



Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire

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

1	UN PROCESSUS DE CONVERGENCE EN COURS	1
1.1.	FONDEMENTS ET EVOLUTIONS JURIDIQUES DE L’OBJECTIF DE CONVERGENCE : UNE ACTUALITE NOUVELLE INDUITE PAR LA LOI HPST ET LE REPORT DE LA CONVERGENCE A 2018	1
1.1.1.	La convergence constitue un double processus, à la fois intra et inter sectoriel, prévu par la LFSS pour 2004	1
1.1.2.	La LFSS pour 2010 a reporté à 2018 l’échéance de la convergence intersectorielle	2
1.1.3.	Le Gouvernement proposera, dans le cadre du PLFSS pour 2011, une convergence vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus.....	3
1.2.	UNE METHODOLOGIE DE TRAVAIL RENOUVELEE EN 2010.....	4
2.	IMPACTS DES EVOLUTIONS DU MODELE OPEREES EN 2009 ET 2010, SUR L’ECART TARIFAIRE .	6
2.1.	LA CONVERGENCE INTRA SECTORIELLE SERA ATTEINTE EN 2012, CONFORMEMENT A L’OBJECTIF FIXE PAR LE LEGISLATEUR	6
2.2.	LES EVOLUTIONS DE L’ECART FACIAL TARIFAIRE EN 2010	7
2.2.1.	La mesure de l’écart facial : un débat tranché par le rapport du HCAAM	7
2.2.2.	L’écart facial depuis 2006.....	8
2.3.	LES MODIFICATIONS DU MODELE OPEREES EN 2009 ET 2010 ONT PERMIS UNE REDUCTION D’ENVIRON DOUZE POINTS DE L’ECART FACIAL DES TARIFS	10
2.3.1.	La mise en œuvre de la V11 a amélioré l’homogénéité des GHM	10
2.3.2.	Financement des surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité	10
2.3.3.	Financement de la Permanence Des Soins Hospitalière (PDSH) médicale dans secteur public....	11
2.4.	PREMIER RETOUR D’EXPERIENCE SUR LA CONVERGENCE CIBLEE.....	12
2.4.1.	Une convergence « ciblée » sur 35 GHM dans une perspective d’économies pour l’Assurance Maladie.....	12
2.4.2.	La convergence « ciblée » a renouvelé la problématique.....	14
3.	CONTRIBUTION DES ETUDES EN COURS A LA PROBLEMATIQUE DE CONVERGENCE	15
3.1.	LES TRAVAUX D’ETUDES ACHEVES EN 2009 ET 2010 OU EN COURS	15
3.1.1.	Etude « Coût du travail ».....	15
3.1.2.	Analyse du surcoût structurel lié à la prise en charge par un établissement de santé d’activités non programmées	18
3.1.3.	Evaluation de l’impact économique des effets de taille et de gamme sur les activités de court séjour des établissements de santé	19
3.1.4.	Evaluation du coût de la PDSH médicale du secteur privé.....	21
3.1.5.	Etude « PDSH non médicale dans les deux secteurs »	22
3.1.6.	Activités péri-hospitalières.....	23
3.2.	UN SUJET PLUS EXPLORATOIRE A ENGAGER : L’APPROCHE « TOUS FINANCEURS »	24
3.3.	LES DIFFERENTIELS DE FISCALITE NE SONT PAS DIRECTEMENT LIES AU PROCESSUS DE CONVERGENCE.....	25
4.	LES PERSPECTIVES DE LA CONVERGENCE.....	26
ANNEXES.....		28
	Annexe 1 : Recommandations du rapport IGAS 2006	28
	Annexe 2 : Liste des 37 GHM pour lesquels les tarifs du secteur ex-OQN (privé) sont supérieurs aux tarifs du secteur ex-DG (public)	30
	Annexe 3 : Analyse de la convergence intra sectorielle (source : ATIH).....	31
	Annexe 4 : Comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN (ATIH):	43
	Annexe 5 : Détail des 35 GHM de la « convergence ciblée »	49
	Annexe 6 : Calendrier études convergence	51
	Annexe 7 : Coût du travail – Résultats de l’étude AUMERAS (avril 2010)	52
	Annexe 8 : Etude « Activité non programmée ».....	53
	Annexe 9 : Etude « Effets de taille et de gamme ».....	56
	Annexe 10 : Etude « Activités péri hospitalières »	59

1 Un processus de convergence en cours

1.1. Fondements et évolutions juridiques de l'objectif de convergence : une actualité nouvelle induite par la loi HPST et le report de la convergence à 2018

1.1.1. La convergence constitue un double processus, à la fois intra et inter sectoriel, prévu par la LFSS pour 2004

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

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

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

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

A cette double hétérogénéité, répond un double processus de convergence.

a) La démarche de **convergence intra sectorielle** repose sur un effort d'efficacité de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Elle concerne chacune des deux échelles tarifaires existantes : une pour le secteur public et une pour le secteur privé. Elle a conduit à l'instauration d'un coefficient de transition, qui permet notamment aux établissements surdotés initialement de ne pas subir de pertes de recettes trop lourdes et leur laisser le temps de s'adapter aux mêmes exigences de productivité que celles imposées désormais à tous les établissements du même secteur. Ce point est développé au § 2.1.

b) La **convergence intersectorielle**, pour sa part, est définie par la LFSS pour 2004 (VII de l'article 33) : « Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

Elle consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires qui s'appliquent respectivement à des établissements répondant à des activités, missions et obligations, nature des coûts et des charges (statuts, fiscalité) différentes. La convergence doit dès lors concerner des prestations homogènes et clarifier au préalable les différences dans la nature des activités produites. En effet, le principe même de la convergence intersectorielle impose que soit privilégié le point de vue du financeur des soins, lequel cherche à payer au meilleur prix la même prestation strictement définie, quelles que soient les différences de statut des établissements qui la réalisent. Or, les tarifs applicables au secteur public et ceux applicables aux cliniques ne sont pas encore comparables à ce jour. Cet objectif suppose donc :

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

Si l'effet attendu de la forfaitisation par les tarifs, dans le cadre intra sectoriel, constitue un incitatif fort pour les gestionnaires d'établissements à faire converger leurs coûts (effort intrinsèque à l'opérateur par optimisation de sa gestion), la convergence intersectorielle pose une difficulté supplémentaire qui est celle des écarts de champs (missions et activités des établissements) et de la nature différente des charges entre les deux secteurs (honoraires médicaux exclus des tarifs du privé, salaire des praticiens inclus dans ceux du public, par exemple).

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

De fait, les deux démarches de convergence intra et intersectorielle apparaissent de nature distincte. La complète réalisation de la convergence intra sectorielle constitue l'un des préalables facilitant la finalisation de la convergence intersectorielle sous peine d'effets revenus excessivement brutaux pour les établissements qui seraient perdants aux deux processus.

1.1.2. La LFSS pour 2010 a reporté à 2018 l'échéance de la convergence intersectorielle

La poursuite du processus de convergence tarifaire est subordonnée à une double exigence : la disponibilité d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées et la soutenabilité des ajustements du modèle pour les établissements. Les études réalisées ou en cours de réalisation dans le cadre de la convergence intersectorielle démontrent la complexité du sujet et la nécessité d'affiner l'analyse de l'origine des écarts de coûts. Dans cette logique, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 a donc maintenu l'objectif de convergence intersectorielle mais en a reporté l'échéance à 2018.

Cela a donc conduit à différencier les calendriers d'atteinte des objectifs respectifs de convergence intra sectorielle (maintenu à 2012) et de convergence intersectorielle pour permettre d'avancer sur le niveau d'efficience des établissements dans l'objectif d'une convergence intra sectorielle et continuer à mettre en œuvre le scénario de la convergence intersectorielle en menant dans le même temps des travaux détaillés permettant d'instruire plus finement le sujet. Il convient de souligner que le processus de convergence s'inscrira dans la campagne tarifaire 2011, comme ce fut le cas en 2010.

1.1.3. Le Gouvernement proposera, dans le cadre du PLFSS pour 2011, une convergence vers le tarif le plus bas, tous secteurs confondus

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a posé le principe d'une convergence tarifaire sans en définir les modalités. Le législateur dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a précisé que « le processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Sont ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées, considérés par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dans son rapport de janvier 2006¹ comme ceux des établissements les plus efficaces.

S'il est exact que les tarifs des établissements privés anciennement placés sous le régime de l'objectif quantifié national (« ex-OQN »), mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, sont dans l'ensemble plus bas que ceux des établissements publics et privés à but non lucratif, cela n'est pas systématiquement le cas à l'échelle d'une prestation. Or l'objectif poursuivi par le législateur est de tendre vers le tarif le plus bas ou le plus efficace, tous secteurs confondus, comme le démontre l'exposé des motifs de la LFSS pour 2005.

Il est des cas pour lesquels ce tarif correspond à celui des établissements ex-DG. Notamment, il existe quelques GHM² (37), mis en exergue par comparaison faciale des deux échelles de tarifs 2010, pour lesquels le tarif privé est supérieur au tarif public en prenant en compte le seul GHS.

Il convient de noter que cette comparaison directe doit être nuancée en raison des différences de champ tarifaire.

Le tableau ci-dessous fournit quelques illustrations de GHM dont le tarif est supérieur dans le secteur ex-OQN par rapport au secteur ex-DG

GHM v11b	Libellé GHM
02C051	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1
05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours

Une fois les corrections opérées (prise en compte des honoraires des praticiens dans le privé et des séjours de durée extrême qui font l'objet d'une sous ou sur-tarification), il apparaît que 242 GHS présentent un tarif moyen supérieur pour le secteur ex-OQN que pour le secteur ex-DG. Ces GHS représentent environ 1,2 millions de séjours³ des cliniques privées soit 16% de l'activité du secteur. La masse financière de ces séjours est évaluée à 2,3 milliards d'euros soit 22% de la masse du secteur. Pouvoir faire converger ces tarifs vers les tarifs du secteur ex-DG constitue donc un enjeu important.

L'objectif initial du législateur ne pourrait donc être atteint complètement que si l'article 33 mentionnait le tarif le plus efficace en tant que tel, sans imposer que ce tarif ne puisse être que celui des établissements privés. C'est pourquoi le Gouvernement proposera, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (PLFSS 2011) une mesure « convergence » consistant en une modification du VII de l'article 33 de la LFSS 2004.

¹ IGAS, *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public/privé*, rapport rédigé par Pierre Aballea, Pierre-Louis Bras et Stéphanie Seydoux, rapport n° 2006-009, janvier 2006

² Voir Annexe 2

³ Sur la base des données d'activité 2009 du secteur.

1.2. Une méthodologie de travail renouvelée en 2010

Un groupe de travail permanent sur l'évolution du modèle de financement a été créé; les études relatives à la convergence sont replacées dans un cadre prospectif plus général.

La reprise par le ministère du pilotage direct de la réforme du financement avec l'appui technique de l'ATIH en a modifié la gouvernance.

Ainsi, la disparition de la MT2A a entraîné la disparition des instances qui lui étaient associées : comité de suivi et de concertation et comité d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

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

Il est composé de deux représentants par fédération hospitalière (Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), Fédération Hospitalière de France (FHF) et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), de la DGOS et de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

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

Le groupe de travail a pour missions principales d'actualiser la méthode, le calendrier, les processus et les modalités d'évolution du modèle de financement, dont la convergence est un aspect important. Dans cette optique, les études qu'il a vocation à piloter ne pourront pas être considérées uniquement comme relatives à la convergence. Ces dernières, qu'elles soient achevées (Coût du travail, Permanence des soins hospitalière médicale dans le secteur public) ou en cours (Surcoût structurel lié à la prise en charge par un établissement de santé d'activités non programmées, Evaluation de l'impact économique des effets taille et gamme dans les établissements de santé, Permanence des soins hospitalière médicale dans le secteur privé, Permanence des soins hospitalière non médicale des deux secteurs, Activités péri-hospitalières) ont été réalisées suite aux recommandations du rapport de l'IGAS réalisé en 2006⁴.

Il convient de souligner que les résultats des études menées en réponse aux recommandations de ce rapport n'ont pas tous vocation à être utilisés dans le processus de convergence. En effet, ces études cherchent avant tout à éclairer des écarts de coûts entre les secteurs privé et public qui ne justifient pas systématiquement une évolution du modèle de tarification et/ou de financement des établissements, mais peuvent en revanche déboucher sur des recommandations d'ordre organisationnel. L'ANAP⁵ a, par exemple, été également saisie pour une réflexion complémentaire sur les effets taille-gamme.

⁴ Voir Annexe 1

⁵ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, le groupe retiendra notamment dans son programme de travail les réflexions sur la prise en compte de la qualité dans le modèle de financement ainsi que les évolutions relatives à certaines MIG (Mission d'Intérêt Général) et tout autre sujet en lien avec le financement des établissements de santé publics et privés comme, par exemple, de meilleures garanties du respect de l'ONDAM par la régulation des volumes d'activité à l'échelle de l'établissement : Objectif quantifié d'offre de soins / OQOS, modalités optimales d'une éventuelle dégressivité tarifaire en lien avec le volume d'activité produite...

2. Impacts des évolutions du modèle opérées en 2009 et 2010, sur l'écart tarifaire

La complète réalisation de la convergence intra sectorielle est l'un des pré-requis à la convergence intersectorielle. Elle est liée au nécessaire développement de politiques d'efficience au sein des établissements

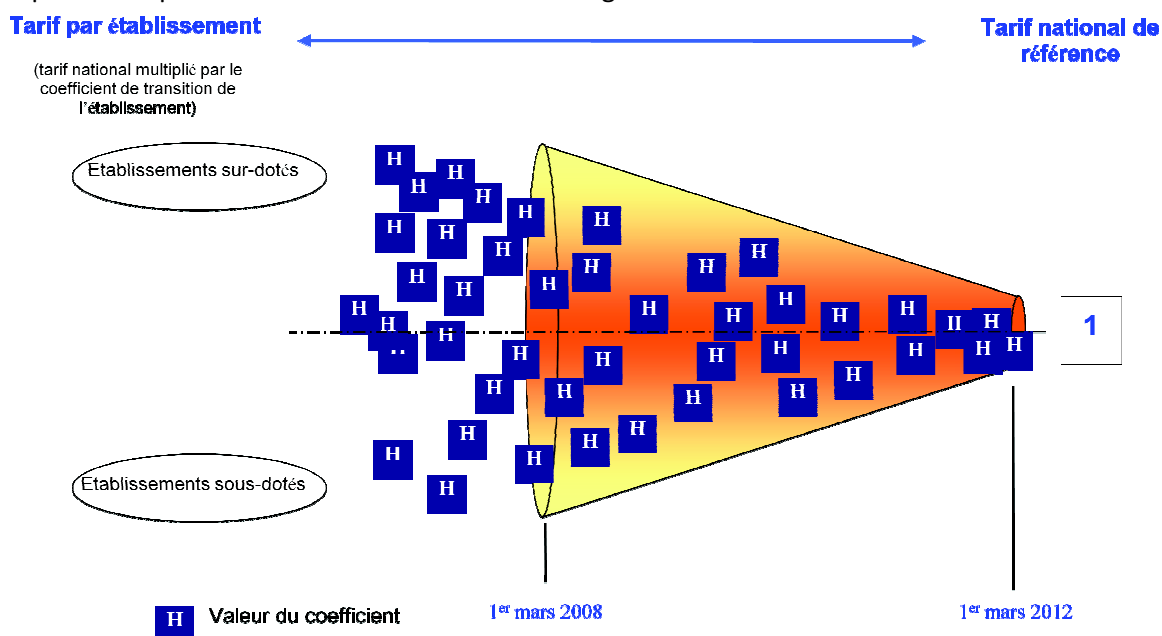
2.1. La convergence intra sectorielle⁶ sera atteinte en 2012, conformément à l'objectif fixé par le législateur

Le mécanisme progressif de convergence intra sectorielle, propre à chacun des secteurs public et privé a été mis en place pour accompagner la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Il vise à permettre aux établissements d'absorber progressivement l'évolution de leurs recettes en adaptant leurs structures à la nouvelle donne financière.

Cette dynamique de convergence s'opère par l'utilisation de coefficients de transition, calculés et affectés de manière définitive à chaque établissement⁷. Ces coefficients de transition ont été établis de manière à garantir, avant toute convergence, la neutralité de l'application de la T2A 100% dans le calcul des recettes et ont permis de positionner chaque établissement en situation de sur ou de sous dotation initiale au regard d'un financement par les tarifs fixés au niveau national :

$$\text{Recettes de l'établissement} = \text{tarif national} * \text{coefficient de transition de l'établissement}$$

Ces coefficients ont vocation à converger vers 1 au plus tard en le 1^{er} mars 2012. Les établissements de santé dont le coefficient de transition est inférieur à 1 sont considérés comme étant gagnants à la T2A, les autres auront à réaliser, d'ici 2012, les efforts de productivité et d'adaptation nécessaires pour compenser les pertes de ressources liées à la convergence.



⁶ Voir Annexe 3

⁷ Ce coefficient de transition est en vigueur dans le secteur ex OQN depuis 2005 lors de la mise en œuvre de la T2A, alors que dans le secteur ex-DG il n'a été mis en place qu'en 2008 lors de la suppression de la dotation annuelle complémentaire⁷ (DAC) et du passage à 100% de fraction de tarif dans ce secteur. Ce mécanisme est détaillé dans le rapport T2A 2009.

La vitesse de convergence annuelle⁸, arrêtée au niveau national, est proportionnelle au nombre d'années restant avant l'échéance de 2012. Les ARS ont cependant la possibilité de moduler⁹ cette convergence, dans le respect de l'équilibre global des masses financières. Les régions ont bien utilisé la modulation. Ainsi, la vitesse de convergence nationale a été supérieure à celle imposée chaque année, de 2006 à 2010 incluses¹⁰. Ainsi la vitesse imposée dans les deux secteurs en 2010 s'élève à 50%. Elle est en réalité de 51,81% pour le secteur ex-OQN et de 50,24% pour le secteur ex-DG.

A ce stade, 90% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public et 86% dans le secteur privé. Ainsi, d'ici à 2012, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence est évaluée à environ 120M€ pour les établissements ex-DG, et à environ 20M€ pour les cliniques privés ex-OQN. Le détail de ces données est exposé en annexe 5.

2.2. Les évolutions de l'écart facial tarifaire en 2010

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

2.2.1. La mesure de l'écart facial : un débat tranché par le rapport du HCAAM

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

Le calcul de l'écart facial des tarifs est cependant très dépendant de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée. Trois approches ont été réalisées en 2008 et présentées dans le cadre du rapport sur la convergence. Elles ont mis en évidence des différences significatives dans les résultats selon la base d'activité retenue.

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

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

- le premier GHS représenté dans les deux secteurs : 75 718 séjours dans le privé, 30 062 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs proches : 1 820 euros dans le privé, 1 713 euros dans le public ;

- le second GHS représenté essentiellement dans le secteur public : 1 532 séjours dans le privé, 36 251 séjours dans le public, et rémunéré selon des tarifs différents : 3 084 euros dans le privé, 7 395 euros dans le public.

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

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

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

Source : HCAAM, *Note sur la situation des établissements de santé*, avril 2009, p. 101.

⁸ Voir tableaux « Vitesse imposée/Vitesse observée » en Annexe 3

⁹ Deux types de modulations possibles : intra-groupe (les coefficients de certains établissements peuvent converger plus vite permettant à ceux d'autres établissements du même groupe de converger moins vite) et intergroupe (un effort supplémentaire de convergence est appliqué aux surdotés pour permettre aux sous-dotés de converger plus vite).

¹⁰ Voir Annexe 3

En 2006 le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a adopté un avis sur la tarification à l'activité et la convergence tarifaire dans lequel il réaffirme l'importance de progresser dans la démarche de convergence. Dans cet avis il propose de retenir comme cible de la convergence les tarifs du secteur privé tout en soulignant le « *niveau élevé d'exigence de cette référence* » et la *nécessité d'y parvenir de façon progressive, « sans forcer l'allure* ». Il a confirmé cette position dans sa note d'avril 2009 sur la situation des établissements de santé : « De l'avis du Conseil, la logique de la convergence – et la lettre de la loi – conduisent à retenir la première estimation (méthode qui conduit à 37% en 2008) de l'effort que doit faire le secteur public pour aligner sa productivité sur celle du secteur privé, bien entendu une fois tenu compte de la différence dans la nature des charges ».

Cette position n'emporte pas l'unanimité de tous les acteurs du secteur. Néanmoins, il est nécessaire de disposer d'un indicateur commun et de référence. Le présent rapport retient donc l'approche consistant à baser la comparaison sur l'activité du secteur ex-DG, tout en la complétant par un éclairage issu de méthodes alternatives.

2.2.2. L'écart facial depuis 2006¹¹

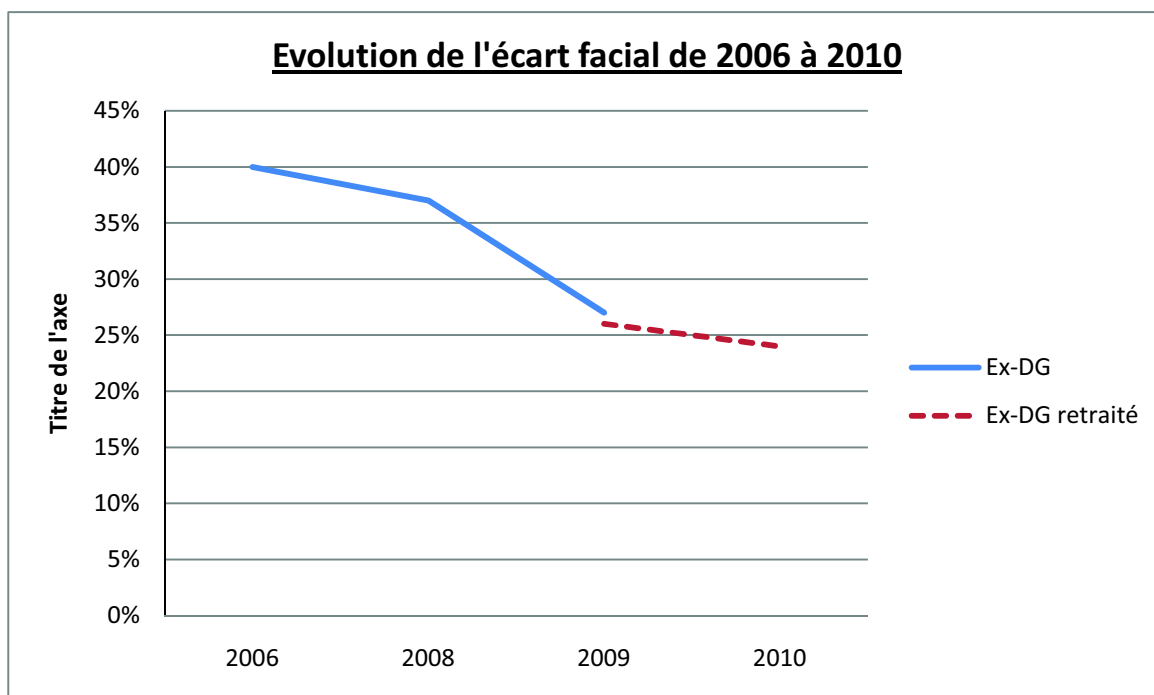
De 2006 à 2009, en retenant l'activité du secteur public comme activité de référence, comme le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) le recommande, l'écart facial passe de 40% en 2006 à 37% en 2008 et à 27% en 2009.

type d'activité retenue	ratio (public - privé) / public en masse 2006	ratio (public - privé) / public en masse 2008	ratio (public - privé) / public en masse 2009	ratio (public - privé) / public en masse 2009 retraité par rapport au nouveau périmètre	ratio (public - privé) / public en masse 2010*
Ex-OQN	29%	25%	19%	19%	17%
Ex-DG	40%	37%	27%	26%	24%
Deux secteurs	36%	33%	24%	24%	22%
Evolution de l'écart facial mesuré sur la base d'activité du secteur ex-DG		-3%	-10%	-11%	-2%*

* Rupture de série – cf. infra

Source : ATIH

¹¹ Voir Annexe 4



Les réductions de l'écart facial entre 2006 et 2008 s'expliquent par les politiques tarifaires qui ont conduit à réaliser un effort de convergence même modeste.

L'effet en 2009 est lié à la mise en place de la V11 (de l'ordre de 7%) et au changement de périmètre des tarifs (de l'ordre de 3%), lié aux débasages « précarité » et « PDSH » (permanence des soins hospitalière) (cf. 2.3.).

En 2010, en premier lieu, il convient de noter qu'en plus des corrections habituelles (prise en compte d'une part de la présence d'une rémunération différente des séjours extrêmes et d'autre part des honoraires des praticiens) a été opérée une mise à jour des données d'activité servant de référence, du fait du fort changement de structure d'activité observée en 2009 induit par la mise en place d'une nouvelle version de classification. Or, toute modification de l'activité prise pour référence induit inévitablement un changement dans les valeurs des tarifs moyens. Il devient également impossible de comparer le nouveau point de référence à l'ancien ; **il s'agit donc d'une rupture par rapport aux séries affichées précédemment**. L'écart facial calculé de la même manière aurait été de 26% en 2009.

Ainsi en prenant en compte cette modification de la structure d'activité, en 2009, l'écart de tarifs était de 26% en se basant sur l'activité du secteur public, comme le recommande le HCAAM, soit un écart de plus de 2% par rapport à 2010. Si l'on considère non plus l'activité du secteur ex-DG mais celle du secteur ex-OQN, l'écart de tarifs était d'environ 19% en 2009 soit un écart de plus de 2% par rapport à 2009.

La campagne 2010 a bien conduit à une réduction de l'écart des tarifs moyens de plus de 2%. Cette réduction s'explique principalement par la mise en œuvre de la convergence intersectorielle ciblée sur 35 GHM (cf. infra).

2.3. Les modifications du modèle opérées en 2009 et 2010 ont permis une réduction d'environ douze points de l'écart facial des tarifs

2.3.1. La mise en œuvre de la V11 a amélioré l'homogénéité des GHM

Une évolution conséquente de la classification des séjours a été réalisée en 2009 avec la mise en œuvre d'une nouvelle version de celle-ci, la V11. La version 11 de la classification des GHM a constitué la troisième grande étape de l'adaptation de la classification des GHM à la tarification à l'activité. En améliorant l'homogénéité des GHM, cette classification constitue un outil d'équité des rémunérations des séjours.

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

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

A l'introduction de ces niveaux de sévérité, il faut ajouter la création de quelques racines de GHM, notamment pour distinguer les pathologies « prises en charge en phase aiguë » des pathologies « programmables », que l'on a intitulé « chaudes » versus « froides » et séparer ainsi les prises en charge programmables de celles non programmables¹². Ainsi, la racine « prothèses de hanche » a été séparée en deux pour distinguer en fonction des diagnostics (fracture et prothèses pour arthrose, par exemple) :

08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	Chaud
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	Froid

Ce type de modification est effectué afin de continuer à préparer la classification en vue d'une convergence intersectorielle. En effet, la plus grande précision de la description des GHM permet de garantir la réelle comparabilité des séjours effectués dans les deux secteurs.

2.3.2. Financement des surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité

La situation de précarité de certains patients est l'un des facteurs souvent avancés pour expliquer des écarts de coûts de prise en charge dans le système de soins, du fait de durées de séjours plus longues ou de la nécessité de mobiliser des moyens spécifiques. Or, la classification des séjours et l'échelle des tarifs ne tiennent pas compte de ce facteur. Les études et travaux engagés depuis 2008 visent donc à améliorer le dispositif en substituant un financement par dotation au financement par les tarifs.

¹² Comme il n'existe pas de définition consensuelle ni de recueil dans le RSA pour individualiser le programmable du non programmable, il avait été décidé de l'approcher via les diagnostics, certains relevant de l'urgence (ex. fracture), d'autres pas (arthrose).

Dès 2009, une première attribution de moyens en faveur des établissements de santé accueillant une forte proportion de patients hospitalisés en situation de précarité a été mise en œuvre. Une première dotation a été fixée à 100 M€, le financement a été réalisé par transfert de la base tarifaire vers une dotation « MIG précarité »¹³, à hauteur de 95 millions d'euros pour le secteur public et PSPH et 5 millions d'euros pour le secteur privé.

Au sein de chaque secteur, la dotation est attribuée aux établissements ayant les plus fortes proportions de séjours de patients en situation de précarité. La répartition est effectuée sur la base des marqueurs¹⁴ accessibles et généralisés dans le système d'information de l'Assurance Maladie. Ces marqueurs ont été retenus car ils sont fortement liés à d'autres indicateurs représentatifs des différentes situations de précarité, générateurs de surcoûts (isolement, pauvreté) mais plus difficiles. Un double seuil plancher a été retenu, faisant référence, d'une part, au financement d'un poste d'assistant de service social (40 000 €) et, d'autre part, à un pourcentage de la base tarifaire afin d'éviter un effet de « saupoudrage ».

Le modèle a été amendé dès 2010, afin de prendre en compte le premier retour d'expérience et les observations formulées par les agences régionales, les fédérations et les établissements. En effet, certains établissements publics situés en deçà du seuil étaient, pour autant, considérés par les experts comme concernés par la prise en charge de patients précaires et ayant mis en place des organisations spécifiques.

Les modalités d'attribution de la dotation « MIG précarité » sont désormais ajustées par l'application d'un nouveau seuil plancher déterminé à 10,5% de séjours CMU/AME. Pour les établissements des DOM, d'Ile de France et de Corse, le coefficient géographique est pris en compte. En conséquence, le montant de la dotation a été porté à 150M€ afin de couvrir les charges supplémentaires liées à l'élargissement de la liste des établissements bénéficiaires.

Au-delà de ces améliorations, une description plus précise des situations de précarité et des organisations mises en place ainsi qu'une meilleure évaluation des coûts devraient permettre d'affiner le modèle de financement. Les travaux complémentaires visent, d'une part, à explorer la voie du codage des situations de précarité dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et, d'autre part, à apprécier la pertinence d'une approche complémentaire de type géo-populationnelle fondée sur une analyse des zones géographiques dans lesquelles se situent les établissements de santé et leurs bassins de patientèle.

2.3.3. Financement de la Permanence Des Soins Hospitalière (PDSH) médicale dans secteur public

Le modèle de financement des établissements de santé permet de prendre en compte les évolutions des modes de prise en charge des patients. La Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a introduit quatorze missions de service public, dont la Permanence Des Soins Hospitalière (PDSH) qui se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Elle doit être distinguée de la continuité des soins, qui correspond à la prise en charge de patients déjà hospitalisés et qui est financée par les tarifs.

La loi donne compétence au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. L'enjeu porte sur la nécessaire rationalisation de

¹³ Il s'agit de la MIG figurant au 1° de l'article 6 de l'arrêté du 13 mars 2009 modifié : « Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières ».

¹⁴ Séjours CMU, CMUC, AME

l'organisation territoriale de la PDSH, au moment où la démographie médicale incite à la mutualisation et à l'optimisation de la ressource disponible à l'échelle des territoires de santé et où il est donc nécessaire de partager davantage cette responsabilité entre secteurs public et privé.

Pour engager et accompagner cette réforme, la DGOS a notifié en 2009, sur la base des résultats des études engagées, une enveloppe « PDSH » d'un montant de 630 M€ au titre des MIG, financée par un « débasage » des tarifs, avec possibilité pour les ARS de la moduler en fonction de l'organisation régionale existante, pour une part maximale de 10%.

Cette dotation MIG a été reconduite en 2010 et portée à 760 M€ (effet année pleine), le taux de marge de manœuvre des ARS ayant été porté à 20% afin de leur permettre de progresser dans la définition des organisations cibles, sur la base de l'analyse des premières réorganisations menées¹⁵. Cette marge de manœuvre des ARS sera progressivement augmentée les années suivantes pour représenter, à terme, l'intégralité de la dotation régionale, l'objectif étant d'allouer une dotation MIG exclusivement au profit des établissements désignés pour prendre en charge cette mission.

Les travaux se poursuivent pour évaluer le coût de la PDSH médicale réalisée par les cliniques privées, ainsi que l'impact de la PDSH non médicale pour les établissements de santé (cf. 3.1.5.).

2.4. Premier retour d'expérience sur la convergence ciblée

2.4.1. Une convergence « ciblée » sur 35 GHM dans une perspective d'économies pour l'Assurance Maladie

Simultanément à la proposition de report de la date d'achèvement de la convergence, le Gouvernement a annoncé, dans l'exposé des motifs du *b* de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'expérimentation d'une « convergence ciblée ».

Un rapprochement entre certains tarifs des établissements ex-DG et des établissements ex-OQN a donc été réalisé dans le cadre de la campagne 2010 représentant un montant de 150 millions d'euros d'économies intégré lors de l'élaboration de l'ONDAM 2010. Ce scénario de convergence « ciblée » se veut cohérent par rapport à la poursuite des études d'objectivation des écarts de coûts. Il se situe dans la continuité des activités qui pourraient être soumises à ce rapprochement, notamment dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ou à sévérité légère. Celle-ci a été menée par l'ATIH.

La sélection des GHM concernés s'est effectuée sur la base de plusieurs critères : activités standardisées, fréquemment pratiquées par les deux secteurs, activités médicalement comparables, limitation des effets revenus et tarifs publics supérieurs à ceux du privé.

De l'application de ces critères résulte une liste de 35 GHM¹⁶. La convergence ne fut pas complète sur ces 35 GHM, un simple rapprochement tarifaire ayant été retenu pour 14 d'entre eux.

Ces 35 GHM représentent 2,8 millions¹⁷ de séjours (17,9 % des séjours des établissements ex-DG) et une masse financière de 2,6 milliards¹⁸ d'euros (11,3 % de la masse financière des établissements ex-DG).

¹⁵ Cf. le rapport au Parlement consacré aux MIGAC, 2010.

¹⁶ Voir Annexe 5 pour le détail

¹⁷ Source ATIH - Statistiques en ligne

¹⁸ Source ATIH - SNATIH / MAT2A

A titre d'illustration des effets revenus, pour les GHM de la liste de la seule activité de périnatalogie, l'impact en masse financière pourrait être très élevé pour les établissements spécialisés. En effet, pour certains établissements, cette perte peut être supérieure à 7 % de leurs recettes d'Assurance Maladie en appliquant immédiatement une « convergence ciblée » à 100% :

GHM V11	Libellé du GHM	Part du GHM dans la masse financière globale des établissements	Part maximum du GHM dans la masse financière par établissement	Perte financière moyenne en cas de convergence vers les tarifs publiés 2009 du privé	Perte financière maximale en cas de convergence vers les tarifs publiés 2009 du privé
14C02A	Césariennes sans complication significative	1,70%	14,00%	-0,16%	-1,40%
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	3,20%	41,00%	0,11%	1,40%
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1,70%	21,00%	-0,59%	-7,20%

* Rupture de série – cf. infra

Source : ATIH

La « convergence ciblée » rapproche certains tarifs du secteur ex-DG des tarifs du secteur ex-OQN. Les tarifs du secteur privé étant publiés hors honoraires (dont ceux relatifs aux activités médico-techniques), il convient de les ajouter pour définir le niveau de convergence des tarifs du secteur ex-DG. A ces honoraires sont également ajoutés les dépassements, même s'ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. En effet, en termes de comparaison entre les deux secteurs, la pratique des dépassements constitue une spécificité propre au secteur privé qu'il convient de prendre en compte. Les dépassements permettent également de couvrir une partie des charges de l'établissement, via les redevances.

Aussi, les tarifs auxquels les tarifs publics sont comparés sont-ils virtuels car ils incluent pour le secteur privé les honoraires et les dépassements.

Un bilan complet de la « convergence ciblée » n'est pas encore possible à ce jour, cette dernière ayant été mise en œuvre il y a seulement six mois. Il sera retracé dans le rapport 2011. Il convient de souligner que la poursuite de la convergence ciblée devrait permettre d'ouvrir des champs d'expérimentation en vue d'assurer la méthodologie de la convergence intersectorielle.

2.4.2. La convergence « ciblée » a renouvelé la problématique

Pour autant, les premiers retours d'expériences de cette démarche de convergence tarifaire ciblée devraient permettre de progresser dans le règlement de certaines interrogations de méthode :

- a) Pour certains des 35 GHM de la liste arrêtée en 2010, un tel rapprochement peut contredire l'évolution attendue des tarifs pour 2010. En effet, les priorités de santé publique ou de gestion du risque doivent se traduire par des tarifs incitatifs, forme d'investissement permettant de faire évoluer les pratiques et de générer ensuite des gains d'efficacité globale. Dès lors, concilier cette augmentation souhaitée de certains tarifs, lorsqu'il s'agit de ceux du secteur ex-DG, et leur éventuel alignement à la baisse sur ceux du secteur ex-OQN, nécessiterait, au nom d'une efficacité globale et non limitée à la seule comparaison des GHM publics et privés, de procéder à un alignement à la hausse, éventuellement gagé par une diminution plus marquée des tarifs correspondant à des activités plus rentables ou moins prioritaires. Pour être concret : la plupart des GHM de chirurgie ambulatoire devraient voir leur couple (niveau J et 1) diminuer alors même que ce secteur fait l'objet depuis 3 ans d'une politique tarifaire incitative dans le secteur ex-DG.
- b) Du fait de l'indispensable harmonisation d'une partie du périmètre, la convergence est incomplètement lisible. L'intégration des honoraires induit une certaine volatilité dans l'écart entre tarif ex-DG et ex-OQN, puisque d'une année à l'autre, on observe des variations à la fois des honoraires conventionnels (qui dépendent de la quantité d'actes réalisés par séjour), et du niveau des dépassements.
- c) La convergence « ciblée » considère implicitement comme résolue la prise en compte du critère fixé par la loi d'égalité de périmètre de charges. Les importants effets revenus potentiels observés, particulièrement pour certains établissements très spécialisés, en sont un bon indice. Ils dénotent que la diversité des tarifications recouvre une diversité de la réalité même de l'activité insuffisamment décrite par la classification. Dans le cadre de la périnatalité par exemple, les maternités de niveau III ont une réanimation néo-natale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds. Ceci étant, ces centres assurent aussi une activité classique de périnatalité, pratiquée donc dans un cadre spécifique (matériel, organisation, calibrés pour les soins plus lourds). Dès lors, il existe de bons motifs pour penser que ces actes classiques coûtent plus cher à l'établissement dans les maternités de niveau III que dans les maternités de niveau I. Si la convergence ciblée est poursuivie, il apparaît alors nécessaire de revoir le financement en décrivant plus finement l'activité et en révisant éventuellement certaines modalités de financement, ce qui réduira d'autant les gains opérés du fait de la convergence ciblée. L'étude en cours sur les effets de taille et gamme se penchera plus particulièrement sur les services d'obstétrique et de néonatalogie afin d'objectiver ces interrogations.
- d) Enfin, il conviendrait de faire converger certains tarifs du secteur ex-OQN vers ceux des établissements ex-DG, lorsque ces derniers sont les plus bas.

Poursuivre la convergence « ciblée » devra amener, à moyen terme, à fixer un horizon lisible du modèle de convergence afin que ces interrogations ne deviennent pas réhivitoires.

3. Contribution des études en cours à la problématique de convergence

3.1. Les travaux d'études achevés en 2009 et 2010 ou en cours

Une série d'études¹⁹ est en cours en vue d'éclairer la réalisation de la convergence intersectorielle. Elles portent sur des problématiques complexes, qui mettent en jeu des processus différenciés et appellent le plus souvent des réponses multiples et graduées. Les résultats observés peuvent conduire le cas échéant à des travaux d'adaptation du modèle de tarification. Des délais sont alors nécessaires pour leur mise en œuvre, intégrant une phase de concertation et d'expérimentation.

La progressivité dans la gestion des effets revenus explique également le report à 2018 du calendrier de la convergence intersectorielle.

3.1.1. Etude « Coût du travail »

L'objectif de cette étude est de délimiter les écarts de rémunération des personnels non médicaux. La DREES s'est chargée d'analyser les écarts de rémunérations nettes, et le cabinet Aumeras a complété par l'étude sur les coûts complets.

Le Prestataire : Aumeras et associés

Le calendrier : enquête achevée en janvier 2010 - Résultats livrés en avril 2010

Les résultats de cette étude ont été présentés aux fédérations hospitalières dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement.

Dans le cadre des travaux sur la convergence intersectorielle, il était initialement apparu, notamment suite à la publication du rapport de l'IGAS de 2006²⁰, que la mise en place progressive d'une convergence intersectorielle des tarifs impliquait la connaissance précise des écarts de rémunérations et de charges salariales et patronales actuellement en vigueur entre les différents secteurs d'hospitalisation. Cette analyse devait permettre de distinguer les écarts pouvant être expliqués par des différences imposées aux différents types de structures (ex-DG/ex-OQN), de ceux relatifs aux structures d'emplois, potentiel gisement d'efficience organisationnelle et de gains de productivité, à missions strictement identiques.

Une étude analysant les écarts de coût global du travail entre secteurs, sur la base de résultats de la DREES a été rendue en avril 2010 par le cabinet Aumeras et permet de disposer de données exhaustives²¹. Elle complète plusieurs études :

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

¹⁹ Voir Annexe 6

²⁰ Voir Annexe 1 sur les recommandations sur les études du rapport de l'IGAS de 2006

²¹ Voir Annexe 7 pour les résultats plus détaillées de l'étude

L'étude du cabinet Aumeras a fait l'objet de deux niveaux de synthèse, le premier relatif aux cotisations minimales obligatoires, basées sur des éléments constatés, le second intégrant en sus les cotisations prévoyance et maintien de salaire en cas d'absence, basés sur des éléments estimés à partir des valeurs de l'IGAS.

Selon ces différents calculs, le ratio coût global du travail sur salaire brut, ainsi que le salaire net sont plus élevés dans secteur privé ex-DG et le secteur public que dans le secteur privé ex-OQN.

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

Ensemble Hors Médecins	Public Titulaire	Public Contractuel	Privé ex DG	Moyenne pondérée	Privé	Ecart en %
<u>Toutes charges incluses</u>	FHF	FHF		Public et ex-DG	FHP	
Effectifs	772 745	161 263	141 074	1 075 124	182 912	
Coût Total	3 616,08	3 615,51	3 865,28	3 649	3 488	4,6%
Charges Patronales	1 336,08	1 335,51	1 417,28	1 347	1 261	6,8%
Brut	2 280,00	2 280,00	2 448,00	2 302	2 227	3,4%
Charges Salariales	364,72	413,51	578,37	400	502	-20,3%
Rémunération nette	1 915,28	1 866,49	1 869,63	1 902	1 725	10,2%
Coût Total / Net	1,89	1,94	2,07	1,92	2,02	-5,1%
Coût Total / Brut	1,59	1,59	1,58	1,58	1,57	1,2%
Charges Salariales / Brut	0,16	0,18	0,24	0,17	0,23	-22,9%
Charges Patronales / Brut	0,59	0,59	0,58	0,58	0,57	3,3%

Source rapport Aumeras- l'écart en % est celui de la moyenne pondérée public et ex-DG par rapport FHP- l'unité est l'€/mois.

En appliquant à chaque secteur la structure d'effectifs de l'hôpital public (approchée par une division des agents en cinq catégories), l'étude met en évidence que l'écart de coût du secteur privé ex-DG se contracte, pour arriver à un coût quasi-équivalent au coût initial une fois toutes les charges intégrées. En revanche, pour ce qui concerne le secteur privé ex-OQN, l'écart de coût se creuse avec le secteur public. La différence de coût est donc liée directement à la structure d'emplois de chaque secteur.

	Structure d'effectif					
	Privé ex-DG		Privé ex-OQN		Public	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cadres Direction, Admin	3 768	3,6%	3 079	2,3%	9 275	1,23%
PI Soignants et sociaux	41 619	39,5%	53 373	40,2%	298 295	39,47%
PI Administratifs et techniciens	5 032	4,8%	3 339	2,5%	12 192	1,61%
Agents Service et employés Adm.	49 345	46,8%	69 623	52,5%	391 497	51,80%
Ouvriers	5 634	5,3%	3 271	2,5%	44 539	5,89%
Total	105 398	100,0%	132 685	100,0%	755 798	100,00%

	Montants en euros			Ecart en % vs Public	
	Privé ex-DG	Privé ex-OQN	Public	Privé ex-DG	Privé ex-OQN
Selon effectif secteur ex-OQN					
Salaire net	1 875	1 753	1 905	-1,6%	-7,9%
Salaire brut	2 429	2 235	2 276	6,7%	-1,8%
Avec cotisations minimales	3 798	3 406	3 461	9,7%	-1,6%
Toutes charges incluses	3 812	3 439	3 645	4,6%	-5,6%
Selon effectif du Public					
Salaire net	1 802	1 713	1 905	-5,4%	-10,1%
Salaire brut	2 336	2 183	2 276	2,7%	-4,1%
Toutes charges incluses	3 646	3 323	3 461	5,4%	-4,0%
Avec cotisations minimales	3 660	3 355	3 645	0,4%	-8,0%

Concernant les structures de qualification, analyser l'écart serait pertinent (comme l'avait fait l'IGAS en 2006).

L'étude coût du travail a effectivement mis en évidence un coût global du travail plus élevé dans le secteur privé ex-DG que dans le secteur public ainsi que dans le secteur privé ex-OQN. Ce constat ne justifie pas pour autant la création d'un coefficient correcteur pour trois séries de raison.

Tout d'abord, selon l'IGAS, l'une des sources de surcoût est le régime conventionnel adopté. Ainsi, le surcoût s'échelonne de 3% à 16% ; il n'y a donc pas de motif pour rendre opposable à l'Assurance Maladie des engagements pris par les établissements dans le cadre de leur politique de ressources humaines. Au surplus, emprunter une telle voie reviendrait à créer de la divergence tarifaire a contrario du but recherché. Toute création de coefficient ad hoc conduirait donc l'Assurance Maladie, soit à assumer les décisions prises par les opérateurs privés (convention collective), soit à assumer les décisions prises par l'Etat, voire les collectivités locales si la question était élargie à la fiscalité envisagée globalement, en matière de politique fiscale ou de différence de traitement entre les divers opérateurs.

Plus fondamentalement, un coefficient correcteur portant sur cet aspect serait contraire à l'objectif central du processus de convergence, à savoir la rémunération à un même tarif d'une prestation équivalente. Ce serait par ailleurs contraire aux principes de la T2A, qui sont de rémunérer les prestations sans prendre en compte les différentiels de coûts propres à certaines catégories d'établissements lorsque ces différentiels ne dépendent pas de décisions extérieures.

Enfin, s'il était fait le choix d'une mise en œuvre du coefficient correcteur à enveloppe globale identique, celle-ci se traduirait par des transferts de ressources significatifs au profit de certaines catégories d'établissements et au détriment d'autres. A contrario, s'il était fait le choix de préserver les revenus de l'ensemble des établissements, la mise en place d'un tel coefficient nécessiterait des ressources nouvelles pour ceux qui bénéficieraient d'une majoration et ferait donc supporter un coût supplémentaire à l'Assurance maladie.

3.1.2. Analyse du surcoût structurel lié à la prise en charge par un établissement de santé d'activités non programmées ²²

L'objectif de cette étude est d'analyser l'existence éventuelle de surcoûts structurels liés à la mission de prise en charge par un établissement de santé de patients en situation d'urgence, de jour comme de nuit. L'étude intègre la problématique spécifique de la gestion des situations de crises et d'hôpitaux sous tension.

Le Prestataire : SANESCO

Le calendrier : 17 décembre 2009 – 1^{er} novembre 2010

Une présentation de l'avancée des travaux de cette étude a été faite aux fédérations hospitalières dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement.

Cette étude répond à la recommandation n°12 du rapport IGAS 2006.

Elle poursuit trois objectifs principaux :

- Identifier les impacts organisationnels résultant des prises en charge de patients non programmées : désorganisation, déprogrammation d'activités, maintien de lits appropriés disponibles, utilisation des plateaux techniques, gestion de l'aval de l'hospitalisation, etc.
- Déterminer les facteurs de surcoûts associés : recherche de lits d'hospitalisation (temps infirmier ou médical), engorgement de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), coût du maintien de lits disponibles et/ou de la réquisition de lits, « coûts de transaction » issus de la désorganisation, etc.
- Quantifier les surcoûts observés : analyse des différents facteurs de surcoûts seront analysés et quantification en vue d'une modélisation économique éventuelle.

Au stade de la rédaction de ce rapport, seule la phase relative à la revue de littérature a fait l'objet d'un livrable réceptionné et validé.

Analyse de la revue de littérature-volet admissions non programmées:

Outre le constat d'absence d'une définition consensuelle sur la notion d'activité non programmée, la revue de littérature s'attache à établir une typologie des flux non programmés et à repérer les facteurs explicatifs de surcoûts.

S'agissant de ces derniers, un grand nombre d'articles met en évidence l'existence d'un surcoût des admissions dites « urgentes » par rapport aux prises en charges programmées.

Les facteurs explicatifs mis en exergue par cette revue sont les suivants : le passage par le service des urgences, le coût supplémentaire des actes et des examens, le surcoût lié aux mauvaises pratiques organisationnelles, le temps de coordination, les conditions non optimales de fonctionnement, la variabilité de la demande, l'effet taille, l'effet gamme, la diminution de la qualité des séjours programmés due à la prise en charge des flux non programmés, l'environnement concurrentiel et la situation géographique de l'établissement.

Tous ces facteurs font l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'exploitation statistique des données et des études monographiques réalisées auprès d'une dizaine d'établissements.

²² Voir Annexe 8 pour plus de détails

Analyse de la revue de littérature-volet gestion de crise:

La revue de littérature du prestataire, portant notamment sur l'exemple américain et les crises subies depuis 10 ans par les Etats-Unis (attentats du 11 septembre 2001, anthrax, ouragan Katrina, etc.), donne des orientations intéressantes pour les travaux à développer dans le cadre de la présente étude.

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

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

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

- Catastrophes naturelles (tremblement de terre, ouragan, etc.)
- Grands événements (visite de chefs d'Etat, manifestation sportive d'envergure...)
- Grands accidents (catastrophes routiers, ferroviaires, accidents industriels...)
- Pandémies
- NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique)

Celle-ci permettra de rechercher, au moyen d'une enquête et d'entretiens ciblés, une identification de facteurs contributifs de coûts « types ».

La phase d'exploitation statistique des données est actuellement en cours.

3.1.3. Evaluation de l'impact économique des effets de taille et de gamme²³ sur les activités de court séjour des établissements de santé

L'objectif de cette étude est d'élaborer un état de la question sur l'effet de taille et de gamme en secteur hospitalier dans la littérature internationale, d'estimer l'impact sur les coûts des établissements, d'analyser les écarts et de mettre en évidence les facteurs explicatifs d'une part des effets de taille des établissements, d'autre part des effets de gamme des activités.

Le Prestataire: PriceWaterhouseCoopers consulting

Le calendrier : 4 décembre 2009 – 1^{er} novembre 2010

Les approches méthodologiques ont fait l'objet d'une présentation aux fédérations dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement.

Dans le cadre des travaux sur la convergence tarifaire, l'étude a pour objectif de mesurer et d'expliquer l'impact économique de la taille des structures et de la gamme des activités des établissements de santé et leur impact sur les coûts. La méthode employée est celle d'un état des lieux étayé par une analyse multi variée des écarts de coûts et complétée par une étude monographique d'une dizaine d'établissements.

²³ Voir Annexe 9

Ainsi, il est supposé que la taille des structures peut influencer sur les processus de production, soit en permettant des économies d'échelle, soit à l'inverse en alourdissant les coûts de production par un phénomène de « déséconomie » d'échelle.

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

Il s'agit :

- de repérer les impacts liés d'une part aux structures et d'autre part aux profils d'activité,
- de dégager les caractéristiques majeures propres à chaque impact.

Il conviendra ensuite d'analyser les différences de coûts moyens et de qualifier les écarts au regard de facteurs explicatifs.

Les deux études s'attacheront, d'une part, à dégager les coûts moyens de production des établissements (au regard d'une part de leur taille et d'autre part de leur profil d'activités), selon des indicateurs multicritères dans la limite des bases de données disponibles. Elles rechercheront, d'autre part, à expliciter les différences relevées et à les analyser en mettant en évidence les facteurs explicatifs.

Même s'il s'agit de problématiques distinctes, les deux études sont menées en même temps en raison de leurs interactions : au moment d'étudier l'un des effets, il conviendra de neutraliser l'autre. Il est en effet fréquent qu'un établissement de grande taille ait une gamme d'activités large, et inversement. Il conviendra d'isoler dans l'explication des écarts de coûts par activité ce qui revient en propre à chacun des effets.

La revue de littérature a permis de mettre en évidence les différentes méthodes utilisées dans l'analyse de la taille et de la gamme comme facteurs explicatifs des coûts des établissements de santé. La notion de méthode recouvre différents aspects, en particulier :

- le choix des indicateurs : indicateurs de coût et indicateurs explicatifs du coût ; indicateurs retenus pour exprimer la taille et la gamme ;
- les méthodes statistiques utilisées : échantillons, classes, fonctions de coûts, etc.

Les définitions trouvées dans la littérature, portant sur les différents coûts (total, direct, variable et marginal), permettent de construire des fonctions de coûts statistiques. La littérature utilise également des indicateurs d'efficience et de coûts qu'elle compare entre des établissements de taille différente afin de déterminer le type d'établissement qui enregistre les meilleures performances. Ces variables sont : les variables explicatives du coût, les variables non mesurables ou « non observées », les variables mesurables et la variable temporelle.

L'exploitation statistique :

Le modèle construit lors de l'analyse statistique repose sur l'analyse du coût total ou coût moyen par établissement, conformément aux principes de la tarification. Il s'agit d'un modèle multivarié qui s'appuie sur trois séries de paramètres :

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

Au regard des premiers résultats de l'étude il a été opéré un ajustement de l'orientation des monographies, afin de tenter d'identifier des activités où les économies d'échelle et de gamme

seraient les plus probables ou les mieux identifiées à dire d'expert, notamment l'obstétrique et la chirurgie ambulatoire.

A ce jour, l'étude n'est pas encore terminée. L'impact sur le modèle de financement ne pourra être le cas échéant déterminé qu'après l'exploitation des monographies ; en revanche, il apparaît d'ores et déjà que des préconisations d'ordre organisationnel pourraient être faites. Sur cet aspect,, un travail est engagé en parallèle par le comité scientifique de l'ANAP.

3.1.4. Evaluation du coût de la PDSH médicale du secteur privé

L'objectif de cette étude est l'évaluation du coût de la PDSH médicale du secteur privé. Le chiffrage permettra un abondement de la MIG PDSH. Au 1er mars 2011, un abondement de la dotation MIG avec la PDSH médicale des cliniques privées est envisageable.

Le Prestataire: CNAMTS

Le calendrier : Une évaluation du besoin de financement doit être livrée à l'automne 2010.

Une présentation de l'avancée des travaux de cette étude a été faite aux fédérations hospitalières dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement.

Dans le cadre du projet de réforme de la permanence des soins hospitalière (PDSH), qui s'inscrit dans le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), il convient d'évaluer le coût lié à la PDSH pour les établissements publics, PSPH pour les établissements privés à but lucratif.

La DHOS/MT2A (maintenant DGOS) a donc formulé une demande d'étude à la CNAMTS concernant l'évaluation du coût de la PDSH médicale du secteur privé.

Le dispositif en cours pour les établissements ex-DG doit être étendu aux établissements ex-OQN qui bénéficient à ce jour d'un système entièrement différent, financé sur l'enveloppe des soins de ville. En effet, pour l'instant, seuls les établissements publics participant à la PDSH sont bénéficiaires de la dotation MIG. Or le but est de rapprocher les modèles de financement dans le public et le privé pour les établissements assurant effectivement les mêmes missions selon le principe de base de la convergence : à mission égale, financement égal.

Cette réforme nécessite toutefois un certain nombre de travaux préalables. Il convient tout d'abord d'affiner la connaissance des coûts, par établissement et par spécialité, des gardes et astreintes payées aux praticiens intervenant dans les cliniques ainsi que des actes rattachés à ces périodes. Sur la base de premiers travaux, la CNAMTS a évalué pour l'année 2008 le coût des gardes à 24,7 M€ et celui des astreintes à 33,6 M€, soit un coût total annuel pour les gardes et astreintes de 58,3 M€. Ces gardes et astreintes sont aujourd'hui limitées à des spécialités pour lesquelles des accords ont été signés dans le cadre conventionnel. Sont concernés :

- Les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dans les établissements privés autorisés à faire fonctionner un service d'urgence ou dans un établissement relais
- Les gynécologues obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, pour la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1 500 accouchements
- Les pédiatres pour la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveau-nés, dans les unités de réanimation néonatale et dans les unités de soins intensifs de néonatalogie
- Les médecins exerçant dans les services de réanimation
- Les médecins exerçant dans les unités de soins intensifs cardiologiques
- Les médecins généralistes assurant la prise en charge des urgences au sein d'UPATOU (Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences).

Des travaux complémentaires apparaissent nécessaires pour actualiser ces coûts. Par ailleurs, la FHP a estimé à environ 56 M€ le montant de l'extension de l'éligibilité du dispositif actuel à l'ensemble des praticiens libéraux exerçant dans des structures privées autorisées, appelées à respecter les conditions techniques de fonctionnement incluant une obligation de continuité et de permanence des soins.

Il faut aussi distinguer la part relevant de la continuité des soins (déjà rémunérée dans les honoraires des actes) de celle liée à la permanence des soins (éligible à la dotation MIG dans le dispositif cible). Il est nécessaire également d'optimiser la régulation des lignes de gardes et astreintes sur les territoires dans le cadre des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

La première étape de l'étude a consisté à effectuer un recensement des gardes et astreintes médicales réalisées sur les années 2007 et 2008 dans les cliniques privées, ainsi que des actes et des prescriptions rattachés à ces périodes de gardes et d'astreintes par discipline/par code spécialité, par établissement et par région. Cette étude a été actualisée en 2009 : le montant des forfaits de garde et d'astreinte par région est de 57,2 M€.

3.1.5. Etude « PDSH non médicale dans les deux secteurs »

L'objectif de cette étude menée par Deloitte et lancée à la fin 2009 a pour objet de définir les coûts imputables à la PDSH non médicale, hors gardes et astreintes médicales, et de les quantifier. Elle constitue la deuxième phase de l'étude réalisée en 2008, consacrée aux surcoûts médicaux de la permanence des soins hospitalière, qui a conduit à la création de la MIG « PDSH ».

Le prestataire : Deloitte

Le calendrier : décembre 2009 – 1^{er} novembre 2010

Le groupe de travail chargé de cette étude a souligné, en juin 2010, que la quantification des surcoûts non-médicaux liés à la PDSH impliquait l'existence d'une comptabilité analytique poussée, permettant d'imputer directement ou de ventiler les postes de dépenses identifiés en fonction de l'origine du patient : interne ou externe.

L'ensemble des participants a jugé que l'intégralité de ces informations n'étaient pas disponibles à l'heure actuelle sans enquête ad hoc. Contrairement à la PDSH médicale, les coûts de la PDSH non-médicale ne sont pas clairement identifiés et leur quantification implique donc la construction d'un modèle de coûts, reposant sur une étude organisationnelle.

Seuls quelques postes de coûts, souvent mineurs en termes de poids financier, sont en réalité facilement imputables à la PDSH non médicale. Pour l'ensemble des autres coûts, un retraitement analytique est nécessaire, celui-ci n'étant aujourd'hui pas faisable en l'absence de procédures de recueil d'information. La mise en place de ces procédures impliquerait une nouvelle prestation de services.

Le prestataire a donc choisi de procéder par monographies portant sur une petite dizaine d'établissements. Celles-ci seront réalisées sur la base des préconisations du groupe de travail.

Un modèle de coûts est en cours d'élaboration par le groupe de travail et les monographies débiteront en septembre 2010. L'objectif étant d'avoir identifié et quantifié les surcoûts non-médicaux pour les 10 établissements à fin octobre 2010.

La généralisation du modèle pourra ainsi être envisagée en 2011.

3.1.6. Activités péri-hospitalières

L'objectif de cette étude est l'évaluation des actes et soins réalisés en amont et en aval des séjours et en lien avec ceux-ci. Etude faite sur 12 GHM ciblés.

Le prestataire : CNAMTS

Le calendrier : Résultats de la phase exploratoire livrés en janvier 2010

Dans le cadre du rapport sur la convergence intersectorielle et selon la recommandation sur les études de l'IGAS n°15²⁴, une étude sur les charges péri-hospitalières a été menée par la CNAMTS depuis 2009.

Les charges péri-hospitalières regroupent l'ensemble des actes et des soins réalisées en amont et en aval d'un séjour et en lien direct avec celui-ci. Il ne s'agit ici d'identifier que les actes et prescriptions induits spécifiquement par l'hospitalisation du patient. Ainsi, par exemple, certains actes médico-techniques de biologie ou de radiologie se rapportant à un séjour hospitalier peuvent être réalisés en secteur libéral (actes de ville) avant ou après le séjour. L'IGAS considérait dans le rapport de 2006 que l'importance du phénomène « *pourrait conduire à sous-estimer les coûts d'actes médico techniques liés à une hospitalisation [...] faussant l'appréciation des écarts de coûts* » entre les deux secteurs.

L'étude a pris en compte :

- les actes d'imagerie (Z) ;
- les actes de biologie (B) ;
- les actes d'anatomopathologie (P) ;
- les consultations (C) / les consultations spécialisées (CS)
- les médicaments et produits inscrits sur les listes des produits et prestations (LPP)

L'étude avait comme objectif d'analyser le rattachement des charges péri-hospitalières aux séjours hospitaliers en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) afin de mettre en évidence d'éventuelles différences de pratique en la matière entre le secteur public et le secteur privé et d'évaluer le cas échéant leur impact économique. Elle a donc porté sur les établissements ex-DG et les établissements ex-OQN et sur les différents types de statut juridique : CHU/CH/CLCC/Cliniques. Concernant les médicaments et les consultations, il a été difficile de trouver des critères de rattachement pertinents.

La méthodologie de la CNAMTS consistait tout d'abord à identifier l'ensemble des dépenses d'Assurance Maladie par patient sur une période déterminée (analyse macroéconomique) pour pouvoir ensuite mettre en exergue des critères d'imputation pertinents permettant de rattacher les charges péri-hospitalières au motif du séjour, dans la mesure du possible.

Tous les GHS ne sont pas également pertinents dans cette étude, compte tenu des spécificités propres à chacun des secteurs²⁵, de la spécificité intrinsèque des GHM²⁶ et de l'importance de la population concernée (prise en compte des GHS concernant un pourcentage statistiquement significatif de patients). La première phase de l'étude, qualifiée de phase exploratoire, a donc porté sur un échantillon choisi de 12 GHM²⁷.

²⁴ Voir Annexe 1 sur les recommandations sur les études du rapport de l'IGAS de 2006

²⁵ Certains GHM sont quasi-exclusivement pris en charge par l'un ou l'autre des deux secteurs (exemple : les soins pour les grands brûlés sont exclusivement assurés par l'hôpital public) et ne se prêtent donc pas à la comparaison.

²⁶ Seuls les GHM s'accompagnant d'actes externalisables en amont ou en aval seront considérés comme pertinents.

²⁷ Voir Annexe 10

Les dépenses péri-hospitalières en amont et en aval ont été analysées pour les deux secteurs sur le mois de juin 2008. Elles concernaient les patients sortis au cours du mois et les charges péri hospitalières rattachées à ces séjours, identifiées au cours du mois concerné, du mois précédent et du mois suivant (analyse sur une période de trois mois calendaires : mai, juin et juillet). Ces hypothèses de temporalité ont été testées lors de la phase exploratoire de l'étude.

Les cohortes de patients suivis dans les secteurs public et privé devaient être suffisamment importantes afin de limiter au maximum les biais méthodologiques liés au choix de l'imputation des actes péri-hospitaliers aux motifs du séjour. Ainsi, deux types de cohortes de patients ont été suivis par type d'établissement (public/privé), en différenciant les patients avec ALD (affection longue durée) et sans ALD et en distinguant des tranches d'âge significatives.

L'analyse des charges péri-hospitalières, en cours, s'effectue par grands postes de dépense, par GHM et par type d'établissement.

En conclusion, la mise en œuvre de ces études sur des sujets essentiels et très attendus a permis de conduire une approche d'identification des surcoûts, ceux-ci apparaissant tour à tour en faveur ou défaveur de chacun des secteurs. Trois études importantes, relatives aux surcoûts des activités non programmées, aux effets de taille et de gamme et au coût de la PDSH non-médicale, seront achevées d'ici la fin de l'année 2010. Néanmoins, au vu des résultats partiellement obtenus, il apparaît difficile de tirer des conclusions sans ambiguïté sur la convergence. En effet, les imbrications des obligations et des choix organisationnels doivent être pris en compte. Les résultats de certaines études ne sont pas pertinents pour alimenter le processus de convergence mais peuvent renvoyer à des actions micro économiques comme l'appui organisationnel et le positionnement dans l'offre de soins. En effet, il importe de ne pas perdre de vue la cohérence globale de la convergence intersectorielle qui vise au financement du soin le plus efficace d'un point de vue médico-économique, sans considération des spécificités statutaires de l'établissement producteur de soins.

3.2. Un sujet plus exploratoire à engager : l'approche « tous financeurs »

La poursuite du processus de convergence implique la conduite d'études complémentaires. Notamment, l'approche « tous financeurs » devra être étudiée conjointement par le Ministère de la santé et l'Assurance Maladie.

Dans le cadre des études sur la convergence tarifaire intersectorielle, la question de l'approche « tous financeurs », c'est-à-dire prenant en compte tous les financements attachés à un séjour quelle qu'en soit l'origine (Assurance Maladie, participation de l'assuré, prestations pour confort, assurances complémentaires, notamment), est bien identifiée.

En effet, une convergence équitable ne doit pas se contenter de poursuivre l'objectif d'égalité de la dépense pour le régulateur, mais aussi l'égalité du reste à charge pour le patient. Ce principe se décline à travers différents sujets tels que la réforme du ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier ainsi que la prise en compte des honoraires et des dépassements.

L'hypothèse qui fonde la convergence est que la sécurité sociale doit rémunérer à un même tarif des prestations équivalentes hors « les différences liées à la nature des charges », c'est-à-dire les obligations et contraintes spécifiques des secteurs ou des établissements (non inclusion des honoraires dans les tarifs des séjours ex-OQN, compensations liées à l'exercice de certaines missions de service public, par exemple).

Le remboursable sécurité sociale n'est qu'un coût partiel dans la mesure où les patients ou leurs assurances complémentaires contribuent, hors ticket modérateur et forfait journalier, au financement des prestations en établissement à travers les facturations annexes.

L'efficacité des deux secteurs ne peut être établie en se bornant à comparer les dépenses remboursables par les organismes de sécurité sociale. Il convient donc de développer en parallèle des études déjà engagées, des travaux visant à établir un coût « tous financeurs ». En effet si les deux secteurs perçoivent des rémunérations similaires de la sécurité sociale mais si l'un d'entre eux reçoit des rémunérations d'autres financeurs supérieures à l'autre, il s'avère que le premier est globalement moins efficient que le second. Si une étude sur cette question faisait apparaître des différences significatives, la question se poserait de les prendre en compte dans le processus de convergence.

3.3. Les différentiels de fiscalité ne sont pas directement liés au processus de convergence

Il est envisagé d'effectuer un état des lieux sur les obligations et dispositions fiscales des établissements publics et privés de santé, de leurs structures de coopération, et sur l'identification des principales difficultés rencontrées par les établissements en la matière. Cette démarche s'appuiera sur une note méthodologique définissant les principes de veille stratégique à observer dans ce domaine. Le chantier de la fiscalité sera probablement ouvert car de l'avis de l'ensemble des acteurs il constitue un facteur explicatif déterminant des différences de coûts entre secteurs. En revanche, l'Assurance Maladie n'a pas vocation à se substituer à la politique fiscale de l'Etat et cette étude semble ne pas être à relier exclusivement au thème de la convergence. Une étude conjointe entre les ministères de la santé et des comptes publics sera menée sur ce sujet, afin d'éclairer les choix des acteurs.

Mais les sources de surcoût pour les établissements, si elles sont bien réelles, font partie des différences de nature de charge que le processus de convergence vise à éclairer sans nécessairement devoir les compenser au détriment de la cohérence de la convergence en cours. En effet, la recherche du financement des soins au meilleur coût pour l'assurance maladie impose aux établissements de valoriser, en réponse aux besoins de santé, leurs atouts de compétitivité pour compenser leurs désavantages concurrentiels respectifs. Enfin, l'application d'un coefficient correcteur ne garantirait pas l'équilibre financier futur pour ces établissements, tout en abaissant le niveau de pression concurrentielle et le cercle vertueux de la performance globale. Leur avenir dépend également de leurs efforts d'efficience, de leurs choix stratégiques et de leur positionnement sur tel ou tel segment d'activité, en réponse aux besoins de santé.

4. Les perspectives de la convergence

Les mesures prévues au cours des prochaines campagnes tarifaires permettront à court terme de rapprocher les modalités de financement des établissements appartenant aux deux secteurs.

La convergence doit être conçue dans une perspective large, qui ne concerne pas exclusivement la réduction de l'écart tarifaire facial. Ce chantier se poursuit progressivement, au travers notamment de l'amélioration de la classification (exemple de précision d'un GHM en notions de « chaud/froid » - (cf. § 2.3.1).- 08C49 Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans : chaud /08C50 Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans : froid).

D'autres mesures permettent de progresser dans la convergence des modalités de financement, selon le principe : à missions équivalentes, financement équivalent. Il s'agit notamment de l'évolution du financement de certaines activités (notamment la radiothérapie, cf. le rapport consacré à la T2A) et la révision de certains financements MIGAC.

La convergence doit être un dispositif dynamique de régulation.

Il est essentiel de continuer à inscrire les travaux sur la convergence dans l'ensemble des travaux sur le modèle de financement pour trois raisons essentielles.

Tout d'abord, elle exerce une pression concurrentielle bénéfique pour l'efficacité médico-économique globale de l'offre de soins hospitalière.

L'enseignement des dernières années montre que la convergence constitue aussi l'un des principaux moteurs de l'évolution du modèle tarifaire, dans la mesure où elle est une puissante incitation à affiner la description et le financement des différentes missions des établissements, ce qui constitue l'une des conditions majeures de l'équité de leur financement. Les travaux sur la V11 et le financement des missions de service public en sont des exemples essentiels. Il est possible que les études en cours, notamment celles relatives au non-programmé ou aux effets de gamme, aient à cet égard des effets structurants. Il est également probable qu'une fois le programme d'études fixé par l'IGAS épuisé, ce qui constitue un horizon proche, des études permettant d'éclairer les différences de prise en charge entre secteurs et catégories d'établissements devront continuer à être conduites et leurs résultats devraient alimenter les évolutions du modèle dans ses différents compartiments (tarifs mais aussi MIGAC).

Enfin, les travaux sur la convergence ciblée ont permis de montrer à la fois que :

- Il est possible, et peut-être même préférable, de ne pas envisager la convergence comme un processus d'un seul bloc, mais comme un processus pouvant s'appliquer à différentes mailles de l'activité des établissements. Une convergence peut être envisagée sur certains segments d'activité seulement, que ce soit en cible ou dans la construction du processus.
- Ceci n'exonère pas le processus d'être conçu de manière cohérente, en ayant abordé tous les enjeux de la question et notamment celle de la triple comparabilité : du point de vue du financeur, des périmètres de prises en charge et des patients.
- Ainsi, un modèle de convergence graduelle et dynamique, plutôt qu'exhaustif et concomitant, et capable de s'adapter en continu aux évolutions des composantes de la performance médico-économique, peut-il être envisagé de manière à régler progressivement les difficultés qui apparaîtront à la lumière des différentes étapes de convergence à franchir d'ici à 2018, horizon fixé pour sa totale intégration au dispositif de financement des activités hospitalières.

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Recommandations du rapport IGAS 2006

Extrait du rapport IGAS 2006, « mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé » présenté par Pierre Aballea, Pierre-Louis Bras et Stéphanie Seydoux

5.2. Recommandations sur les études

Recommandation d'étude n°1 : Procéder aux évaluations de base sur les écarts de coût global horaire du travail en tenant compte des exonérations de charges sociales et des différences de financement de certaines fonctions sociales (arrêts de travail, formation professionnelle...).

Recommandation d'étude n°2 : Construire au niveau global une estimation de l'impact des principaux facteurs explicatifs des écarts de coûts salariaux.

Recommandation d'étude n°3 : Affiner l'analyse relative à la structure de qualification.

Recommandation d'étude n°4 : Analyser les écarts d'effectifs par fonctions (administration, technique, soins...) pour comprendre la nature des écarts et les rapprocher des modalités de recours à la sous-traitance.

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

Recommandation d'étude n°6 : Poursuivre les études sur l'hétérogénéité résiduelle du case-mix partagé entre les deux secteurs dans sa version 10 et identifier les GHM qui pourraient être encore scindés dans la version 11 et/ou modifications de règle de groupage à introduire.

Recommandation d'étude n°7 : A partir des résultats de l'échelle nationale de coûts commune 2006, il conviendra d'identifier l'impact du facteur « hétérogénéité » intra-GHM sur les écarts de coûts entre les deux secteurs.

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

Recommandation d'étude n°9 : La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS ou par une nouvelle étude de patientèle.

Recommandation d'étude n°10 : Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.

Recommandation d'étude n°11 : Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée.

Recommandation d'étude n°12 : Le premier objectif doit être de produire une définition de l'activité programmée, acceptée par les experts, enregistrable par les établissements sans difficulté majeure et enfin contrôlable par un tiers.

Recommandation d'étude n°13 : Un second objectif pourrait être de cibler les recherches sur les causes de non-programmation.

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

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

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

5.3. Recommandations sur le pilotage des études

Recommandation pilotage des travaux n°1 : faire de l'actuel comité de pilotage de la convergence un « comité de surveillance et d'orientation ».

Recommandation pilotage des travaux n°2 : Assurer au sein de la DHOS le pilotage des travaux restant à conduire.

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

Recommandation pilotage des travaux n°4 : Attribuer explicitement la conduite des travaux sur la convergence aux niveaux appropriés à la DHOS en renforçant ses moyens.

Recommandation pilotage des travaux n°5 : Clarifier la répartition des rôles entre la DHOS (maître d'ouvrage) et l'ATIH (maître d'œuvre) sur la base d'un cahier des charges précis ; procéder de même avec la mission T2A et la MEAH.

Annexe 2 : Liste des 37 GHM pour lesquels les tarifs du secteur ex-OQN (privé) sont supérieurs aux tarifs du secteur ex-DG (public)

ghsv11b	ghmv11b	libellé	tarif privé	tarif public	
324	01M32Z	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	835	771	- 64
442	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3	8 600	7 631	- 969
443	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4	14 495	12 436	- 2 058
449	02C10J	Autres interventions intraoculaires pour affections sévères, en ambulatoire	620	589	- 31
462	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3	7 630	6 663	- 967
463	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4	13 525	11 468	- 2 057
823	03M022	Traumatismes et déformations du nez, niveau 2	1 974	1 848	- 127
824	03M023	Traumatismes et déformations du nez, niveau 3	3 184	2 768	- 417
827	03M032	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge i	2 653	2 286	- 367
828	03M033	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge i	4 497	3 424	- 1 072
1 223	04M22Z	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	688	686	- 2
1 441	05C044	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographi	21 491	20 985	- 507
1 449	05C064	Autres interventions cardiopulmonaires, âge supérieur à 1 an, ou vasculaire	22 280	16 960	- 5 319
1 460	05C093	Autres interventions cardiopulmonaires, âge inférieur à 2 ans, sans circulati	16 647	15 470	- 1 177
1 707	05K111	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	2 585	2 353	- 232
1 711	05K11T	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	1 806	1 686	- 119
1 804	05M21E	Infarctus aigu du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 341	928	- 413
1 808	05K111	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	6 000	4 991	- 1 009
1 812	05K11T	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	4 191	3 577	- 614
2 913	08C54J	Autres interventions sur le genou, en ambulatoire	747	650	- 97
3 152	08M35Z	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu co	766	660	- 106
3 539	09M06T	Ulcères cutanés, très courte durée	654	394	- 260
3 564	09M13Z	Explorations et surveillance des affections des seins	811	644	- 168
5 236	13M09Z	Explorations et surveillance gynécologiques	961	686	- 275
5 833	15Z08Z	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	5 178	4 058	- 1 120
5 835	15Z09Z	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	8 987	7 000	- 1 987
7 133	19M21Z	Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux	981	731	- 250
7 264	20Z032	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 2	2 708	2 085	- 624
7 265	20Z033	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 3	3 451	3 287	- 164
7 266	20Z034	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance, niveau 4	4 757	4 282	- 475
7 589	21M112	Effets toxiques des autres substances chimiques, niveau 2	3 066	2 990	- 76
7 593	21M122	Autres effets toxiques, niveau 2	2 525	1 800	- 725
7 594	21M123	Autres effets toxiques, niveau 3	4 156	2 684	- 1 473
7 595	21M124	Autres effets toxiques, niveau 4	7 648	4 690	- 2 958
7 980	23M112	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 2	6 307	3 712	- 2 595
7 981	23M113	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 3	9 252	6 276	- 2 977
7 982	23M114	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 4	13 125	8 934	- 4 191

Source ATIH tarifs mars 2010, sans honoraire.

Annexe 3 : Analyse de la convergence intra sectorielle (source : ATIH)

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

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

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

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

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

Principaux résultats

Sur l'ensemble de la période de transition (2005-2012), les redéploiements financiers atteindront environ 1,2 milliards d'euros dans le secteur public soit 1,6% de la base tarifaire correspondante et 140 millions d'euros dans le secteur privé soit 1,7% de la base tarifaire correspondante. En 2010, 90% de la convergence intra sectorielle a été réalisée dans le secteur public (que ce soit par le biais d'une augmentation de la fraction de tarifs jusqu'en 2007, puis par la convergence uniforme des coefficients de transition opérée en 2008 et la convergence par modulations régionales en 2009 et en 2010) et 86% dans le secteur privé.

Ainsi, d'ici à 2012, la redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence est évaluée à environ 120M€ pour les établissements ex DG, et à environ 20M€ pour les cliniques privés ex OQN.

Pour ce qui est du redéploiement inter-région en 2010 et d'ici 2012, dans le secteur privé, 12 régions sont surdotées et donc contribueront à compenser la sous dotation des autres régions de l'ordre de 9 millions d'euros. Concernant le secteur public, 8 régions sont surdotées et donc contribueront à compenser la sous dotation des autres régions d'environ 35 millions d'euros.

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

Région	Privé			
	Montant des pertes de recettes des établissements surdotés au terme de la convergence	Montant des gains de recettes des établissements sousdotés au terme de la convergence	Redistribution inter-régionale restant à opérer d'ici 2012	Part de cette redistribution par rapport au CA de la région
Alsace	- 237 521	622 271	384 750	0,25%
Aquitaine	- 2 069 210	2 711 942	642 731	0,13%
Auvergne	- 740 221	274 568	- 465 653	0,31%
Bourgogne	-	27 409	27 409	0,02%
Bretagne	- 185 675	1 161 767	976 093	0,32%
Centre	- 1 269 487	1 197 914	- 71 573	0,02%
Champagne-Ardenne	- 1 450 045	1 208 705	- 241 340	0,14%
Corse	- 253 278	376 738	123 461	0,26%
Franche-Comte	- 549 958	766 238	216 279	0,24%
Guadeloupe	- 971 474	1 036 678	65 204	0,09%
Guyane	- 285 727	70 868	- 214 859	2,17%
Ile-de-France	- 10 706 734	2 684 125	- 8 022 609	0,59%
Languedoc-Roussillon	- 3 277 002	1 483 437	- 1 793 565	0,42%
Limousin	- 482 026	209 446	- 272 580	0,30%
Lorraine	- 1 192 839	269 385	- 923 454	0,43%
Martinique	-	900 336	900 336	2,84%
Midi-Pyrenees	- 987 178	4 297 306	3 310 128	0,75%
Nord pas de Calais	- 2 670 039	3 689 885	1 019 846	0,22%
Normandie-Basse	- 109 650	1 123 702	1 014 052	0,77%
Normandie-Haute	- 844 318	289 023	- 555 295	0,29%
Pays de la Loire	- 328 772	1 740 682	1 411 909	0,35%
Picardie	- 1 064 267	661 301	- 402 966	0,31%
Poitou-Charentes	- 1 032 145	597 767	- 434 378	0,27%
Provence-Alpes-Cote-d-Azur	- 1 464 598	5 828 333	4 363 735	0,59%
Rhone-Alpes	- 6 574 924	1 978 420	- 4 596 504	0,71%
Reunion	- 1 773 825	3 919 659	2 145 835	1,81%
TOTAL	- 40 520 914	39 127 906	- 1 393 008	0,02%
		<i>Perte finale</i>	- 17 994 776	
		<i>Gain final</i>	16 601 768	

Région	Public			
	Montant des pertes de recettes des établissements surdotés au terme de la convergence	Montant des gains de recettes des établissements sousdotés au terme de la convergence	Redistribution inter-régionale restant à opérer d'ici 2012	Part de cette redistribution par rapport au CA de la région
Alsace	-	3 857 160	3 857 160	0.37%
Aquitaine	- 2 545 283	7 737 777	5 192 495	0.40%
Auvergne	- 1 060 851	1 972 844	911 993	0.15%
Bourgogne	- 945 521	5 935 058	4 989 537	0.64%
Bretagne	- 440 826	7 073 150	6 632 324	0.47%
Centre	- 819 551	6 944 245	6 124 694	0.62%
Champagne-Ardenne	- 3 498 421	1 643 547	- 1 854 874	0.31%
Corse	- 1 721 340	381 244	- 1 340 096	1.37%
Franche-Comte	- 338 829	3 699 939	3 361 110	0.61%
Guadeloupe	- 2 492 430	87 414	- 2 405 016	1.68%
Ile-de-France	- 59 183 450	5 719 164	- 53 464 286	1.02%
Languedoc-Roussillon	- 1 233 608	4 918 934	3 685 326	0.39%
Limousin	- 15 869	2 813 650	2 797 780	0.68%
Lorraine	- 8 397 956	4 155 157	- 4 242 800	0.36%
Martinique	- 1 464 653	177 308	- 1 287 345	0.59%
Midi-Pyrenees	- 2 791 867	3 526 947	735 081	0.07%
Nord pas de Calais	- 2 444 788	8 913 817	6 469 029	0.33%
Normandie-Basse	- 3 630 199	2 834 836	- 795 363	0.11%
Normandie-Haute	- 2 241 393	3 127 538	886 144	0.13%
Pays de la Loire	- 123 856	10 485 548	10 361 692	0.77%
Picardie	- 1 607 872	3 344 848	1 736 976	0.21%
Poitou-Charentes	- 195 030	4 806 480	4 611 450	0.61%
Provence-Alpes-Cote-d-Azur	- 17 406 051	6 900 744	- 10 505 307	0.50%
Rhone-Alpes	- 4 727 075	18 664 925	13 937 851	0.54%
Reunion	- 456 828	2 649 474	2 192 646	0.64%
TOTAL	- 119 783 546	122 371 748	2 588 202	0.01%
		Perte finale	- 75 895 087	
		Gain final	78 483 289	

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

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

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

PUBLIC		
Année	Vitesse imposée	Vitesse observée
2008	30.00%	30.00%
2009	33.33%	34.29%
2010	50.00%	50.24%

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

Dans le cadre du dispositif de transition, les tarifs des cliniques privées sont équivalents aux tarifs nationaux de ce secteur affectés d'un coefficient de transition qui doit converger vers 1 d'ici à 2012. Ce dispositif a été mis en place en 2005 lors de la mise en œuvre de la T2A dans ce secteur. Il s'agit ici d'analyser l'évolution de la convergence de ces coefficients de transition entre 2005 et 2010.

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

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

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

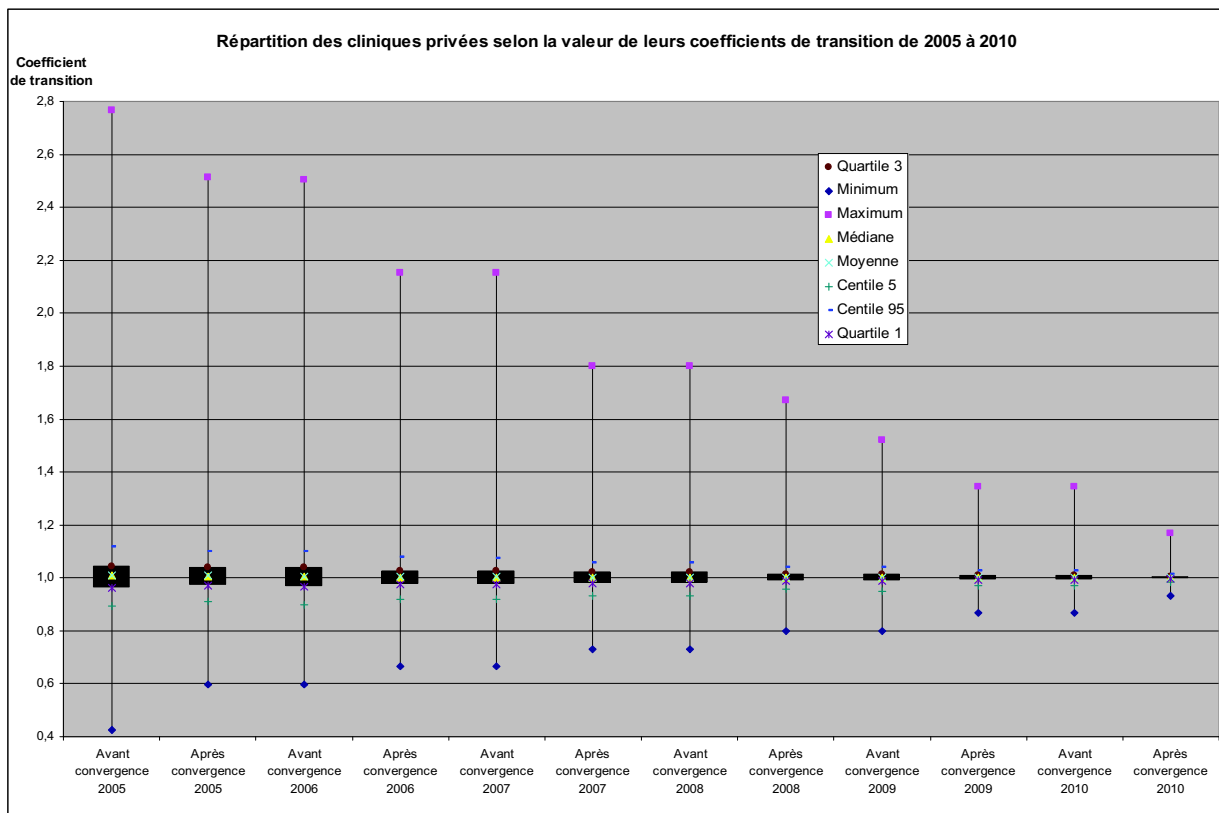
Les régions ont bien utilisé ces deux types de modulation. Ainsi, la vitesse de convergence nationale chaque année de 2006 à 2010 inclus était supérieure à celle imposée.

Le tableau 3 et le graphique présentent la dispersion des cliniques privées en fonction de leur coefficient de transition entre 2005 et 2010, et ce avant et après convergence. En 2010, 302 établissements sur les 1146 concernés (soit 26%) ont leur coefficient de transition qui a convergé à 1 et donc ont terminé leur convergence. Sur cette même année, 50% des établissements ex-OQN ont un coefficient compris entre 0,9959 et 1,0040, et 90% entre 0,9854 et 1,0135. L'écart entre le quartile 3 et le quartile 1 (i.e. interquartile) se réduit d'année en année, confortant la convergence vers 1. En effet l'interquartile valait 0,081 en 2005 avant toute convergence, et il est, en 2010 après convergence, de 0,0081, soit une baisse de 90,1%. De même, les valeurs des coefficients maximum et minimum ont convergé vers 1. Ainsi le minimum des coefficients est passé de 0,4260 en 2005 avant convergence à 0,9330 en 2010 après convergence. Et le maximum des coefficients de transition qui était à 2,7640 avant la convergence en 2005 vaut désormais en 2010 après convergence 1,1703.

Tableau 3 : Dispersion des coefficients de transition des cliniques privées entre 2005 et 2010

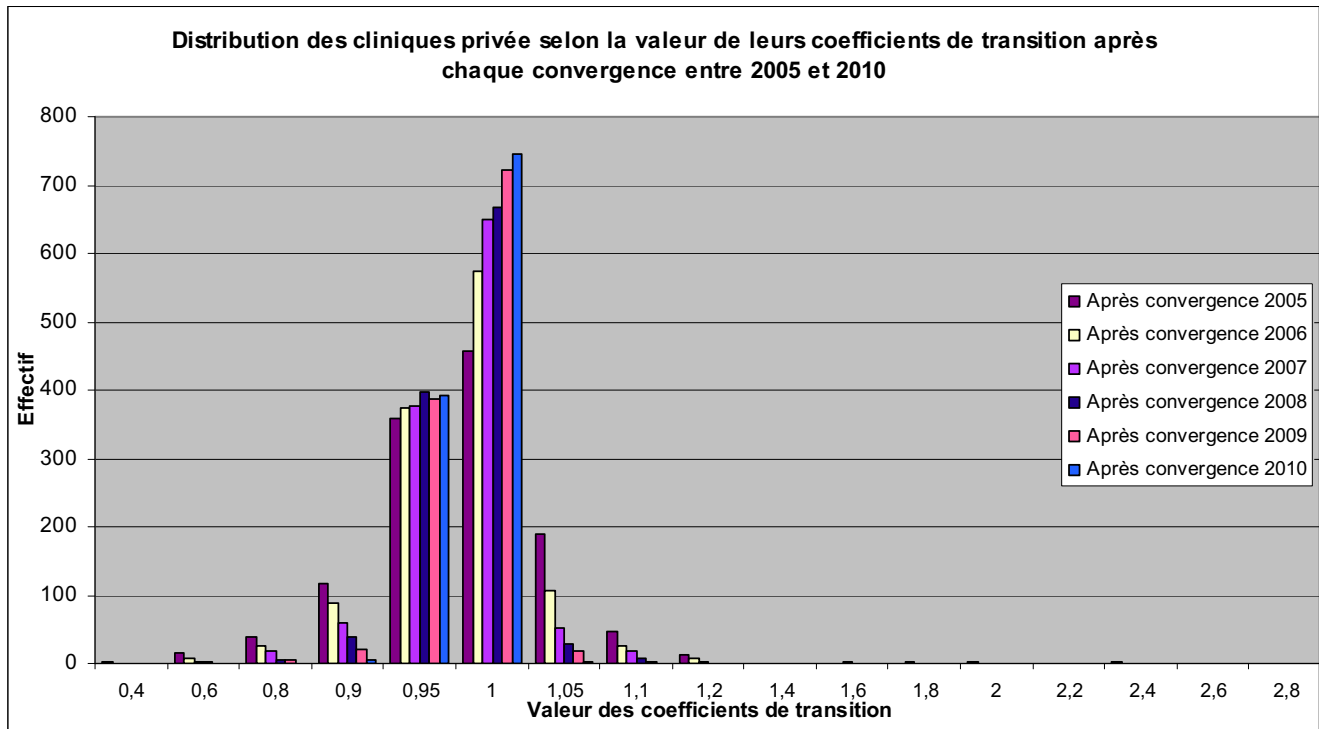
		Minimum	Centile 5	Quartile 1	Médiane	Moyenne	Quartile 3	Centile 95	Maximum
2005	avant convergence	0,4260	0,8942	0,9630	1,0080	1,0096	1,0450	1,1150	2,7640
	après convergence	0,5980	0,9091	0,9694	1,0060	1,0084	1,0390	1,1000	2,5120
2006	avant convergence	0,5980	0,8972	0,9680	1,0060	1,0062	1,0390	1,0994	2,5050
	après convergence	0,6650	0,9202	0,9760	1,0000	1,0047	1,0287	1,0779	2,1500
2007	avant convergence	0,6650	0,9177	0,9756	1,0000	1,0040	1,0279	1,0726	2,1500
	après convergence	0,7320	0,9341	0,9815	1,0000	1,0030	1,0218	1,0568	1,8000
2008	avant convergence	0,7320	0,9341	0,9814	1,0000	1,0028	1,0218	1,0566	1,8000
	après convergence	0,7990	0,9577	0,9867	1,0000	1,0020	1,0153	1,0415	1,6689
2009	avant convergence	0,7990	0,9500	0,9864	1,0000	1,0006	1,0154	1,0412	1,5185
	après convergence	0,8660	0,9707	0,9911	1,0000	1,0003	1,0085	1,0267	1,3427
2010	avant convergence	0,8660	0,9698	0,9911	1,0000	1,0002	1,0084	1,0270	1,3427
	après convergence	0,9330	0,9855	0,9959	1,0000	1,0001	1,0040	1,0135	1,1703

Graphique 1 : Répartition des cliniques privées selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2005 et 2010



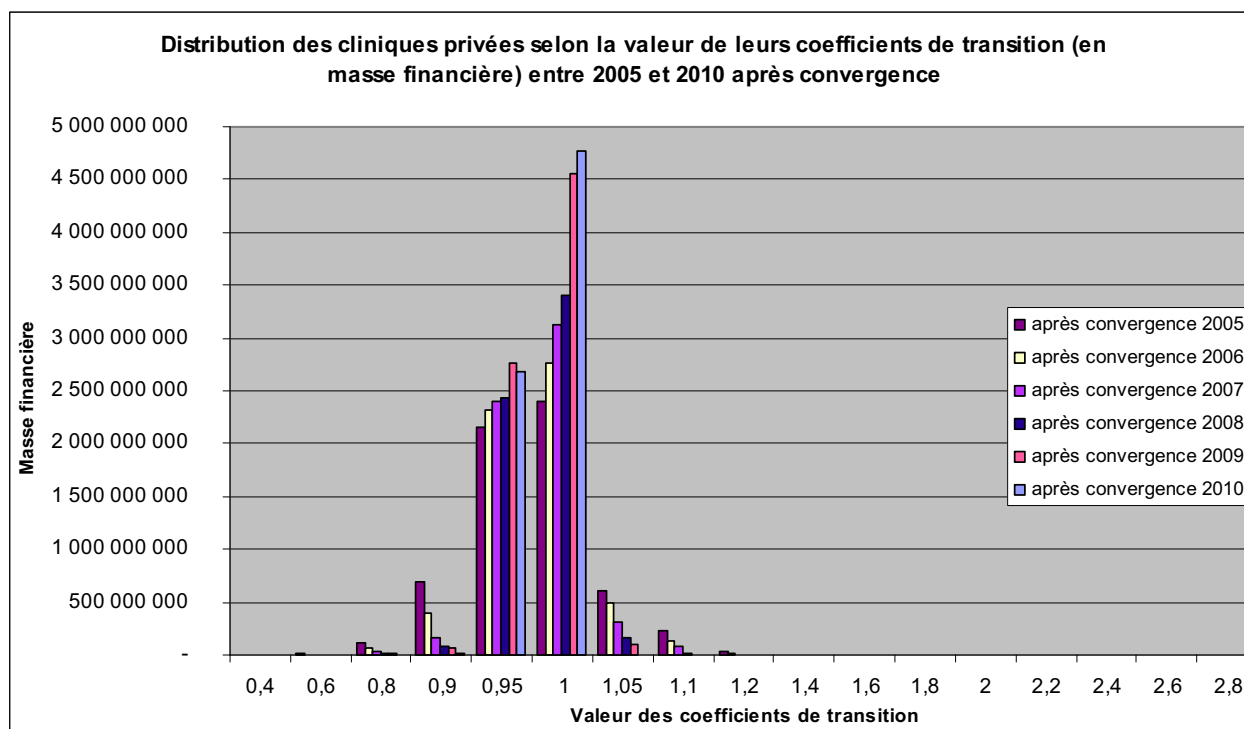
Le graphique 2 montre comment se distribuent les cliniques privées en fonction de leur coefficient de transition entre 2005 et 2010 après application de la convergence. Dans chaque intervalle $[a ; b[$, est représenté l'effectif des établissements ayant un coefficient inclus dans $[a ; b[$. Au fil de la convergence, le nombre d'établissements ayant un coefficient inclus entre 1 et 1,05 et celui des établissements ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1 augmente, tandis que pour les autres intervalles les effectifs diminuent.

Graphique 2 : Distribution des cliniques privées selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2005 et 2010, après convergence



Le graphique 3 représente la distribution en masse financière des cliniques privées selon leur coefficient de transition entre 2005 et 2010 après application de la convergence. Dans chaque intervalle [a ; b], est représentée la masse financière des établissements ayant un coefficient inclus dans [a ; b]. Au fur et à mesure de la convergence, les masses financières deviennent plus importantes pour les intervalles de coefficients de transition compris entre 0,95 et 1,05.

Graphique 3 : Distribution des coefficients de transition des cliniques privées entre 2005 et 2010, après convergence, en masse financière



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

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

Depuis Mars 2008, le dispositif de transition est basé sur un coefficient de transition propre à chaque établissement et l'activité des établissements TAA du secteur ex-DG est valorisée à 100%. Les tarifs de chaque établissement sont donc obtenus par application du coefficient de transition aux tarifs nationaux. Dès son application, ce coefficient a convergé en suivant une vitesse uniforme de 30%. En 2009 et en 2010, les régions avaient la possibilité de moduler la convergence des établissements dans le respect du niveau de convergence moyen imposé.

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

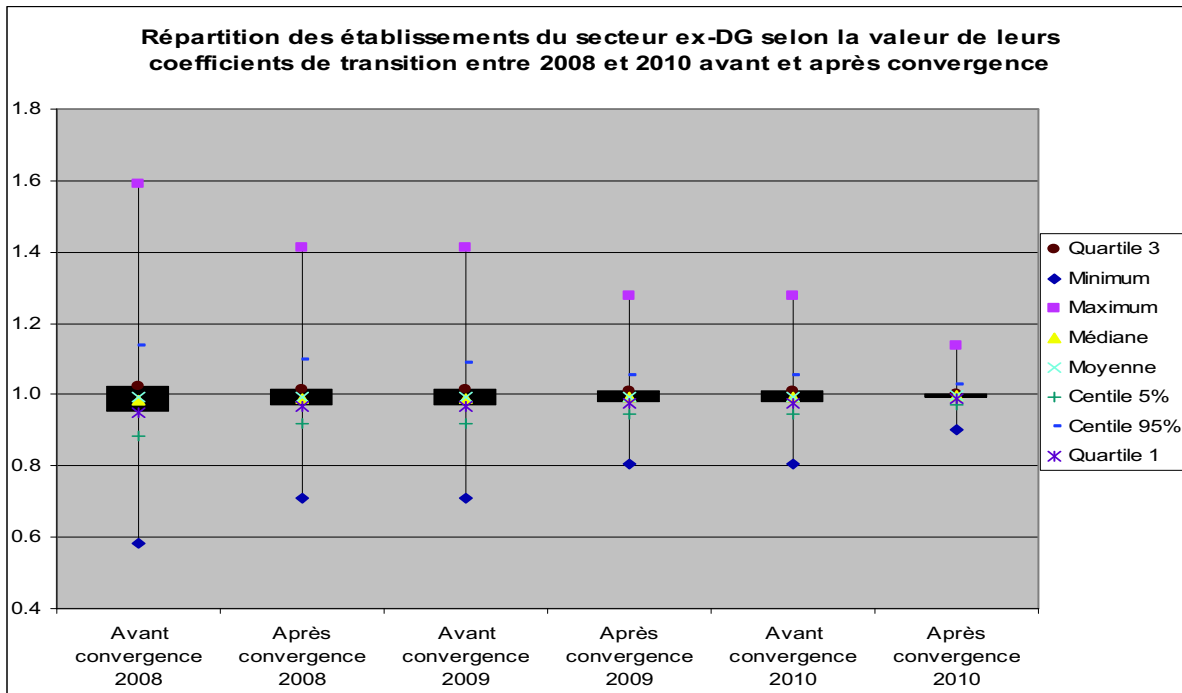
En 2008, aucune modulation de la convergence par les régions n'est envisagée, contrairement à 2009 et 2010.

Le tableau 4 et le graphique 4 présentent la dispersion des coefficients de transition des établissements TAA du secteur ex-DG entre 2008 et 2010, et ce avant et après convergence. En 2010, 26 établissements sur les 607 (soit 4,3%) ont leur coefficient de transition à 1 et donc ont terminé leur convergence. De plus, 50% des établissements ex-DG concernés ont un coefficient compris entre 0,9891 et 1,0040, et 90% entre 0,9732 et 1,0267. L'interquartile diminue suite à la convergence. En effet, il valait 0,0728 en 2008 avant toute convergence, et il est en 2010, après convergence, de 0,0149, soit une baisse de 79,5%. De même, les valeurs des coefficients maximum et minimum ont convergé vers 1. Ainsi le minimum des coefficients est passé de 0,5824 avant convergence en 2008 à 0,9026 après convergence en 2010. Et le maximum des coefficients de transition qui était à 1,5901 avant la convergence 2008 vaut désormais en 2010 après convergence 1,1377.

Tableau 4 : Dispersion des coefficients de transition des établissements ex-DG TAA entre 2008 et 2010

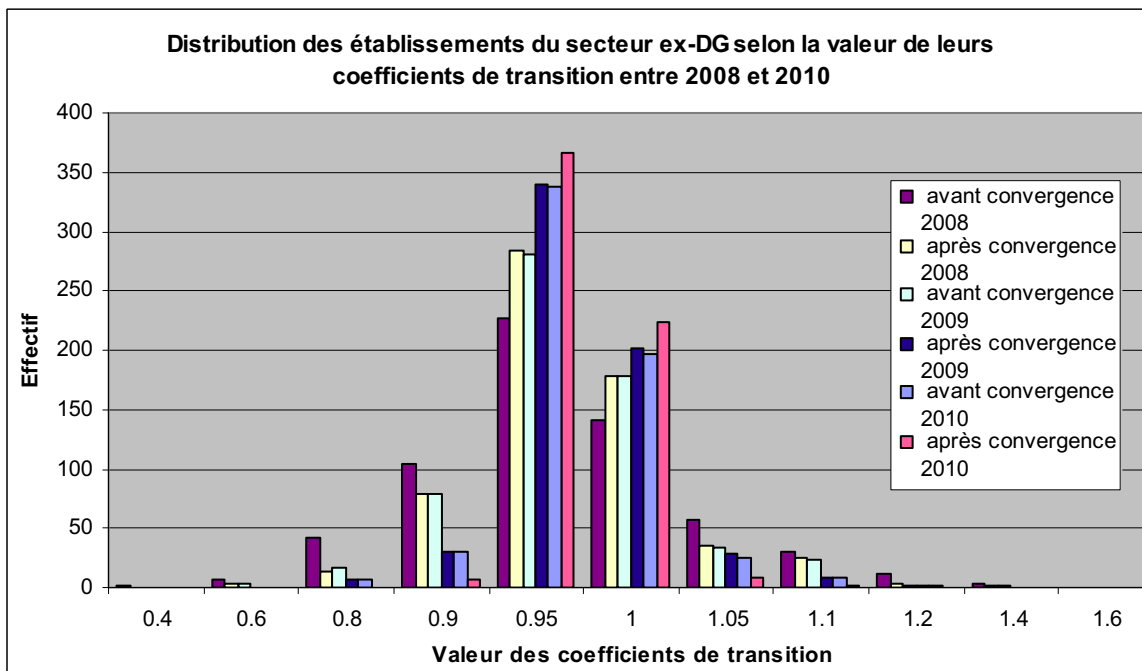
		Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Quartile 1	Quartile 3	Centile 5%	Centile 95%
2008	Avant convergence	0,5824	1,5901	0,9831	0,9919	0,9508	1,0236	0,8851	1,1370
	Après convergence	0,7077	1,4131	0,9881	0,9943	0,9656	1,0166	0,9196	1,0959
2009	Avant convergence	0,7077	1,4131	0,988	0,9926	0,96495	1,0158	0,9194	1,0889
	Après convergence	0,8051	1,2754	0,992	0,9951	0,9776	1,0101	0,9464	1,0544
2010	Avant convergence	0,8051	1,2754	0,9917	0,9946	0,9774	1,0087	0,9463	1,0532
	Après convergence	0,9026	1,1377	0,9959	0,9973	0,9891	1,0040	0,9732	1,0267

Graphique 4 : Répartition des établissements du secteur ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2008 et 2010



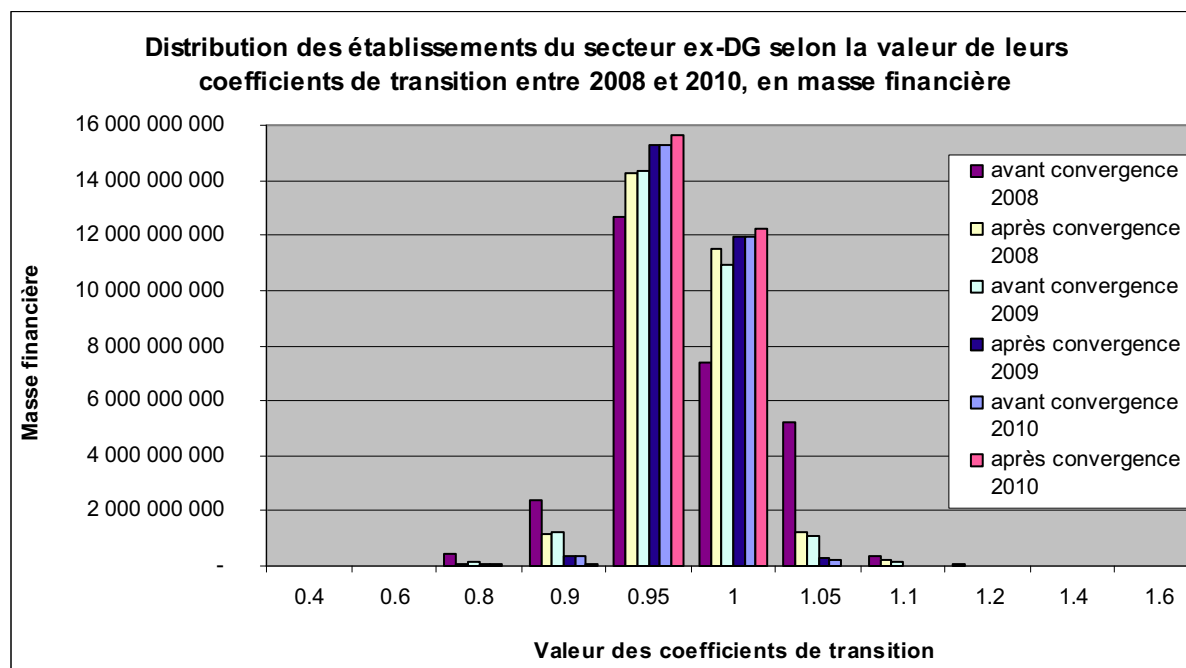
Le graphique 5 présente la distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2008 et 2010 avant et après application de la convergence. Dans chaque intervalle $[a ; b]$, est représenté l'effectif des établissements ayant un coefficient inclus dans cet intervalle. Si l'on compare la distribution de cet effectif avant et après convergence, il apparaît que le nombre d'établissements ayant un coefficient inclus entre 1 et 1,05 et ceux ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1 augmentent, tandis que pour les autres intervalles les masses diminuent.

Graphique 5 : Distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2008 et 2010, avant et après convergence



Le graphique 6 représente la distribution en masse financière des coefficients de transition du secteur ex-DG entre 2008 et 2010 avant et après application de la convergence. Dans chaque intervalle $[a;b]$, est représentée la masse financière des établissements ayant un coefficient inclus dans cet intervalle. Après convergence, les masses financières deviennent plus importantes pour les intervalles de coefficients de transition compris entre 0,95 et 1,05.

Graphique 6 : Distribution des établissements ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition entre 2008 et 2010, avant et après convergence, en masse financière



Ainsi, la convergence dans le secteur ex-DG est plus importante que celle fixée à 50% en 2010. Les modalités de modulation mises à la disposition des régions pour la première fois en 2009 sont maîtrisées et bien utilisées. Suite à cette convergence, un plus grand nombre d'établissements se retrouvent parmi ceux ayant un coefficient compris entre 0,95 et 1,05, donc se rapprochant de 1.

Comparaison de la dispersion des coefficients de transition entre le secteur ex-OQN et le secteur ex-DG en 2010

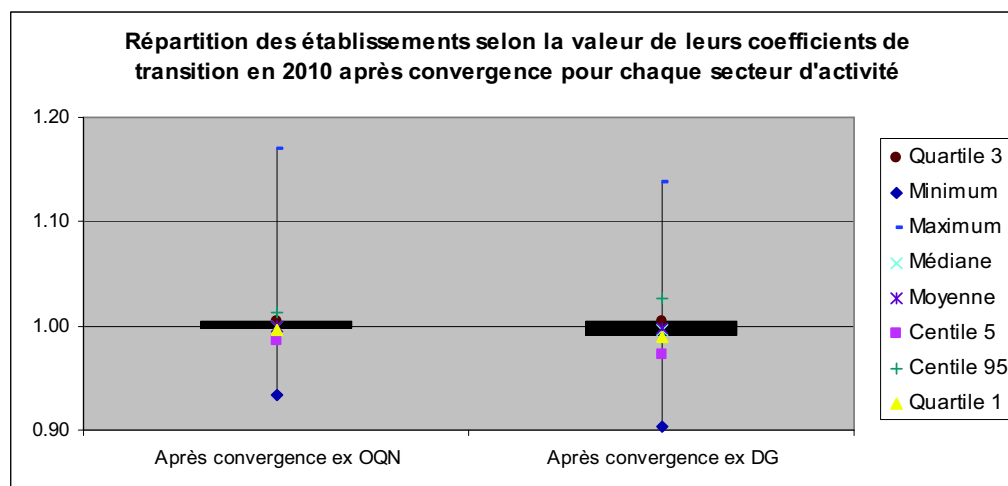
Dans le secteur ex-DG comme dans le secteur ex-OQN, les coefficients sont amenés à converger vers 1 d'ici à 2012. Aussi, il est intéressant de comparer l'état de leur convergence en 2010.

Le tableau 5 présente la dispersion des coefficients de transition pour les deux secteurs concernés, en 2010. Il apparaît que les établissements du secteur ex-OQN ont leurs coefficients plus concentrés autour de 1 que ceux du secteur ex-DG. La médiane des établissements du secteur ex-DG est légèrement inférieure à 1 quand celle du secteur ex-OQN vaut 1. De plus l'interquartile est plus faible dans le privé que dans le public après convergence (respectivement 0,0081 et 0,0149). Ceci correspond sur le graphique 7 à un rectangle noir plus étroit pour les ex-OQN que pour les ex-DG. Enfin l'écart entre les centiles à 5% et à 95% est bien plus resserré pour les cliniques privées que pour les établissements ex-DG (respectivement 0,028 et 0,535).

Tableau 5 : Dispersion des coefficients de transition des établissements ex-DG et ex-OQN en 2010

		Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Quartile 1	Quartile 3	Centile 5%	Centile 95%
Secteur Ex-DG	Avant convergence	0,8051	1,2754	0,9917	0,9946	0,9774	1,0087	0,9463	1,0532
	Après convergence	0,9026	1,1377	0,9959	0,9973	0,9891	1,0040	0,9732	1,0267
Secteur Ex-OQN	Avant convergence	0,8660	1,3427	1,0000	1,0002	0,9911	1,0084	0,9698	1,0270
	Après convergence	0,9330	1,1703	1,0000	1,0001	0,9959	1,0040	0,9855	1,0135

Graphique 7 : Répartition des établissements ex-OQN et ex-DG selon la valeur de leurs coefficients de transition en 2010, après convergence



Ces différences de répartition des coefficients de transition entre les deux secteurs sont liées à une mise en place de ces coefficients avec la possibilité pour les régions de moduler leur convergence (en respectant la neutralité financière) différée pour le secteur ex DG (dès 2005 pour le secteur privé alors que ce ne fut possible dans le secteur public qu'à partir de 2009). Cependant, en raisonnant en masse financière concernée par la convergence, le secteur public a redistribué près de 90% de cette masse, contre 86% de la masse correspondante pour le secteur privé.

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

Annexe 4 : Comparaison des tarifs du secteur ex-DG et du secteur ex-OQN (ATIH):

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

1) Corrections réalisées

- Prise en compte des honoraires des praticiens :

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

Pour permettre la comparaison des tarifs de GHS des deux secteurs, il convient de réintégrer dans les tarifs des GHS du secteur privé les honoraires des praticiens²⁸.

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

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

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

Par ailleurs, il convient de noter que les comparaisons qui sont opérées ne concernent que les activités communes aux deux secteurs. En effet, il existe des GHS qui sont réalisés uniquement dans le secteur public. Il s'agit principalement de l'activité de radiothérapie²⁹. Cette activité est très importante en fréquence et ses tarifs sont nettement inférieurs au tarif moyen public. De même les transplantations et les greffes (CM 27) ne sont pas réalisées dans le secteur privé. Cette activité n'entre donc pas non plus dans le champ de la comparaison. L'activité de dialyse n'a pas été retenue dans le champ de la comparaison puisqu'elle ne relève pas de la classification en GHS.

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

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

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

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

Pour cet exercice, il a été décidé de mettre à jour les données d'activité afin de calculer l'écart facial des tarifs moyens sur les données les plus récentes. Cette mise à jour est rendue nécessaire compte

²⁸ Les dépassements d'honoraires sont pris en compte dans les montants réintégrés puisque ces derniers sont basés sur les montants facturés.

²⁹ Bien qu'assurée dans le privé, elle ne fait pas l'objet d'une facturation en GHS mais via des honoraires. Cf. rapport T2A

tenu du fort changement de structure d'activité observée en 2009, induit par la mise en place d'une nouvelle version de classification.

Les résultats présentés ici reposent donc sur les données d'activités 2009, pour chacun des deux secteurs, groupées selon la version 11 de la classification.

3) Résultats globaux sur les tarifs 2010

i. Résultats globaux

- *Comparaison des tarifs moyens propres à chaque secteur*

En 2010, le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut 919€. Une fois les différentes corrections opérées (i.e. intégration des honoraires des praticiens, prise compte de la tarification des bornes) sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 466 €.

Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 030 €.

Le ratio moyen tarif privé 2010/tarif public 2010 est égal à 72%.

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

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

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

type d'activité retenue	Ex-DG	Ex-OQN	deux secteurs
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex-OQN	1 547.32	1 465.81	1 517.72
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex-DG	2 030.32	1 767.81	1 934.99
ratio (public - privé) / public en masse	23.79%	17.08%	21.56%

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

Le premier écart, qui s'élève à 23,8%, est calculé à activité identique en termes de nombre et de répartition des GHS pour les deux secteurs : privé et public. L'activité retenue est celle des établissements du secteur public. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur public.

Le deuxième écart, de l'ordre de 17,1% en 2010, est basé sur l'activité du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle du secteur privé.

Enfin le troisième écart, de l'ordre de 21,6% en 2010, est calculé sur la base l'ensemble des activités du secteur public et du secteur privé. Cet écart peut être interprété comme l'écart de rémunération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, si ces deux secteurs avaient la même structure d'activité : celle constituée par l'agrégation de l'activité des deux secteurs.

ii. Comparaison avec les résultats sur les tarifs 2009

- Mise à jour des résultats 2009

Afin que les résultats soient comparables avec ceux issus de l'analyse des tarifs 2010, l'exercice a été réalisé à partir des tarifs 2009. Dans ce cas et afin de ne pas introduire d'effet relatif à l'activité, la même activité (celle relative à l'exercice 2009) a été utilisée. Par ailleurs, la réintégration des honoraires s'est faite selon la même structure que celle utilisée pour les tarifs 2010. Du fait de ces mises à jour, les résultats présentés ici ne sont pas comparables à ceux qui ont été produits l'année dernière et qui reposaient sur la structure d'activité de l'exercice 2007.

En 2009, le tarif moyen brut (seulement corrigé de la présence des extrêmes) du secteur privé vaut 906€. Une fois les différentes corrections opérées, sans tenir compte des prestations facturables en sus, ce tarif s'élève à 1 453 €. Pour le secteur public, le tarif moyen vaut 2 045 €. Le ratio moyen tarif privé 2009 / tarif public 2009 est égal à 71%.

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

type d'activité retenue	Ex-DG	Ex-OQN	deux secteurs
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex-OQN	1 513.52	1 452.45	1 491.34
tarif moyen calculé sur les tarifs du secteur ex-DG	2 045.40	1 801.38	1 956.79
ratio (public - privé) / public en masse	26.00%	19.37%	23.79%

- Rapprochement des tarifs entre 2009 et 2010

Comparaison des ratios des tarifs moyens calculés sur la même activité

type d'activité retenue	Ex-DG	Ex-OQN	deux secteurs
ratio (public - privé) / public en masse 2010	23.79%	17.08%	21.56%
ratio (public - privé) / public en masse 2009	26.00%	19.37%	23.79%
Ecart 2010 - 2009	-2.21%	-2.29%	-2.23%

Ainsi, en 2009, l'écart de tarifs était de 26,00% en se basant sur l'activité du secteur public soit un écart de 2,2% par rapport à 2010.

Si l'on considère non plus l'activité du secteur ex DG mais celle du secteur ex OQN, l'écart de tarifs était de 19,4% en 2009 soit un écart de 2,3% par rapport à 2009.

Il peut être constaté que l'écart facial des tarifs a diminué entre 2009 et 2010 notamment du fait des mesures de financement de la campagne 2010 (notamment la convergence intersectorielle ciblée).

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

Il convient de rappeler que ces écarts ont été calculés à activité identique en termes de nombre et de répartition des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) pour les deux secteurs.

4) Analyse par GHS sur la valeur faciale des tarifs

La comparaison faciale des deux échelles de tarifs 2010 fait apparaître 37 GHS pour lesquels les tarifs du secteur privé sont supérieurs à ceux du public. Il convient de noter que cette comparaison directe n'a pas de sens puisque :

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

Une fois les corrections opérées, il apparaît que 242 GHS présentent un tarif moyen supérieur pour le secteur ex OQN que pour le secteur ex DG.

Ces 242 GHS représentent environ 1,2 millions de séjours³⁰ des cliniques privées soit 16% de l'activité du secteur. La masse financière de ces séjours est évaluée à 2,3 Milliards d'€ soit 22% de la masse du secteur.

Il convient de noter que parmi les GHS pour lesquels le tarif moyen des cliniques est supérieur à celui des établissements antérieurement sous DG, certains sont emblématiques de l'activité des cliniques.

ghmv11b	libellé GHM	GHM faisant parti de la liste des 45 GHM proposés à la convergence intersectorielle
02C051	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1	oui
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	oui
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	oui
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	non
05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	oui

Une analyse par GHS montre qu'il existe aujourd'hui des GHS pour lesquels le tarif du secteur privé se trouve être supérieur au tarif du public (ou très voisin). Pour 352 GHS, le ratio tarif privé 2010 / tarif public 2010 est supérieur à 90%. Parmi ces 352 GHS qui proviennent de 237 racines différentes, on dénombre 117 GHS dont le GHM se termine par J ou T, et 33 GHS qui sont associés à un GHM en Z. Sur les tarifs 2009, 334 GHS étaient concernés, 81 en 2008, 76 en 2006. Parmi ces GHS, 25 d'entre eux ont pour le secteur ex-OQN un nombre de séjours supérieur à 20 000 séjours.

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

³⁰ Sur la base des données d'activité 2009 du secteur

5) Approches complémentaires sur initiative des professionnels

L'approche de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

La FHF soutient que le calcul de l'écart doit s'effectuer sur une base référentielle d'activité la plus commune possible entre les deux secteurs. Elle retient les seuls GHS pour lesquels un effectif minimum de 1000 séjours est existant dans l'ENCC de chacun des deux secteurs, ce qu'elle analyse comme correspondant à la zone réelle de concurrence entre public et privé. Avec ce choix 96 GHS sont retenus par la FHF et représentent 67% du chiffre d'affaire du secteur privé et 36% du secteur public. Il faut noter que près de la moitié de ces 96 GHS relève de la CM 24 et concerne des séjours ambulatoires ou de moins de deux jours.

En retenant cette approche pour déterminer la base référentielle d'activité utilisée pour calculer l'écart facial tarifaire inter sectoriel :

Base d'activité de référence 96 GHS (>1000 séjours ENCC dans chaque secteur)	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2008 du privé (V10)	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2008 du public (V10)	Ecart tarifaire facial 2008 (en masse)
Base d'activité du public	1036,69 €	1360,36 €	24%
Base d'activité du privé	1178,50 €	1425,37 €	17%
Base d'activité agrégée public/privé	1104,91 €	1391,63 €	21 %

Le changement de classification opéré en 2009 ne permet pas de calculer une évolution liée à la V11 sur la même base d'activité de référence.

Pour conserver la méthodologie et la logique qu'avait retenues la FHF d'une base référentielle constituée des GHM présentant un nombre de séjours représentatif au sein de l'ENCC de chacun des deux secteurs, cela amène à retenir 146 GHM dans le cadre de la V11.

Cette base d'activité référentielle représente 74% des séjours et 58% de la masse financière du secteur privé et 42% des séjours et 23% de la masse financière du secteur public.

Base d'activité de référence 146 GHS (>1000 séjours ENCC dans chaque secteur)	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2009 du privé (V11)	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2009 du public (V11)	Ecart tarifaire facial 2009 (en masse)
Base d'activité du public	1107,69€	1349,16 €	18%
Base d'activité du privé	1110,65 €	1307,62 €	15 %
Base d'activité agrégée public/privé	1109,21 €	1327,86 €	16 %

L'approche de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

A l'été 2009 la FHP a mené une campagne de communication grand public visant à promouvoir le « tarif unique » et à accéder à une convergence intersectorielle sur une liste de 50 GHM. Dans la pratique la méthodologie utilisée pour retenir les GHM sur lesquels la FHP souhaite une convergence tarifaire à court terme, s'appuie sur des critères de représentativité dans chacun des secteurs, de poids relatif dans le secteur privé, d'économie potentielle pour l'Assurance Maladie, ou encore de lourdeur de prise en charge.

Cette liste de GHM représente 35% des séjours et 33% de la masse financière du secteur privé et 28% des séjours et 19% de la masse financière du secteur public.

L'écart facial tarifaire existant sur la base d'activité considérée, en neutralisant les écarts de champ, est de l'ordre de 23% quelque soit la base d'activité de référence retenue.

Base d'activité GHS retenue par la FHP	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2009 du privé (V11)	Tarif moyen calculé sur les tarifs 2009 du public (V11)	Ecart tarifaire facial 2009 (en masse)
Base d'activité du public	1325,17€	1730,22 €	23,4 %
Base d'activité du privé	1212,20 €	1569,24 €	22,7 %
Base d'activité agrégée public/privé	1276,30 €	1660,58 €	23,1 %

Annexe 5 : Détail des 35 GHM de la « convergence ciblée »

Liste de 35 GHM proposés à la convergence (Cf. liste infra) :

- **21 GHM proposés à convergence totale**, pour un montant d'économies Assurance Maladie de **62M€**, se déclinant comme suit :
 - **8 couples de GHM de chirurgie ambulatoire** avec leur équivalent en niveau 1 faisant également l'objet d'une politique tarifaire incitative avec fixation d'un tarif unique (Cf. supra construction des tarifs). **Economies de 29 M€**
 - **3 GHM de chirurgie légère de niveau 1 et 1 GHM d'ambulatoire** (sans existence de niveau 1 donc sans risque d'être désincitatif à l'ambulatoire). Economies de **20 M€**
 - **1 GHM d'obstétrique** : Césariennes sans complication significative. **Economies de 13 M€**

- **14 GHM proposés à rapprochement tarifaire** avec une perte limitée, pour un montant d'économies globales de **88 M€**, se déclinant comme suit :
 - **2 GHM d'obstétrique** : accouchement et nouveau-nés dont le sens de convergence est différent, à savoir :
 - **Accouchement par voie basse** sans complication significative avec un taux de convergence à 50% représentant une hausse du tarif du public vers celui du privé. **Coût de 22 M€**
 - **Nouveau-nés normaux** avec un taux de convergence à 46% représentant une baisse du tarif du public vers celui du privé. **Economies de 53 M€**
 - **11 GHM autres dont** :
 - 1 couple de GHM de chirurgie ambulatoire avec son équivalent en niveau 1,
 - 8 GHM de chirurgie légère de niveau 1
 - 1 GHM de séance (transfusion) avec un taux de convergence à 35%. **Economies de 37M€**
 - **1 GHM de chimiothérapie** en séances avec un taux de convergence à 25 %. **Economies de 20 M€.**

LISTE DES 35 GHM – Convergence ciblée 2010

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
03C141	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	convergence totale
05C171	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	convergence totale
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	convergence totale
06C121	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	convergence totale
08C451	Ménisectomie sous arthroscopie, niveau 1	convergence totale
08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	convergence totale
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	convergence totale
12C081	Circoncision, niveau 1	convergence totale
13C12J	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, en ambulatoire	convergence totale
13C121	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes, niveau 1	convergence totale
11K08J	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	convergence totale
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	convergence totale
06C111	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	convergence totale
13C031	Hystérectomies, niveau 1	convergence totale
14C02A	Césariennes sans complication significative	convergence totale
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	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 %
03K021	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
06C141	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
08C481	Autres prothèses de hanche, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
09C051	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
11C051	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	Taux de convergence à 35 %
28Z14Z	Transfusions, en séances	Taux de convergence à 35 %
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Taux de convergence à 25 %

Annexe 6 : Calendrier études convergence

Sous dossier	Intitulé de l'étude	Objectif	Date de démarrage	Date limite	Résultat attendu	Résultats réalisés
Coût du travail ; rémunération des personnels non médicaux ; écarts de coût par GHM, structures de qualification (en cours de réflexion) ; écarts de coûts global	Analyse du circuit patient	Analyse du circuit éventuel lié à la prise en charge des patients hospitalisés à la suite de leur entrée en urgence Comparaison des coûts des séjours entre les patients entrés en urgence et les autres patients, à GHM identique et à caractéristiques de patientèle comparables. Evolution du circuit des séjours au niveau des GHM et au niveau des établissements	04/02/2009	29/07/2009	- Lancement de l'étude : 22/04/09 - Résultats de la phase exploratoire : 29/07/09	Au 30 avril 2010 : Utilisation des résultats: Au 15 juin 2010 : - Allé actualisée enquête déjà menée en 2009 - résultat mis à jours pour été 2010 Utilisation des résultats: en attente des conclusions de l'étude
Activité non programmée ; volet structurel	Analyse du circuit structurel / Gestion de crise	Analyse des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation d'urgence médicale Quantification des réserves capacitaires nécessaires pour que les établissements de santé concernés répondent à leurs obligations en matière de prise en charge des patients entrés en urgence Analyse de ce circuit structurel : identification des facteurs et quantification des surcoûts associés Intégration de la problématique de la gestion de crise Propositions de modélisation économique	25/03/2009	30/10/2010	Surcoût structurel : - Revue de littérature : 01/10 - Monographie d'établissement : 04/2010 - Modélisation économique : 10/2010 Gestion de crise : - Revue de littérature : 04/2010 - Objectif fixé: mettre en évidence la part non couverte par des financements quelle que soit leur nature 07/2010 - Modélisation économique : 10/2010	Au 15 juin 2010 : - Revue de littérature faite - Choix d'établissements pour monographies en cours de prise de contact (résultats fin été 2010) - Rapport d'étape pour la commission des affaires sociales (10 sept 2010) Utilisation des résultats: en attente des conclusions de l'étude
Effets de taille et gamme	Etude T&G	Evaluer l'impact de : - l'effet de taille d'une part - et de l'effet de gamme de l'autre - sur les coûts d'un établissement Pour une éventuelle MGS CHU 2010 ?	01/12/2009	01/10/2010	- Recueil et traitement des données : été 2010 - Analyse des résultats et synthèses : 01/10/10	Au 15 juin 2010 : - Complément de la revue de littérature par des pays européens - Affinage des indicateurs / rencontre avec ATIH 7 mai 2010 - Dictionnaire des variables élaborés - en attente d'une 1ère liste d'établissements Utilisation des résultats: en attente des conclusions de l'étude
PDSH médicale privé	Etude CNAMIS : Coût de la PDSH médicale du secteur privé	Détermination des charges non médicales de PDSH				Au 15 juin 2010 : résultats pour le 1er oct. 2010 Utilisation des résultats:
PDSH non médicale	Etude Delta Phase 2 : Evaluation du coût de la PDSH non médicale	Réunion avec des établissements représentatifs afin de valider la méthodologie Enquête auprès d'établissements Analyse et exploitation des résultats	janv-10	30/10/2010	Poursuite de la reconstitution territoriale: suivi des ARS	Au 15 juin 2010 : - en attente de retour de la 1ère réunion de travail technique (écriture du questionnaire) Utilisation des résultats: en attente des conclusions de l'étude - les résultats seront exploités pour la campagne 2012
Activités péri hospitalières	Charges péri hospitalières	Analyser les charges péri-hospitalières attachées aux séjours hospitaliers en MCC Mettre en évidence d'éventuelles différences de pratiques en matière de charges péri hospitalières entre le secteur public et le secteur privé Evaluer le cas échéant leur impact économique.	11/03/2009	15/06/2009	- Phase exploratoire : 28/04/09 - Exploitation des résultats de la phase exploratoire : 15/06/09	Au 30 avril 2010 : Phase exploratoire terminée Au 15 juin 2010 : - Vérifier les résultats en coût cumulé GHS + périhospitalier
Approche tous financeurs		en cours de réflexion / article avec l'actualisation du coût médical				
Fiscalité		Les différentiels de fiscalité ne sont pas directement liés au processus de convergence				

Annexe 7 : Coût du travail – Résultats de l'étude AUMERAS (avril 2010)

1) Coût global

- Le secteur privé ex-DG

Globalement, pour l'ensemble du personnel hors médecins : le coût global du travail est près de 11% plus élevé dans le secteur privé ex-DG que dans le secteur ex-OQN, et 6,5 % plus élevé dans le secteur privé ex-DG que dans le secteur public.

- Le secteur public

- Le coût global du travail des personnels soignants et sociaux est 3,3 % plus élevé dans le secteur public que dans le secteur ex-OQN.

- Le coût global du travail des personnels administratifs et techniciens est 0,6 % plus élevé dans le secteur public que dans le secteur ex-OQN.

- Le coût global du travail des agents de service et employés administratifs est 18,8 % plus élevé dans le secteur public que dans le secteur ex-OQN.

- Le coût global du travail des ouvriers est 3,4 % plus élevé dans le secteur public que dans le secteur ex-OQN.

- les cadres non médicaux : le coût global du travail est 33,3 % plus élevé dans le secteur ex-OQN que dans le secteur public.

- Le secteur privé ex-OQN

Le pourcentage de charges salariales est plus élevé dans le secteur privé (ex-DG et ex-OQN confondus) que dans le secteur public.

2) Les salaires nets

Les charges salariales sont sensiblement moins élevées dans le secteur public. De ce fait, le secteur public perçoit le salaire net le plus élevé (malgré un coût global inférieur) :

- En règle générale, les rémunérations nettes mensuelles sont inférieures dans les établissements privés à celles versées dans les hôpitaux publics. Cet écart s'avère nettement plus marqué dans les établissements ex-OQN que dans ceux ex-DG.
- Néanmoins, en moyenne, les cadres salariés perçoivent des salaires mensuels nets plus élevés dans les établissements privés ex-OQN que dans les hôpitaux publics.

Les charges salariales les plus élevées sont dans le secteur ex-DG.

Dans ce secteur, les charges sont supérieures de 7,5 points par rapport au secteur public.

Ceci étant, les charges sont 1 point inférieures en comparaison avec le secteur ex-OQN.

3) Charges salariales : évolution entre 2005 et 2008

Le Secteur privé (ex-DG et ex-OQN) a connu une hausse moyenne de 0,25% des cotisations sur la tranche A.

Le secteur public a connu un surcoût estimé par la FHF à 0,05 %.

4) Evolution des charges patronales entre 2005 et 2008

Le secteur privé a connu une hausse moyenne de 0,26% des cotisations et le secteur public une hausse moyenne de plus d'1%.

Annexe 8 : Etude « Activité non programmée »

Au regard de la revue de la littérature, il existe un surcoût des admissions dites « urgentes » par rapport aux prises en charges programmées. Plus globalement, un surcoût lié à l'incertitude de la demande est identifié. Les facteurs explicatifs rencontrés pour ce surcoût sont les suivants:

- **Le passage par le service des urgences**

Il s'agit essentiellement de l'excédent de journées d'hospitalisation lié au passage par le service des urgences et à la non programmation de l'arrivée, et donc du coût supplémentaire par GHS et le manque à gagner potentiel.

- **Le coût supplémentaire des actes et des examens**

Les examens diagnostiques effectués à la demande du service des urgences et ensuite des services de soins (y compris les examens redondants) présentent un coût supplémentaire par rapport à une intervention programmée où les examens auraient été réalisés en externe et avec une logique d'optimisation du nombre des examens.

- **Le surcoût lié aux mauvaises pratiques organisationnelles**

Il existe un nombre de pratiques organisationnelles qui ont une influence importante sur le coût du séjour.

- **Le temps de coordination**

Le coût moyen d'un séjour augmente avec le nombre d'unités médicales dans un hôpital (débat hôpitaux spécialisés/ hôpitaux généralistes) à cause notamment du temps de coordination et de l'effort organisationnel subséquent.

- **Les conditions non optimales de fonctionnement**

Dans un contexte d'urgence, le coût marginal d'une admission est presque égal à son coût moyen, alors que pour une admission programmée, le coût marginal serait proche de 35% du coût moyen.

- **La variabilité de la demande**

L'augmentation de la variance de l'utilisation induit une augmentation des dépenses et des coûts mais à un niveau plutôt modeste. Cette difficulté à prévoir les variations des demandes de soins a des conséquences sur la gestion des personnels: surcoût lié à la masse salariale.

- **L'effet taille et l'effet gamme**

La taille de l'établissement, et notamment des services les plus concernés par l'activité non programmée peut générer des économies ou des déséconomies d'échelle.

La mission de certains établissements pourrait leur imposer de prendre en charge un certain nombre de GHM et les choix reliés à la gamme de ces GHM, occasionnant ainsi des variations de coûts intra-GHM avec d'autres établissements et notamment pour les cas lourds.

- **La diminution de la qualité des séjours programmés à cause de la prise en charge des flux non programmés**

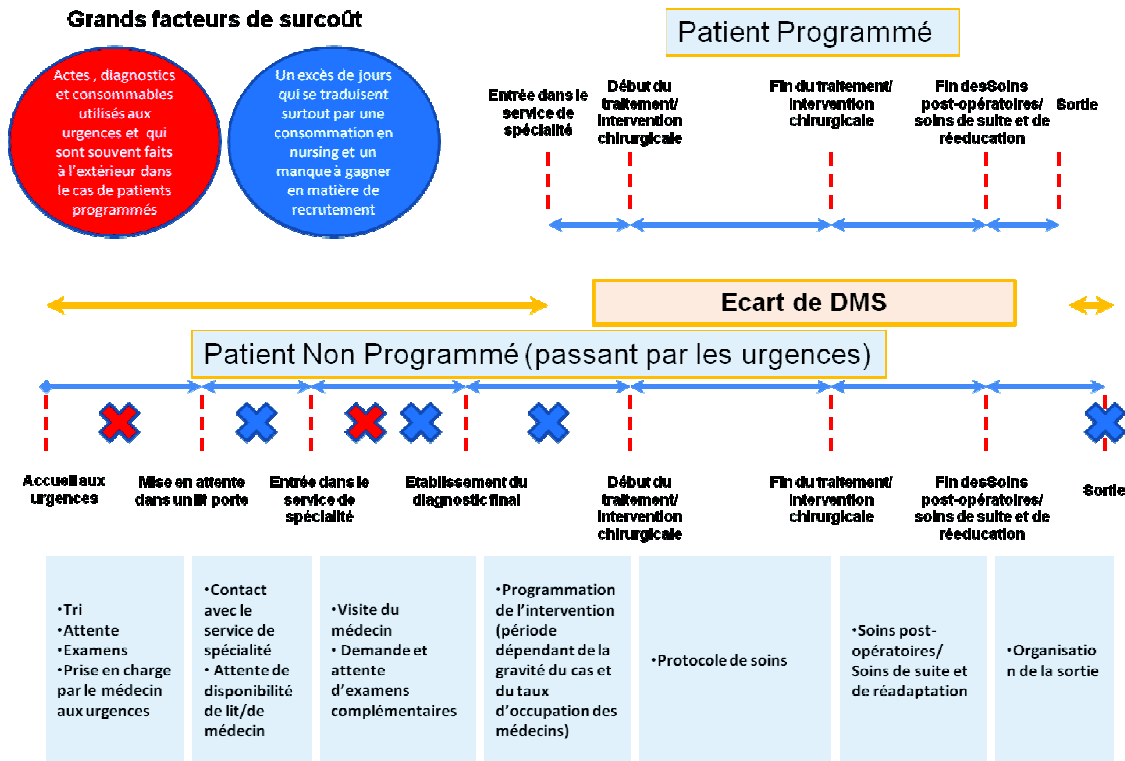
Les fluctuations de la demande au service des urgences impactent l'aptitude de l'hôpital à maintenir ses activités programmées.

- **L'environnement concurrentiel et la situation géographique de l'établissement**

L'existence d'une situation de concurrence sur un territoire de l'hôpital a tendance à augmenter les coûts des hospitalisations non programmées à cause de la redondance des entrées dans le système de soins et la non atteinte d'effets de volume. Cependant, à l'autre extrême, des situations d'isolement

géographique de certains établissements qui ont une mission de service public peut aussi influencer négativement sur les coûts.

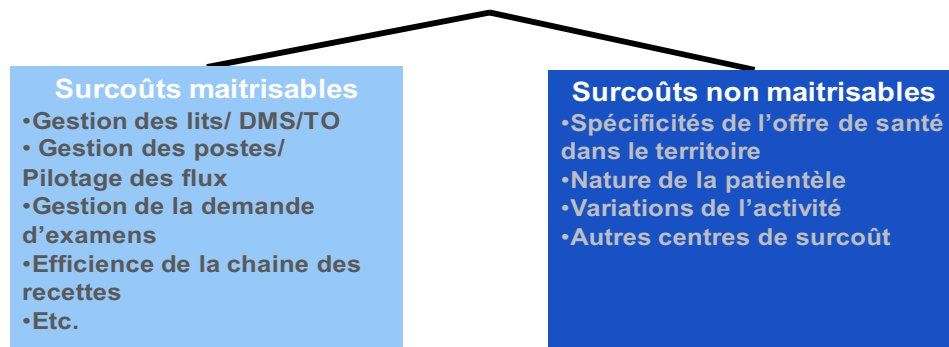
La figure ci-dessous illustre les différences temporelles entre une admission programmée et une admission non programmée passant par les urgences, avec les centres de coûts les plus affectés et leur place temporelle dans le séjour.



Analyse du surcoût lié au non programmé-
SANESCO / MITA 2010

Les facteurs de surcoûts identifiés peuvent être divisés en deux groupes : les facteurs de surcoût maîtrisables et les facteurs de surcoût non maîtrisables. La maîtrise de ces facteurs dépend certes de contraintes spécifiques à l'hôpital et de son environnement.

Types de Surcoûts



- **Une partie des surcoûts peut émaner de mauvaises pratiques organisationnelles**
- **De nombreux articles sur la maîtrise des facteurs de surcoût liés au non programmé ont été identifiés et pointent des leviers de réduction**
- **Un des objectifs des monographies hospitalières est d'identifier les leviers de maîtrise des surcoût ainsi que le périmètres des surcoûts « incompressibles »**

Les auteurs concluent qu'un hôpital doit disposer de lits vacants pour être en mesure de répondre à la volatilité des fréquentations aux urgences. Dans le cas contraire l'efficience de l'organisation est remis en cause et un risque réel sur la qualité de pris en charge est souligné.

Annexe 9 : Etude « Effets de taille et de gamme »

Le choix des indicateurs est particulièrement important. Ainsi, la notion de coût recouvre différentes définitions et, selon la définition choisie, les résultats de l'étude peuvent varier. Il s'agit donc de choisir la définition qui s'adapte le mieux aux objectifs spécifiques de la présente étude.

La taille ainsi que la gamme peuvent être définies en terme d'input, c'est-à-dire de facteur de production, ou en terme d'output c'est-à-dire en terme d'activité.

La taille exprimée en termes d'input :

La définition la plus commune de la taille s'exprime en termes d'« input » ou facteur de production. Il s'agit donc ici de définir la taille d'un établissement par le nombre de lits dont il dispose. Le nombre de lits considéré peut correspondre au nombre de lits disponibles ou au nombre de lits pour lesquels du personnel est assigné (« staffed beds »).

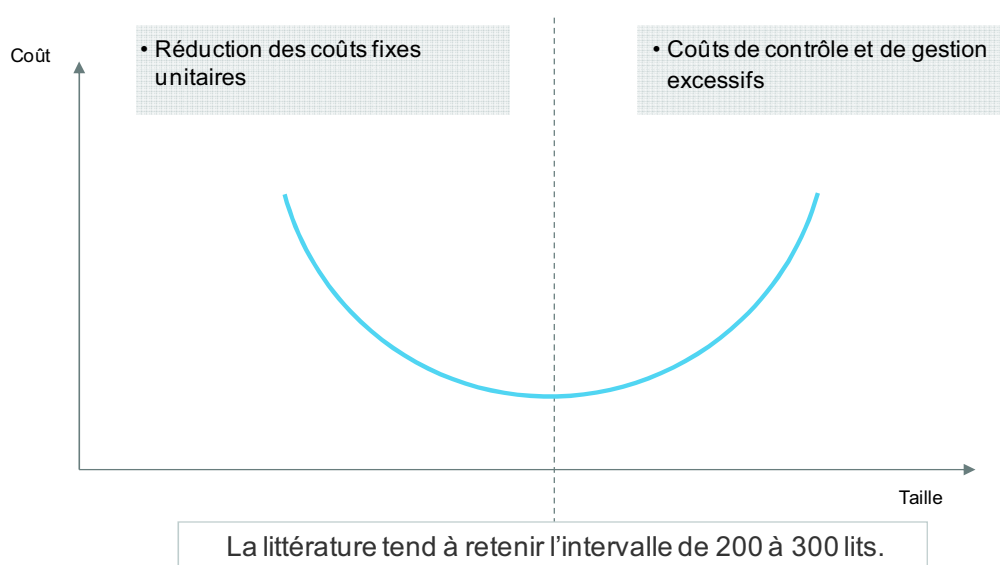
Cette définition permet une mesure simple de la taille et l'utilisation de variables homogènes (les lits). Mais, elle ne prend pas en compte le niveau d'activité ce qui peut rendre la comparaison entre deux établissements difficile (les coûts de deux établissements ayant une taille identique peuvent varier en fonction de leur niveau d'activité).

La taille exprimée en termes d'output :

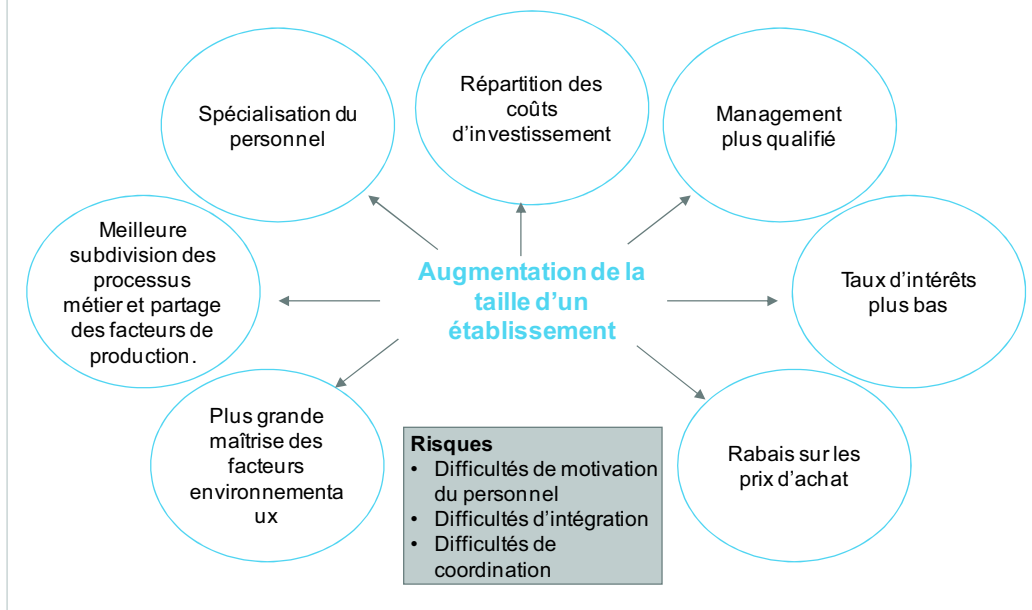
La taille d'un établissement de santé peut aussi être exprimée en termes d'« output », ou en volume d'activité réalisé. Ce volume peut être mesuré en nombre de journées d'hospitalisation, de séjours ou de consultations. Si la définition de la taille en termes d'output permet de prendre en compte l'activité et non pas seulement les équipements (qui peuvent ne pas être adaptés à cette activité), elle introduit néanmoins des variables hétérogènes (activités différentes) qu'il est alors difficile de comparer. Il est donc nécessaire d'introduire des paramètres supplémentaires comme le case-mix.

Le nombre de lits occupés est une définition intermédiaire entre l'input et l'output car il permet de rendre compte de l'activité tout en utilisant le nombre de lits d'un établissement.

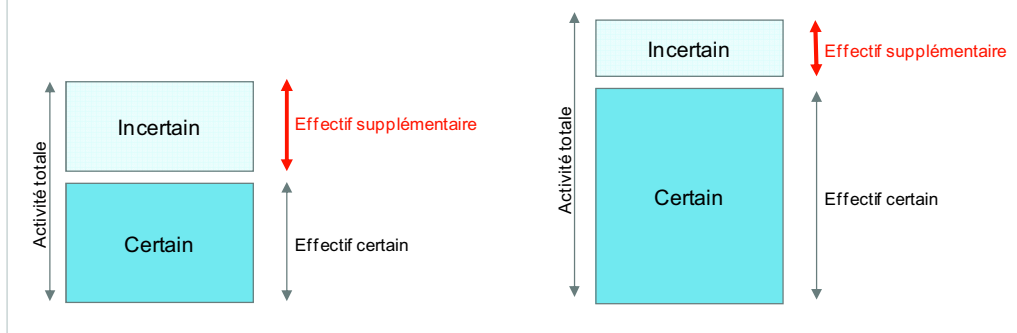
Les présupposés sur l'impact économique de la taille



- La justification de la création d'économies d'échelle



- L'augmentation du volume d'activité permet de diminuer l'incertitude sur le niveau d'activité et donc les équipes et le personnel supplémentaire déployé.



A ce stade de l'étude, la recherche d'une taille optimale pour les établissements serait une hypothèse or les résultats empiriques ne sont pas aussi évidents.

La gamme exprimée en termes d'input

La gamme peut être définie comme l'ensemble des services proposés par un établissement *a priori*, quel que soit son niveau d'activité. Elle peut alors s'exprimer par :

- Le nombre de services de soins
- Le case-mix de l'établissement

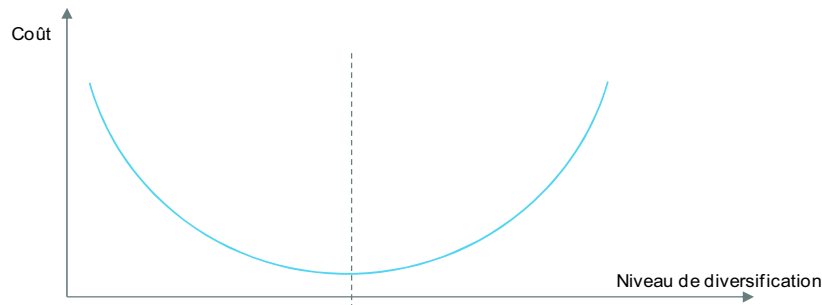
La gamme exprimée en termes d'output

La gamme peut aussi se mesurer par l'activité réellement effectuée par l'établissement. Elle se définit alors par la répartition des journées, des séjours ou des patients selon :

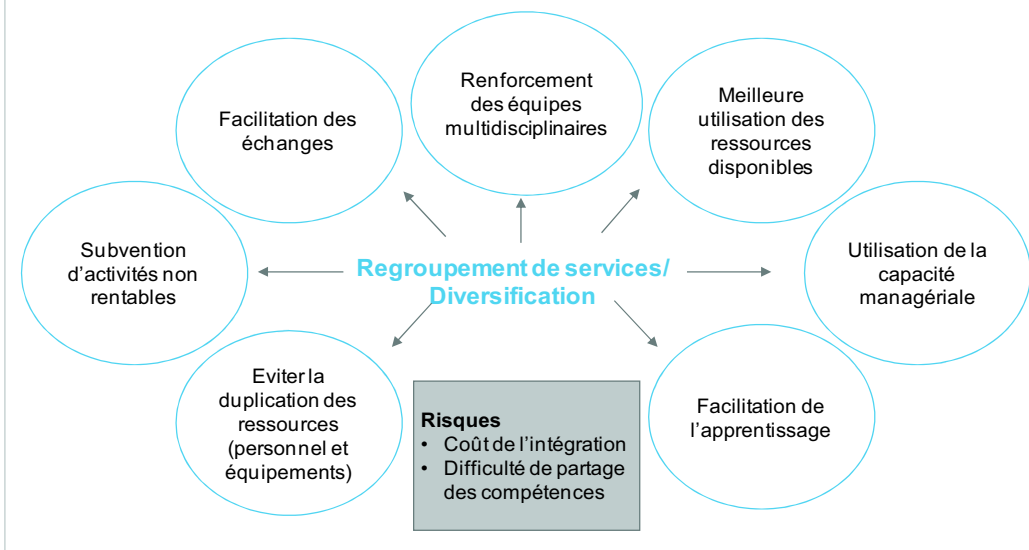
- Le type de prise en charge : urgences, hospitalisation, consultation, etc.
- Les pathologies traitées

Les présupposés sur l'impact économique de la gamme

- Il existerait une corrélation positive entre le nombre de services et les coûts; les grands établissements spécialisés seraient plus efficaces que les grands établissements diversifiés
- Mais la diversification permettrait aussi de créer des économies de gamme jusqu'à un certain seuil.



- Créer des synergies implique :
 - » La coordination et l'intégration des différentes activités ;
 - » Le regroupement d'activités partageant les mêmes technologies, les mêmes compétences ou le même type de patients.



A ce stade de l'étude, deux axes sont à explorer :

- Les complémentarités, en regroupant les services ou les GHM en grandes catégories de prise en charge ou de soins ;
- La spécialisation vs la diversification.

Annexe 10 : Etude « Activités péri hospitalières »

Liste des 12 GHM retenus pour la phase exploratoire de l'étude

GHM	public	privé	total	libellé
03C07V	5 717	14 410	20 127	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA
03C20Z	9 212	11 960	21 172	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne
05C15Z	23 220	24 689	47 909	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque
05C17V	14 631	49 894	64 525	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA
06C09V	32 396	26 017	58 413	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA
06C11V	17 196	23 695	40 891	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA
07C04V	37 098	41 386	78 484	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA
08C15V	21 169	45 946	67 115	Interventions sur le pied sans CMA
08C24Z	19 456	44 438	63 894	Prothèses de genou
13C03V	18 980	19 867	38 847	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA
10M02V				Diabète
14Z02A				Accouchement par voie basse