit à une répartition des séjours par niveaux différente entre la v11a et la v11b. Par ailleurs, des nouveaux GHM ont été créés (cf. notice publiée sur le site de l'agence)
 - o l'évolution du modèle de financement : pour la campagne 2010, le mode de calcul des bornes basses ainsi que le financement pour les séjours bas des niveaux 1 et des GHM indifférenciés a été revu. Ces modifications influent sur la valeur des tarifs.
- Les évolutions concernant le champ tarifaire : le champ des tarifs a été modifié pour la campagne 2010.

La construction tarifaire 2010 s'est inscrite dans la continuité de la méthodologie mise en place en 2009. Ainsi, les tarifs 2010 sont issus des nouveaux concepts:

- les tarifs repères
- les tarifs de campagne. Ces tarifs sont construits de sorte de limiter les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements.

Cette démarche introduit une notion de transition entre les tarifs de campagne et les tarifs repères. Certes, les tarifs repères ne représentent pas une cible précise (ils peuvent notamment évoluer en fonction notamment des changements de classification et de modèle) mais les tarifs initiaux de campagne se situent à un niveau intermédiaire entre ces repères et les tarifs de l'exercice précédent.

Détail des contraintes de campagne

Les tarifs de campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements. Pour les activités spécifiques qui ont subi des contraintes dites « repères », le tarif repère s'applique directement⁵⁵ en dehors de la chirurgie ambulatoire.

Pour les autres GHM, des contraintes dites « contraintes de campagne » sont élaborées. Ces contraintes consistent à limiter les effets revenus engendrés par l'application de l'échelle de tarifs repères. Ces contraintes ont vocation à être desserrées au cours des campagnes ultérieures en vue de définir des tarifs convergeant vers les tarifs repères. Les contraintes peuvent être définies par agrégat plus ou moins fin (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic, racines, GHM, etc.).

Les tarifs de campagne sont donc dépendant des tarifs repère d'une part, et de la limitation des effets revenus d'autre part.

Pour le calcul des tarifs, les contraintes sont traduites en taux d'impact.

⁵⁵ il s'agit une des caractéristiques du tarif repère qui a été défini dans le cadre de l'élaboration de la démarche de construction tarifaire

La formule de calcul du tarif initial de campagne est la suivante :

$$\text{tarif 2009} + \text{taux d'impact} * (\text{tarif repère} - \text{tarif 2009})$$

Par conséquent, pour un taux d'impact à 100%, les tarifs initiaux de campagne sont égaux aux tarifs repères.

Il convient de noter que :

- pour certaines CMD ou sous CMD, certains tarifs de campagne sont égaux aux tarifs repères dès lors que l'application des tarifs repères n'engendre pas trop d'effets revenus
→ taux d'impact à 100%;
- la gestion des contraintes en 2009 a consisté à préserver la hiérarchie des coûts au sein d'une racine mais pas la hiérarchie entre les racines. Cette gestion permettait de ne pas engendrer trop de redistribution de recettes sur les établissements.

Enfin, pour fixer les tarifs de campagne 2010, il a été décidé de tenir compte des contraintes de campagne mises en œuvre dans la cadre de la campagne 2009.

Ainsi :

- pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 de maintenir le principe d'égalité entre tarif de campagne et tarif repère sauf dans les cas où le tarif repère se trouve éloigné du tarif de campagne actuel (i.e. : indique que le repère a évolué) ;
- pour les racines qui avaient fait l'objet d'une contrainte lors de la campagne 2009 mais pour lesquelles le tarif actuel (2009) se trouve suffisamment proche du tarif repère 2010 (i.e. : évolution inférieure à 2% en valeur absolue), de fixer le tarif de campagne 2010 comme égal au tarif repère 2010.

Les différents cas de figure rencontrés sont résumés dans le tableau ci-après :

		Situation 2009	
		tarif de campagne 2009 =tarif repère 2009	tarif de campagne 2009 ≠ tarif repère 2009
Situation 2010	tarif de campagne 2009 proche du tarif repère 2010	tarif de campagne 2010 =tarif repère 2010	tarif de campagne 2010 =tarif repère 2010
	tarif de campagne 2009 éloigné du tarif repère 2010	Fixation d'un taux d'impact → tarif 2010 ≠ tarif repère 2010 taux d'impact 50%	Traitement selon les agrégats de campagne 2009 (CMD et sous-CMD) → contrainte = fixer un effet revenu à la baisse maximum

Pour les racines dont le tarif de campagne 2009 avait été fixé égal au tarif repère 2009 mais pour lesquelles le tarif repère 2010 se trouve éloigné du tarif actuel (i.e. : évolution supérieure à 5%), le tarif de campagne 2010 a été fixé en considérant la moitié de l'écart entre le tarif repère 2010 et le tarif actuel.

Ce schéma ne s'applique pas aux activités spécifiques. Pour les activités spécifiques CANCER, Soins palliatifs, activités lourdes et AVC dans le secteur ex DG, le tarif de campagne est directement égal au tarif repère. Pour les AVC dans le secteur ex-OQN, les tarifs de campagne 2010 distribueront une recette équivalente à la recette actuelle augmentée de 50% de l'écart entre la recette issue des tarifs repères et la recette actuelle. Enfin, pour la chirurgie ambulatoire, la contrainte de campagne consiste, d'une part à calculer le tarif moyen 1/J sur la base de la proportion actuelle de prise en charge ambulatoire augmentée de 50% de l'écart au taux cible et d'autre part à réaliser 50% de l'écart entre le tarif actuel et le nouveau tarif moyen.

Liste des activités contraintes de campagne – secteur ex DG

catégorie campagne 2010	Valorisation actuelle (tarifs v11a 2009)	Ecart entre les tarifs repères et la masse actuelle	taux d'évolution contraint	masse après application de la contrainte (V11b tarifs initiaux 2010)
01M	959 241 759	-4,1%	-2,0%	940 056 924
02	191 177 723	-7,6%	-2,0%	187 354 169
03	317 569 743	1,8%	1,6%	322 527 026
04C	59 432 744	-1,0%	-1,0%	58 839 915
04M+K	1 257 516 461	-4,9%	-2,0%	1 232 366 132
05C+K	831 075 193	-4,6%	-2,0%	814 453 689
05M	455 038 415	-3,3%	-2,0%	445 937 647
06C	705 165 505	5,1%	1,6%	716 173 183
06K	76 746 157	12,5%	1,6%	77 944 170
07C	264 024 499	3,0%	1,6%	268 145 938
08C+K	1 052 054 743	2,7%	1,6%	1 068 477 384
08M	599 668 509	-3,2%	-2,0%	587 675 138
09peau	359 355 437	-2,5%	-2,0%	352 168 329
09sein	43 698 231	24,9%	1,6%	44 380 363
10C	112 757 031	9,9%	1,6%	114 517 176
10M	503 033 480	-1,9%	-1,9%	493 575 282
11M	375 307 412	-5,5%	-2,0%	367 801 263
12	64 213 453	-3,0%	-2,0%	62 929 184
13	363 589 781	21,9%	1,6%	369 265 440
14-15	918 126 777	3,2%	1,6%	932 458 794
17	370 038 055	-10,5%	-2,0%	362 637 294
19	178 295 998	-6,3%	-2,0%	174 730 078
21	242 350 162	-3,7%	-2,0%	237 503 159
22	21 325 658	3,1%	1,6%	21 658 553
23	626 957 423	-1,4%	-1,4%	618 057 125
activité lourde	1 989 766 190	5,0%	5,0%	2 089 010 990
AVC	443 262 559	0,0%	0,0%	443 262 559
CANCER	1 999 245 149	0,0%	0,0%	1 999 245 149
Chirurgie Ambulatoire	710 602 925	-3,9%	-1,9%	696 835 692
Soins Palliatifs	563 234 963	0,0%	0,0%	563 476 965
tarifs campagne=tarifs repère car proches	5 357 640 900	0,0%	0,0%	5 360 075 307
tarifs campagne=tarifs repère car situation 2009	2 906 442 914	-1,0%	-1,0%	2 878 355 333
taux impact spécifique	613 683 592	5,3%	2,6%	629 744 192

Liste des activités contraintes de campagne – secteur ex OQN

catégorie 2010	campagne	Valorisation actuelle (tarifs v1 la 2009)	Ecart entre les tarifs repères et la masse actuelle	taux d'évolution contraint	masse après application de la contrainte (V11b tarifs initiaux 2010)
01C+K		10 999 966	3,4%	3,4%	11 373 156
01M		28 695 982	38,9%	3,5%	29 706 148
02		27 482 050	-22,6%	-2,0%	26 932 409
03		125 109 341	-11,9%	-2,0%	122 607 155
04C		12 788 091	3,0%	3,0%	13 165 936
04M+K		80 777 114	48,3%	3,5%	83 620 659
05C+K		502 339 429	-12,5%	-2,0%	492 292 640
05M		113 089 725	29,4%	3,5%	117 070 751
06C		263 882 272	12,9%	3,5%	273 171 552
06K		437 575 143	-9,0%	-2,0%	428 823 640
06M		113 066 220	27,3%	3,5%	117 046 419
07M+K		39 185 096	16,6%	3,5%	40 564 504
08C+K		667 053 984	5,4%	3,5%	690 535 861
08M		51 797 003	36,4%	3,5%	53 620 380
09peau		116 198 712	-0,3%	-0,3%	115 800 305
09sein		28 247 029	13,8%	3,5%	29 241 391
10M		26 876 189	46,0%	3,5%	27 822 294
11C+K		137 506 019	-4,1%	-2,0%	134 755 898
11M		45 738 361	35,1%	3,5%	47 348 460
12		41 001 218	4,7%	3,5%	42 444 557
13		200 535 444	10,0%	3,5%	207 594 766
16		35 372 444	21,9%	3,5%	36 617 638
17		27 461 869	10,8%	3,5%	28 428 591
18		12 710 832	34,2%	3,5%	13 158 283
21		29 989 595	4,6%	3,5%	31 045 300
23		68 466 155	37,8%	3,5%	70 876 326
28		11 118 032	-3,5%	-2,0%	10 895 672
activité lourde		312 228 708	5,4%	5,4%	329 030 777
AVC		6 418 053	67,3%	33,7%	8 578 310
CANCER		449 354 686	0,0%	0,0%	449 373 789
Chirurgie Ambulatoire		544 326 518	-9,3%	-4,7%	519 004 116
Chirurgie Ambulatoire Cristallin		489 254 001	-33,4%	-10,0%	440 328 601
Soins Palliatifs		90 111 228	0,0%	0,0%	90 153 735
tarifs campagne=tarifs repère car proches		474 704 910	0,0%	0,0%	474 849 482
tarifs campagne=tarifs repère car situation 2009		662 043 425	1,8%	1,8%	673 908 237
taux impact spécifique		54 583 963	6,5%	3,1%	56 301 068

Pièce jointe 1-d



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

CAMPAGNE MCO 2011 TARIFS DE BASE : CONSTRUCTION TECHNIQUE

La construction tarifaire est réalisée à partir des données d'activités les plus récentes disponibles sur chacun des secteurs à savoir :

- les données des 11 premiers mois 2010 pour le secteur ex DG
- les données des 7 premiers mois 2010 pour le secteur ex OQN

Ces données d'activités partielles ont fait l'objet d'une extrapolation en année pleine.

Construction tarifaire :

Un nouveau schéma de construction tarifaire a été développé par la DGOS et l'agence et doit être mis en œuvre pour la campagne 2011 (cf. Annexe).

Ce schéma s'articule autour du concept de modulation tarifaire.

Deux grandes étapes ont été identifiées :

- une étape avant la modulation tarifaire : changement du contenu du GHM → **cette étape aboutit au calcul des tarifs dits de base**, à savoir les tarifs selon la classification mise en œuvre pour la campagne (i.e. : en 2011, la classification v11c) et selon le nouveau périmètre tarifaire
- la modulation tarifaire ; cette modulation pouvant reposer sur :
 - o des expertises portant sur l'adéquation entre le financement et les charges émanant d'études techniques et/ou des fédérations ;
 - o des mesures propres à la campagne : incitations/désincitations tarifaires, convergence ciblées, etc.

Il convient de noter que la modulation tarifaire intègre aussi les travaux liés à la maintenance tarifaire.

L'objet de cette fiche est de présenter les tarifs dits de base.

I. CONSTRUCTION DES TARIFS DE BASE

1. étape 1 : Prise en compte de la nouvelle version de classification v11c conversion des tarifs v11b en tarifs v11c

Cette nouvelle classification concerne surtout :

- la radiothérapie (cf. note de construction des tarifs pour cette activité)

- les modifications des racines 05C19 et 05C22 (tarifs moyens v11b ; la masse distribuée par ces deux racines est constante en v11b et en v11c)
- disparition des GHS sur le GHM Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques (tarif est égal à la moyenne pondérée des anciens tarifs de GHS)
- la rythmologie interventionnelle (passage de GHS en GHM)
- extension du 1522 sur d'autres racines (2 racines)
- création des GHS 65 à 72 : en tarifs de base, c'est le tarif actuel (v11b) du GHS 64 qui est mis. La construction finale de ces tarifs interviendra au moment de la modulation.
- création des GHS 6524 et 6525 sur le GHM 17K041 (cyberknife sur machine non dédiée et sur machine dédiée). En tarifs de base, le tarif affiché correspond aux tarifs rémunérant actuellement ces séjours (en v11b). La construction finale de ces tarifs interviendra au moment de la modulation.

Par ailleurs, la v11c concerne la mise à jour des CMA qui entraînent au sein d'une même racine une modification de la répartition des séjours en fonction des niveaux de sévérité. Il a été arbitré que cette mise à jour ne devait pas donner lieu au recalcul de l'entièreté des tarifs. Seuls certains tarifs doivent être modifiés dès lors que le contenu du GHM est très différent entre les deux versions de classification. Ainsi, la mise à jour des tarifs a concerné les GHM (en dehors des GHM ciblés dans les activités spécifiques) dès lors que la DMS a évolué d'au moins 1 jour entre les deux versions de classification et que le nombre de séjours impactés est au moins égal à 2%. Il convient de noter que cette mise à jour a donné lieu à la modification de la valeur des bornes (en fonction de la nouvelle valeur de référence pour la DMS). Cette mise à jour peut conduire à faire évoluer le tarif à la hausse comme à la baisse.

Pour le secteur ex DG, les tarifs ont été modifiés pour 12 GHM (cf. annexe 1). Attention, d'une manière générale, il convient de noter que la modification du tarif du niveau N peut entraîner une modification de la valeur du forfait Exb du niveau N+1, et de la valeur de la journée Exh pour le niveau N-1.

Pour le secteur ex OQN, les tarifs ont été modifiés pour 13 GHM (cf. annexe 1).

Pour chacun des secteurs, ces modifications de tarifs étant réalisées à la hausse comme à la baisse, globalement elles n'ont pas d'effet en masse.

La mise à jour de la classification entraîne :

- pour le secteur ex DG, une perte de recettes de 199M€ (en année pleine et en tarif tout compris)
- pour le secteur ex OQN, une perte de recettes de 10M€ (en année pleine et en tarif tout compris)

2. étape 2 : changement de périmètre des tarifs

a) DMI

L'arbitrage rendu conduit à intégrer l'entièreté de la masse des défibrillateurs dans la racine cible 05C19. Cette masse a été évaluée en année pleine à environ 96M€ sur le secteur ex DG et 29M€ sur le secteur ex OQN.

Cette intégration conduit à augmenter l'ensemble des tarifs de la racine 05C19 de 13 397€ sur le secteur ex DG et de 11 783€ pour le secteur ex OQN. Pour le secteur ex OQN, ce résultat apparaît peu plausible compte tenu du fait qu'il y a plus de pose de DMI triple chambre dans ce secteur. Les données 2010 ne permettent pas d'évaluer précisément le montant moyen à réintégrer. Il a donc été arbitré à dire d'expert que le montant moyen à réintégrer serait de 13 804€. Cette correction engendre

une réévaluation de la masse réintégrée au titre des DMI qui devient 33,5M€ soit 4,5M€ de plus que ce qui a été transféré dans le cadre des objectifs (l'écart est pris sur l'effet CMA).

Un des derniers arbitrages a été de réintégrer l'augmentation des tarifs également sur le GHM en T de la racine 05C19 sur les deux secteurs, bien que cette augmentation tarifaire ait été construite hors GHM en T. Au final la masse réintégrée est alors de 98,6M€ sur le secteur ex DG et de 34,7M€ sur le secteur ex OQN.

b) Anti cancéreux

L'arbitrage rendu conduit à intégrer l'entièreté de la masse dans les racines où elles sont affectées. La masse représente environ 28M€ sur le secteur ex DG et 8M€ sur le secteur ex OQN (évaluation sur 12 mois, au prix d'achat donc hors EMI).

Le tarif des séances de chimiothérapie est augmenté de 18,35€ sur le secteur ex DG. Sur le secteur ex OQN, les données M10 à disposition conduiraient à une augmentation du tarif de 11,53€ ce qui est très inférieur aux données du secteur ex DG, mais semble cohérent.

c) Réintégration HT (secteur ex OQN)

La méthode de réintégration de la haute technicité est identique à celle réalisée l'année dernière à savoir :

- réintégration dans les GHM dits HT de l'entièreté du reste à rebaser
- réintégration dans les autres GHM chirurgicaux de la moitié du reste à rebaser.

Le rebasage de la HT est donc terminé pour les GHM de la liste HT. Lors de la campagne 2012, le rebasage ne concernera donc que les autres GHM chirurgicaux.

d) Internes / EFS

Le débasage réalisé au titre des internes ne concerne que les tarifs du secteur ex DG : la masse à transférer des tarifs vers l'enveloppe MIGAC est d'environ 70M€ sur 10 mois en dépense assurance maladie, soit environ 90M€ en année pleine en dépenses encadrées (un effet report est à prévoir en 2012).

Le débasage « ONIAM » est réparti conformément aux calculs opérés au moment de la construction des objectifs :

- 6,43M€ (sur 10 mois en DAM) sur le secteur ex DG soit environ 8,3M€ en AP et DE
- 1,57M€ (sur 10 mois en DAM) sur le secteur ex DG soit environ 1,9M€ en AP et DE

Ces débasages sont opérés sur l'ensemble des GHS hors dialyse et les GHS ayant fait l'objet d'une mesure de convergence totale en 2010 (20 GHM).

e) Modification des tarifs secteur ex DG compte tenu de la HT

Les GHM ayant fait l'objet de la convergence à 100% en 2010 doivent évoluer d'une manière identique entre els deux secteurs. Or, ces GHM ont été modifiés sur le secteur ex OQN compte tenu de l'intégration de la HT. Une étape complémentaire a été élaborée afin de faire évoluer (en montant) les tarifs du secteur ex DG de la manière que ceux du secteur ex OQN.

Cette étape entraîne un besoin de financement de l'ordre de 4,3M€ qui sera pris sur l'effet CMA.

II. REPARTITION DES MASSES COMPTE TENU LA CONSTRUCTION DES TARIFS DE BASE

Secteur ex DG

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11b - Casemix V11b	27 108 664 003	
Tarif V11c Effet Classification - Casemix V11c	26 909 748 804	-198 915 199
Tarif V11c DMI - Casemix V11c	27 008 416 366	98 667 562
Tarif V11c Anticancéreux - Casemix V11c	27 036 561 023	28 144 657
Tarif V11c de Base (Débasage ONIAM et Interne) - Casemix V11c	26 938 055 194	-98 505 829
Tarif V11c de Base corrigé HT - Casemix V11c	26 942 436 854	4 381 660
TOTAL		-166 227 149

Secteur ex OQN

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11b - Casemix V11b	6 575 894 090	
Tarif V11c Effet Classification - Casemix V11c	6 565 897 066	-9 997 024
Tarif V11c DMI - Casemix V11c	6 600 575 558	34 678 492
Tarif V11c Anticancéreux - Casemix V11c	6 608 957 787	8 382 229
Tarif V11c HT - Casemix V11c	6 668 087 576	59 129 789
Tarif V11c de Base (Débasage ONIAM) - Casemix V11c	6 666 193 085	-1 894 491
TOTAL		90 298 995

Annexe 1 : Liste des GHM dont le tarif est modifié compte tenu de la mise à jour de la classification

Secteur	GHS	GHM	libelle	tarifs v11b 2010						borne basse	borne haute
				borne basse	borne haute	tarif	forfait exb	exb	exh		
ex DG	850	03M084	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	61	8 141,09	-	-	246,52	-	49
ex DG	1235	04M264	Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires, niveau 4	-	-	10 435,42	-	-	-	-	37
ex DG	1507	05C204	Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente, niveau 4	-	-	10 177,59	-	-	-	6	61
ex DG	1511	05C214	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 4	18	110	16 361,42	5 628,95	-	278,56	18	109
ex DG	2330	07C084	Autres interventions sur le système hépato-biliaire et pancréatique, niveau 4	21	129	20 626,16	9 382,41	-	298,26	22	134
ex DG	2908	08C534	Interventions sur le genou pour traumatismes, niveau 4	-	-	11 240,32	-	-	-	8	78
ex DG	3964	10M173	Troubles nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	47	10 074,27	-	-	394,97	-	35
ex DG	4146	11C093	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 3	8	66	10 732,47	4 952,18	-	132,44	8	64
ex DG	4147	11C094	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 4	19	114	16 361,42	5 628,95	-	267,91	15	92
ex DG	6110	16C033	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 3	6	54	10 587,08	4 493,61	-	243,80	6	60
ex DG	6111	16C034	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 4	16	97	21 070,41	10 483,33	-	403,35	15	90
ex DG	7090	19M122	Anorexie mentale et boulimie, niveau 2	-	43	6 325,57	-	-	154,67	-	52
ex OQN	1469	05C114	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 4	12	69	7 456,43	2 671,10	-	202,60	10	59
ex OQN	1482	05C144	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc, niveau 4	10	57	5 614,44	2 010,73	-	184,22	10	62
ex OQN	1777	05M142	Arrêt cardiaque, niveau 2	-	19	993,52	-	-	95,65	-	20
ex OQN	2010	06C233	Certaines interventions pour stomies, niveau 3	-	-	4 313,81	-	-	-	-	32
ex OQN	3523	09M034	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	25	2 898,09	-	-	210,21	-	40
ex OQN	4141	11C083	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires, niveau 3	6	47	2 668,19	778,64	-	105,50	7	49
ex OQN	4274	11K022	Insuffisance rénale, avec dialyse, niveau 2	8	74	1 675,65	817,63	-	97,60	8	74
ex OQN	6490	17M064	Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 4	-	51	4 457,99	-	-	163,70	-	41
ex OQN	6703	18C022	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 2	-	27	2 390,35	-	-	61,24	-	29
ex OQN	6705	18C024	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 4	8	85	5 985,18	2 063,91	-	131,17	10	96
ex OQN	7089	19M121	Anorexie mentale et boulimie, niveau 1	3	23	1 073,49	-	315,93	85,75	4	38
ex OQN	7259	20Z022	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, niveau 2	-	-	1 410,22	-	-	-	5	26
ex OQN	7286	20Z022	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance, niveau 2	-	-	2 604,54	-	-	-	5	26

Annexe 2 : Masse réintégrée par racine au titre de la HT

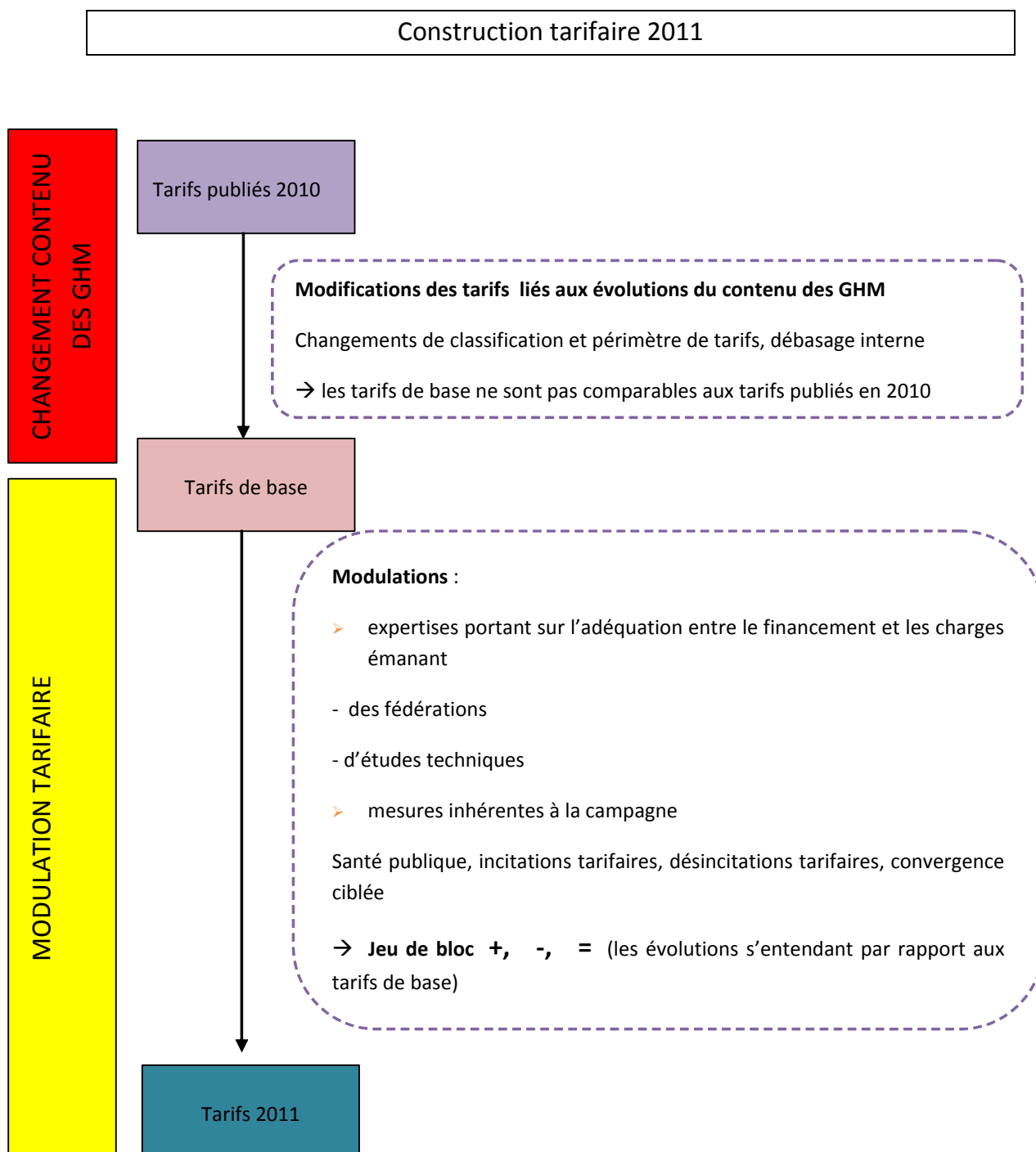
racine	Type	Rebasage 2011
01C03	Chirurgie	5 565
01C04	liste HT	160 690
01C05	liste HT	852 652
01C06	liste HT	147 850
01C08	Chirurgie	69 545
01C09	liste HT	485
01C10	Chirurgie	8 352
01C12	liste HT	434
01C13	Chirurgie	384 585
01K02	liste HT	15 690
01K03	liste HT	56 770
01K07	liste HT	4 898
02C02	Chirurgie	184 185
02C03	Chirurgie	8 561
02C05	Chirurgie	2 620 599
02C06	Chirurgie	3 480
02C07	Chirurgie	31 653
02C08	Chirurgie	174 698
02C09	Chirurgie	24 245
02C10	Chirurgie	3 666
02C11	Chirurgie	41 206
02C12	Chirurgie	51 887
03C05	Chirurgie	4 945
03C06	Chirurgie	4 796
03C07	Chirurgie	158 275
03C09	Chirurgie	121 137
03C10	Chirurgie	77 899
03C11	Chirurgie	34 738
03C12	Chirurgie	11 546
03C13	Chirurgie	9 758
03C14	Chirurgie	106 241
03C15	Chirurgie	13 542
03C16	Chirurgie	89 118
03C17	Chirurgie	20 770
03C19	liste HT	453 159
03C20	Chirurgie	111 493
03C21	Chirurgie	47 183
03C22	Chirurgie	102 154
03C24	Chirurgie	43 347
03C25	liste HT	64 667
03C26	Chirurgie	31 145
04C02	liste HT	705 886
04C03	Chirurgie	10 352
04C04	Chirurgie	89 857
05C02	liste HT	306 315
05C03	liste HT	952 688
05C04	liste HT	362 424
05C05	liste HT	610 116
05C06	liste HT	222 036
05C07	liste HT	31 556
05C08	Chirurgie	19 382
05C09	liste HT	4 365

05C10	liste HT	1 523 858
05C11	Chirurgie	162 834
05C12	Chirurgie	85 281
05C13	Chirurgie	43 192
05C14	Chirurgie	45 367
05C15	Chirurgie	233 634
05C17	Chirurgie	419 296
05C18	Chirurgie	29 672
05C19	liste HT	156 153
05C20	Chirurgie	3 463
05C21	Chirurgie	49 278
05C22	Chirurgie	78 424
05K05	liste HT	416 153
05K06	liste HT	4 428 131
05K11	liste HT	688 620
05K12	liste HT	15 619
05K13	liste HT	1 221 523
06C02	liste HT	1 061
06C03	liste HT	1 394 400
06C04	liste HT	2 349 201
06C05	liste HT	12 566
06C07	Chirurgie	59 095
06C08	Chirurgie	129 364
06C09	Chirurgie	195 408
06C10	Chirurgie	19 649
06C11	Chirurgie	406 890
06C12	Chirurgie	638 294
06C13	Chirurgie	29 172
06C14	Chirurgie	158 552
06C15	Chirurgie	44 140
06C16	liste HT	203 752
06C19	Chirurgie	191 252
06C20	liste HT	92 509
06C21	Chirurgie	36 916
06C22	liste HT	309 032
06C23	Chirurgie	5 904
07C06	Chirurgie	2 284
07C07	Chirurgie	1 316
07C08	Chirurgie	6 685
07C09	liste HT	188 199
07C10	liste HT	125 667
07C11	liste HT	87 532
07C12	liste HT	250 618
07C13	Chirurgie	231 728
07C14	Chirurgie	394 455
08C02	liste HT	75 455
08C04	liste HT	46 612
08C06	Chirurgie	5 662
08C12	Chirurgie	2 016
08C13	Chirurgie	16 149
08C14	Chirurgie	190 386
08C20	Chirurgie	8 494
08C21	Chirurgie	46 048
08C22	liste HT	1 551 888

08C24	liste HT	4 823 256
08C25	liste HT	455 499
08C27	liste HT	2 605 657
08C28	Chirurgie	5 237
08C29	Chirurgie	3 814
08C31	Chirurgie	22 760
08C32	Chirurgie	284 173
08C33	Chirurgie	45 542
08C34	Chirurgie	362 276
08C35	Chirurgie	301 829
08C36	Chirurgie	15 962
08C37	Chirurgie	577 677
08C38	Chirurgie	126 115
08C39	Chirurgie	184 551
08C40	Chirurgie	396 047
08C41	Chirurgie	154 563
08C42	Chirurgie	95 358
08C43	Chirurgie	96 969
08C44	Chirurgie	331 150
08C45	Chirurgie	335 145
08C46	Chirurgie	141 804
08C47	liste HT	594 385
08C48	liste HT	3 945 074
08C49	liste HT	765 359
08C50	liste HT	138 319
08C51	liste HT	315 981
08C52	liste HT	1 364 945
08C53	Chirurgie	65 803
08C54	Chirurgie	98 043
08C55	Chirurgie	7 025
08C56	Chirurgie	79 674
09C02	Chirurgie	9 494
09C03	Chirurgie	347 545
09C04	Chirurgie	119 010
09C05	Chirurgie	199 217
09C06	Chirurgie	201 069
09C07	Chirurgie	20 525
09C08	Chirurgie	70 682
09C09	Chirurgie	58 819
09C10	Chirurgie	207 282
09C11	liste HT	115 297
10C02	Chirurgie	1 988
10C03	liste HT	29 831
10C05	Chirurgie	19 711
10C07	Chirurgie	5 774
10C08	Chirurgie	7 755
10C09	liste HT	1 015 474
10C10	Chirurgie	77 102
10C11	liste HT	149 458
10C12	Chirurgie	166 056
11C02	liste HT	1 001 399
11C03	liste HT	355 631
11C04	Chirurgie	66 119
11C05	Chirurgie	689 356

11C06	Chirurgie	816
11C07	Chirurgie	17 532
11C08	Chirurgie	9 388
11C09	Chirurgie	54 875
12C03	Chirurgie	28 964
12C04	Chirurgie	465 432
12C05	Chirurgie	13 046
12C06	Chirurgie	26 160
12C07	Chirurgie	69 510
12C08	Chirurgie	177 550
12C09	Chirurgie	3 282
12C10	Chirurgie	4 632
12C11	liste HT	1 342 138
12C12	Chirurgie	94 961
12C13	Chirurgie	2 039
13C03	liste HT	1 686 541
13C04	Chirurgie	271 438
13C05	Chirurgie	23 463
13C06	Chirurgie	21 065
13C07	Chirurgie	311 624
13C08	Chirurgie	63 805
13C09	Chirurgie	14 049
13C10	Chirurgie	24 980
13C11	Chirurgie	8 270
13C12	Chirurgie	48 171
13C13	Chirurgie	19 415
13C14	liste HT	434 077
13C15	liste HT	416 086
13C16	Chirurgie	67 104
13C17	Chirurgie	165 799
14C02	Chirurgie	794 683
14C03	Chirurgie	2 104
14C04	Chirurgie	8 020
14C05	Chirurgie	46 034
16C02	liste HT	16 838
16C03	Chirurgie	21 810
17C02	Chirurgie	46 950
17C03	Chirurgie	28 882
17C04	liste HT	78 796
17C05	Chirurgie	21 807
18C02	Chirurgie	16 777
19C02	Chirurgie	2 244
21C02	Chirurgie	49 536
21C03	Chirurgie	2 950
21C04	Chirurgie	34 652
21C05	Chirurgie	94 741
22C02	Chirurgie	1 772
22C03	Chirurgie	960
23C02	Chirurgie	51 953
25C02	Chirurgie	1 035
26C02	Chirurgie	5 554

Annexe : Schéma de construction tarifaire



Pièce jointe 1-e



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

CAMPAGNE MCO 2011 TARIFS MODULES

La construction tarifaire est réalisée à partir des données d'activités les plus récentes disponibles sur chacun des secteurs à savoir :

- les données des 11 premiers mois 2010 pour le secteur ex DG
- les données des 7 premiers mois 2010 pour le secteur ex OQN

Ces données d'activités partielles ont fait l'objet d'une extrapolation en année pleine.

Construction tarifaire :

Un nouveau schéma de construction tarifaire a été développé par la DGOS et l'agence et doit être mis en œuvre pour la campagne 2011 (cf. Annexe).

Ce schéma s'articule autour du concept de modulation tarifaire.

Deux grandes étapes ont été identifiées :

- une étape avant la modulation tarifaire : changement du contenu du GHM → **cette étape aboutit au calcul des tarifs dits de base**, à savoir les tarifs selon la classification mise en œuvre pour la campagne (i.e. : en 2011, la classification v11c) et selon le nouveau périmètre tarifaire
- la modulation tarifaire ; cette modulation pouvant reposer sur :
 - o des expertises portant sur l'adéquation entre le financement et les charges émanant d'études techniques et/ou des fédérations ;
 - o des mesures propres à la campagne : incitations/désincitations tarifaires, convergence ciblées, etc.

Il convient de noter que la modulation tarifaire intègre aussi les travaux liés à la maintenance tarifaire.

L'objet de cette fiche est de présenter les tarifs dits modulés.

L'étude portant sur l'adéquation du financement et des charges repose sur :

- l'échelle de coûts dite « 06/07/08 » qui intègre les trois années de coûts disponibles pour le secteur ex DG
- l'échelle de coûts dite « 06/07 » qui intègre les deux années de coûts disponibles pour le secteur ex OQN.

1. CONSTRUCTION DES TARIFS MODULES

i. Expertises techniques

a) étape 1 : maintenance tarifaire

Des analyses ont été réalisées en vue de détecter des fortes anomalies selon deux axes :

1. détection d'une anomalie entre les niveaux à l'intérieur d'une racine → étude intra racine
2. détection d'une anomalie dans le positionnement entre les racines → étude inter racine

Pour l'**étude intra racine**, au terme de l'algorithme, ont été identifiées 17 racines présentant au moins une anomalie sur le secteur ex DG, et 6 racines sur le secteur ex OQN. Il convient de noter que sur ces racines, il était nécessaire d'avoir au moins un tarif construit sur le coût. Pour la modification des tarifs, il a été décidé de ne pas raisonner à masse constante, de figer le ou les tarifs du ou des niveaux le plus robustes, puis de modifier les autres niveaux en utilisant les ratios de DMS nationales. La correction a été calée sur une partie de l'écart (50%) entre le ratio des tarifs actuels et le ratio des DMS.

Pour l'étude **inter racine**, un ordre médical a été défini a priori. Un rapprochement a été réalisé avec l'étude portant sur l'adéquation. Les couples ou trio sont détectés comme présentant des anomalies que si l'ordre tarifaire actuel est contraire à l'ordre médical a priori, dès lors que cet ordre a été confirmé par les coûts ajustés. En outre, si des modifications devaient être opérées sur des GHM appartenant à la liste des activités dites spécifiques « Activités lourdes, Cancer », il a été décidé de ne pas les répercuter et de conserver la situation actuelle pour ne pas perturber ces activités. Au final des modifications de tarifs ont eu lieu sur 1 seule racine sur les deux secteurs.

Sur le secteur ex DG, cette mesure engendre un écart de recettes de + 1M €.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure engendre un écart de recettes de – 0,2M€.

b) étape 2 : demandes FD

Cette étape ne concerne que le secteur ex DG. Pour ce secteur, les fédérations ont listé des activités a priori mal financées. Pour les activités dont le mauvais financement semble avéré (i.e. : écart tarif/coût inférieur à –5%), une correction est opérée consistant à réduire l'écart d'un tiers.

Cette mesure concerne 42 GHM (CMD 05 et 2 GHM de cancer⁵⁶) et engendre un écart de recettes de + 13,7M€.

⁵⁶ Autres curiethérapies et irradiations internes

c) étape 3 : écart tarifs/coûts très positif

Cette étape ne concerne que le secteur ex DG. Pour les GHM dont l'«écart tarif/coût apparaît très élevé (i.e. : supérieur à 30%), une baisse du tarif est opérée de sorte de ramener l'écart Tarif/coût à 30%.

Cette mesure concerne 15 GHM et engendre un écart de recettes de – 3,5M€.

ii. Mesures de campagne

a) Chirurgie ambulatoire

L'étude sur l'adéquation charges/financement a été mobilisée spécifiquement et présentée lors d'une réunion technique le mardi 11 janvier.

Un arbre a été dessiné au cours de cette réunion en séparant les 19 racines ayant fait l'objet du tarif unique entre le J et le 1 des autres GHM chirurgicaux en J.

Pour les 19 racines ayant fait l'objet du tarif unique (en dehors de celles soumises à la convergence), trois groupes doivent être créés :

- premier groupe : l'écart tarif / coût est positif sur le J et modéré → pas de modifications de tarifs
- deuxième groupe : l'écart tarif / coût est négatif ou faible sur le J → modifications de tarifs pour afficher une incitation
- troisième groupe : l'écart tarif / coût est positif sur le J et très fort → possibilité de baisser légèrement les tarifs notamment en fonction du besoin de financement sur les autres GHM chirurgicaux de 0 jour

Pour les GHM soumis à la convergence et les prélèvements d'ovocytes et les Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, aucune modification n'est prévue

Par ailleurs, l'analyse médicale a montré qu'il n'existait pas d'autres racines pour lesquelles pouvait être envisagé le tarif unique.

Sur les GHM ambulatoire chirurgicaux, il est décidé de faire en sorte que la masse tarif soit identique à la masse coût dès lors qu'elle est actuellement inférieure de plus de 5%. Le financement de cet alignement se fera soit par redéploiement de masse issue des autres niveaux (si l'écart tarif/coût est positif) soit par redéploiement de masse issue des 19 racines.

Sur le secteur ex DG, cette mesure concerne 39 GHM et engendre un écart de recettes de + 10,4 M€. Sur les 39 GHM n'est présent aucun GHM des 19 racines subissant une baisse des tarifs du à une incitation trop forte.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure concerne 28 GHM et engendre un écart de recettes de – 28 M€. Sur les 28 GHM, est présent 2 GHM des 19 racines subissant une baisse des tarifs du à une incitation trop forte et dont l'écart en recettes est de - 40 M€. Sur les 26 autres GHM, le besoin de financement étant par conséquent de 12 M€.

b) Cancer

L'arbre consiste à maintenir la masse actuelle finançant l'activité globale du cancer qui se décompose entre les racines « cancer hors séances » et les racines « cancer de séances ». Il s'agit de rehausser au sein des GHM d'hospitalisation du cancer qui sont sous financés de plus de 5% en baissant les

GHM de séances du cancer. Dans l'équilibre actuel, baisse du tarif de chimiothérapie (9€ sur le secteur ex DG et 2€ sur le secteur ex OQN) et hausse des tarifs HC en cas de sous financement.

Sur le secteur ex DG, cette mesure concerne 3 GHM d'hospitalisation complète et engendre un écart de recettes de – 9,4M€.

Sur le secteur ex OQN, cette mesure concerne 43 GHM et engendre un écart de recettes de + 19,5 M€.

c) Dialyse

Convergence tarifaire du secteur ex-OQN (honoraires inclus) du forfait d'hémodialyse en centre vers le GHM du secteur ex-DG (application de la LFSS 2011 « vers les tarifs les plus bas »). Et redistribution de la masse vers les tarifs des forfaits du secteur ex-OQN de dialyse hors centre.

Cette mesure entraîne un écart de recettes de – 2,6 M€.

d) AVC et Activités lourdes

Maintien des tarifs 2010.

e) Radiothérapie

Le principe est l'évolution de la classification à enveloppe constante :

- Revalorisation des tarifs de RCMI et de préparation à l'irradiation
- Diminution des tarifs de séance

f) SP

Revalorisation des tarifs à hauteur de leurs coûts ajustés sur le secteur ex OQN. Cette mesure entraîne un écart de recettes de + 8,3 M€.

g) Ajustements GHS

Epilepsie : + 6 800€ entre GHS de base et GHS majoré

Drains : suppression de la borne Hte sur le secteur ex DG

03K021 → correction de l'anomalie secteur ex DG. Tarif unique avec le J non respecté suite à la mise en place de la mesure de cv 2010.

Hospit complète cyberknife : tarif des GHS en fonction de l'arbitrage

h) Convergence ciblée

L'objectif est la mise en œuvre de 190M€ d'économies sur le secteur ex DGF. Contrairement à la campagne 2010 la méthode de sélection des GHM n'est plus centrée sur l'analyse médicale mais sur l'arbre de décision suivant (6 étapes) :

Etape 1 : La convergence concerne l'ensemble des GHM à l'exception de :

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

Etape 2 : Sélection des GHM ayant un volume suffisant, à savoir au moins 1000 séjours dans chaque secteur en 2009 et une part de marché équilibré entre les deux secteurs (au moins 20% dans l'un des deux secteurs).

Etape 3 : Classification des GHM suivant une méthodologie statistique.

Etape 4 : Réintroduction dans la sélection des GHM en J, en T0 et les séances (y compris dialyse).

Etape 5 : Parmi les GHM sélectionnés sont identifiés :

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

Etape 6 : Mise en place de contrôle de cohérence :

- D'un point de vue médical.
- D'un point de vue économique (ERE < 30)

Au final 190 GHM (193GHS) sont répartis dans 6 classes en fonction de l'hétérogénéité des DMS entre les deux secteurs :

- Classe 0 et 1 => peu hétérogène
- Classe 5 => Très hétérogène

Le Taux de convergence est différencié selon les classes :

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

2. TAUX EVOLUTION DES TARIFS 2011-02-18

Les taux d'évolution des tarifs sont de -0,23% sur le secteur ex DGF et de -0,07 % sur le secteur ex OQN. Le principe est acté d'appliquer le taux du secteur ex-OQN (-0,07%) aux tarifs du secteur ex-DG ayant convergés en 2010 et ce afin de ne pas les faire diverger.

- Répartition des masses compte tenu la construction des tarifs modulés

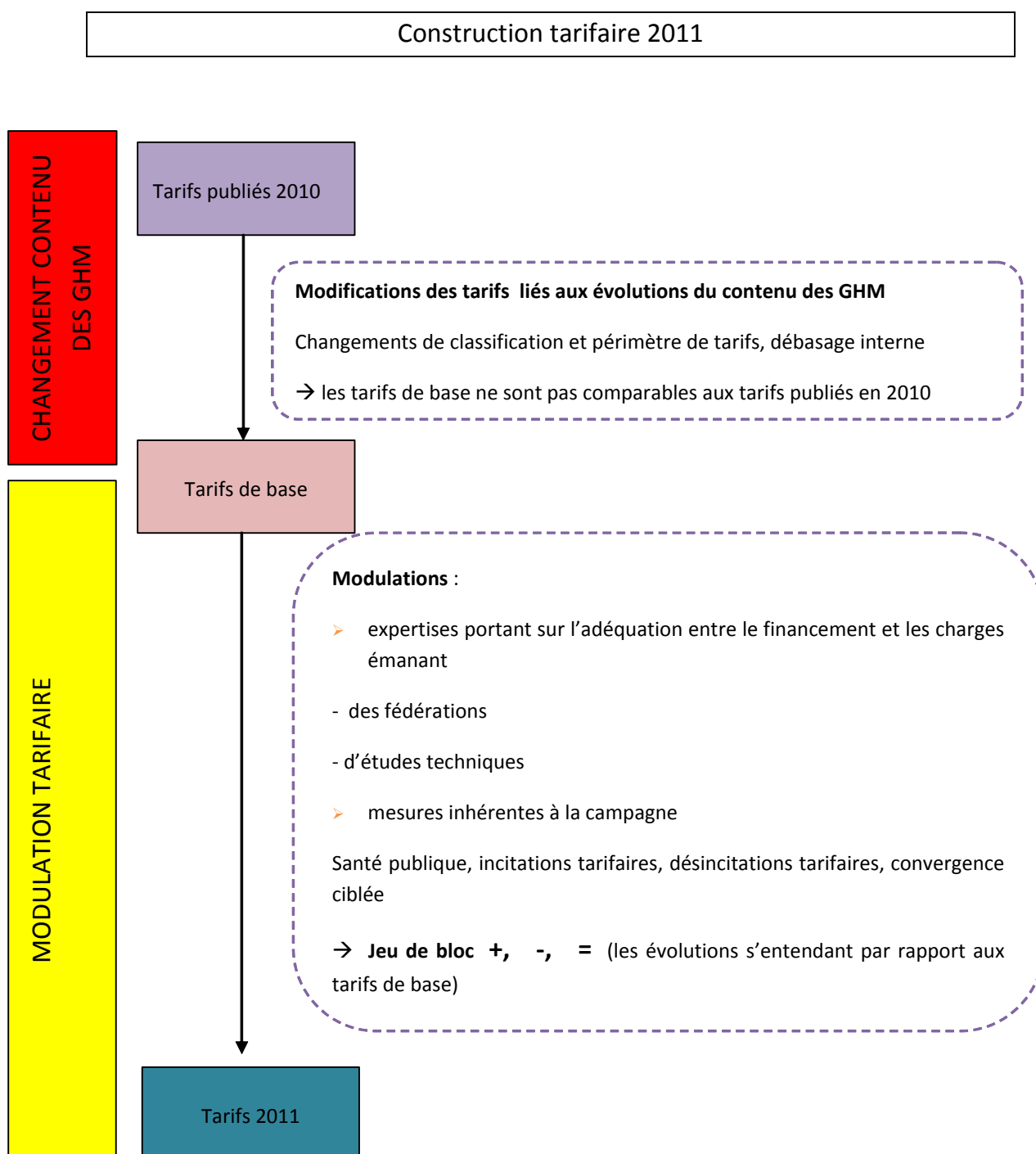
Secteur ex DGF

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11c de Base - Casemix V11c	26 942 436 854	
Tarif V11c Maintenance tarifaire - Casemix V11c	26 943 494 397	1 057 543
Tarif V11c Chirurgie Ambulatoire - Casemix V11c	26 953 943 263	10 448 866
Tarif V11c Demande Fédération - Casemix V11c	26 967 656 797	13 713 534
Tarif V11c Cancer - Casemix V11c	26 958 216 398	- 9 440 399
Tarif V11c Radiothérapie - Casemix V11c	26 958 216 398	-
Tarif V11c Extrême haut - Casemix V11c	26 954 680 662	- 3 535 736
Tarif V11c Ajustement GHS - Casemix V11c	26 955 475 455	794 793
Tarif V11c Taux Evolution - Casemix V11c	26 895 297 507	- 60 177 948
Tarif V11c Dialyse - Casemix V11c	26 892 651 991	- 2 645 516
Tarif V11c Convergence + Correction - Casemix V11c	26 702 334 208	- 190 317 783
TOTAL		- 240 102 646

Secteur ex OQN

Etape	Masse 12 mois (M11 Extrapolé Année pleine)	Différence par rapport étape précédente
Tarif V11c de Base - Casemix V11c	6 666 193 085	
Tarif V11c Maintenance tarifaire - Casemix V11c	6 665 989 122	- 203 963
Tarif V11c Chirurgie Ambulatoire - Casemix V11c	6 637 895 294	- 28 093 828
Tarif V11c Cancer - Casemix V11c	6 657 410 732	19 515 438
Tarif V11c Soins Palliatifs - Casemix V11c	6 665 693 394	8 282 662
Tarif V11c Ajustement GHS - Casemix V11c	6 665 693 392	- 2
Tarif V11c Taux Evolution - Casemix V11c	6 661 299 370	- 4 394 022
Tarif V11c Correction - Casemix V11c	6 661 304 292	4 922
TOTAL		- 499 693

Annexe : Schéma de construction tarifaire



Pièce jointe 1- f

Part des différentes catégories d'établissement du secteur public dans les principales activités favorisées

	Volume économique 2010 (selon tarifs 2011)	Part de chaque catégorie dans le volume économique en 2010	Part de chaque catégorie dans le volume économique sur M11 2011
chimiothérapies hors séances	323 547 971	100%	100%
APHP	45 503 747	14%	14%
CH	78 378 765	24%	24%
CHR	100 163 982	31%	30%
CLCC	72 914 963	23%	23%
EBNL	22 606 738	7%	8%
SSA	3 979 777	1%	1%
greffes de cellules souches hématopoïétiques :	166 049 525	100%	100%
APHP	35 564 872	21%	21%
CH	8 123 508	5%	4%
CHR	93 235 468	56%	57%
CLCC	27 505 371	17%	16%
EBNL	302 675	0%	0%
SSA	1 317 632	1%	1%
séances de chimiothérapies :	613 080 653	100%	100%
APHP	63 122 658	10%	10%
CH	249 948 688	41%	41%
CHR	148 172 274	24%	25%
CLCC	101 615 384	17%	16%
EBNL	44 798 496	7%	7%
SSA	5 423 152	1%	1%
soins palliatifs :	542 916 137	100%	100%
APHP	46 013 115	8%	8%
CH	277 014 148	51%	50%
CHR	87 616 766	16%	16%
CLCC	42 585 964	8%	8%
EBNL	85 741 618	16%	17%
SSA	3 944 527	1%	1%
transplantations d'organes :	123 137 134	100%	100%
APHP	41 020 428	33%	33%
CH	584 779	0%	0%
CHR	75 783 332	62%	61%
EBNL	5 748 594	5%	6%
Ensemble de l'activité (toutes les CMD)			
APHP	2 290 002 154	9%	9%
CH	13 740 420 892	51%	51%
CHR	7 449 891 111	28%	28%
CLCC	830 658 546	3%	3%
EBNL	2 257 228 460	8%	9%
SSA	266 628 425	1%	1%

ATIH - Service FETS - Pôle SOHO

Contexte :	Demande IGAS
Qui :	Nathalie Rigollot
Quand	janv-12
Période	M11 2011 et année complète 2010
Classification GHM	V11c
Valorisation	Dépense encadrée tarifs 2011 (sur toute l'année), hors suppléments
Sélection	secteur ex DG T2A Pour l'année 2010 l'activité a été regroupée en V11c et valorisée aux tarifs 2011
<u>Liste des racines et GHS pris en compte pour chaque activité, selon la classification V11c des GHM</u>	
- greffes de cellules souches hématopoïétiques :	
racine 27Z03 Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques = GHS 8970, 8971, 8972, 8973, 8977	
- transplantations d'organes :	
27C06 Transplantations rénales 27C04 Transplantations pulmonaires 27C05 Transplantations cardiaques 27C02 Transplantations hépatiques 27C07 Autres transplantations 27C03 Transplantations pancréatiques = GHS 8906 à 8937	
-soins palliatifs :	
Racine 23Z02 Soins Palliatifs = GHS 7990 à 7994	
-séances de chimiothérapies :	
28Z07Z Chimiothérapie pour tumeur, en séances 28Z17Z Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances = GHS 9606 et 9616	
- chimiothérapies hors séances	
17M05 Chimiothérapie pour leucémie aigüe 17M06 Chimiothérapie pour autre tumeur = GHS 6483 à 6491	

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 2

« LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES »

Pièce jointe 2-a

Procédure "innovation" proposée par le groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS

Le groupe avait abordé le sujet de l'innovation sous l'angle de la maintenance de la CCAM, et de sa mise à jour nécessitée par l'apparition d'actes innovants.

Rapidement, l'intrication du sujet "acte" avec celui des "dispositifs médicaux" avait été identifiée, conduisant à décrire une procédure associant ces deux aspects.

La procédure ici rapportée n'a jamais été validée, elle est indiquée pour rappeler l'état de la réflexion en 2008. Il est à noter qu'elle reste compatible avec les textes désormais existants, et qu'elle pourrait être utilement reprise et complétée.

Procédure "techniques innovantes" : de la recherche biomédicale à la diffusion en routine

L'objectif de cette procédure est à la fois d'identifier les techniques émergentes (association acte/DM), de les suivre, d'autoriser provisoirement, et de façon restreinte, leur utilisation, avant même avis rendu par la HAS à l'issue de leur évaluation, et d'encadrer si nécessaire la diffusion de l'innovation après inscription sur la liste autorisant leur prise en charge par l'assurance maladie.

Étapes de la procédure globale

Les étapes de la vie d'une technique émergente peuvent être déroulées sous la forme chronologique suivante :

- Recherche biomédicale : inclut dispositif PHRC, études loi Huriet... (spécifier l'indicateur marqueur de la fin de recherche)
- Entre recherche biomédicale et évaluation HAS : procédure provisoire et conditionnelle (autorisation à faire d'un nombre d'équipes restreint, financement de la prise en charge hospitalière, production de données utiles à l'évaluation par la HAS)
- Entre évaluation par la HAS et décision d'inscription sur la liste autorisant la prise en charge par l'assurance maladie : procédure existante actuelle, à compléter d'une réflexion sur l'encadrement souhaité des pratiques (en termes de financement et de sécurité sanitaire).
- Diffusion finale de l'innovation : technique innovante utilisable et finançable en routine, sous réserve du respect des conditions particulières éventuelles (définies à l'étape 3).

Chacune de ces étapes doit être détaillée. Une proposition liminaire est faite ci-dessous, et devra être enrichie.

Étape 1 : Recherche biomédicale

Le contenu de cette étape devra être précisé par les acteurs compétents sur le sujet.

Un point particulier est à prévoir sur les PHRC et STIC : dans le cadre de la procédure globale, est prévue la création d'une commission chargée notamment d'enclencher la procédure "techniques émergentes", et l'étape 2.

Le lien de cette commission avec la phase recherche est à préciser.

Au minimum une information réciproque commission / responsables STIC-PHRC est à prévoir. Au maximum, la procédure STIC/PHRC peut être confiée à la commission.

Etape 2 : Procédure temporaire et conditionnelle

Objectif de cette étape : identifier les techniques émergentes, autoriser leur pratique de manière provisoire et conditionnelle, recueillir les informations complémentaires nécessaires à l'évaluation par la HAS.

Cette procédure concernerait en priorité les techniques nécessitant un environnement hospitalier, réalisées en établissements publics et/ou privés.

Différents temps de cette procédure peuvent être décrits :

I. Signalement sur une technique émergente (recueil d'informations)

1 activité de veille technologique HAS (balayage systématique de sources de données scientifiques + recueil systématique d'informations auprès d'organisations de professionnels de santé + recueil d'alertes spontanées)

2 alertes provenant d'autres institutions Afssaps, Atih, MS, Uncam, OBM, ...

3 la HAS centralise les informations sur les techniques émergentes signalées

4 en fonction du nombre de signalements, prévoir des critères de filtre à définir

II. Création et gestion d'une base de données sur les techniques émergentes signalées

1 la HAS et toutes les autres institutions impliquées dans la démarche alimentent la base et y ont accès

2 elle contiendra la liste des techniques signalées et toute information les concernant

3 elle sera accessible à toutes les institutions impliquées, en temps réel

4 la base est gérée par la HAS (sur proposition ATIH, Ministère, UNCAM)

III. Traitement de l'information sur les techniques émergentes (analyse)

1- La HAS recherche les données pour estimer rapidement l'impact de la technique (évaluation préliminaire) basée sur :

1.1 Données préliminaires (ou à défaut une estimation) sur les complications potentielles (fréquence et gravité) ;

1.2 Données préliminaires (ou à défaut estimation) sur le bénéfice individuel et les impacts (organisationnels, économiques, bénéfice collectif, sur les pratiques ...)

Conditions de réalisation permettant d'assurer une sécurité minimale

2- La HAS identifie le type de données manquantes pour :

2.1 réaliser une évaluation complète de la technique (ratio bénéfice/risques, données comparatives, dans des indications précises, ...)

2.2 orienter le recueil de données cliniques ou organisationnelles complémentaires.

3- La HAS élabore une note d'information technique sur la technique émergente

Cette note d'information est la synthèse des données citées ci-dessus avec une conclusion sur l'estimation de l'impact de la technique

IV. Travaux préparatoires à l'inscription provisoire de la technique

Ces travaux sont mis en œuvre par une instance collégiale (Etat, UNCAM, HAS). (commission à créer)

- 1 Priorisation et sélection des techniques, qui s'appuient sur la note d'information de la HAS et sur la base de critères de sélection/priorisation qui sont à définir
- 2 Ecriture d'un libellé et attribution d'un code provisoire ATIH/DACT (valable pour acte et DM)
- 3 Définition des conditions médicales d'utilisation de la technique
- 4 Définition des données à recueillir et de la mise en œuvre opérationnelle de ce recueil
- 5 Identification des établissements ou équipes autorisés provisoirement à réaliser cette activité
- 6 Estimation des coûts
- 7 Proposition de solutions techniques en vue de la définition de modalités de prise en charge (qualification de la technique au regard du PMSI par exemple)
8. Réflexion sur la pertinence d'un encadrement de la pratique dans l'hypothèse d'une prise en charge ultérieure par l'assurance maladie (post inscription)

V. Décision d'inscription temporaire et conditionnelle sur une liste autorisant le financement par l'assurance maladie

Cette phase est du ressort de l'UNCAM et de l'Etat (DHOS + DSS). La répartition des rôles est à préciser. En particulier : les points 1 et 4 sont clairement du ressort de l'Etat (DHOS). La responsabilité des points 2 et 3 est à préciser (voire arbitrer), mais une décision conjointe Etat/UNCAM est proposée.

- 1 Sélection des établissements
- 2 Prise en charge provisoire avec détermination d'une échéance (inscription provisoire d'une durée de 1 à 3 ans maximum). Financement de la prise en charge hospitalière. Le financement du DM pourrait être laissé à la charge de l'industriel.
- 3 Inscription provisoire à la CCAM descriptive ou nomenclature DM (à créer ?)
4. Information des ARH et des établissements concernés

VI. Modalités de mise en œuvre

Par contractualisation ARH – établissement (avenant au contrat d'objectifs et de moyens) : autorisation à pratiquer la technique, engagement à respecter les conditions médicales de réalisation, engagement à produire les données cliniques et organisationnelles, évaluation annuelle...

VII. Inscription au programme de travail de la HAS

avec un calendrier fonction des données attendues (cf. point III-2)

Etape 3 : vers la prise en charge de la technique innovante par l'assurance maladie (inscription sur une liste tarifante)

Cette étape se situe après avis rendu par la HAS (à l'issue de son évaluation), et avant décision d'inscription sur la liste permettant la prise en charge par l'assurance maladie (ici qualifiée de "liste tarifante").

En cas d'avis défavorable, la procédure est interrompue et n'a pas lieu d'être poursuivie pour la technique considérée. En outre, le code provisoire attribué à l'étape précédente est supprimé.

Le cas intermédiaire pour lequel la HAS estime nécessaire la poursuite d'évaluation en raison de l'insuffisance d'information ne devrait plus être observé si la procédure est mise en œuvre dès le signalement des techniques émergentes. Toutefois, dans une telle situation, la procédure de l'étape 2 devra être réenclenchée.

La procédure n'est poursuivie qu'en cas d'avis favorable.

Dans ce cas, la procédure est actuellement définie :

-s'agissant des actes : les actes innovants sont inscrits à la CCAM sur décision de l'UNCAM (après passage par la commission de hiérarchisation des actes et prestations) (article L162-1-7 du CSS)

- s'agissant des DM : les DM sont inscrits à la LPP (article L165-1 CSS). Préciser les conditions (voir notamment discussion relative à la non nécessité d'inscription si le DM a vocation à être pris en charge au travers d'un GHS- art L165-1 à préciser)

Nota : Pour certaines techniques, il pourra être nécessaire que deux inscriptions simultanées soient réalisées : une inscription de l'acte à la CCAM, et une inscription du DM à la LPP. Sauf à prévoir une nouvelle catégorie de liste tarifante, une coordination des deux opérations est alors nécessaire (renvoi aux attributions de la nouvelle commission – voir ci-dessous).

L'inscription sur l'une de ces listes tarifantes peut être assortie de conditions de réalisation.

Ces conditions sont notamment issues de l'avis HAS, mais l'UNCAM peut également les compléter (sujet des actes).

Il pourrait être proposé, à ce stade de la procédure, que la commission décrite à l'étape 2 soit saisie pour avis à formuler sur les conditions d'encadrement de la technique en phase de diffusion.

En cas de décision d'encadrement de la pratique de la technique innovante, une procédure de sélection et autorisation des établissements doit être définie.

Cette procédure est du ressort de l'Etat. Chronologiquement elle intervient après inscription sur les listes tarifantes, mais elle doit être préparée dans le même temps que les opérations qui conduisent à l'inscription, d'où le besoin d'une coordination de ces différentes opérations.

La même commission (étape 2) pourrait être chargée de cette préparation et coordination. Il sera probablement nécessaire de prévoir un fonctionnement en sous-groupes (le travail ne fait pas appel aux mêmes compétences à ce stade et aux différents temps décrits à l'étape 2).

Etape 4 : Diffusion finale de la technique innovante

Cette étape se situe après inscription de la technique innovante sur une (ou 2) listes tarifantes. Cette inscription s'accompagne de conditions de réalisation.

Les conditions de réalisation sont variables selon la technique, et conditionnent les modalités de diffusion de la technique innovante.

Le plus souvent, et selon la nature des techniques, ces conditions sont accessibles à la majorité des établissements de santé ou cabinet de ville. Dans un nombre de cas probablement limité (fréquence à préciser), ces conditions conduisent à envisager de restreindre le champ des établissements (ou équipes) autorisés à pratiquer ces techniques.

Cette contrainte aura nécessairement été identifiée avant inscription (voir étape 3), et sa mise en œuvre anticipée.

La procédure de reconnaissance des établissements "autorisés à faire" à ce stade de la procédure globale est du ressort de l'Etat. Les établissements sélectionnés ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont été retenus à l'étape 2 (temporaire et conditionnelle), avant évaluation : certains souhaiteront quitter ce champ d'activité, d'autres souhaiteront y entrer.

La mise en œuvre de cette phase doit être précisée :

- reconnaissance ou autorisation des établissements ?
- niveau national ou régional ?
- conditions de suivi et de contrôle du respect des conditions.

A côté de la procédure autorisant les établissements (ou équipes) à utiliser la technique innovante, les modalités de financement des établissements doivent être précisées. A ce stade, la prise en charge sous forme de GHS est indiquée. Il convient d'identifier le GHM de rattachement et de définir le tarif adéquat. La question de l'inscription du DMI sur la liste en sus peut le cas échéant nécessiter discussion et arbitrage. Cette discussion est à mener et organiser dans le cadre de la préparation des campagnes tarifaires des établissements de santé.

Pièce jointe 2-b

EXEMPLES D'AVIS DE LA HAS RESTES SANS SUITE

- [255] Le tableau suivant donne des exemples d'actes évalués par la HAS (avec service attendu suffisant ou indéterminé), pour lesquels l'ATIH n'a pas connaissance de travaux permettant leur inscription ou leur tarification.
- [256] Lorsque le service attendu est indéterminé jusqu'à 2005 ces actes étaient inscrits avec un code dont le numéro à 3 chiffre débutait par 9 (Actes dits "codes 900"), ce qui permettait leur codage à titre **descriptif** par les établissements qui les réalisaient dans le cadre d'un protocole de recherche.
- [257] Les liens informatiques permettent d'accéder au document d'avis sur le site de la HAS.

N° thème	Thème	Date avis HAS	Type avis	Liens avec le site concerné
1	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograissex libre de l'abdomen, avec anastomose vasculaire Technique DIEP - Document d'avis	Avis sur les actes - 6 juillet 2011	SA suffisant ; ASA IV	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1080903/reconstruction-du-sein-par-lambeau-cutaneograissex-libre-de-labdomen-avec-anastomose-vasculaire-technique-diep-document-d-avis?xtmc=&xtcr=5
2	Œsophagectomie avec œsophagogastroplastie, par thoroscopie - Document d'avis	Avis sur les actes - 21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_979390/oesophagectomie-avec-oesophagogastroplastie-par-thoroscopie-document-d-avis?xtmc=&xtcr=13
3	Hépatectomie droite par coelioscopie - Document d'avis	Avis sur les actes - 21 juillet 2010	SA indéterminé.HAS favorable à une inscription limitée dans le temps avec encadrement (articles L. 165-1-1 du CSS et L. 1151-1 du CSP)	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_979388/hepatectomie-droite-par-coelioscopie-document-d-avis?xtmc=&xtcr=14
4	Photochimiothérapie extracorporelle- Document d'avis	Avis sur les actes - 17 mars 2010	SA suffisant ; ASA III	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_952578/photochimiotherapie-extracorporelle-document-d-avis?xtmc=&xtcr=16
5	Neuromodulation sacrée	Avis sur les actes - 13 janvier 2010	SA suffisant ; ASA II ou IV selon indications	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_921213/neuromodulation-sacree?xtmc=&xtcr=22
6	Evaluation de la chirurgie vasculaire par coelioscopie	Avis sur les actes - 22 juillet 2009	SA suffisant sous conditions ; ASA inconnu pour 19 libellés ;	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830732/evaluation-de-la-chirurgie-vasculaire-par-coelioscopie?xtmc=&xtcr=29

N° thème	Thème	Date avis HAS	Type avis	Liens avec le site concerné
7	Assistance par ordinateur au cours d'une arthroplastie du genou (navigation)	Avis sur les actes - 10 juin 2009	SA suffisant ; ASA inconnu	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819576/assistance-par-ordinateur-au-cours-dune-arthroplastie-du-genou-navigation?xtmc=&xtcr=34
8	Assistance circulaire mécanique - Avis sur les actes pose, de changement et d'ablation	Avis sur les actes - 30 janvier 2008	SA suffisant ; ASA élevé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_659030/assistance-circulaire-mecanique-avis-sur-les-actes-pose-de-changement-et-dablation?xtmc=&xtcr=55
9	Colectomies par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Avis sur les actes - 25 avril 2007	SA suffisant ; ASA modéré/mineur/absent /non déterminé selon les actes et indications	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_541177/colectomies-par-coelioscopie-ou-par-laparotomie-avec-preparation-par-coelioscopie?xtmc=&xtcr=71
10	Traitement arthroscopique de l'épicondylite	Avis sur les actes - 21 juin 2006	SA non déterminé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_534122/traitement-arthroscopique-de-lepicondylite?xtmc=&xtcr=102

PIECES JOINTES DE LA PARTIE 4

« LA TARIFICATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES A L'HOPITAL »

Pièce jointe 4-a



AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de ressources aux établissements de santé

Comparaison par établissement de l'ENC 2009 des charges des Actes et Consultations Externes aux recettes de cette activité

Contexte

Dans le cadre de la mission « T2A/CCAM », l'IGAS doit étudier l'interaction entre les tarifs du secteur libéral et les établissements de santé. Les tarifs de la CCAM pour les actes techniques et de la NGAP pour les actes cliniques sont utilisés pour rémunérer les consultations et actes externes (ACE) effectués à l'hôpital, secteur ex-DG. L'IGAS note qu'il semble qu'il y ait sous valorisation de cette activité par rapport aux autres activités de l'hôpital. C'est l'hypothèse qui est à la base de la saisine de la DGOS sur la base du ressenti des hospitaliers. Une étude ponctuelle de l'IGAS sur un établissement fait en effet apparaître un déficit conséquent de cette activité. Pour autant une étude sur un seul établissement n'est pas démonstrative, l'IGAS a donc demandé à l'ATIH d'étudier la rentabilité de l'activité ACE sur l'échantillon qui sert de base à l'ENC ex-DG pour confirmer ou infirmer l'hypothèse de sous-valorisation.

Préambule

Deux types d'actes et consultations externes peuvent être distingués :

- Les actes et consultations externes sans passage par les urgences (sans facturation d'ATU)
- Les actes et consultations externes avec passage par les urgences (avec facturation d'ATU)

Il semble que le sujet ne porte pas sur le financement des urgences, mais sur celui des actes et consultations externes programmés. L'étude s'est donc focalisée uniquement sur les actes et consultations externes n'étant pas réalisés dans le cadre des urgences.

La difficulté réside dans l'identification des charges (et recettes) qui concernent des actes et consultations externes sans passage aux urgences.

I. EXTRACTION DES CHARGES DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES (SANS PASSAGE AUX URGENCES) A PARTIR DES DONNEES DE L'ENC 2009

Dans l'Etude Nationale des Coûts, les établissements participants doivent isoler les charges et les produits relatifs à l'hospitalisation MCO, SSR, HAD, ...ainsi qu'aux consultations et actes externes⁵⁷ MCO. Cette information n'est pas disponible directement, il est nécessaire de reconstituer les charges afférentes aux actes et consultations externes en agrégeant les charges :

- Des services cliniques
- Des plateaux médico-techniques
- De logistique et gestion générale (accueil et gestion des malades, services administratifs, ...)
- De logistique médicale.

Pour calculer les charges des actes et consultations externes dans l'ENC, une méthodologie a été mise en place (cf Annexe 1). La méthode proposée s'attache à mettre en adéquation le périmètre des charges et celui des recettes autant que possible (cf II. Extraction des recettes des actes et consultations externes à partir des données du PMSI 2009).

Il faut noter la difficulté de ne récupérer que les charges des actes et consultations externes des plateaux médico-techniques sans passage aux urgences. En effet, dans l'ENC, **il n'existe pas de distinction dans les charges des actes et consultations externes entre les soins urgents et non urgents**. Pour estimer la part des charges des actes et consultations externes non urgents sur les plateaux techniques, une estimation est nécessaire. En effet, il ne suffit pas d'éliminer les charges du plateau technique « Urgence » pour éliminer les ACE urgents car il existe des prestations pour des patients du plateau « Urgence » qui sont comptabilisées sur d'autres plateaux (imagerie, laboratoire, chirurgie, ...). Il faut donc estimer, pour les plateaux médico-techniques autres que les urgences, la part des charges relatives aux ACE non urgents. Cela peut être réalisé à partir des recettes PMSI 2009. En effet, la part des ACE hors urgences dans les ACE totales peut être calculée par établissement (la présence d'un ATU facturé en même temps que l'ACE permet de distinguer les ACE avec urgence des ACE non urgents). Cette part peut ensuite être appliquée à l'ensemble des charges médico-techniques attribuée aux actes et consultations externe dans l'ENC (hors plateau technique Urgence). Cette hypothèse, nécessaire pour pouvoir faire l'estimation des charges totales à partir de l'ENC, peut avoir un impact important sur les charges.

Pour cette raison et pour les raisons expliquées ci-dessous, cette étude repose sur une **approximation du montant réel** des charges des actes et consultations externes :

- La répartition des charges entre MCO, SSR, HAD puis au sein du MCO entre hospitalisation et consultations externes est réalisée par l'établissement, au moyen de clés de répartition imposées par la méthodologie ENC : il s'agit donc d'une estimation. De plus, comme la méthodologie ENC se concentre sur l'hospitalisation, les montants de charges relatifs aux actes et consultations externes ne sont pas utilisés par ailleurs, la qualité de leur recueil n'est donc pas garantie.
- Les charges du plateau de laboratoire hors nomenclature pour les actes externes n'ont pas pu être identifiées et donc enlevées des charges totales, bien qu'elles soient financées par MIG. Il en résulte donc une légère surestimation des charges.
- La redevance payée par les praticiens hospitaliers pour leur activité libérale de consultation et actes externes n'a pas pu être déduite des charges car la redevance est connue globalement, sans distinction de la part qui concerne les actes et consultations externes et de la part qui concerne l'activité d'hospitalisation.

⇒ les charges sont donc majorées.

Pour savoir si la surestimation des charges est importante ou non, le montant total de redevance (activité ACE et hospitalisation) est mise en regard du montant des charges des ACE non urgents. Le rapport entre montant de redevance et montant des charges ACE non urgents est calculé. Ce rapport est faible pour la plupart des établissements étudiés (moins de 3% pour 35 des 44 établissements étudiés, moins de 6% pour 41 des 44 établissements étudiés). Les trois établissements qui présentent un taux important sont :

- L'Hôpital Saint Joseph (finess 130785652) : part de redevance sur les charges ACE non urgents = 129% : dans cet établissement, les médecins sont rémunérés à l'acte et versent

⁵⁷ Notés ACE dans la suite du document.

donc une redevance qui est importante. Même si une part importante de cette redevance concerne l'hospitalisation et non les ACE, il paraîtra difficile d'interpréter les résultats pour cet établissement. Il est donc exclu de l'étude.

- Le Centre Hospitalier Pierre Oudot (finess 380780049) : part de redevance dans les charges ACE non urgents = 14%
- Le Centre Hospitalier de Haguenau (finess 670780337) : part de redevance dans les charges ACE non urgents = 13%

⇒ Ces deux derniers établissements sont conservés dans l'étude, mais lors de l'examen de l'écart entre charges et recettes, ces établissements seront étudiés.

A noter que 11 établissements ont un montant de redevance nul. Pour ces établissements dont la liste est fournie ci-dessous, il n'y a pas surestimation des charges :

310782347	Institut Claudius Regaud
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS
750160012	Institut CURIE
780000436	Centre Hospitalier des Courses
920000460	Centre Rene Huguenin
940000664	Institut Gustave Roussy

La méthodologie décrite en annexe 1 a donc été mise en place et un montant de charges pour les actes et consultations externes pour les établissements intégrés à l'ENC 2009 est disponible (cf annexe 2). 51 établissements ont été intégrés à l'ENC 2009. Compte tenu de la disponibilité des recettes par finess juridique et non géographique, 7 établissements ayant été intégrés dans l'ENC 2009 n'ont pu être étudiés. Il s'agit de la Polyclinique d'Hénin Beaumont (groupe ANHAC), de l'Hôpital Saint Louis, de l'Hôpital Necker, de l'Hôpital Robert Debré, de l'Hôpital Beaujon, de l'Hôpital Henri Mondor et de l'Hôpital Paul Brousse (AP-HP). Enfin, l'Hôpital Saint Joseph n'a pas été retenu car le montant de redevance est très élevé sans qu'il soit possible de savoir quelle part de redevance devrait s'imputer sur les charges.

⇒ Au final, 43 établissements ex-DG sont étudiés.

Les charges recueillies dans le cadre de l'ENC n'ont pas pu être confrontées aux charges du RTC, cela sera l'objet d'une note complémentaire dont le but sera de fiabiliser les résultats présentés ici.

II. Extraction des recettes des actes et consultations externes à partir des données du PMSI 2009

Les recettes des actes et consultations externes des établissements de l'ENC 2009 ont été extraites du PMSI.

Les recettes prises en compte sont les montants en base de remboursement pour les prestations suivantes :

- Les recettes des actes CCAM
- Les recettes des actes NGAP
- Les recettes des forfaits FTN (Forfait technique Scanner ou IRM)
- Les recettes des forfaits SE (Sécurité environnement)

Ces recettes ne concernent que les actes et consultations externes sans entrée par les urgences (c'est-à-dire sans ATU facturé).

III. Comparaison des charges des actes et consultations externes issues de l'ENC aux recettes issues du PMSI

Avertissement : Compte tenu des approximations réalisées pour le calcul des charges des actes et consultations externes et de l'impossibilité de valider ces données avec le RTC, les résultats suivants sont à prendre avec précaution.

Les résultats par établissement sont présentés en annexe 3. Deux colonnes signalent la présence ou non d'approximations qui peuvent rendre l'estimation des charges totales moins fiable. Ainsi, lorsque le montant des charges des plateaux techniques est « strictement celui de l'ENC » (aucune estimation n'a dû être réalisée pour trouver la part des charges ACE non urgents parmi l'ensemble des charges) et lorsque l'impact de la redevance est « nul », l'estimation des charges peut être considérée comme plus fiable que pour les établissements n'ayant pas ces caractéristiques.

Le tableau suivant présente, pour les 43 établissements ayant des charges ENC et des recettes PMSI, l'écart « Charges ENC – recettes PMSI » :

Différence Charges ENC ACE – Recettes ACE	Nombre d'établissements
[30% ; 50%[	7
[50% ; 70%[	9
[70% ; 90%[	7
[90% ; 110%[	11
[110% ; 130%[	2
[130% ; 150%[	3
>=150%	4
TOTAL	43

A noter pour que les deux établissements ayant un poids de redevance dans les charges de 13% et 14%, les écarts charges/recettes sont les suivants :

- Pour le CH Pierre Oudot : l'écart charges/recettes est de 98% donc même si la redevance était enlevée des charges en totalité, l'écart serait encore important (70%).
- Pour le CH d'Haguenau : l'écart charges/recettes est de 44% donc même si la redevance était enlevée des charges en totalité, l'écart est divisé par deux mais reste positif (25%).

Le tableau suivant présente, pour les 8 établissements, n'ayant pas de service d'urgence (établissements CLCC et EBNL) et pas de redevance des médecins libéraux, l'écart « Charges ENC – recettes PMSI » :

Différence Charges ENC ACE – Recettes ACE	Nombre d'établissements
[30% ; 50%[	2
[50% ; 70%[
[70% ; 90%[	1
[90% ; 110%[	2
[110% ; 130%[	1
[130% ; 150%[
>=150%	2
TOTAL	8

Pour ces établissements, le mode calcul des charges ACE peut être considéré comme moins approximatif que pour les autres établissements :

- aucune approximation n'a dû être réalisée pour enlever les charges des actes et consultations externes avec entrée par les urgences puisque ces établissements n'ont pas de services d'urgence.
- Le montant de redevance est nul, les charges ne sont donc pas majorées.

En conclusion :

Pour les établissements présents dans l'ENC 2009, pour lesquels la confrontation des charges aux recettes a été possible, les charges (qui sont parfois issues d'une estimation) sont plus élevées que les recettes : au moins 30% d'écart pour l'ensemble des 43 établissements étudiés.

Cette conclusion est encore vraie lorsque l'étude est restreinte aux 8 établissements pour lesquels les charges sont strictement issues de l'ENC, sans qu'il soit nécessaire de faire des approximations (pas de service d'urgence et pas de redevance). Cinq de ces établissements sont des CLCC et 3 sont des EBNL.

Une étude complémentaire devra être menée pour fiabiliser le montant des charges ENC, en le comparant notamment au RTC.

ANNEXE 1 : Méthodologie utilisée pour récupérer les charges des Actes et Consultations Externes dans l'ENCC 2009

Pour déterminer les charges des ACE non urgents, les fichiers source remplis par chaque établissement dans le cadre de l'ENC à partir de leurs informations comptables a été utilisé (fichier nommé ARCAH).

Dans ce fichier, les charges des ACE ne sont pas directement identifiables, il est nécessaire de les calculer et une méthodologie a été mise en place pour extraire ces informations.

Le montant total des charges a été calculé en sommant les postes suivants :

- Charges ACE des services cliniques : disponible directement dans le fichier Source. Ces charges sont nettes des produits. les produits proviennent des comptes 7488 (Autres subventions et participations), 772 (produits sur exercices antérieurs) et 7548 (remboursements de frais – autres).
Hypothèse : Les ACE effectués dans les services cliniques sont en totalité des soins non urgents (les consultations urgentes sont réalisées dans la SAMT Urgence).
- Charges ACE des plateaux médico-techniques (ou SAMT) pour les ACE non urgents : ces charges sont problématiques à obtenir et c'est pour cette raison que le mode de calcul a été détaillé ci-dessous.
- Charges ACE de Logistique et Gestion Générale (obtenues grâce aux unités d'œuvre renseignées par les établissements).
- Charges ACE de Logistique Médicale (il s'agit de la logistique médicale des services cliniques, la logistique médicale des plateaux techniques se trouve dans les charges SAMT).

Méthode d'extraction des Charges ACE des plateaux médico-techniques :

Le but est de récupérer les montants et le nombre d'Unités Œuvre (UO) par champ sur l'ensemble des sections médico-techniques. L'intérêt est de pouvoir calculer une part dédiée aux ACE dans le total des charges et ainsi obtenir un montant de charges pour les ACE (calculé au prorata des UO consommées pour les ACE par rapport à l'ensemble des activités de l'établissement).

Etant donné que l'étude est limitée aux ACE non effectués dans le cadre d'un passage aux urgences, il faudra ensuite isoler les ACE programmés des ACE urgents. Pour cela, la méthode utilisée est la suivante :

La part des ACE hors urgences dans les ACE totales est calculée par établissement à partir des recettes PMSI 2009. Cette part est ensuite appliquée à l'ensemble des charges médico-techniques attribuées aux actes et consultations externes dans l'ENC hors urgence.

Remarque : Cette estimation n'est pas nécessaire pour les établissements qui n'ont pas de service d'urgence et pour lesquels, par définition, tous les ACE sont non urgents. Les 9 établissements concernés sont listés ci-dessous :

310782347	Institut Claudius Regaud
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS
750160012	Institut CURIE
920000460	Centre Rene Huguenin
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue
940000664	Institut Gustave Roussy

A noter que certains plateaux médico-techniques (autres que les urgences) doivent être exclus de l'analyse :

- Le SMUR : cette activité est financée par MIG, les charges de ce plateau ne sont pas prises en compte.

- Le laboratoire hors nomenclature : il est financé par MIG, les charges ne devraient pas être prises en compte. Cependant, il n'y a pas de SAMT dédiée aux BHN (ils sont inclus dans les SAMT labo en équivalent B). Il ne sera donc pas possible d'isoler les BHN dédiés aux consultations externes.

Remarque sur les redevances de l'activité libérale liée aux consultations et soins externes :

Le montant total des redevances est disponible. Par contre, le détail de la redevance liée à l'activité d'hospitalisation et à l'activité ACE n'est pas disponible. Il n'est pas possible de distinguer la part de redevances pesant sur cette activité. Il est donc décidé de ne pas déduire les redevances des charges, **les charges seront donc majorées puisqu'une partie de ces charges est compensée par le versement de la redevance.**

ANNEXE 2 : Charges ENC des ACE 2009 sans entrée par les urgences

Finess	Libellé établissement	Charges totales ACE sans passage aux urgence (en €)	DONT Charges services cliniques (en €)	DONT Charges Plateaux Médico-Techniques (en €)	Dont Charges LGG (en €)	Montant de redevance total (Hospitalisation + ACE)	Part de redevance sur les charges totales ACE
060785011	Centre Hospitalier Universitaire de Nice	55 867 004	23 408 748	15 240 277	17 264 130	979 301	2%
120780085	Centre Hospitalier de Decazeville	955 331	305 999	203 084	451 997	7 560	1%
130785652	HOPITAL Saint Joseph	12 526 757	4 693 489	3 332 427	4 414 640	16 177 240	129%
170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	12 007 240	5 229 631	3 233 548	3 593 891	233 309	2%
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	8 946 032	3 858 545	4 108 837	1 952 855	284 463	3%
300780038	Centre Hospitalier Universitaire de Nimes	23 207 475	6 451 161	10 886 808	6 252 988	522 797	2%
300780053	Centre Hospitalier Bagnols sur Ceze	4 491 182	2 171 523	1 638 004	748 090	163 989	4%
310780671	Centre Hospitalier Saint Gaudens	2 158 791	559 333	581 309	1 002 240	85 918	4%
310782347	Institut Claudius Regaud	10 701 542	3 157 323	5 249 120	2 215 774	0	0%
340780477	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	66 764 486	27 186 809	23 330 355	15 480 510	601 603	1%
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse	7 265 530	5 211 552	0	2 023 339	0	0%
380012658	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	4 079 395	2 912 005	288 621	840 896	170 337	4%
380780049	Centre Hospitalier Pierre Oudot	4 372 647	1 630 267	1 181 812	1 535 637	628 337	14%
380780080	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	42 885 629	10 271 820	22 068 276	11 035 388	860 107	2%
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	10 240 446	5 345 085	2 188 889	2 748 147	132 243	1%
440000289	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	49 491 296	25 870 551	13 247 360	12 698 084	782 649	2%
540002078	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	44 903 722	21 871 242	8 619 755	15 340 379	1 216 523	3%
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre	4 654 612	1 732 325	2 070 109	886 398	0	0%
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient	3 535 740	1 975 343	164 349	1 380 365	0	0%
590780193	Centre Hospitalier Universitaire de Lille	75 224 991	31 325 773	25 891 594	17 684 452	964 473	1%
600100713	Centre Hospitalier de Beauvais	9 397 222	4 277 432	2 323 399	2 657 346	364 557	4%
670000025	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg	51 152 996	21 748 007	27 893 167	1 587 706	1 313 831	3%
670780337	Centre Hospitalier de Haguenau	5 876 888	2 439 326	2 399 526	1 246 315	776 766	13%
670780543	Centre Hospitalier de Wissembourg	2 284 500	415 155	1 399 910	519 783	25 951	1%
680000973	Hôpital Civil de Colmar	21 783 660	12 107 249	7 346 396	2 523 795	1 227 493	6%
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc	10 788 806	4 493 815	3 656 076	2 655 220	0	0%

Finess	Libellé établissement	Charges totales ACE sans passage aux urgence (en €)	DONT Charges services cliniques (en €)	DONT Charges Plateaux Médico-Techniques (en €)	Dont Charges LGG (en €)	Montant de redevance total (Hospitalisation + ACE)	Part de redevance sur les charges totales ACE
710780263	Centre Hospitalier de Macon	8 842 683	3 443 945	2 937 411	2 407 353	179 566	2%
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS	13 680 249	6 409 936	4 169 064	3 020 984	0	0%
750160012	Institut CURIE	12 904 771	4 878 747	6 443 724	1 587 117	0	0%
760024042	CHI Elbeuf Louviers	7 464 921	3 194 273	2 517 334	1 751 421	32 493	0%
760780023	Centre Hospitalier de Dieppe	5 980 038	2 733 396	1 803 825	1 418 371	44 896	1%
780000436	Centre Hospitalier des Courses	1 503 229	894 175	279 267	325 013	0	0%
790000012	Centre Hospitalier de Niort	13 499 634	6 505 859	4 339 489	3 235 849	271 697	2%
820004950	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac	1 874 799	553 501	956 142	361 313	4 632	0%
840006597	Centre Hospitalier d'Avignon	15 195 814	5 975 325	6 300 454	2 970 152	842 744	6%
860780980	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers	32 726 312	14 419 247	6 258 269	11 905 441	352 340	1%
870000015	Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	40 577 163	14 719 873	15 549 832	10 671 483	413 778	1%
880780077	Centre Hospitalier de Saint-Die	6 519 815	2 393 072	2 110 445	1 980 364	91 560	1%
920000460	Centre Rene Huguenin	13 418 406	1 816 674	9 870 361	1 802 672	0	0%
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	4 868 186	1 436 622	2 223 121	1 201 359	32 097	1%
920110038	Centre Hospitalier de Neuilly Courbevoie	7 423 240	2 811 798	2 248 683	2 466 457	38 195	1%
940000664	Institut Gustave Roussy	31 721 272	14 737 633	9 856 556	6 841 076	0	0%
950110049	Centre Hospitalier de Gonesse	8 934 082	5 047 218	1 939 663	1 905 498	63 356	1%
970421038	Centre Hospitalier Gabriel Martin	4 264 368	2 297 740	894 695	1 007 298	29 808	1%

ANNEXE 3 : Charges ENC et recettes PMSI des ACE sans passage aux urgences (sans ATU) 2009

Finess	Libellé établissement	Montant des charges des Plateaux Médico-Techniques des ACE non urgents	Impact de la redevance	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	CHARGES - RECETTES
060785011	Centre Hospitalier Universitaire de Nice	Estimation	Surestimation charges	55 867 004	24 011 874	133%
120780085	Centre Hospitalier de Decazeville	Estimation	Surestimation charges	955 331	489 445	95%
170780159	Centre Hospitalier de La Rochelle	Estimation	Surestimation charges	12 007 240	6 182 499	94%
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	Estimation	Surestimation charges	8 946 032	6 431 359	39%
300780038	Centre Hospitalier Universitaire de Nimes	Estimation	Surestimation charges	23 207 475	14 946 582	55%
300780053	Centre Hospitalier Bagnols sur Ceze	Estimation	Surestimation charges	4 491 182	2 799 472	60%
310780671	Centre Hospitalier Saint Gaudens	Estimation	Surestimation charges	2 158 791	910 635	137%
310782347	Institut Claudius Regaud	Strictement ENC	Nul	10 701 542	6 288 446	70%
340780477	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	Estimation	Surestimation charges	66 764 486	32 585 030	105%
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse	Strictement ENC	Nul	7 265 530	3 197 283	127%
380012658	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	Estimation	Surestimation charges	4 079 395	2 083 419	96%
380780049	Centre Hospitalier Pierre Oudot	Estimation	Surestimation charges	4 372 647	2 203 107	98%
380780080	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	Estimation	Surestimation charges	42 885 629	22 389 065	92%
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	Estimation	Surestimation charges	10 240 446	3 946 013	160%
440000289	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	Estimation	Surestimation charges	49 491 296	27 019 220	83%
540002078	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	Estimation	Surestimation charges	44 903 722	31 498 220	43%
540003019	CLCC Alexis Vautrin - Vandoeuvre	Strictement ENC	Nul	4 654 612	2 274 629	105%
560002933	Clinique Mutualiste de Lorient	Strictement ENC	Nul	3 535 740	1 161 096	205%
590780193	Centre Hospitalier Universitaire de Lille	Estimation	Surestimation charges	75 224 991	36 989 726	103%
600100713	Centre Hospitalier de Beauvais	Estimation	Surestimation charges	9 397 222	4 913 921	91%
670000025	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg	Estimation	Surestimation charges	51 152 996	31 692 577	61%
670780337	Centre Hospitalier de Haguenau	Estimation	Surestimation charges	5 876 888	4 070 298	44%
670780543	Centre Hospitalier de Wissembourg	Estimation	Surestimation charges	2 284 500	1 618 289	41%
680000973	Hôpital Civil de Colmar	Estimation	Surestimation charges	21 783 660	11 505 357	89%
690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc	Estimation	Nul	10 788 806	6 561 921	64%
710780263	Centre Hospitalier de Macon	Estimation	Surestimation charges	8 842 683	4 379 945	102%
750150104	Institut Mutualiste MONTSOURIS	Strictement ENC	Nul	13 680 249	7 001 577	95%

Finess	Libellé établissement	Montant des charges des Plateaux Médico-Techniques des ACE non urgents	Impact de la redevance	Charges totales ACE non urgents (en €)	Recettes ACE sans ATU (en €)	CHARGES - RECETTES
750160012	Institut CURIE	Strictement ENC	Nul	12 904 771	9 243 304	40%
760024042	CHI Elbeuf Louviers	Estimation	Surestimation charges	7 464 921	4 666 663	60%
760780023	Centre Hospitalier de Dieppe	Estimation	Surestimation charges	5 980 038	3 626 316	65%
780000436	Centre Hospitalier des Courses	Estimation	Nul	1 503 229	675 919	122%
790000012	Centre Hospitalier de Niort	Estimation	Surestimation charges	13 499 634	7 770 010	74%
820004950	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac	Estimation	Surestimation charges	1 874 799	1 310 233	43%
840006597	Centre Hospitalier d'Avignon	Estimation	Surestimation charges	15 195 814	9 565 779	59%
860780980	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers	Estimation	Surestimation charges	32 726 312	13 786 466	137%
870000015	Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	Estimation	Surestimation charges	40 577 163	22 945 139	77%
880780077	Centre Hospitalier de Saint-Die	Estimation	Surestimation charges	6 519 815	3 857 621	69%
920000460	Centre Rene Huguenin	Strictement ENC	Nul	13 418 406	9 443 816	42%
920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	Strictement ENC	Surestimation charges	4 868 186	2 744 498	77%
920110038	Centre Hospitalier de Neuilly Courbevoie	Estimation	Surestimation charges	7 423 240	4 431 990	67%
940000664	Institut Gustave Roussy	Strictement ENC	Nul	31 721 272	11 390 558	178%
950110049	Centre Hospitalier de Gonesse	Estimation	Surestimation charges	8 934 082	4 841 483	85%
970421038	Centre Hospitalier Gabriel Martin	Estimation	Surestimation charges	4 264 368	1 495 096	185%