

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SERIE  
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

**Second rapport d'activité  
du Comité d'évaluation de la T2A**

Sous la présidence d'Alain Coulomb

n° 94 – septembre 2009

**Rapporteurs :**

**Nicolas Blanchard (DREES)**

**Sylvain Pichetti (DREES)**

**Denis Raynaud (DREES)**

avec la collaboration pour la DREES de :

Johanne Aude, Mylène Chaleix, Marie Cordier, Franck Evain, Arnaud Fizzala,  
Philippe Lombardo, Céline Moty-Monnereau, Engin Yilmaz

**Cette étude n'engage que ses auteurs**

<b>SYNTHESE DU RAPPORT.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>CHAPITRE 1 - DONNÉES DE CADRAGE SUR LE FINANCEMENT DU SECTEUR HOSPITALIER ET SITUATION ÉCONOMIQUE DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS .....</b>	<b>13</b>
I. Données de cadrage sur le financement du secteur hospitalier .....	13
1. Cadrage d'ensemble.....	13
2. Les MIGAC .....	17
II. Données de cadrage sur la situation économique et financière des établissements de santé.....	18
1. La situation économique et financière des établissements de santé.....	18
2. Évolution de la masse salariale du secteur public ex-DG et du secteur privé ex-OQN .....	22
3. Financement à l'activité et situation économique des établissements de santé .....	25
<b>CHAPITRE 2 - COMMENT CONCILIER PLANIFICATION ET T2A ? .....</b>	<b>29</b>
I. Une complémentarité entre les outils observée sur le terrain.....	29
1. La logique dynamique de la tarification n'est pas entravée par les OQOS .....	29
2. La logique de proximité de l'accès aux soins continue de primer sur la logique financière.....	30
II. Des processus de tarification et de planification qui s'ignorent cependant parfois.....	30
1. Les objectifs de planification sanitaire ne prennent pas toujours en compte les contraintes financières des établissements.....	30
2. L'évaluation des sros et des cpom ne prévoit pas d'indicateurs médico-économiques .....	31
3. La décision d'investir peut ignorer le critère d'équilibre financier .....	31
III. L'organisation des futures ars devra tenir compte du double rôle de l'état, à la fois plus particulièrement responsable du secteur public et régulateur .....	31
IV. Bilan de l'étude : un manque de maturité de certains dispositifs .....	32
<b>CHAPITRE 3 - ÉQUITÉ ET QUALITÉ DES SOINS .....</b>	<b>35</b>
I. La prise en charge des populations en situation de précarité .....	35
1. Ne sont pas précaires ceux que l'on croit.....	36
2. Même si certains aspects de la précarité sont financés, le phénomène doit être chiffré .....	37
3. Le financement de la précarité ne règle toutefois pas tous les problèmes .....	39
II. La qualité des soins .....	39
1. Les indicateurs produits par la has, la DREES et la DHOS permettront de suivre la qualité des soins dans les établissements.....	40
2. Taux de mortalité global, évènements indésirables graves (eig) et qualité des soins .....	41
<b>CHAPITRE 4 - SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVÉ : LOGIQUES ET CONTRAINTES DE NATURE DIFFÉRENTES.....</b>	<b>45</b>
I. Spécialisation : des choix contrastés selon le secteur.....	45
1. Des logiques d'activité et des patientèles différentes .....	45
2. Des choix d'organisation différents entre secteur public et privé.....	50
3. Facteurs de production : le travail non médical reste mieux rémunéré dans le public toutes choses égales par ailleurs .	51
II. Tarification à l'activité et productivité .....	57
1. Quels indicateurs de productivité pour quels usages ? .....	58
2. Les travaux réalisés par l'ATIH sur la productivité .....	59
3. Mesure de la productivité, mesure de l'activité : les enjeux.....	61
<b>CHAPITRE 5 - LES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS INDUITS PAR LA T2A .....</b>	<b>65</b>
I. Les résultats de l'enquête COI-H : des données de cadrage sur les changements organisationnels.....	65
II. Des changements organisationnels partagés par de nombreux établissements .....	66
III. Travaux en cours.....	67
<b>CHAPITRE 6 - PROGRAMME DE TRAVAIL DU COMITÉ D'ÉVALUATION DE LA T2A 2009-2010 .....</b>	<b>69</b>
I. Les travaux nouveaux .....	69
II. La poursuite des travaux déjà engagés .....	70

## Synthèse du rapport

Après un premier rapport du comité d'évaluation de la T2A permettant de dresser un état des lieux, notamment financier, de la situation des établissements de santé au début de la mise en œuvre de la réforme T2A, ce deuxième rapport apporte des premiers éléments d'évaluation. Compte tenu de la mise en œuvre progressive de la réforme et des délais de disponibilité des données à exploiter, ces éléments devront être complétés par des travaux ultérieurs du comité.

### 1. La situation économique des établissements de santé

La mise en place de la T2A s'est traduite par un profond bouleversement dans la structure de financement des établissements, notamment de ceux du secteur public ex-DG. En quatre ans (2004-2008), ces établissements voient leurs recettes liées à l'activité représenter plus de la moitié de leurs financements (toutes activités confondues, beaucoup plus si l'on ne considère que les activités MCO). Dans le même temps sont montées en charge à un rythme plus rapide que celui de l'ONDAM hospitalier des dotations globales au titre notamment de certaines missions (MIGAC) et des financements hors tarifs (médicaments de la liste en sus).

Depuis 2004, la rentabilité des cliniques privées du secteur ex-OQN s'est globalement améliorée tandis que celle des établissements publics du secteur ex-DG s'est globalement détériorée.

On observe en effet, au cours de la période 2003-2007, une croissance en moyenne plus rapide des charges que des produits dans le secteur ex-DG cependant que la situation est inverse dans le secteur ex-OQN. En fin de période, la moindre croissance des produits dans ce dernier secteur s'accompagne d'une moindre croissance des charges de personnel, à l'inverse de la situation observée dans le secteur ex-DG, particulièrement pour les grands CH et les CHR.

L'analyse doit être conduite pour distinguer les effets respectivement imputables à l'allocation budgétaire (via l'ONDAM), à la nouvelle tarification (échelle tarifaire, dotations globales) et aux charges des établissements (imputables non seulement au personnel mais aussi aux investissements).

Si l'on ne peut établir sur la base des seuls désajustements observés un lien de cause à effet entre montée en charge de la réforme tarifaire et les déficits des hôpitaux publics, il faut souligner que le caractère progressif de la réforme a pu être la source de désajustements entre les charges liées au développement de l'activité et les ressources.

En 2009, le comité d'évaluation de la T2A poursuivra donc ses investissements dans deux directions :

- analyse de la productivité des établissements et des facteurs de leur efficacité,
- analyse de l'impact sur les établissements de l'allocation budgétaire via l'ONDAM et de la tarification.

À la croisée de ces deux chantiers figure l'analyse des coûts et leur comparaison avec les tarifs et autres éléments de financement des établissements.

### 2. Planification et T2A : deux logiques parfois contradictoires

La tarification à l'activité soumet chaque établissement à une contrainte d'équilibre d'activité qui est susceptible d'amener un établissement à reconsidérer le segment de son offre de soins jugé non rentable. La planification peut au contraire imposer à des établissements le maintien d'activités pour garantir la proximité de l'accès aux soins sur tout le territoire.

La question des relations entre accessibilité géographique aux soins et tarification à l'activité constitue donc une préoccupation importante pour le comité d'évaluation de la T2A. L'étude qu'il a fait faire dans deux régions (Languedoc-Roussillon et Franche Comté) aboutit à quelques constats :

- les acteurs locaux semblent, dans les cas étudiés, assurer une certaine complémentarité des outils de la planification et de la tarification, évitant les conflits potentiels d'objectifs poursuivis par ces deux démarches. La logique dynamique de la tarification n'apparaît pas ainsi entravée par les Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) utilisés à l'égard des établissements de manière très peu contraignante. Cependant, de façon générale, lorsque se pose un problème d'accessibilité aux soins, la logique de la planification prime sur la logique financière.
- les processus de planification et de tarification s'ignorent cependant encore à divers égards. Les objectifs de planification sanitaire ne prennent pas toujours en compte les contraintes financières des établissements. L'évaluation des SROS et des CPOM ne prévoit pas d'indicateurs médico-économiques. La décision d'investir peut ignorer le critère d'équilibre financier.

Les conclusions de l'étude réalisée ont une résonance particulière dans le contexte de la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) et alors même que leur futur mode d'organisation n'est pas encore arrêté. L'étude suggère que l'organisation des futures ARS devra nécessairement prendre en compte le double rôle de l'État, à la fois plus particulièrement responsable du secteur public et également régulateur.

Il conviendra notamment de veiller à ce que les instruments au service d'une logique particulière ne neutralisent pas complètement les autres logiques. Ainsi les CPOM, matérialisant la relation entre les établissements et l'État plus particulièrement responsable du secteur public, qui doivent être contraignants (par exemple, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier) ne doivent pas entraver les incitations résultant d'une tarification à l'activité couplée à un contrôle de la pertinence et de la qualité de l'activité.

Les solutions pragmatiques trouvées par les acteurs de terrain doivent être préservées permettant de faire jouer la complémentarité des outils.

Par ailleurs, la déconnexion souvent observée au sein des actuelles ARH entre logique financière et logique de planification met en évidence la nécessité de prévoir, au sein des futures ARS, une articulation explicite entre ces deux logiques.

### **3. Équité et qualité des soins**

La mesure des effets indésirables de la tarification à l'activité en termes de comportements stratégiques nécessite, outre la mobilisation de moyens importants en raison de la complexité des phénomènes à observer, un recul indispensable dû au caractère récent de cette réforme.

La prise en charge des patients en situation de précarité requiert une attention particulière. Si la précarité constitue un facteur de surcoût et que dans le même temps ce surcoût n'est pas pris en compte dans les financements, les établissements peuvent être tentés de refuser les patients en situation de précarité.

Avant de consolider de nouvelles règles de financement de la précarité – et alors même qu'une partie de la précarité est déjà financée notamment au titre des MIGAC, il convient au préalable de se doter d'une méthodologie de repérage des populations en situation de précarité engendrant des surcoûts hospitaliers. Une étude menée pour le compte du comité d'évaluation de la T2A met en évidence le caractère multidimensionnel du phénomène ne se résumant pas à l'insuffisance des revenus. Elle indique que quatre catégories de facteurs de surcoûts doivent être prises en compte (isolément, logement, revenus, droits) avec quatre types d'impact (nursing, accompagnement social, durée de séjour et degré de sévérité de la pathologie) sur trois secteurs (urgences, hospitalisation complète et ambulatoire, consultations et soins externes).

Les chiffrages existants tendent à montrer que **le surcoût global lié à la prise en charge de la précarité est limité**. Les chiffrages anciens et partiels méritent d'être réactualisés sur un champ large. Une étude en ce sens, basée sur les dimensions de la précarité identifiées ci-dessus a été demandée à l'ATIH dont les résultats sont attendus courant 2009.

Il convient cependant de noter que le financement ne peut régler tous les problèmes dès lors que demeure une insuffisante capacité de prise en charge des sorties d'hôpital par des structures d'aval (sanitaires et sociales).

#### **Qualité des soins : un dispositif d'observation qui monte en charge**

La mesure des effets de la réforme de la T2A sur la qualité des soins hospitaliers repose en grande partie sur l'évaluation même de la qualité des soins. Dans ce cadre les indicateurs récemment mis en place par la HAS, la DREES et la DHOS qui couvrent l'ensemble des dimensions de la qualité des soins à l'hôpital fournissent des repères utiles qui permettront, dès lors que le recul sera suffisant, de déceler un impact éventuel de la tarification à l'activité sur la qualité des soins dispensés dans les établissements.

#### **4. Secteur public et secteur privé : logiques et contraintes de nature différente**

La nature des contraintes institutionnelles et économiques auxquels chacun des secteurs d'hospitalisation est confronté et les logiques parfois différentes (en termes d'objectifs) guidant leurs activités respectives, sont autant d'éléments à prendre en compte pour analyser l'impact de la T2A sur la performance des établissements. L'analyse de la productivité des établissements de santé, en particulier, ne saurait faire abstraction des caractéristiques de la production de soins et de l'organisation propre à chaque secteur.

Les études réalisées par la DREES et par l'ATIH témoignent d'une spécialisation plus marquée des établissements privés, notamment vers les activités de chirurgie alors que les établissements publics apparaissent plus généralistes.

En ce qui concerne les charges, les travaux de la DREES montrent qu'il existe des disparités salariales notables entre les secteurs d'hospitalisation : en 2006, les salaires horaires nets sont inférieurs de 4 % à 9 % dans le secteur des cliniques privées par rapport aux salaires horaires nets du secteur public ex-DG selon la taille de l'établissement. En revanche, les différences de taux de charge<sup>1</sup> entre les secteurs sont telles que l'écart est très sensiblement atténué voire s'inverse en termes de salaires bruts. Ces résultats, qui tiennent compte de la structure d'âge, de sexe, de qualification, de la région, de la catégorie d'établissement ou encore du nombre de salariés dans l'établissement de santé, montrent qu'il existe des écarts conséquents en ce qui concerne la rémunération des facteurs de production entre les secteurs d'hospitalisation. À ce titre, ces travaux, qui ne portent que sur les rémunérations nettes ou brutes salariales, seront poursuivis en mobilisant l'enquête européenne annuelle sur le coût de la main-d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'INSEE afin d'estimer les écarts de coût total du travail (charges salariales et patronales incluses) entre secteurs d'hospitalisation.

Ces résultats ne pourront toutefois prendre tout leur sens qu'à la condition d'être replacés dans le contexte plus général de l'utilisation efficiente de l'ensemble des facteurs de production et de leurs rémunérations, ainsi que d'être rapprochés des disparités en terme d'output (case-mix).

L'évaluation de la productivité à l'hôpital nécessite donc au préalable une analyse fine des fonctions de production de soins hospitaliers. C'est à partir de ce constat que la DREES a lancé un travail, en collaboration avec l'INSEE (CREST), dont les résultats sont attendus en 2010.

---

<sup>1</sup> Sur ce sujet, voir également « Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH » P.L.Bras, F.Bartoli. IGAS, Mars 2007.

## **5. Les changements organisationnels induits par la T2A**

Puissant vecteur de changement au sein des établissements de santé, la T2A a conduit les établissements à reconsidérer en profondeur leur stratégie, en cherchant à accroître leur activité, et à envisager quelques premiers changements organisationnels, même s'ils demeurent encore le plus souvent assez modestes.

L'enquête « Changements organisationnels et informatisation » (COI-H) menée par la DREES et l'étude en cours conduite par Essor Consultants sur l'impact de la T2A sur l'organisation interne des établissements montrent que la T2A suscite une dynamique de changement, qui n'embraye toutefois que difficilement sur les problématiques organisationnelles. La problématique de la facturation devient une préoccupation majeure dans la plupart des établissements et les tableaux de bord d'activité et les outils de la comptabilité analytique sont maintenant surveillés avec une grande attention par les établissements. En outre l'intégration des logiques médico-économiques apparaît réelle mais elle reste souvent centrée sur la notion d'activité et se porte plus difficilement sur la recherche d'efficacité des processus de prise en charge.

L'étude finale consacrée à l'impact de la T2A sur l'organisation interne des établissements sera rendue publique en juin 2009. Le Comité d'évaluation de la T2A fera état des conclusions définitives de cette étude dans son troisième rapport annuel (2009-2010).

## **6. Programme de travail du Comité d'évaluation de la T2A 2009-2010**

Outre les publications de type descriptif publiées en routine sur la situation économique et financière des établissements de santé, qui ont permis d'enrichir la connaissance du secteur hospitalier en France tout en ouvrant la voie à des études plus approfondies et davantage ciblées sur l'impact de la réforme de la T2A, la DREES a inscrit à son programme de travail 2009-2010 plusieurs travaux nouveaux dans le cadre de l'évaluation de la T2A :

- Une étude axée sur les facteurs potentiellement explicatifs de la situation économique des établissements de santé,
- Une étude basée sur les travaux de la DREES en collaboration avec l'IRDES à partir des données du PMSI-HAD 2006 transmises par l'ATIH,
- Une étude de la DREES sur l'investissement au sein des établissements de santé,
- Une étude relative à la question de la réactivité (ou de l'inertie) des établissements de santé aux incitations financières (hausse de tarifs) du régulateur (DHOS),
- Une étude sur le thème de la programmation des soins en collaboration avec la Mission tarification à l'activité,
- Une étude relative au coût du travail par secteur d'hospitalisation,
- Une étude retraçant les travaux de la CNAMTS sur la qualité du codage dans les établissements de santé,
- Une étude relative à la qualité des soins et à la pertinence des indicateurs de qualité des soins au sein des établissements de santé.

Par ailleurs, les travaux déjà engagés seront poursuivis notamment ceux qui concernent :

- la prise en charge de populations précaires en milieu hospitalier,
- l'impact de la T2A sur la productivité au sein des établissements de santé,
- les effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements de santé.

## Introduction

Au moment de la rédaction du premier rapport du Comité d'évaluation de la T2A, en 2007, les données disponibles ne permettaient pas encore d'analyser l'impact d'une réforme de la tarification hospitalière dont la mise en œuvre est progressive.

Si, en effet, les établissements privés précédemment financés par un paiement à l'acte et au prix de journée ont intégralement basculé dans le nouveau système de tarification à l'activité pour leur activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), une montée en charge progressive a été prévue pour les établissements publics antérieurement financés sous dotation globale (ex-DG). La part de l'activité MCO de ces établissements qui a été financée à l'activité est passée de 10 % en 2004 à 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et 100 % en 2008. Concomitamment des dotations annuelles complémentaires (DAC) ont été maintenues pendant toute la période de montée en charge de la réforme.

Ceci explique la raison pour laquelle le premier rapport du comité d'évaluation de la T2A avait essentiellement fait porter son attention sur :

- la construction d'un état des lieux, notamment financier, permettant de disposer d'un point de référence pour apprécier l'évolution ultérieure de la situation des établissements hospitaliers ;
- l'engagement de travaux en grande partie méthodologiques, relatifs aux principaux axes d'évaluation retenus : pratiques de codage de l'activité, productivité, efficacité des établissements, adaptation de l'organisation interne des établissements de santé, qualité des soins, accès aux soins des populations démunies, accessibilité géographique aux soins (articulation entre tarification à l'activité et planification).

Lors de la rédaction du premier rapport, seuls les résultats des travaux relatifs aux pratiques de codage et plus particulièrement à l'organisation de leur contrôle avaient pu être présentés.

Le présent rapport apporte des premiers éléments d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.

Une première difficulté tient à la nécessité, dans un contexte de montée en charge relativement rapide du nouveau dispositif, de fournir des éléments qui permettent d'éclairer les questions qui se posent actuellement tout en se fondant sur des éléments pertinents et suffisamment assurés.

Une seconde difficulté de l'évaluation est de distinguer dans les évolutions constatées ce qui est imputable à la réforme tarifaire de ce qui résulte d'autres facteurs.

C'est pourquoi dans la suite du rapport, il convient de distinguer :

- des données de cadrage global portant sur l'évolution de l'économie générale du financement du secteur hospitalier, de la répartition générale entre les différents types de financement et de la situation financière des différentes catégories d'établissement ;
- des travaux visant à étudier plus précisément l'impact de la réforme selon les différents axes retenus par le comité d'évaluation.



# **Chapitre 1 - Données de cadrage sur le financement du secteur hospitalier et situation économique des différentes catégories d'établissements**

Pendant sa période de montée en charge, la réforme du financement des établissements de santé se caractérise par un financement mixte des établissements combinant, dans des proportions variables selon les activités des établissements, des éléments de tarification à l'activité et des dotations.

Il est important de pouvoir disposer d'une vision globale de l'économie du système de financement qui en résulte et de l'évolution des différents compartiments qui le composent. La dynamique respective des différents éléments du financement est d'autant plus importante à analyser qu'elle se développe dans un cadre contraint par l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Il importe en particulier d'apprécier l'évolution au fil du temps des tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) ainsi que celle des dotations affectées aux Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

## ***I. Données de cadrage sur le financement du secteur hospitalier***

### ***1. Cadrage d'ensemble***

La T2A a été mise en place à partir de 2004 pour les établissements de santé publics et privés anciennement sous dotation globale (DG) et de 2005 pour les établissements de santé privés anciennement sous objectif quantifié national de dépense (OQN). Ce financement à l'activité ne concerne que les activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) et il a été mis en place de manière progressive pour les établissements ex-DG (de 10 % du financement de ces activités en 2004 à 50 % en 2007 et 100 % depuis 2008) mais directement à 100 % pour les établissements ex-OQN. Dans les deux secteurs, l'impact de la T2A à 100 % est atténué par l'application d'un coefficient de transition permettant de gérer l'effet lié à l'harmonisation totale des ressources jusqu'en 2012.

Les tableaux 1 et 2 présentent, à partir des comptes de la santé, l'évolution des dépenses de santé hospitalières en niveau et en structure de financement. Le tableau 2, enrichi à partir de données publiées par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privées (sources ATIH et CNAMTS) et des données comptables des hôpitaux publics transmises par la DGFIP, répartit pour la période 2005-2007 les financements de la sécurité sociale entre financements à l'activité, DAC, MIGAC, liste en sus, forfaits annuels, et un poste « Autres » qui regroupe notamment les financements pour les activités de soins de suite et de réadaptation, les activités psychiatriques, les unités de soins de longue durée (USLD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et, pour les établissements ex-OQN, les honoraires des médecins.

**Tableau 1 - Structure et évolution du financement des soins hospitaliers 1995-2007<sup>2</sup> (en %)**

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Sécurité sociale de base (1)	92.2	92.2	92.1	91.9	91.4	91.1
CMU-C, organismes de base et AME	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3
Mutuelles (2)	2.2	2.4	2.4	2.5	2.7	2.9
Sociétés d'assurance (2)	0.7	0.7	1.0	1.1	1.2	1.3
Institutions de prévoyance (2)	0.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0
Ménages	3.3	2.7	2.4	2.4	2.5	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Sources : DREES comptes de la santé.

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes.

En 2007, les dépenses hospitalières représentaient près de 73 milliards d'euros, dont 66 milliards financés par la Sécurité sociale, 1 milliard au titre de la CMU complémentaire et de l'AME, près de 4 milliards par les organismes d'assurance complémentaire et près de 2 milliards directement par les ménages.

**Tableau 2 - Structure des financements versés par la sécurité sociale aux établissements de santé (en %)**

	2 005		2 006			2 007		
	Montants (en M€)	%	Montants (en M€)	%	Évolution 06/05	Montants (en M€)	%	Évolution 07/06
Financements à l'activité	14 009	22,6 %	16 884	26,4 %	20,5 %	21 606	32,7 %	28,0 %
DAC	21 945	35,3 %	18 533	29,0 %	-15,5 %	13 843	20,9 %	-25,3 %
liste en sus	3 000	4,8 %	3 209	5,0 %	7,0 %	3 462	5,2 %	7,9 %
Forfaits annuels	862	1,4 %	904	1,4 %	4,9 %	981	1,5 %	8,5 %
MIGAC	4 821	7,8 %	5 506	8,6 %	14,2 %	6 269	9,5 %	13,9 %
Autres <sup>1</sup>	17 483	28,1 %	18 915	29,6 %	8,2 %	19 995	30,2 %	5,7 %
<b>Total sécurité sociale</b>	<b>62 120</b>	<b>100,0 %</b>	<b>63 951</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2,9 %</b>	<b>66 155</b>	<b>100,0 %</b>	<b>3,4 %</b>

Sources : DREES comptes de la santé, observatoire de l'hospitalisation, DGFIP.

<sup>1</sup> Psy, SSR et honoraires.

Sur les 66 milliards d'euros financés par la sécurité sociale en 2007, les financements liés à l'activité représentent un peu moins de 22 milliards. Ce montant est de manière mécanique en forte augmentation chaque année (14 milliards en 2005, 17 milliards en 2006) compte tenu de la montée en charge de la réforme. D'autres modes de financements sont apparus avec la T2A. Il s'agit des MIGAC<sup>3</sup> et des paiements en sus (médicaments et dispositifs médicaux onéreux, dont les coûts ne sont pas intégrés dans les tarifs T2A). Ces deux postes présentent des augmentations dynamiques, les versements liés aux MIGAC étant passés de 4,8 milliards en 2005 à 6,3 milliards en 2007, et ceux liés aux paiements en sus de 3 milliards en 2005 à 3,5 milliards en 2007. Ces augmentations sont nettement supérieures à celles des réalisations de l'ONDAM hospitalier. En effet, ce dernier a augmenté d'environ 6,2 % entre 2005 et 2007 contre 30 % pour les MIGAC et 15 % pour les paiements en sus sur la même période.

<sup>2</sup> Fenina A., Geffroy Y., Duée M. (2008) « Comptes nationaux de la santé 2007 », *Document de travail – série Statistiques*, n° 126, DREES, septembre.

<sup>3</sup> Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation.

**Tableau 3 - Évolution de l'ONDAM hospitalier (réalisations)<sup>4</sup>**

En Md€	2005	2006	2007
ONDAM hospitalier	61,7	63,4	65,5

Sources : Rapports de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2006, 2007, 2008).

La montée en charge de la T2A a influencé de manière différenciée le financement des établissements de santé ex-DG et ex-OQN, compte tenu des rythmes différents de mise en œuvre de la réforme. Les graphiques 1 et 2 présentent les évolutions respectives de leurs structures de financement entre 2005 et 2007.

Pour les établissements de santé ex-DG, la part des financements versés par la sécurité sociale directement liés à l'activité est passée de 14 % en 2005 à 27 % en 2007. Symétriquement, la part de la dotation complémentaire (DAC), reliquat de l'ancienne dotation globale, diminuait, passant de 45 % à 26 % sur la même période. En 2008, le passage à 100 % T2A entraîne la suppression de la DAC, les financements liés à l'activité représentant alors un peu plus de la moitié des financements versés par la sécurité sociale aux établissements ex-DG. Les MIGAC représentent quant à eux 12 % du financement sécurité sociale des établissements de santé ex-DG en 2007, contre 10 % en 2005. Les établissements ex-DG reçoivent 99 % des dotations MIGAC. La hausse de ces financements leur a donc essentiellement bénéficié<sup>5</sup>. De même, la forte hausse des paiements en sus observée depuis 2005 a surtout concerné les établissements ex-DG. Ainsi, la part de ces financements en sus dans les versements de la sécurité sociale aux établissements de santé ex-DG est passée de 3,3 % en 2005 à 4,1 % en 2007.

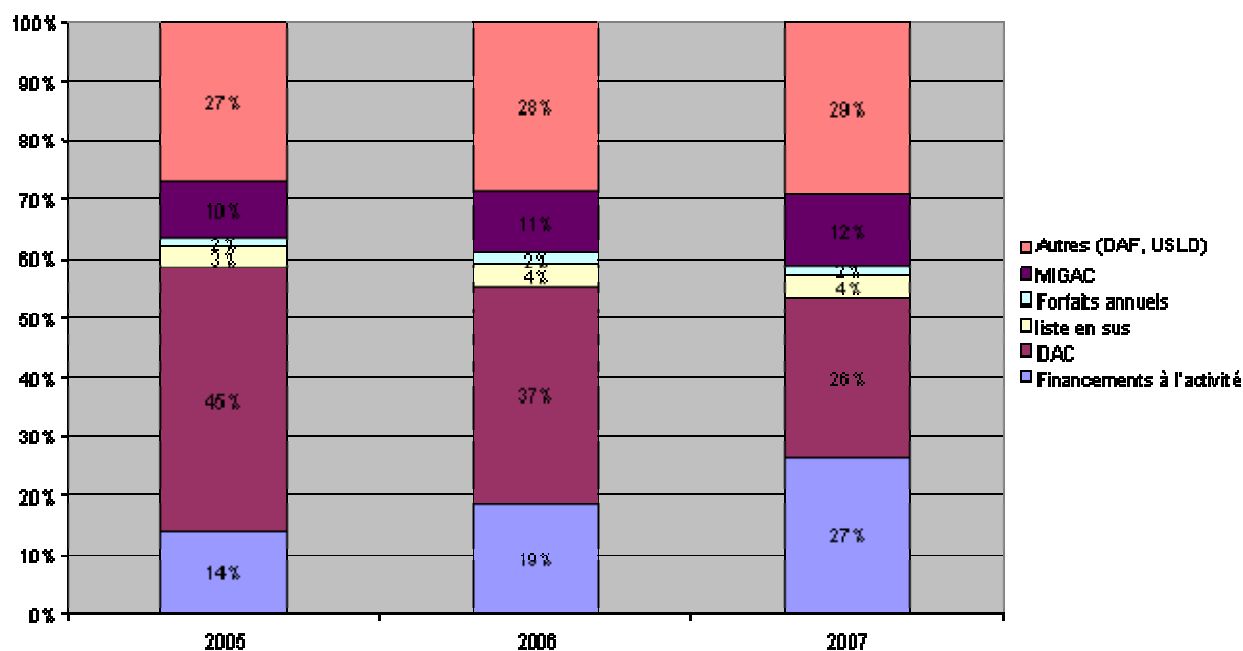
Pour les établissements de santé ex-OQN, la part des financements versés par la sécurité sociale directement liés à l'activité est restée stable à un niveau de 56 % en 2005 et 2007. C'est donc seulement depuis 2008 et le passage à 100 % T2A du financement MCO des établissements ex-DG que la part des financements directement liés à l'activité est comparable entre les deux secteurs. Les dotations MIGAC reçues par les établissements de santé ex-OQN, malgré une multiplication par trois entre 2005 et 2007, ne représentent toujours qu'une part minime (0,4 % en 2007) du financement versé par la sécurité sociale. En revanche, les paiements en sus représentent 10 % de ce financement en 2007 (11 % en 2005), soit une part plus que double en comparaison des établissements ex-DG. Cet écart pourrait notamment s'expliquer par des différences en termes de nature d'activité<sup>6</sup>. Compte tenu de la taille respective des deux catégories d'établissements (80 % des dépenses hospitalières de la sécurité sociale concernent les établissements ex-DG), près des deux tiers des paiements en sus sont néanmoins versés aux établissements ex-DG.

<sup>4</sup> La superposition n'est pas parfaite entre les chiffres de ce tableau et ceux qui figurent dans la rubrique « Sécurité sociale » du tableau 2. Ce décalage s'explique par des différences de champ : d'une part, le déficit des établissements publics est intégré depuis 2006 dans les comptes de la santé tandis qu'il ne figure pas dans l'ONDAM. Par ailleurs, les consultations externes réalisées dans les établissements publics sont retirées des comptes de la santé tandis qu'elles sont incluses dans l'ONDAM. Enfin, pour les cliniques privées, les honoraires des spécialistes en activité libérale ainsi que les dépenses de biologie sont intégrés aux comptes de la santé tandis qu'ils sont exclus de l'ONDAM.

<sup>5</sup> Voir infra (p17).

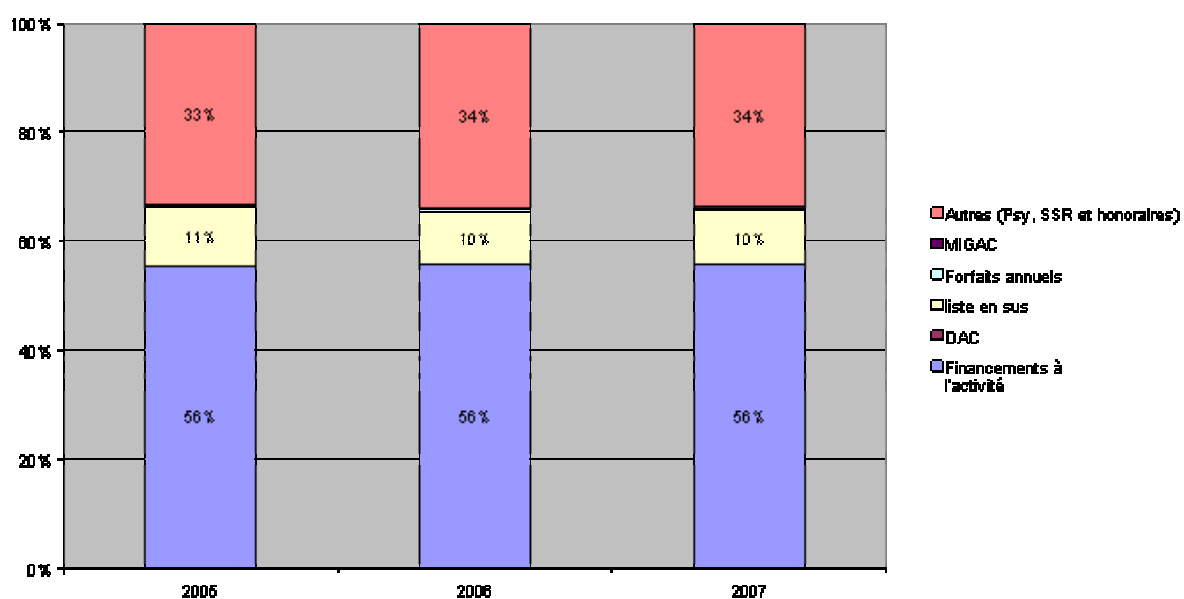
<sup>6</sup> Voir infra (p45).

**Graphique 1 - Structure des financements versés par la Sécurité sociale aux établissements de santé ex-DG (2005-2007)**



Sources : DREES, Comptes de la santé, Observatoire de l'hospitalisation, DGFIP

**Graphique 2 - Structure des financements versés par la Sécurité sociale aux établissements de santé ex-OQN (2005-2007)**



Sources : DREES, Comptes de la santé, Observatoire de l'hospitalisation.

## 2. Les MIGAC

Partie intégrante de la réforme de la T2A engagée à partir de 2002, la dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) est le complément indissociable du financement de l'activité de soins par le biais de tarifs nationaux.

Par la création de cette dotation, le législateur a entendu maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la T2A. Il a reconnu ainsi que les ressources finançant un certain nombre de missions assurées par l'hôpital ne pouvaient être soumises aux variations de l'activité. Cette notion de mission d'intérêt général n'est pas propre au système français puisque l'ensemble des systèmes étrangers de tarification à la pathologie prévoient de tels financements.

Trois grandes catégories de missions sont actuellement financées par la dotation MIGAC : les Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), l'aide à la contractualisation et enfin les autres missions d'intérêt général.

### Données chiffrées de l'année 2007

En 2007, la dotation nationale de financement des MIGAC a atteint 6,269 milliards d'euros en fin d'année. Pour 2008, la dotation nationale MIGAC a été fixée à 6,609 milliards d'euros soit une progression de 5,4 % par rapport à ce qui a été alloué au titre des MIGAC en 2007.

La progression de la dotation MIGAC est forte au cours de ces dernières années. Si son rythme de croissance tend toutefois à ralentir (14,2 % entre 2006 et 2005, 13,9 % entre 2007 et 2006), son poids au sein de l'ONDAM hospitalier ne cesse de progresser : il s'établissait à 7,8 % en 2005, 8,6 % en 2006 et à 9,5 % pour 2007.

Pour 2008, le poids de la dotation MIGAC est estimé à 9,9 %, toutefois la part de la dotation recule de 0,2 point si l'on neutralise les transferts d'ordre technique opérés en fin d'exercice 2007 dans le cadre des opérations préparatoires au passage au 100 % T2A au 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour un montant de 258,31 millions d'euros (suppression de la Dotation annuelle complémentaire – DAC)<sup>7</sup>.

Outre un rééquilibrage entre régions de la métropole (le poids régional des établissements de santé dans l'offre nationale est mieux pris en compte : les plus grandes régions d'offre sanitaire et de potentiel de recherche ayant bénéficié des variations les plus importantes) l'allocation des dotations MIGAC 2007 reflète également la poursuite de la politique nationale de rééquilibrage en faveur des DOM.

Enfin, le poids des établissements privés du secteur ex-OQN dans les dotations régionales MIGAC reste très marginal, même s'il croît régulièrement depuis 2005. Il s'élève en moyenne à 0,9 % des dotations en 2007 (soit un peu plus de 53 millions d'euros) alors qu'il était de 0,7 % en 2006 et de 0,4 % en 2005. Ce chiffre masque toutefois de fortes disparités régionales : le poids des établissements privés dans les dotations régionales varie de 0,3 % pour la région Bretagne à 2,3 % pour la région Languedoc-Roussillon.

---

<sup>7</sup> Rapport 2008 au Parlement sur les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

## ***II. Données de cadrage sur la situation économique et financière des établissements de santé***

### ***1. La situation économique et financière des établissements de santé***

#### a) La situation économique et financière des établissements du secteur public ex-DG<sup>8</sup>

La T2A a été mise en place de manière progressive à partir de 2004 pour les établissements de santé publics titulaires d'autorisations de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO). L'analyse du compte de résultat de ces établissements sur la période 2004-2007 montre que la part du financement à l'activité augmente également de façon très progressive puisqu'elle représentait en moyenne 14 % des produits des établissements en 2005 (avec un taux de financement à la T2A de 25 %) et 27 % en 2007 (taux de T2A de 50 %). À cette date, les établissements publics sont donc encore majoritairement financés par dotation globale.

Alors que la T2A montait progressivement en charge, on a observé une détérioration progressive de la situation financière des établissements publics et de leur rentabilité économique qui mesure ici l'adéquation entre leurs produits et leurs charges. Si l'on ne peut, sur la base de ce seul constat, établir un lien de cause à effet entre montée en charge de la réforme et détérioration de la situation financière des établissements publics, il faut toutefois souligner que la progressivité de la réforme a pu être source de désajustement entre les charges liées au développement de l'activité et les ressources. En effet, l'activité MCO en hospitalisation complète et partielle des établissements du secteur public ex-DG (mesurée en nombre d'entrées et de venues) a progressé en moyenne de 1,5 % par an de 2000 à 2006, le rythme de progression de l'activité s'accroissant même à partir de 2004 avec un taux de croissance annuel moyen de 3 % sur la fin de période<sup>9</sup>. Or, ce surcroît d'activité n'a été que partiellement financé par les mécanismes de financement T2A, l'essentiel des ressources des établissements demeurant sous forme de dotation avec un lien moins assuré avec l'activité actuelle. Ainsi, la montée en charge progressive de la réforme a pu avoir un impact transitoire négatif sur les comptes des établissements. De ce point de vue, le passage, au 01/01/2008, au 100 % T2A pour les activités de MCO devrait permettre désormais une meilleure adéquation entre l'activité réalisée par les établissements et les ressources mises à leur disposition.

#### ***Le déficit des établissements publics s'élevait à 200 millions d'euros en 2006 et à 480 millions en 2007***

La situation des établissements publics était globalement excédentaire de 474 millions en 2004 après 236 millions en 2003. En 2007, les déficits apparus en 2006 s'accroissent. Le résultat net comptable était déficitaire de 200 millions d'euros (M€) en 2006, en raison d'une progression des charges plus rapide que celle des produits (+2,9 % contre +2,2 % en 2005). En 2007, le déficit des établissements de santé public s'est aggravé atteignant environ 480 millions d'euros. Si on se limite au seul budget principal des établissements de santé public, qui recouvre notamment les activités financées par la T2A, le déficit 2007 serait estimé à environ 690 millions d'euros.

---

<sup>8</sup> Pour les résultats 2006 détaillés, cf. Yilmaz, E., *Études et Résultats* à paraître, DREES (2009).

<sup>9</sup> Ces évolutions masquent sans aucun doute une croissance « artificielle » de l'activité, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation partielle. Sur ce thème, voir *infra Chapitre 4, II.3 Mesure de la productivité, mesure de l'activité : les enjeux*.

Aussi, la rentabilité économique<sup>10</sup> des établissements publics, qui mesure ici le degré d'ajustement entre les produits et les charges, s'établit autour de 1 % en 2004, baisse en 2005 (+0,3%) puis devient négative à partir de 2006 (-0,4 %) et se dégrade encore en 2007 (-0,9 %).

### ***Le nombre d'établissements en déficit s'est fortement accru depuis 2002***

L'équilibre entre charges et produits au niveau global dissimule d'importantes disparités selon les catégories d'établissements. Certaines d'entre elles sont déficitaires en 2007 : les charges des CHR (hors AP-HP) ainsi que celles des centres hospitaliers (CH) de taille moyenne (produits compris entre 20 et 70 millions d'euros) et grande (produits supérieurs à 70 millions d'euros) sont plus élevées que leurs produits. Toutes les autres catégories sont en moyenne excédentaires bien que l'agrégation ne rende pas compte des disparités qui peuvent exister entre les établissements d'une même catégorie.

En 2007 comme en 2006 et 2005, plus d'un hôpital sur trois est en déficit contre un quart en 2002. Cette situation s'est aggravée en 2007. Les déficits observés pour certains établissements peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la dotation globale par rapport à l'activité réalisée, soit de charges excessives. L'analyse reste à conduire pour déterminer les effets respectifs de l'allocation globale de ressources (ONDAM), de la nouvelle tarification et des charges des établissements sur la situation financière constatée. Cependant, comme le souligne le rapport IGAS de janvier 2008, on peut penser que « la mise en œuvre de la T2A pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, même si elle a été conduite progressivement, a eu un effet de révélateur de la sous-performance de certains établissements. Le budget global avait jusque-là masqué des situations de sous productivité. Dans de nombreux cas, la mise en œuvre de la T2A s'est traduite par des difficultés financières résultant des écarts entre les tarifs nationaux et les coûts de production des hôpitaux. Ces difficultés ont été aggravées par la concurrence du secteur privé. »<sup>11</sup>

#### **b) La situation économique et financière des cliniques privées du secteur ex-OQN**

### ***Depuis 2002, la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées reste dynamique, malgré un fléchissement depuis 2007***

La croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées a légèrement ralenti en 2006, tout en restant relativement dynamique avec une hausse de 7 % (contre 9,4 % en 2005). Elle s'établit en 2006 à un rythme légèrement inférieur à celui qu'elle atteignait avant la mise en place de la T2A (7,7 % en 2002)<sup>12</sup>. Toutefois, l'année 2007 marque un ralentissement plus significatif de la croissance du chiffre d'affaires, estimée à +4 % sur des données provisoires, sans que ce ralentissement ne diminue significativement la rentabilité des cliniques privées. Ce ralentissement se confirmerait sur les cinq premiers mois de l'année 2008 selon le dernier rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation<sup>13</sup>.

L'introduction de la T2A en 2004 et les modifications dans l'allocation budgétaire (via l'ONDAM) ne se sont pas accompagnées d'un fléchissement de l'activité et semblent avoir été absorbées sans difficultés par ces établissements. Il est vrai que, contrairement aux établissements publics, leur mode de financement antérieur relevait déjà largement d'une logique de financement à l'activité.

---

<sup>10</sup> La rentabilité économique des hôpitaux publics se définit ici comme le rapport entre le résultat net comptable et le Compte 70 (Produits) hors Compte 7071 (Rétrocession de médicaments).

<sup>11</sup> T. BRETON, C. LANNELONGUE, H. LEOST, *Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la tarification à l'activité*. IGAS, Rapport n°2007-164P, janvier 2008.

<sup>12</sup> Aude J. (2008) « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006 », *Études et Résultats*, n°650, DREES, août.

<sup>13</sup> Observatoire de l'Hospitalisation publique et privée. Note semestrielle, octobre 2008.

De manière générale, la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées résulte de la hausse de l'activité, de l'évolution des tarifs et de la modification de l'éventail d'activité (case-mix). Le ralentissement de la croissance du CA de ces établissements en 2006 s'explique principalement par une baisse des tarifs de l'ordre de 1 % entre 2005 et 2006, alors que ceux-ci avaient augmenté d'environ 2 % entre 2004 et 2005. En outre, si l'évolution de l'activité des cliniques privées vers des séjours plus coûteux (effet case-mix) s'est poursuivie en 2006, c'est à un rythme moins soutenu par rapport à l'année précédente : l'effet case-mix sur la croissance du CA est estimé à +1,7 % en 2006 contre environ +3 % en 2005. En revanche, troisième élément, le nombre d'entrées et venues a progressé de 6,3 % en 2006 contre 4,4 % en 2005. Le ralentissement de la croissance du CA a ainsi pu être limité.

Le CA rapporté au nombre d'entrées et venues s'établit à 1 136 euros en 2006 contre 1 130 euros en 2005, soit une hausse de 0,5 % pour l'ensemble des cliniques. Pour le secteur MCO, le CA moyen par entrée et venue est de 1 266 euros en 2006 et de 1 249 euros en 2005, soit une augmentation de 1,3 %. Ces évolutions sont nettement plus faibles qu'en 2005 ; elles étaient alors de l'ordre de 5 %. La modification du case-mix compense en effet à peine la baisse des tarifs en 2006 alors que ces deux effets jouaient dans le même sens l'année précédente.

***Depuis 2002, la rentabilité moyenne des cliniques s'est améliorée, malgré un léger fléchissement récent***

En 2006, la rentabilité économique (rapport du résultat net au chiffre d'affaires) des 848 cliniques étudiées s'établit à 3 % du chiffre d'affaires (CA). Alors qu'elle avait progressé continûment depuis 2002, gagnant plus de 2 points en 4 ans, la rentabilité économique en 2006 diminue de 0,3 point par rapport à 2005. Elle reste toutefois en 2006 à un niveau très supérieur à celui de 2002.

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,9 % en 2006. Cette valeur médiane est légèrement inférieure à celle de 2005 (3,3 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 10,5 %, cette proportion étant relativement stable par rapport à 2005 (10,3 %) et légèrement supérieure par rapport à 2002 (8,9 %). Ces établissements réalisent 7 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

Les cliniques déclarant des pertes sont plus nombreuses en 2006 (22 %) qu'en 2005 (17 %) mais leur part reste très inférieure à celle qu'elle était en 2002 (29,7 %). Le CA des cliniques déficitaires en 2006 représente 19 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 17 % en 2005. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques en 2006 affichent une rentabilité économique inférieure à -3,7 % contre près de 7 % en 2002.

Au cours de l'année 2008 des efforts ont été réalisés par la DREES pour disposer d'indicateurs financiers plus précoces pour les établissements privés à but lucratif. Selon les premières estimations, réalisées sur la base des données transmises en décembre 2008 portant sur les comptes de 691 cliniques, soit environ les deux tiers des établissements, la rentabilité économique des cliniques privées s'est maintenue en 2007 au niveau de 2006. Elle est estimée à environ 3,1 % en 2007, contre 3 % en 2006 et 3,3 % en 2005.

S'agissant du biais dû à la production de chiffres sur une base de données plus restreinte, la comparaison des indicateurs définitifs et les indicateurs avancés (précoces) pour 2004, 2005 et 2006 montre que des écarts relativement faibles apparaissent entre ces derniers. Toutefois, un léger biais existe entre les indicateurs avancés et les indicateurs définitifs : les premiers apparaissent légèrement plus élevés que les seconds (cela est vrai pour 2004 et 2005 mais pas 2006) ce qui tendrait à confirmer l'hypothèse selon laquelle ce sont les cliniques qui ont plutôt une bonne situation économique et financière qui déposent le plus rapidement leurs comptes aux tribunaux de commerce. Tandis que les

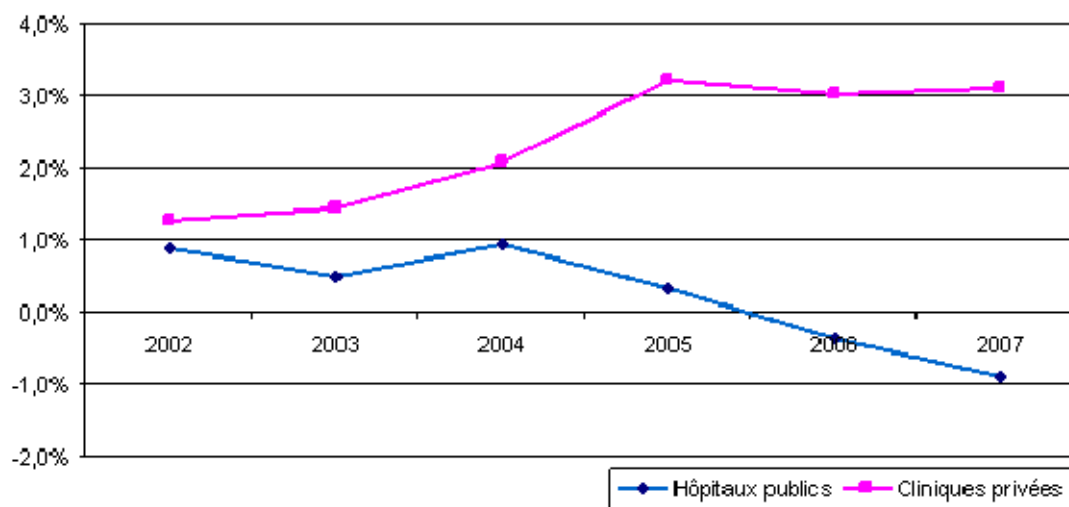


résultats en niveau laissent entrevoir un biais, les résultats en évolution présentent des variations identiques pour les indicateurs définitifs et pour les indicateurs avancés.

Pour 2007, l'indicateur avancé de rentabilité économique est de 3,1 %, ce qui constitue une légère hausse par rapport à l'indicateur avancé de l'année précédente (+0,1 point) et une baisse de 0,3 point par rapport à celui de 2005. L'indicateur avancé 2007 reste néanmoins élevé (+1,1 point par rapport à l'estimation de 2004). Selon l'indicateur avancé, la rentabilité financière des cliniques est estimée à 13 % en 2007. Ce chiffre est inférieur aux indicateurs avancés de 2005 et 2006 (13,2 % et 16 % respectivement), tout en étant supérieur à celui de 2004 (10,2 %). L'excédent brut d'exploitation semble connaître la même tendance : estimé à 7,1 % en 2007, il est plus faible que ceux des deux années précédentes, s'élevant à 7,2 % en 2006 et à 8,1 % en 2005, toutefois, il est plus élevé qu'en 2004 (6,1 %). Les autres indicateurs avancés estimés pour 2007 présentent une tendance similaire : s'ils sont plus faibles que les indicateurs avancés de 2005 et 2006, ils restent néanmoins souvent à un niveau plus élevé qu'au début des années 2000.

La DREES publiera au printemps 2009 une analyse financière de ces données à partir des données reçues en février 2009, qui permettent habituellement d'avoir l'information pour 90 % des cliniques.

**Graphique 3 - Évolution des taux de rentabilité économique des établissements publics ex-DG et privés à but lucratif sur la période 2002 – 2007**



**Rentabilité économique = résultat / produits (ou CA)**

Sources : DGFIP, Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2002-2007, calculs DREES

Nota bene : le taux de rentabilité du secteur des cliniques pour l'année 2007 est un indicateur avancé, basé sur des données provisoires

### c) La situation économique et financière des établissements privés du secteur ex-DG<sup>14</sup>

Dans la mesure où les établissements privés ex-DG n'ont pas les obligations – en termes de présentation des comptes de résultat, que peuvent avoir les établissements publics ex-DG (auprès du ministère des finances) ou encore les établissements privés à but lucratif (auprès des tribunaux de commerce), les données présentées s'appuient sur les retraitements comptables disponibles auprès de l'ATIH à partir de l'application ICARE. Le délai de disponibilité des données ainsi que la familiarisation nécessaire avec l'outil ICARE expliquent le délai de parution des premiers chiffres relatifs à la situation économique et financière de ces établissements.

Les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG) pratiquant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont concernés par la mise en place de la T2A depuis 2004. L'analyse du compte de résultat de ces établissements en 2005 montre que la montée en charge très progressive de cette nouvelle tarification influence encore peu, cette année-là, les produits qui leur sont versés par l'assurance maladie.

#### *En 2005, les produits totaux des établissements privés ex-DG s'élèvent à 8,5 milliards d'euros*

Avec 3,5 millions d'entrées et venues, les établissements privés à but non lucratif réalisent en 2005 un peu plus de 14 % des séjours hospitaliers mais seulement 8 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), cette proportion étant de 55 % pour le secteur public et de 37 % pour les cliniques privées. L'activité des établissements privés à but non lucratif est donc particulièrement orientée vers les activités non concernées par la T2A.

#### *Le secteur privé ex-DG est légèrement déficitaire en 2005*

Le déficit total des établissements privés ex-DG s'élève en 2005 à 35 millions d'euros. Un établissement sur deux réalise des pertes. Les plus grands établissements MCO (ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 35 millions d'euros) sont d'ailleurs plus souvent déficitaires que les petits établissements MCO (ceux dont les produits sont inférieurs à 12 millions d'euros). De plus, à taille égale, les établissements privés ex-DG déficitaires ont des charges de personnel plus élevées que les établissements excédentaires : 68,5 % des charges sont des charges de personnel dans les établissements déficitaires contre 67,3 % dans les établissements excédentaires.

## *2. Évolution de la masse salariale du secteur public ex-DG et du secteur privé ex-OQN*

Les charges de personnel sont le principal poste de charges pesant sur les établissements de santé. La masse salariale représente en 2007 les deux tiers des charges des hôpitaux publics et près de 45 % des charges des cliniques privées ex-OQN. Ces deux proportions ne sont cependant pas directement comparables car elles ne recouvrent pas exactement le même champ. D'une part, elles incluent les salaires des médecins dans les établissements publics mais pas les honoraires que perçoivent les médecins dans les cliniques ex-OQN. D'autre part, comme le montrent les résultats de l'enquête COI-H<sup>15</sup>, quelle que soit la nature des activités considérées en dehors de l'activité de soins stricto sensu, le secteur privé externalise dans des proportions beaucoup plus élevées que le secteur public, ce qui fait mécaniquement baisser la masse salariale.

---

<sup>14</sup> Dumontaux N. et Villeret S. (2008) « La structure des charges et des produits des établissements privés à but non lucratif », *Études et Résultats*, n°628, DREES, mars.

<sup>15</sup> Cf infra p.34.

**Tableau 4 - Évolution de la part de la masse salariale dans le total des produits (ou CA) des hôpitaux publics et des cliniques privées :**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Hôpitaux publics</b>	70,0 %	69,4 %	68,2 %	68,3 %	68,3 %	68,6 %
<b>Cliniques privées</b>	46,2 %	45,6 %	45,0 %	43,8 %	44,3 %	43,9 %

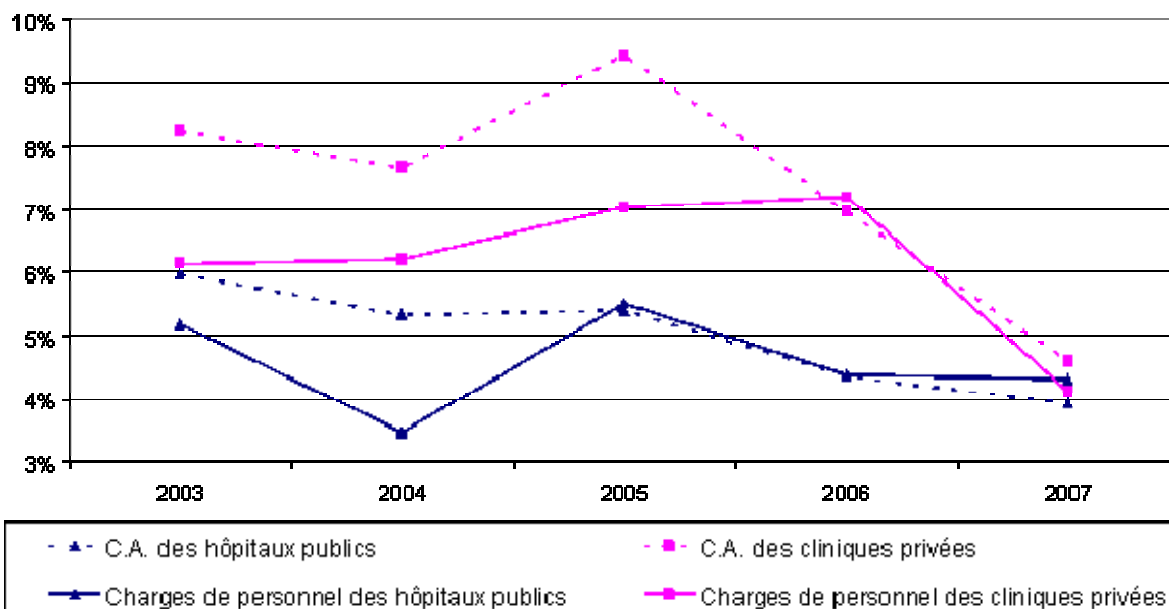
Sources : DGCP, Greffes des tribunaux de commerce, SAE.  
 Traitement DREES.

Si comparer le niveau de charges de personnels entre les deux secteurs semble délicat, il est en revanche légitime de comparer l'évolution de ces charges et l'évolution des produits perçus par les établissements de santé. Le graphique 4 présente les taux de croissances des charges de personnel et des chiffres d'affaires des hôpitaux publics et des cliniques privées ex-OQN entre 2003 et 2007. Sur cette période, la croissance de la masse salariale du secteur privé varie entre +6 % et +7 % par an avant de ralentir à +4 % en 2007. Elle est supérieure à celle du secteur public, qui fluctue entre +3 % et +5 % par an avant de converger avec celle du privé à +4 % en 2007. Toutefois, cette croissance plus dynamique de la masse salariale du secteur privé va de pair avec un plus grand dynamisme des recettes perçues. Avant de converger en 2007 avec la croissance des produits du secteur public, les produits des cliniques privées ont connu en effet entre 2003 et 2006 une croissance supérieure de 2 à 4 points à celle des hôpitaux publics, fluctuant entre +7 % et +9 %.

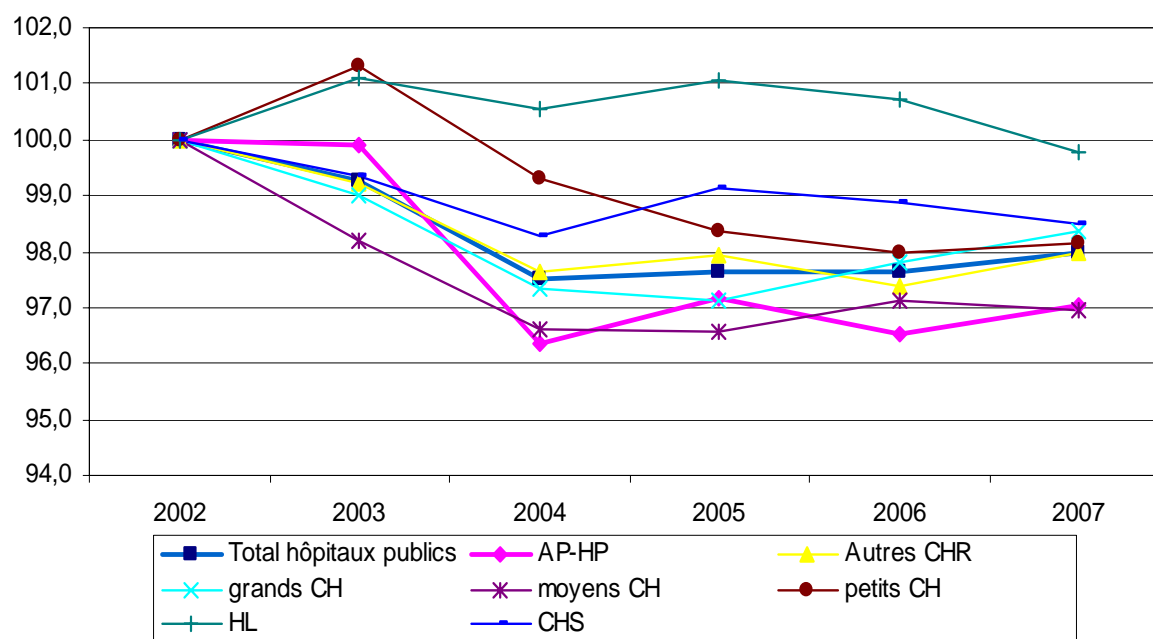
En 2003 et 2004, les charges de personnels ont progressé moins rapidement que les produits pour chacun des deux secteurs. Cette situation est toutefois antérieure à la mise en place de la tarification à l'activité. En 2005, ce constat était encore vérifié pour les cliniques privées, avec une croissance des produits supérieure de plus de deux points à celle de la masse salariale, tandis que ces deux taux de croissance s'égalisaient pour les hôpitaux publics. En 2006, à la suite d'un ralentissement significatif de la croissance de leurs produits (de +9,4 % à +7 %), la masse salariale des cliniques privées a progressé très légèrement plus vite (écart de 0,2 point). Dans le même temps, les hôpitaux publics connaissaient en 2006 comme en 2005 des évolutions quasi identiques de leurs charges de personnels et de leurs produits. Enfin, les dernières données disponibles, relatives à l'année 2007, sembleraient indiquer une meilleure capacité des cliniques privées à maîtriser les charges de personnels relativement aux recettes perçues. En effet, dans un contexte où les deux secteurs ont dû faire face à un ralentissement de la croissance des recettes perçues (de 0,5 point pour le public et de 2,4 points pour le privé), les cliniques privées ont mieux réussi à ajuster leurs charges de personnel. Leur taux de croissance a diminué de 3,1 points, pour s'établir à +4,1 %, soit 0,5 point de moins que la croissance des produits (+4,6 %). Dans le même temps, et face à un moindre ralentissement de leurs produits, les hôpitaux publics ne sont pas entièrement parvenus à ajuster la croissance de leurs charges de personnel. En 2007, celles-ci croissent à peu près au même rythme qu'en 2006 (+4,3 %), soit au total pour l'année 2007 une évolution de la masse salariale des hôpitaux publics supérieure de 0,4 point à l'évolution de leurs produits (+3,9 %).

Le graphique 4 bis mesure l'évolution du ratio masse salariale / produits pour différentes catégories d'hôpitaux publics entre 2002 et 2007. Il montre d'une part l'hétérogénéité des évolutions en fonction des catégories, et d'autre part que la tendance à une progression plus rapide de la masse salariale que celle des recettes entre 2006 et 2007 concerne surtout les établissements ayant des activités MCO (CHR, APHP, grands CH). Les autres établissements (Hôpitaux locaux, hôpitaux psychiatriques,...) présentent quant à eux une tendance inverse. Toutefois, sur l'ensemble de la période 2002-2007 ces derniers ont connu une évolution globalement moins favorable que les autres établissements publics.

**Graphique 4**  
**Taux de croissance des charges de personnel et des produits entre 2003 et 2007**



**Graphique 4 bis**  
**Évolution du taux de charges en personnel rapporté aux produits au sein du secteur public ex-DG (Indice Base 100 en 2002)**



Note de lecture : Ce graphique rapporte les charges de personnels aux produits des établissements de santé. Une diminution traduit une progression des produits supérieure à la progression des charges de personnel, et inversement.

Au total, sur la période 2002-2007, les hôpitaux publics et les cliniques privées ont donc connu des évolutions de charges de personnel globalement moins fortes que celles de leurs produits, ce qui pourrait s'interpréter en première analyse comme un mouvement vers plus d'efficience. Toutefois, ce mouvement est de moindre ampleur dans le public et surtout, il est antérieur à la mise en place de la T2A. Depuis 2004, les charges de personnel des hôpitaux publics progressent à un rythme comparable, voire un peu supérieur, à celui des produits reçus.

Il est cependant difficile en l'état de tirer des conclusions. En effet, l'évolution des produits résulte à la fois de l'évolution de l'activité, de celle des tarifs et des diverses dotations elles-mêmes contraintes par l'évolution de l'ONDAM et de sa répartition entre activités et secteurs. Depuis 2004 l'activité MCO des cliniques privées a augmenté plus rapidement que celle du secteur public, notamment grâce au développement de l'ambulatoire. En effet, tous séjours confondus, l'activité au sein des établissements du secteur privé lucratif a augmenté de +4,2 % entre 2004 et 2005 (contre +3,7 % pour le secteur public ex-DG) et de +2,9 % entre 2005 et 2006 (contre +2,5 %). Depuis la mise en place de la T2A, les tarifs des cliniques privées du secteur ex-OQN ont globalement évolué plus favorablement que ceux des établissements publics du secteur ex-DG, comme en atteste le resserrement de l'écart facial moyen entre les tarifs des deux secteurs qui est passé de 41 % en 2005 à 37 % en 2008<sup>16</sup>. Cette évolution différenciée des tarifs, qui ne dépend pas directement des performances des établissements de santé, peut en partie contribuer à expliquer que depuis 2004, la croissance des charges de personnel des hôpitaux publics soit égale ou légèrement supérieure à celle de leurs recettes.

Enfin, les établissements de santé font face à des contraintes différentes en fonction de leur statut. Les cliniques privées ont plus de liberté que les hôpitaux publics pour ajuster leurs effectifs et fixer les salaires. Ainsi, en période de moindre croissance des recettes, les cliniques privées bénéficient potentiellement de plus de leviers que les hôpitaux publics pour contenir la croissance de leur masse salariale.

### ***3. Financement à l'activité et situation économique des établissements de santé***

Depuis 2008 et le passage à 100 % T2A pour les activités MCO des établissements de santé ex-DG, environ la moitié de l'ensemble des financements reçus par les établissements de santé provient directement de leur activité.

Les résultats présentés dans le présent rapport s'appuient dans le meilleur des cas sur des données relatives à l'année 2007, les bases administratives de l'année 2008 ne pouvant être disponibles en janvier 2009.

Jusqu'en 2007, la tarification à l'activité représentait une part minoritaire des financements des établissements de santé<sup>17</sup>. Cependant, la montée en charge de la T2A s'est accompagnée de changements significatifs dans la situation économique et financière des établissements de santé. Durant cette période, les cliniques privées ex-OQN ont amélioré leur rentabilité, qui s'est ensuite stabilisée à 3 % environ, alors que les établissements publics ont vu leur situation financière se dégrader de manière continue, se situant à près de -1 % en 2007.

Le calendrier de ces évolutions ne permet cependant pas de conclure à un lien entre la réforme de la tarification et ces évolutions contrastées selon les secteurs. Pour cela, des investigations complémentaires sont nécessaires. La suite du rapport présente des travaux qui, à certains égards,

---

<sup>16</sup> Source ATIH dans *Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle*. ministère de la Santé, DHOS (octobre 2008).

<sup>17</sup> Voir supra graphique 1 et graphique 2.

peuvent éclairer ces évolutions et apporter des éléments d'explication sans qu'il soit toutefois possible à ce stade de hiérarchiser les facteurs explicatifs. Des efforts doivent être faits en ce sens en 2009.

Le premier chantier sur lequel les études doivent se poursuivre est celui de l'analyse de la rentabilité et de la productivité des établissements de santé. Ainsi, en 2009, la DREES étudiera, en appariant les données financières des établissements à la SAE et au PMSI, des éléments explicatifs de la rentabilité des établissements de santé : taille, structure d'emploi, case mix... La productivité des établissements de santé sera quant à elle étudiée grâce à une collaboration entre la DREES et l'INSEE (voir infra).

Le deuxième chantier est celui de l'analyse des évolutions dans les tarifs et les modes d'allocation budgétaire, ainsi que de leur impact sur la situation des établissements.

En premier lieu, des évolutions globales de tarifs peuvent avoir des effets aux ampleurs très variables (voire opposées) sur une partie des établissements, selon leur positionnement dans l'offre de soins (spécialisation, demande potentielle plus ou moins extensible selon la localisation géographique...). Ces évolutions macroéconomiques globales peuvent également masquer des redistributions entre établissements et ce aussi bien en intra-secteur qu'en inter-secteur.

L'impact des évolutions globales de tarifs sur les transferts inter-établissement sera à étudier à l'aune des changements de classification des GHM avec en particulier, en 2006, le passage de la version 9 (V9) à la version 10 (V10) et en 2009, celui du passage de la version 10 (V10) à la version 11 (V11). Le passage au 01/03/2009 à la version 11 de la classification des GHM, en introduisant une segmentation de chaque racine de GHM en 4 degrés de sévérité, avec un tarif différent pour chacun des degrés de sévérité, est en effet de nature à amplifier les effets redistributifs entre établissements. Puisque la lourdeur des cas est désormais mieux financée, des transferts de ressources entre établissements devraient ainsi naturellement s'opérer en fonction des case-mix propre à chacun d'entre eux.

Il faut noter que, par ailleurs, le respect de l'enveloppe budgétaire représentée par l'ONDAM hospitalier peut s'accompagner de transferts entre catégories d'établissements, transferts qui découlent directement des évolutions tarifaires.

Une analyse fine des évolutions de tarifs depuis la mise en place de la T2A semble donc indispensable.

En second lieu il serait également opportun d'étudier les relations entre tarifs et coûts. Par essence, les écarts entre coûts et tarifs sont conçus comme un levier visant à rendre les établissements plus efficaces pour certaines activités. En effet, la valorisation des GHM au coût moyen incite les établissements à faire tendre leurs coûts (réels) vers ce coût moyen (le tarif du GHS). En ce sens, des écarts entre coûts et tarifs peuvent résulter d'un choix délibéré du régulateur en faveur d'une politique de réduction des coûts au sein des établissements. En outre, les tarifs peuvent être utilisés comme un outil politique d'incitation au développement de certaines activités, ce qui pose la question de la cohérence des choix tarifaires avec les priorités définies dans le cadre de la planification sanitaire.

Ces travaux sur les tarifs seraient complémentaires de l'étude qui va être menée sur la productivité des établissements de santé et qui permettra donc de mieux connaître les fonctions de coût des établissements de santé. En effet, un objectif du comité d'évaluation sera d'expliquer la situation économique des établissements de santé en faisant la part entre ce qui relève de l'identification de marges de progression vers plus d'efficacité, et ce qui peut relever d'insuffisances de financement.

La mise en place de la T2A s'est traduite par un profond bouleversement dans la structure de financement des établissements, notamment de ceux du secteur public ex-DG. En quatre ans (2004-2008), ces établissements voient leurs recettes liées à l'activité représenter plus de la moitié de leurs financements (toutes activités confondues, beaucoup plus si l'on ne considère que les activités MCO). Dans le même temps sont montées en charge à un rythme plus rapide que celui de l'ONDAM hospitalier des dotations globales au titre notamment de certaines missions (MIGAC) et des financements hors tarifs (médicaments de la liste en sus).

Depuis 2004, la rentabilité des cliniques privées du secteur ex-OQN s'est globalement améliorée tandis que celle des établissements publics du secteur ex-DG s'est globalement détériorée. On observe en effet, au cours de la période 2003-2007, une croissance en moyenne plus rapide des charges que des produits dans le secteur ex-DG cependant que la situation est inverse dans le secteur ex-OQN. En fin de période, la moindre croissance des produits dans ce dernier secteur s'accompagne d'une moindre croissance des charges de personnel, à l'inverse de la situation observée dans le secteur ex-DG, particulièrement pour les grands CH et les CHR.

L'analyse doit être conduite pour distinguer les effets respectivement imputables à l'allocation budgétaire (via l'ONDAM), à la nouvelle tarification (échelle tarifaire, dotations globales) et aux charges des établissements (imputables non seulement au personnel mais aussi aux investissements).

Si l'on ne peut établir sur la base des seuls désajustements observés un lien de cause à effet entre montée en charge de la réforme tarifaire et déficits des hôpitaux publics, il faut souligner que le caractère progressif de la réforme a pu être la source de désajustements entre les charges liées au développement de l'activité et les ressources.

En 2009, le comité d'évaluation de la T2A poursuivra donc ses investissements dans deux directions :

- analyse de la productivité des établissements et des facteurs de leur efficience,
- analyse de l'impact sur les établissements de l'allocation budgétaire via l'ONDAM et de la tarification.

À la croisée de ces deux chantiers figure l'analyse des coûts et leur comparaison avec les tarifs et autres éléments de financement des établissements.

## Chapitre 2 - Comment concilier planification et T2A ?

En théorie, la mise en œuvre de la tarification à l'activité peut amener les établissements à supprimer certains segments de leur offre de soins dès lors que ces activités sont jugées insuffisamment rentables. La logique de rentabilité financière pourrait dans certains cas conduire à une recomposition de l'offre en rupture avec certains besoins.

La question des relations entre accessibilité géographique aux soins et tarification à l'activité constitue donc une préoccupation importante pour le Comité d'évaluation de la T2A qui avait décidé de confier à PriceWaterhouseCoopers la réalisation d'une étude qualitative portant sur les liens entre le mode de financement des établissements hospitaliers depuis la mise en place de la tarification à l'activité et la planification sanitaire.

L'étude réalisée met en évidence les conflits et les points de convergence qui existent entre les deux démarches, tant au niveau des objectifs assignés que sur le plan des processus ou encore dans le rôle des acteurs. L'étude pointe également le manque de maturité de certains dispositifs. Elle s'appuie sur l'étude plus particulière de deux régions : Languedoc-Roussillon et Franche-Comté.

### *1. Une complémentarité entre les outils observée sur le terrain*

Les acteurs locaux semblent dans les cas étudiés assurer une certaine complémentarité des outils de la planification et de la tarification, évitant les conflits potentiels d'objectifs poursuivis par les deux démarches.

#### *1. La logique dynamique de la tarification n'est pas entravée par les OQOS*

La tarification à l'activité introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dans laquelle l'activité est déterminée par les offreurs de soins dans un processus de décision décentralisé. Cette logique apparaît en contradiction avec la logique de la planification sanitaire illustrée par les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) dans laquelle l'activité peut être déterminée par le régulateur régional et fixée dans le cadre de contrats passés par celui-ci avec les offreurs de soins. Mis en œuvre par une circulaire de 2005<sup>18</sup>, les OQOS ont pour objectif de fixer des volumes d'activité par établissement à l'intérieur de fourchettes dont le non-respect peut, en théorie, faire l'objet de sanctions dans le cadre du CPOM<sup>19</sup> liant l'établissement à l'ARH.

Jusqu'à maintenant, ce dispositif s'est avéré peu contraignant sur le terrain, ainsi que l'illustrent les expériences régionales (Languedoc-Roussillon et Franche-Comté) examinées dans le rapport. L'absence de crédibilité des sanctions semble affaiblir considérablement la portée du dispositif.

Dans ce contexte et même si certains observateurs considèrent que le dispositif des OQOS est encore en phase de rodage, le bilan de leur fonctionnement est mitigé<sup>20</sup>. À défaut de leur abandon, la piste est évoquée d'un usage de ce dispositif de façon sélective pour certaines activités ou dans certains cas,

---

<sup>18</sup> Circulaire DHOS/O n°2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

<sup>19</sup> Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

<sup>20</sup> Conclusion partagée par l'IGAS : « Au vu du peu d'impact concret des OQOS fixés dans les contrats, il est nécessaire de s'interroger sur leur intérêt ». T. BRETON, C. LANNELONGUE, H. LEOST, *Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la tarification à l'activité*. IGAS, Rapport n°2007-164P, janvier 2008.



laissant jouer pour l'essentiel à la tarification couplée au contrôle de la pertinence et de la qualité de l'activité le soin d'orienter celle-ci.

## ***2. La logique de proximité de l'accès aux soins continue de primer sur la logique financière***

La tarification à l'activité soumet chaque établissement à une contrainte d'équilibre financier qui peut quelquefois amener un établissement à reconsidérer le segment de son offre de soins jugé non rentable. Le SROS peut au contraire imposer à des établissements le maintien d'activités pour garantir la proximité de l'accès aux soins sur tout le territoire.

Dans les deux régions étudiées, la logique de l'accessibilité aux soins continue de primer sur la logique financière. Cette suprématie de la logique d'accessibilité promue dans le cadre de la planification sanitaire se traduit en Franche-Comté par le maintien d'un établissement dont le volume d'activité est trop faible au regard des critères généralement retenus en termes de pratiques professionnelles et de rentabilité financière. En Languedoc-Roussillon, le maintien de la proximité de l'accès aux soins justifie pour l'ARH d'utiliser sa marge de manœuvre issue de l'aide à la contractualisation pour financer les cliniques privées isolées dans l'arrière-pays. Ce financement est toutefois conditionné par le respect contractuel de certaines clauses (permanence des soins, encadrement des dépassements d'honoraires...).

## ***II. Des processus de tarification et de planification qui s'ignorent cependant parfois***

### ***1. Les objectifs de planification sanitaire ne prennent pas toujours en compte les contraintes financières des établissements***

Les SROS sont élaborés de telle sorte que l'offre de soins réponde aux besoins de santé<sup>21</sup>, sans prendre en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements. De même, les CPOM déclinent les SROS sans prise en compte des contraintes financières des établissements, même s'ils sont censés préciser les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces engagements.

En Franche-Comté, le SROS est perçu comme un « idéal » correspondant aux besoins de santé de la population (en termes de proximité et de qualité des soins), déconnecté des capacités financières des établissements et auquel ces derniers doivent s'adapter en recherchant des sources d'efficience.

Les conflits sur le terrain sont traités selon une approche pragmatique : l'ARH fait preuve d'une certaine souplesse quant à l'application du SROS, en fonction de la situation de l'établissement. Ainsi, un centre hospitalier de Franche-Comté devait ouvrir un service de néo-natalité (inscrit au SROS 3) dans le cadre d'un nouveau pôle mère-enfant, mais des études réalisées indiquent que l'activité ne pourra pas être rentable ; l'ARH qui doit étudier cette situation particulière pourrait faire primer le critère financier sur celui de la planification.

---

<sup>21</sup> Encore faut-il préciser que dans la pratique, cette « évaluation des besoins de santé » est moins ambitieuse que le concept ne pourrait le laisser penser. En fait d'évaluation des besoins de santé, c'est principalement une analyse de la consommation de soins (vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle) ajustée en fonction d'un certain nombre de facteurs démographiques qui est réalisée. Les approches plus élaborées qui sont recommandées dans les SROS sont difficiles à mettre en œuvre compte tenu de l'étendue des connaissances qu'elles impliquent de mobiliser, en particulier pour l'analyse des besoins à couvrir, au-delà des besoins satisfaits.

En Languedoc-Roussillon, c'est également la logique de réponse aux besoins qui a prévalu lors de l'élaboration du SROS ; le coût du SROS a été chiffré *a posteriori* et n'a pas remis en cause les décisions du SROS. Les CPOM ne comprennent pas d'éléments financiers, sauf pour la partie MIGAC.

## ***2. L'évaluation des SROS et des CPOM ne prévoit pas d'indicateurs médico-économiques***

L'évaluation des SROS, placée sous la responsabilité des ARH, a pour objectif de mesurer d'une part si les orientations et les actions prévues ont été effectivement mises en œuvre et d'autre part dans quelle mesure ces actions ont permis de répondre aux besoins de santé de la population concernée. Cependant, elle prévoit principalement des indicateurs portant sur l'activité, la qualité, la mise en œuvre de coopérations, sans intégrer d'indicateurs médico-économiques. De même, les critères d'évaluation des CPOM (inscrits dans ces derniers) varient selon les régions et ne comportent pas non plus d'indicateurs médico-économiques.

Les entretiens réalisés dans les deux régions de l'étude (Franche-Comté et Languedoc-Roussillon) confirment l'absence de dimension médico-économique, tant au niveau de l'évaluation des SROS que de celle des CPOM.

## ***3. La décision d'investir peut ignorer le critère d'équilibre financier***

Le financement d'un projet d'investissement est théoriquement conditionné par le maintien de l'équilibre financier de l'établissement mais, dans les faits, des projets non rentables peuvent être financés s'ils correspondent à des priorités de planification.

Dans les deux régions étudiées, le critère principal de choix des projets d'investissement est leur cohérence avec les orientations des différents plans (Plan Hôpital 2012, Plan de santé mentale 2006) et le SROS. Ainsi, les projets de regroupement et de remise aux normes sont prioritaires.

Cette apparente incohérence – financer un projet non rentable – peut toutefois être expliquée par le fait que certains investissements ont été décidés dans un contexte de dotation globale dans lequel les critères financiers utilisés pour étudier les opérations étaient limités aux surcoûts des dépenses de titre 4 (coûts d'amortissement et frais financiers) des établissements.

Avec la montée en charge de la T2A, ces opérations se voient désormais étudiées à l'aide d'outils de mesure de la rentabilité médico-économique sans que ces critères n'aient été pris en compte au moment du choix de l'investissement.

Ainsi, certaines divergences qui sont constatées aujourd'hui devraient disparaître lorsque toute la chaîne de décision sera stabilisée sous le régime T2A.

## ***III. L'organisation des futures ARS devra tenir compte du double rôle de l'État, à la fois plus particulièrement responsable du secteur public et régulateur***

Il convient, en outre, de souligner que le rôle exercé par l'État vis-à-vis des établissements de santé ne se limite pas à celui d'un régulateur même si ce rôle implique déjà deux dimensions, une dimension de planification sanitaire et une dimension de tarification. L'État est également plus particulièrement responsable des établissements du secteur public. Cette double nature – État régulateur et État plus particulièrement responsable du secteur public, doit nécessairement être prise en compte dans la réflexion qui porte actuellement sur l'organisation des futures ARS.

Les expériences régionales étudiées permettent d'alimenter la réflexion sur le dispositif des ARS. Elles illustrent notamment l'impératif qu'il y a de prévoir au sein des ARS une articulation explicite entre la logique financière et la logique de planification, même si la conciliation des deux logiques n'implique pas forcément la création d'un service unique.

Dans le dispositif actuel des ARH, la fonction de planification et la fonction financière (allocation des ressources, contrôle de gestion, politique budgétaire et financière) sont généralement séparées. Dans les deux régions étudiées, cette séparation ne semble cependant pas nuire à la conciliation des deux logiques.

Dans l'ARH de Franche-Comté, chaque chargé de mission est compétent et spécialisé sur un domaine précis. C'est donc au niveau du directeur de l'ARH, dont le rôle est stratégique et décisionnaire, que se réalisent les arbitrages entre les deux logiques.

L'ARH du Languedoc-Roussillon est organisée selon une logique matricielle, chaque chargé de mission ayant en charge un thème (par exemple : campagne et suivi budgétaire, investissements...), un territoire et un sujet médical (par exemple : soins palliatifs, urgences, etc.). Chaque chargé de mission a donc une vision transversale du territoire et est impliqué sur différents dossiers et participe aux réflexions globales sur la région. Le DARH privilégie et anime les échanges entre les chargés de mission, favorisant ainsi l'émergence d'une vision globale et partagée des établissements et des problématiques.

#### ***IV. Bilan de l'étude : un manque de maturité de certains dispositifs***

L'étude a mis en évidence une mise en œuvre raisonnée par les acteurs locaux assurant globalement une certaine cohérence dans l'utilisation d'outils aux objectifs différents (planification et tarification).

Les points de divergence constatés entre planification sanitaire et T2A doivent être relativisés par le caractère récent des réformes, dont la mise en pratique nécessite une période de transition pour la pleine maturité des dispositifs et des acteurs. Plusieurs éléments mettent ainsi en évidence le manque de maturité des dispositifs :

- ✓ Des opérations d'investissement décidées dans le cadre du volet investissement du Plan Hôpital 2007 et alors que le mode de financement était la dotation globale se voient désormais étudiées à l'aide d'outils de mesure de la rentabilité médico-économique sans que ces critères aient été passés en revue au moment du choix de l'investissement.
- ✓ La réduction de la marge de manœuvre financière du régulateur régional, induite par la T2A, nécessite de trouver d'autres formes de relations entre le régulateur régional et les établissements, avec un équilibre entre une dynamique de l'activité initiée de façon décentralisée dans le cadre d'orientations générales et des interventions *a posteriori* ou par exception en cas de désajustement (besoins non satisfaits, déséquilibre financier dans un établissement public,...). La contractualisation revêt une importance particulière dans ce nouveau mode relationnel, et doit sans doute évoluer vers un aspect plus qualitatif, avec un système de récompenses et de sanctions.
- ✓ Une recherche d'efficience pourra amener des recompositions et des coopérations que la planification n'était pas parvenue à organiser.
- ✓ Le travail actuel sur les MIG pourrait conduire à un nouveau processus d'attribution et de révision des enveloppes, plus homogène d'une région à l'autre. De plus, la répartition de l'enveloppe MIGAC (comme principale marge de manœuvre des ARH) entre MIG et AC pourrait être amenée à évoluer, l'enjeu étant de la pérenniser et de

l'utiliser au mieux en fonction des priorités stratégiques de l'ARH, dans une démarche de contractualisation avec les établissements sur des objectifs.

- ✓ Enfin, au-delà du caractère intrinsèquement évolutif des tarifs, il est probable que les chantiers en cours auront un impact non négligeable sur les processus de fixation des tarifs : révision des grilles tarifaires dans la perspective de la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé ; extension de la T2A aux activités SSR et psychiatrie ; prise en compte de l'enjeu de la qualité dans le pilotage des établissements.

Au niveau des acteurs, le régulateur régional voit son rôle de pilotage médico-économique renforcé ; cette fonction nécessite des systèmes d'information, aujourd'hui insuffisants. Il évolue également d'une logique « autoritaire » vers un rôle plus pédagogique de sensibilisation et d'accompagnement des établissements, tout en veillant à faire respecter ses décisions en cas de conflit, par le biais des outils à sa disposition (autorisations, contrôle de conformité, enveloppe AC, CPOM...).

**Ces évolutions doivent être mises en perspective avec la création des ARS**, qui conduiront nécessairement à une redéfinition des missions et des modes de fonctionnement du régulateur au niveau régional.

La tarification à l'activité soumet chaque établissement à une contrainte d'équilibre d'activité qui est susceptible d'amener un établissement à reconsidérer le segment de son offre de soins jugé non rentable. La planification peut au contraire imposer à des établissements le maintien d'activités pour garantir la proximité de l'accès aux soins sur tout le territoire.

La question des relations entre accessibilité géographique aux soins et tarification à l'activité constitue donc une préoccupation importante pour le comité d'évaluation de la T2A. L'étude qu'il a fait faire dans deux régions (Languedoc-Roussillon et Franche Comté aboutit à quelques constats :

- les acteurs locaux semblent, dans les cas étudiés, assurer une certaine complémentarité des outils de la planification et de la tarification, évitant les conflits potentiels d'objectifs poursuivis par ces deux démarches. La logique dynamique de la tarification n'apparaît pas ainsi entravée par les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) utilisés à l'égard des établissements de manière très peu contraignante. Cependant, de façon générale, lorsque se pose un problème d'accessibilité aux soins, la logique de la planification prime sur la logique financière.

- les processus de planification et de tarification s'ignorent cependant encore à divers égards. Les objectifs de planification sanitaire ne prennent pas toujours en compte les contraintes financières des établissements. L'évaluation des SROS et des CPOM ne prévoit pas d'indicateurs médico-économiques. La décision d'investir peut ignorer le critère d'équilibre financier.

Les conclusions de l'étude réalisée ont une résonance particulière dans le contexte de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) et alors même que leur futur mode d'organisation n'est pas encore arrêté. L'étude suggère que l'organisation des futures ARS devra nécessairement prendre en compte le double rôle de l'État, à la fois plus particulièrement responsable du secteur public et également régulateur.

Il conviendra notamment de veiller à ce que les instruments au service d'une logique particulière ne neutralisent pas complètement les autres logiques. Ainsi les CPOM, matérialisant la relation entre les établissements et l'État plus particulièrement responsable du secteur public, qui doivent être contraignants (par exemple, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier) ne doivent pas entraver les incitations résultant d'une tarification à l'activité couplée à un contrôle de la pertinence et de la qualité de l'activité.

Les solutions pragmatiques trouvées par les acteurs de terrain doivent être préservées permettant de faire jouer la complémentarité des outils.

Par ailleurs, la déconnexion souvent observée au sein des actuelles ARH entre logique financière et logique de planification met en évidence la nécessité de prévoir, au sein des futures ARS, une articulation explicite entre ces deux logiques.

## Chapitre 3 - Équité et qualité des soins

En réintroduisant dans la gestion hospitalière un lien étroit entre la production des soins, leur coût de production, la rémunération des établissements et leur équilibre financier, la T2A constitue la réforme qui, à ce jour, a le plus bousculé les habitudes et les pratiques hospitalières.

Ce dispositif tarifaire, basé sur un mécanisme de rémunération des établissements de santé dans lequel la fixation du prix des prestations fournies est indépendante du coût de leur production<sup>22</sup> exige en principe des établissements de santé des efforts de productivité. Ceux-ci sont rendus possibles par le biais d'une spécialisation des activités de soins en fonction des avantages comparatifs des établissements. La T2A garantit en principe aux établissements de santé un financement en rapport avec leur activité et prévient les risques de rentes de situation dont disposaient certains au détriment d'autres. Dans ce cadre, le comité d'évaluation doit veiller aux risques de dérives que le système peut présenter.

En effet, en admettant que les producteurs de soins soient réellement en mesure d'observer ex-ante la lourdeur pathologique associée aux patients accueillis, ce principe tarifaire peut susciter trois types d'effets non désirables :

- le risque de sélection pure et simple des patients, en écartant de la patientèle celles et ceux qui ne seraient pas source d'une rémunération jugée suffisante ;
- des gains de productivité basés sur une diminution de l'intensité des soins pour les patients aux pathologies les plus lourdes – le producteur de soins fait de la qualité des soins une variable d'ajustement permettant aux établissements de réduire artificiellement leurs coûts ;
- enfin, le risque moral qui consiste à fournir un excès de soins à des patients qui n'en ont pas besoin (inadéquation des soins ou non pertinence de l'activité).

Parmi ces trois effets indésirables, dont il faut noter qu'ils pouvaient exister dans le système antérieur à la T2A, nous aborderons les deux premiers dans ce chapitre, le troisième ayant été inscrit au programme de travail du comité d'évaluation de la T2A 2009-2010.

### ***I. La prise en charge des populations en situation de précarité***

En 2006, le rapport de l'IGAS<sup>23</sup> mentionnait que la « *précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge hospitaliers* ».

Dans l'optique de la convergence tarifaire qui doit être réalisée à l'horizon 2012 entre les établissements publics et les établissements privés, l'accueil des patients en situation de précarité constitue un facteur susceptible de justifier des écarts de coût entre différentes catégories d'établissements.

---

<sup>22</sup> En principe, ceci signifie que l'on ne tient pas compte des coûts propres d'un établissement pour fixer les prix (c'est-à-dire les tarifs) qui lui sont applicables. En pratique, les prix sont en général fixés sur la base de la moyenne des coûts. Néanmoins de nombreuses variantes peuvent exister : moyenne sur un échantillon d'établissements (cas de la France), sur l'exhaustivité des établissements, moyenne écrétée, médiane, etc. Une solution plus extrême qui se voudrait très incitatrice à la maîtrise des coûts pourrait en théorie également se baser sur le coût minimum.

<sup>23</sup> Aballea P., Bras P-L, Seydoux S. (2006) « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé », rapport IGAS n°2006 009, janvier 2006.

Si la précarité constitue un facteur de surcoût et que dans le même temps ce surcoût n'est pas pris en compte dans les financements, les établissements peuvent être tentés de refuser les patients en situation de précarité.

Avant de consolider de nouvelles règles de financement de la précarité – et alors même qu'une partie de la précarité est déjà financée notamment au titre des MIGAC, il convient au préalable de se doter d'une méthodologie de repérage des populations en situation de précarité.

### *1. Ne sont pas précaires ceux que l'on croit*

Les entretiens réalisés au sein de trois établissements parisiens<sup>24</sup> dans le cadre de l'étude d'IRIS Conseil ont permis de montrer le caractère multidimensionnel de la précarité et donc la nécessité d'établir une grille de repérage qui tienne compte de toutes les dimensions de la précarité.

**Un niveau de revenu faible** constitue une première dimension de la précarité. Une situation de pauvreté extrême, ou le fait de percevoir des revenus faibles (revenus de type minima sociaux tels que notamment RMI, allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation d'insertion (AI), allocations aux adultes handicapés (AAH), allocation de parent isolé (API), le minimum vieillesse) ou encore une situation de chômage de longue durée constituent autant de marqueurs d'une précarité en termes de niveau de revenu.

Toutefois, ces indicateurs monétaires ne permettent pas à eux seuls de repérer toutes les populations en situation de précarité. L'étude d'IRIS Conseil montre que trois autres dimensions de la précarité doivent être prises en compte, en plus de la dimension monétaire.

**L'isolement social** constitue une autre de ces dimensions. L'analphabétisme, les difficultés liées à la différence de culture ou le faible niveau éducatif peuvent induire un temps d'explication plus long ou des durées de séjour plus longues liées à la mauvaise compréhension de la stratégie thérapeutique. Par ailleurs, l'instabilité familiale peut induire une augmentation de la durée moyenne de séjour pour les enfants hospitalisés issus d'une famille monoparentale (marge de manœuvre réduite pour le parent pour libérer du temps pour assurer les soins de l'enfant à son retour de l'hôpital) ainsi que pour le parent hospitalisé (fréquence des troubles dépressifs plus élevée liée au stress et au mal-être psychologique alimenté par les ruptures sociales ou familiales).

**La qualité du logement** constitue également une dimension de la précarité. Les personnes sans abri mais également les personnes vivant dans un logement inadéquat (caravane, mobil home, squat, personne provisoirement hébergée chez un tiers ou supportant des conditions de logement dégradées telles que l'absence de chauffage et d'eau courante dans le logement) restent plus longtemps que les autres à l'hôpital.

**L'accès aux droits** doit également être pris en compte dans une méthodologie de repérage des populations en situation de précarité. Le fait de ne pas bénéficier d'une couverture sociale obligatoire, ou le fait de percevoir l'AME<sup>25</sup> peuvent être considérés comme des marqueurs de précarité, en termes d'accès aux droits.

En définitive, et c'est la conclusion de l'étude d'IRIS, toute étude qualitative et quantitative sur l'évaluation du coût de prise en charge des patients dits précaires par rapport au patient « moyen »,

---

<sup>24</sup> Un établissement public de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris, un établissement privé à but lucratif et un centre hospitalier situés en banlieue parisienne.

<sup>25</sup> Le dispositif de l'AME vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière interrompue depuis plus de trois mois mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

réalisée à échelle représentative, devrait ainsi au minimum prendre en compte ces quatre catégories de facteurs de surcoût (isolement, logement, revenu, droits) et envisager ces quatre types d'impact (nursing, accompagnement social, durée de séjour et degré de sévérité de la pathologie) sur ces trois secteurs (urgences, hospitalisation complète et ambulatoire, consultations et soins externes).

**Tableau 5 - La prise en charge de la précarité dans les établissements de santé : facteurs de surcoût, types d'impact et secteurs principalement concernés**

Catégories de facteurs de surcoût	Principaux impacts	Principaux secteurs concernés
Isolement (relations sociales)	Soins de « nursing »	Urgences
Qualité du logement	Accompagnement social	Hospitalisation complète et ambulatoire
Niveau de revenu	Durée de séjour	Consultations et soins externes
Accès aux droits	Degré de sévérité de la pathologie	

## 2. Même si certains aspects de la précarité sont financés, le phénomène doit être chiffré

Ainsi que le rappelle le rapport de l'IGAS (2006)<sup>26</sup>, une partie de la précarité est déjà prise en compte au titre des MIGAC<sup>27</sup> : la mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux<sup>28</sup> comprend notamment le financement déjà acté des permanences d'accès aux soins de santé et l'accompagnement social des patients en situation précaire.

Pour savoir si ces financements couvrent tout ou partie seulement de la précarité hospitalière, il faudrait dans un premier temps mesurer l'impact que celle-ci exerce sur les durées moyennes de séjours et sur les coûts des établissements.

Plusieurs études étrangères<sup>29</sup> ont quantifié le surcoût de la précarité hospitalière. Ainsi, l'étude américaine d'EPSTEIN (1981-1985) portant sur l'examen de 402 séjours a mis en évidence une augmentation de 25 % de la durée de séjour et de 16 % sur les coûts. Une étude complémentaire conduite en 1991<sup>30</sup> sur 20.000 séjours a confirmé ces premiers résultats. Closos<sup>31</sup> a conclu dans le même sens sur l'allongement des durées de séjours liées à la précarité.

Plusieurs études françaises ont également été produites.

La première étude française<sup>32</sup> centrée sur l'impact de la précarité sur les coûts a permis de montrer qu'à case-mix constant, c'est-à-dire pour des GHM identiques, les patients dits « précaires » auraient une durée de séjour globalement supérieure de 36 % à celle des patients « non-précaires ». À case-mix constant, le coût du séjour serait supérieur d'environ 33 % pour les patients précaires. Les résultats de cette étude sont sans doute un peu surestimés compte tenu d'un biais d'inclusion des cas qui a conduit à retenir dans la définition des patients précaires la catégorie des « patients en attente d'admission ailleurs ». Or, ce critère conduit par construction à un accroissement des durées de séjours et donc des coûts.

<sup>26</sup> Aballea P., Bras P-L, Seydoux S. (2006) « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé », rapport IGAS n°2006 009, janvier 2006.

<sup>27</sup> Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

<sup>28</sup> Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale.

<sup>29</sup> Epstein A.M. et al. (1988) « The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups », *New England Journal of Medicine*, juin 1988, 318(24): pp. 1579-85.

<sup>30</sup> Epstein AM et al. (1991) « Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources », *New England Journal of Medicine*, janvier 1991, 324(1); pp.63-4.

<sup>31</sup> Closos M.C. et al. (1997) Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjours dans les hôpitaux. Rapport du Centre d'étude interdisciplinaire en économie de la santé, Bruxelles.

<sup>32</sup> Mathy C., Bensadon M. (1999) « Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour », DHOS/mission PMSI/CTIP, décembre 1999.

Quoi qu'il en soit, et compte tenu du fait que la proportion de patients précaires ne dépasse pas 10 % des séjours dans l'étude, le surcoût global de la précarité ne dépasse pas 3 % dans cette première estimation française.

Une étude de la CNAMTS<sup>33</sup> qui retient une définition de la précarité restreinte aux seuls bénéficiaires de la CMUC conclut que la durée de séjour des bénéficiaires de la CMUC est en moyenne supérieure de 4 % à celle des bénéficiaires non CMUC. Cette population représentant 9 % des séjours, l'impact global sur les journées d'hospitalisation reste limité. L'étude suggère de façon indirecte que la précarité ne se résume pas au seul critère de la CMUC, ce qui corrobore les résultats de l'étude d'Iris Conseil qui a mis en évidence quatre dimensions de la précarité (isolement, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits).

Une étude de l'AP-HP<sup>34</sup> assise sur un échantillon exhaustif des séjours de l'AP-HP confirme que les variables marqueuses de la précarité (sans domicile fixe, CMU, CMUC, soins urgents) sont associées à une modification de la durée moyenne de séjour. À case-mix identique, l'augmentation de la durée moyenne de séjour varie de 9 % (CMU) à 65 % (soins urgents).

**En tout état de cause, si les études disponibles suggèrent que le surcoût global lié à la prise en charge de la précarité est limité, il apparaît nécessaire de les approfondir.**

En effet, compte tenu de l'ancienneté de l'étude de Mathy et Bensadon (1999) et étant donné que les études françaises récentes portent sur un champ restreint de la précarité (l'étude de la CNAMTS ne retient que les bénéficiaires de la CMUC tandis que celle de l'AP-HP ne porte que sur les établissements hospitaliers parisiens), la DREES a jugé utile de lancer une nouvelle étude, réalisée à partir de données récentes et englobant toutes les dimensions de la précarité, qui doit permettre de fournir une estimation actualisée.

Pour ce faire, elle s'est inspirée des quatre dimensions de la précarité identifiées dans le rapport d'IRIS Conseil. Pour chacune de ces quatre dimensions, elle a retenu des codes Z<sup>35</sup> – ces codes du PMSI renvoient aux facteurs influant l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé – potentiellement marqueurs de précarité. Un tri a été effectué, à partir d'une étude de l'ATIH<sup>36</sup>, pour ne retenir que les codes Z qui semblent exercer une influence importante sur les durées moyennes de séjour.

Pour chacun des codes finalement retenus, la DREES a rédigé des consignes de codage permettant de faciliter le recueil de l'information au sein des établissements.

Le recueil des données au niveau des établissements de l'ENCC a été effectué par l'ATIH en novembre et décembre 2008. Les premiers résultats portant sur l'impact de la précarité sur la durée moyenne de séjours devraient être disponibles vers la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2009. Le troisième rapport annuel du Comité d'évaluation de la T2A (2009-2010) rendra compte de l'état d'avancement de cette étude.

---

<sup>33</sup> CNAMTS (2008) « La précarité a-t-elle un impact sur la durée et le coût des séjours hospitaliers ? ».

<sup>34</sup> Taright et al. (2007) « Étude de la relation durée de séjour-variables sociales du système d'information hospitalier à l'AP-HP ». Étude présentée aux journées EMOIS (2007).

<sup>35</sup> Les codes Z sont classés dans sept catégories : (1) Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers, (2) Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles, (3) Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction, (4) Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques, (5) Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales, (6) Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs et (7) Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels ou familiaux et de certaines affections.

<sup>36</sup> « Version 11 de la classification des GHM travaux 2007. Études complémentaires, finalisation des CMA, révision des groupes médicaux ».



### ***3. Le financement de la précarité ne règle toutefois pas tous les problèmes***

Le financement ne règle pas tous les problèmes de prise en charge puisque demeurent des problèmes liés au manque de structures d'aval.

Comme les places d'aval sont insuffisantes en nombre, les établissements de court séjour se trouvent en concurrence les uns avec les autres pour y accéder.

Ce problème du manque de places de lits d'aval est un problème de portée générale qui n'est pas lié de façon spécifique à la précarité. Ainsi que le souligne le rapport Larcher<sup>37</sup>, la « *faiblesse des soins de suite conduit à des inadéquations en court séjour et donc à des défauts de qualité et des surcoûts* ». Le rapport montre que le manque de structures d'aval est la résultante d'une vision de la médecine qui a toujours donné un « *primat à sa dimension technique, au détriment de soins pourtant fondamentaux pour les patients : médecine de réadaptation, gériatrie, suivi des maladies chroniques, prise en charge médico-sociale* ». Aussi, le rapport Larcher recommande-t-il que soient poursuivis les efforts de redéploiement de lits MCO vers les SSR.

Le manque de structures d'aval a également retenu l'attention de la MEAH dans un rapport de 2008<sup>38</sup> dans lequel elle identifie les bonnes pratiques organisationnelles permettant de réduire le délai de transfert des patients vers les structures d'aval (disposer d'une liste à jour des établissements d'aval, homogénéiser les bons de demande d'aval, préparer la sortie vers l'aval avant l'admission, ...).

## ***II. La qualité des soins***

Face à un paiement prospectif de type tarification à l'activité, les établissements sont incités à réduire leurs coûts, ce qui peut passer par des réorganisations internes visant à améliorer l'efficacité. Mais au-delà de ces effets souhaités et attendus de la T2A, la réduction des coûts pourrait aussi donner lieu à des stratégies indésirables de contournement, telles que la dégradation de la qualité des soins. La qualité est généralement coûteuse. Pour réduire les coûts, il pourrait être envisagé de diminuer la quantité<sup>39</sup> ou l'intensité des soins, de raccourcir excessivement la durée de séjour, quitte à réadmettre ensuite le patient dans le même service peu de temps après son premier séjour, ou encore d'assouplir le suivi des règles d'hygiène et de sécurité.

Cet effet n'a pas pour l'instant été observé dans les pays qui ont mis en œuvre un système de tarification à l'activité. Toutefois, face à ce risque potentiel, la question de la mesure de la qualité devient essentielle. Cette mesure est complexe car la qualité est une notion multidimensionnelle. Par ailleurs, certains indicateurs tels que le taux de mortalité, dont on peut penser a priori qu'ils constituent des marqueurs robustes de la qualité des soins, ne peuvent être directement utilisés. La HAS, la DREES et la DHOS ont élaboré de nombreux indicateurs qui vont permettre de suivre la qualité des soins.

---

<sup>37</sup> Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher (2008) remis à M. le Président de la République le 10 avril 2008.

<sup>38</sup> MEAH (2008) La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques. Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences, avril 2008.

<sup>39</sup> Cela peut se traduire par une diminution de la quantité de ressources utilisées (par exemple, le personnel) ou par une diminution de la quantité de services produits (durée de séjour, médicaments, actes diagnostiques et thérapeutiques, activités de promotion de la santé, etc.) par patient admis.

## ***1. Les indicateurs produits par la HAS, la DREES et la DHOS permettront de suivre la qualité des soins dans les établissements***

La mesure et la diffusion d'indicateurs sont un des outils d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. C'est pourquoi, les différentes institutions concernées œuvrent ensemble au développement de tels indicateurs. En effet, en France, depuis plusieurs années, la DREES, ainsi que la DHOS et la HAS cofinancent différents projets de recherche visant à développer des indicateurs ou des modèles permettant d'évaluer la qualité des soins et la performance des établissements de santé (Projets Compaqh, Path-OMS, Patient safety indicator). La généralisation de la plupart des indicateurs a été confiée à la HAS, sauf en ce qui concerne les infections nosocomiales et la satisfaction du patient hospitalisé qui relèvent de la DHOS.

Ainsi en 2008, onze indicateurs validés dans le projet Compaqh sont en cours de recueil dans les établissements de courts séjours de médecine, chirurgie et obstétrique. Ces indicateurs sont regroupés en trois thèmes :

1. La tenue du dossier patient :
  - la tenue du dossier du patient ;
  - le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ;
  - le dépistage des troubles nutritionnels ;
  - la traçabilité de l'évaluation de la douleur.
2. La tenue du dossier anesthésique recouvre un seul indicateur :
  - la tenue du dossier anesthésique.
3. Le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë :
  - la prescription d'aspirine et de clopidogrel à l'issue du séjour du patient ;
  - la prescription de bêta-bloquant à l'issue du séjour du patient ;
  - la mesure de la Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche (FEVG) et la prescription d'inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) à l'issue du séjour du patient ;
  - la prescription de statine à l'issue du séjour du patient et le suivi de la distance du bilan lipidique ;
  - la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques durant et à l'issue du séjour du patient ;
  - la délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac durant ou à l'issue du séjour du patient.

Le programme HAS 2009-2011 de généralisation et d'utilisation des indicateurs de qualité concilie davantage de mesures et de comparaisons pour faire progresser la qualité dans les établissements de santé (ES) avec une double utilisation des indicateurs :

- interne pour fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité ;

- externe en intégrant des indicateurs généralisés dans la procédure de certification, comme outils de pilotage de la tutelle : ministère et ARH (cf. annexes qualité des CPOM<sup>40</sup>) et pour une diffusion publique dans une logique de transparence.

La montée en charge est progressive et les secteurs concernés seront le MCO en 2008, le SSR en 2009 et la psychiatrie et HAD en 2010. L'intégration dans la certification se fera à partir de la V2010.

Des outils de régulation seront fournis aux tutelles régionales à partir de 2009 et la diffusion sera publique à l'horizon 2010, via le site Platines développé par la Drees.

## **2. Taux de mortalité global, Évènements Indésirables Graves (EIG) et qualité des soins**

### a) Taux de mortalité global et qualité des soins

Le taux de mortalité par établissement ou service pourrait être considéré comme un marqueur de la qualité des soins qui y sont réalisés.

Cependant, les expériences étrangères examinées dans la revue de la littérature internationale réalisée par la DREES et la HAS invitent à la plus grande prudence.

Tout d'abord, il apparaît, d'après les différentes études internationales, qu'un taux global de mortalité hospitalière est lié à de multiples facteurs le rendant inutilisable en tant que tel. La publication d'un tel taux pourrait faire l'objet d'interprétations erronées du public quant à la qualité des soins délivrés. Ainsi des établissements prenant en charge des patients atteints de pathologies complexes tout en assurant des soins de qualité s'exposent à un taux de mortalité plus élevé (cas des centres de lutte contre le cancer par exemple). Par ailleurs, la publication d'indicateurs de mortalité peut induire des comportements indésirables chez les professionnels, comme le refus d'opérer les patients à risque.

Il est en revanche possible de calculer des taux spécifiques de mortalité par pathologie ou pour certains actes, à la condition de prendre en compte (« ajuster ») différentes variables telles que le sexe, l'âge, le mode d'admission, les morbidités associées, etc. pour pouvoir comparer les établissements entre eux de façon juste. Il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode d'ajustement incontestable, ce qui a pu conduire certains pays à renoncer temporairement ou définitivement à la publication d'indicateurs de mortalité en raison des critiques méthodologiques très fortes dont ils ont été l'objet.

Ceci rend d'autant plus nécessaire la publication concomitante d'indicateurs de la qualité des soins et un effort de pédagogie soutenu. Ainsi, si certains pays comme la Grande Bretagne ou les États-Unis, par exemple, publient des indicateurs de mortalité - ajustés sur plusieurs facteurs de risque, ceux-ci le sont au sein d'un ensemble d'indicateurs qui permettent une vision plus globale de la performance des établissements.

Au total, la construction, l'interprétation et la diffusion d'indicateurs de mortalité soulèvent des difficultés méthodologiques et des questions d'opportunité qui nécessitent une instruction approfondie. Une phase d'expérimentation et de concertation préalable avec les professionnels est donc indispensable avant d'envisager une généralisation et une diffusion.

C'est pourquoi, le ministère constituera et pilotera en 2009, avec le concours de la HAS, un groupe de travail rassemblant des experts (notamment ceux impliqués dans les projets PATH, COMPAQH et *Patient Safety Indicator*), les sociétés savantes et des organismes compétents sur le sujet (le Centre

---

<sup>40</sup> Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), l'InVS, l'ATIH).

En ce sens, les récentes déclarations de Madame la Ministre, notamment celles en faveur de la sécurisation du circuit du médicament témoignent de l'importance du sujet « qualité des soins » pour les pouvoirs publics.

#### b) Événements Indésirables Graves (EIG) et qualité des soins

En accord avec la DGS, la DHOS, l'InVS, l'Afssaps et la HAS, la DREES va rééditer en 2009 l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins, selon les mêmes principes que celle réalisée en 2004. Les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins sont un thème de préoccupation majeure, à la fois pour les usagers, les professionnels de santé et les décideurs.

La réduction des événements indésirables graves (EIG) figure parmi les objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (objectifs 26, 27 et 28<sup>41</sup>). Il y a cinq ans, pour répondre aux besoins exprimés par la DGS et la DHOS, une enquête pionnière – dite ENEIS – avait été réalisée afin de connaître l'incidence des EIG et leur part d'évitabilité et d'analyser leurs causes immédiates. Les résultats de cette enquête ont fait l'objet de plusieurs publications<sup>42</sup> et sont actuellement la référence en France en la matière.

D'après cette enquête, on pouvait estimer qu'entre 315 000 et 440 000 séjours hospitaliers étaient causés tous les ans par des EIG, dont 46 % évitables (soit entre 125 000 à 205 000). De même, 350 000 à 450 000 EIG surviendraient tous les ans pendant les hospitalisations, dont 35 % évitables (soit entre 120 000 à 190 000 EIG).

La comparaison des résultats des deux études (2004 et 2009) permettra également d'avoir une information sur l'amélioration de la gestion des risques en établissements de santé et par la même de la qualité des soins. Cette démarche est complémentaire de la mise en place d'un dispositif de déclaration des EIG initiée par la Direction générale de la santé (DGS) au sein de l'ensemble des établissements de santé.

Le troisième rapport annuel (2009-2010) du Comité d'évaluation de la T2A fera un point d'étape sur la montée en charge de ces différents indicateurs.

---

<sup>41</sup> **Objectif 26** : Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 à 7 % d'ici 2008, **objectif 27** : Réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse et entraînant une hospitalisation de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici 2008 et **objectif 28** : réduire de 1/3 la fréquence des événements iatrogènes évitables à l'hôpital et en ambulatoire.

<sup>42</sup> Michel P et al, 2005, Étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins observés dans les établissements de santé (Eneis) *Etudes et résultats* n° 398, mai ; Philippe Michel et al, French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff *Qual. Saf. Health Care* 2007;16:369-377 doi:10.1136/qshc.2005.016964

La mesure des effets indésirables de la tarification à l'activité en termes de comportements stratégiques nécessite, outre la mobilisation de moyens importants en raison de la complexité des phénomènes à observer, un recul indispensable dû au caractère récent de cette réforme.

La prise en charge des patients en situation de précarité requiert une attention particulière. Si la précarité constitue un facteur de surcoût et que dans le même temps ce surcoût n'est pas pris en compte dans les financements, les établissements peuvent être tentés de refuser les patients en situation de précarité.

Avant de consolider de nouvelles règles de financement de la précarité – et alors même qu'une partie de la précarité est déjà financée notamment au titre des MIGAC, il convient au préalable de se doter d'une méthodologie de repérage des populations en situation de précarité engendrant des surcoûts hospitaliers. Une étude menée pour le compte du comité d'évaluation de la T2A met en évidence le caractère multidimensionnel du phénomène ne se résumant pas à l'insuffisance des revenus. Elle indique que quatre catégories de facteurs de surcoûts doivent être prises en compte (isolement, logement, revenus, droits) avec quatre types d'impact (nursing, accompagnement social, durée de séjour et degré de sévérité de la pathologie) sur trois secteurs (urgences, hospitalisation complète et ambulatoire, consultations et soins externes).

Les chiffres existants suggèrent que le surcoût global lié à la prise en charge de la précarité est limité, mais ils sont anciens et/ou partiels et méritent d'être réactualisés sur un champ large. Une étude en ce sens, basée sur les dimensions de la précarité identifiées ci-dessus a été demandée à l'ATIH dont les résultats sont attendus courant 2009.

Il convient cependant de noter que le financement ne peut régler tous les problèmes dès lors que demeure une insuffisante capacité de prise en charge des sorties d'hôpital par des structures d'aval (sanitaires et sociales).

## **Chapitre 4 - Secteur public et secteur privé : logiques et contraintes de nature différentes**

Si la situation économique et financière des établissements de santé diffère autant d'un secteur à l'autre (public et privé à but non lucratif / privé à but lucratif) et de façon si nette, il est peu probable que des causes conjoncturelles puissent seules être invoquées. De fait, la nature de l'activité et la spécialisation des établissements de santé publics et privés apparaissent relativement contrastées. Par ailleurs, la nature des contraintes institutionnelles et économiques auxquels chacun des secteurs d'hospitalisation est confronté et les logiques parfois différentes (en termes d'objectifs) guidant leurs activités respectives, sont autant d'éléments à prendre en compte pour analyser l'impact de la T2A sur la performance des établissements. L'analyse de la productivité des établissements de santé, en particulier, ne saurait faire abstraction des caractéristiques de la production de soins et de l'organisation propre à chaque secteur.

Dans cette partie, deux spécificités, pouvant être dans une certaine mesure interprétées comme sources de rigidité, sont mises en évidence :

- l'une tient aux missions de service public qui sont conférées au secteur public hospitalier : ce sont des rigidités d'ordre stratégique dont rend compte l'étude de la DREES relative à la spécialisation des établissements de santé.
- l'autre est davantage liée à un marché du travail segmenté au sein duquel coexistent des contrats de nature différente pour un même emploi selon le secteur (public / privé lucratif) ainsi que les caractéristiques propres à chaque secteur.

### ***I. Spécialisation : des choix contrastés selon le secteur***

#### ***1. Des logiques d'activité et des patientèles différentes***

À partir du PMSI-MCO, de la SAE et de la classification OAP<sup>43</sup>, élaborée par l'AP-HP et le comité technique régional de l'information médicale d'Île-de-France, une récente étude de la DREES<sup>44</sup> s'est attachée à dégager les grandes tendances de la répartition de l'activité de court séjour c'est-à-dire des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, en fonction du secteur d'hospitalisation.

S'agissant des tendances générales de l'hospitalisation en France, l'étude met en avant une croissance de l'activité de court séjour de 9,2 % depuis 2003 pour atteindre 16,5 millions de séjours en 2006. Sur ces 16,5 millions, 10 millions de séjours concernent l'hospitalisation complète – un volume relativement stable depuis 2004.

---

<sup>43</sup> Outil d'Analyse du PMSI. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM) en tenant compte également de la lourdeur des pathologies et enfin de l'âge des patients. Les résultats sont présentés de façon plus synthétique que par les GHM (au travers de « produits » ou de « lignes de produits ») et donnent une approche plus médicale et fonctionnelle.

<sup>44</sup> Philippe Lombardo (2008) « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats* n° 664, DREES, octobre.

### ***Médecine : les hôpitaux publics majoritaires dans presque tous les groupes d'activités***

L'activité de médecine, qui représente 59 % de l'activité de MCO en 2006 avec près de 9,7 millions de séjours est largement réalisée par les établissements du secteur public (66 % du total des séjours de médecine). Dans la quasi-totalité des groupes d'activités médicales, la part du secteur public est d'au moins 50 % et elle est d'ailleurs supérieure à 80 % pour les pathologies relevant de la pneumologie ou de l'endocrinologie, les maladies du système nerveux ou encore les maladies infectieuses. La palette d'activités médicales des établissements publics est très variée et la médecine représente 70 % de l'activité de court séjour de cette catégorie d'établissements.

Les cliniques privées ne prennent en charge que 27 % des séjours médicaux mais cette part a eu tendance à augmenter entre 2003 et 2006 sous l'effet d'une nette progression de la prise en charge par les cliniques privées des séjours médicaux en hospitalisation partielle<sup>45</sup>. Il convient néanmoins de nuancer la portée de ces évolutions très sensibles aux règles de codage. L'application en 2006 et en 2007 de nouvelles dispositions réglementaires a permis d'harmoniser les pratiques de codage au sein des établissements de santé. Ces dispositions réglementaires ont en outre permis d'améliorer de façon notable la mesure de l'activité, celle notamment de l'activité en hospitalisation partielle<sup>46</sup>.

À titre d'exemple, près de 75 % des endoscopies sous anesthésie avec une durée de moins de 2 jours sont réalisées dans des établissements du secteur privé à but lucratif. La part des établissements privés à but non lucratif dans les séjours de médecine s'élève à 8 %.

Une spécialisation selon l'âge des patients est également observée. Elle peut être illustrée aux âges extrêmes de la vie par la prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif : plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics. La part de ces établissements diminue ensuite progressivement et se situe aux alentours de 55 % pour les patients de 55 à 84 ans ; passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans les deux tiers des cas par les hôpitaux publics.

### ***Chirurgie : plus de la moitié des séjours réalisés par des cliniques privées***

Avec plus de 5,4 millions de séjours en 2006, l'activité de chirurgie compte pour un tiers de l'activité de court séjour. Les établissements du secteur public prennent en charge un séjour chirurgical sur trois et les cliniques plus de la moitié. L'activité chirurgicale des établissements publics est très diversifiée. En effet, la part du secteur public est assez importante dans l'ensemble des groupes (ou lignes) de produits en chirurgie (aucun groupe d'activité n'a une part inférieure à 21 %).

L'activité des cliniques privées domine toutefois dans quelques groupes d'activités dont l'ophtalmologie et l'ORL (71 % de prise en charge pour les cliniques privées), les soins pour les tissus cutanés et sous-cutanés (64 %) ou le vasculaire périphérique (63 %). Les hôpitaux publics ont toutefois la quasi-exclusivité de la prise en charge de certains actes complexes tels que les brûlures (92 %) ou la chirurgie des traumatismes multiples graves (97 %).

À l'opposé les cliniques privées concentrent leur activité chirurgicale sur des actes souvent réalisables en moins d'un jour mais nécessitant un mode organisationnel adapté. À titre d'exemple, elles réalisent environ 76 % de la chirurgie de la cataracte, 74 % de la chirurgie des varices, 74 % des arthroscopies ou encore 72 % des ablations des amygdales ou des végétations et des poses de drains

---

<sup>45</sup> Cette progression a fait plus que compenser la diminution de la part des cliniques privées dans la prise en charge des séjours médicaux en hospitalisation complète. *Parts de marché MCO 2002-2006 : la reconquête ?* Info en santé n°15. Fédération Hospitalière de France Octobre 2008.

<sup>46</sup> Cf. infra 3. *Mesure de la productivité, mesure de l'activité : les enjeux.* (p 50)

transtympaniques. Ces traitements chirurgicaux représentent un tiers de l'activité des cliniques privées et sont souvent réalisés en moins de deux jours.

***Obstétrique : deux accouchements sur trois ont lieu dans une maternité publique***

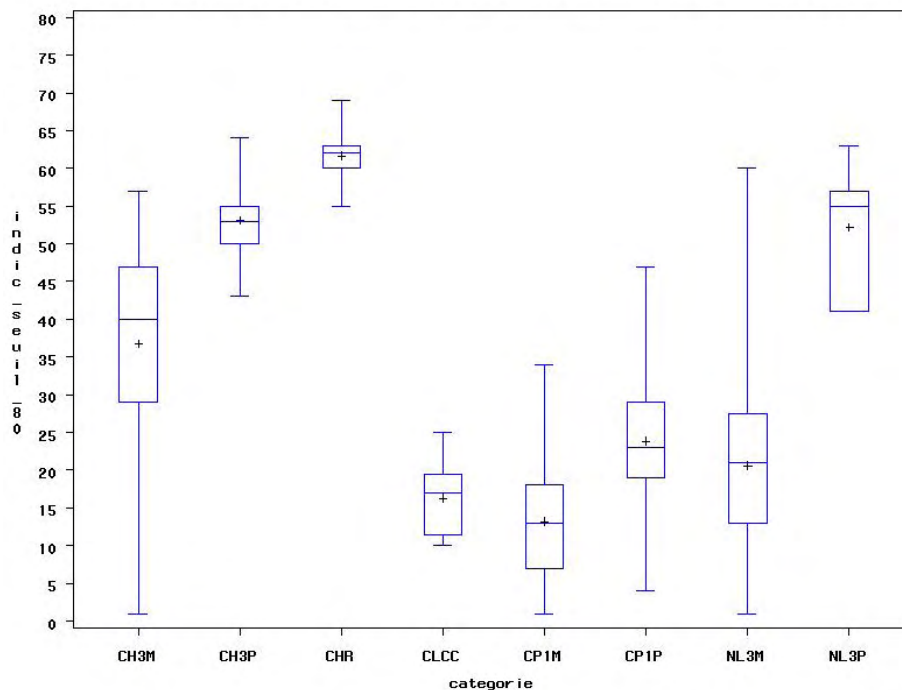
En 2006, environ 784 000 accouchements ont eu lieu à l'hôpital, tous secteurs confondus, soit une hausse de 5,6 % entre 2003 et 2006. Près de deux sur trois ont eu lieu dans une structure publique en 2006. Si la part du public pour la prise en charge des accouchements est stable ces dernières années, certaines activités d'obstétrique se sont redistribuées entre les secteurs. C'est ainsi que les affections de suite de couche sont de plus en plus fréquemment traitées dans les hôpitaux publics de même que les interruptions thérapeutiques ou volontaires de grossesse, déjà majoritairement réalisées dans le secteur public (à 71 % en 2006, soit +5 points entre 2003 et 2006).

Les cliniques privées réalisent, quant à elles, 28 % des séjours d'obstétrique. En 2006, elles ont pris en charge 29 % des accouchements, pour la plupart sans complications, ce qui constitue 61 % de leur activité totale d'obstétrique.



**Graphique 5 - La spécialisation des établissements de santé en fonction du statut et de la taille de l'établissement**

Nombre de produits pour atteindre 80% de l'activité — PMSI 2006



Champ : France Métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI – MCO 2006, données statistiques.

**Note de lecture :**

**En abscisse :**

Les catégories d'établissements : CHR / CLCC/ CH3M (moins de 300 lits et places) / CH3P (plus de 300 lits et places) / CP1M (cliniques privées moins de 100 lits et places) / CP1P (cliniques privées plus de 100 lits et places) / NL3M (établissement privé à but non lucratif (moins de 300 lits et places) / NL3P (établissement privé à but non lucratif (moins de 300 lits et places).

**En ordonnée :**

Le nombre de produits nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité en nombre de séjours.

Un produit OAP est un regroupement de GHM par discipline médico-chirurgicale et par nature de l'activité tout en tenant compte de la lourdeur des pathologies ainsi que de l'âge des patients.

Les « boîtes » sont un résumé graphique de distribution. Elles donnent, pour chaque catégorie d'établissements, la répartition des effectifs en fonction de l'indicateur en ordonnée (nombre de produits pour atteindre le seuil de 80 % d'activité), avec pour repères les quartiles 25 %, 50 %, 75 % ainsi que les valeurs extrêmes. Plus une boîte est étendue, plus la dispersion au sein de la catégorie est importante pour l'indicateur (autrement dit plus la valeur de l'indicateur varie au sein de la catégorie d'établissements).

**Exemple :**

La catégorie des CH de moins de 300 lits et places (CH3M) est très dispersée par rapport à la catégorie des CHR : des différences notables apparaissent d'un CH à l'autre. Pour cette catégorie, la valeur la plus faible de l'indicateur est de un produit pour 80 % d'activité, la plus élevée est 57. Parmi l'ensemble des établissements de la catégorie, 25 % atteignent le seuil d'activité retenu avec moins de 29 produits, 50 % avec moins de 40 produits et 75 % avec moins de 47 produits.

On retrouve principalement les établissements dits « spécialisés » (80 % de leur activité est réalisée par au plus 5 produits OAP), dans le secteur privé à but lucratif. Certains établissements atteignent le seuil de 80 % avec un seul produit.

Ces établissements sont le plus souvent spécialisés dans les maladies du tube digestif, de l'œil ou ne pratiquent que des endoscopies. Seul une dizaine d'établissements du secteur public entrent dans cette catégorie : ce sont généralement de petits CH qui enregistrent un faible nombre de séjours.

Les établissements « généralistes » (80 % de leur activité réalisée par au moins 30 produits OAP) sont le plus souvent publics. Si une cinquantaine de cliniques peuvent être considérées comme généralistes

(ce sont généralement de grosses structures) elles offrent toutefois en moyenne une palette d'activité moins large que les CH.

Ces conclusions sont renforcées par celles de travaux similaires menés au niveau du GHM par l'ATIH sur les bases nationales 2007 du PMSI MCO<sup>47</sup>.

Ces conclusions sont de trois ordres :

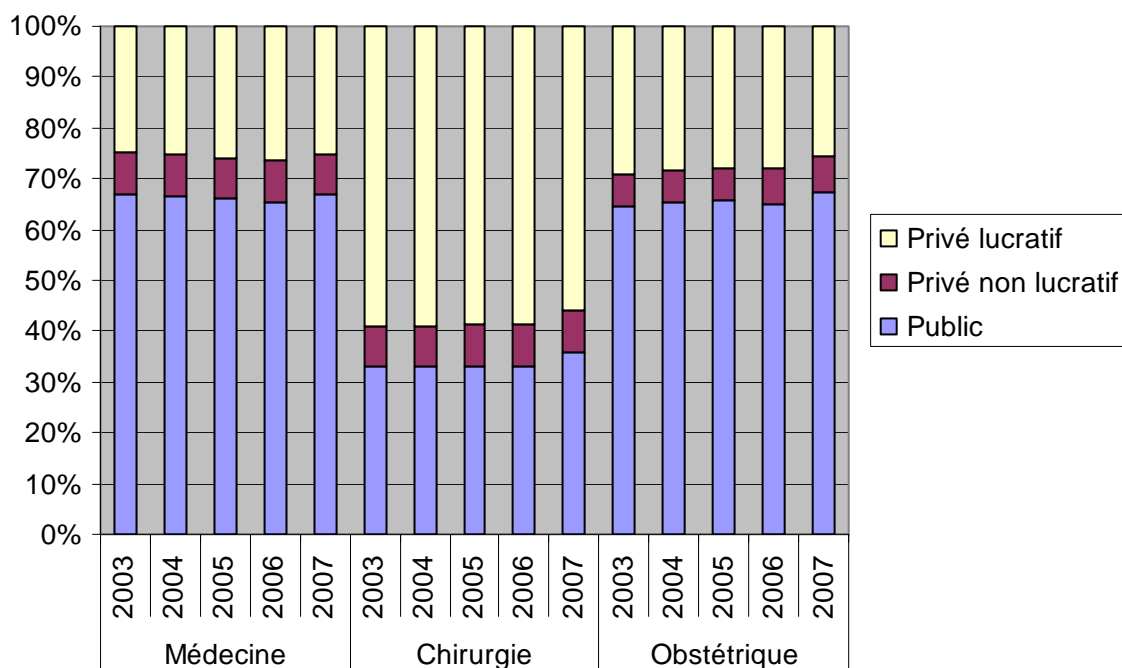
- La part de l'activité totale réalisée par les 20 premiers GHM est bien plus importante dans le secteur privé (ces 20 premiers GHM couvrent près de 50 % de l'activité totale) que dans le secteur public (ils couvrent 1/3 de l'activité) ce qui, là encore témoigne d'une spécialisation plus importante du secteur privé par rapport au secteur public. Toutefois, à une ou deux exceptions près, dans les deux secteurs, ces GHM recouvrent des activités sans pathologie (accouchements et nouveau-nés normaux) ou des prises en charge légères et de courte durée. On retrouve enfin le partage chirurgie / médecine entre les deux secteurs puisque dans le secteur public, seuls 2 GHM chirurgicaux sont classés parmi les 20 premiers GHM (IVG – 4<sup>ème</sup> position, et chirurgie de la cataracte, 20<sup>ème</sup> position). À l'inverse dans le secteur privé, l'exception est représentée par un seul GHM médical (gastroentérites et maladies diverses du tube digestif) les autres étant tous avec actes classant dont 13 GHM chirurgicaux ;
- La part des séjours relevant de la CM 24 (séjours de moins de 48 heures) est majoritaire dans le privé (57 %) et nettement supérieure à cette même part au sein du secteur public (44 %). Le taux de séjour sans nuitée est plus élevé dans le privé (82 % contre 68 % dans le public), mais l'activité décrite dans cette catégorie majeure n'est pas comparable : chirurgicale et programmable pour le privé, médicale et majoritairement issue des arrivées aux urgences pour le public. Si les actes permettent d'une manière générale de valider la nécessité d'une hospitalisation dans le secteur privé, il reste à faire des analyses plus poussées, hors PMSI, avant de juger de l'opportunité de toutes les hospitalisations de type « médecine » du secteur public en l'absence d'actes CCAM décrivant les soins infirmiers et les actes paramédicaux ;
- Dans les activités hors CM 24, on conserve une part chirurgicale majoritaire dans le privé et médicale dans le public, mais une lecture attentive des 20 GHM les plus fréquents montre qu'on est encore dans de la chirurgie réglée et programmable dans le privé et de la médecine non programmable (AVC, pneumonie, œdème pulmonaire, douleurs dorsales...) dans le secteur public.

De façon plus générale, l'étude des séries longues (sur la période 2003-2006) relative à la répartition des séjours de MCO entre les secteurs d'hospitalisation (parts de marché) montre que les tendances de long terme observées avant la mise en place de la T2A se sont poursuivies après son application. Si, comme l'indique le graphique ci-dessous, les grandes caractéristiques de la spécialisation des secteurs sont conservées (prédominance de la chirurgie dans le secteur privé, de la médecine dans le secteur public) il convient de noter que les légères modifications perceptibles en fin de période sont principalement dues à des effets volume davantage qu'à un retournement de tendance. Pour conclure, c'est à un niveau plus fin que l'on pourra saisir l'impact éventuel de la T2A sur les choix de spécialisation en termes d'activité, chantier que le comité d'évaluation a inscrit à son programme de travail 2009-2010 (cf. infra 6.1).

---

<sup>47</sup> *Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle*. Ministère de la Santé, DHOS (octobre 2008).

**Graphique 6 - Répartition des séjours MCO entre les secteurs d'hospitalisation (2003-2007)**



Champ : France métropolitaine, MCO hors SSA, hors CHS et hors hôpitaux locaux.  
Sources : PMSI MCO, DREES-DHOS, données statistiques 2003 à 2007.

## ***2. Des choix d'organisation différents entre secteur public et privé***

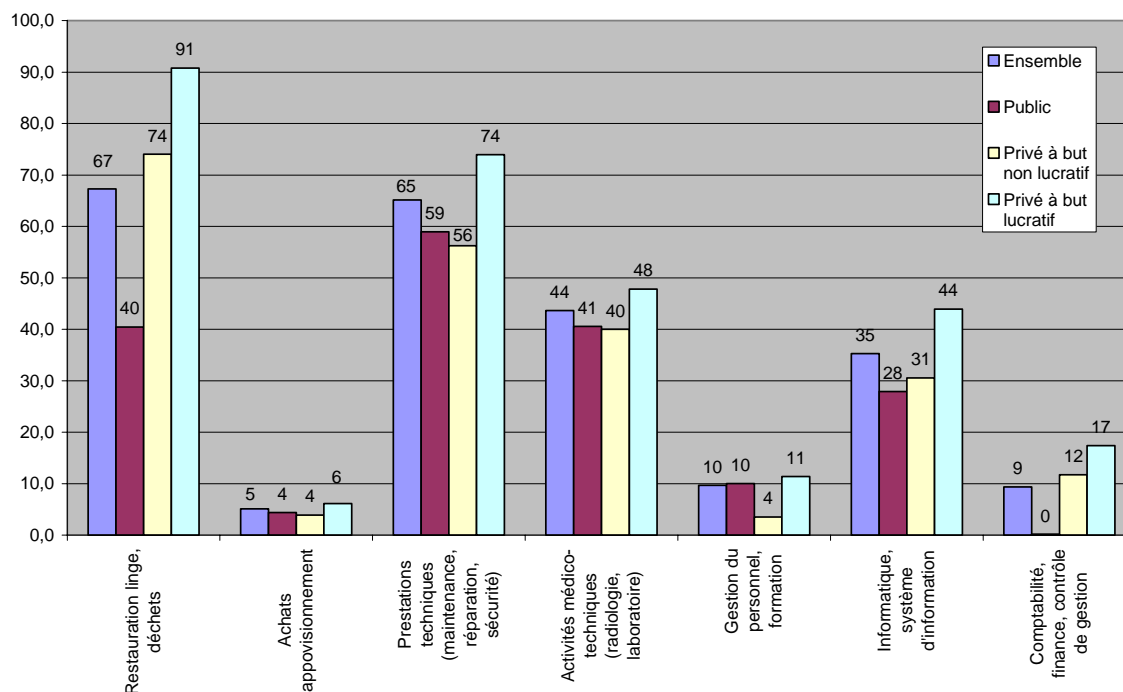
Les choix d'organisation diffèrent sensiblement selon les secteurs ainsi qu'en atteste la propension plus forte des établissements privés à externaliser les fonctions supports.

Les résultats de l'enquête COI-H<sup>48</sup> montrent ainsi qu'en 2007 les cliniques privées ont plus souvent recours à des prestataires extérieurs pour certaines de leurs activités que les établissements publics : 90 % externalisent la fonction « restauration, linge et déchets » pour partie ou en totalité alors que seuls 40 % des établissements publics font ce choix ; 75 % des établissements privés (contre 60 % des établissements publics) externalisent les prestations techniques telles que la maintenance, les réparations ou la sécurité des bâtiments ; 50 % des cliniques privées externalisent les activités médico-techniques (radiologie, laboratoires, blocs) contre 40 % des établissements publics. 45 % des cliniques privées confient leur informatique ou la maintenance de leur système d'information à un prestataire extérieur contre seulement 30 % des établissements publics.

<sup>48</sup> Cordier M. (2008) « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats* n° 633, avril 2008.

Graphique 7

Externalisation des principales fonctions autres que soins de l'établissement en 2007



Sources : Cordier M. (2008) « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats* n° 633, avril 2008.

### 3. Facteurs de production : le travail non médical reste mieux rémunéré dans le public toutes choses égales par ailleurs

La DREES a réactualisé son étude<sup>49</sup> sur les écarts de salaires bruts et nets dans les établissements de santé. Trois types d'établissements ont été comparés : les établissements publics, les établissements privés anciennement soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) et les établissements privés anciennement sous Dotation globale (DG). Les données utilisées pour l'étude sont les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) par poste pour les années 2004, 2005 et 2006. **Ces données incluent les salaires nets et les salaires bruts perçus par les salariés, mais excluent les cotisations employeurs et ne permettent donc pas d'étudier les écarts de coût total du travail entre établissements.** Le champ de l'étude se limite aux personnels à temps plein et exclut les cadres médicaux (médecins et pharmaciens) pour permettre une meilleure comparabilité entre catégories d'établissements.

Comme le montre le tableau 6, en 2006, les salaires horaires nets des établissements privés ex-OQN sont inférieurs de 9 % à ceux des établissements publics tandis que les salaires horaires nets des établissements privés ex-DG, sont inférieurs, d'environ 3 % à ceux des établissements publics.

<sup>49</sup> Collet M. (2005) « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Études et Résultats*, n° 377, DREES, février.

Aude J. (2009, à paraître) « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 2004 à 2006 », Dossier solidarité santé, DREES.

**Tableau 6 - Salaires horaires nets moyens selon la catégorie socioprofessionnelle et le type d'établissement en 2006**

Catégorie professionnelle		Secteur privé ex-OQN		Secteur privé ex-DG		Secteur public
		Montant (euros)	Ecart par rapport au public (en %)	Montant (euros)	Ecart par rapport au public (en %)	Montant (euros)
Médecins, pharmaciens	Net horaire en 2006	29,€	12%	32,9	23%	26,6
Cadres direction, adm.,	Net horaire en 2006	26,€	18%	22,5	0%	22,6
PI soignants et sociaux	Net horaire en 2006	12,€	-9%	13,5	-5%	14,2
PI administratifs et	Net horaire en 2006	12,2	-6%	12,4	-4%	12,9
Agents service et employés	Net horaire en 2006	8,8	-14%	9,4	-9%	10,3
Ouvriers	Net horaire en 2006	9,6	-6%	9,6	-6%	10,5
<b>Ensemble (hors médecins)</b>	<b>Net horaire en 2006</b>	<b>11,0</b>	<b>-9%</b>	<b>11,7</b>	<b>-3%</b>	<b>12,1</b>

Champ : Salariés à temps complet, établissements à activité économique principale hospitalière, France entière.  
Source : Déclarations Annuelles de Données Sociales - DADS (INSEE) - Traitement DREES

En revanche, les taux de cotisations salariales étant très différents entre établissements publics et privés, avec de plus faibles cotisations dans le public, ces écarts sont significativement modifiés quand on étudie les salaires horaires bruts.

Le salaire horaire brut moyen dans les établissements privés ex-OQN est ainsi très proche du salaire horaire brut moyen des établissements publics (légèrement supérieur en 2006 comme le montre le tableau 7 et légèrement inférieur les autres années pour lesquelles les estimations, non présentées ici, ont été faites). Le salaire horaire brut moyen dans les établissements privés ex-DG est quant à lui nettement supérieur (+11 %) à celui des établissements publics<sup>50</sup>.

**Tableau 7 - Salaires horaires bruts moyens selon la catégorie socioprofessionnelle et le type d'établissement en 2006**

Catégorie professionnelle		Secteur privé ex-OQN		Secteur privé ex-DG		Secteur public
		Montant (euros)	Ecart par rapport au public (en %)	Montant (euros)	Ecart par rapport au public (en %)	Montant (euros)
Médecins, pharmaciens	Brut horaire en 2006	40,0	27%	43,3	38%	31,4
Cadres direction, adm.,	Brut horaire en 2006	35,4	35%	30,2	15%	26,2
PI soignants et sociaux	Brut horaire en 2006	16,9	2%	18,1	9%	16,8
PI administratifs et	Brut horaire en 2006	16,2	7%	16,7	10%	15,2
Agents service et employés	Brut horaire en 2006	11,8	-3%	12,8	5%	12,0
Ouvriers	Brut horaire en 2006	12,7	4%	12,9	5%	12,2
<b>Ensemble (hors médecins)</b>	<b>Brut horaire en 2006</b>	<b>14,6</b>	<b>3%</b>	<b>16,7</b>	<b>11%</b>	<b>14,1</b>

Champ : Salariés à temps complet, établissements à activité économique principale hospitalière, France entière.  
Source : Déclarations Annuelles de Données Sociales - DADS (INSEE) - Traitement DREES

Dans les établissements de santé, les salaires horaires varient notamment avec la structure de qualification, l'ancienneté des salariés, et la taille des établissements. La DREES a donc mené des analyses complémentaires permettant d'estimer des écarts de salaires horaires, en tenant compte de la structure d'âge, de sexe, de qualification (cadres hors médecins, professionnels intermédiaires administratifs, agents de service et employés, ouvriers, professionnels intermédiaires soignants et sociaux), ainsi que de la région (Île-de-France, Province, DOM), de la catégorie d'établissement (public, privé ex-OQN, privé ex-DG), et du nombre de salariés dans l'établissement de santé. Ainsi, ces analyses permettent de mesurer « toutes choses égales par ailleurs » les écarts de salaires horaires entre catégories d'établissements.

Ces analyses complémentaires confirment globalement ces premiers résultats, tout en les atténuant un peu. Le tableau 8 rend compte des résultats de cette analyse « toutes choses égales par ailleurs » en ce qui concerne les caractéristiques d'âge, de sexe, de localisation géographique et de catégorie socioprofessionnelle.

<sup>50</sup> Sur ce sujet, voir « Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH » P.L.Bras, F.Bartoli. IGAS, Mars 2007.

**Tableau 8 - Effet « toutes choses égales par ailleurs » des déterminants « âge », « sexe », « région » « CSP » et « taille de l'établissement en fonction de son secteur » des rémunérations horaires nettes des salariés des établissements de santé en 2006**

Variable	Temps complet 2006
<b>Âge (effet d'une année supplémentaire)</b>	
Moins de 24 ans	n.s.
25 à 29 ans	2,0 %
30 à 34 ans	2,2 %
35 à 39 ans	1,6 %
40 à 44 ans	1,5 %
45 à 49 ans	0,7 %
50 à 54 ans	0,4 %
55 à 64 ans	2,6 %
65 ans et plus	-2,1 %
<b>Taille de l'établissement en fonction de son secteur</b>	
Privé ex-DG	
Effectifs < 150	-12,3%
150 < Effectifs < 350	-5,5%
350 < Effectifs < 650	-3,1%
650 < Effectifs < 1000	-6,3%
1000 < Effectifs < 2500	-3,3%
Privé ex-OQN	
Effectifs < 150	-13,9%
150 < Effectifs < 350	-10,7%
350 < Effectifs < 650	-9,0%
650 < Effectifs < 1000	-5,7%
Public	
Effectifs < 150	-5,3%
150 < Effectifs < 350	-3,4%
350 < Effectifs < 650	-1,6%
650 < Effectifs < 1000	-1,9%
1000 < Effectifs < 2500	-0,9%
<i>Effectifs &gt; 2500</i>	<i>Référence</i>
<b>Sexe</b>	
Homme	11,5 %
Femme	<i>Référence</i>
<b>Catégorie professionnelle</b>	
Cadres (hors médecins)	23,3 %
PI administratifs	-28,6 %
Agents de service et employés	-43,2 %
Ouvriers	-51,8 %
<i>PI soignants et sociaux</i>	<i>Référence</i>
<b>Région de travail</b>	
Province	-3,8 %
DOM	19,3 %
<i>Ile-de-France</i>	<i>Référence</i>
n.s. : non significatif	
Champ : établissements ayant une activité économique principale hospitalière, France entière.	
Sources : <i>Déclarations Annuelles de Données Sociales - DADS (INSEE)</i> .	
Lecture : les rémunérations nettes sont - toutes choses égales par ailleurs - en moyenne inférieures de 3,8 % en province relativement à celles constatées en Ile-de-France.	

Ces résultats montrent que les rémunérations nettes varient très fortement avec la catégorie socioprofessionnelle, qui est la caractéristique la plus déterminante du niveau de rémunération horaire des salariés. Par ailleurs, de façon générale, le salaire horaire apparaît croissant avec l'âge mais à un rythme qui se ralentit au fur et à mesure que les salariés vieillissent : l'effet d'une année supplémentaire sur le salaire est de moins en moins fort avec l'âge. En outre, le salaire horaire net des hommes est supérieur à celui des femmes.

### Quelques compléments sur l'estimation de l'écart homme-femme

L'ampleur de l'écart de salaires entre hommes et femmes (11,5 %) est proche de celui que l'on observe dans la fonction publique d'État et inférieur à l'écart observé dans le secteur privé et semi public<sup>51</sup>. Il doit toutefois s'interpréter avec prudence dans la mesure où l'objectif de la modélisation retenue ici est d'estimer l'écart de salaires entre catégories juridiques d'établissements et non entre hommes et femmes.

Cet écart global de salaires entre hommes et femmes estimé à 11,5 % dans les établissements de santé est la résultante de situations très diverses selon les métiers exercés. Des exploitations complémentaires (non publiées ici) ont en effet permis d'estimer que cet écart homme-femme dépendait fortement de la catégorie socio-professionnelle. Il est ainsi estimé en 2006 dans les établissements de santé à 18,5 % pour les cadres (hors médecins) et à 8,6 % pour les professions intermédiaires. Il est en revanche plus faible et assez peu significatif pour les ouvriers, agents de services et employés. Là encore, cette situation n'est pas spécifique aux établissements de santé, ces écarts se retrouvent aussi dans la fonction publique d'État mais sont inférieurs à ceux du secteur privé et semi public. Ainsi, chez les cadres, l'écart de salaires homme-femme est estimé à 18,5 % dans la fonction publique d'État et à 23 % dans le secteur privé et semi public<sup>52</sup>.

Pour approfondir encore la question et estimer de manière plus fine cet effet du genre sur les salaires dans les établissements de santé, il faudrait tester une modélisation différente, en croisant le genre avec la catégorie juridique d'établissement, l'écart homme-femme pouvant être différent selon les secteurs.

Ces écarts de salaires entre hommes et femmes ne signifient pas nécessairement qu'à travail strictement identique les femmes sont moins rémunérées que les hommes. En effet, au sein de chaque catégorie sociale, il existe une diversité des métiers et des fonctions qui n'est pas prise en compte dans les données utilisées ici (DADS). Ainsi, la catégorie des cadres regroupe un ensemble de métiers allant de la fonction de directeur de l'établissement jusqu'à des métiers à statut cadre mais sans responsabilité d'encadrement. Sur le marché du travail, en général, la source majeure de l'inégalité salariale entre hommes et femmes provient de la plus grande difficulté des femmes à accéder à des postes à responsabilité. L'écart de salaires entre les femmes et les hommes ne pourrait baisser qu'à condition de trouver des leviers qui feraient changer les comportements et les choix professionnels<sup>53</sup>.

L'analyse réalisée tient également compte de la taille des établissements (estimée par le biais des effectifs) permettant ainsi de nuancer les écarts de salaires horaires nets moyens entre les secteurs d'hospitalisation. On constate ainsi qu'au sein du secteur public, toutes choses égales par ailleurs, plus les établissements sont grands, plus les rémunérations sont élevées : ainsi, dans les hôpitaux de très petite taille, les rémunérations nettes sont inférieures de 5,5 % à celles des CHU et grands CH (graphique 8). Cette sensibilité des salaires à la taille des établissements est d'autant plus importante que la taille moyenne des hôpitaux du secteur considéré est faible. Dans le secteur privé ex-OQN les

<sup>51</sup> Sources : site internet de l'Insee

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATCCF04107](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04107) (fonction publique d'État)

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATFPS04101](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS04101) (secteur privé et semi-public)

<sup>52</sup> L'étude précédente de la DREES, Collet M. (2005) « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Études et Résultats*, n° 377, DREES, février, excluait du champ les cadres. En conséquence, dans la mesure où ce sont chez les cadres que ces écarts sont les plus importants, les écarts de salaires entre hommes et femmes étaient plus faibles que dans la présente étude.

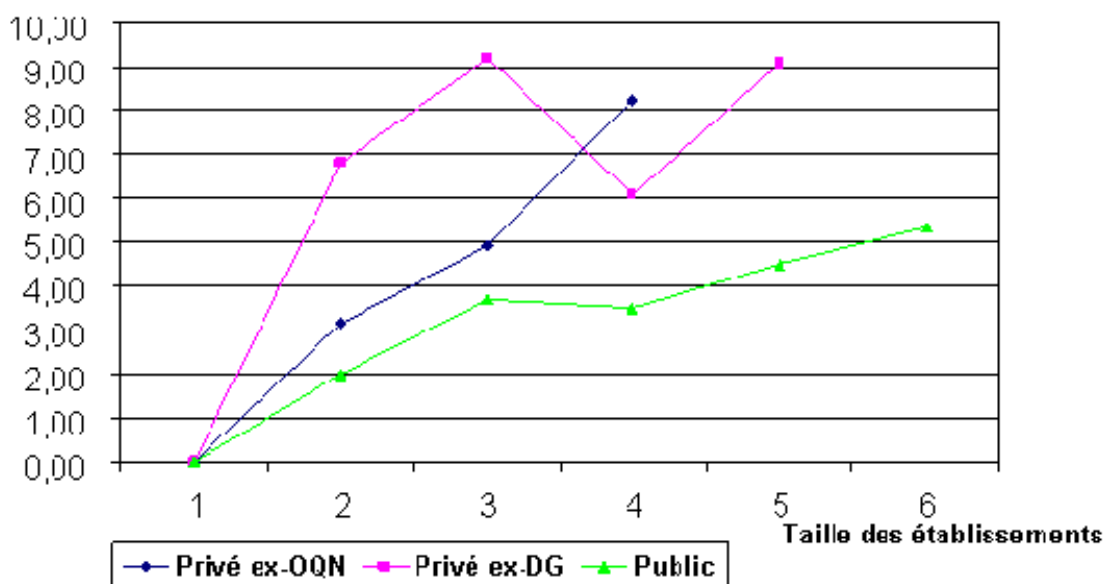
<sup>53</sup> Meurs D., Ponthieux, S. (2006) « L'écart de salaires entre les femmes et les hommes peut-il encore baisser ? », *Économie et Statistiques* n°398-399

salariés exerçant dans les plus petits établissements perçoivent toutes choses égales par ailleurs des rémunérations nettes inférieures de 8 points à ceux des plus grands.

Dans le secteur privé ex-DG, l'effet taille apparaît intermédiaire : les rémunérations nettes au sein des plus petits établissements sont, toutes choses égales par ailleurs, certes inférieures en moyenne de 9 points à celles au sein des plus grands établissements de ce secteur et de 7 points par rapport aux établissements de taille juste supérieure.

**Graphique 8 - Écarts normalisés de salaires horaires nets selon le secteur et la taille  
(base : salaires des plus petits établissements de chacun des secteurs)**

**Écarts de salaires (en points)**



Sources : Déclarations Annuelles de Données Sociales - DADS (INSEE) - Traitement DREES.

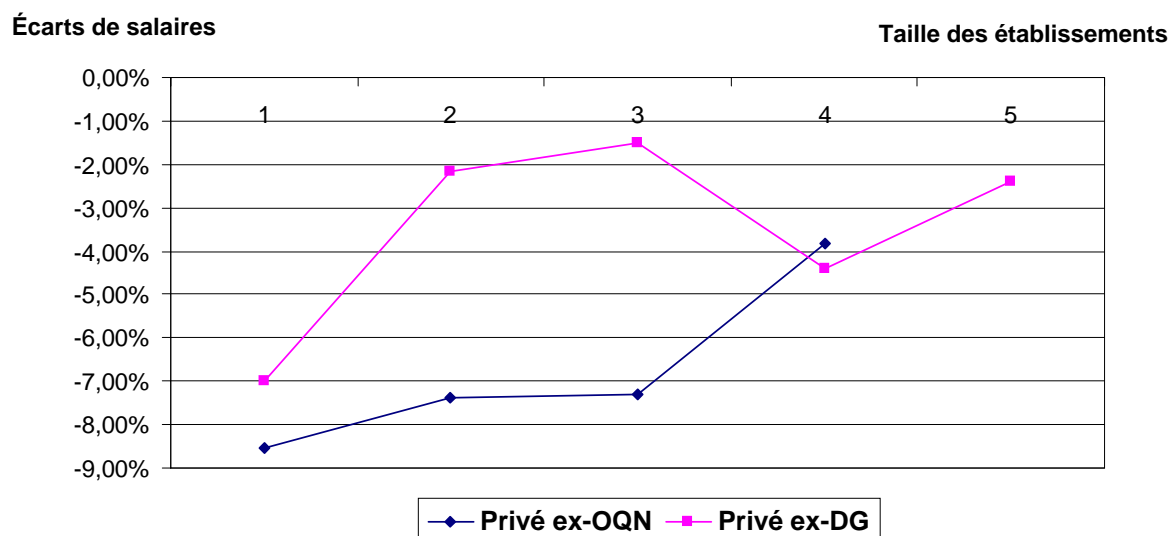
Note : Afin de ne pas surcharger les graphiques 8 et 9 les tailles des établissements sont définies comme suit :

- taille 1 : effectifs < 150 salariés
- taille 2 : 150 < effectifs < 350
- taille 3 : 350 < effectifs < 650
- taille 4 : 650 < effectifs < 1 000
- taille 5 : 1 000 < effectifs < 2 500
- taille 6 : 2 500 < effectifs

Ensuite, la variable « secteur selon la taille de l'établissement » permet de faire des comparaisons des secteurs pour une taille donnée. Cette analyse montre qu'à caractéristiques identiques des salariés, le secteur public offre bien des rémunérations nettes horaires en moyenne plus élevées que le secteur privé. En effet, parmi les établissements de plus petite taille, ce sont les salariés du public qui sont les mieux rémunérés : leur salaire net est supérieur de 8,5 % à ceux du secteur privé ex-OQN (graphique 9). Cet écart se réduit pour les établissements de taille plus importante, pour se limiter à 4 % en 2006 entre les grandes cliniques privées et les établissements publics de taille comparable (entre 650 et 1000 salariés). En ce qui concerne les établissements privés ex-DG, les salaires horaires nets versés aux personnels non médicaux en 2006 apparaissent inférieurs de 3 à 4 % aux salaires versés dans les établissements publics de taille comparable, à l'exception des plus petits établissements (moins de 150 salariés) pour lesquels l'écart s'élève à 7 %.



Graphique 9 - Écarts de salaires horaires nets par rapport au secteur public en 2006



Sources : Déclarations Annuelles de Données Sociales - DADS (INSEE).  
 Traitement DREES.

Cette étude sur les écarts de rémunérations dans les établissements de santé met en évidence des disparités salariales entre les secteurs d'hospitalisation. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire en contrôlant les structures d'âge, de sexe, de qualification et la région) il apparaît que les salaires horaires nets sont inférieurs de 4 à 9 % selon la taille des établissements dans les établissements privés ex-OQN par rapport à ceux des établissements publics.

**Ces travaux seront poursuivis en mobilisant l'Enquête européenne sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'INSEE afin d'estimer les écarts de coût total du travail (charges salariales et patronales inclus) entre secteurs d'hospitalisation.**

### Quelques compléments sur la prise en compte de l'effet taille

La littérature économique montre que pour la plupart des secteurs de l'économie, les salaires sont croissants avec le nombre de salariés des entreprises.

L'existence de conditions de travail variant en fonction de la taille des entreprises est connue depuis les travaux de l'américain H.L. Moore (1911) qui montrait que « au fur et à mesure que la taille de l'établissement augmente, la condition du travailleur s'améliore dans toutes les directions : son salaire augmente, il est employé un plus grand nombre de jours par an, son emploi varie moins d'un mois à l'autre, et la durée journalière de son travail diminue »<sup>54</sup>. Plus proche de nous, les travaux de Brown et Medoff (1989) fournissent un cadre théorique et une validation empirique sur des données américaines au lien entre la taille des entreprises, mesurée par le nombre de salariés, et les salaires<sup>55</sup>. Cette relation est vérifiée sur des données françaises grâce aux travaux de Abowd, Kramarz et Margolis (1999) à partir des DADS<sup>56</sup>. Plus récemment, Margirier (2007) a vérifié que cette relation existait aussi pour les personnes en début de carrière à partir de données d'enquête du Centre d'études et de recherches sur l'emploi et les qualifications (CEREQ).

L'étude menée par la DREES sur les salaires dans les établissements de santé, à partir des DADS, a pour objectif de quantifier un écart de salaires « toutes choses égales par ailleurs » entre les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et celles à but non lucratif. Les établissements de santé étant de tailles variables selon les secteurs, il est indispensable de contrôler « l'effet taille » dans les régressions sous peine de biaiser les estimations et de ne pouvoir interpréter les écarts. En outre, pour des raisons réglementaires liées notamment au statut de la fonction publique, cet effet taille sur les salaires est différencié entre les catégories d'établissements. Il est en particulier plus faible dans les hôpitaux publics, où par construction les salaires de bases dépendent du corps d'appartenance des personnels. En conséquence, la prise en compte de cet effet taille a dû se faire en intégrant dans les variables explicatives de l'équation de salaire une variable croisée « taille\*catégorie juridique d'établissement ». Au total, on estime donc « toutes choses égales par ailleurs » un écart de salaire public-privé par catégorie de taille et pas un écart global. La modélisation ainsi retenue apparaît plus performante que celle retenue dans les travaux antérieurs de la DREES : la part de la variance des salaires expliquée avec ce modèle est plus importante.

Comme dans l'ensemble de la littérature, l'étude de la DREES mesure la taille des entreprises par le nombre de salariés. Des travaux complémentaires sont en cours pour mesurer plus finement cet effet taille. Une alternative possible est de mesurer l'effet taille par le chiffre d'affaires plutôt que par le nombre de salariés. La DREES a pu vérifier que substituer le chiffre d'affaires au nombre de salariés ne modifiait pas significativement les écarts<sup>57</sup>.

## II. Tarification à l'activité et productivité

L'amélioration de la productivité, qui est une dimension de la performance économique, constitue un objectif majeur de la T2A qui doit être couplé avec celui de la qualité des soins et de la pertinence des soins.

Si la tarification à l'activité permet effectivement d'améliorer la productivité des établissements, il faut dans un premier temps pouvoir mesurer cet impact. Il existe plusieurs façons de mesurer la productivité mais ainsi que le montre l'étude que le Comité d'évaluation de la T2A avait commandée au CRESGE, les indicateurs partiels – ceux qui mesurent la productivité d'un seul facteur de production-, conduisent indiscutablement à des résultats biaisés.

<sup>54</sup> Moore H.L. (1911) "Laws of wages: an essay in statistical economics, A.M Kelley, New York (réédition 1967).

<sup>55</sup> Brown C, Medoff J (1989) "The employer size wage effect", Journal of political economy, vol 97, n° 3, pp 1027-1059.

<sup>56</sup> Abowd J.M, Kramarz F., Margolis D.N. (1999) "High wage workers and high wage firms", Econometrica, vol 67, n° 2, pp 251-333.

<sup>57</sup> Le détail des estimations est à paraître dans un document de travail de la Drees.

Les indicateurs de productivité globale constituent un meilleur diagnostic de la productivité. De tels indicateurs existent déjà en France – notamment les indicateurs de l'ATIH 0150 mais dès lors qu'ils ne reposent pas au départ sur un modèle économique bien défini, la justification des agrégats que l'on choisit de faire entrer dans le numérateur ou le dénominateur est difficile à établir.

La DREES envisage de lancer en 2009 une nouvelle étude, plus académique, centrée sur la productivité qui s'inspirerait des approches en termes de fonction de production.

### *1. Quels indicateurs de productivité pour quels usages ?*

L'étude méthodologique et statistique que le Comité d'évaluation de la T2A avait confiée au CRESGE a permis de mettre en évidence les approches qui devraient être privilégiées pour mesurer la productivité hospitalière.

*La mesure de la productivité doit reposer sur des indicateurs de productivité globale assis sur des hypothèses économiques spécifiées*

La mesure de la productivité hospitalière soulève des questions complexes qui sont liées aux spécificités de l'activité hospitalière et à la mesure de cette activité.

Le produit hospitalier peut être mesuré de différentes façons, trois en particulier :

- à partir des activités ou des services primaires produits par l'hôpital (consultation, test diagnostic, examen biologique,...) ;
- à partir de la production de séjours hospitaliers ;
- à partir de la mesure de la satisfaction que les patients attachent à l'output produit par l'hôpital (amélioration de l'état de santé, degré de satisfaction des services, qualité des soins,...).

Du côté des ressources, leur identification est plus aisée, au moins pour le facteur travail qui représente près des 2/3 des ressources mobilisées, mais les données généralement disponibles sont financières (issues des retraitements comptables) et doivent donc être traduites en volume pour mesurer la productivité. La mesure du facteur capital constitue une difficulté d'une toute autre nature.

À ce problème de définition des « inputs » et des « outputs » hospitaliers vient se superposer la question de l'agrégation des activités au numérateur du ratio de productivité et de celle des ressources utilisées au dénominateur du ratio.

Ayant mis en lumière les limites d'indicateurs partiels de mesure de la productivité, le CRESGE s'est attaché à présenter les pistes de recherche qui lui semblaient les mieux à même de décrire et de mesurer la productivité hospitalière.

Selon le CRESGE, la voie la plus intéressante explorée dans ce domaine a été développée par Caves, Christensen et Diewert (1982). Elle repose sur **l'estimation d'une technologie de production** qui résout d'emblée le problème de l'agrégation des outputs et des inputs en recourant à l'estimation d'une fonction distance (mesure de l'écart entre une observation et la frontière d'une technologie de production).

La revue de la littérature réalisée par le CRESGE, qui présente les avantages et les inconvénients respectifs de chacune des méthodes disponibles, constitue une base utile pour engager des études sur la productivité à partir des approches en termes de fonction de production.

### ***Les expériences étrangères confirment l'insuffisance des indicateurs partiels et illustrent l'intérêt des approches en termes de fonctions de production***

À titre d'exemple, une étude suisse<sup>58</sup> basée sur les données financières de 214 hôpitaux généraux sur une période de quatre ans (1998-2001) met en évidence une inefficacité moyenne de 20 % dans les hôpitaux généraux tout en soulignant une augmentation légère mais constante de l'efficacité durant la période 1998-2001.

Une étude suédoise<sup>59</sup> qui utilise la méthode DEA<sup>60</sup> estime à environ 13 % la diminution des coûts des hôpitaux dans les comtés ayant introduit un financement à l'activité entre 1993 et 1994.

Une autre étude suédoise<sup>61</sup> a montré que les gains de productivité réalisés dans les comtés qui ont opté pour un financement prospectif à l'activité ont été supérieurs à 10 % alors qu'ils avoisinaient 2,5 % dans le groupe contrôle.

Enfin, une étude norvégienne<sup>62</sup> a déterminé les gains d'efficacité technique et d'efficacité allocative (efficacité-coût) sur la période 1992-2000. Ses résultats indiquent que si l'efficacité technique s'est améliorée après l'introduction de la T2A, l'efficacité-coût s'est dégradée contrairement aux prédictions théoriques des auteurs.

Même si les résultats auxquels elles aboutissent ne sont pas forcément comparables, ces études permettent néanmoins de montrer les pistes de recherche qui pourraient être suivies en France pour estimer les gains de productivité réalisés par les établissements, consécutivement à la mise en place de la T2A.

## ***2. Les travaux réalisés par l'ATIH sur la productivité***

L'ATIH produit trois types d'indicateurs de productivité globale qui rapportent, sous différents modèles de financement des établissements (T2A partielle versus T2A à 100 %) et différentes définitions du champ (secteur MCO seulement versus ensemble de l'établissement), les recettes aux charges.

**Tableau 9 - Les indicateurs de productivité de l'ATIH**

Indicateur de productivité	IP-MCO	IP-G	IP-GFT
Ratio	Recettes résultant de la production (100 % T2A) / Consommation de ressources	Recettes T2A et dotations* / consommation totale de ressources	Recettes T2A et dotations** / consommation totale de ressources

\* dotation annuelle de financement (DAF SSR et PSY), dotation MIGAC et les forfaits (urgences, greffes et prélèvements d'organes) ; \*\* Même champ que \* +dotations annuelles complémentaires MCO et HAD.

<sup>58</sup> Filippini M., Farsi M. (2004) "An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals", Final Report to the Swiss Federal Statistical Office for Social Security, June 2004.

<sup>59</sup> Gerdtham U-G., Rehnberg C., Tambour M. (1999) "The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence from Health Care Reforms in Sweden", *Applied Economics*, 31: 935-945.

<sup>60</sup> Data Envelopment Analysis. La méthode de programmation mathématique DEA empruntée à la recherche opérationnelle permet de générer un diagnostic d'efficacité facilement interprétable à partir des données d'inputs et d'outputs collectées auprès d'un ensemble d'unités de production (établissements hospitaliers).

<sup>61</sup> Hakansson S. (2000) « Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden », *Casemix Quarterly*, 2(2), pp. 47-57.

<sup>62</sup> Biorn E., Hagen T.P., Iversen T., Magnussen J. (2003) "The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000", *Health Care Management Science*, 6(4) : 271-83.

- **L'indicateur IP-MCO** est, comme son nom l'indique, centré sur le MCO. Il rapporte le financement de l'activité à 100 % aux charges MCO de l'exercice. Le numérateur du ratio est une valeur monétaire qui prend en compte l'ensemble des recettes MCO (GHS, séances radiothérapie sur patients hospitalisés, suppléments<sup>63</sup>, les recettes HAD (les GHT), l'activité externe (forfaits ATU), consultations et actes externes, les remboursements de DMI et molécules onéreuses ainsi que les forfaits urgences, prélèvements d'organes et greffes. La consommation des ressources, le dénominateur du ratio, est connue par les retraitements comptables (ICARE) : elle englobe l'ensemble des charges directes et des charges imputées des sections MCO, urgences, consultations et HAD. **Le niveau de l'indicateur traduit le niveau de gain ou de perte de l'établissement sur son activité MCO. Un indicateur supérieur à 1 signifie que l'établissement produit une activité MCO qui lui coûte moins que ce qu'elle lui rapporte.**

Au contraire de l'indicateur IP-MCO exclusivement centré sur le MCO, les indicateurs IP-G et IP-Gft prennent en compte quant à eux toute l'activité de l'entité. Pour les recettes, le calcul est un peu différent de celui qui prévaut pour l'IP-MCO. Il tient compte du taux de prise en charge assurance maladie et il intègre les recettes dites de « groupe II » versées par les patients ou les organismes complémentaires.

- **L'indicateur de productivité globale (IP-G) se place dans une perspective de financement 100 % activité (MCO et HAD).** Il mesure l'impact, sur le budget global de l'établissement, d'une mise en œuvre complète de la T2A.
- **L'indicateur de productivité globale avec fraction de tarifs (IP-Gft)** concerne l'exercice et mesure l'effet de la mise en place partielle de la T2A au taux en vigueur l'année considérée.

Dès lors qu'ils font intervenir au numérateur comme au dénominateur des valeurs monétaires et non des quantités physiques, ils s'éloignent de la définition stricte d'indicateurs de productivité et sont plutôt à rapprocher de ratios de gestion.

Par ailleurs, étant donné que ces indicateurs ne reposent pas sur des hypothèses économiques explicites, le périmètre des agrégats qui figurent au numérateur du ratio est difficile à justifier. Ainsi, le numérateur de l'indicateur IP-MCO englobe les recettes MCO, les recettes HAD, les recettes liées à l'activité externe (forfaits ATU, consultations et actes externes), les remboursements des DMI et des molécules onéreuses et les forfaits (forfaits Urgence, prélèvements d'organes et greffes) sans que la présence de ces différents agrégats soit réellement étayée.

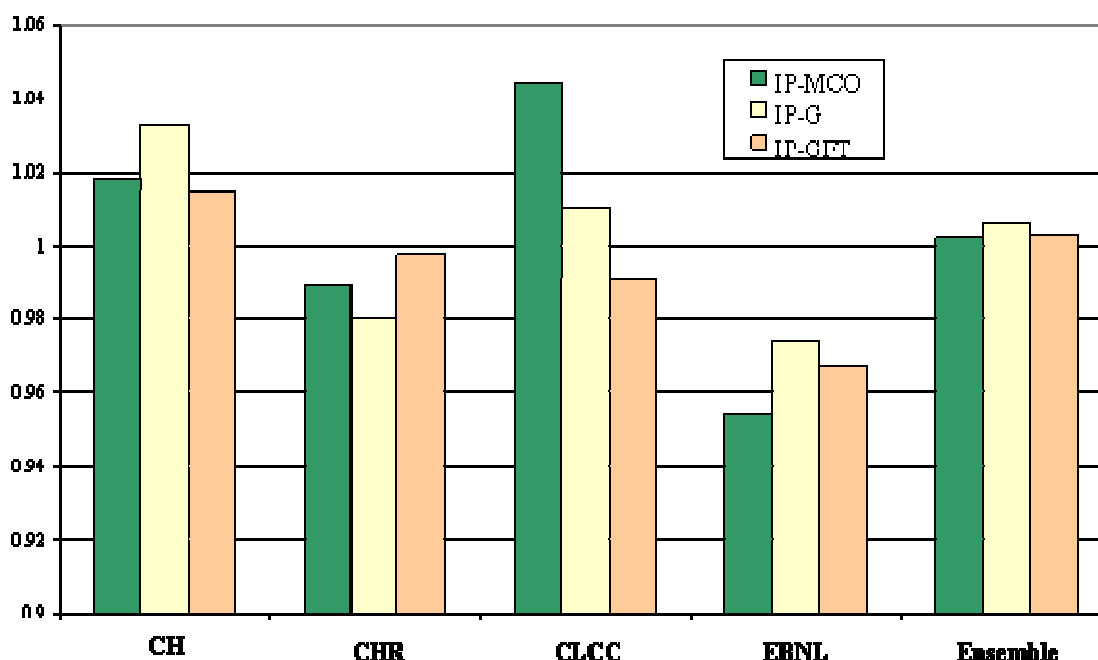
Chacun des trois indicateurs de l'ATIH se montre naturellement très sensible à l'évolution du modèle de tarification. Par ailleurs, les trois indicateurs obtenus sont difficilement interprétables dans la mesure où ils peuvent quelquefois aboutir à des conclusions contradictoires.

---

<sup>63</sup> Notamment les suppléments séjours longs, décote séjours courts, suppléments réanimation, néonatalogie, soins intensifs, suppléments prélèvements d'organe, dialyse, IVG, protonthérapie, forfaits techniques, forfaits petit matériel.

Graphique 10

*Indicateurs de productivité globale*



Sources : ATIH.

Ainsi que le montre le graphique précédent qui présente pour chaque type d'établissement les trois indicateurs en 2005, si l'on retient l'indicateur IP-MCO comme marqueur de productivité, les établissements hospitaliers qui apparaissent en 2005 comme les plus productifs sont, par ordre décroissant, les CLCC, puis les centres hospitaliers et enfin les CHR. En retenant l'indicateur IP-G, les établissements qui apparaissent les plus productifs sont les centres hospitaliers puis les CLCC et les CHR. Enfin, l'utilisation de l'indicateur IP-GFT fournit encore un autre classement par type d'établissement.

Au total, ces ratios présentent un intérêt immédiat pour les établissements dans la mesure où ils se l'approprient facilement. Au vu toutefois des difficultés d'interprétation qu'ils peuvent soulever, il semble opportun de produire, à côté de ces indicateurs existants, des indicateurs qui reposeraient sur des hypothèses économiques explicites, en modélisant la fonction de production des établissements de santé, ce que la DREES envisage de faire à partir de 2009 en lien avec le CREST- Insee (cf. infra).

### **3. Mesure de la productivité, mesure de l'activité : les enjeux**

Une bonne mesure de l'impact de la T2A sur l'activité et la performance des établissements de santé suppose une mesure fiable de l'activité. Or celle-ci se révèle parfois délicate à mesurer comme en témoigne l'exemple de la mesure de l'activité d'hospitalisation partielle pour ce qui concerne l'exercice 2007<sup>64</sup>.

Avec 16,3 millions de séjours réalisés dans les établissements de santé pour l'année 2007, tous modes de prise en charge et toutes disciplines confondus, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de 3,4 % par rapport à 2006. Ce repli, à contre courant de la tendance des dernières

<sup>64</sup> Séverine Arnault, Franck Evain, Arnaud Fizzala et Isabelle Leroux (2009) « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats* à paraître, DREES.

années, s'explique par un retournement de l'hospitalisation partielle (-7,7 %), qui était auparavant le moteur de la hausse de l'activité en MCO. Cette baisse n'est toutefois qu'apparente, car elle masque de fortes modifications administratives dans la prise en compte des séjours dans le recueil du PMSI.

Après avoir connu un développement considérable au cours des dernières années, l'hospitalisation partielle semble régresser en 2007. Toutefois, cet affaiblissement observé est plus complexe à analyser qu'il n'y paraît. Il est en effet étroitement lié à la parution de deux textes de la DHOS qui ont permis d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements en 2006 et 2007. La première circulaire, qui date du 31 août 2006, est relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les « actes frontières » et a eu pour effet de réduire le nombre de séjours en hospitalisation partielle recueillis dans le PMSI. Le second texte, du 27 février 2007, crée de nouveaux forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE), entraînant le retrait du PMSI des séjours concernés.

La comparaison des évolutions du nombre de venues brutes observées avec celles calculées hors forfaits SE permet de tirer plusieurs enseignements. Tout d'abord, la médecine est l'activité la plus impactée par ces forfaits SE, puisque sans eux, la baisse observée se résorbe de moitié (elle passe de -10 % à -5,8 %). Par contre, l'introduction des forfaits SE ne bouleverse pas fondamentalement les résultats observés en obstétrique. Une inflexion marquante et non liée aux textes susmentionnés concerne d'ailleurs les interruptions volontaires de grossesse hospitalisées. Elle est d'une part due au transfert vers des IVG médicamenteuses en cabinet de ville ou en consultation externe à l'hôpital, et d'autre part au désengagement des cliniques privées de ce type d'opération. Le cas de la chirurgie est plus complexe, avec d'un côté un secteur public en pleine progression (+7 %) et apparemment peu touché par les forfaits SE, et de l'autre un secteur privé connaissant des évolutions négatives (hors forfaits SE ou non), dont il est difficile d'établir si elles s'expliquent par l'impact de la circulaire sur les actes frontières. D'une manière générale, le texte sur les forfaits SE se répercute davantage sur les établissements privés (et a fortiori ceux à but lucratif) que sur les établissements publics. Ceci est principalement dû à une palette d'activités beaucoup plus concernée par cette directive, mais peut-être aussi dans une moindre mesure à une plus grande rapidité dans sa mise en application.

Les deux textes semblent avoir impacté, au moins en partie, la répartition de l'activité dans les établissements entre séjours, consultations et actes externes, et leurs effets sur l'hospitalisation partielle se sont clairement fait ressentir sur la période 2006-2007.

Pour illustrer l'impact de chaque texte, prenons les exemples de deux GHM. L'arrêté sur les forfaits SE précise que la facturation de ces forfaits (et donc leur retrait du PMSI) est subordonnée à la réalisation de certains actes et à l'utilisation du secteur opératoire ou à la mise en observation du patient. Les séjours d'endoscopies sans anesthésie y sont explicitement cités, et la chute brutale du nombre de ces séjours au mois de mars 2007 confirme l'application effective du texte, daté du 27 février 2007. En comparant sur des périodes équivalentes (de mars à décembre) pour 2006 et 2007, le déclin engendré par cet arrêté est de 82 % (220 000 séjours) pour l'hospitalisation partielle. Une grande partie de ces séjours d'endoscopies qui n'apparaissent plus en hospitalisation partielle dans le PMSI se retrouvent maintenant dans les nouveaux forfaits SE. Mais il semblerait qu'il y ait également eu un report partiel vers le GHM d'endoscopies avec anesthésie qui, sur les mêmes périodes, voit son contingent augmenter de 5 %, soit 53 000 séjours. On peut se demander si l'augmentation de ces anesthésies pour les endoscopies répond à un réel besoin, ou si elle traduit la volonté de la part de certains établissements de limiter les pertes éventuelles occasionnées par le classement des endoscopies sans anesthésie dans les forfaits SE. Il faut en tout cas garder à l'esprit que l'évolution « à champ constant hors forfaits SE » n'est peut-être pas « à pratique constante ».

La circulaire sur les actes frontières concerne, elle, les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée et celles de moins d'une journée. Il y est mentionné que toute prise en charge d'un patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou d'actes externes à l'établissement de santé ne doit plus donner lieu à facturation d'un

GHS. Pour illustrer son impact, on regarde l'évolution des séjours d'affections de l'ante partum. Parmi les quelques exemples cités dans cette circulaire, il est en effet indiqué que les monitorages de type « rythme cardiaque fœtal », non suivis d'hospitalisation, n'autorisent plus la facturation d'un GHS. Or, quasiment la moitié des séjours d'affections de l'ante partum donnent lieu, entre autres choses, à ce type de monitoring. La baisse du nombre de ces actes à la suite de la circulaire d'août 2006 a donc eu pour conséquence logique d'infléchir le nombre de séjours. Sur des périodes comparables (de janvier à août) entre 2006 et 2007, la baisse du nombre d'actes a été de 43 % et celle du nombre de séjours de 37 %.

L'application concrète de ces deux textes semble ainsi expliquer, au moins en partie, les chiffres à contre courant de la tendance obtenus pour l'hospitalisation partielle. La difficulté à cerner les actes et séjours touchés empêche par contre le calcul d'évolutions à champ constant. Le même problème se posera l'année prochaine avec les chiffres 2007-2008, l'arrêté sur les forfaits SE datant de février 2007 et son application étant progressive.

Ainsi que le montrent les travaux de la DREES il existe des disparités salariales notables entre les secteurs d'hospitalisation : les salaires horaires nets sont inférieurs de 4 % à 9 % dans le secteur des cliniques privées par rapport aux salaires horaires nets du secteur public ex-DG selon la taille de l'établissement. En revanche, les différences de taux de charge entre les secteurs sont telles que les salaires bruts sont inférieurs dans le secteur public à ceux des secteurs privés (à but lucratif ou non). Ces résultats, qui tiennent compte de la structure d'âge, de sexe, de qualification, de la région, de la catégorie d'établissement ou encore du nombre de salariés dans l'établissement de santé, montrent qu'il existe des écarts conséquents en ce qui concerne la rémunération des facteurs de production entre les secteurs d'hospitalisation. À ce titre, des études sont en cours pour étudier les différences de coût total du travail en intégrant les charges patronales.

Ces résultats ne pourront toutefois prendre tout leur sens qu'à la condition d'être replacés dans le contexte plus général de l'utilisation efficiente de l'ensemble des facteurs de production et de leurs rémunérations, ainsi que d'être rapprochés des disparités en terme d'output (case-mix) qui émanent des études réalisées par la DREES et par l'ATIH qui témoignent d'une spécialisation plus marquée des établissements privés vers les activités de chirurgie.

L'évaluation de la productivité à l'hôpital nécessite donc au préalable une analyse fine des fonctions de production de soins hospitaliers. C'est à partir de ce constat que la DREES a lancé un travail, en collaboration avec l'INSEE (CREST).



## Chapitre 5 - Les changements organisationnels induits par la T2A

Même si la réorganisation des établissements avait déjà commencé en amont de l'entrée en vigueur de la T2A, il ne fait pas de doute que la nouvelle tarification induit une accélération du changement au sein des établissements. Cette dynamique du changement affecte les deux secteurs hospitaliers avec la même intensité même si l'on a vu qu'ils poursuivaient souvent des logiques différentes et étaient confrontés à des contraintes également différentes. La T2A conduit les établissements à reconsidérer en profondeur leur stratégie (la recherche d'un accroissement de l'activité qui est une préoccupation récente et partagée par tous les établissements est à ce titre emblématique) et à envisager quelques premiers changements organisationnels, même s'ils demeurent encore le plus souvent assez modestes.

### *I. Les résultats de l'enquête COI-H<sup>65</sup> : des données de cadrage sur les changements organisationnels*

La DREES a réalisé une enquête statistique auprès d'un échantillon des directions d'établissements hospitaliers publics et privés sur le thème des changements organisationnels et de l'informatisation. Cette enquête auprès des établissements de santé vise à mieux cerner l'impact des transformations en cours sur le plan de l'organisation et des nouveaux outils informatiques utilisés. Dans cette première édition de l'enquête COI-H, 800 structures de plus de 20 salariés ont été interrogées.

#### *Un changement plus fortement ressenti dans le secteur public que dans le secteur privé*

Neuf établissements sur dix ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique déclarent un impact fort ou très fort de la mise en place de la T2A. Ce changement est plus ressenti dans les établissements publics, notamment ceux de plus de 800 salariés. Les établissements publics et privés à but non lucratif sont en effet passés d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité, alors que les cliniques privées étaient déjà financées par un système de paiement mixte à l'acte et à la journée, répondant déjà à une logique de paiement à l'activité.

#### *Des difficultés budgétaires et techniques déclarées*

Six établissements sur dix déclarent avoir rencontré des difficultés budgétaires pour mettre en place la T2A. Cette difficulté est paradoxalement plus souvent énoncée par les cliniques privées, même si, en 2005, la situation économique de ce secteur s'améliore alors que celle du secteur public hospitalier se dégrade<sup>66</sup>.

Parmi les établissements anciennement sous dotation globale, 60 % des établissements ont rencontré des difficultés techniques, comme par exemple un système d'information inadapté. Les cliniques privées, déjà financées par un système de paiement mixte à l'acte et à la journée, étaient sans doute techniquement mieux préparées à cette évolution, même si une sur deux rencontre néanmoins des problèmes de cette nature.

---

<sup>65</sup> Les résultats présentés proviennent de Cordier M. (2008) « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats* n° 633, DREES, avril.

<sup>66</sup> Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.C., Villeret S. (2007) « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 618, décembre.

De plus, la moitié des établissements anciennement sous dotation globale déclarent des moyens insuffisants ou des difficultés de gestion du personnel, tel que l'absentéisme, le turn-over ou des difficultés de recrutement. Seul un quart des cliniques privées se disent concernées par ces difficultés.

### *Une organisation de plus en plus centralisée du codage de l'activité médicale*

La T2A rend nécessaire de collecter rapidement des données d'activité fiables, ce qui incite les établissements à coder leur activité au plus près des lieux où elle est réalisée. Ainsi, entre 2003 et 2007, le codage de l'activité hospitalière est de plus en plus géré à la source, de manière totale ou partielle. Parallèlement, le codage de l'activité médicale totalement centralisé, généralement dans les départements d'information médicale (DIM), est en recul entre 2003 et 2007 pour les trois secteurs. En 2003 et surtout en 2007, la gestion de l'activité médicale est plus centralisée au sein du secteur privé à but lucratif, pour partie en lien avec la taille plus petite des cliniques privées, par rapport notamment aux hôpitaux publics.

Parallèlement à ces évolutions, les outils d'assistance au codage des diagnostics et actes médicaux se sont fortement développés. Désormais, 86 % des établissements concernés par la T2A les utilisent. Ils n'étaient que 46 % en 2003.

## ***II. Des changements organisationnels partagés par de nombreux établissements***

Trois fils directeurs ont structuré l'étude qualitative d'Essor Consultants lancée en 2007 qui avait pour objet d'étudier l'impact de la T2A sur les pratiques organisationnelles des établissements de santé :

**La médicalisation de l'information est à l'origine des changements organisationnels :** la médicalisation de l'information est déjà présente depuis longtemps avec le PMSI, mais trouve un prolongement fondamental dans son utilisation pour la fixation des ressources, ce qui transforme les enjeux pour les établissements. Dans ce contexte, la compréhension de l'évolution des comportements des médecins est essentielle et ce pour trois raisons majeures. En premier lieu, ils peuvent influencer directement sur les durées et les coûts de séjour en adaptant leurs pratiques. Par ailleurs, ils sont à la base de la constitution de l'information, à travers le codage de leur activité. Enfin, ils sont concernés au premier chef par la mise en place des pôles et les transformations organisationnelles associées. L'étude s'emploie donc à étudier plus particulièrement les changements qui découlent de cette médicalisation du regard gestionnaire et les changements des comportements médicaux.

**La mise en lumière de dispositifs concrets :** les auteurs de l'étude se sont employés à éviter un double risque. D'abord, celui de ne mettre en évidence que des résultats au niveau de la performance économique. Ensuite, celui de ne pouvoir dépasser un recueil de discours qualitatifs sur la transformation des comportements des acteurs. Pour ce faire, l'étude s'appuie sur les dispositifs concrets mis en place par les acteurs pour pouvoir analyser les phénomènes et construire des solutions organisationnelles et gestionnaires.

**Partir du niveau local pour remonter au niveau de l'établissement :** la démarche d'analyse a été structurée en partant du local (le service ou le pôle) pour remonter progressivement vers le niveau de l'établissement.

**La première phase de l'étude (fin 2007 – mars 2008)** visait à recenser les problématiques organisationnelles partagées par les huit établissements sélectionnés par la DREES<sup>67</sup>. Pour ce faire, plus d'une centaine d'entretiens a été menée dans ces établissements.

Les évolutions organisationnelles potentiellement attribuables à la T2A ont pu être classées dans quatre catégories :

La chaîne administrative du patient et la problématique de la facturation : pour tous les établissements, la gestion administrative du patient représente désormais un enjeu majeur puisque c'est par elle que l'établissement peut optimiser ses recettes et sa trésorerie : une meilleure gestion administrative du patient semble passer par une logique d'intégration des données médicales et des données administratives, autrefois cloisonnées. Par ailleurs, des actions sont entreprises à la fois sur les systèmes d'information et sur la réorganisation des processus. Ces évolutions entraînent parfois des problèmes de reconversion des personnels.

Le développement d'un outillage médico-gestionnaire décentralisé : les tableaux de bord d'activité et les outils de la comptabilité analytique (tableaux coûts case-mix, compte de résultat analytique,...) sont surtout utilisés par les établissements publics et d'autant plus lorsque la santé financière des établissements est bonne. Les établissements semblent craindre les effets pervers possibles d'une trop grande transparence (concurrence inter-services ou inter-médecins).

Organisation du travail et ressources humaines : des impacts encore limités : les établissements confirment que les évolutions en matière d'organisation du travail sont lentes et que les effets de la T2A et de la nouvelle gouvernance sont indiscernables à ce niveau. Le raisonnement consistant à gager le recrutement d'un médecin (même un attaché) par une prévision d'activité semble se développer, sous des formes différentes.

Les stratégies d'adaptation : des projets de réorientation de l'offre font leur apparition dans certains établissements : partenariats, fusions/rachats, complémentarités territoriales, déplacements d'activités. Ces réorientations de l'offre visent soit à traduire dans les faits la baisse très forte d'une activité soit à pallier la saturation du bassin d'attraction.

### **III. Travaux en cours**

Le panorama général issu de cette première phase de l'étude sera complété au cours de l'année 2009 par les résultats obtenus au cours de la deuxième phase de l'étude. Chacun des huit établissements sélectionnés par la DREES a choisi une problématique qu'il souhaite plus particulièrement approfondir. Les thématiques retenues portent sur les sujets suivants :

- pilotage et organisation du plateau technique (imagerie),
- contractualisation et audit interne : moyens et méthodes d'évaluation des contrats de Pôle,
- processus d'utilisation des tableaux de bord au niveau d'un pôle,
- nouvelles formes de rémunération des médecins,
- effets organisationnels de l'instabilité des règles tarifaires,
- effets des calculs de coûts sur l'orientation de l'activité (exemple du *by-pass* gastrique).

---

<sup>67</sup> Les établissements concernés par l'étude sont : CHU d'Amiens, CH d'Armentières, CH de Melun, CH de Roanne, GHICL Lille (PSPH), Institut Paoli Calmettes Marseille (CLCC), Clinique du Millénaire (Montpellier) et Clinique Sainte-Marie (Pontoise).

Même si les problématiques retenues peuvent paraître assez différentes d'un établissement à l'autre et même si les conclusions ne sont pas encore définitives à ce stade, il est d'ores et déjà possible d'esquisser des premières réflexions transversales.

La T2A suscite à l'évidence une dynamique de changement qui se traduit par une évolution des comportements d'une partie des acteurs mais qui n'embraye que difficilement sur les problématiques organisationnelles. L'intégration des logiques médico-économiques apparaît réelle chez certains médecins (notamment les chefs de pôle, les DIM,...) mais elle reste souvent centrée sur la notion d'activité et se porte plus difficilement sur la recherche d'efficience des processus de prise en charge. Par ailleurs, un compromis doit être trouvé dans chaque établissement entre la grande complexité des approches gestionnaires liées à la T2A (tableaux de bord, calculs de coûts, contractualisation, modes de rémunération) et la nécessité de proposer aux acteurs de terrain des outils opérationnels relativement simples. Enfin, tous les établissements doivent faire face à l'instabilité des règles relatives à la tarification.

L'étude finale consacrée à l'impact de la T2A sur l'organisation interne des établissements sera rendue publique en juin 2009. Le Comité d'évaluation de la T2A fera état des conclusions définitives de cette étude dans son troisième rapport annuel (2009-2010).

Les premiers travaux, centrés sur la productivité apparente du travail, seront complétés par des travaux d'estimation de fonctions de production qui seront réalisés en collaboration avec l'INSEE. Les résultats de l'enquête « Changements Organisationnels et Informatisation » (COI-H) ainsi que les premiers résultats de l'étude conduite par Essor Consultants sur l'impact de la T2A sur l'organisation interne des établissements montrent que la T2A suscite une dynamique de changement mais qui n'embraye que difficilement sur les problématiques organisationnelles. La problématique de la facturation devient une préoccupation majeure dans la plupart des établissements et les tableaux de bord d'activité et les outils de la comptabilité analytique sont maintenant surveillés avec une grande attention par les établissements.

## Chapitre 6 - Programme de travail du Comité d'évaluation de la T2A 2009-2010

### *I. Les travaux nouveaux*

Outre les publications de type descriptif publiées en routine sur la situation économique et financière des établissements de santé, qui ont permis d'enrichir la connaissance du secteur hospitalier en France tout en ouvrant la voie à des études plus approfondies et davantage ciblées sur l'impact de la réforme de la T2A, la DREES a inscrit à son programme de travail 2009-2010 plusieurs travaux nouveaux dans le cadre de l'évaluation de la T2A :

- **étude axée sur les facteurs potentiellement explicatifs de la situation économique des établissements de santé.** La méthodologie, si elle n'a pas été tout à fait définie, s'appuiera notamment sur un croisement des données économiques et financières disponibles sur les établissements de santé avec des données relative à l'activité de ces mêmes établissements, qu'elles soient issues de la SAE ou du PMSI,
- étude basée sur les travaux de la DREES en collaboration avec l'IRDES à partir des données du PMSI-HAD 2006 transmises par l'ATIH. Cette étude vise notamment à appréhender les caractéristiques des structures d'hospitalisation à domicile ainsi que la nature de leur activité,
- étude de la DREES sur l'investissement au sein des établissements de santé. Bien qu'ayant déjà été traité récemment<sup>68</sup>, le lancement d'une nouvelle étude apparaît d'autant plus importante que l'investissement a été avancé comme étant un des facteurs explicatifs des difficultés financières des établissements de santé publics du secteur ex-DG lors de la séance du comité d'évaluation du 11 février 2009,
- étude relative à la question de la **réactivité (ou de l'inertie) des établissements de santé aux incitations financières** (hausses de tarifs) du régulateur (DHOS). Cette question pourra être traitée en trois temps :
  - dans un premier temps, une analyse fine de ces mesures au travers des textes et de l'évolution des tarifs des activités concernées afin de ne sélectionner que celles dont on aura estimé la pertinence ;
  - dans un second temps une analyse « macro » qui pourra être menée en mobilisant les données d'activités (PMSI) ;
  - enfin, dans un troisième temps, une analyse micro au sein de certains établissements afin d'analyser l'impact concret des mesures tarifaires sur le codage, le développement des services concernés, la politique de l'établissement – i.e. la réponse concrète de l'établissement aux incitations.
- étude sur le thème de la **programmation des soins** en collaboration avec la Mission Tarification à l'Activité, qui, au titre du pilotage du dossier « convergence tarifaire intersectorielle » est intéressée par toute nouvelle étude qui permettra d'éclairer davantage le régulateur en matière de politique tarifaire. En effet, si certaines études ont pu être menées à

---

<sup>68</sup> Podevin, M. et Villeret S. (2007) « Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004 » *Études et Résultats*, n° 547, DREES, janvier.

différents niveaux (étude de G. Nisand réalisée au CHU de Strasbourg, travaux de l'ATIH sur les activités par nature programmables ou non-programmables), il semble délicat de pouvoir utiliser leurs résultats parcellaires à des fins opérationnelles. Dans ce cadre la DREES souhaiterait engager une étude dont le phasage pourrait être similaire à celui retenu pour traiter de la précarité en milieu hospitalier, avec une première partie qualitative suivie d'une analyse basée sur une collecte expérimentale au sein des établissements ayant participé à l'ENCC. Le calendrier sera à décliner en janvier 2009. En tout état de cause, le troisième rapport annuel du Comité d'évaluation de la T2A (2009-2010) rendra compte de l'état d'avancement de la première partie (essentiellement qualitative) de cette étude.

- étude retraçant les travaux de la CNAMTS sur la qualité du codage dans les établissements de santé. Ces travaux, fondés sur les contrôles menés par l'assurance maladie au sein des établissements de santé viseront à évaluer le respect des consignes de codage dans les établissements de santé.
- étude relative à la qualité des soins et à la pertinence des indicateurs de qualité des soins au sein des établissements de santé. (travaux en cours relatifs aux indicateurs de la certification V2010, travaux PATH-PMS, PSI-HCL, Compaqh et travaux relatifs à la mortalité hospitalière).
- Travaux sur la pertinence des soins à l'hôpital en lien notamment avec la CNAMTS.

## ***II. La poursuite des travaux déjà engagés***

Les chantiers déjà engagés seront poursuivis :

- en ce qui concerne la **prise en charge de populations précaires en milieu hospitalier**, le secrétariat général du Comité d'évaluation de la T2A s'est inspiré de la méthode de repérage des patients précaires développée dans le rapport d'Iris Conseil pour préparer le recueil de l'information dans les établissements de l'ENCC<sup>69</sup> qui permettra d'alimenter l'étude quantitative. Plusieurs codes Z<sup>70</sup> ont été retenus pour chacune des quatre dimensions de la précarité (isolement, qualité du logement, niveau de revenu, et accès aux droits). Un tri a été effectué, à partir d'une étude de l'ATIH<sup>71</sup>, pour ne retenir que les codes Z qui semblent exercer une influence importante sur les durées moyennes de séjour<sup>72</sup>. Le recueil des données au niveau des établissements de l'ENCC a été effectué par l'ATIH en novembre et décembre 2008. Les premiers résultats portant sur l'impact de la précarité sur la durée moyenne de séjours devraient être disponibles vers la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2009. Le troisième

---

<sup>69</sup> Étude Nationale de Coûts à méthodologie Commune.

<sup>70</sup> Les codes Z sont classés dans sept catégories : (1) Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers, (2) Sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles, (3) Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction, (4) Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques, (5) Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales, (6) Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs et (7) Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels ou familiaux et de certaines affections.

<sup>71</sup> « Version 11 de la classification des GHM travaux 2007. Études complémentaires, finalisation des CMA, révision des groupes médicaux ».

<sup>72</sup> Cf. Note.

rapport annuel du Comité d'évaluation de la T2A (2009-2010) rendra compte de l'état d'avancement de cette étude ;

- en ce qui concerne l'impact de la T2A sur la **productivité au sein des établissements de santé**, le Comité d'évaluation a confié en 2006 au CRESGE, un centre de recherche en économie, la réalisation d'une étude méthodologique et statistique centrée sur la mesure de la productivité. Cette étude a été rendue publique à la séance plénière du Comité d'évaluation de la T2A du 5 février 2008. Cette étude a apporté une revue de la littérature intéressante qui souligne bien que les indicateurs de productivité partielle fournissent une vision biaisée de la performance des établissements de santé. Dans ce cadre, le secrétariat général du Comité d'évaluation de la T2A envisage, dans les premiers mois de 2009, de confier à un groupe de travail associant la DREES et l'INSEE (CREST) la réalisation d'une nouvelle étude, plus académique, qui s'inspirerait des approches en termes de fonction de production. Ce groupe de travail aura à définir la méthodologie de l'étude et modéliser la fonction de production des établissements de santé. L'intérêt de cette approche est de proposer un modèle économique à partir duquel il est possible de décliner des indicateurs de productivité globale robustes. Cette étude, qui représente un investissement méthodologique important, s'inscrit dans un calendrier long qui pourrait s'étendre sur deux années,
- en ce qui concerne l'étude « **T2A et organisation interne** », le panorama général issu de la première phase de l'étude confiée à ESSOR Consultants sera complété au cours de l'année 2009 par les résultats obtenus au cours de la deuxième phase de l'étude. Chacun des huit établissements sélectionnés par la DREES a choisi une problématique qu'il souhaite plus particulièrement approfondir. L'étude finale consacrée à l'impact de la T2A sur l'organisation interne des établissements sera rendue publique en juin 2009. Le Comité d'évaluation de la T2A fera état des conclusions de cette étude dans son troisième rapport annuel (2009-2010).