



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, rue Bonaparte - 75272 PARIS CEDEX 06

Tél. : 01 42 34 57 86

RAPPORT

PERTINENCE ECONOMIQUE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

MOTS-CLÉS : CHIRURGIE AMBULATOIRE. COÛTS.

ECONOMIC RELEVANCE OF OUTPATIENT SURGERY

KEY-WORDS : OUTPATIENT SURGERY. COST ANALYSIS.

Michel HUGUIER*, Gérard MILHAUD*, Renaud DENOIX de SAINT MARC*
(Rapporteurs), au nom de la Commission VIII (Assurance maladie)**.

Les membres de la Commission déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de ce rapport.

RÉSUMÉ

L'académie nationale de médecine, depuis plus de dix ans, considère la chirurgie ambulatoire avec un grand intérêt. Les estimations des économies qu'elle permettrait varient de 0.5 milliards à 6 milliard. Cela s'explique par l'absence d'études fondées sur des comparaisons factuelles bien établies. De plus, les estimations reposent, en partie, sur des comparaisons internationales qui sont biaisées par l'absence de définition claire et concrète de cette « chirurgie ». Les tarifications en France sont d'une remarquable complexité. Schématiquement, 1) les coûts pour le malade, pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires, sont basés sur la notion de prix de journée et sont en faveur de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie conventionnelle ; 2) les coûts pour les établissements hospitaliers sont, pour l'essentiel, le ratio entre les allocations versées par l'assurance maladie qui reposent sur la tarification à l'activité (T2A) et ses dépenses, principalement salariales ; 3) le coût pour l'assurance maladie est celui qu'elle fixe elle-

même pour chaque activité médicale (T2A) au sein de l'enveloppe globale de l'Objectif national des dépenses de santé (ONDAM), mais qui n'est pas un crédit budgétaire limitatif. L'Académie nationale de médecine, sans remettre en cause le bénéfice pour le patient de cette alternative à la chirurgie traditionnelle, insiste sur la nécessité de réaliser en France des études comparatives avec la chirurgie conventionnelle portant sur les coûts réels, directs et dérivés en s'appuyant sur une comptabilité analytique. L'analyse porterait sur des actes et des groupes de malades similaires. Par ailleurs, les propositions qu'elle avait faites pour une réforme de l'assurance maladie gardent toute leur valeur.

**Membres de l'Académie nationale de médecine.*

*** Membres de la Commission : Renaud Denoix de Saint Marc, Gérard Dubois, Christian Géraut, Jean-Paul Giroud, Michel Huguier (secrétaire), Gérard Milhaud (Président), Guy Nicolas, Claude Rossignol, Jean-Paul Tillement.*

SUMMARY

For many years, the National Academy of Medicine has considered outpatient surgery with great interest; latest estimates suggest that it can achieve savings between 0.5 to 6 billion euros annually. It is however difficult to establish how these savings are relevant compare to other forms of surgery due to the lack of factual data. Additionally, such estimates are partly based on international studies whose scope is rather unclear. Tariffs in France for outpatient surgery are rather complex: Patient's fees, taken care by the National Health Insurance and any additional medical cover, are calculated on a daily tariff and certainly favor outpatient surgery to more conventional surgery. Hospital costs are primarily a function of the refunds received from the National health Insurance and minus any additional operating expenses – the latter being mainly salaries. As for the costs to the National Health Insurance, it is the cost that it has set for each medical activity (commonly referred as 'T2A' which means for Tariff per activity). Those costs are set within the overall budget of ONDAM (the National Goal of Health Insurance). The National Academy of Medicine is not questioning the benefits that Outpatient Surgery may bring to the patient. It would however like to recommend that more studies get conducted in France so as to better understand how it compares to conventional surgery. One would want to assess the direct and indirect costs of both surgery types and would look at similar patient groups, receiving similar treatments, in order to establish a more balanced view. The French National Academy would like to remind the recommendations that were put forward in 2001. That said, the recommendations made then for the National Health Insurance certainly remains relevant.

INTRODUCTION

L'Académie nationale de médecine dans sa séance du 12 juin 2001 avait consacré une séance thématique sur la chirurgie ambulatoire [1,2]. Son objectif était de répondre « à la nécessité de rechercher des sources d'économie en matière de dépenses de santé » [1]. Elle avait tiré les conclusions suivantes :

- chirurgie réservée à des patients à faible risque hémorragique dont la douleur post opératoire est facilement contrôlable,
- nécessité d'une évaluation précise des coûts en comparant des actes similaires effectués soit en chirurgie traditionnelle ou en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire soutenue par les tutelles bénéficie actuellement d'un traitement médiatique favorable : il est indéniable que, pour un patient qui a été opéré, le retour au domicile le soir de l'intervention reste un choix prioritaire lorsque le contexte clinique et social le permet¹. La commission « assurance maladie » considère avec un grand intérêt cette alternative à la chirurgie traditionnelle. Elle souligne toutefois l'absence d'études permettant de disposer de faits établis et l'importance des variations des estimations des économies annoncées pour l'assurance maladie.

En effet, beaucoup d'opinions sur la chirurgie ambulatoire sont des postulats et ne sont fondées sur aucune donnée objective référencée. Citons : « la chirurgie ambulatoire est garante d'une expérience de qualité des soins et de sécurité pour les patients » ou bien encore « c'est une chirurgie de l'excellence » [3,4]. Ce genre de déclarations de principe se retrouve dans le rapport récent de la Haute autorité de santé sur l'évaluation technologique de la chirurgie ambulatoire [5].

Les comparaisons des complications postopératoires entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie avec hospitalisation conventionnelle suggèrent que la chirurgie ambulatoire diminue les risques thromboemboliques ainsi que les risques d'infections du site opératoire et, de façon plus générale, les infections nosocomiales². Mais ces comparaisons sont biaisées par le

1- L'isolement social est un indice de sévérité 3 dans les groupes homogènes de maladie (GHM), donc peu susceptibles d'être traités en chirurgie ambulatoire qui concerne essentiellement les indices 1. Ce pourcentage de malades éligibles, mais non opérés de façon ambulatoire est estimé de 10% à 20%, mais aucune étude actuelle n'existe. Elle serait pourtant facile à réaliser en précisant les principales raisons de non prise en charge ambulatoire. Leur réalisation est souhaitable.

2-En 2009, sur près de 100 000 interventions dont 20% réalisées en ambulatoire, les taux d'infections du site opératoire ont été de 0,22% comparés à 1,34% en chirurgie avec hospitalisation conventionnelle.

fait que les groupes comparés ne sont pas similaires : les interventions les plus lourdes et les malades à risque étant moins éligibles en chirurgie ambulatoire. De plus, des complications peuvent survenir après la sortie du malade de l'hôpital, qui ne sont pas bien prises en compte [6,7]³.

Sur le plan économique, on constate une très grande variabilité dans l'estimation des économies que la chirurgie ambulatoire serait susceptible de générer pour l'assurance maladie : 6 milliards selon la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'appui santé médico-social [8], 5 milliards selon la Cour des comptes [9], 550 millions selon la Fédération hospitalière de France [10] et 1 milliard et demi sur trois ans pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé [11].

DÉFINITIONS

Il est indispensable de différencier clairement la **chirurgie ambulatoire** des **actes médicaux** réalisés de façon ambulatoire [12]. En effet, dans certaines comparaisons, notamment internationales⁴, des actes à visée diagnostique (comme des endoscopies (digestives avec ou sans prélèvements, des arthroscopies, etc.) [13] sont pris en compte dans l'activité de la chirurgie ambulatoire, ce qui biaise les comparaisons. Une enquête avait ainsi montré que près de 50% des actes réalisés sur le mode ambulatoire n'étaient pas des actes de chirurgie proprement dite [14].

Il convient aussi de différencier la **chirurgie ambulatoire** qui, par définition, comporte une hospitalisation de moins de 12 H, les **actes pratiqués en ambulatoire** et qui ne comportent pas d'hébergement (le transfert de ces actes externes en chirurgie ambulatoire a du reste probablement contribué à l'augmentation du pourcentage de celle-ci). Dans des publications nord-américaines le plafond de durée d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire va même jusqu'à 48 heures [15].

Il faut enfin différencier la chirurgie ambulatoire comportant le retour au domicile de la chirurgie ambulatoire avec transfert dans un hôtel hospitalier, dont l'hébergement est, en tout ou partie, pris en charge par l'assurance maladie.

3- En chirurgie thyroïdienne, 20% à 60% des saignements se produisent au-delà des six premières heures postopératoires ; en chirurgie des hémorroïdes, les risques hémorragiques, de douleurs et de rétentions d'urines surviennent surtout après une anesthésie rachidienne.

4-La part de la chirurgie ambulatoire était en 2013 de 74% au Danemark, 52% en Grande-Bretagne, 43% en Allemagne et 38% en France.

Ces remarques préliminaires faites, on peut décliner les coûts de la chirurgie ambulatoire en coûts

- 1) pour le malade,
- 2) pour les établissements hospitaliers,
- 3) pour l'assurance maladie, ce qui est l'une des préoccupations majeures de la Commission Assurance maladie de l'Académie nationale de médecine.

COÛT POUR LE MALADE

En chirurgie ambulatoire, la tarification pour le malade repose, comme en chirurgie conventionnelle, sur un prix de journée qui, toutefois, lui est inférieur⁵. Les prix de journée diffèrent entre le privé et le public⁶ et entre les établissements publics.⁷ En fait, le prix de journée est le plus souvent théorique dans la mesure où il est pris en charge par l'assurance maladie à 100% ou à 80%. Dans cette dernière éventualité, les 20% restant (c'est-à-dire le ticket modérateur) sont eux-mêmes généralement financés par les assurances complémentaires (mutuelles, assurances).

Pour un acte chirurgical donné, les malades (ou leur assurance complémentaire) qui doivent payer un ticket modérateur ont donc intérêt à préférer que l'intervention soit réalisée en chirurgie ambulatoire.

COÛT-BÉNÉFICE POUR L'HOPITAL

Les considérations théoriques sont aussi nombreuses que les études factuelles sont inexistantes ou fragmentaires. Sachant que les dépenses de personnel représentent 60% à 70% des dépenses hospitalières, la principale question qui se pose est de savoir si la chirurgie ambulatoire génère ou non des économies de postes. Sur le plan théorique, il est raisonnable de penser que l'activité opératoire étant ce qu'elle est, le personnel du bloc opératoire est inchangé. En revanche, la chirurgie ambulatoire pourrait permettre de réaliser une économie

5- Par exemple, dans les hospices civils de Lyon le prix de journée était en août 2014 de 1793 euros par jour en chirurgie conventionnelle et de 1438 en chirurgie ambulatoire. Il s'y ajoute, un forfait hospitalier de 18 euros et les dépassements d'honoraires éventuels.

6- Dans le secteur public, le coût facturé est un prix de journée incluant les frais des actes médicaux hors dépassements alors que dans le privé ceux-ci sont facturés en plus. Ces prix de journée sont eux-mêmes modulés en fonction des situations de chaque établissement.

7- Benz S. Les prix d'hospitalisation de 420 établissements publics en France. L'Express. 23 janvier 2013.

portant sur le personnel de nuit de l'hospitalisation traditionnelle. Cependant, cet avantage est contrebalancé par la nécessité de disposer, en chirurgie ambulatoire, d'un personnel dédié ayant reçu une formation spécifique pour l'accueil des patients, pour assurer la surveillance immédiate des opérés [1], ainsi que pour contrôler l'état de l'opéré dès son retour au domicile.

La comparaison des coûts de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie conventionnelle avec hospitalisation de plus de 24 H peut difficilement relever d'essais randomisés : il faudrait en effet que tout malade inclus dans l'étude soit susceptible d'être opéré soit en chirurgie ambulatoire soit en chirurgie conventionnelle⁸. En pratique, il paraîtrait alors difficile d'hospitaliser un malade plus de 24 H s'il pouvait ne pas l'être. En l'absence d'essais randomisés, il conviendrait soit de faire des études multifactorielles en utilisant la régression logistique et en appréciant les différences observées en termes de risques relatifs, ou de réaliser des comparaisons sur quelques pathologies et interventions similaires (par exemple cataracte, hernie inguinale) à partir de comptabilités analytiques (*microcosting*)⁹. Ces méthodes, certes complexes, seraient les seules susceptibles d'apporter des estimations fiables sur des coûts comparatifs.

En définitive, le coût pour les établissements est représenté par la différence entre ce qui est payé par le malade (et ou les assurances complémentaires), plus les prises en charge de l'assurance maladie sur la base de la tarification à l'activité (cf. infra) dont il faut déduire les frais réels tirés de la comptabilité analytique. Les établissements peuvent donc être déficitaires ou bénéficiaires selon la qualité de leur gestion et aussi selon la tarification qui devient alors, avec la mise sous accord préalable¹⁰, un instrument efficace dans le cadre de la politique d'orientation des investissements et des pratiques [16].

COÛT POUR L'ASSURANCE MALADIE (les détails du mécanisme sont indiqués en Annexe 1) [17].

8-C'est la « clause d'ambivalence » des essais randomisés.

9-Il est regrettable que la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'appui santé médico-social aient envisagé de le faire pour la chirurgie ambulatoire et non pour des interventions similaires réalisées en chirurgie conventionnelle. Les résultats de cette étude de *microcosting* devaient être publiés au cours du premier semestre 2014 et, à notre connaissance, ne l'étaient toujours pas fin décembre.

10- La mise sous accord préalable qui, depuis 2008, oblige pour un certain nombre d'actes (chirurgie du cristallin, varices, adénoïdectomies, amygdalectomies, arthroscopies du genou) les établissements de justifier sur des critères médicaux ou psycho-sociaux une prise en charge avec hospitalisation traditionnelle.

La chirurgie ambulatoire doit se dérouler dans des locaux dédiés¹¹, distincts de ceux du service de chirurgie et doit disposer, nous l'avons indiqué, d'un personnel dédié et formé. Ces impératifs peuvent peser lourdement sur les coûts induits pour l'assurance maladie.

Rappelons qu'un acte chirurgical donné entre dans le cadre d'un groupe homogène de maladie, qu'il soit réalisé en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie conventionnelle, de façon programmée ou en urgence [18]. Il est ensuite associé à son pendant financier, le groupe homogène de séjour défini et tarifé par l'assurance maladie [19]. Les coûts pour l'assurance maladie correspondent aux allocations de ressources qu'elle attribue à chaque établissement en fonction de son activité (T2A) dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La chirurgie ambulatoire s'inscrit dans ce contexte avec de subtiles particularités. En 2010, afin d'inciter les établissements à développer leur activité en chirurgie ambulatoire, l'assurance maladie a relevé leurs tarifs de remboursement si le pourcentage d'actes réalisés en ambulatoire était faible alors que les tarifs d'actes similaires en chirurgie conventionnelle ont été un peu abaissés. Inversement, dans le cas où la chirurgie ambulatoire était importante, ses tarifs ont été un peu majorés, mais parallèlement les tarifs conventionnels ont été abaissés (dégressivité tarifaire). Il y a donc eu un effet d'aubaine pour les établissements qui ont fortement augmenté le pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire à cette période. En 2011, la tarification a consacré les tarifs antérieurs, pérennisant ainsi cet effet d'aubaine initial pour les établissements qui avaient développé la chirurgie ambulatoire [5].

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le développement de la chirurgie ambulatoire représente un progrès incontestable pour les patients par rapport à l'hospitalisation traditionnelle. Cependant les économies qu'elle est susceptible de générer pour une restauration partielle de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie sont incertaines avec une très grande variabilité dans les coûts estimés qui varient de 0.5 milliard d'€ sur trois ans pour les uns à 6 milliards d'€ pour d'autres. Il convient

11- Sauf pour le bloc opératoire qui peut ne pas l'être.

de rappeler que les estimations erronées réitérées lors de la dernière décennie par plusieurs autorités ministérielles n'ont pas été sans conséquences lors de l'adoption du projet du dossier médical personnel. Cette expérience du passé doit nous inciter à une plus grande prudence pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire dont le modèle économique ne s'appuie pas sur des données précises. Le rapport, publié en 2015 de la mission des Inspections générales des affaires sociales et des finances, rejoint cette analyse en indiquant qu'il n'est pas en mesure de fournir une estimation robuste du coût global de la politique publique de soutien à la chirurgie ambulatoire [20].

Son coût pour l'assurance maladie demeure imprévisible, en partie parce qu'il dépend des tarifs qu'elle fixe dans le cadre de l'ONDAM. De plus, les évolutions successives des systèmes de tarification hospitalière ont abouti à un système particulièrement complexe puisqu'il juxtapose 1) le maintien d'un prix de journée aussi bien en chirurgie ambulatoire que conventionnelle qui sert de base à ce qui est facturé au malade, 2) une tarification à l'activité qui sert de base à ce qui est alloué aux établissements par l'assurance maladie 3) avec l'exception d'une dotation globale pour la psychiatrie et les soins de suite. Ces politiques tarifaires, complexes et variables avec le temps, sont de plus en plus illisibles pour les acteurs, en particulier médicaux. De plus, entre juillet 2010 et juillet 2013, dix textes ministériels ont porté sur la chirurgie ambulatoire [16]. L'appréciation de plus en plus fine des activités médicales, est un exercice de plus en plus complexe, consommateur de temps et d'énergie, sans que son coût de fonctionnement n'ait jamais fait l'objet, à notre connaissance, d'une évaluation précise. Paradoxalement, cette appréciation n'est assortie d'aucun contrôle réel sur l'utilité et la qualité médicale de cette activité.

De façon plus générale, il convient de rappeler que les tentatives de contrôles macro-économiques des coûts des dépenses de santé (248 milliards en 2012) se sont avérées inefficaces. Ni l'ONDAM qui n'est qu'un objectif et non un crédit budgétaire limitatif, ni les incitations economico-administratives n'ont empêché la prolifération du personnel administratif aussi bien dans les établissements hospitaliers publics que dans les multiples organismes d'études et de contrôle. Malgré ces contrôles et les systèmes de tarification, les déficits abyssaux de l'assurance maladie se maintiennent et ont même tendance à augmenter : près de 7 milliards en 2013, 7,3 milliards en 2014.

Les mesures considérées comme novatrices, logiques ou susceptibles d'orienter des choix ont des effets indésirables qui ne sont pas pris en considération lors de leur mise en œuvre. La tarification à l'activité en est un exemple.

RECOMMANDATIONS

Au regard de l'engouement porté par les tutelles et les médias sur la chirurgie ambulatoire, l'Académie nationale de médecine, sans remettre en cause l'intérêt de cette alternative à la chirurgie traditionnelle, propose les recommandations suivantes :

1. La chirurgie ambulatoire doit être réservée à des patients à faible risque hémorragique et n'ayant aucune co-morbidité susceptible d'induire des complications post opératoires qui ne seraient pas sans conséquences sur les coûts finaux.

2. L'Académie nationale de médecine estime à nouveau [2] qu'il est indispensable de réaliser en France des études sur les coûts réels, directs et dérivés en termes de comptabilité analytique, sur la chirurgie ambulatoire, comparés aux coûts d'actes similaires sur des groupes de malade similaires, opérés de façon conventionnelle.

3. L'Académie rappelle, par ailleurs, que les propositions qu'elle avait faites en 2011 pour une réforme de l'assurance maladie gardent toute leur valeur [21].

RÉFÉRENCES

- [1]. Pellerin D. La chirurgie ambulatoire. Bull Acad Natle Med 2001 ;185 :1023-5.
- [2]. Hollender. La chirurgie ambulatoire. Conclusions. Bull Acad Natle Med 2001; 185:1083-5.
- [3]. Vons C. La chirurgie ambulatoire en France en 2014. Rev Infir 2014 ;202 :16-8.
- [4]. Vons Chirurgie ambulatoire : évolution des techniques et de la prise en charge chirurgicale. Presse Med 2014 ; 43 :278-82.
- [5]. Rapport de la Haute autorité de santé. Chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique. Mai 2014 : 187 pages.
- [6]. Doran HE, Palazzo F. Chirurgie thyroïdienne ambulatoire : les risques sont-ils supérieurs aux bénéfiques ? Presse Med 2014 ;43 :291-6.
- [7]. Vinson-Bonnet B. Chirurgie hémorroïdaire : évolution vers une prise en charge ambulatoire. Presse Med 2014 ;43 :297-300.
- [8]. Rapport de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Appui santé médico-social (ANAP). Sales JP. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. Etat des lieux et perspectives. Avril 2012 : 132 pages.
- [9]. Rapport de la Cour des comptes. Septembre 2013.
- [10]. Fédération hospitalière de France. Le Monde 11 avril 2014.
- [11]. Touraine M. Propos recueillis par Les Echos du 25-26 avril 2014.

- [12]. Caisse nationale de l'assurance maladie. Chirurgie ambulatoire. Janvier 2009 : 113 pages.
- [13]. Fox JP, Vashi AA, Ross JS, Gros CP. Hospital-based, acute care after ambulatory surgery center discharge. *Surgery* 2014; 155:743-53.
- [14]. Sales JP. Place de la chirurgie ambulatoire en France. Comparaisons internationales. *Bull Acad Natle Med* 2001; 185:1037-44.
- [15]. Owens PL, Barrett ML, Raetzamn S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infection following ambulatory surgery procedures. *JAMA* 2014;311:709-16.
- [16]. Bontemps G. Développement de la chirurgie ambulatoire en France : plus de contraintes pour plus de performances ? *Presse Med* 2014 ; 43 : 275-7.
- [17]. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Bras PL, Vieilleribiere JL, Lesteven P. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Mars 2012 : 183 pages.
- [18]. Triboulet JP. Quelle place pour les urgences en chirurgie ambulatoire ? *Presse Med* 2014 ;43 :301-4.
- [19]. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Dupuys N, Natali JP, Jeantet M. L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévisions. Septembre 2013 : 91 pages.
- [20]. Rapport de la mission de l'IGF et de l'IGAS. Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France. Bert T, d'Autume C, Hausswalt P et al. Juillet 2014 : 288 pages.
- [21]. Milhaud G, Huguier M, Rossignol C, Tillement JP, Ambroise-Thomas P, Lagrave M, Denoix de Saint Marc R. Propositions pour une réforme de l'Assurance maladie. *Bull Acad Natle Med* 2011 ; 195 :1121-32.

Auditions. Pr Jean-Pierre TRIBOULET, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, ancien Président de l'Association française de chirurgie ambulatoire, les 7 octobre et 2 décembre 2014.

Annexe 1. Allocations de ressources des établissements hospitaliers

Les principes généraux des ressources hospitalières

L'assurance maladie

Les établissements hospitaliers sont financés à 91% par l'assurance maladie. Ce financement se décline en plusieurs composantes.

La principale source d'allocation des établissements publics et privés (75%) repose sur la tarification des séjours qui s'appuie sur une classification en groupes homogènes de maladies (GHM) dont les coûts sont établis par enquêtes sur échantillons¹². En principe, la hiérarchie des tarifs doit respecter la hiérarchie des coûts afin de garantir une allocation neutre entre les différentes activités. L'allocation est donc le résultat de la tarification de chaque GHM multiplié par le nombre de cas traités. Les tarifs sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'Objectif national des dépenses de santé (ONDAM) qui, contrairement aux lois des finances, n'est pas contraignant.

Les 25% restant sont représentés par des médicaments et des dispositifs médicaux implantables facturés en sus (8%), un forfait urgence (2%) et, surtout pour les établissements publics, une enveloppe pour Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (15%).

Les autres ressources des établissements

A hauteur de 9%, ce sont les sommes facturés aux patients (ticket modérateur, forfait journalier de 18 euros, etc.) qui peuvent être pris en charge par les mutuelles ou les assurances complémentaires ou encore les redevances des médecins pour leur activité en secteur privé.

Une grande complexité

De nombreuses modulations compliquent ces principes généraux.

Particularités

La psychiatrie, les soins de suite et la réadaptation ne sont pas financés par une T2A, mais par une dotation globale.

¹²-C'est l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune, les données de l'année n servant de référence pour l'année $n + 2$ ou $n + 3$ compte tenu des délais de recueil et de traitement des données.

Les honoraires des actes médicaux, dans les établissements à statut privé, sont fixés d'après la classification commune des actes médicaux (CCAM)¹³ et facturés en plus de l'allocation T2A¹⁴ alors qu'elle les inclue dans les établissements publics.

La T2A s'écarte parfois de la « neutralité »

Ceci pour deux principales raisons :

- 1) Afin de ne pas déséquilibrer brutalement les ressources « historiques » des établissements, il a été tenu compte du passé. Les écarts représentent au total plus d'un milliard d'euros. Ils sont plus marqués pour les cliniques (en faveur des séances de chimiothérapie, de dialyse ou d'opérations de la cataracte) que pour les hôpitaux (pour eux, en défaveur de la gynécologie).
- 2) Des modulations tarifaires ont été utilisées pour produire des effets incitatifs (par exemple en pénalisant les césariennes par rapport aux accouchements ou en sur tarifant la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie conventionnelle).

Dans la mesure où la T2A vise à décrire l'activité médicale, elle est complexe en elle-même. Créée en 2004, on en était à la 11^{ème} version en 2011. Bien que ses contreparties soient nombreuses et de mieux en mieux reconnues, ses avantages théoriques continuent à la faire utiliser sans que son coût de fonctionnement n'ait jamais été évalué.

L'Académie saisie dans sa séance du mardi 10 mars 2015, a adopté le texte de ce rapport avec 43 voix pour, 13 voix contre et 20 abstentions.

Pour copie certifiée conforme
Le secrétaire perpétuel

Professeur Daniel COUTURIER

13-Cette CCAM de base à la tarification de tous les actes pratiqués en activité libérale.

14-Ils sont inclus dans un autre ONDAM que l'hospitalisation : « Soins de ville ».