



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2012-024P

# Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

TOME 1 : RAPPORT

Établi par

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

Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé

- Mars 2012 -



## Synthèse

- [1] Les tarifs constituent le mode dominant de rémunération des actes médicaux et des soins hospitaliers. A partir de 2005, la tarification à l'activité (T2A) a été mise en œuvre, se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public. En 2005 également, une nouvelle classification a été introduite pour décrire et tarifier les actes techniques des médecins : la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Depuis cette date, l'extension aux actes cliniques d'une telle démarche pour différencier les tarifs de ces actes est en débat.
- [2] Ces deux réformes partageaient des objectifs communs. Il s'agissait de mieux connaître l'activité de soins mais aussi de rendre la rémunération des acteurs du système de santé plus équitable. Une allocation des ressources fondée sur des critères les plus objectifs possible n'est pas seulement une question d'équité entre fournisseurs de soins. Elle doit aussi éviter que la réponse aux besoins sanitaires soit biaisée par des considérations relatives au caractère plus ou moins rentable de telle ou telle activité ou de tel ou tel patient. Dans le secteur hospitalier, la T2A devait permettre de tenir compte de l'évolution du niveau et de la structure d'activité des établissements, alors que la dotation globale pénalisait ceux dont l'activité était en forte croissance et offrait une rente à ceux dont elle était en déclin relatif. Concernant les praticiens libéraux, les écarts de revenus entre spécialités appelaient un rééquilibrage fondé sur une rémunération du travail et une couverture des coûts plus justes.
- [3] L'objet du présent rapport est de faire le point sur le fonctionnement de ces outils tarifaires en tant que vecteur d'allocation des ressources entre médecins d'une part et entre établissements de santé d'autre part. Ce rapport tente d'éclairer la question, suivante : les tarifs sont-ils construits de manière à assurer une répartition équitable des ressources allouées au système de santé ?
- [4] Dans ce cadre, le rapport ne traite pas du niveau de ces tarifs en tant que tel : celui-ci est déterminé par la contrainte financière telle que le vote par le Parlement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) l'exprime chaque année dans les lois de financement de la sécurité sociale. Il procède à l'analyse de la logique tarifaire sans se prononcer sur les mérites respectifs d'une part de la tarification à l'acte ou à l'activité et d'autre part de modes de rémunération alternatifs (dotation globale, forfaits, capitation, paiement à l'épisode, paiement à la performance).
- [5] **La tarification des séjours hospitaliers** s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes de malades (GHM) ; les coûts de ces GHM sont établis, par enquête sur un échantillon, la hiérarchie des tarifs doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation **neutre** des ressources entre activités.
- [6] Les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité (pour plus d'1 Md€ globalement, à la hausse comme à la baisse) et ces écarts ne se résorbent pas. Ils sont plus marqués, relativement, pour les cliniques privées que pour les établissements publics.
- [7] Ces écarts tiennent pour l'essentiel au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A, et le souci de ménager les ressources « historiques » des établissements. Cette contradiction est peu assumée, parfois justifiée par des considérations présentées comme relevant d'objectifs « de santé publique ». Depuis 2011, la stabilité des tarifs, semble d'ailleurs prioritaire par rapport à la prise en compte de l'évolution des coûts relatifs, même si celle-ci n'est pas totalement abandonnée.

- [8] Or les tarifs des GHM hospitaliers sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'ONDAM. Dès lors tout avantage tarifaire d'une activité a pour contrepartie la pénalisation d'une autre activité. Ces avantages/pénalisations relatifs sont particulièrement importants pour les cliniques privées. Les séances (chimiothérapie, dialyse) et l'opération de la cataracte, bénéficient ainsi d'avantages tarifaires importants. Dans le secteur public, la gynécologie est particulièrement pénalisée.
- [9] La neutralité tarifaire est parfois modulée pour produire des effets incitatifs (pénalisation des césariennes par rapport aux accouchements ; sur-tarifcation de la chirurgie ambulatoire et pénalisation de l'hospitalisation complète). Cette utilisation de l'outil tarifaire comporte des effets pervers (effets d'aubaine, pénalisation d'activités pertinentes). De plus les signaux tarifaires sont difficilement lisibles par les établissements. La convergence, ciblée sur certains GHM, vers les tarifs du secteur privé, est contradictoire avec la neutralité tarifaire dans le secteur public. En outre, les tarifs du secteur privé pris comme référence sont eux-mêmes biaisés tant pour la rémunération des cliniques que pour celle des actes médicaux.
- [10] Ces distorsions ne font pas l'objet de principes clairs affichés préalablement aux campagnes ni d'une documentation précise et publique de leurs effets.
- [11] **Concernant la tarification des actes techniques des praticiens libéraux**, la construction de la CCAM a reposé sur une hiérarchisation du travail médical à dire d'experts et sur une estimation des coûts de la pratique. Elle a mis en lumière des écarts importants entre les tarifs cibles, résultant de la nouvelle grille ainsi élaborée, et la rémunération antérieure des actes. Un processus de convergence progressive des tarifs historiques vers les tarifs cibles devait être mené, mais il a d'emblée échoué sur le refus des syndicats médicaux d'entériner des « pertes » sur les actes historiquement « surtarifés ».
- [12] Faute de marges de manœuvre financières permettant d'aligner tous les tarifs sur les plus favorables, le processus de convergence n'a permis qu'une revalorisation partielle des actes qui devaient bénéficier de la nouvelle tarification. Quelques baisses tarifaires ont pu intervenir, mais au total, les écarts à la cible de 2005 demeurent importants, plus importants que ceux constatés pour les établissements de santé.
- [13] Toutefois, la cible elle-même est devenue obsolète. Le blocage du processus de convergence financière s'est en effet accompagné du renoncement à maintenir régulièrement les données fondant la hiérarchisation des tarifs : ni l'évaluation du travail médical, ni l'estimation des coûts de la pratique n'ont été actualisées alors que des évolutions sont nécessairement intervenues d'une part et que des limites méthodologiques d'emblée identifiées appelaient des affinements continus d'autre part.
- [14] L'assurance maladie gère donc les évolutions tarifaires en se référant à la CCAM mais aussi au niveau des revenus par spécialité. La connaissance de ces revenus est toutefois elle-même imparfaite.
- [15] Un autre effet du remisage de la CCAM est le caractère peu fluide de l'introduction d'actes nouveaux. La qualité descriptive de la CCAM, qui est aujourd'hui son principal intérêt, en est altérée. Cette question provoque de vives tensions avec les sociétés savantes et les fédérations.

- [16] Malgré les vicissitudes de la CCAM technique, le projet d'étendre une telle classification fine pour **la tarification des actes cliniques** est repris dans la dernière convention médicale (projet de CCAM clinique). Le rapport constate que la tarification à l'acte en vigueur comporte des éléments de différenciation des actes cliniques même si, au global, elle reste relativement indifférenciée. Les effets pervers de cette indifférenciation restent toutefois limités. Un ajustement du tarif à l'effort des médecins apparaît bien plus délicat pour les actes cliniques qu'il ne l'est pour les actes techniques. Différencier les consultations expose à des risques significatifs : lourdeur du processus de codage et de documentation des actes, imprécision des définitions et risque de glissement inflationniste. Par ailleurs, cette différenciation présente un coût initial significatif alors même que les marges de manœuvre sont incontestablement limitées et qu'il convient d'arbitrer leur affectation entre les trois "piliers" de la rémunération (paiement à l'acte, paiement au forfait, paiement sur objectif de santé publique).
- [17] **La tarification des actes et consultations externes** réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. Rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous rémunérée. Dans l'enveloppe fermée des financements hospitaliers, cela est sans impact sur les ressources totales allouées aux hôpitaux, mais pénalise les établissements qui ont une importante activité externe par rapport aux autres.
- \*  
\* \*
- [18] Dans le domaine de la tarification hospitalière, le rapport recommande une affirmation plus forte et plus claire du principe de neutralité tarifaire. Les aménagements éventuels à ce principe doivent être justifiés, leurs modalités et impacts précis doivent être publics. Les processus de convergence transitoire doivent avoir une échéance claire. Des accompagnements financiers éventuels, en tout état de cause limités et justifiés, doivent de préférence être conçus hors des tarifs, par exemple à travers une contractualisation locale (ARS-établissement). Cela plaide aussi pour que les actes et consultations externes des établissements soient intégrés dans cette logique de neutralité des tarifs par rapport aux coûts.
- [19] Concernant la CCAM technique, le rapport recommande que la maintenance de la nomenclature (les libellés des actes) soit confiée à une instance autonome, distincte de la CNAM, pour garantir une meilleure prise en compte des innovations.
- [20] L'enjeu tarifant de cet outil pour les praticiens libéraux est quant à lui entre les mains des partenaires conventionnels. L'accord des représentants des spécialités médicales sur les méthodes d'une part, l'indépendance scientifique de l'instance à qui seraient confiés les travaux d'actualisation de l'évaluation du travail médical et des coûts de la pratique, d'autre part, constituent sans doute une condition nécessaire à une « relance » de la CCAM technique. Elle n'est pas suffisante : investir dans ce processus n'a de sens que si un engagement des syndicats médicaux et de l'assurance-maladie permet d'envisager une gestion des tarifs où la convergence vers des tarifs cibles s'effectue vers le haut mais aussi vers le bas et où la négociation conventionnelle aurait pour seul enjeu le niveau général de rémunération du travail médical.
- [21] En tout état de cause, l'amélioration de la connaissance des revenus des médecins libéraux devrait constituer une priorité d'investissement des services statistiques de l'Etat, afin de pouvoir cerner plus précisément ceux des médecins de secteur 1 ayant une activité standard.
- [22] Enfin, concernant la CCAM clinique, le rapport recommande de poursuivre dans la voie déjà empruntée par la convention et de définir, lorsque cela est évidemment nécessaire, des consultations spécifiques. Cette démarche permet de maîtriser les risques financiers et de reconnaître certaines situations où un effort particulier est exigé du médecin.



# Sommaire

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>PARTIE 1 : LA TARIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS</b> .....	<b>13</b>
1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PRESENT RAPPORT .....	15
1.1. <i>La T2A depuis son introduction en 2004</i> .....	15
1.2. <i>La comparaison entre le niveau global des tarifs et le niveau global des coûts est délicate..</i> .....	16
1.3. <i>La T2A comme mode d'allocation des ressources entre producteurs de soins hospitaliers</i> 18	
2 DEUX PRINCIPES EN CONTRADICTION : NEUTRALITE TARIFAIRE ET MAINTIEN DES RESSOURCES HISTORIQUES DES ETABLISSEMENTS .....	19
2.1. <i>Les principes d'articulation entre échelle des coûts et échelle des tarifs (2009-2011)</i> .....	19
2.1.1. Jusqu'en 2010 : l'échelle de coûts comme point de départ et une suite de modulations pour arriver aux tarifs de campagne .....	19
2.1.2. À partir de 2011 : les tarifs de l'année précédente comme point de départ et des ajustements limités pour tenir compte de la hiérarchie des coûts.....	20
2.2. <i>Un conflit entre deux logiques</i> .....	20
2.2.1. La méthode n'est pas explicitée <i>a priori</i> ni documentée <i>a posteriori</i> .....	21
2.2.2. Un processus opaque qui ménage les « rentes » de certains acteurs au détriment des autres. ....	22
3 LES RESULTATS : DES ECARTS IMPORTANTS PAR RAPPORT A LA NEUTRALITE TARIFAIRE .....	23
3.1. <i>Les écarts à la neutralité tarifaire portent sur plus d'un milliard d'euros et ne diminuent pas</i> .....	23
3.2. <i>Même en raisonnant à des niveaux très agrégés, l'ampleur des distorsions n'est pas marginale</i> .....	24
3.3. <i>Les pénalisations relatives peuvent être lourdes pour certaines activités, comme les avantages relatifs importants pour d'autres</i> .....	24
3.3.1. Dans le secteur public, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) est particulièrement pénalisée .....	27
3.3.2. Dans le secteur privé, les séances et l'opération de la cataracte sont très avantageées .. .....	27
3.4. <i>Les distorsions tarifaires organisent-elles un partage d'activité entre secteurs public et privé ou pénalisent-elles systématiquement certaines activités ?</i> .....	28
3.5. <i>Les modulations visant à limiter les réallocations de ressources historiques dominant, même si la convergence public/privé s'accroît</i> .....	29
4 ANALYSE CRITIQUE DES DISTORSIONS .....	32
4.1. <i>Les modulations dites « de santé publique »</i> .....	32
4.1.1. Des considérations plus étroitement financières que sanitaires .....	32

4.1.2. Des effets parfois paradoxaux.....	33
4.1.3. Un outil inadapté à la régulation de la pertinence des actes.....	34
4.2. <i>Les modulations incitatives à la prise en charge ambulatoire</i> .....	34
4.3. <i>Le lissage des effets revenus</i> .....	37
4.4. <i>La convergence public/privé</i> .....	39
4.5. <i>Les limites de la neutralité tarifaire et les modalités de traitement possible</i> .....	41
4.5.1. Neutralité tarifaire et limites de l'échelle nationale des couts.....	42
4.5.2. Neutralité et évolution des prises en charge.....	43
5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	45
5.1. <i>L'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A</i> .....	45
5.2. <i>La mission préconise de poser la neutralité tarifaire comme principe central, les écarts à ce principe devant reposer sur éléments objectifs</i> .....	47
5.3. <i>L'objectivation des financements doit devenir une priorité plus large confiée à l'ATIH ...</i>	48
5.4. <i>La position d'expertise de l'ATIH doit être renforcée</i> .....	49
<b>PARTIE 2 - LA TARIFICATION DES ACTES TECHNIQUES.....</b>	<b>51</b>
1. OBJECTIFS, METHODOLOGIE, MISE EN PLACE INITIALE.....	53
1.1. <i>Objectifs</i> .....	53
1.2. <i>Méthodologie</i> .....	55
1.3. <i>Histoire de la mise en place initiale de la CCAM</i> .....	56
2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LES ÉVOLUTIONS TARIFAIRES.....	58
2.1. <i>Histoire des étapes de la "convergence" vers les tarifs cibles</i> .....	58
2.1.1. La première phase.....	58
2.1.2. La deuxième phase.....	59
2.1.3. Les mesures d'ajustement.....	60
2.2. <i>Les écarts persistants par rapport à la cible</i> .....	60
2.3. <i>Les raisons de la non convergence</i> .....	62
3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LA MAINTENANCE DE LA CLASSIFICATION ET DE LA HIERARCHISATION DES ACTES.....	62
3.1. <i>L'absence de maintenance du socle de la CCAM</i> .....	63
3.2. <i>Une procédure d'inscription des actes nouveaux contestée</i> .....	64
3.3. <i>Les raisons de la non maintenance</i> .....	65
4. LES REVENUS PAR SPECIALITE.....	66
5. LES SCENARIOS D'ÉVOLUTION.....	70
5.1. <i>Les scénarios</i> .....	70
5.1.1. Le prolongement de la tendance.....	71
5.1.2. Refondation de la CCAM.....	71
5.1.3. Refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée.....	73
5.2. <i>Mérites et limites de chacun des scénarios</i> .....	74
5.2.1. Un scénario 3 irréaliste.....	74
5.2.2. Mérites et limites des scénarios 1 et 2.....	75
6. LES RECOMMANDATIONS.....	77

<b>PARTIE 3 - LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES .....</b>	<b>79</b>
1. LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES AUJOURD’HUI.....	80
2. DUREE ET INTENSITE DES ACTIVITES CLINIQUES .....	82
2.1. <i>Pour les généralistes</i> .....	82
2.2. <i>Selon les spécialités</i> .....	83
3. LOGIQUE ET LIMITES DU MODE DE TARIFICATION ACTUEL.....	84
3.1. <i>Logique du mode de tarification actuel</i> .....	84
3.2. <i>Les limites du mode de tarification actuel</i> .....	86
3.2.1. <i>La rémunération des seules activités en face à face</i> .....	87
3.2.2. <i>La fragmentation des actes</i> .....	87
3.2.3. <i>Un obstacle à la délégation des actes</i> .....	88
3.2.4. <i>Un obstacle à "l'accompagnement" des patients</i> .....	89
3.2.5. <i>Une rémunération inéquitable</i> .....	90
4. LES MODALITES DE DIFFERENCIATION DE LA REMUNERATION DES ACTES CLINIQUES .....	92
4.1. <i>Une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique</i> .....	92
4.1.1. <i>Description du système américain</i> .....	92
4.1.2. <i>Les leçons du système américain</i> .....	93
4.2. <i>Une distinction entre trois niveaux de consultations</i> .....	95
4.2.1. <i>Description du dispositif québécois</i> .....	95
4.2.2. <i>Les questions posées par une différenciation en quelques niveaux</i> .....	96
4.3. <i>L'extension progressive de tarifications spécifiques</i> .....	98
5. RECOMMANDATIONS.....	99
5.1. <i>Les souhaits de médecins</i> .....	99
5.2. <i>Conclusion</i> .....	100
<b>PARTIE 4 - LA TARIFICATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES A L'HOPITAL .....</b>	<b>101</b>
1. LE PROBLEME.....	102
1.1. <i>Des tarifs qui n'ont aucune raison de correspondre aux coûts hospitaliers</i> .....	102
1.2. <i>Une activité sous financée</i> .....	103
2. LES ENJEUX .....	104
2.1. <i>L'enjeu global sur les ressources des établissements de santé</i> .....	104
2.2. <i>Les enjeux microéconomiques</i> .....	104
3. LES SCENARIOS .....	105
3.1. <i>La recherche d'un compromis entre logique hospitalière et libérale</i> .....	105
3.2. <i>Une rémunération des ACE indépendante des tarifs ambulatoires</i> .....	106
3.3. <i>Le scénario du statu quo</i> .....	106
4. RECOMMANDATIONS .....	107
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>109</b>
<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>111</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....</b>	<b>113</b>

**SIGLES UTILISES ..... 115**

## Introduction

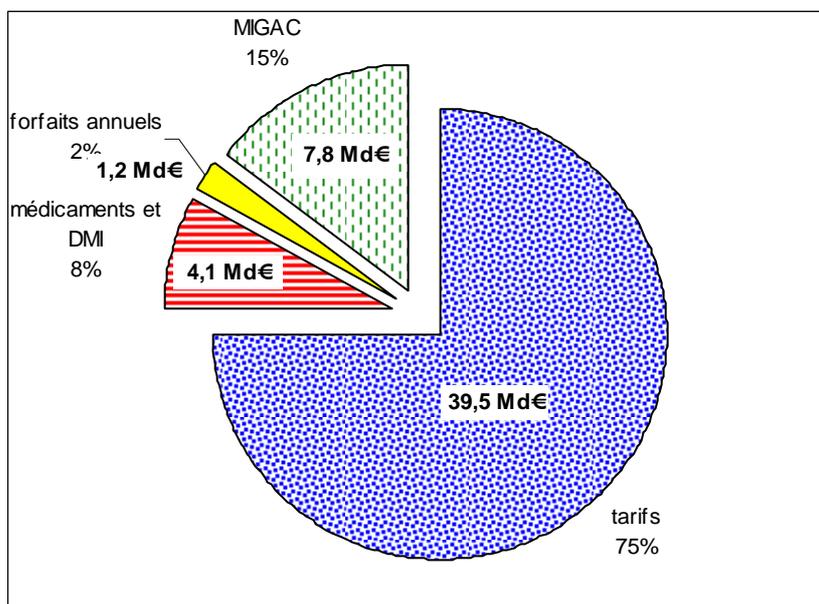
- [1] Par lettre de mission du 12 septembre 2011, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat ont confié à l'IGAS et à l'IGF une mission sur les mécanismes de financement que constituent la T2A et la CCAM (cf. lettre de mission en fin de rapport).
- [2] Dans ce cadre, l'IGAS s'est concentrée sur une analyse de ces deux outils de tarification comme vecteurs d'allocation des ressources entre les établissements de santé d'une part, entre les médecins d'autre part.
- [3] Le rapport est scindé en quatre parties pouvant être lues de manière relativement indépendantes :
- la partie 1 traite de la tarification des séjours hospitaliers et concerne les ressources allouées, par le canal des tarifs, aux établissements de santé, publics et privés, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO, auquel s'applique la tarification à l'activité - T2A) ;
  - la partie 2 traite de la tarification des actes techniques à travers la classification commune des actes médicaux (CCAM), pour l'activité exercée par les médecins à titre libéral que ce soit en cabinet ou en établissement de santé ;
  - la partie 3 traite de la tarification des actes cliniques, dans le contexte du projet de CCAM clinique consistant à développer une nomenclature fine, sur le modèle de la CCAM technique, dédiée aux actes cliniques (consultations, visites) ;
  - la partie 4 traite de la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital, qui sont actuellement rémunérés sur la base des tarifs du secteur libéral.
- [4] Le rapport est présenté en deux tomes, le second présentant les annexes et pièces jointes. Certaines analyses détaillées ne sont présentées qu'en annexe, le corps du rapport n'en reprenant que des constats synthétiques à l'appui des arguments développés.
- [5] De nombreuses analyses chiffrées produites pour ce rapport n'ont été rendues possibles que par un travail préalable de l'ATIH de mise en forme des données et de documentation des traitements effectués. La mission tient à remercier l'ATIH pour ce travail et pour sa disponibilité malgré la charge représentée concomitamment à la préparation de la campagne tarifaire 2012.



## **Partie 1 : la tarification des séjours hospitaliers**

- [6] Cette partie est consacrée à la tarification des séjours et des prises en charge en ambulatoire des établissements de santé en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).
- [7] Les ressources des établissements de santé proviennent de l'assurance maladie ainsi que de facturations aux patients, facturations qui peuvent être prises en charge par leurs assureurs complémentaires (ticket modérateur, forfait journalier ...). D'après les comptes nationaux de la santé, la sécurité sociale couvre 91% des dépenses de soins hospitaliers<sup>1</sup>.
- [8] Le financement par l'assurance maladie des établissements de santé fait l'objet de deux sous-objectifs de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté annuellement par le Parlement. L'un concerne spécifiquement les établissements de santé tarifés à l'activité soit les établissements qui assurent des soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)<sup>2</sup>. L'autre porte sur les établissements psychiatriques et de soins de suite et réadaptation (SSR) qui demeurent financés par dotation globale. La pièce jointe 1-b relative à la campagne 2010 présente l'arborescence de la construction de l'ONDAM concernant les établissements de santé.
- [9] Seules les dépenses du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité et, en leur sein, les dépenses relatives aux tarifs des soins hospitaliers font l'objet de la présente partie. Ces dépenses constituent aujourd'hui les  $\frac{3}{4}$  des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé publics et privés dans le secteur MCO. En 2010, ils ont représenté 39,5 Md€, dont 31,3 Md€ pour le secteur public (79%) et 8,3 Md€ pour le secteur privé (21%). Elles englobent aussi la rémunération des actes et consultations externes qui ne sont pas traités ici, mais dans la partie 4.

Graphique 1 : Décomposition des dépenses de 2010 de l'assurance maladie - sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité



Source : ATIH / DGOS

<sup>1</sup> Par convention, les déficits des établissements sont considérés comme couverts par la sécurité sociale dans les comptes nationaux de la santé.

<sup>2</sup> Une grande partie de l'activité de soins (MCO) réalisée par les cliniques privées se traduit toutefois par une rémunération directe des praticiens, sous forme d'honoraires dont la part payée par l'assurance maladie figure dans un autre sous-objectif de l'ONDAM, celui relatif aux soins de ville dans lequel sont retracés tous les versements de l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. L'ONDAM est au total décomposé en 6 sous-objectifs votés par le Parlement : soins de ville / établissements de santé tarifés à l'activité / autres dépenses relatives aux établissements de santé / personnes âgées / personnes handicapées / autres prises en charge.

- [10] Les autres financements sont constitués des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation), du financement des médicaments et dispositifs médicaux implantables dont le coût n'est pas intégré aux tarifs<sup>3</sup> et de forfaits rémunérant spécifiquement certains éléments de l'activité hospitalière (urgences ...).
- [11] Après avoir brièvement décrit l'évolution de la T2A depuis 2004 et l'enjeu que représente la neutralité tarifaire (1), nous décrirons la tension à l'œuvre entre ce principe de neutralité tarifaire et le souci de stabilité des ressources historiques des établissements (2), présenterons l'ampleur et les impacts des distorsions existantes par rapport à la neutralité tarifaire (3), discuterons de la pertinence de ces distorsions (4) avant de conclure par des recommandations (5).

## 1 CONTEXTE ET ENJEUX DU PRESENT RAPPORT

### 1.1. *La T2A depuis son introduction en 2004*

- [12] Le mode de financement actuel résulte de l'introduction en 2004 de la tarification à l'activité (T2A), pour le financement des activités de MCO des établissements de santé.
- [13] Dans le secteur public<sup>4</sup>, la part « activité » de la T2A s'est substituée en partie (puisqu'elle ne concerne pas les MIGAC financées par dotation) et par étape (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% à partir de 2008 pour la part « activité » du MCO) au financement par dotation globale. Ce mode de financement comportait en effet des limites fortes auxquelles la T2A devait remédier : la dotation globale ne tenait pas compte, sauf à la marge, de l'évolution du niveau et de la structure de l'activité des établissements ; elle offrait ainsi une rente aux établissements dont l'activité était en déclin relatif et au contraire entravait le bon fonctionnement des établissements dont l'activité était fortement croissante.
- [14] La T2A s'est appliquée aux cliniques privées en 2005 : elle n'a pas représenté dans ce secteur une rupture aussi forte que dans le secteur public dans la mesure où le système de rémunération antérieur (forfaits liés aux activités) introduisait déjà un lien entre rémunération et activité. Elle constituait une amélioration par rapport au caractère fruste des forfaits fixés par négociation et déconnectés des réalités économiques du fonctionnement des cliniques.
- [15] Ce bouleversement du mode de financement des hôpitaux publics et des cliniques privés a été rendu possible, techniquement, par :
- le recours à une **nomenclature des prestations**, décrivant l'activité hospitalière par groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent<sup>5</sup> des groupes homogènes de séjour (GHS). Ce sont ces GHS qui font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie sur la base des tarifs associés à chacun d'entre eux. Cette nomenclature des prestations hospitalières a été régulièrement actualisée. Sa version la plus récente (dite « V11 »), utilisée à partir de la campagne tarifaire 2009, a constitué un changement majeur, puisque le nombre de GHM/GHS a été à cette occasion multiplié par 3 (passage d'environ 800 GHS à environ 2 400 GHS) : l'apport de cette « V11 » a en effet été de distinguer différents niveaux de sévérité pour chaque GHM/GHS de manière à décrire plus finement l'activité et à ne pas pénaliser les établissements prenant en charge une proportion plus importante de cas lourds ;

<sup>3</sup> La règle générale est celle de l'intégration du coût des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des patients dans le tarif des séjours, mais il y a des dérogations pour les médicaments et dispositifs coûteux dont l'utilisation est hétérogène selon les séjours d'un même GHS.

<sup>4</sup> Dénomination large regroupant les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH, dénommés établissements de santé privés d'intérêt collectif –ESPIC– depuis la loi «Hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) de 2009)

<sup>5</sup> En général à l'identique (1 GHM = 1 GHS) mais avec quelques exceptions : certains GHM peuvent donner lieu à plusieurs GHS pour tenir compte de techniques médicales très différentes par exemple.

• le recours à une **échelle de coûts** permettant de hiérarchiser les différentes prestations. Ce référentiel de coût est basé sur un échantillon d'établissements volontaires dont la qualité de la comptabilité analytique est soumise à une supervision étroite de la part de l'ATIH. Les données de l'année n servent de référentiel pour l'année n+2 ou n+3 compte tenu des délais de recueil et de traitement. Depuis 2008 (sur la base des données de 2006), ce référentiel est établi à partir d'une méthodologie commune pour les établissements publics<sup>6</sup> et privés lucratifs à travers « l'Echelle Nationale de Coûts à méthodologie Commune » (ENCC). L'outil antérieur ne couvrait que l'hôpital public (les tarifs applicables aux cliniques étaient construits sur la base des forfaits en vigueur dans le système antérieur).

### ***1.2. La comparaison entre le niveau global des tarifs et le niveau global des coûts est délicate***

- [16] La T2A ne détermine pas directement le niveau des tarifs des GHS. Le niveau général des tarifs dépend des ressources affectées aux établissements de santé. Ce sont les arbitrages effectués dans le cadre de la fixation de l'ONDAM qui déterminent le niveau global de ces ressources.
- [17] Les taux d'évolution de l'ONDAM et de ses sous-objectifs résultent d'arbitrages politiques entre la contrainte globale pesant sur les finances publiques, le degré de pression budgétaire que les acteurs paraissent prêts à supporter, un souci de répartition équilibrée (facialement du moins) entre les différentes parties prenantes (offreurs de soins de ville, de soins hospitaliers, patients, industrie pharmaceutique...). L'ONDAM, à son tour, conditionne le niveau général des tarifs et son évolution.
- [18] **Le niveau global des ressources allouées aux établissements de santé par le canal des tarifs T2A est donc exogène à cet outil tarifaire.**
- [19] Les tarifs T2A sont de fait la variable d'ajustement finale. La démarche est, en simplifiant, la suivante. A partir de l'ONDAM, on isole les ressources destinées à certaines dépenses (MIGAC, DMI, forfaits...). Sur la base de l'enveloppe résiduelle l'hypothèse de progression des volumes détermine la marge disponible pour d'éventuelles évolutions tarifaires<sup>7</sup>. De fait, les établissements de santé font l'objet d'une régulation prix-volume : dans le cadre d'une enveloppe définie de manière exogène, les évolutions passées et projetées des volumes déterminent les tarifs.
- [20] Il n'y a donc pas de lien mécanique entre le rythme d'évolution globale des coûts et le rythme d'évolution globale des tarifs. Le présent rapport ne cherche donc pas à comparer les évolutions respectives des coûts et des tarifs, puisque le dispositif T2A n'est pas fondé sur l'idée que les tarifs doivent correspondre aux coûts.
- [21] Comme cette question du rapport global entre niveau des coûts et niveau des tarifs soulève de nombreuses interrogations, la mission a tenté d'illustrer ce que les données de l'ATIH permettent d'en dire. **Une telle analyse ne peut toutefois être effectuée directement à partir des données de coûts complets publiées sur le site de l'ATIH**, puisque les tarifs ne couvrent qu'une partie de ces coûts complets, le reste étant financé par d'autres canaux.

---

<sup>6</sup> Par publics, il faut entendre les établissements publics stricto sensu et les établissements privés à but non lucratif rémunérés antérieurement par dotations globale (ex DG).

<sup>7</sup> Concrètement, le niveau de progression de l'ONDAM global dont se déduit l'ONDAM hospitalier a été arbitré en 2009 pour les trois années suivantes à respectivement 3%, 2,9% et 2,8%. Cet arbitrage n'a pas été remis en cause à la suite de la hausse de volumes constatée à l'hôpital depuis lors, les tarifs sont de fait la variable d'ajustement.

- [22] La mission a demandé à l'ATIH de retraiter ces coûts complets pour les ramener sur un périmètre le plus comparable possible à celui des tarifs, en retirant les charges non financées *via* le tarif des GHS<sup>8</sup>. L'ATIH signale toutefois que des écarts de périmètres restent irréductibles : les coûts intègrent un certain nombre de charges (coûts des chambres particulières par exemple) que les tarifs n'intègrent pas et les tarifs intègrent notamment la rémunération d'une partie de la structure que les coûts au champ tarifaire n'intègrent pas. Ces différences de périmètres n'ont pu être neutralisées. Enfin, les données de coûts retracent le niveau atteint en 2009, tandis que les tarifs sont ceux pratiqués en 2011.
- [23] Les données fournies par l'ATIH, qui présentent donc toutes ces limites, permettent les constats suivants :
- dans le secteur public (ex-DG), le montant total des coûts moyens des GHS, ajusté au périmètre tarifaire de la campagne 2011, est inférieur de 21% au montant total des coûts complets moyens qui figurent sur le site de l'ATIH. Cet écart s'explique intégralement par l'opération technique que constitue le passage du périmètre des coûts complets au périmètre des tarifs. Après prise en compte de cette opération, le montant total des tarifs de la campagne 2011 se situe à un niveau identique au montant total des coûts 2009 ajustés (sous réserve des limites susmentionnées) au périmètre tarifaire ;
  - dans le secteur privé (ex-OQN), le montant total des coûts moyens des GHS, ajusté au périmètre tarifaire de la campagne 2011, est inférieur de 42% au montant total des coûts complets moyens qui figurent sur le site de l'ATIH. Cet écart s'explique intégralement par l'opération technique que constitue le passage du périmètre des coûts complets au périmètre des tarifs. Il est beaucoup plus important que dans le secteur public, essentiellement parce qu'il couvre les honoraires des praticiens libéraux intervenant dans les cliniques<sup>9</sup>. Après prise en compte de cette opération, le montant total des tarifs de la campagne 2011 se situe 5,2% au dessus du niveau du montant total des coûts moyens 2009 ajustés (sous réserve des limites susmentionnées) au périmètre tarifaire.
- [24] Au total, l'essentiel des écarts faciaux entre les tarifs de campagne et les données de coûts complets par GHS publiés sur le site de l'ATIH s'expliquent par des questions de périmètre, purement techniques. Il est difficile d'affiner le constat :
- la différence d'écart résiduel, observée entre les deux secteurs, peut être liée aux écarts de périmètres entre coûts et tarifs qui n'ont pu être neutralisés dans cette analyse. Le poids de ces écarts de périmètre étant différent d'un secteur à l'autre, l'impact n'est donc pas identique ;
  - on ne dispose pas ici d'estimation des coûts de l'année de la campagne (2011 en l'occurrence). Si on ignore la précédente limite, cela permet simplement de dire, concernant le secteur public, que pour stabiliser la marge globale sur les tarifs, il faut que les gains de productivité entre 2009 et 2011 compensent l'évolution sur la même période les facteurs d'inflation des coûts.
- [25] La mission n'est donc pas en mesure d'établir un lien entre le niveau des tarifs et la situation financière des établissements de santé. L'objet de la suite du rapport est en revanche d'insister sur le fait que certains déficits ou excédents d'établissements peuvent être liés aux distorsions tarifaires, au sein de l'enveloppe financière globale.

---

<sup>8</sup> cf. pièce jointe 1-a pour les précisions méthodologiques. Pour valoriser les coûts moyens et les tarifs de chaque GHS, on utilise les volumes de l'année 2010 (la dernière pour laquelle ils sont connus de façon définitive). Au final, on compare les données de coûts ramenées sur un périmètre le plus proche possible de celui des tarifs, après prise en compte du transferts de dépenses au titre de la précarité et de la permanence des soins vers les MIG, avec les données tarifaires proprement dites.

<sup>9</sup> Dans le secteur public, le personnel médical est salarié et son coût entre donc dans la composition des coûts des GHS. Dans le secteur privé, le personnel médical est rémunéré à part, par les honoraires qui n'entrent pas dans la composition des coûts des GHS.

### 1.3. La T2A comme mode d'allocation des ressources entre producteurs de soins hospitaliers

- [26] La fonction première de la T2A est donc, non de déterminer le niveau global des ressources allouées aux établissements de santé, mais d'offrir une clé de répartition de ces ressources. Cette clé de répartition est fondée sur l'idée que les tarifs doivent reproduire la hiérarchie des prises en charge en termes de coût moyen de production. Cette cohérence entre la hiérarchie des coûts moyens et la hiérarchie des tarifs garantit la neutralité tarifaire.
- [27] **Ce principe de neutralité de la grille tarifaire** par rapport à la hiérarchie des coûts moyens mérite d'être respecté pour plusieurs raisons :
- pour assurer l'absence de biais sanitaire. La tarification ne devrait pas conduire à privilégier telle ou telle prestation (en y associant une « rente ») ou à pénaliser telle ou telle autre (qui ne pourrait être produite qu'à perte). Faute d'une telle neutralité, des biais de prise en charge peuvent apparaître, avec des impacts sanitaires négatifs.
  - pour fonder la légitimité de la T2A et du mode de financement des établissements de santé. Pour l'affectation des ressources aux établissements, la mise en place de la T2A a consisté à substituer une règle explicite aux négociations et aux rapports de force complexes, qui dans le cadre du budget global, présidaient aux décisions sur les budgets hospitaliers. Le respect de la règle, la transparence de son application sont essentielles pour asseoir la légitimité de ce mode de financement. Il est clair que cette légitimité n'est pas acquise aujourd'hui puisqu'il est commun d'entendre qu'il y aurait des « malades rentable » et des « malades non rentables ». L'enjeu de la neutralité tarifaire est d'éviter, autant que faire se peut, que de telles affirmations, choquantes au plan de l'éthique, puissent être proférées...
  - pour permettre à chacun des établissements de santé une identification claire de son efficacité relative selon les activités. Cette identification doit inciter chaque établissement à ajuster ses coûts prioritairement là où les tarifs les couvrent le moins bien ou à cesser les activités pour lesquels il n'est pas efficace. La qualité du signal microéconomique envoyé par la tarification est donc nécessaire aux progrès d'efficacité. La mission ne surestime par la lisibilité des signaux tarifaires et la capacité des établissements à en tirer rapidement des conclusions sur leur organisation, surtout dans le contexte d'instabilité qui a prévalu depuis le lancement de la T2A. Néanmoins, on peut penser qu'un cadre clair, basé sur des principes simples et constants, permettrait aux établissements de s'approprier progressivement ces signaux à l'avenir ;
  - pour éviter de mettre en difficulté financière un établissement, - voire conduire à sa disparition, hypothèse improbable dans le public mais plausible dans le privé -, alors qu'il est de fait efficace. Car même si les signaux tarifaires ne sont pas bien lus par les établissements, ils s'imposent à eux. Si certains GHS sont sous tarifés par rapport à d'autres, les établissements qui réalisent préférentiellement ces GHS sont fragilisés. Dans le cadre d'une enveloppe fermée, avantager tel ou tel GHS conduit nécessairement à en pénaliser d'autres : créer ou maintenir une rente pour tel ou tel établissement, c'est prendre le risque d'en fragiliser un autre.
- [28] **La mise en œuvre de ce principe de neutralité tarifaire suppose que l'on dispose d'une échelle de coûts fiable.** C'est l'objet de l'étude nationale de coûts menée annuellement par l'ATIH auprès d'un échantillon d'établissements de santé publics et privés. Pour les analyses présentées dans le cadre de ce rapport, il est fait l'hypothèse que l'échelle de coûts qu'en dégage l'ATIH constitue un outil opérationnel et accepté par les différentes parties prenantes. Elle n'est pas, pour autant, parfaite. Ces limites appellent deux types de réponses (cf. *infra* partie 4.5.) : d'une part, un processus continu d'amélioration méthodologique de cet outil, ou de la classification des séjours associée ; d'autre part, sur certains aspects documentés, elles peuvent conduire à des mesures financières ciblées. En tout état de cause, les limites de l'échelle de coûts ne peuvent servir de prétexte à des distorsions tarifaires arbitraires.

- [29] Depuis la mise en place de la T2A, le principe de neutralité tarifaire a été entamé par certaines distorsions volontaires de tarifs, soit au nom de priorités de santé publique (cancer par exemple) ou d'objectifs d'organisation des soins (développement de la chirurgie ambulatoire), soit dans le cadre de la politique de convergence tarifaire ciblée entre l'hôpital public et les cliniques privées, soit pour d'autres raisons encore.
- [30] **L'objet de cette partie du présent rapport, consacrée à la T2A, est d'analyser l'ampleur et l'impact de ces distorsions tarifaires et de porter un regard critique sur leur justification : la façon dont les tarifs sont construits répond-elle à l'objectif d'une répartition équitable des ressources allouées par ce canal aux établissements de santé ?**
- [31] La T2A est ainsi abordée dans ce rapport pour ce qu'elle est : un outil d'allocation des ressources entre établissements. La mission ne se prononce pas donc pas sur le niveau des ressources affectées aux établissements de santé. Il faudrait dans cette hypothèse discuter du montant de l'ONDAM et de la manière dont il est déterminé. Tel n'est pas l'objet de ce rapport. Pour autant, il est clair que les problèmes d'allocation sont d'autant plus aigus que la contrainte globale sur les ressources est forte.

## 2 DEUX PRINCIPES EN CONTRADICTION : NEUTRALITE TARIFAIRE ET MAINTIEN DES RESSOURCES HISTORIQUES DES ETABLISSEMENTS

### 2.1. *Les principes d'articulation entre échelle des coûts et échelle des tarifs (2009-2011)*

#### 2.1.1. **Jusqu'en 2010 : l'échelle de coûts comme point de départ et une suite de modulations pour arriver aux tarifs de campagne**

- [32] En 2009 et en 2010, le point de départ du processus d'élaboration des tarifs était la hiérarchie des coûts issue de l'ENCc. Néanmoins, cette référence initiale faisait ensuite l'objet de plusieurs séries de modulations qui conduisaient la grille tarifaire à s'en écarter (cf. pièce jointe 1-b):
- une première série de modulations visait des prestations correspondant à certaines priorités de santé publique (soins palliatifs, cancer, pathologies lourdes, accidents vasculaires cérébraux-AVC). Il s'agissait pour l'essentiel de garantir le maintien des revenus issus des activités correspondantes, par rapport à l'année précédente (cf. annexe 1B). Il s'agissait aussi de favoriser l'évolution des modes de prise en charge : désincitation aux césariennes, incitation à la chirurgie ambulatoire ;
  - une deuxième série de modulations visait à éviter des évolutions brutales de tarifs d'une année sur l'autre. Elle concernait particulièrement les cliniques privées : la campagne 2009 était la première pour laquelle l'administration disposait de données de coûts sur ce secteur. L'étude nationale de coûts a été étendue pour la première fois en 2006 à des cliniques privées. Les données correspondantes, disponibles courant 2008, étaient donc utilisables pour la campagne 2009. Les appliquer telles quelles pour en déduire une grille tarifaire aurait entraîné de fortes évolutions par rapport aux tarifs historiques. Il a donc été décidé de limiter l'ampleur de ce choc. Ce lissage des évolutions tarifaires annuelles a également été appliqué au secteur public ;
  - une troisième série de modulations visait à organiser la convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé. En 2010, ces modulations ont été ciblées sur seulement 35 GHS.

### 2.1.2. A partir de 2011 : les tarifs de l'année précédente comme point de départ et des ajustements limités pour tenir compte de la hiérarchie des coûts

[33] En 2011, le processus a été inversé : ce n'est plus la hiérarchie des coûts qui a servi de point de départ à l'élaboration des tarifs, mais les tarifs de l'année précédente (2010 en l'occurrence). Outre les éventuelles modifications techniques de périmètre (entre tarifs et liste en sus, entre tarifs et MIG, évolution de la classification<sup>10</sup>), diverses modifications tarifaires ont été pratiquées<sup>11</sup> :

- des ajustements, dont la principale justification a été le souci de réduire les écarts jugés trop importants entre les tarifs pratiqués et des tarifs neutres, respectueux de la hiérarchie des coûts. Le point de départ antérieur de la construction tarifaire demeure donc un outil : l'ATIH a en effet produit une étude visant à caractériser les écarts entre les tarifs 2010 et des tarifs neutres. Les résultats de cette étude ont servi à effectuer des ajustements, soit sur la base d'une expertise propre à l'ATIH, soit en réponse à des demandes des fédérations, soit pour affiner les modulations existantes sur les différents thèmes de santé publique (chirurgie ambulatoire, cancer, soins palliatifs) ou en pratiquer de nouvelles (dialyse...)<sup>12</sup> ;

- dans le secteur public, une nouvelle vague de convergence vers les tarifs du secteur privé. Contrairement à 2010 où un nombre limité de GHS avaient été sélectionnés sur des critères médicaux (homogénéité des prises en charge entre le secteur public et le secteur privé), il a été décidé pour 2011 d'étendre fortement le champ de la convergence en choisissant les GHS sur des critères plus statistiques. Au total 190 GHM (193 GHS dont 8 avaient déjà convergé partiellement en 2010) ont été concernés<sup>13</sup>. L'ampleur de la convergence a été moins forte qu'en 2010. En 2011, les taux de convergence appliqués ont été compris entre 10% et 35% alors qu'en 2010, 21 des 35 GHS concernés avaient fait l'objet d'une convergence intégrale (100%).

[34] La dernière étape d'évolution par rapport aux tarifs de 2010 a consisté à appliquer un taux d'évolution aux tarifs de tous les GHS afin que les dépenses totales, sur la base des hypothèses de croissance des volumes, correspondent au montant découlant de l'ONDAM 2011. Ce taux a été de -0,23% pour les GHS du secteur public et de -0,07% pour les GHS du secteur privé.

[35] Le changement de démarche entre 2010 et 2011 témoigne de la primauté accordée à la stabilité tarifaire par rapport au respect de la neutralité tarifaire. Il se traduit notamment par la disparition des tarifs dit « repères », publiés jusqu'en 2010 sur le site de l'ATIH et qui étaient censés indiquer une cible à moyen terme<sup>14</sup>.

## 2.2. Un conflit entre deux logiques

[36] Deux logiques s'affrontent donc dans la détermination des tarifs. D'un côté, la lourde machinerie mise en place pour collecter des données de coûts et bâtir une échelle de coûts laisse penser que la T2A repose sur une rémunération des différentes prestations tenant compte de leur réalité économique. De l'autre côté, les modulations mises en œuvre en 2009/2010 puis l'affichage d'un principe dominant de stabilité des tarifs historiques en 2011 suggèrent au contraire une politique de reconduction dans une certaine mesure des enveloppes financières historiques.

<sup>10</sup> Passage de la V11b à la V11c

<sup>11</sup> Cf. note de l'ATIH en pièce jointe 1-d

<sup>12</sup> Cf. note de l'ATIH en pièce jointe 1-e

<sup>13</sup> Portant à 220 GHS le nombre total de GHS ayant fait l'objet de la convergence en 2010 et en 2011.

<sup>14</sup> Ces tarifs "repères" s'écartaient certes déjà quelque peu de la neutralité tarifaire ; il s'agissait des tarifs après modulations de santé publique, mais avant modulations de lissage des effets revenus et de convergence public/privé.

- [37] Plus de cinq ans après sa mise en œuvre, **la logique de la T2A n'est pas totalement assumée**. En l'absence de neutralité tarifaire en effet, les signaux économiques risquent d'être faussés : la rentabilité plus ou moins grande des activités peut simplement provenir de tarifs fixés sans rapport avec les coûts relatifs et non de la plus ou moins grande efficacité des services ou des établissements ; les déficits constatés au niveau des établissements peuvent être majorés ou minorés par ces distorsions tarifaires ; la signification économique de ces déficits en est relativisée, au risque d'induire des décisions de régulation erronées.
- [38] La contradiction entre ces deux logiques n'est pas davantage assumée dans le discours public. L'accélération du passage vers une T2A à 100% et de la convergence tarifaire intrasectorielle laisse entendre que l'on veut traiter les établissements sur un pied d'égalité au plan économique. Les distorsions par rapport à la neutralité tarifaire sont présentées soit comme des modulations « de santé publique » (mais les justifications économiques et sanitaires de ces modulations ne sont pas documentées), soit pudiquement comme des « contraintes de campagne ».
- [39] Cette contradiction empêche les pouvoirs publics à expliciter de façon transparente et cohérente les fondements de leurs décisions tarifaires.

### 2.2.1. La méthode n'est pas explicitée *a priori* ni documentée *a posteriori*

- [40] L'ATIH publie des données de coûts complets par GHS et des tarifs de campagne. En revanche, les éléments qui permettent de comprendre le passage entre ces deux données ne sont pas publiés.
- [41] Dans les grandes lignes, tel qu'il est décrit plus haut, le processus est présenté aux fédérations à l'occasion de manifestations réunissant les acteurs du monde hospitalier. En revanche, les modalités précises de modulations par rapport à une grille tarifaire neutre ne font l'objet d'une description fine ni de la méthode, ni des résultats :
- les facteurs objectifs justifiant les modulations retenues par rapport à la neutralité tarifaire<sup>15</sup> ;
  - les modalités précises de modulation, et pour chaque modalité, les GHS concernés ; pour chaque GHS et globalement, l'ampleur en pourcentage de l'écart induit par rapport à un tarif neutre ainsi que l'impact financier prévisionnel ;
  - les contreparties des modulations effectuées. Ce point est essentiel, puisque l'on se situe dans une enveloppe financière fermée, tout avantage a une contrepartie. Elle n'est pas rendue apparente aujourd'hui.
- [42] Ces éléments ne sont pas non plus précisément documentés en interne à la DGOS ou à l'ATIH. L'ensemble des données et des notes explicatives de l'ATIH sur lesquelles la mission a travaillé pour simplement décrire les écarts entre tarifs réels et tarifs neutres sont issues de reconstitutions *ex-post* par l'ATIH, effectuées soit spécifiquement à la demande de la mission, soit dans le cadre de la préparation de la campagne suivante.

---

<sup>15</sup> Les principes généraux guidant ses modulations figurent toutefois dans des documents succincts publiés sur le site de l'ATIH, en particulier à propos de la campagne 2009 (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000031FF>). L'objectif du maintien des recettes historiques, ou du moins la modération de leur évolution, y apparaît.

### **2.2.2. Un processus opaque qui ménage les « rentes » de certains acteurs au détriment des autres.**

- [43] Cette absence de documentation précise et systématique des décisions de modulations tarifaires ne signifie pas que le processus soit totalement informel. La DGOS produit des notes de proposition, chiffrées avec différentes options pour l'arbitrage ministériel est attendu. Une version actualisée de ces notes en intégrant les arbitrages finalement rendus pourrait constituer un premier degré de documentation des décisions de campagne, mais un tel document apparemment n'existe pas.
- [44] L'attention du cabinet est attirée non sur la neutralité tarifaire, mais sur les redistributions induites par les évolutions tarifaires. Comme si les établissements de santé attendaient une reconduction de leur enveloppe financière. Comme si la prise en compte de l'évolution de leurs volumes d'activité conduisait à s'écarter déjà suffisamment du système de la dotation globale, dans le secteur public, pour qu'on n'aille pas, de surcroît, tenir compte de l'évolution des coûts relatifs pour ajuster les tarifs en conséquence. Et comme si, pour les cliniques privées, une prise en compte des coûts relatifs, qui se traduirait par des baisses de certains tarifs, mais aussi par des hausses pour d'autres, n'était pas affichable, même en organisant un processus de transition (qui n'est évoqué qu'en filigrane par exemple à propos de l'opération de la cataracte où il est pourtant appliqué). Au total, on craint plus la réaction des perdants même s'ils bénéficient d'une rente relative que l'on ne valorise l'appui apporté aux gagnants potentiels.
- [45] Les positions des fédérations ne semblent pas étrangères à cette attention portée aux redistributions financières d'une année sur l'autre. La fédération UNICANCER représentant les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ne peut qu'être favorable à la pérennisation de distorsions tarifaires bénéficiant globalement aux activités liées au cancer. La FHP s'oppose clairement à tout ajustement à la baisse des tarifs sur les coûts relatifs (et par conséquent, aux ajustements à la hausse mécaniquement induits en contrepartie sur d'autres GHS aujourd'hui pénalisés), en considérant qu'il conviendrait d'abord de relever globalement tous les tarifs pour les faire converger vers ceux du secteur public, jugés plus élevés. La FHF présente une position ambiguë : elle a indiqué à la mission être favorable à la neutralité tarifaire mais n'en fait pas une priorité, par rapport à l'accroissement de la part de modes de financement alternatifs. La FEHAP est la fédération la plus franchement favorable à la neutralité tarifaire : elle considère que les distorsions actuelles reflètent plutôt une politique de « masse tarifaire dédiée » sans fondement sanitaire, visant simplement à ménager l'économie de certains établissements.
- [46] Hormis UNICANCER, dont les établissements sont actuellement bénéficiaires de manière univoque des distorsions tarifaires en faveur du cancer, les autres fédérations regroupent aussi bien des perdants potentiels que des gagnants potentiels à davantage de neutralité tarifaire. Pour que la FHF et la FHP affichent une position plus expressément favorable à la neutralité tarifaire, il faudrait que le poids politique en leur sein des gagnants potentiels l'emporte sur celui des perdants potentiels. Encore faudrait-il également que les distorsions soient transparentes : il peut être difficile de contester des modulations présentées comme des leviers de santé publique sans information sur les justifications détaillées de ces mesures.
- [47] Enfin, le débat sur la neutralité tarifaire est largement occulté par d'autres considérations : la convergence public/privé ou plus largement les soupçons de différences de traitement entre public et privé cristallisent les prises de position de la FHF et de la FHP, les changements de périmètre entre MIG et tarifs sont perçus comme arbitraires, le changement de nomenclature (V11) a entraîné des effets de seuils, les marges d'évolution financière sont de plus en plus contraintes et les tarifs peuvent baisser pour compenser partiellement des hausses de volume... Tous ces éléments alimentent un discours négatif des acteurs sur l'instabilité tarifaire.
- [48] Cette ambiguïté ou hostilité des fédérations à l'égard de la neutralité tarifaire et cette critique de l'instabilité tarifaire expliquent probablement que les pouvoirs publics se préoccupent plus de stabilité que de neutralité tarifaire.

- [49] Par ailleurs, les fédérations sont très mal informées sur les choix tarifaires dont on n'a déjà dit qu'ils n'étaient pas explicités et documentés. Elles sont entendues dans le cadre de réunions de préparation de la campagne, où ce sujet est abordé parmi d'autres. Elles peuvent y faire valoir certaines demandes d'ajustement tarifaire. Les grands principes de construction de la campagne leur sont présentés à cette occasion. Une fois les tarifs arrêtés, d'autres réunions ont lieu pour leur présenter la campagne. Entre ces deux moments, le processus est une « boîte noire » pour les fédérations.
- [50] Au total, l'absence de publication *ex-ante* des principes précis de modulation tarifaire comme l'absence de description publique précise des impacts attendus des décisions prises laisse de la marge à de nombreux ajustements itératifs et opaques.
- [51] Les libertés prises avec la neutralité tarifaire sont-elles justifiées par le fait que les données de coûts relatifs produites par l'ENCc ne seraient pas assez fiables ? Seule UNICANCER a mis en avant des arguments en ce sens : le délai de 3 ans entre données de coûts et campagne tarifaire ne permet pas de prendre correctement en compte les innovations ; l'échantillon utilisé ne comprendrait pas d'établissements utilisant des équipements lourds de radiothérapie, sous-estimant ainsi les coûts d'amortissement ; la lourdeur de certains séjours serait sous-estimée. Pour les autres fédérations, l'outil est considéré comme valable, même s'il est perfectible. Pour la mission, la neutralité tarifaire suppose non des modulations arbitraires, mais que les limites identifiées, notamment le problème posé par le délai entre collecte des données de coût et application de la tarification, soient traitées rigoureusement (cf. infra 4.1.5.).
- [52] Finalement, l'intérêt économique des gagnants potentiels à la neutralité tarifaire n'est pas affirmé fortement, ni par les fédérations, ni par les pouvoirs publics. Comme c'est le cas pour la CCAM, les résistances à la réduction des « rentes » des perdants potentiels sont prises en comptes prioritairement dans le processus de décision.

### **3 LES RESULTATS : DES ECARTS IMPORTANTS PAR RAPPORT A LA NEUTRALITE TARIFAIRE**

- [53] La mission a cherché à mesurer l'ampleur des écarts à la neutralité tarifaire, sur la base des dernières données connues, et également à décomposer ces écarts selon les différents facteurs de distorsions identifiables. Les analyses correspondantes sont présentées en détail dans l'annexe 1A<sup>16</sup>. Les développements qui suivent mettent en exergue les principaux constats.

#### ***3.1. Les écarts à la neutralité tarifaire portent sur plus d'un milliard d'euros et ne diminuent pas***

- [54] Dans le secteur public, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2011 sur un montant un peu inférieur à 1 Md€, à la baisse comme à la hausse<sup>17</sup>. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 7,7% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 6,8% des GHS pénalisés.

---

<sup>16</sup> L'annexe 1A décrit en détail les écarts à la neutralité tarifaire en 2011, avec différents niveaux de détail (par grande catégorie d'activité, par catégorie majeure de diagnostic, par groupe d'activité, par racine de GHM). Elle présente également pour l'année 2010 la décomposition de ces écarts selon les différentes « modulations » opérées par rapport à une grille tarifaire neutre, puis les ajustements opérés en 2011 par rapport aux tarifs 2010.

<sup>17</sup> En 2011, ces écarts sont en effet traités dans les calculs ATIH comme des opérations à somme nulle ; voir partie 4 de l'annexe 1A pour les précisions méthodologiques.

- [55] Dans le secteur privé, les écarts à la neutralité tarifaire portaient en 2011 sur un montant de l'ordre de 0,4Md€ à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 12,9% pour les GHS bénéficiaires, tandis que la sous-tarification relative moyenne était de 10,3% pour les GHS pénalisés. Ces écarts sur les tarifs vont au-delà de ce qui constitue la rentabilité moyenne sur le secteur qui en 2008 se situe à 1,6% de leur chiffre d'affaires dans le secteur MCO.<sup>18</sup>
- [56] L'ampleur des écarts à la neutralité tarifaire est donc plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public. Même si elles ne permettent pas une comparaison parfaite entre 2010 et 2011<sup>19</sup>, les données suggèrent que l'écart à la neutralité tarifaire s'est aggravé dans le secteur public entre 2010 et 2011 et qu'il est globalement resté stable dans le secteur privé. L'accentuation des distorsions tarifaires dans le secteur public s'explique largement par la poursuite de la convergence tarifaire public/privé en 2011. Au total, la convergence porte au bout de deux années sur un peu moins de 400 M€ de ressources des établissements publics.

### ***3.2. Même en raisonnant à des niveaux très agrégés, l'ampleur des distorsions n'est pas marginale***

- [57] Dans le secteur public, la catégorie « médecine » est la principale bénéficiaire des écarts par rapport à la neutralité tarifaire (125M€ pour un avantage tarifaire relatif de 1%), au détriment de la chirurgie, de l'obstétrique enfant et de l'interventionnel. L'obstétrique-enfant est pénalisées de plus de 5% et celle de l'interventionnel de près de 3%, la chirurgie pour moins de 1% (mais cela représente le montant de pénalisation le plus élevé : 50 M€).
- [58] Dans le secteur privé, les constats sont très différents : la médecine est la principale perdante tandis que les séances et l'interventionnel sont favorisés. L'ampleur des écarts est beaucoup plus marquée que dans le secteur public : la pénalisation tarifaire relative de la médecine est proche de 14%, celle de l'obstétrique-mère de plus de 6% tandis que l'avantage tarifaire relatif des séances dépasse 25% et celui de l'interventionnel 5%.

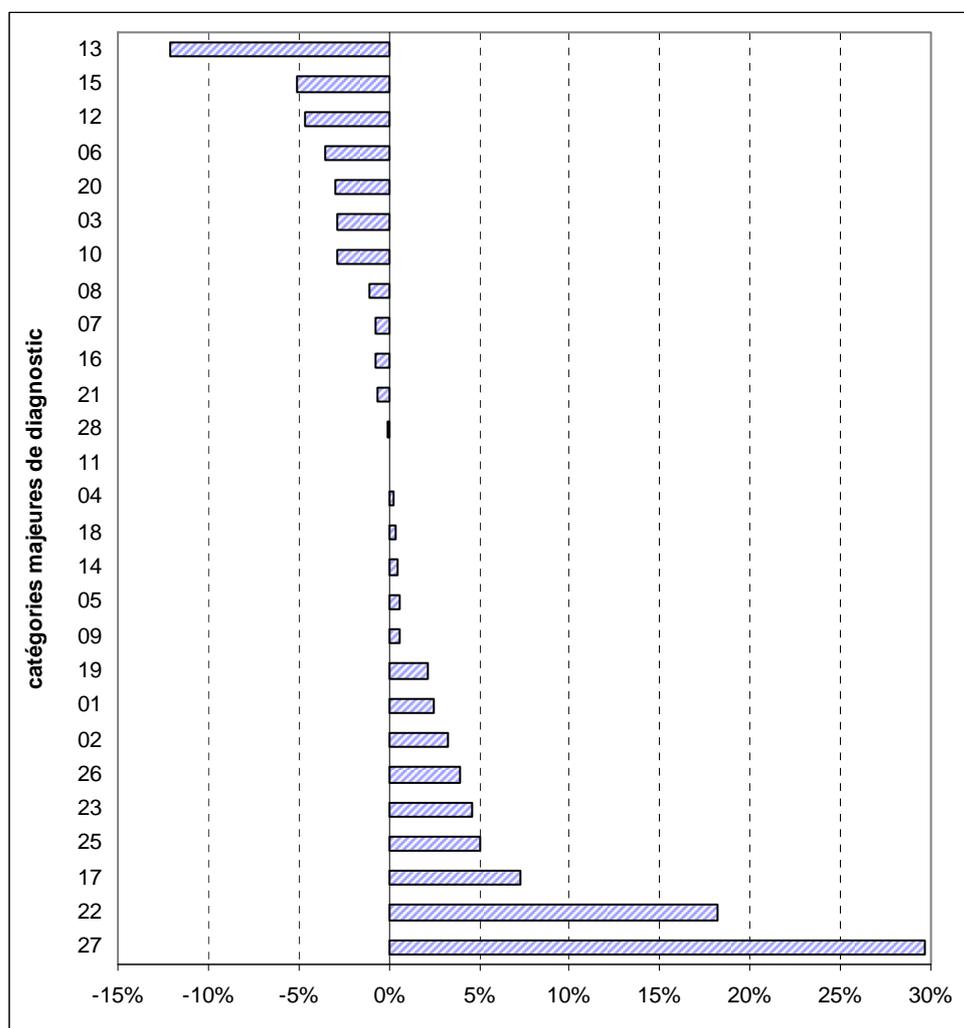
### ***3.3. Les pénalisations relatives peuvent être lourdes pour certaines activités, comme les avantages relatifs importants pour d'autres***

- [59] Les catégories majeures de diagnostic (CMD) constituent une décomposition un peu plus fine de l'activité (il y a 27 CMD). Bien que ce niveau reste très agrégé, il fait apparaître certaines distorsions importantes.
- [60] Dans le secteur public, 22 CMD sur 27 subissent globalement des écarts à la neutralité tarifaires inférieurs à +/- 5% mais quelques CMD concentrent des écarts plus marqués.

<sup>18</sup> DREES, Etudes et résultats n°740 (septembre 2010)

<sup>19</sup> En 2010 dans le secteur public, ils portaient sur un montant de 0,6 Md€ à la hausse et 0,8 Md€ à la baisse. Selon la méthode retenue dans les chiffreages effectués pour cette année-là, l'écart entre les deux montants s'explique par l'impact de la convergence public/privé. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 6,6% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 4,9% des GHS pénalisés. Dans le secteur privé, ils portaient en 2010 déjà sur un montant de l'ordre de 0,4Md€ à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 18,8% des GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 10,3% des GHS pénalisés.

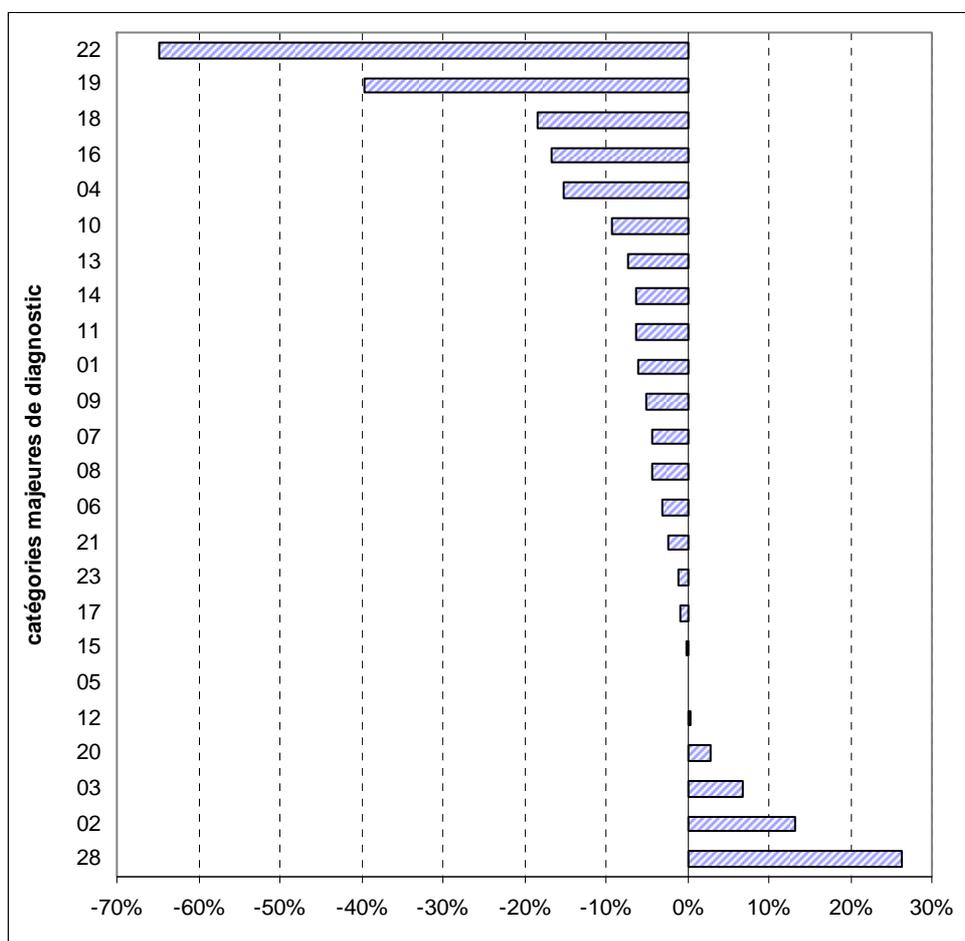
Graphique 2 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur public, 2011



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

[61] Dans le secteur privé, les distorsions sont plus prononcées que dans le secteur public. On peut placer la plupart des CMD dans un couloir d'écarts à la neutralité tarifaires inférieurs à +/- 10%, mais l'activité des cliniques privées étant plus concentrée que celle des établissements publics, même des écarts faibles peuvent s'appliquer à des volumes importants et se traduire par des montants de transferts financiers significatifs. Ces distorsions sont d'autant plus pénalisantes que les cliniques sont plus spécialisées que les hôpitaux publics qui, eux, peuvent plus facilement combiner des activités pénalisées et des activités avantageuses.

Graphique 3 : Ampleur des écarts tarifaires par rapport à une tarification « neutre », pour chaque CMD en % de son montant total – secteur privé, 2011



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

- [62] Les graphiques qui précèdent présentent les pourcentages d'écarts à la neutralité tarifaire, par CMD. Toutefois, des écarts de faible ampleur, en pourcentage, peuvent se traduire par des montants significatifs, lorsqu'ils s'appliquent à des activités très fréquentes et à des volumes importants et, à l'inverse, des pourcentages d'écarts importants peuvent n'avoir qu'un impact financier limité sur certaines activités de moindre volume<sup>20</sup>. Le lecteur est invité à se reporter à l'annexe 1A pour disposer d'une vision plus complète.

<sup>20</sup> Ainsi, la forte pénalisation de la CMD 22 (brûlures) ne se traduit pas par des écarts très importants en montants, car cette activité est très rare dans les cliniques privées. A l'inverse, la CMD 08 (*affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*), pour laquelle les distorsions sont d'ampleur limitée en proportion des dépenses, enregistre les plus gros montants de sous-financement relatif, du fait de l'importance de cette activité dans les cliniques privées.

### 3.3.1. Dans le secteur public, la CMD 13 (affections de l'appareil génital féminin) est particulièrement pénalisée

- [63] Dans le secteur public, la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*) est particulièrement pénalisée (-12% par rapport à la neutralité tarifaire, pour un montant de sous-financement relatif de près de 70 M€), alors qu'aucune autre CMD prise globalement ne subit de pénalisation supérieure à 5%. Plusieurs activités de cette CMD subissent en effet des pénalisations tarifaires importantes (cf. le tableau 2 de l'annexe 1A). La principale activité pénalisée est relative aux hystérectomies (-20,4% pour 20,3 M€ en 2011), mais certaines activités subissent des pénalisations encore plus marquées dans leur ampleur (au-delà de -30%) et on trouve étrangement dans cette liste notamment les *prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire* (-18,5% pour 8M€, alors qu'il s'agit d'une activité qu'il conviendrait plutôt de développer<sup>21</sup>).
- [64] En montant, la CMD 06 (*affections du tube digestif*) subit un sous-financement relatif encore plus important (près de 90 M€ en 2011, résultant d'une pénalisation relative de 3,6%). La CMD 15 fait partie des plus pénalisées (-5% pour plus de 40 M€ en 2011) et les modulations affectant une seule activité l'expliquent largement (« *nouveau-nés de 2500g et plus, sans problème significatif* », -7,7% pour près de 50 M€).
- [65] Certaines CMD prises globalement n'apparaissent pas très affectées par les modulations tarifaires, mais cela peut résulter de mouvements contraires en leur sein. Ainsi, la pénalisation marquée des césariennes (-15,6% pour près de 80 M€) est compensée par l'avantage tarifaire des accouchements par voie basse sans complication significative (+8% pour plus de 80 M€) au sein de la CMD 14.
- [66] Parmi les activités avantagées dominent les transplantations d'organes (CMD 27, presque +30% pour 65M€). L'avantage tarifaire accordé aux soins palliatifs (+21,4% pour près de 100 M€) explique la position tarifaire favorable de la CMD 23 dans son ensemble. La CMD 17 (*affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus*) ressort également à la fois par le montant (près de 50 M€) et l'ampleur (+7,3%) de l'avantage tarifaire relatif dont elle bénéficie.

### 3.3.2. Dans le secteur privé, les séances et l'opération de la cataracte sont très avantagées

- [67] Dans le secteur privé, trois activités concentrent des montants de surfinancement relatif supérieurs à 50 M€ chacun : les séances de dialyse<sup>22</sup>, les séances de chimiothérapie et la cataracte. La CMD 28 (*séances*) et la CMD 02 (*affection de l'œil*) dominent donc nettement du côté des bénéficiaires. L'avantage tarifaire relatif accordé aux séances de chimiothérapie est supérieur à 50% par rapport à une tarification neutre et il est de près de 15% pour la cataracte. Un mouvement de réduction de ce surfinancement relatif de l'opération de la cataracte a été effectué en 2011 (il avait été engagé dès 2009), mais l'avantage tarifaire relatif dont bénéficie cette activité demeure néanmoins important.
- [68] Autant les avantages tarifaires relatifs sont concentrés, autant les contreparties négatives apparaissent sensibles sur un plus vaste éventail d'activités : ainsi des pénalisations relatives de plus de 15% sont relativement fréquentes. Au total, les pénalisations affectent particulièrement la CMD 08 (*affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif*), la CMD 06 (*affections du tube digestif*), la CMD 04 (*affections de l'appareil respiratoire*) et la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*).

<sup>21</sup> Cf. Dr. P. Aballea, A. Burstin, J. Guedj, Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France, rapport IGAS RM 2011-024P, février 2011:

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//114000113/0000.pdf>

<sup>22</sup> La dialyse en centre sur le secteur ex-OQN a été introduite en 2011 dans l'étude effectuée par l'ATIH, bien qu'elle ne soit pas financée par un GHS. Pour les besoins de l'étude les forfaits ont été traduits en code GHS.

- [69] La pénalisation tarifaire relative des césariennes est plus marquée que dans le secteur public (-22% contre -16% respectivement) et, à la différence du secteur public, elle n'est pas compensée par un avantage tarifaire notable des accouchements par voie basse sans complication significative. La CMD 14 en sort donc relativement pénalisée dans le secteur privé.

### **3.4. Les distorsions tarifaires organisent-elles un partage d'activité entre secteurs public et privé ou pénalisent-elles systématiquement certaines activités ?**

- [70] L'exemple ci-dessus alimente le soupçon, parfois entendu par la mission, que certaines modulations tarifaires, indépendamment même de la convergence tarifaire public/privé, auraient pour but de favoriser un secteur par rapport à l'autre, sur certaines activités. L'encadré ci-dessous illustre des évolutions brutales et discordantes des signaux tarifaires entre secteur public et privé. Il montre également qu'elles résultent dans l'exemple présenté, d'évolutions divergentes des coûts entre les deux secteurs, que les distorsions tarifaires préexistantes en 2010 et la stabilisation sur cette base des tarifs de 2011 amplifient mécaniquement, sans que ces effets soient nécessairement prévus ni voulus.

#### **Césariennes, accouchements et nouveaux nés**

La mission s'est interrogée sur l'évolution concomitante des écarts à la neutralité tarifaire constatés sur 3 activités d'obstétrique (retracées par les racines des GHS correspondants, regroupant les différents niveaux de sévérité):

- le binôme « césariennes / accouchement par voie basse »
- les « nouveaux nés de 2500g et plus »

En effet, les césariennes subissent une modulation négative «de santé publique» dont, en principe, la mesure miroir est une modulations positive « de santé publique » en faveur des accouchements par voie basse sans complication.

En 2010, cela se traduisait dans le secteur public par des écarts à la neutralité tarifaire de respectivement -83 M€/ + 63 M€ et dans le secteur privé de respectivement **-21 M€/ + 18 M€** Mais par ailleurs, dans le secteur public, ces deux activités étaient également concernés par la convergence public/privé pour respectivement -16 M€/ + 29 M€, l'accouchement étant la seule activité à bénéficier d'une convergence « vers le haut ». Ainsi, au total dans le secteur public, les écarts à la neutralité tarifaire était respectivement de **-100M€/ +92 M€** en 2010 pour césariennes/accouchements par voie basse.

Par ailleurs, les nouveaux nés de 2500g et plus subissaient en 2010 dans le secteur public une modulation de convergence -68 M€ qui s'ajoute à des modulations négatives de santé publique et de lissage pour 17 M€ soit au total une pénalisation tarifaire relative de **-85 M€** Dans le secteur privé, ce GHM ne subissait qu'une légère modulation négative de « santé publique » (-1,5M€).

Rappelons que ces éléments relatifs à 2010 reposent sur des données de coûts de 2006 (ou parfois 2007). Les éléments qui suivent, relatifs à 2011, intègrent des données plus récentes, jusqu'en 2009, qui n'étaient pas encore disponibles au moment de la fixation des tarifs 2011 (les données les plus récentes alors disponibles portaient sur les coûts de 2008 dans le secteur public et de 2007 dans le secteur privé).

En 2011, les données fournies par l'ATIH à la mission donnent pour le binôme césariennes /accouchements par voie basse des écarts à la neutralité tarifaire de **-78M€/ +83 M€** dans le secteur public et de **-27 M€/ +3M€** dans le secteur privé. Ainsi, entre 2010 et 2011, la combinaison des écarts tarifaires des deux GHM est passée de légèrement négative à légèrement positive dans le secteur public, tandis qu'elle est passée de légèrement négative à très négative dans le secteur privé. D'après l'ATIH, ceci s'explique par des évolutions divergentes des coûts relatifs qui servent de référence à ces calculs : dans le secteur public, les coûts relatifs des césariennes ont baissé (diminuant la pénalisation tarifaire) et les coûts relatifs des accouchements ont augmenté (réduisant l'avantage tarifaire), tandis que dans le secteur privé, les coûts relatifs des césariennes ont augmenté (aggravant la pénalisation tarifaire) et les coûts relatifs des accouchements ont également sensiblement augmenté (ce qui explique la forte réduction constatée de l'avantage tarifaire).

La pénalisation du GHM relatif aux nouveaux nés a par ailleurs été réduite dans le secteur public, à **-50 M€** Elle est demeurée faible dans le secteur privé (**-0,2 M€**). Dans les deux secteurs, les coûts relatifs ont baissé d'après l'ATIH, ce qui explique la diminution de la pénalisation tarifaire.

Si l'on considère ces trois activités ensemble, entre 2010 et 2011, la pénalisation tarifaire relative a sensiblement diminué dans le secteur public (de -93 M€ à -45 M€), tandis qu'elle a fortement augmenté dans le secteur privé (de -4,5 M€ à -24 M€). Comme il n'y a pas eu de nouvelles modulations sur ces activités en 2011, l'ATIH explique ces constats par le fait que les hausses de coûts relatifs entre les deux périodes de référence l'ont emporté dans le secteur privé, tandis qu'au contraire, les baisses de coûts relatifs ont joué favorablement dans le secteur public.

Une refonte de la classification de ces activités est en cours.

- [71] Dans cet exemple de l'obstétrique, malgré les évolutions contradictoires du signal tarifaire entre secteurs public et privé, ce signal est resté globalement celui d'une pénalisation dans les deux secteurs. Les distorsions notables en sens contraire selon le secteur, public ou privé constituent en effet un phénomène rare en 2011 (cf. annexe 1C).
- [72] Le fait même de s'écarter de la neutralité tarifaire peut introduire des incitations variables entre les secteurs : si certaines activités étaient historiquement avantagées ou pénalisées dans un secteur et pas dans l'autre, ces distorsions peuvent en effet cristalliser ou accentuer des phénomènes de spécialisation. Mais au total, ce phénomène apparaît donc plutôt comme un effet secondaire de l'absence de neutralité tarifaire que comme une de ses causes<sup>23</sup>. Rien n'indique que les distorsions tarifaires sont le vecteur d'une politique volontariste de spécialisation par secteur.
- [73] La mission s'est plutôt inquiétée de la situation où certaines activités seraient pénalisées à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. En effet, si des activités sont relativement sous-financées dans les deux secteurs, le risque à terme est celui d'un désengagement des opérateurs et de la création d'une pénurie de réponse à un véritable besoin sanitaire. Certaines activités subissent des distorsions notables de sens identique dans les deux secteurs, notamment les CMD 06 et CMD 13<sup>24</sup>.

### ***3.5. Les modulations visant à limiter les réallocations de ressources historiques dominant, même si la convergence public/privé s'accroît***

- [74] Quelle est la part des différentes modulations (pour raisons de santé publique, par souci de lissage des revenus d'une année sur l'autre, pour assurer la convergence public/privé) dans les distorsions constatées ?<sup>25</sup>
- [75] Le secteur public est concerné par ces trois types de modulations, le secteur privé uniquement par les deux premières. Le tableau suivant présente l'importance de chacune de ces modulations en 2010 :

---

<sup>23</sup> Cf. Annexe 1C

<sup>24</sup> Cf. annexe 1C

<sup>25</sup> Une telle analyse peut être menée sur les tarifs de l'année 2010, puisque la construction tarifaire de cette année là reposait justement encore sur des modulations opérées à partir de la neutralité tarifaire. Il est ensuite possible de regarder les ajustements effectués en 2011 par rapport aux tarifs 2010. L'observation de ces deux étapes successives, même si elles ne suivent pas la même logique, devrait permettre de mieux comprendre les déterminants des distorsions constatées en 2011

Tableau 1 : Impact des différents types de modulations en 2010

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

Source : Données ATIH, calculs IGAS. **Lecture** : En 2010, les modulations positives au titre des motifs de santé publique (y compris incitation à la chirurgie ambulatoire) ont représenté une majoration tarifaire globale de 145,9 M€ dans le secteur privé. Les modulations négatives, comprenant les contreparties générales pesant sur les GHS non concernés par les objectifs de santé publique, ont représenté un montant équivalent<sup>26</sup>. Attention, les montants des différentes modulations ne peuvent s'additionner entre eux car certains GHS peuvent subir plusieurs modulations, de sens différents.

- [76] La distinction entre les modulations de lissage des revenus et les modulations de santé publique n'a pas grand sens, puisque l'essentiel des modulations dites de « santé publique » a pour objet le maintien de ressources historiques pour les activités concernées (cf. annexe 1B et *infra* 4.1.1.). A travers la combinaison des modulations de santé publique et de lissage des revenus, la préservation des tarifs historiques demeure donc le principal facteur d'écart à la neutralité tarifaire dans le secteur public. C'est encore plus vrai dans le secteur privé qui n'est pas affecté par la convergence public/privé.
- [77] Les modulations de lissage des revenus portent sur des montants plus importants dans le secteur privé que dans le secteur public, sur une base pourtant bien plus étroite. C'est pourquoi les taux moyens de modulation à ce titre sont bien plus élevés dans le secteur privé.
- [78] A elle seule, l'opération de la cataracte mobilisait dans le secteur privé 115 M€ en 2010 au titre des modulations de « lissage des revenus », au détriment, en particulier d'activités telles que les *infections respiratoires*, les *signes et symptômes*, les *cardiopathies*, *valvulopathies*, la *chirurgie digestive majeure*... Cet avantage n'est résorbé que progressivement et en 2011, l'activité « *cataractes* » présente encore un surfinancement relatif de l'ordre de 55 M€
- [79] Dans le secteur public, la politique de lissage des revenus bénéficiait en 2010 principalement à quatre CMD<sup>27</sup>. Les contreparties négatives de la préservation de ces avantages tarifaires historiques se concentraient sur la CMD 13 (*affections de l'appareil génital féminin*) et sur la CMD 06 (*affections du tube digestif*). La pénalisation particulièrement marquée de la CMD 13 est en effet principalement imputable à la politique de lissage des revenus, qui semble donc entériner une sous-tarifification relative historique des activités de cette CMD (même si la convergence et les modulations de santé publique s'ajoutent pour accentuer encore la pénalisation tarifaire relative d'activités de cette CMD).

<sup>26</sup> Hormis la convergence, les autres modulations sont en principe à somme nulle. Les écarts qui apparaissent ici tiennent au fait que le case mix (la structure d'activité des établissements) utilisé par l'ATIH pour reconstituer *ex-post* ces calculs relatifs à la construction de la campagne 2010 n'est pas exactement identique à celui qu'elle avait utilisé alors.

<sup>27</sup> CMD 04 « *affections de l'appareil respiratoire* », CMD 02 « *affections de l'œil* », CMD 17 « *affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » et CMD 05 « *affections de l'appareil circulatoire* »

- [80] Les principales modulations de santé publique étaient conçues pour maintenir les ressources historiques<sup>28</sup> des établissements, sur certaines activités :
- dans le secteur public, en 2010, elles expliquaient à elles seules l'avantage des CMD les plus favorisées, la CMD 23 (grâce aux *soins palliatifs*) et la CMD 27 (*transplantations d'organes*) ;
  - dans les deux secteurs, les *séances* étaient également très favorisées à ce titre. L'effet était peu visible dans le secteur public en 2010 car il était contrecarré par les modulations négatives de lissage des effets-revenus et de convergence public/privé<sup>29</sup> ;
  - dans le secteur privé, un « dommage collatéral » étonnant de cette politique était la sous-tarification relative des soins palliatifs (garantir les ressources historiques peut aussi conduire à les maintenir trop basses, même quand il s'agit de priorités affichées de santé publique...). Cette situation a largement été corrigée en 2011 par un « ajustement de campagne » : les soins palliatifs n'apparaissent plus dans la liste des principales activités pénalisées, mais ils ne sont pas non plus favorisés dans les cliniques, contrairement à la politique menée dans le secteur public.
- [81] La convergence tarifaire ne représentait que le troisième facteur de distorsion dans le secteur public en 2010, mais de nouveaux ajustements de convergence sont survenus en 2011. L'importance de la convergence s'est donc certainement accentuée en 2011 parmi les facteurs d'écart à la neutralité tarifaire dans ce secteur. Cela dit, comme les ajustements de 2011 se sont opérés à partir des tarifs de 2010 et non à partir d'une grille tarifaire neutre, on ne peut savoir dans quelle mesure la convergence n'a fait qu'accompagner une baisse des coûts et dans quelle mesure elle est allée au-delà.
- [82] L'effet de la convergence public/privé s'est parfois ajouté aux autres facteurs de pénalisation tarifaire. Ainsi, la *chirurgie digestive majeure* était pénalisée en 2010 par les modulations de santé publique et de lissage des revenus et c'est la première activité affectée par la convergence en 2011. Le même phénomène peut également être illustré sur la *chirurgie du membre supérieur (hors prothèse)* ou sur la *chirurgie de la jambe*. Toutefois, sur cette dernière activité, une partie de l'impact de la convergence de 2011 a été compensée par un « ajustement de campagne » favorable en 2011<sup>30</sup>.
- [83] Ainsi, la convergence renforce parfois la pénalisation tarifaire déjà existante. Dans d'autres cas, son effet est au contraire atténué par des ajustements en sens inverse.

---

<sup>28</sup> Quand ça n'est pas le cas, les effets se compensent au sein d'une même CMD (CMD 14 incluant *césariennes*, pénalisées, et *accouchements par voie basse sans complication*, favorisés) ou bien les effets induits sont minoritaires. Par exemple, la promotion de la chirurgie ambulatoire a pesé en 2010 particulièrement sur les CMD 06 et 08, à travers la baisse des tarifs des séjours de niveau 1 (que ne compense pas intégralement la hausse des tarifs ambulatoires), mais cela restait faible par rapport à l'impact global des modulations de santé publique affectant ces CMD (respectivement -3,3 M€ sur -26,7 M€ et -4,8 M€ sur -39,5 M€).

<sup>29</sup> Ainsi, dans le secteur public, les *séances de chimiothérapie* bénéficiaient en 2010 d'une modulation favorable de santé publique en grande partie compensée par l'impact de la convergence public/privé. En 2011, cette incohérence a été un peu corrigée, en faveur de la convergence, par un ajustement tarifaire à la baisse, mais les coûts des séances ont dû également baisser fortement entre 2006 et 2009 (2006 est l'année pour laquelle les données de coûts ont été utilisées dans la campagne tarifaire 2010. 2009 est l'année dont on compare les coûts avec les tarifs de 2011) car cette activité demeure parmi les plus favorisées relativement.

<sup>30</sup> Sur le GHS 08C321 (*Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1*)

[84] Finalement, jusqu'en 2010, quatre logiques se superposaient dans la construction des tarifs : neutralité tarifaire, maintien des ressources historiques, soit *via* les modulations de santé publique soit *via* les modulations de lissage, incitations à certains modes de prise en charge, convergence public/privé. Une année donnée, les effets de ces logiques pouvaient, pour un même GHM, se cumuler, plus rarement se contredire. D'une année sur l'autre, la tarification devenait extrêmement complexe non seulement à comprendre, mais également à gérer. A cet égard, la logique de stabilité tarifaire, moyennant quelques ajustements, sur laquelle le système a basculé à partir de 2011, simplifie certainement sa gestion. Elle ne clarifie pas pour autant les signaux économiques que constituent les tarifs.

## 4 ANALYSE CRITIQUE DES DISTORSIONS

### 4.1. Les modulations dites « de santé publique »

[85] La mission n'a pas retracé la genèse de la sélection des thèmes de santé publique<sup>31</sup> retenus pour faire l'objet d'incitations tarifaires. En revanche l'annexe 1B décrit les modalités de ces incitations tarifaires pour la campagne 2010.

#### 4.1.1. Des considérations plus étroitement financières que sanitaires

[86] La plupart de ces modulations sont définies par l'objectif de stabiliser les ressources historiques allouées aux activités retenues, à volume constant. C'est le cas pour les soins palliatifs, pour le cancer, pour les activités lourdes, pour les AVC. Pour les activités lourdes, l'objectif va même au-delà, puisqu'on a distingué au sein des activités celles dont les coûts avaient baissé, pour refuser d'en tenir compte dans les tarifs, et les activités dont les coûts avaient augmenté, pour entériner cette hausse dans les tarifs.

[87] D'autres modulations reposent sur des objectifs plus fins :

- maintenir constant les écarts tarifaires entre les différents modes de prise en charge des soins palliatifs (en lit non dédié / en lit dédié / en unité dédiée) ;
- maintenir des écarts tarifaires entre césariennes (pénalisation) et accouchement par voie basse sans complication (avantage) d'une part, et entre accouchement par voie basse sans complication et avec complication d'autre part.

[88] Enfin, concernant les soins palliatifs, les bornes basses et hautes sont ajustées par rapport à la définition purement statistique de ces bornes, utilisée pour tous les autres GHS. Ceci consiste notamment à définir une borne haute à 12 jours et à maintenir inchangée le montant des majorations pour les séjours d'une durée excédant cette borne. Ainsi, il est tenu compte du fait que les soins palliatifs ne sont pas une activité pour laquelle la réduction de la durée de séjour a un sens et le financement ainsi calibré se rapproche finalement d'un financement au prix de journée.

[89] Le tableau suivant retrace l'impact financier des différentes modulations de santé publique, par rapport à des tarifs neutres, hors les contreparties nécessaires pour que l'impact global soit à somme nulle (ces contreparties ont consisté en une modulation uniforme à la baisse des tarifs des autres GHS).

---

<sup>31</sup> Les modulations incitatives à la chirurgie ambulatoire sont distinguées ici des modulations de santé publique *stricto sensu* et sont traitées dans la partie 4.2.

Tableau 1 : Impact des modulations de santé publique en 2010

impact en millions d'euros	secteur public			secteur privé		
	globales	à la hausse	à la baisse	globales	à la hausse	à la baisse
soins palliatifs	78	78	0	-19	0	-19
activités lourdes	113	113	0	24	24	0
cancer	75	89	-14	49	73	-24
périnatalogie	-17	64	-81	-3	18	-21
AVC	7	7	0			
<b>total "santé publique" avant contreparties</b>	<b>257</b>	<b>352</b>	<b>-95</b>	<b>52</b>	<b>115</b>	<b>-63</b>

Source : Données ATIH. **Lecture** : les écarts par rapport à la neutralité tarifaire ont pénalisé certains GHS de périnatalogie, pour 81 M€ dans le secteur public et pour 21 M€ dans le secteur privé, mais ont favorisés certains autres GHS de périnatalogie pour 64 M€ dans le secteur public et pour 18 M€ dans le secteur privé.

#### 4.1.2. Des effets parfois paradoxaux

[90] Avant même de discuter de la pertinence de ces modulations, on peut remarquer que certaines ont des effets paradoxaux par rapport à l'objectif visé :

- comme relevé plus haut, le principe de maintien des masses financières historiques, sous-jacent à la plupart des modulations dites de « santé publique », a pénalisé le financement des soins palliatifs en 2010 dans le secteur privé. Le respect de la neutralité tarifaire aurait orienté près de 20 M€ supplémentaires vers cette activité (cette incohérence a été corrigée en 2011) ;

- toujours à propos des soins palliatifs, si les distorsions tarifaires se sont traduites en 2010 par un « surfinancement » relatif de près de 80 M€ dans le secteur public, l'annexe 1B montre qu'elles ont aussi eu pour effet de tordre quelque peu la hiérarchie des prises en charge : l'écart relatif de valorisation entre les soins en unité dédiée et les soins en lits dédiés est moindre que ce que garantirait la neutralité tarifaire ; autrement dit, les distorsions ont surtout bénéficié aux soins en lits dédiés et un peu moins aux soins en unité dédiée.

[91] Le simple fait qu'une activité relève d'une priorité de santé publique ne justifie en rien par lui-même de s'écarter de la neutralité tarifaire. Par exemple, ériger le cancer une priorité de santé publique ne justifie pas de surtarifier les tarifs des prise en charge cancer si les malades du cancer sont correctement traitées sur la base des pratiques actuelles. Une surtarification ne se justifie que si les données de coûts ne sont plus pertinentes : volonté de changer la nature des prises en charge, prise en compte d'une innovation récente qui par définition n'est pas intégrée dans les coûts... cf. *infra* 4.5.).

[92] Au contraire, le contrôle de la bonne application de la neutralité tarifaire devrait constituer un volet essentiel de la politique de santé publique, comme l'illustre l'exemple à rebours des soins palliatifs dans le secteur privé.

### 4.1.3. Un outil inadapté à la régulation de la pertinence des actes

[93] La mission s'interroge sur la manipulation des tarifs comme outil de « désincitation » à certaines activités. L'exemple le plus flagrant est celui des césariennes qui subissent en 2011, principalement au titre des objectifs « de santé publique », une sous-tarifcation relative de 15,6% dans le secteur public et de 21,8% dans le secteur privé. Même si l'on sait que les taux de césariennes présentent de fortes variations interrégionales qui laissent douter de la pertinence médicale de cette prestation dans certains cas, on peut supposer que toutes les césariennes ne sont pas injustifiées au plan sanitaire (il se pourrait aussi, - la mission n'a pas cherché à le documenter -, que certains services spécialisés aient pour des raisons sanitaires objectives des taux de césariennes importants).

[94] Faire de l'outil tarifaire un censeur aussi général de la pertinence des actes, par surcroît dans de telles proportions financières, laisse donc perplexe. Il n'est pas sain, pour décourager les pratiques non pertinentes, de pénaliser les établissements et les services dont les pratiques sont pertinentes. Une approche plus fine à travers une contractualisation locale sur les objectifs de qualité de prise en charge, fondés sur des référentiels, semblerait plus appropriée, quitte à donner aux ARS des leviers de pénalisation tarifaire des établissements ne remplissant pas leur contrat.

## 4.2. Les modulations incitatives à la prise en charge ambulatoire

[95] A côté de la pénalisation des césariennes, l'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire constitue un autre terrain de modulations tarifaires reposant sur des critères plus fins que la simple préservation des ressources historiques. Cette incitation prend en effet la forme, pour un certain nombre d'activités ciblées, d'une modulation concomitante du tarif des séjours d'hospitalisation complète de niveau 1 (niveau de sévérité le plus faible) et du tarif de la prise en charge en ambulatoire.

[96] En 2010, dans la continuité de la politique engagée en 2009, 19 GHS ont ainsi fait l'objet d'un tarif unique du GHS de niveau 1 et du GHS ambulatoire. Le calibrage exact du tarif dépendait de la part respective déjà atteinte par l'ambulatoire : plus celle-ci était élevée, plus le tarif de niveau 1 était baissé tandis que le tarif ambulatoire était seulement un peu relevé ; plus la part de l'ambulatoire était faible, plus son tarif était relevé et le tarif de niveau 1 ne baissait que légèrement (cf. annexe 1B). Globalement, par rapport à la neutralité tarifaire, les pénalisations tarifaires des GHS de niveau 1 ont pesé plus lourd que l'avantage tarifaire donné aux GHS ambulatoires :

Tableau 2 : Impact des modulations d'incitation à la prise en charge en ambulatoire - 2010

<i>arrondis en millions d'euros</i>	impact global	hausse des tarifs ambulatoires	baisse des tarifs des GHM de niveau 1
secteur public	-25	23	-47
secteur privé	-11	30	-42

Source : Données ATIH

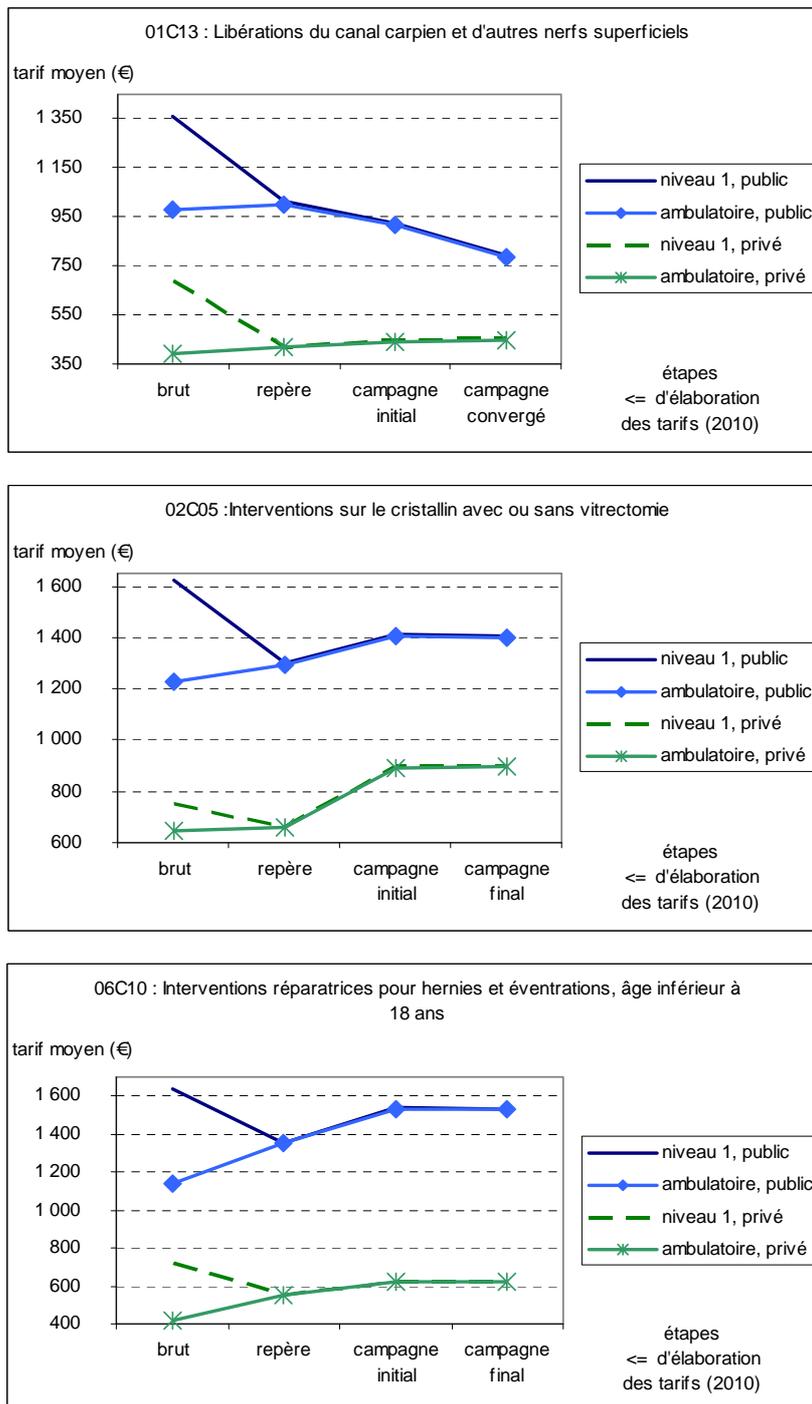
[97] En 2011 les ajustements, portant sur un champ plus large que les 19 GHS de 2010, ont consisté à veiller à ce que les tarifs ambulatoires ne soient pas inférieurs à ce à quoi conduirait la neutralité tarifaire et à corriger, dans le secteur privé, une partie de la surtarification historique relative importante de l'opération de la cataracte, en ambulatoire comme en GHS de niveau 1.

- [98] Le mécanisme de 2010 était assez sophistiqué : la distorsion tarifaire par rapport à la neutralité était propre à chaque activité (puisqu'elle dépendait de la part déjà atteinte par l'ambulatoire) et était censée enclencher un mécanisme cumulatif : plus la part de l'ambulatoire augmenterait au fil du temps sous l'effet de l'incitation tarifaire, plus la pénalisation tarifaire du GHS de niveau 1 s'accroîtrait et plus le tarif ambulatoire rejoindrait la neutralité. Le changement de logique tarifaire mis en œuvre en 2011, qui a consacré la stabilité des tarifs antérieurs, *modulo* les ajustements mentionnés ci-dessus, n'a pas laissé à ce mécanisme le temps de véritablement déployer ses effets.
- [99] Compte tenu de cette sophistication et de cette instabilité de la politique tarifaire, il est douteux que les établissements aient pu percevoir la portée précise des signaux tarifaires mis en place. Ceci n'a pu être réalisé dans le cadre de la présente mission, mais d'autres travaux fournissent des éclairages à ce sujet.
- [100] En particulier une étude publiée par la DREES<sup>32</sup>, portant sur une période antérieure (2005-2009) pendant laquelle des incitations tarifaires existaient déjà, souligne que les comportements des acteurs ont surtout été sensibles à d'autres facteurs : progrès technique facilitant la prise en charge ambulatoire, demande des patients, concurrence locale, préoccupations d'organisation (saturation des lits d'hospitalisation, motivation liée à la participation à une innovation motivante, diminution des coûts grâce à la fermeture de l'unité les nuits et les week-ends), existence d'une unité ambulatoire rodée favorisant l'extension de ce mode d'intervention. Les incitations des tutelles, dont le discours continu en faveur du développement de l'ambulatoire était connu, ont également joué un rôle. Deux volets sont particulièrement mis en avant :
- la mise sous accord préalable de l'hospitalisation complète par l'assurance maladie a constitué une pression forte au basculement vers l'ambulatoire ;
  - la tarification à l'activité incite aux gains de productivité et favorise donc, en tant que telle, la rotation accrue des lits (ou places) permise par la chirurgie ambulatoire.
- [101] En revanche, l'étude relève que les incitations tarifaires spécifiques étaient peu connues au-delà des DIM (départements de l'information médicale) et de la direction d'établissements tels que les CHU. Elle constate que, du fait de leur combinaison avec d'autres mesures telles que la convergence ciblée (qui a pu conduire à des baisses de tarifs de l'ambulatoire dans le secteur public), d'une part, et de la confusion avec les signaux inverses envoyés par la pénalisation financière que représentent les bornes basses des séjours, cette politique tarifaire était dans le détail illisible pour les cadres et les praticiens des établissements de santé.
- [102] Les graphiques suivants illustrent la sédimentation de logiques parfois contradictoires dans la construction des tarifs 2010 de certains GHS concernés par la promotion de la prise en charge ambulatoire :

---

<sup>32</sup> Evelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPLET, Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires, DREES - Document de travail n° 106 – juillet 2011.

Graphique 4 : Décomposition de processus de construction tarifaire 2010 pour certains GHS



Source : Données ATIH. **Lecture** : attention, le niveau des tarifs n'est pas comparable entre secteur public et secteur privé (les périmètres sont différents). Les tarifs « bruts » respectent la neutralité tarifaire (la hiérarchie issue de l'étude de coûts), les tarifs « repères » intègrent la politique de promotion de l'ambulatoire, les tarifs « de campagne initiaux » intègrent la prise en compte des tarifs historiques pour lisser les effets revenus sur les établissements et la dernière étape tient compte de la convergence tarifaire éventuelle public/privé. Ainsi, ce processus a conduit en 2010 à moduler à la baisse le tarif ambulatoire pour le canal carpien dans le secteur public, en particulier du fait de la politique de convergence et au contraire, dans le secteur privé, à moduler à la hausse le tarif du GHS de niveau 1 de la cataracte, pour tenir compte de sa surtarification historique.

- [103] Face à ce constat de la faiblesse des effets incitatifs des manipulations tarifaires, il est à craindre que leurs effets pervers l'emportent finalement sur leurs effets vertueux supposés :
- les établissements qui pratiquent déjà la chirurgie ambulatoire bénéficient d'un effet d'aubaine ;
  - les hospitalisations complètes qui ne peuvent être évitées pour des raisons médicales pénalisent, à travers leur sous-financement, les établissements qui les pratiquent.
- [104] La mécanique tarifaire de 2010, si elle avait été prolongée, devait limiter progressivement le premier inconvénient en faisant en sorte que les tarifs ambulatoires rejoignent progressivement un niveau proche de la neutralité, à mesure que la part de l'ambulatoire augmentait. En revanche, elle maximisait le deuxième inconvénient à travers des tarifs de niveau 1 de plus en plus bas.
- [105] Le relatif « gel » des tarifs pratiqué à partir de 2011 conduit au contraire à prendre le risque de pérenniser l'effet d'aubaine sur l'ambulatoire.
- [106] Au total aucune des deux politiques n'évite les inconvénients de l'absence de neutralité tarifaire. Comme pour les incitations à l'amélioration de la qualité des prises en charge, si un outil financier spécifique était jugé indispensable à la promotion de la chirurgie ambulatoire, il serait plus efficace de recourir à une contractualisation entre les ARS et les établissements : en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de développement de ce mode de prise en charge, adaptés au positionnement local des établissements et à leur patientèle, des rétributions temporaires pourraient être financées par les MIGAC. L'incitation n'aurait pas vocation à être prolongée une fois atteints les objectifs locaux.
- [107] Les effets d'aubaine et les pénalisations injustifiées seraient ainsi évités. Ce mode d'incitation, hors tarifs, est d'autant plus pertinent que le développement de l'ambulatoire exige une réorganisation de la pratique hospitalière. Il faut inciter et soutenir les établissements pour qu'ils entreprennent cette réorganisation (objet de la contractualisation avec les ARS), il n'y pas de raison de poursuivre le soutien lorsque l'ambulatoire est devenu une pratique de routine.

### **4.3. Le lissage des effets revenus**

- [108] La politique de lissage des effets revenus a pour origine les écarts entre tarifs historiques et tarifs neutres. Afin de limiter les chocs financiers sur les établissements, il a donc été décidé de ne pas résorber d'un coup ces écarts mais de lisser dans le temps ces effets revenus. Cette politique était particulièrement nette vis-à-vis du secteur privé pour lequel les données de coûts n'étaient recueillies que depuis 2006 et les écarts avec les tarifs historiques apparaissaient particulièrement marqués. Dans le secteur public, les tarifs étaient en principe déjà fixés en fonction de l'ENC, mais le changement de méthode avec l'extension au secteur privé et le passage à la V11 ont modifié les positions relatives des GHS.
- [109] Pour la campagne 2010, la DGOS préconisait finalement d'abandonner cette politique de lissage pour le secteur public et d'y appliquer directement les tarifs « repères » (c'est-à-dire ne tenant compte que des modulations de santé publique). Les impacts redistributifs entre établissements étaient jugés par la DGOS suffisamment limités dans ce secteur pour pouvoir abandonner ce facteur d'écart à la neutralité tarifaire. Ce n'est pas l'arbitrage qui a été retenu<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> La pièce jointe 1-c présente les modalités effectivement retenues pour intégrer ces « contraintes » de campagne, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

- [110] Pour le secteur privé, la DGOS préconisait en revanche de poursuivre la politique de lissage des revenus pour limiter les pertes de ressources, qui auraient été induites par l'application immédiate de la neutralité tarifaire, des cliniques notamment celles pratiquant majoritairement de l'interventionnel. Ces cliniques étaient donc les principales gagnantes de la politique de lissage des revenus (pour un avantage représentant 5,18% de la masse tarifaire) tandis que les principales perdantes étaient celles qui pratiquaient majoritairement des activités de médecine (pour une pénalisation de 19,66% de la masse tarifaire). On retrouve bien les constats effectués en 2011 concernant la pénalisation ou l'avantage relatifs par grande catégorie d'activité.
- [111] Certaines activités sont particulièrement pénalisées: affections de l'appareil génital féminin, du tube digestif dans le secteur public, affections de l'œil, du tube digestif, orthopédie dans le secteur privé...<sup>34</sup>
- [112] Une telle politique ne peut donc qu'être transitoire, pour permettre de rejoindre progressive la neutralité tarifaire. Le souci d'éviter des pertes de ressources brutales pour les établissements qui pratiquent des activités surtarifées ne doit pas faire oublier que ceux-ci jouissent d'une rente de situation et qu'au contraire, les établissements qui pratiquent des activités sous-tarifées sont peut-être pénalisés de longue date par cet état de fait. Jusqu'en 2010 inclus, l'objectif de réduire progressivement ces écarts et de rejoindre progressivement les tarifs « repères » (d'où justement leur nom de tarifs « repères ») était affirmé.
- [113] Le changement de logique en 2011, en plaçant la priorité sur la stabilité des tarifs, est donc inquiétant, il donne moins de garanties quant à une évolution vers un plus grand respect de la neutralité tarifaire. L'ATIH fournit à l'administration les moyens d'apprécier les écarts à la neutralité tarifaire, mais celle-ci n'est plus un impératif premier et n'est mise en avant dans le discours public.
- [114] Le risque de cette attitude est de laisser perdurer, voire s'aggraver, des écarts entre tarifs historiques et tarifs neutres, d'accentuer ou de générer des rentes pour certains établissements et au contraire d'accentuer ou de créer des difficultés financières pour d'autres, sans aucun lien avec les efforts de bonne gestion menés. On rappellera à cet égard que 10% des cliniques en 2008 avait une rentabilité économique supérieure à 12% et 10% avait une rentabilité négative inférieure à -7,2%<sup>35</sup>. Il n'est pas possible de relier ces écarts de résultats à la structure des tarifs mais il est possible que les écarts tarifaires soient à l'origine de certaines difficultés
- [115] La volonté d'éviter des chocs financiers et de lisser les effets de réallocation des ressources sur quelques années n'est pas en soi contestable, à condition d'être transparente dans ses modalités et dans son horizon temporel, ce qui n'est pas le cas. Le processus retenu n'est pas explicite et lisible<sup>36</sup>. De plus, l'ambition correctrice est limitée, un écart de 30% entre tarifs historiques et tarifs neutres étant considéré comme acceptable<sup>37</sup>.
- [116] Le même souci d'éviter les chocs financiers pourrait être atteint sans manipuler ainsi les signaux tarifaires. Les aides à la contractualisation n'ont-elles pas été conçues justement pour fournir un accompagnement financier aux établissements qui le nécessitent ? Elles devraient donc constituer le support privilégié d'accompagnement temporaire des établissements qui seraient mis en difficulté en perdant leur rente historique du fait de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire. Une telle approche permettrait de ne pas faire bénéficier d'un effet d'aubaine prolongé des cliniques qui peuvent faire face aux évolutions tarifaires liées à la réduction de leur rente relative, éviterait de devoir soutenir des établissements pénalisés par une tarification défavorable à leur activité.

---

<sup>34</sup>Annexe 1A

<sup>35</sup>J. Aude La rentabilité économique des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008. DREES, Etudes et Résultats. A cet égard, le fait que la seule référence publique pour apprécier la rentabilité des cliniques début 2012 date de 2008 montre que la régulation de ce secteur s'effectue pour une grande part à l'aveugle.

<sup>36</sup>La pièce jointe 1-c illustre la sophistication extrême du processus retenu jusqu'en 2011

<sup>37</sup>Pièce jointe 1-e

#### 4.4. *La convergence public/privé*

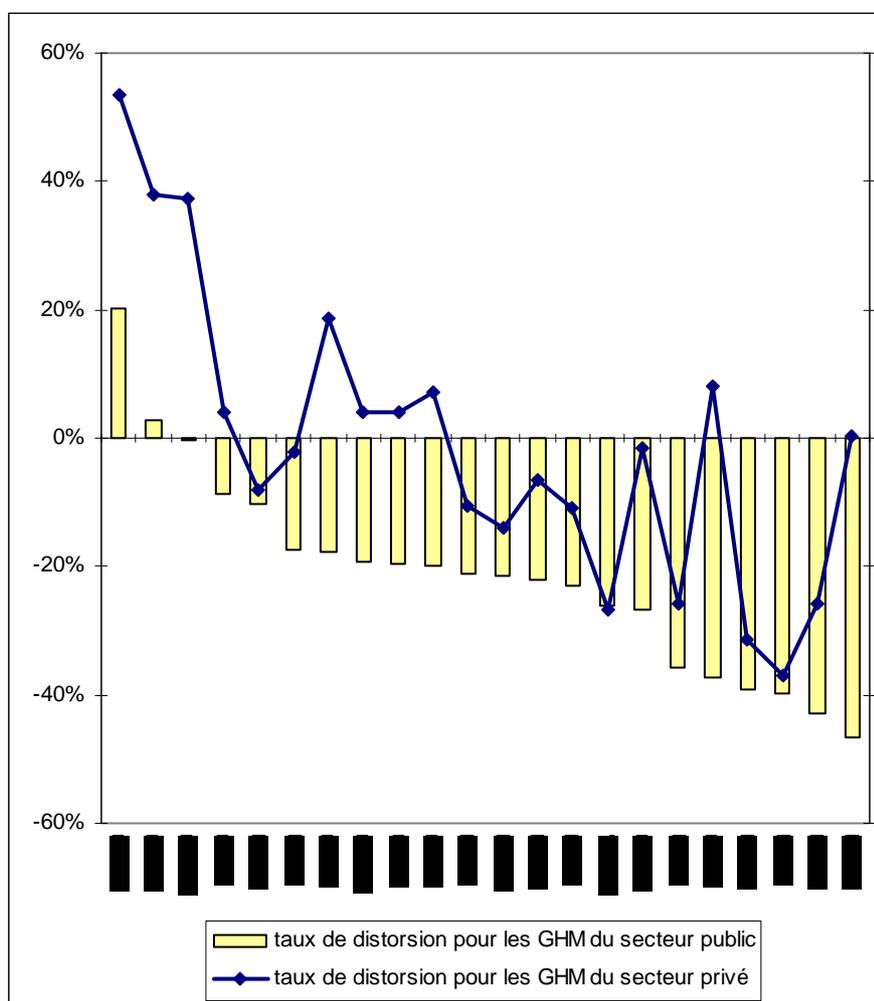
- [117] Cet objectif de convergence est fixé par la loi et son échéance, initialement prévue pour 2012 a été repoussée à 2018. Du fait des différences très importantes de périmètre des tarifs entre cliniques privées et hôpitaux publics, cet objectif soulève des questions complexes qui n'ont pas été tranchées à ce jour (et qui ont fait l'objet d'un précédent rapport de l'IGAS<sup>38</sup>), certaines étant d'ailleurs particulièrement délicates à traiter, telles que la question de l'encadrement des dépassements tarifaires des praticiens de secteur 2. L'objet du présent rapport n'est pas de traiter à nouveau le sujet de la convergence public/privé en tant que tel, mais de l'examiner sous le prisme spécifique la neutralité tarifaire.
- [118] La mission a pu mesurer à quel point la convergence tarifaire public/privé est un sujet de préoccupation dominant pour les acteurs. Lorsqu'on sollicite les représentants de la FHF et de la FHP sur la politique tarifaire, il est presque difficile de les faire s'exprimer sur d'autres sujets que celui-ci.
- [119] Dans un contexte où une T2A envoyant des signaux économiques clairs et fiables, qui permettrait de fonder les décisions de gestion des hôpitaux sur une mesure correcte de leur performance économique, n'est guère assumée ni par les pouvoirs publics ni par les fédérations, la convergence public/privé fait office d'un écran de fumée providentiel. En focalisant le débat, elle évite de se pencher sur les distorsions tarifaires internes à chaque secteur, qui ne peuvent que créer des conflits d'intérêt difficiles à gérer pour les instances représentatives regroupant en leur sein ces intérêts antagonistes.
- [120] La poursuite de la convergence en ferait bientôt le premier facteur de distorsion des tarifs par rapport à la neutralité au sein du secteur public. La convergence ne peut donc logiquement que contribuer à relativiser fortement la préoccupation de la neutralité tarifaire et avec elle, nécessairement, à fragiliser la T2A dans son ensemble.
- [121] Les conditions dans lesquelles est menée la convergence tarifaire public/privé appellent les remarques suivantes :
- [122] a/ Il n'y a pas de convergence générale des tarifs mais une convergence ciblée, qui ne concerne que certains GHS. Dès lors, il y a un conflit entre la convergence tarifaire intersectorielle et le principe de neutralité tarifaire.
- [123] b/ Les surcoûts constatés dans un secteur par rapport à l'autre peuvent être imputables en grande partie à des facteurs généraux tels que le coût du travail, des contraintes liées à la part des activités non programmée, des différences dans la part des personnes en situation de précarité, pour évoquer des questions sur lesquelles les études sur la convergence n'ont pas encore abouti. Dans ce contexte, une convergence ciblée ne se justifie pas, il n'est pas rationnel de pénaliser une activité particulière (même a priori semblable entre les deux secteurs) par rapport aux autres. Il a été décidé de recourir à une convergence ciblée comme compensation au report de la convergence générale mais si les conditions ne sont pas réunies pour envisager une convergence générale, elles ne le sont pas non plus pour une convergence ciblée.
- [124] c/ Une convergence ciblée risque de conduire le secteur pénalisé par la convergence à se désengager des activités ciblées dès lors que les autres activités sont pour lui plus rentables. Une telle spécialisation entre secteurs risque de poser des problèmes d'offre de soins, s'il n'y pas localement d'offre alternative dans le secteur non pénalisé.
- [125] d/ Le fait que les tarifs historiques ne respectent pas aujourd'hui la neutralité tarifaire, ni dans le secteur public ni dans le secteur privé, peuvent conduire mécaniquement soit une convergence de façade, soit une convergence vers un tarif économiquement biaisé.

---

<sup>38</sup> P. Aballea, P-L. Bras, S. Seydoux Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé, Rapport IGAS 2006-009, janvier 2006

- [126] Un exemple de convergence de façade peut être fourni par les *chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)*. Il s'agit de la 2<sup>ème</sup> activité affectée par la convergence en 2011 (-20M€) alors qu'elles apparaissaient en 2010 parmi les activités déjà relativement sous-tarifées (-23 M€). Pourtant, en 2011, la sous-tarification relative de cette activité est réduite (-8 M€) : la convergence n'a apparemment fait qu'accompagner la baisse des coûts relatifs et permis au tarif de se rapprocher de la neutralité (ce qui veut dire qu'une tarification neutre aurait abouti à des tarifs proches, sans passer par la convergence).
- [127] Certaines activités qui sont retenues pour l'application de la convergence public/privé apparaissent parmi les principales activités faisant l'objet d'une sous-tarification relative dans le secteur privé, telles que la *chirurgie digestive majeure* (de la CMD 06), les *appendicectomies* (de la CMD 06), la *chirurgie de la jambe* (de la CMD 08), les *hystérectomies* (de la CMD 13).
- [128] Les graphiques suivants illustrent ce phénomène :

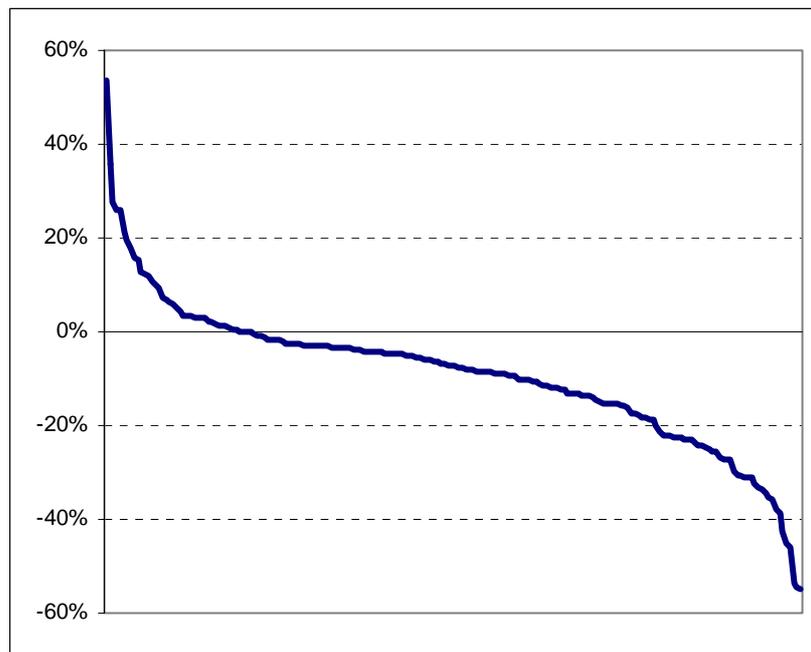
Graphique 5 : Ecart à la neutralité tarifaire, en 2011, des GHS ayant fait l'objet d'une convergence tarifaire public/privé à 100%



Source : Données ATIH. **Lecture** : les GHS du secteur public représentés par les bâtonnets ont pour la plupart des tarifs inférieurs à ce que donnerait la neutralité tarifaire ; c'est normal puisqu'ils convergent à la baisse vers des tarifs plus bas du secteur privé (à périmètre comparable). Mais la composante « GHS » de certains des tarifs du secteur privé vers lesquels est organisée cette convergence sont eux-mêmes inférieurs à ce que donnerait la neutralité tarifaire. C'est par exemple le cas du GHS 01C131 (Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, niveau 1).

- [129] Une partie de ce phénomène s'explique par le fait que certains GHS concernés par la convergence étaient également affectés par les mesures en faveur de la chirurgie ambulatoire : les tarifs du GHS de niveau 1 sont modulés à la baisse dans le secteur privé. Pour les tarifs correspondants du secteur public, la mesure de convergence est donc lourde, puisqu'on les fait converger en réalité vers des tarifs ambulatoires du secteur privé.
- [130] Le graphique suivant illustre plus globalement que de nombreux GHS qui servent de support à la convergence public/privé présentent dans le secteur privé des tarifs inférieurs à des tarifs neutres.

Graphique 6 : Ecart à la neutralité tarifaire, en 2011 dans le secteur privé, des GHS ayant fait l'objet d'une convergence tarifaire public/privé



Source : Données ATIH. **Lecture** : la plupart des GHS du secteur privé qui sont concernés par la convergence public/privé présentent des tarifs inférieurs à un tarif neutre (droite de la courbe).

- [131] e/ La convergence s'organise d'ailleurs vers un tarif qui dans le privé additionne la rémunération de la clinique, les honoraires des médecins et un montant moyen de dépassement. On a déjà montré que les tarifs cliniques avaient dans bien des cas peu de signification économique. La partie suivante de ce rapport montrera qu'en l'absence de convergence vers les tarifs cibles de la CCAM, les tarifs des actes médicaux n'ont pas non plus de signification économique. Enfin, il est difficile de justifier que les décisions des médecins quant à leur taux de dépassement puissent déterminer le niveau des tarifs à l'hôpital.

#### ***4.5. Les limites de la neutralité tarifaire et les modalités de traitement possible***

- [132] Les constats précédents conduisent à douter des modulations opérées actuellement par rapport à la neutralité tarifaire. Pour autant, la neutralité tarifaire ne peut être un objectif absolu et exclusif, certaines distorsions peuvent être pertinentes.

#### 4.5.1. Neutralité tarifaire et limites de l'échelle nationale des coûts

- [133] L'échelle nationale de coûts présente certaines limites. Celles-ci sont répertoriées et connues. L'échantillon des établissements est restreint particulièrement dans le secteur privé. La qualité de recueil des données dans les établissements concernés n'est pas parfaite. Les données reposent sur des conventions de la comptabilité analytique qui comme toutes les conventions ne prétendent « dire la vérité sur les coûts mais sont, à un moment donné, la moins mauvaise méthode pour les approcher. Parmi ces conventions, il est admis que la règle de répartition à la journée du travail du personnel soignant<sup>39</sup> est grossière.
- [134] La première réponse à ces limites consiste à travailler à une amélioration continue de l'outil que représente l'échelle nationale de coûts : affinement de la méthode, représentativité de l'échantillon, qualité du recueil, études complémentaires ... Ceci n'est pas l'objet du présent rapport (cette question est traitée dans un rapport parallèle de l'Inspection générale des finances).
- [135] A cet égard, la complexité et de la sophistication croissantes de la classification sont parfois critiquées : la mission considère que lorsque le contenu médical d'un GHS est à la fois hétérogène et polarisé en volumes significatifs de part et d'autre de critères objectivables, le principe d'allocation juste des ressources plaide pour scinder selon ces critères ce GHS en plusieurs GHS. C'est un aspect essentiellement technique de description juste de l'activité. Mais si la multiplication des GHS aboutit à en créer à faible nombre de séjours, cela peut également poser la question de la valeur à accorder à la moyenne de données potentiellement très variables sur ce petit nombre de séjours. L'évolution de la classification doit donc reposer sur un bilan avantages/inconvénients d'une sophistication accrue de l'outil.
- [136] Les limites de l'échelle des coûts justifient-elles en l'attente de ces progrès d'introduire des distorsions au niveau des tarifs ?
- [137] La meilleure approche consiste à considérer, avant d'introduire d'éventuelles distorsions, que les résultats de l'ENCc sont *a priori* la meilleure estimation que l'on peut avoir des coûts. Cet *a priori* ne mérite d'être levé que si un travail à dire d'experts permet d'identifier des erreurs manifestes issues du processus d'établissement des coûts. Encore faut-il que les éléments qui conduisent à remettre en cause les données issues de l'ENCc soient explicités.
- [138] Elles mériteraient de l'être notamment pour les GHS à faible effectif.
- [139] La fixation de tarifs à dire d'experts est d'ores et déjà pratiquée pour certains GHS représentés en faible nombre dans l'échantillon ENCc (moins de 30 occurrences dans l'échantillon). Il est alors considéré que les données de l'ENCc ne sont pas suffisantes pour calibrer le tarif.
- [140] On peut tout à fait envisager qu'un problème se pose pour les GHS dont l'effectif dans l'ENCc n'est que légèrement supérieur à cette limite. Ainsi, la faiblesse du nombre des transplantations d'organes constituerait une raison des modulations positives appliquées à ces GHS mais les modulations sont actuellement justifiées par le fait qu'il s'agit « d'activité lourdes », caractérisation qui en soi ne justifie aucune modulation.
- [141] Il est donc parfaitement justifié que ces GHS fassent l'objet d'une expertise particulière et que des distorsions à la neutralité tarifaire soient sur la base de cette expertise introduites. Il ne s'agit donc pas d'écarter d'emblée toute modulation. Il s'agit simplement de faire en sorte que les raisons qui ont conduit à les pratiquer et l'ampleur qu'elles ont prises puissent être documentées et soumises à un débat contradictoire.
- [142] Bien évidemment avant de s'écarter de l'échelle des coûts, la référence à plusieurs années de recueil des coûts peut permettre d'apprécier la solidité de l'évaluation des coûts fournis par l'ENCc.

---

<sup>39</sup> Cf. notamment Jean-Claude Moisdon, Etude nationale de coûts à méthodologie commune, apports et limites, RHF n°530, octobre 2009.

[143] Au total, les limites de l'échelle nationale des coûts ne justifient pas que l'on s'écarte de la neutralité tarifaire sauf à pouvoir justifier que les modulations introduites visent à corriger un problème identifié de pertinence de l'ENCc. Ces limites incitent à ne pas faire un dogme du respect absolu de la hiérarchie des coûts. Elles ne justifient pas pour autant des modulations arbitraires : elles plaident pour une objectivation rigoureuse de ces limites, de manière à y apporter des réponses proportionnées et ciblées.

#### 4.5.2. Neutralité et évolution des prises en charge.

[144] Des modulations par rapport à la neutralité tarifaire peuvent être nécessaires :

- du fait du délai entre le recueil des coûts et leur utilisation pour fixer les tarifs (2 à 3ans) Pendant ces deux ou trois années, les conditions de prise en charge de certains GHS peuvent se modifier profondément pour des raisons multiples (modifications réglementaires, innovation technologiques...);

- lorsque les modalités de prise en charge actuelles sont jugées insuffisantes et que leur évolution doit se traduire par un renchérissement des coûts, qui par définition n'est pas retracés dans les données de coûts actuelles.

[145] A cet égard, il est contre indiqué d'aggraver le problème des délais en prenant pour référence non la dernière année connue mais les trois dernières années. Une référence construite sur trois ans favorise la stabilité en lissant les évolutions mais peut aussi repousser la prise en compte dans la tarification d'évolutions dans la pratique des établissements. Le recours à une référence tri annuelle est une autre marque du fait que la stabilité tarifaire l'emporte sur le souci de la pertinence de la tarification. La référence tri annuelle ne devrait être utilisée que pour les GHS dont les effectifs sont trop faibles pour que les données actuelles soient significatives (cf. *supra*).

[146] Il paraît par ailleurs nécessaire d'organiser le traitement de problème de délai ou d'évolution souhaitée des prises en charge. Il faut pour cela permettre aux acteurs concernés de faire valoir les modifications de pratique dont l'échelle des coûts ne peut par construction rendre compte.

[147] Le coût induit par les évolutions en cours ou à venir des modes de prise en charge doit faire l'objet d'une évaluation la plus objective possible. Il n'est pas certain pour autant qu'une modulation tarifaire soit le meilleur moyen de financer ce coût supplémentaire. Le délai de diffusion des nouvelles modalités de prise en charge risque en effet de conduire le tarif à être « surcalibré » pour les services retardataires, qui bénéficieront pendant un temps d'un effet d'aubaine. Si l'on pratique un abattement de la majoration tarifaire pour tenir compte de ce délai de diffusion, les services « pionniers » seront au contraire pénalisés par un financement ne couvrant pas leur coût. A terme, lorsque les données de coûts issues de l'ENC reflèteront le nouveau mode de prise en charge, la majoration tarifaire n'aura plus lieu d'être et le tarif devra rejoindre la neutralité. En tout état de cause, une majoration tarifaire par rapport aux coûts moyens observés ne pourrait donc qu'être temporaire dans cette optique.

[148] Il peut être intéressant de réfléchir à des outils financiers autres qu'une manipulation des tarifs. L'exemple de l'Allemagne offre une piste à cet égard. D'après les interlocuteurs que la mission y a rencontrés, le principe de neutralité tarifaire est fortement affirmé dans la T2A allemande : introduire des distorsions pour motifs de santé publique, notamment, serait perçu comme la porte ouverte à des revendications sans fin, difficilement maîtrisables. En revanche, la prise en compte de l'innovation fait l'objet d'un processus spécifique.

### Les NUB allemands

(Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / innovations en matière de diagnostic et de traitement)

Pour pallier la mauvaise prise en compte de l'innovation liée au délai inhérent entre la fixation des tarifs et la disponibilité des données de coûts, l'Allemagne a mis en place une procédure transitoire, organisant le financement de ces innovations avant qu'elles puissent être intégrées dans la tarification des GHS<sup>40</sup>.

Le premier stade de cette procédure transitoire est l'octroi de financements spécifiques ciblés sur des établissements individuels. L'établissement qui souhaite la prise en charge d'une innovation doit d'abord obtenir de l'INEK (Institut homologue de l'ATIH) une autorisation d'entrer en négociation avec l'assurance maladie pour l'obtention d'un financement *ad hoc*. La demande est appréciée par l'INEK sur la base de 4 critères : intérêt pour les patients, patients concernés par l'innovation, coûts de personnel ou de matériel induits par l'usage de l'innovation, justification de la couverture inadéquate de ces coûts par les tarifs de GHS.

Le deuxième stade consiste à valider la possibilité de recourir à cette innovation pour tout établissement. L'INEK décide que son financement sera désormais couvert par un « supplément local ». Tout établissement candidat peut négocier ce supplément avec sa caisse locale d'assurance maladie (le système allemand d'assurance maladie étant décentralisé entre les 16 Länder), sans solliciter l'autorisation de l'INEK.

Le troisième stade consiste à fixer au niveau fédéral la valeur du supplément, qui devient donc homogène pour tout établissement candidat.

Le dernier stade consiste à intégrer le coût de l'innovation dans le tarif du GHS.

Au total, le système ressemble à la « liste en sus » (utilisée en France pour le financement de certains médicaments ou dispositifs particulièrement onéreux et dont l'utilisation n'est pas homogène pour un même GHS), mais avec des conditions d'accès au dispositif qui s'élargissent progressivement avant que celui-ci ne disparaisse au profit du basculement dans le financement de droit commun. Cette période est mise à profit pour calibrer correctement l'intégration dans le tarif du GHS.

[149] Ainsi, une contractualisation des établissements sur des compléments de financement, en contrepartie d'engagements ou de justifications de modes de prise en charge innovants, dont les contours devront avoir fait l'objet d'une définition au niveau national par une expertise pilotée par l'ATIH, paraît un outil plus approprié, pour cibler des incitations de santé publique, que des distorsions tarifaires générales. Bien entendu, ceci ne peut fonctionner que si les compléments de financement en question ne sont pas soumis au risque d'un gel dans le cadre de la régulation financière globale infra-annuelle, comme le sont les MIGAC actuellement.

[150] Au total, la neutralité n'est pas un principe intangible. Des écarts à la neutralité s'imposent notamment pour tenir compte des évolutions souhaitées ou en cours des prises en charge. Il importe toutefois les corrections éventuelle apportées au données issues de l'ENCC soient totalement transparentes quant à leur justification, à leur modalité d'élaboration et de révision. Il est donc nécessaire de disposer, avant la campagne tarifaire, d'un espace de concertation où les diverses partie prenantes (administration, HAS, sociétés savantes, fédérations) pourront faire valoir les évolutions et ou celles-ci seront expertisée pour aboutir éventuellement à des modulations tarifaires ou pour être prises en charges à travers d'autres mécanismes (contractualisation). Il importe que les données traitées dans cette instance soient publiques pour éviter toute suspicion sur les motifs qui déterminent la politique tarifaire.

<sup>40</sup> Diagnosis-Related Groups in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.

## 5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1. *L'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A*

[151] La mise en œuvre de la T2A a été affectée de nombreux facteurs d'instabilité<sup>41</sup> :

- le passage à un financement à 100% de la part « activité » par les tarifs a été accéléré par rapport au calendrier initial ;
- la modification importante de la classification des GHM, à travers le passage à la V11 en 2009, s'est effectuée alors que cette classification était déjà devenue tarifante, induisant notamment de nouveaux effets de seuils, outre les bornes basses : règles présidant aux définitions des niveaux de sévérité et supposant des minima de durée de séjour pour accéder aux niveaux plus élevés ;
- les changements de périmètres entre tarifs et MIGAC (en particulier concernant la précarité et la permanence des soins) sont perçus comme arbitraires par une partie des acteurs ;
- la convergence tarifaire public/privé est engagée alors que ni le contenu de l'activité, ni les facteurs de coûts ne seraient comparables entre les deux secteurs ;
- la contrainte financière globale a fortement pesé pendant la même période et aurait alimenté une « course au codage » finalement sans impact sur la situation financière globale des établissements du fait de la régulation prix-volume. Si cette course au codage se transformait en « course aux volumes » elle pourrait en outre être préjudiciable à la qualité des soins.

[152] Sur le dernier point, il est évidemment plus aisé de mettre en place une réforme d'une telle ampleur lorsque des marges financières sont disponibles pour accompagner la transition. La mission a toutefois finalement entendu davantage de critiques sur les modalités de mise en œuvre de la T2A que sur son principe même.

[153] La critique potentiellement la plus inquiétante, au plan sanitaire, est celle portant sur l'inflation des actes que la T2A aurait induite ou pourrait induire : cela peut être une bonne chose, si cela signifiait simplement que la T2A a déclenché un mouvement de résorption d'une sous-productivité préalablement existante dans le secteur hospitalier, permettant de mieux répondre aux besoins de la population ou d'engranger des économies en rationalisant le tissu hospitalier. En revanche, si cela signifiait une multiplication d'actes non pertinents et une relativisation forte, de ce fait, de l'éthique médicale, cela serait préoccupant<sup>42</sup>. Ce sujet de la pertinence médicale des actes constitue une préoccupation légitime qu'il n'était pas à la portée de la mission de documenter (et qui mériterait une étude pour elle-même)<sup>43</sup>. La discussion de l'exemple des césariennes (cf. *supra*) a montré que l'outil tarifaire n'était probablement pas le meilleur levier pour la traiter.

---

<sup>41</sup> Voir également J-C. Moisson, M. Pépin, Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, DREES, document de travail n°97 – mai 2010.

<sup>42</sup> Les données disponibles suggèrent plutôt un phénomène de conquête de parts de marché par le secteur public au détriment des cliniques privées, dans un contexte global de croissance modérée du nombre de séjours (+2,2% entre 2005 et 2009) et de déplacement vers des séjours plus chers/mieux valorisés (effet structure de +3,6% entre 2005 et 2009), DREES, études et résultats n°785, novembre 2011.

<sup>43</sup> Une étude nationale sur les inadéquations hospitalières a conduit au constat que 3% des admissions étaient inadéquates, le plus souvent pour des raisons extérieures à l'établissement (demande expresse du médecin de ville, retour au domicile impossible, décision du patient ou de son entourage) : « Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique », DREES, Le panorama des établissements de santé – 2011.

- [154] Sur le passage à la V11, il est vrai qu'il aurait été préférable qu'un changement de classification aussi important survienne avant de la rendre tarifante. Cela ne disqualifie pas pour autant le souci d'une classification la plus pertinente possible ni les ajustements qui ne manqueront pas d'être nécessaires au fil de l'eau, mais qui devraient désormais être de portée plus incrémentale.
- [155] Les questions sur l'importance de la part des tarifs, sur le découpage tarifs/MIGAC, sur la convergence public/privé renvoient en revanche toutes à la question des modalités équitables de rémunération de l'activité des établissements. A partir du moment où la T2A est admise dans son principe comme un mode d'allocation des ressources plus juste que la dotation globale et plus incitatif à la bonne gestion, il est fondamental que ses modalités garantissent que les signaux économiques adressés aux établissements soient le plus exacts possible.
- [156] Dans le secteur public, au démarrage de la T2A, le fait de ne pas rémunérer l'activité à 100% par les tarifs, en maintenant une part financée par la dotation historique, a permis d'organiser une transition pour donner aux établissements le temps de s'adapter. Accélérer cette transition puis réintroduire, de façon peu transparente, des éléments de lissage temporel dans les tarifs, est contradictoire et de nature à jeter le doute sur la politique de financement réellement voulue par les autorités.
- [157] Dans le secteur privé, c'est l'écart révélé par l'étude de coûts entre les tarifs historiques et la neutralité tarifaire qui alimente cette tension. Le principe d'une période transitoire n'est pas contestable en lui-même. Simplement, il n'est pas très clair aujourd'hui si une telle transition progressive vers la neutralité tarifaire est portée par les pouvoirs publics ou non et, dans le cas où elle le serait, si c'est la crainte de résistances qui poussent à ne pas la rendre transparente.
- [158] L'inconvénient de cette opacité générale dans le processus d'élaboration tarifaire est qu'elle se combine au caractère jugé arbitraire des redécoupages entre tarifs et MIGAC et à la perception d'une forte contrainte financière globale pour alimenter une suspicion générale sur l'écart global coûts / tarifs d'une part, et sur l'équité générale du processus d'allocation des ressources d'autre part.
- [159] Autant, sur le premier point, le présent rapport ne peut apporter de conclusion ferme, se bornant à constater la proximité du niveau moyen des tarifs de 2011 au niveau moyen des coûts de 2009 sans pouvoir apprécier comment l'évolution des coûts et les gains de productivité survenus entre temps situent les tarifs de 2011 par rapport aux coûts de 2011, autant sur le caractère inéquitable des distorsions tarifaires, les illustrations apportées ne peuvent que conforter la suspicion.
- [160] Les cliniques ophtalmologiques et celles pratiquant les séances de dialyse ou de chimiothérapie sont de toute évidence très avantagées dans le secteur privé par rapport aux cliniques spécialisées sur d'autres activités. Dans le secteur public, si l'on regarde quelles catégories d'établissements pèsent le plus dans les groupes d'activité les plus avantagés au plan tarifaire, on trouve souvent les CHU/CHR et les CLCC : 94% des greffes de cellules souches hématopoïétiques, 68% des chimiothérapies hors séances, 51% des séances de chimiothérapies et, pour les transplantations d'organes, 100% pour les seuls CHU/CHR dont 33% pour la seule AP-HP : par comparaison, la part de ces deux catégories dans l'ensemble de l'activité n'est que de 40%, dont 3% pour les CLCC, 28% pour les CHU/CHR hors AP-HP et 9% pour l'AP-HP. Concernant les soins palliatifs, la part des CLCC dans cette activité est de 8% et celle des établissements privés à but non lucratif est de 16% (alors que leur part dans l'activité globale n'est que de 8%) ; les CH pèsent pour 51% dans cette activité spécifique, mais c'est également leur poids dans l'activité globale<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Données ATIH, 2010, cf. pièce jointe 1-f.

- [161] Enfin, en n'allouant pas les ressources de façon équitable en fonction de l'activité, cette T2A distordue envoie des signaux économiques faussés. Alors même que l'une des avancées fortes attribuée à la T2A est le renouveau d'un dialogue entre direction et équipes médicales et soignantes autour des outils de gestion dans les établissements publics<sup>45</sup>, ces outils de gestion risquent d'être décrédibilisés si leur interprétation est rendue douteuse par les manipulations tarifaires.
- [162] Comme la mission l'a entendue à plusieurs reprises, dans un contexte financièrement tendu, tout le monde est prêt à reconnaître la nécessité de faire des efforts d'efficacité, encore faut-il qu'ils soient équitablement répartis et reconnus. A l'inverse, dans un tel contexte, les rentes de situation historiques ne sont plus supportables.

***5.2. La mission préconise de poser la neutralité tarifaire comme principe central, les écarts à ce principe devant reposer sur éléments objectifs***

- [163] La mission préconise une affirmation forte de la neutralité tarifaire comme principe de base de l'élaboration de la grille tarifaire des GHS dans les secteurs publics et privés. Les écarts à ce principe devraient être totalement transparents, justifiés par des arguments économiques objectifs et rendus publics de manière lisible.
- [164] L'accompagnement du passage des tarifs historiques aux tarifs neutres pour les établissements « perdants » lorsqu'il est jugé indispensable, devrait prendre la forme d'aides financières contractuelles et temporaires et non de modulations tarifaires.

**Recommandation n°1 : Poser dans la loi le principe de respect de la hiérarchie des coûts issue des études de coûts pour la fixation des tarifs des GHS et d'un rapport annuel au Parlement, publié sur le site de l'ATIH sur la mise en œuvre de ce principe (Législateur, LFSS pour 2013)**

- [165] L'argument de la demande de stabilité tarifaire ne paraît guère recevable à la mission. On a vu que cette demande s'exprimait largement en réaction à des événements (passage à la V11, redéfinition des périmètres respectifs des tarifs et des MIGAC...) sans lien avec la recherche de neutralité tarifaire. En outre, une fois le basculement opéré sur la neutralité tarifaire, les coûts n'ont pas de raisons d'évoluer de façon brutale d'une année sur l'autre. C'est en revanche le non-respect de la neutralité tarifaire annuelle qui pourrait conduire à des ajustements ultérieurs plus brutaux. **Au total, il convient de ne pas confondre stabilité des règles, hautement souhaitable sur une base équitable et transparente, et stabilité des tarifs, potentiellement source d'effets pervers croissants.**
- [166] Il est également souhaitable de prendre comme référence de coûts les dernières données disponibles plutôt qu'une moyenne des données de plusieurs années (sauf s'il y a un doute technique sur la fiabilité des données d'une année). La prise en compte des évolutions induites par les innovations ou par les gains de productivité sur certaines prises en charge est ainsi mieux garantie.
- Recommandation n°2 : Prendre les dernières données de coûts disponibles comme référence pour l'application de la neutralité tarifaire (ATIH, DGOS, campagne 2013 et suivantes)**
- [167] Ce principe pourrait faire l'objet de dérogations, par exemple pour les GHS à faible nombre de séjours, à forte variabilité des coûts. D'autres fondements objectifs pourraient le cas échéant justifier que les tarifs s'écartent du strict respect de la hiérarchie des coûts. L'essentiel est que ces dérogations soient documentées, concertées et transparentes.

---

<sup>45</sup> J-C. Moisson, M. Pépin, Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, DREES, document de travail n°97 – mai 2010 ;  
Et également A. Bruant-Bisson, P. Castel, M-P. Planel, Evaluation des effets de la tarification sur le management des établissements de santé, IGAS, février 2012 (référence définitive à préciser)

**Recommandation n°3 : Poursuivre en continu l'analyse des limites de l'échelle nationale de coûts, la mobilisation de l'expertise et la concertation avec les fédérations sur les solutions proposées (ATIH, en continu)**

[168] Ces travaux doivent permettre de justifier les écarts éventuellement retenus par rapport à une grille tarifaire neutre.

**Recommandation n°4 : Publier une grille de tarifs neutres à côté de la grille des tarifs de campagne, ainsi que des tableaux explicitant l'ampleur des écarts en pourcentage et en montant, par GHS, par racine de GHS, par groupe d'activité, par CMD, par catégorie d'établissements et présentant la justification des écarts (ATIH, dès que possible sur les tarifs de campagne 2012 et ensuite)**

[169] Le délai entre le recueil des coûts et la campagne tarifaire justifie que des éléments qui dans ce délai, sont susceptibles d'avoir un impact fort sur les coûts, soient pris en compte, soit à travers les tarifs, soit à travers des enveloppes contractuelles. En particulier, pour la prise en charge de l'innovation, un processus inspiré des « NUB » allemands (cf. partie 4.1.5.) pourrait être envisagé.

**Recommandation n°5 : Organiser avec les fédérations hospitalières et des experts un processus continu de travail sur les facteurs importants et ciblés d'écarts entre coûts n-2 et tarifs de l'année n, pour objectiver la portée économique de ces facteurs et formuler des recommandations sur leur traitement. Publier les constats et recommandations (ATIH, immédiat en vue de la campagne 2013)**

***5.3. L'objectivation des financements doit devenir une priorité plus large confiée à l'ATIH***

[170] La convergence tarifaire public/privé ne repose pas aujourd'hui sur des bases tarifaires solides. Elle constitue un facteur de crispation tel qu'il occulte des enjeux au moins aussi importants d'équité et d'efficacité au sein de chaque secteur. En outre, sauf lorsqu'elle résorbe incidemment des distorsions tarifaires, elle contrecarre la neutralité tarifaire. Elle risque en outre d'alimenter dans le secteur public un discours de remise en cause plus générale de la T2A.

[171] La compréhension des facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et privé demeure pourtant une exigence légitime, qui aurait dû constituer un préalable à la convergence. Si le législateur décidait d'entériner une pause dans ce processus, en cohérence avec les constats du présent rapport, cela ne justifierait pas pour autant d'abandonner ce travail d'analyse.

**Recommandation n°6 : Poursuivre le programme de travail pluriannuel sur les facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et le secteur privé (pilotage ATIH, avec DGOS, DSS et CNAMTS, 2012)**

[172] La qualité descriptive de la classification contribue à une politique tarifaire équitable. Le travail doit donc être poursuivi en routine dans ce domaine. A titre indicatif, la mission identifie les questions suivantes comme thèmes de travail : prise en compte de la précarité des patients, écarts de coûts liés au caractère programmé/ non programmé des prestations, impact des co-morbidités acquises ou préexistantes.

**Recommandation n°7 : Organiser en continu la réflexion sur l'évolution de la classification pour tenir compte de facteurs objectifs et significatifs d'hétérogénéité des coûts au sein d'un même GHM (ATIH, immédiat)**

- [173] Par ailleurs, la robustesse économique des tarifs n'a de sens que si le niveau global des financements qu'ils assurent et la qualité de l'allocation des ressources qu'ils garantissent ne sont pas mis à mal par un calibrage des autres sources de financement qui serait sans rapport avec ces préoccupations. Le contenu des MIGAC doit donc lui aussi reposer sur des bases économiques les plus équitables possibles.
- [174] Ce sujet dépasse certes le cadre du présent rapport, mais la portée du renforcement de la qualité de la politique tarifaire serait amoindrie si cette politique était contournée par d'autres canaux de financement ou si ceux-ci étaient perçus comme calibrés de façon trop peu objective (à l'instar des aides à la contractualisation ou des MERRI par exemple - ces « missions d'enseignement de recherche de référence et d'innovation » sont une composante des MIG dont une réforme partielle du financement a été engagée suite aux précédentes recommandations de l'IGAS<sup>46</sup>), alimentant des revendications de distorsions tarifaires en contrepartie.

**Recommandation n°8 : Documenter la définition des enveloppes respectives de chaque MIG sur des bases objectives (ATIH, 2012).**

- [175] Enfin, il est anormal que les données existantes ne permettent pas de comparer de façon fiable le niveau global des coûts avec le niveau global des tarifs. Les travaux devraient donc être poursuivis pour traiter les questions de périmètre qui demeurent aujourd'hui un obstacle à une comparaison objective et fiable.

**Recommandation n°9 : Développer une méthode fiable de comparaison du niveau global des coûts et des tarifs en traitant les différences de périmètres aujourd'hui non résolues (ATIH, 2012)**

#### ***5.4. La position d'expertise de l'ATIH doit être renforcée***

- [176] Les recommandations qui précèdent posent la question des moyens dont dispose l'ATIH pour remplir l'ensemble de ces missions. Ce point n'a pas été étudié dans le cadre du présent rapport, mais l'IGAS a déjà eu l'occasion de souligner la priorité qui devait être accordée à la documentation et à la publication par l'Agence des données sous-jacentes à la politique tarifaire<sup>47</sup>.
- [177] Le renoncement aux distorsions tarifaires constituerait par ailleurs un allègement des tâches de simulation et une limitation des itérations demandées par la DGOS à l'ATIH dans le cadre du processus annuel d'élaboration des tarifs. La capacité à objectiver les fondements économiques du financement des établissements de santé est cruciale pour que la T2A réponde à l'objectif d'une allocation de moyens équitable et propice aux gains d'efficacité.
- [178] La mission ne préconise pas de confier purement et simplement la fixation des tarifs à l'ATIH. Ce serait confondre la fonction d'expertise médicale et économique, qui doit sous-tendre les propositions techniques relatives aux tarifs et aux autres supports de financement des établissements de santé, avec la décision elle-même. Cela risquerait de déporter sur l'ATIH elle-même les pressions et contraintes politiques que doivent gérer aujourd'hui la DGOS et les cabinets ministériels. La mission table sur davantage de transparence entre les propositions techniques et les décisions finales, et sur la motivation des écarts entre les deux.

---

<sup>46</sup> P-L. Bras, Dr. G. Duhamel, le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, rapport IGAS RM2009-139P, novembre 2009 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000024/0000.pdf>

<sup>47</sup> B. Buguet, C. Cahut, ATIH : évaluation de la première convention d'objectifs et de moyens, propositions-cadre pour le contrat d'objectifs et de performance, IGAS RM2011-023P, février 2011.

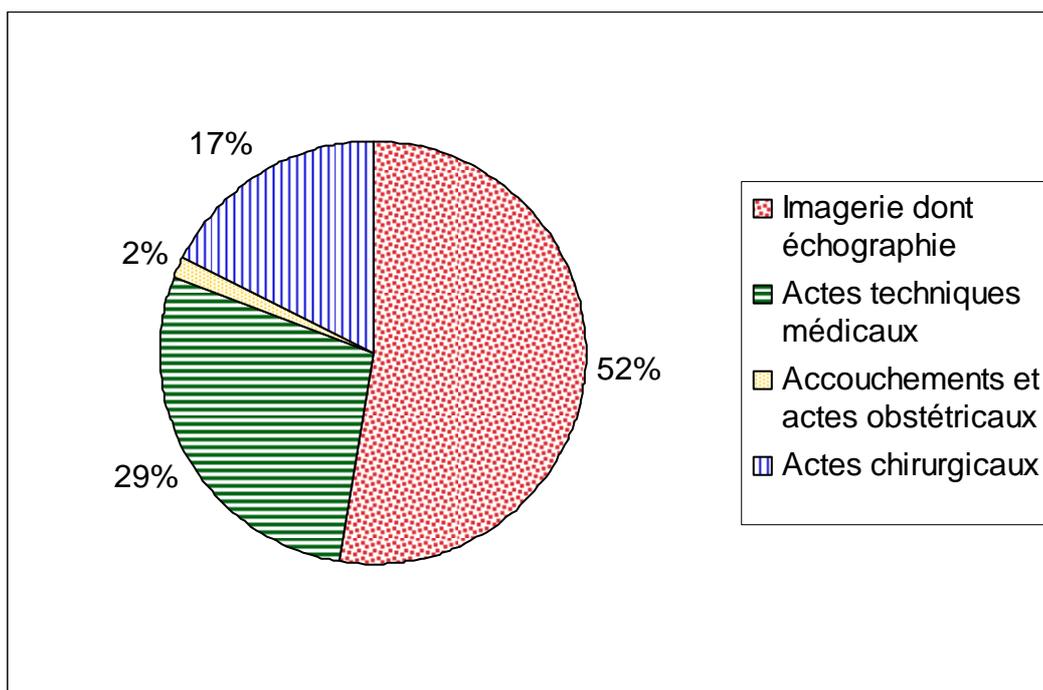
[179] L'ATIH doit en revanche disposer de toute l'autonomie nécessaire au caractère objectif et impartial de ses travaux. Sa gouvernance devrait donc être ajustée de manière à garantir cette autonomie : supervision des travaux par un comité scientifique, présidence du Conseil d'administration par une personnalité extérieure aux directions de tutelle... Des travaux en cours vont dans le sens de ces évolutions souhaitables.

**Recommandation n°10 : Revoir la gouvernance de l'ATIH de manière à mieux garantir l'autonomie de ses travaux et de ses publications (DGOS, 2012).**

## **Partie 2 - La tarification des actes techniques**

- [180] Cette partie est consacrée à la tarification des actes techniques des médecins qui exercent à titre libéral en ville ou en établissement de santé. La classification commune des actes médicaux (CCAM) technique est le nom donné au dispositif de description et de hiérarchisation des actes censé servir de base à cette tarification.
- [181] Elle est dite commune dans la mesure où elle est aussi utilisée pour décrire les actes techniques pratiqués lors des hospitalisations. Dans le secteur public, elle n'est pas directement tarifante, sauf pour les actes externes pour lesquels les établissements ex DG sont rémunérés sur la base de la tarification libérale et pour l'activité libérale à l'hôpital de certains praticiens hospitaliers. Par ailleurs, la CCAM constitue un élément clé du dispositif T2A. Certains actes répertoriés dans la CCAM (actes dits « classant ») orientent le séjour vers un groupe homogène de malade (GHM) générateur d'un tarif. Par ailleurs, à chaque acte est associé un index de coût relatif qui sert d'unité d'œuvre pour la ventilation par GHS des charges des plateaux médico-techniques.
- [182] Pour situer les ordres de grandeur, 94,5 millions d'actes techniques ont été réalisés par des médecins libéraux, en 2010, pour un montant remboursé de 5,6 milliards €. Quatre spécialités génèrent à elles seules 59 % des honoraires remboursables facturés en CCAM : les radiologues, les chirurgiens, les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs.

**Graphique 1 : Répartition du montant remboursé des actes techniques en 2010**



Source : CNAMTS

- [183] Le prix de ces actes peut actuellement varier de 5,32 € (radiographie intra buccale de dent) à 2215,82 € pour le remplacement de l'aorte juxta diaphragmatique pour rupture d'anévrisme, par thoraco-phréno-laparotomie avec CEC. Sur les 7600 actes répertoriés à la CCAM, 10 % représentent 90 % des dépenses.
- [184] Après avoir rappelé les éléments fondamentaux du processus CCAM (1), nous examinerons les conditions de mise en œuvre de la tarification (2) et de maintenance de la hiérarchisation des actes (3). Après un point sur l'évolution et le revenu des médecins (4), nous examinerons divers scénarios relatifs à l'avenir de ce dispositif (5) avant de conclure par des recommandations (6).

## 1. OBJECTIFS, METHODOLOGIE, MISE EN PLACE INITIALE

### 1.1. Objectifs

- [185] La mise en place de la CCAM technique visait tout d'abord à disposer d'un outil de description fine de l'activité médicale technique, outil commun à l'ensemble des médecins qu'ils exercent à l'hôpital public, en clinique privée ou en cabinet de ville. Selon les termes de l'accord du 25 février 2005, elle devait "permettre une connaissance affinée de l'activité médicale pour mieux éclairer les décisions de santé publique".
- [186] Au-delà de cet aspect descriptif, la CCAM visait également à déterminer pour l'activité médicale libérale, le tarif de chaque acte en fonction de l'effort exigé du praticien pour le réaliser et des coûts associés à cette réalisation. Il s'agissait ainsi de promouvoir une équité de la rémunération des actes techniques entre médecins et entre spécialités. Ainsi l'accord précité prévoit que la CCAM doit "conduire à terme à un rééquilibrage équitable des honoraires entre spécialités pour répartir au mieux les ressources allouées". Cet accord ne mentionne que l'équité entre spécialités, il est légitime d'envisager que la CCAM vise aussi l'équité entre médecins d'une même spécialité qui ne réalisent pas les mêmes actes.
- [187] L'équité de la tarification constitue un objectif en soi : les médecins aspirent à être rémunérés en fonction de leurs efforts, un "payeur public" est tenu de se préoccuper de la "justice" tarifaire.
- [188] Mais l'équité des rémunérations est aussi souhaitable pour favoriser la qualité de l'offre de soins.
- [189] Une rémunération équitable des actes constitue une garantie que les décisions médicales (pratiquer tel acte plutôt que tel autre) seront pris en fonction des intérêts du patient sans être influencées par leur « rentabilité relative ». Bien évidemment, il ne s'agit là que d'une garantie supplémentaire par rapport à ce qu'exige la déontologie du corps médical.
- [190] Une rémunération équitable permet d'éviter que des considérations relatives à l'équilibre effort/rémunération pèsent sur le choix des spécialités par les étudiants et n'entraînent une désaffection pour les spécialités moins avantagées. Elle peut ainsi favoriser une répartition entre spécialités conformes aux exigences de santé publique. Les considérations relatives à l'équilibre entre effort demandé et rémunération selon les spécialités si elles font partie de "ce qui ne se dit pas" sont des "préoccupations bel et bien présentes, selon une intensité et des combinaisons variables, dans le choix des étudiants"<sup>48</sup>. A la limite penser, dès lors que l'on admet que les étudiants disposent d'une information correcte sur les conditions d'exercice des diverses spécialités, la politique tarifaire pourrait s'organiser en revalorisant les spécialités les moins prisées lors du choix à l'issue de l'examen national classant (ENC). Il s'agirait alors de considérer que les préférences révélées par les choix des étudiants sont mieux à même de conduire à "l'équité" qu'un processus visant à peser "l'effort" lié à chaque acte. Le choix à travers la CCAM a été de parvenir à une tarification "équitable" de chaque acte pour rendre équivalent le bilan effort/rémunération des diverses spécialités.
- [191] Enfin, une rémunération équitable des spécialités en libéral constitue un enjeu pour les recrutements médicaux de l'hôpital public. Les rémunérations à l'hôpital dépendent du statut et de l'ancienneté et non de la spécialité pratiquée (les écarts de rémunération entre spécialités à l'hôpital renvoient pour l'essentiel à des contraintes particulières : gardes, astreintes). Si des spécialités sont relativement sur rémunérées en ville, il est plus probable qu'elles seront aussi sur rémunérées par rapport à l'hôpital public.

---

<sup>48</sup> Y. Faure "Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principes de choix et genèse des goûts" in G. Bloy, F.X. Schweyer (dir.) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010.

### **Payer selon l'effort, l'utilité, la pertinence ?**

Dans le cadre de la CCAM technique, le choix est clairement assumé de rémunérer les actes selon l'effort consenti par le praticien et les charges associées.

Ce choix est parfois contesté : il faudrait rémunérer les actes en fonction de leur utilité ou de leur pertinence.

Il faut en tout état de cause choisir : viser deux cibles est la meilleure manière de n'en atteindre aucune.

Une rémunération en fonction de l'utilité aurait peu de sens. Comment juger de l'utilité d'un acte ? On pourrait spontanément considérer que l'intervention chirurgicale qui sauve une vie mérite d'être mieux honorée que l'examen de routine. Pour autant, si cette intervention était bien mieux rémunérée par rapport à l'effort consenti que l'examen de routine, aucun professionnel ne s'orienterait plus vers les fonctions de routine qui n'en sont pas moins nécessaires, notamment parce qu'elle sont souvent une condition pour que puisse intervenir l'acte apparemment essentiel.

La tarification en fonction de la pertinence ne nous paraît pas plus adaptée.

Si un acte n'est jamais pertinent, il ne faut pas diminuer sa rémunération mais l'exclure de la CCAM.

Si un acte, pertinent dans certaines indications, est pratiqué dans des circonstances où il ne l'est pas, la tarification n'est pas l'outil adapté pour réduire ces inadéquations. En effet pénaliser de tels actes en termes tarifaires, c'est pénaliser les professionnels qui les pratiquent à bon escient. D'autres outils doivent donc être privilégiés pour réduire ces inadéquations (diffusion de recommandations, formation, mesure de la qualité, contrôles par les pairs...).

L'enjeu d'une tarification en fonction de l'effort et des coûts de l'acte, c'est précisément de garantir l'indépendance du jugement clinique du praticien. Tout acte y est rémunéré en fonction de ce qu'il en coûte au médecin de le pratiquer (travail, charges associées), il est donc en position de choisir en fonction des intérêts du patient sans que ses propres intérêts ne pèsent sur sa décision. Dans ces conditions, des praticiens, normalement soucieux des intérêts de leurs patients, pratiqueront des actes adaptés.

La seule hypothèse où l'on pourrait valablement s'éloigner de cette règle est celle où une pratique ne se développe pas autant que l'on pourrait le souhaiter. Dans ce cas, sur tarifier cette pratique est peut-être un moyen d'assurer son développement. Mais, dans ce cas, l'incitation à pratiquer cet acte n'a vocation qu'à être temporaire. Avant de recourir à cet outil, il paraît d'ailleurs préférable de mobiliser d'autres moyens (diffusion des recommandations, formation...) ou des incitations du type "paiement à la performance", plus explicites et donc plus lisibles par les praticiens.

Il faut noter que faire cette hypothèse, c'est postuler que les médecins n'adoptent pas spontanément les pratiques les plus pertinentes sans incitations financières. On peut donc espérer que le champ d'application de cette hypothèse est restreint.

[192] Au regard des objectifs affichés, et avant même d'évoquer les difficultés de mise en œuvre, la CCAM technique comporte certaines limites :

- la recherche de l'équité dans la rémunération des actes techniques perd une partie de sa portée dès lors que les médecins en secteur 2 peuvent pratiquer le tarif qu'ils souhaitent. On peut considérer que l'objectif d'équité reste valide pour les médecins secteur 1 mais il s'agit d'une restriction importante des ambitions de la CCAM technique. Les deux questions sont d'ailleurs liées : les dépassements sont d'autant plus élevés que les honoraires hors dépassements sont faibles ce qui peut signifier que les dépassements sont une réaction soit à une tarification insuffisante de l'activité, soit une activité elle-même faible<sup>49</sup>. Les déterminants des dépassements d'honoraires sont toutefois multiples (composition de l'offre, solvabilité de la clientèle) ;

- une équité dans la rémunération des actes techniques n'est pas elle-même une garantie d'équité entre spécialités. Le travail des médecins se décompose en un travail directement médical facturé à travers les tarifs des actes et un travail lié non facturé (administration du cabinet, formation...). Si le rapport du travail facturé au travail total n'est pas homogène entre spécialités, l'équité de la rémunération des actes ne garantit pas l'équité entre spécialités. De plus, le travail tarifé est lui-même constitué le plus souvent d'actes techniques et d'actes cliniques. Une rémunération équitable des seuls actes techniques ne garantit donc pas l'équité. Les promoteurs de la CCAM technique, parfaitement conscients de cette limite, envisageaient d'ailleurs de la prolonger par une CCAM clinique ;

- le choix a été fait de ne pas tenir compte des certains élément de différenciation des coûts de la pratique. Ainsi les coûts immobiliers et les coûts de personnels varient en fonction de la localisation géographique des cabinets<sup>50</sup>. Cette variation n'est pas prise en compte. Sa prise en compte aurait conduit à des tarifs plus élevés dans les zones où ces coûts sont eux-mêmes élevés qui sont aussi des zones où, en règle générale, la densité de médecins est forte. L'absence de prise en compte de cette variable géographique peut être considérée comme une contribution à une politique de rééquilibrage de la démographie médicale.

[193] Ces limites, si elles conduisent à relativiser les ambitions prêtées à la CCAM technique, ne la condamne pas en elle-même. On peut considérer que si la CCAM technique ne peut satisfaire totalement à l'exigence d'équité qui est sa justification, elle permet de s'en approcher.

## 1.2. Méthodologie<sup>51</sup>

[194] La CCAM s'appuie sur une description de tous les actes techniques soit actuellement plus de 7600 actes (11 000 si l'on prend en compte les actes anesthésiques associés aux actes chirurgicaux). La description des actes est assurée par des libellés structurés en 4 axes (topographie, action, technique et voie d'abord) en conformité avec les normes européennes.

[195] Le passage de l'ancienne nomenclature à la CCAM a été l'occasion de réinterroger la validité médicale de certains actes. Ainsi, l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) a analysé la validité médicale des 300 actes les plus problématiques (actes nouveaux, actes potentiellement obsolètes, actes posant problème de prise en charge).

[196] Chaque acte a fait l'objet d'une hiérarchisation selon une méthodologie inspirée des travaux de l'équipe de Boston<sup>52</sup>. Le tarif cible CCAM de chaque acte technique est déterminée par sa position dans la hiérarchie calculée en additionnant un « coût du travail médical » (score travail x facteur de conversion monétaire) à un « coût de la pratique ».

<sup>49</sup> V. Bellamy, AL Samson. Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins in Comptes nationaux de la santé 2010. Drees, document de travail, septembre 2011.

<sup>50</sup> Aux Etats-Unis, un coefficient est utilisé pour tenir compte de la variation géographique des coûts de la pratique. Voir Annexe 2.A La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis.

<sup>51</sup> Pour une présentation détaillée voir CNAMTS, Pôle nomenclature. *Méthodologie: hiérarchisation du travail des actes médicaux et dentaires selon les libellés de la CCAM*. Mars 2002.

<sup>52</sup> Hsiao WC et al : Resource-based relative values. JAMA, 1998 ; 16 : 2347-443

- [197] Le score travail vise à rendre compte de l'effort du praticien pour réaliser l'acte. Ce score travail est exprimé en nombre de points. Le nombre de points attribué à chaque acte dépend de la durée de l'acte en minutes et de trois composantes "subjectives" (stress, effort mental et compétence technique) qui rendent compte de l'intensité du travail. La durée joue un rôle majeur dans l'établissement du score travail. Ces valeurs sont appréciées pour une pratique conforme aux règles de l'art pour un patient "habituel". Les durées sont mesurées et les composantes subjectives sont appréciées pour chaque spécialité par un panel d'experts par rapport à un acte de référence (acte fréquent et banal). Des actes passerelles permettent de caler les scores travail des actes de chaque spécialité par rapport aux autres et d'assurer ainsi leur cohérence inter-spécialités.
- [198] Le coût de la pratique vise à rendre compte des charges supportées par le praticien pour réaliser l'acte. Pour établir les coûts de la pratique, l'ensemble des charges générales (personnel, loyers, redevances, cotisations sociales...) déclarées par les praticiens pour chacune des spécialités est pris en compte. La part des charges relative aux actes cliniques est évaluée pour établir le montant des charges lié aux actes techniques. Ce montant est divisé par le total des points travail produits globalement par la spécialité, ce qui permet de disposer d'un coefficient de charges (Cg) propre à chaque spécialité. Le coût de la pratique d'un acte est donc le produit de son score travail exprimé en points par le Cg de la spécialité dont il relève. Les charges particulières associées à certains actes (utilisation d'un équipement spécifique par exemple) peuvent être distinguées des charges générales pour être réparti sur les seuls actes qui en sont à l'origine ; un surcoût spécifique à ces actes s'ajoute alors au coût de la pratique. Cette possibilité, prévue dans la méthodologie générale, n'a pas été utilisée.
- [199] Pour aboutir au tarif de l'acte, il reste à fixer le facteur de conversion qui traduit en euro le score travail exprimé en point. Le score travail mesure dans une unité conventionnelle (le point) l'effort (durée du travail, intensité du travail) consenti par les médecins pour réaliser un acte. Le facteur de conversion représente donc la valeur donnée à l'effort consenti par le médecin.
- [200] Dans ce mode de tarification, la variable de décision est théoriquement le facteur de conversion. Il détermine la valeur donnée au travail médical et le montant des dépenses remboursables. Les autres variables (score travail, coût de la pratique) sont censées ressortir d'observations objectives (durée, niveau des charges) ou d'appréciations contrôlées (intensité du travail).
- [201] Ce descriptif simplifié de la méthodologie ne rend pas compte des multiples difficultés rencontrées pour établir les diverses données qui président à la tarification (mesure des durées, appréciation de l'intensité relative des actes, hiérarchisation inter spécialités, détermination des charges pertinentes, appréciation des charges pour des spécialités marquées par une forte diversité interne<sup>53</sup>...).

### **1.3. Histoire de la mise en place initiale de la CCAM**

- [202] Les travaux de la CCAM technique ont débuté à titre exploratoire en 1995 auprès de trois spécialités (urologie, chirurgie vasculaire et anesthésie-réanimation) pour tester la méthodologie générale. Ils se sont poursuivis dès 1997 sur la médecine et l'odontologie. Fin 2000, 7200 libellés de chirurgie, d'anesthésie réanimation, de médecine, d'odontologie et d'orthodontie ont fait l'objet d'une première publication<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Par exemple au sein de la spécialité gynécologie, le mode d'exercice et le niveau de charges est très différent entre gynécologue obstétricien et gynécologue médical. Pour autant, il n'existe qu'un coefficient de charges pour la spécialité gynécologie

<sup>54</sup> CNAMTS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, PERNNS : CCAM, Tome 1 : Libellés des actes techniques médicaux et dentaires, décembre 2000.

- [203] Les travaux de hiérarchisation tarifaires menés entre 2000 et 2004 ont mobilisé plus de 900 experts, issus pour la plupart des sociétés savantes, autour du Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS dont l'intégration à l'ATIH est survenue au cours de cette période) et du pôle nomenclature de la CNAM. La disponibilité d'autant de personnalités témoigne de l'engagement des professionnels dans le dispositif CCAM.
- [204] Le 9 octobre 2003, à la demande conjointe des syndicats médicaux et des caisses d'assurance maladie un comité de pilotage (COFIL) de la CCAM est installé par le ministre de la santé afin d'en préparer la mise en œuvre. Ce comité avait notamment pour mission de valider les travaux menés par l'ATIH et le pôle nomenclature de la CNAMTS avec les sociétés savantes.
- [205] Le COFIL a auditionné 29 disciplines, enregistré leurs observations, commandité des expertises complémentaires. Appuyé par une instance d'expertise, il a proposé en juin 2004 une version hiérarchisée de la CCAM. Les comptes-rendus du COFIL montrent que l'ensemble des parties prenantes étaient conscientes que la CCAM devait faire l'objet d'actualisations régulières pour ce qui concerne les points travail, annuelles pour ce qui concerne les charges (Cg).
- [206] A l'issue de ces travaux, la méthodologie faisait l'objet d'un consensus global. La question du coût de la pratique restait toutefois problématique :
- les charges sont calculées par spécialité en rapprochant des données assurance maladie et des données fiscales. Il n'est donc possible de calculer des taux de charges que pour les spécialités répertoriées dans les deux bases. Cela peut conduire à amalgamer des sous-spécialités dont les charges sont différentes (gynécologue médical et gynéco-obstétricien, diverses catégories de radiologues...);
  - certains actes exigent des matériels coûteux. Si la charge que représentent ces matériels ne sont pas attachés spécifiquement à l'acte mais pris en compte dans les charges générales, l'acte en lui-même apparaîtra comme peu rémunérateur voire déficitaire. Il peut alors être délaissé par les praticiens. Ce phénomène est amplifié par le développement des matériels à usage unique. La notion de surcoût spécifique prévue dans la méthodologie permettait de traiter cette question mais elle n'a pas, on l'a dit, été utilisée.
- [207] Il était prévu de traiter ces questions dans le cadre de la révision annuelle des Cg, révision qui devait permettre d'affiner progressivement la prise en compte des charges.
- [208] Il était alors possible, à partir de la hiérarchisation des actes ainsi réalisée, de déterminer leurs tarifs. Il restait à fixer le facteur de conversion. Il a été fixé de telle manière que la somme des tarifs dans la CCAM soit égale à la somme des tarifs dans le mode de tarification antérieur, soit 0,44 euros<sup>55</sup>. La CCAM devait se mettre en place à enveloppe constante par rapport au système antérieur (Nomenclature générale des actes professionnels, NGAP).
- [209] Le dispositif a donc fait apparaître des actes perdants (tarifs cible CCAM inférieur au tarif actuel) et des actes gagnants (tarif cible CCAM supérieur au tarif actuel). Il est important de préciser que les tarifs cibles ne constituent pas un « juste prix de l'acte », notion impossible à définir, mais le prix de l'acte qui, compte-tenu du montant consacré auparavant à la rémunération des actes techniques, correspond à la hiérarchie entre actes qui ressort de la CCAM.
- [210] Le codage en CCAM débutera en mars 2005<sup>56</sup> sur la base d'accords entre l'UNCAM et les syndicats médicaux<sup>57</sup>. Ces accords prévoyaient :
- une tarification pour chaque acte à partir de tarifs les plus proches possibles de ceux pratiqués antérieurement ;
  - une première étape de revalorisation des actes gagnants (cf. infra) ;

<sup>55</sup> Tarif cible = (nombre de points travail\*0.44) + (nombre de points travail\*Cg)

<sup>56</sup> Après une phase de transition, à compter du 1/01/2007, tous les actes techniques réalisés en ville et en établissements de santé sont codés à l'aide de la CCAM.

<sup>57</sup> Convention médicale du 12 janvier 2005 notamment son article 7.8 et protocole d'accord relatif à la CCAM du 25 février 2005.

- des dispositions ambiguës pour ce qui concerne les actes et spécialités perdants : il est évoqué dans le texte conventionnel une "accession progressive" sur 5 à 8 ans aux tarifs cible de la CCAM (le terme « accession » pouvant suggérer que toute baisse des tarifs était exclue) mais, dans l'accord du 25 février, une "convergence" (notion qui semble supposer que des baisses doivent intervenir) qui se fera progressivement "sur une période de 5 à 8 ans". Il est également prévu d'ouvrir une concertation "sur les actes des spécialités qui, à structure constante seraient perdantes avec les tarifs-cibles CCAM", concertation qui devait porter sur "l'évolution de leur activité"<sup>58</sup>.

[211] Dès l'origine, malgré le consensus tant sur l'objectif d'équité que sur la méthode pour y parvenir, il apparaît que la démarche bute sur la question des actes perdants et des spécialités perdantes<sup>59</sup>. Les dispositions des accords initiaux sont ambiguës. Les représentants de médecins les lisent comme la garantie que la CCAM ne devait entraîner aucun acte perdant, cette interprétation est récusée par la CNAM.

## 2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LES EVOLUTIONS TARIFAIRES

### 2.1. *Histoire des étapes de la "convergence" vers les tarifs cibles*

[212] La CCAM a effectivement servi de base à des décisions tarifaires mais de manière asymétrique en ce qui concerne les actes gagnants et les actes perdants.

#### 2.1.1. La première phase

[213] La première phase de mise en œuvre de la CCAM, en ce qui concerne les tarifs, résulte de l'accord du 25 février 2005 déjà évoqué et d'un avenant tarifaire du 30 mars 2005. A titre de première étape de la "convergence", l'accord ne prévoit qu'une augmentation des actes gagnants vers les tarifs cibles à hauteur de 33% de l'écart entre tarif pratiqué et tarif cible. Aucune baisse des actes perdant n'est prévu même si les spécialités "perdantes" ne bénéficient pas d'une revalorisation pour leurs actes gagnants et subissent par ailleurs des baisses des forfaits techniques dont le niveau de tarification est indépendant de la CCAM<sup>60</sup>.

[214] Cet accord prévoit de plus des mesures spécifiques de revalorisation tarifaire de la chirurgie avec l'introduction de la majoration transitoire de chirurgie (+6,5%) et de la majoration forfaits modulables (+11,5%) pour les chirurgiens en secteur 1 ou ayant opté pour l'option de coordination<sup>61</sup>. L'objectif était de rapprocher les honoraires des chirurgiens des secteurs 1 et 2. La question du secteur 2 a donc conduit à superposer une logique supplémentaire pour déterminer les tarifs. Il peut y avoir conflit d'objectifs entre d'une part entre la volonté d'établir une tarification équitable et d'autre part le souci de concentrer l'effort sur les médecins secteur 1 des spécialités à fort taux de médecins en secteur 2 pour limiter l'attractivité de ce secteur.

[215] Au total l'opération engage 180 millions d'euros en faveur des actes techniques, 206 millions en tenant compte d'autres mesures prises au cours de l'année 2005. L'impact par spécialité est synthétisé dans le graphique suivant :

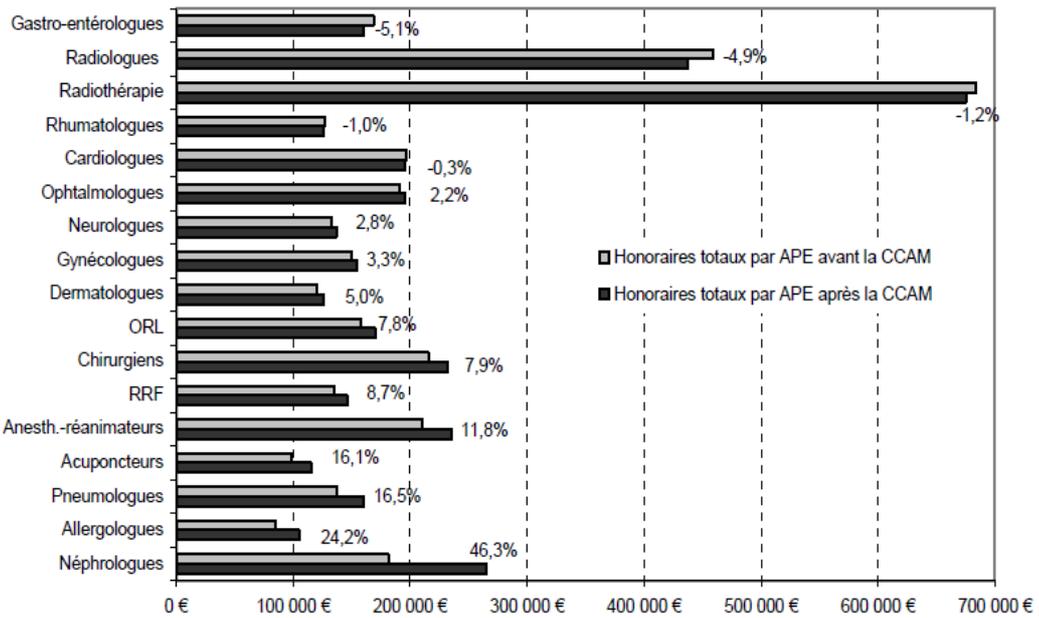
<sup>58</sup> La mission n'a pas trouvé de traces des résultats de cette concertation. Il semble qu'il ait été question d'échanger une stabilisation du tarif des actes perdants contre un effort de réduction, pour les spécialités concernées, du volume d'actes non pertinents. Ce "marché" qui ne semble n'avoir été qu'envisagé est problématique : une spécialité tirerait argument du fait qu'elle réalise des actes non pertinents pour obtenir des tarifs durablement sur-tarifés.

<sup>59</sup> Même si les actes gagnants avaient pu immédiatement rejoindre les tarifs-cibles, l'objectif d'équité n'aurait pas été atteint sans baisse des actes perdants.

<sup>60</sup> Les forfaits techniques visent à rémunérer l'utilisation de certains matériels lourds (IRM, scanner, TEP...), le coût d'usage de ces matériels financés par ces forfaits est retiré des charges qui servent à calculer le coût de la pratique dans le cadre de la CCAM.

<sup>61</sup> Article 1, 2, 3 de la convention médicale du 03/02/05.

Graphique 2 : Impact en année pleine de la première phase de convergence

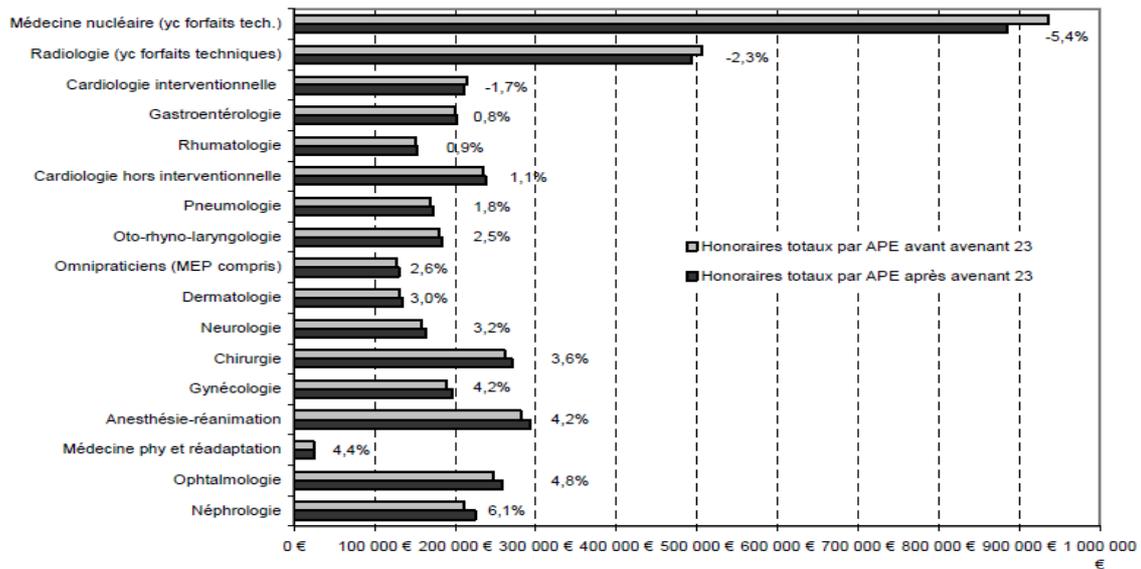


Source : calculs DSS ex-ante d'après données CNAM-SNIR-PS 2004. Champ : Tous régimes, France métropolitaine  
 Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » néphrologie, l'application de la CCAM V2 à taux plein aurait conduit à une augmentation de 46,3% des honoraires annuels totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés en moyenne à 265 000€ en 2005.

2.1.2. La deuxième phase

[216] Elle résulte d'un avenant du 2 mai 2007. Elle est moins asymétrique que la précédente dans la mesure où les hausses de tarifs (135 millions pour combler 25% de l'écart avec les tarifs cibles pour certaines spécialités) sont compensées par des baisses de tarifs à hauteur de 62 millions. L'impact par spécialité est synthétisé par le graphique suivant.

Graphique 3 : Impact en année pleine de la deuxième phase de convergence



Source : Données CNAM – SNIIRAM et Calcul DSS d'après SNIR-PS 2007. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » anesthésie-réanimation, l'application de la CCAM V6 en année à taux plein aurait conduit à une augmentation de 4,2% des honoraires totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés à 294 400€ en 2008. A l'inverse, la médecine nucléaire aurait enregistré une diminution de ses honoraires annuels moyens de -5,4% sur la période pour s'établir à 885 800€.

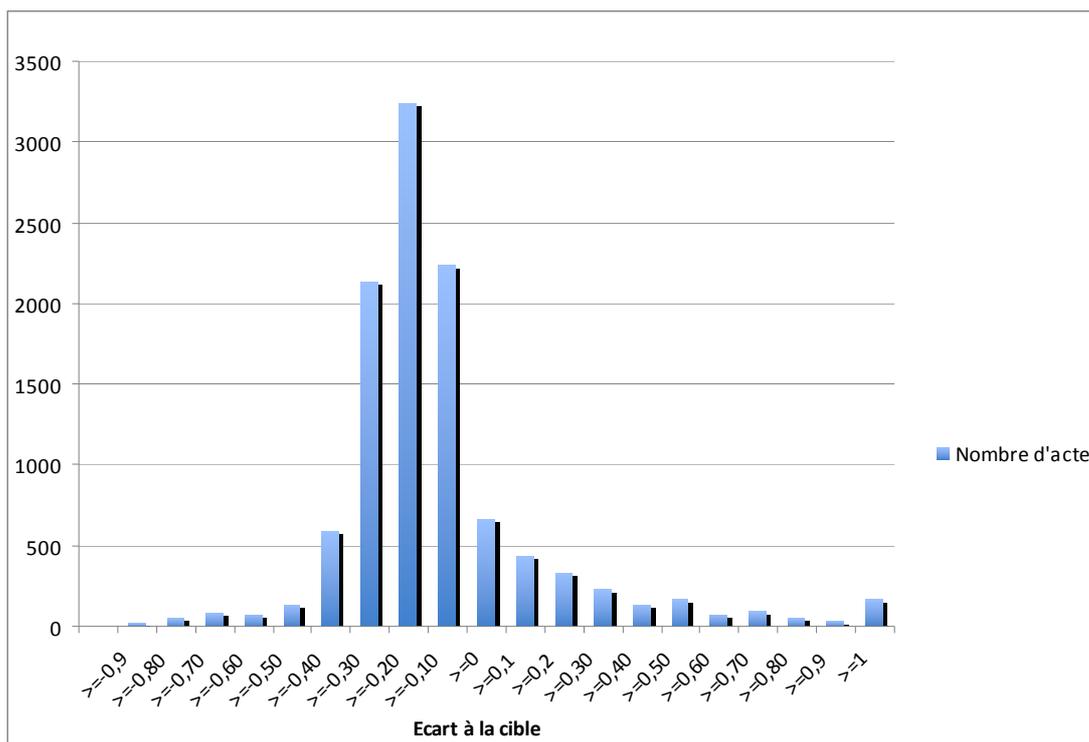
### 2.1.3. Les mesures d'ajustement

- [217] Il n'y pas eu troisième phase de "convergence" après celle de 2005 et de 2007. La situation de l'assurance maladie à partir de 2008 n'a plus permis de concéder des hausses de tarifs
- [218] On notera toutefois que des mesures d'ajustement ont dû être prises après intervention du comité d'alerte en 2007 ou pour assurer le respect de l'ONDAM en 2012 (cf. mesure d'économie sur les radiologies intégrée dans le cadre de l'ONDAM et dont les modalités étaient encore en discussion lors de la mission). Ces mesures d'ajustement ont concerné principalement les spécialités perdantes à la CCAM (essentiellement la radiologie), elles ont toutefois concerné pour l'essentiel des aspects de la tarification annexe à la CCAM (règle de cumul des actes, suppléments de numérisation, forfaits techniques) qui ne nécessitent pas tous de validation conventionnelle.

### 2.2. Les écarts persistants par rapport à la cible

- [219] Sept ans après le début de la mise en place de la CCAM, les tarifs réellement pratiqués sont loin d'avoir rejoint les tarifs cibles qui ressortaient de la hiérarchie des actes.
- [220] Le graphique suivant illustre l'importance des écarts à la cible. En nombre d'actes, il apparaît qu'en majorité les actes ont des tarifs inférieurs à la cible (8577 actes potentiellement gagnants contre 2369 actes potentiellement perdants). Ainsi plus de 3000 actes ont actuellement un tarif inférieur de -10 à -20 % à la cible.

**Graphique 4 : Distribution des écarts à la cible des tarifs 2011**



Source : Données CNAMTS, calcul mission IGAS.

- [221] Si en nombre les actes potentiellement gagnants sont majoritaires, en montant les écarts à la cible sont moindres pour les actes gagnants (674 millions d'euros) que pour les actes perdants (985 millions d'euros)<sup>62</sup>. Le processus de convergence vers les tarifs cibles s'est en effet limité pour l'essentiel à une revalorisation des actes potentiellement gagnants.

<sup>62</sup> Par construction, les écarts positifs et négatifs s'annulent à l'origine du processus.

[222] Le bilan, sur la base des tarifs 2010, des gains et pertes potentielles par spécialité en cas de convergence vers les tarifs cibles est fourni dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Simulation des honoraires sans dépassement (HSD) dans l'hypothèse de la fixation des tarifs à la cible en milliers d'€

	<b>HSD 2010 CCAM</b>	<b>Gains des actes gagnants</b>	<b>Pertes des actes perdants</b>	<b>Total des gains / pertes</b>	<b>% sur HSD 2010</b>
CHIRURGIE	728 197	65 599	-42 365	23 233	3%
OPHTALMOLOGIE	605 636	72 628	-56 041	16 586	3%
NEPHROLOGIE	77 645	7 663	-1 406	6 257	8%
NEUROLOGIE	70 653	6 080	-1 675	4 406	6%
PNEUMOLOGIE	162 214	11 027	-7 195	3 832	2%
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	19 908	2 446	-813	1 633	8%
DERMATOLOGIE	77 873	6 484	-5 058	1 426	2%
RHUMATOLOGIE	128 056	9 686	-8 901	785	1%
<b>Sous-total spécialités gagnantes</b>	<b>1 870 182</b>	<b>181 612</b>	<b>-123 454</b>	<b>58 159</b>	<b>3%</b>
ORL	232 315	12 279	-12 581	-302	0%
ANESTHESIE - REANIMATION	695 559	51 518	-62 834	-11 316	-2%
GYNECOLOGIE	347 346	31 138	-47 684	-16 546	-5%
CARDIOLOGIE CONVENTIONNELLE (hors Interventionnelle)	571 604	10 812	-28 941	-18 129	-3%
MEDECINE NUCLEAIRE	159 946	6 021	-43 419	-37 399	-23%
GASTROENTEROLOGIE	283 086	6 835	-52 707	-45 871	-16%
OMNIPRATICIENS dont MEP (angiologues, allergologues, acupuncteurs...)	465 802	21 323	-83 740	-62 417	-13%
RADIO-CARDIO INTERVENTIONNELLE	220 689	50 119	-113 272	-63 153	-29%
RADIOLOGIE (hors Interventionnelle)	2 418 177	302 721	-417 341	-114 620	-5%
<b>Sous-total spécialités perdantes</b>	<b>5 394 523</b>	<b>492 765</b>	<b>-862 518</b>	<b>-369 753</b>	<b>-7%</b>
<b>Total ensemble des professionnels de santé</b>	<b>7 264 705</b>	<b>674 378</b>	<b>-985 972</b>	<b>-311 594</b>	<b>-4%</b>

Source : Source DAcT – CNAMTS

[223] Ce tableau fait apparaître des écarts significatifs en % pour certaines spécialités. Ces écarts sur les honoraires renvoient à des enjeux plus significatifs encore en termes de revenus. Du fait de la fixité de certaines charges, une augmentation (diminution) de X% des honoraires du fait d'une évolution des tarifs ne se traduit pas par une augmentation (diminution) de X% des charges. Le gain (la perte) en termes de revenu pour chacune des spécialités, en cas de passage à la cible, serait donc plus sensible que le gain (la perte) en termes d'honoraires. Le tableau fait aussi apparaître que les transferts seraient avant tout internes aux spécialités et que si ceux-ci pouvaient être acceptés, les redéploiements entre spécialités pourraient être assez limités pour la plupart d'entre elles.

- [224] Par ailleurs, ces écarts concernent les seuls actes techniques. Pour certaines spécialités, les actes techniques sont la source de la quasi-totalité des honoraires, pour d'autres, ils ne représentent qu'une part bien moindre. Pour ces dernières<sup>63</sup> (dermatologie, pédiatrie, neurologie,...), l'enjeu global est moins sensible.
- [225] On notera que pour toutes les spécialités, il existe des actes gagnants et des actes perdants. Si l'on peut comprendre que les spécialités résistent à une perte globale, il est significatif qu'au sein des spécialités, il n'ait pas été procédé, à honoraires constants pour la spécialité, à une compensation entre certains actes perdants et certains actes gagnants. On peut penser que la crainte de voir certains perdre au sein de la spécialité l'a emporté sur le souci de la cohérence de la rémunération entre les actes qui est à l'origine de la CCAM.

### 2.3. *Les raisons de la non convergence*

- [226] Il ressort du constat précédent que la CCAM qui devait aboutir à une équité de la rémunération des actes techniques n'a pas atteint son objectif plus de 7 ans après sa mise en place.
- [227] Il est possible d'imputer cet échec au fait que des sommes suffisamment importantes n'ont pas été consacrées à la revalorisation des actes techniques. A la limite, dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de rareté de la ressource, il aurait été possible d'opérer une "convergence vers le haut"<sup>64</sup> et de respecter la hiérarchie CCAM en étalonnant l'ensemble des tarifs sur l'acte le plus perdant à la CCAM. Pour autant, on ne peut accueillir cette critique, l'objectif d'équité est un objectif en soi indépendamment du montant global des sommes qu'il est possible de consacrer aux actes techniques. Il n'est pas réaliste de penser que la mise en œuvre de la CCAM pouvait permettre de s'affranchir de la discipline financière inscrite dans le vote de l'ONDAM.
- [228] La logique de la CCAM, dès lors qu'elle supposait des diminutions d'actes ne semble pas avoir été assumée par les syndicats médicaux et cela même si ces diminutions permettaient de financer l'augmentation d'autres actes. Il est commun en sciences politiques de souligner que l'insatisfaction des "perdants" même si leur perte est justifiée en équité est plus importante que la satisfaction tirée par les "gagnants". L'attitude des syndicats médicaux est donc compréhensible. Elle tient peut-être aussi à des rapports de force entre spécialités, interne aux syndicats, que la mission n'a pas pu analyser.
- [229] Par ailleurs, les résistances à la convergence peuvent s'expliquer par le fait que certaines déficiences dans le traitement des coûts de la pratique (cf. supra). Cette question est à l'origine d'un cercle vicieux : les limites dans l'appréciation des coûts de la pratique justifient la non convergence, la non convergence se traduit par l'absence de travaux pour affiner la prise en compte des coûts de la pratique.
- [230] On peut penser que l'UNCAM aurait pu forcer la convergence. Toutefois, compte-tenu des enjeux des négociations tarifaires (souhait d'obtenir un accord, volonté de maîtriser les dépenses...), il est compréhensible aussi qu'elle n'ait pas souhaité entrer en conflit avec les syndicats médicaux pour faire prévaloir la cohérence de la tarification.
- [231] Malgré cet échec global, on peut mettre au crédit de la CCAM le fait qu'elle a permis d'orienter les marges de manœuvre disponibles vers des actes relativement désavantagées et de justifier des diminutions pour les spécialités avantagées.

---

<sup>63</sup> Points de repère N°36 – Novembre 2011, P10 – Département des actes médicaux – CNAMTS

<sup>64</sup> Par convergence vers le haut, on entend l'hypothèse où les tarifs sont calés sur celui de l'acte le plus perdant dont le tarif n'est pas modifié et où la hiérarchie de l'ensemble des tarifications est construite à partir de cet étalon.

### 3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM : LA MAINTENANCE DE LA CLASSIFICATION ET DE LA HIERARCHISATION DES ACTES

[232] Les évolutions tarifaires qu'aurait du provoquer la CCAM n'ont pas été mises en œuvre mais de plus, la hiérarchisation des actes n'a pas été maintenue alors même qu'il était admis à l'origine qu'une maintenance régulière était nécessaire<sup>65</sup>.

#### 3.1. *L'absence de maintenance du socle de la CCAM*

[233] Pour la grande majorité des actes répertoriés dans la CCAM, il n'y pas eu d'actualisation ni des points travail, ni des coûts de la pratique.

[234] A cet égard, il convient de souligner que maintenance du coût de pratique et maintenance des points travail sont indissociables. Une maintenance partielle peut présenter plus d'effet pervers qu'une absence totale de maintenance. Supposons à titre d'exemple qu'avec la banalisation d'un acte, il soit possible de déléguer une part plus importante de sa réalisation. Cela induit une réduction du temps de travail du médecin et une augmentation des charges salariales (rémunération de la personne déléguée). Si les coefficients de charges sont réévalués et non les points travail, toutes choses égales par ailleurs, le médecin va bénéficier d'un double avantage : la délégation de tâches se traduit par une augmentation de son coefficient de charges (effets de l'augmentation des charges salariales liée à la délégation) alors même qu'il continue à bénéficier d'une durée de l'acte qui est maintenant trop favorable. Dans le cas inverse, la durée de l'acte sera revue à la baisse, mais les coefficients de charges ne le seront pas à la hausse, pénalisant le médecin. Une maintenance partielle éloigne plus de l'équité que l'absence totale de maintenance.

[235] Pour ce qui concerne les points travail, leur évaluation date maintenant d'environ 10 ans. En 10 ans, l'organisation du travail se modifie progressivement, régulièrement ou par sauts technologiques. En 10 ans, un acte peut se banaliser et l'appréciation portée sur l'intensité du travail (stress, effort mental, compétence technique) changer fondamentalement. On peut penser qu'en 10 ans, les effets d'expérience, l'amélioration des techniques et des matériels permet des gains de temps pour certains actes techniques<sup>66</sup>, voire leur délégation<sup>67</sup>. Dans d'autres cas, l'évolution des connaissances peut allonger le temps de réalisation d'un acte afin de prendre en compte de nouvelles pratiques.

[236] La mission ne peut mesurer l'ampleur de ces évolutions et donc le degré d'obsolescence de la CCAM mais il est raisonnable de penser que beaucoup des évaluations aussi datées ne sont plus pertinentes aujourd'hui. On se bornera à citer des exemples illustratifs :

- la durée de l'acte BFGA004 « Extraction extra capsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil » a été évalué à 60 minutes lors de la première évaluation des points travail. Il semble y avoir aujourd'hui consensus pour estimer que cette durée a largement diminué<sup>68</sup> (d'au moins la moitié) suite au progrès des techniques ;

---

<sup>65</sup> Par exemple, le représentant de la DSS lors du comité de pilotage de la CCAM du 7 avril 2004 indiquait que "la maintenance reste néanmoins un problème et devra être opérationnelle dès la mise en œuvre de la CCAM".

<sup>66</sup> Cet effet est dominant mais n'est pas systématique, le progrès technique peut aussi entraîner un surcroît de travail : plus de coupes à examiner et à interpréter avec les nouveaux matériels de radiologie.

<sup>67</sup> Sur les possibilités, très larges selon l'auteur, de délégation dans le domaine des actes techniques voir G. Vallancien "Le médecin du XXI<sup>e</sup> siècle" Le Débat, n°167, novembre-décembre 2011.

<sup>68</sup> L'opération de la cataracte, ce qu'il faut savoir – Brochure remise aux patients - [http://www.hug-ge.ch/library/pdf/Actualite\\_sante/broch\\_cataracte.pdf](http://www.hug-ge.ch/library/pdf/Actualite_sante/broch_cataracte.pdf)

- la cholécystectomie a été évaluée il y a plus de 10 ans ; deux techniques opératoires étaient et sont toujours possibles : la cholécystectomie par laparotomie et la cholécystectomie par coelioscopie. Au moment de l'évaluation, la nouvelle technique, relativement récente, nécessitait un changement de pratique important pour les chirurgiens, l'expérience était faible. Il a été estimé que les points « travail » associés à ces deux actes étaient proches (406 pour l'intervention par vidéochirurgie, 355 pour l'intervention par laparotomie). Aujourd'hui que la cholécystectomie par coelioscopie est banalisée, plus rapidement exécutée par des chirurgiens entraînés et la cholécystectomie par laparotomie est comparativement plus « lourde »<sup>69</sup> ;

- La durée de l'intervention sur le canal carpien retenue est de 40 minutes ; ce qui était vraisemblable il y a plus de 10 ans ne l'est plus aujourd'hui où la durée est estimée entre 15 et 30 minutes<sup>70</sup>.

- [237] Cette non réévaluation des points travail aide à comprendre, en partie, pourquoi l'innovation est systématiquement associée à une augmentation des coûts et des dépenses en matière de santé. Dans d'autres domaines, après une augmentation des dépenses liées à l'introduction d'une innovation, sa banalisation progressive se traduit par des progrès de productivité qui profitent aux consommateurs. En matière d'actes médicaux, ce processus ne joue pas. Du fait de prix administrés, rigides à la baisse, les progrès de productivité sont conservés par les producteurs.
- [238] Les coûts de la pratique n'ont pas plus été réévalués que ne l'ont été les points travail. Les coefficients de charges sont toujours fondés sur une évaluation de l'année 2002 ajustée 2003. La logique initiale était de procéder à une actualisation annuelle : chaque année on dispose de nouveaux montants de charges par spécialité que l'on peut rapprocher d'un nouveau volume de points travail. Cette opération aurait pu devenir une routine annuelle.
- [239] Bien évidemment les coûts de la pratique évoluent continument. La CCAM conduit elle-même à des modifications dans les conditions de la pratique. La revalorisation d'actes techniques a provoqué un glissement des actes cliniques vers les actes techniques. Le praticien ne pouvant facturer qu'un seul acte, il choisit le mieux rémunéré. Ce phénomène fut particulièrement net chez les ophtalmologistes<sup>71</sup>. Au vu de la méthode de calcul des coefficients de charges générales, il est possible que ceux-ci aient évolués sensiblement avec ce mouvement.
- [240] Par ailleurs, la réévaluation annuelle devait servir à améliorer progressivement la méthodologie (prise en compte des charges particulières, distinction au sein des spécialités où coexistent des pratiques différentes...).
- [241] En 10 ans, même si la mission n'est pas en mesure d'apprécier l'ampleur des changements, il est raisonnable de penser que tant le numérateur (montant des charges par spécialité) que le dénominateur (nombre de points travail par spécialité) ont évolué significativement et sont désormais vieillis<sup>72</sup>.
- [242] Au total, on peut suspecter les tarifs cibles CCAM d'être désormais largement obsolètes. Il n'est pas sûr que les tarifs cibles donnent des indications pertinentes pour faire évoluer les tarifs réels des actes.

<sup>69</sup> Entretien avec le professeur Larue Charlus, président de la commission de la hiérarchie des actes, 18 janvier 2012.

<sup>70</sup> [http://biblio.hmr.qc.ca/Publications\\_pdf/S/syndrome\\_tunnel\\_carpien\\_chr014.pdf](http://biblio.hmr.qc.ca/Publications_pdf/S/syndrome_tunnel_carpien_chr014.pdf)

<sup>71</sup> La part des actes techniques des ophtalmologistes est passée de 47% en 2006 à plus de 55% en 2008 – Point de repère n°26, décembre 2009, CNAMTS.

<sup>72</sup> La mission regrette de s'en tenir à des conjectures sur l'effet de la non réévaluation des coefficients de charges. Elle avait envisagé d'entreprendre de recalculer les coefficients de charges pour certaines spécialités. Malheureusement les données nécessaires pour effectuer ce calcul n'étaient pas disponibles.

### **3.2. Une procédure d'inscription des actes nouveaux contestée**

- [243] Si la CCAM dans sa dimension hiérarchisation/valorisation n'a pas été maintenue pour les actes anciens, elle se devait toutefois d'accueillir les actes nouveaux pour permettre d'intégrer les progrès médicaux et pour garder sa valeur descriptive des pratiques.
- [244] Ainsi une nouvelle classification des actes de radiothérapie externes prévue pour 2006 (suppression de 48 actes et inscription de 32 nouveaux actes) a été introduite le 1/05/2010. Cette mise à jour n'est que partielle. Elle concerne les libellés et la hiérarchisation. Faute de données fiables sur les coûts de la pratique, ces actes ne sont pas associés à un tarif cible. Ils sont rémunérés à un tarif conservatoire.
- [245] Il en est de même pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologique (95 libellés) introduits, sans tarif cible, dans la CCAM le 25/05/2010.
- [246] Par ailleurs, entre la version 1 de la CCAM et la version 25 actuelle, environ 80 actes ont été introduits dans la CCAM et 21 retirés.
- [247] Les conditions d'introduction des actes nouveaux dans la CCAM est source de tensions et d'incompréhension<sup>73</sup>. Elle est pilotée de fait par la CNAM. La CNAM prend l'initiative de soumettre un acte nouveau à la HAS, elle anime les travaux nécessaires à la hiérarchisation qui seront soumis à la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), elle décide de l'inscription.
- [248] Les principales critiques adressées à cette procédure sont la longueur des délais, le manque de transparence et l'absence de prise en considération, sans motivation formalisée, d'actes validés par la HAS. Les limites de la procédure actuelle sont sensibles également dans le secteur hospitalier dans la mesure où si l'acte est pratiqué sans être inscrit à la CCAM, les séjours peuvent ne pas être rémunérés.
- [249] Un groupe de travail DHOS/ATIH/DSS/CNAMTS/HAS a d'ailleurs été constitué en 2005. Il a travaillé de 2005 à 2008 avant d'interrompre ses travaux.
- [250] Les délais s'expliquent par les difficultés de la procédure d'instruction pour la HAS. Ils sont aussi interprétés par les acteurs comme l'effet du peu d'empressement de la CNAM à introduire des actes nouveaux du fait des enjeux budgétaires des inscriptions.
- [251] Le fait que l'organisme en charge de la maîtrise des dépenses ait la maîtrise entière du processus peut, à tort ou à raison, faire craindre un conflit d'intérêt.
- [252] Ces constats militent pour qu'une équipe dédiée, indépendante de la CNAM, prenne en charge la procédure d'actualisation de la nomenclature. Il faut en effet que les moyens consacrés à la gestion de l'introduction des actes nouveaux soient préservés et que l'objectif des personnels qui s'y consacrent soit exclusivement la qualité descriptive de la classification.
- [253] Ils militent aussi pour une inscription des actes à la nomenclature sur la seule base d'un avis positif de la HAS. Les difficultés éventuelles pour hiérarchiser l'acte et le tarifier en libéral ne doivent pas faire obstacle à sa pratique à l'hôpital.
- [254] Globalement, depuis 2004, l'inscription d'un acte relève, sauf exception, du collège des directeurs de l'UNCAM, elle devrait relever en dernière instance, à l'instar des décisions relatives à la prise en charge des médicaments, du (des) ministre(s).

### **3.3. Les raisons de la non maintenance**

- [255] L'absence de maintenance globale de la CCAM pourrait s'expliquer par des questions de moyens, les personnels affectés à la CCAM au sein du département des actes médicaux (DACT) ont été employés dans d'autres domaines (programme de maîtrise médicalisée...). Mais il semble que ce ne soit pas la raison fondamentale.

---

<sup>73</sup> Voir l'annexe 2.B : L'introduction d'actes nouveaux.

- [256] La CNAM consciente dès l'origine des difficultés à converger vers les tarifs cibles a considéré que la CCAM n'était qu'un élément parmi d'autres de la politique tarifaire pour ce qui concerne les actes techniques. Son actualisation n'était donc pas une priorité.
- [257] De plus, dès lors que la mise en œuvre des tarifs cibles de la CCAM était asymétrique, toute actualisation de la CCAM était potentiellement inflationniste. Un ajustement à la hausse de certains actes entraînait une revendication potentielle (accession progressive au tarif cible) alors que les ajustements à la baisse n'étaient pas une promesse d'économie (principes qu'aucun acte ne doit être perdant). Dans ce contexte, on comprend le peu d'empressement de la CNAM, légitimement soucieuse de maîtriser l'évolution des dépenses, à mettre en œuvre l'actualisation prévue de la CCAM.

#### 4. LES REVENUS PAR SPECIALITE

- [258] La CCAM avait pour objectif l'équité et plus particulièrement l'équité entre spécialités. Elle vise à approcher l'équité analytiquement en s'assurant que chaque acte unitaire est rémunéré de manière cohérente. Il est possible aussi d'aborder la question de l'équité, globalement, en comparant les niveaux de revenu par spécialité. Toutefois, si on se limite à cet aspect, la pertinence de la rémunération de tel ou tel acte n'est plus prise en compte.
- [259] De fait, l'UNCAM, pour les négociations tarifaires avec les représentants des médecins, s'appuie sur les indications fournies par la CCAM mais aussi sur les données relatives aux revenus des diverses spécialités. L'utilisation de cette référence permet d'apprécier les revenus relatifs des diverses professions, une plus grande homogénéité des niveaux de revenus pouvant être associée, en première analyse, à une plus grande équité.
- [260] Approcher l'équité à partir du montant des revenus a l'avantage d'appréhender l'ensemble de l'activité libérale (actes cliniques et techniques, activité non facturée) et de ne pas limiter la visée de l'équité à la seule rémunération des actes techniques.
- [261] Pour apprécier les revenus nets par spécialité de l'activité libérale, on applique aux données d'honoraires fournies par les régimes d'assurance maladie, un taux de charges qui est obtenu par retraitement par l'INSEE des déclarations fiscales des médecins. La DREES publie ainsi régulièrement des revenus nets par spécialité<sup>74</sup>.
- [262] Pour autant, au regard de l'équité, les données de revenus ne donnent que des indications qu'il convient d'interpréter avec précaution :
- les revenus par spécialité sont fournis sans référence à la durée et à l'intensité du travail. Or le temps de travail moyen et son intensité moyenne peuvent varier selon les spécialités. Le cumul entre activité libérale et activité salariée dont le niveau est hétérogène entre spécialité est une des variables parmi d'autres (répartition par sexe, vieillissement relatif, contraintes particulières de l'exercice...) qui conduisent à ces différences. Une différence de revenu n'est pas inéquitable si elle correspond à des charges de travail différentes ;
  - les revenus sont fournis sans distinction entre médecins de secteur 1 et médecins de secteur 2. Cet amalgame réduit la portée des enseignements que l'on peut tirer d'éventuelles différences de revenu pour apprécier la pertinence du niveau des tarifs sécurité sociale. Les différences de revenus peuvent en effet provenir de différences dans les niveaux de dépassements ;
  - la décomposition en sous-spécialités des données publiées est contrainte par la nécessité de faire correspondre la classification fiscale (utilisé pour les charges) et la classification CNAMTS (utilisé pour les honoraires). Cette contrainte peut aboutir à amalgamer des sous-spécialités dont le mode d'exercice est différent ;

---

<sup>74</sup> Voir la dernière publication en date V. Bellamy "Les revenus des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010". DREES Etudes et Résultats, n°786, décembre 2011.

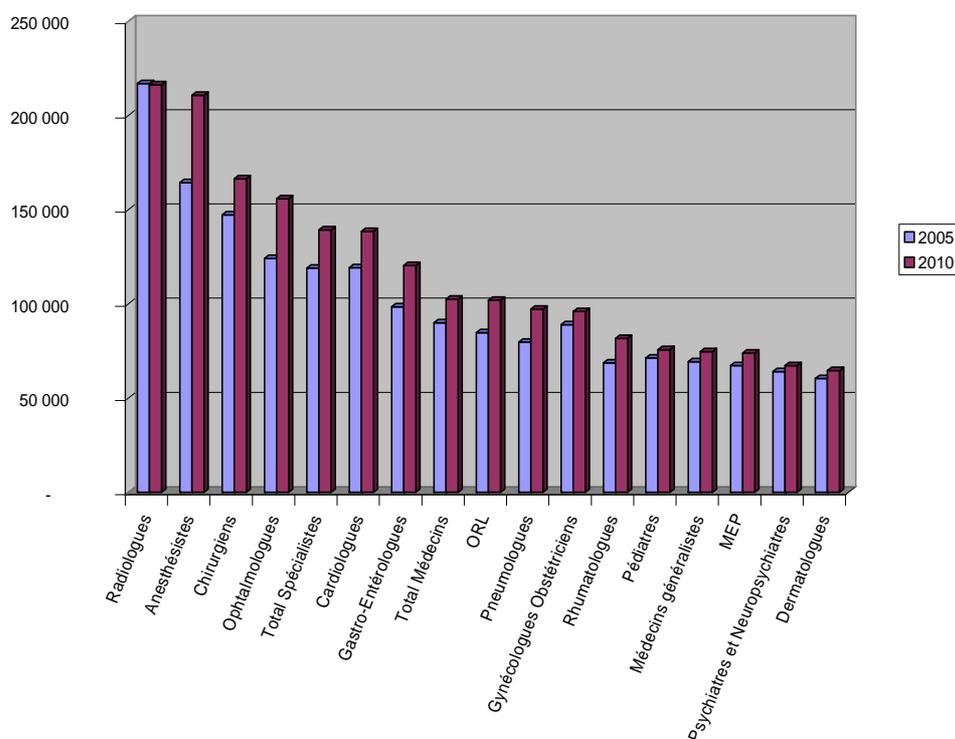
- difficulté plus conjoncturelle, les taux de charges récents n'ayant pas pu être fournis par l'INSEE, les taux de charges appliqués aux années 2008 à 2010 sont relatifs à l'année 2007. Même si la DREES note que les taux de charges sont globalement stables, ce retard nuit à la pertinence des données. Enfin le taux de charges utilisé est déduit des déclarations de bénéficiaires BNC, il est appliqué aux honoraires de tous les médecins même ceux qui exercent en SEL. Si les charges des médecins en BNC sont supérieures (inférieures) à celles des médecins exerçant en SEL, on obtient une image minorée (majorée) des revenus pour les spécialités où l'exercice en SEL est développé. Cette difficulté concerne pour l'essentiel les spécialités investissant dans des plateaux techniques lourds tels que les cardiologues interventionnels ou les radiologues.

[263] Enfin la DREES prend en compte l'ensemble des médecins ayant perçu des revenus libéraux dans l'année, elle englobe donc les médecins qui ont débuté ou cessé leur activité dans l'année ainsi que les hospitaliers temps plein ayant une activité libérale a priori limitée. La CNAMTS calcule pour sa part des revenus pour les médecins "actif à part entière" (APE). Elle ne prend en compte que les honoraires des médecins actifs toute l'année, de moins de 65 ans et qui n'exercent pas à temps plein à l'hôpital. Les revenus ainsi calculés paraissent plus pertinents pour mesurer les écarts de revenu tirés de l'activité libérale, nous les utiliserons par la suite.

[264] Il s'agit d'apprécier si, sur la période récente, les revenus des diverses spécialités ont convergé et quel est l'impact de la politique tarifaire sur l'évolution des revenus relatifs des diverses spécialités.

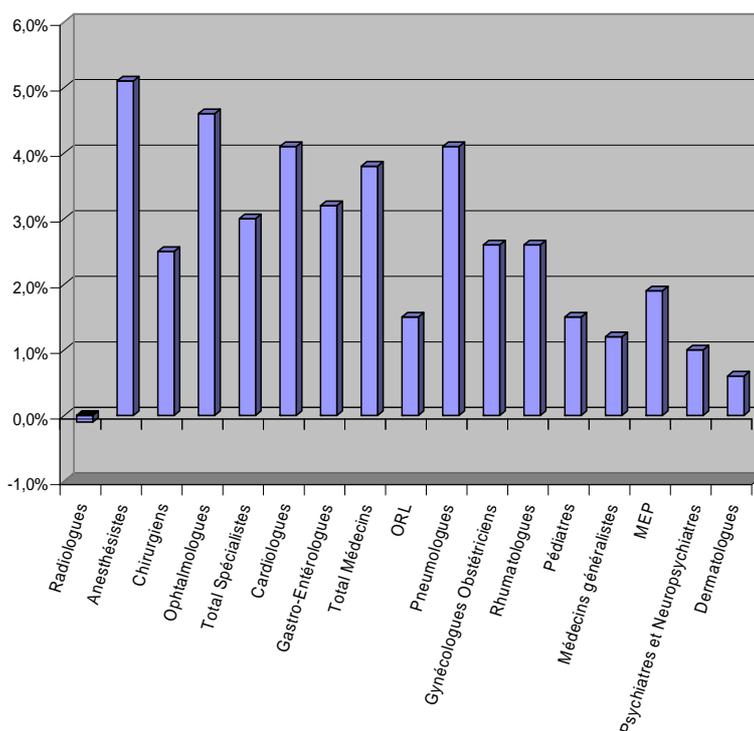
[265] Les tableaux suivant présentent en euros courants, les revenus par médecin APE des diverses spécialités entre 2005 et 2010 et le taux de croissance moyen annuel de ces revenus.

**Graphique 5 : Revenus moyens des médecins APE en euros courants par spécialité en 2005 et 2010**



Source : Calcul de la mission à partir de données CNAM et DREES

**Graphique 6 : Taux de croissance annuel des revenus en euros courants sur la période 2005-2010 par spécialité<sup>75</sup>.**



Source : Calcul de la mission à partir de données CNAM et DREES

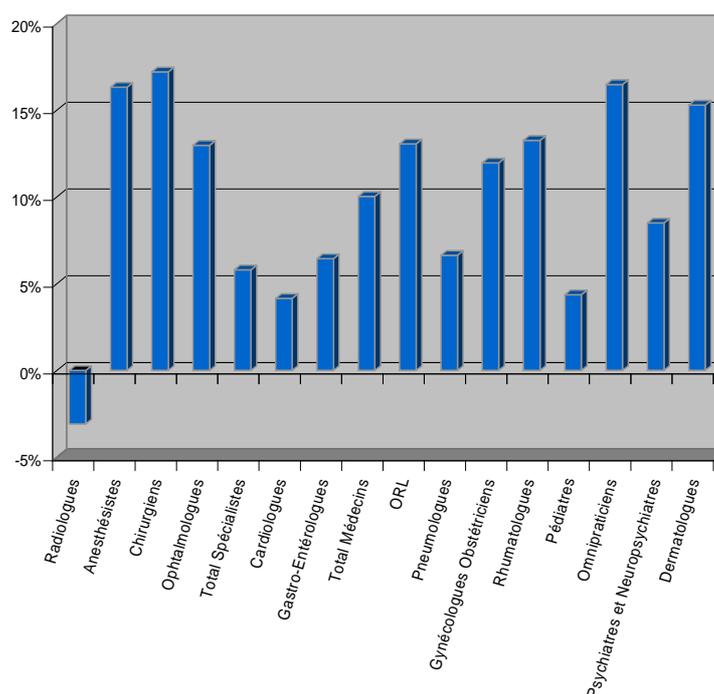
[266] En termes d'homogénéité des revenus entre spécialité, on note que la spécialité la plus favorisée en 2005, les radiologues, a vu ses revenus stagner en francs courants sur la période. Les spécialités qui ont connu les plus fortes hausses de revenu sur la période sont des spécialités à dominante technique dont les revenus étaient déjà parmi les plus élevés en 2005 (anesthésie, ophtalmologues, cardiologues). Les revenus des spécialités cliniques (pédiatres, généralistes, psychiatres, dermatologues) qui figuraient parmi les plus faibles revenus ont vu leur revenu augmenter moins que ceux de ces spécialités techniques.

[267] Pour les raisons évoquées plus haut, l'hétérogénéité des revenus n'est pas directement une marque d'iniquité de la tarification. Toutefois, dès lors que les données de revenus sont utilisées comme un repère dans la négociation, il est pertinent de noter que cette hétérogénéité ne se réduit pas sensiblement sauf pour ce qui concerne les radiologues.

<sup>75</sup> Sur la période, le taux de croissance annuel moyen des prix s'élève à 1,9%. On constate donc des diminutions de pouvoir d'achat pour certaines spécialités (ORL, dermato., généralistes...)

- [268] L'évolution des revenus ne dépend pas simplement de l'évolution des tarifs, seul élément que l'UNCAM maîtrise dans le cadre des négociations avec les représentants des médecins. L'évolution des revenus de chaque spécialité dépend aussi de l'évolution de l'activité, de la modification de la structure des actes, de la dynamique des taux de charges, du rythme d'augmentation des dépassements. Pour apprécier l'impact spécifique de la politique tarifaire conduite par l'UNCAM, il est possible de se baser sur l'évolution en prix des éléments de rémunération. Cet indice de prix est calculé par la CNAMTS à partir de la prise en compte de tous les éléments d'évolution tarifaire.
- [269] Il s'agit d'apprécier si la CNAMTS, à travers la politique tarifaire, a contribué à la convergence des revenus. Les effets prix par spécialité en euros courants sont présentés dans le tableau suivant.

**Graphique 7 : Effets prix par spécialité sur la période 2005 -2010**



Source : Calculs de la mission à partir de données CNAMTS

- [270] Les évolutions tarifaires retracées dans ce tableau sont concentrées sur le début de la période (2005-2008). Depuis le début de la crise économique, les évolutions de tarifs sont très limitées. Ce tableau n'intègre pas, faute de données, l'année 2011 mais il convient de noter que cette année a été marquée par une hausse de 1€ du C des généralistes.
- [271] La lecture de tableau fait apparaître que la politique tarifaire conduite a visé à peser sur les revenus des radiologues (effets prix négatif -3 %). Elle semble avoir été tournée également vers la revalorisation des spécialités cliniques (omnipraticiens, dermatologues notamment avec des effets prix de 16 % et 15 %) <sup>76</sup> mais elle a aussi été favorable aux chirurgiens (effets prix de 17 % liés notamment à la volonté de rééquilibrer secteur 1 et secteur 2). On note aussi qu'elle a été relativement favorable à des spécialités dont les revenus étaient parmi les plus élevés (ophtalmologues, anesthésistes).

<sup>76</sup> Malgré un fort effet-prix, les généralistes perdent du pouvoir d'achat sur la période 2005/ 2010 (TCAM des revenus de 1,2 % pour un TCAM des prix de 1,9%).

- [272] Au total, même si se dégagent quelques lignes de force (volonté de réduire l'avantage revenus des radiologues, souci de revaloriser les spécialités cliniques), il est très difficile de décrypter la logique de la politique tarifaire qui, d'ailleurs, plus qu'une politique, est la résultante d'un rapport "partenarial/ conflictuel" entre l'UNCAM et les syndicats médicaux et, de fait, à travers eux avec les diverses spécialités.
- [273] Quelles que soient les évolutions de la CCAM (cf. infra) dans la mesure où les données de revenus orientent les décisions tarifaires, il est, en tout état de cause, nécessaire d'investir dans la connaissance des revenus. On a déjà évoqué les limites des statistiques utilisées actuellement. La CNAM et la DREES doivent donc, en sus des données déjà disponibles, établir par spécialité et de manière actualisée, un revenu des seuls médecins secteur 1 ayant une activité standard c'est-à-dire correspondant à une activité à temps plein (autour de 55 heures) pour un médecin. Même si cette statistique ne permettrait pas de prendre en compte l'intensité du travail, elle permettrait au moins de comparer pour une durée de travail homogène la rémunération de chaque spécialité sur la base de tarifs opposables.

## 5. LES SCENARIOS D'EVOLUTION

- [274] Après avoir décrit l'histoire de la CCAM et l'évolution des revenus des spécialités, il nous a paru nécessaire pour ordonner la réflexion de décrire plusieurs scénarios contrastés pour l'évolution de la CCAM.
- [275] Le cadre général commun à ces scénarios est constitué par les difficultés des finances publiques en général et par celle de l'assurance-maladie en particulier. Nous n'évoquerons pas de scénario de "convergence par le haut". Si d'ailleurs des marges de manœuvre sont disponibles, les données sur les revenus évoquées précédemment suggèrent qu'elles devraient être affectées en priorité aux actes cliniques.
- [276] Nous avons construit ces scénarios même si la convention médicale de 2011 semble donner des orientations sur l'avenir de la CCAM. Selon l'article 28.1, les parties "conviennent de la nécessité de redéfinir de nouveaux tarifs cibles". Cet article prévoit aussi que sera défini "une nouvelle méthodologie de tarification au cours de l'année 2012". La lecture du texte pourrait laisser croire qu'un nouveau travail méthodologique va être entrepris en 2012 pour aboutir à de nouveaux tarifs. Des contacts de la mission avec les signataires, il ressort que cette lecture littérale des termes de la convention ne rend pas compte de leurs intentions. Pour la CSMF, il faut lire dans ces dispositions la confirmation que les tarifs des actes perdants ne baisseront pas. Pour la CNAMTS, il faut lire que pour certains actes, non encore précisés, l'évaluation des points travail pourrait être revue. Par ailleurs, le fait que le groupe méthodologique dont cet article prévoyait qu'il serait réuni avant la fin 2011, n'ait pas été constitué montre que les engagements pris dans cet article sont d'une faible portée pratique.
- [277] La mission IGAS devant l'incertitude sur l'avenir de l'outil CCAM a donc considéré qu'il y avait place pour envisager plusieurs scénarios contrastés. Trois scénarios seront décrits (5.1) avant de proposer une appréciation de leurs mérites et limites relatifs (5.2).

## 5.1. Les scénarios

- [278] De l'avis unanime des médecins rencontrés par la mission, la réalisation de la CCAM a permis un progrès majeur et indispensable dans la description de l'activité médicale. Les données issues du codage CCAM permettent de connaître la nature, le lieu de réalisation et la fréquence des actes techniques médicaux réalisés par les médecins selon leur spécialité, ainsi que les honoraires médicaux qui en découlent. Les données sont analysées par le DAcT et présentées 3 fois par an dans le cadre de l'observatoire de la CCAM. Ces données font l'objet de publications annuelles de l'assurance maladie<sup>77</sup>. Il s'agit essentiellement de mesurer les impacts budgétaires des décisions tarifaires et des évolutions de pratiques. C'est ainsi qu'ont été observés des effets de substitution d'actes cliniques par des actes techniques (traitement non chirurgical des varices par exemple) et que le coût de l'introduction d'un acte nouveau a pu être mesuré (exemple de l'ostéodensitométrie). Le suivi de certaines recommandations de la HAS a aussi pu être évalué (radiographies du crâne).
- [279] Les objectifs initiaux d'analyse des bases de données à des fins épidémiologiques n'ont pas fait l'objet, à notre connaissance, de projets identifiés.
- [280] Pour autant, la qualité descriptive de la CCAM est altérée par les dysfonctionnements de la procédure relative aux actes nouveaux d'où la nécessité, déjà évoquée, déjà évoquée, de constituer une équipe, indépendante de la CNAM dédiée à l'animation de cette procédure et de poser que tout acte validé par la HAS doit être inscrit à la nomenclature.
- [281] Les scénarios décrits sont donc relatifs à la fonction tarifante de la CCAM qui en tant qu'instrument descriptif de la pratique des médecins doit en tout état de cause perdurer.
- [282] Chaque scénario vise à illustrer une logique globale. Il est clair que chacun d'entre eux peut faire l'objet de variantes multiples. Trois scénarios sont proposés :
- un scénario qui prolonge les tendances actuelles
  - un scénario de refondation de la CCAM
  - un scénario de refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée

### 5.1.1. Le prolongement de la tendance

- [283] Le principe qu'aucun acte ne doit pas être perdant continue à prévaloir et la convergence continue à être reportée *sine die*.
- [284] Dans ce contexte, l'actualisation de la hiérarchie CCAM (points travail, coût de la pratique) n'est pas un impératif majeur puisque l'objectif qui la justifie (l'équité de la rémunération des actes) ne sera pas en tout état de cause atteint. Elle constitue une opération plutôt « risquée » pour les finances publiques car elle fera apparaître que des actes doivent être revalorisés alors même que les actes potentiellement perdants (sur lesquels les revalorisations pourraient être gagées en tout ou en partie) sont de fait sanctuarisés.
- [285] Dans ce contexte, aucun investissement fort n'est engagé pour réactualiser la hiérarchie des actes même si les actes nouveaux continuent à être intégrés dans la hiérarchie. Des opérations ponctuelles de réévaluation, égrenées dans le temps, sont engagées. En l'absence d'investissement soutenu et systématique, les domaines traités sont ceux pour lesquels s'exercent la plus forte pression des professionnels, c'est-à-dire plutôt sur les domaines où la réévaluation est à leur avantage.
- [286] Pour autant, au niveau global, le degré d'obsolescence de la CCAM augmente avec le temps. Elle devient de moins en moins une référence pertinente pour apprécier le niveau des tarifs.

---

<sup>77</sup> Publications de la CNAMTS : « Points de repère » n° 14, 21,26, 31,36.

- [287] La négociation conventionnelle s'organise comme actuellement tant autour du niveau relatif des revenus de chacune des spécialités qu'à partir des indications vieillies fournis par la CCAM. Elle aboutit à des discussions ciblées sur les spécialités "avantagées" lorsque les tensions sur l'ONDAM exigent des économies. Si des marges de manœuvre tarifaires apparaissent, elles sont attribuées aux actes des spécialités désavantagées. La négociation tarifaire n'est pas organisée, les seuls rendez-vous obligatoires sont les échéances conventionnelles. Entre les échéances conventionnelles, les tensions avec telle ou telle profession peuvent contraindre à des négociations ponctuelles avec telle ou telle spécialité à l'exemple de l'épisode concernant la chirurgie en 2006/2007.
- [288] Ce scénario, on le répète, n'exclut pas une maintenance des libellés à finalité descriptive de la CCAM qui est utile pour la connaissance de l'activité en ville et la maintenance de la classification en GHM utilisé par la T2A.

### 5.1.2. Refondation de la CCAM

- [289] L'objectif d'équité lié à la CCAM est pleinement assumé, l'idée que le tarif de certains actes peut baisser est admise.
- [290] Le fait que la CCAM puisse effectivement contribuer à une meilleure équité des rémunérations justifie que l'on investisse dans son actualisation et dans sa maintenance.
- [291] En tout état de cause, une réactualisation de la hiérarchie de l'ensemble des actes s'impose, Converger vers des cibles largement obsolètes n'aurait que peu de sens. Un travail préalable avec les représentants des médecins sur les points problématiques de la méthodologie constitue certainement un préalable à l'opération de réévaluation. Il convient de reprendre la réflexion sur les coûts de la pratique notamment sur la manière de constituer des données de charge sur des spécialités ou sous-spécialités homogènes.
- [292] Un calendrier contraignant de convergence (trois à quatre ans) à partir de la situation initiale qui vaut tant pour les actes perdants que gagnants est établi. Il s'impose aux acteurs.
- [293] Cet exercice de réévaluation est prolongé par une actualisation régulière des actes à un, rythme de trois à cinq ans pour les points travail<sup>78</sup> et annuelle pour les coûts de la pratique<sup>79</sup>.
- [294] Cet exercice de réévaluation exige un investissement initial conséquent et son maintien pour assurer l'actualisation en routine de l'outil. Il mérite certainement qu'une équipe dédiée lui soit affectée. Il suppose la mobilisation d'un grand nombre d'experts médicaux.
- [295] Après la re-hiérarchisation initiale, le maintien en routine de la CCAM peut aboutir à des évolutions régulières de la hiérarchie CCAM (réévaluation des points travail, réévaluation annuelle des coefficients de charges). La logique du dispositif exige que les conséquences de ces évolutions soient traduites automatiquement dans les tarifs (éventuellement avec un délai préfixé en cas d'évolution majeure). L'enjeu est que les évolutions de tarifs liées aux évolutions de la hiérarchie des actes ne soient pas l'objet de négociations mais le simple résultat des travaux de hiérarchisation.
- [296] L'enjeu de négociation entre les représentants des médecins et l'UNCAM n'est que le facteur de conversion (FC) ; seul le FC a vocation à figurer dans le texte conventionnel. Les tarifs de chaque acte résultent de la décision de l'autorité qui assure la hiérarchisation des actes. Celle-ci en prenant en compte le FC issu de la négociation conventionnelle et les paramètres qu'elle a établi (point travail par acte, coefficient de charges) est en position d'établir le tarif.

---

<sup>78</sup> Bien évidemment le rythme d'actualisation des actes doit être proportionné aux enjeux

<sup>79</sup> Une révision annuelle est la garantie que l'on ne laisse pas se creuser des écarts qu'il est ensuite d'autant plus difficile de combler qu'ils sont importants.

- [297] A cet égard, pour marquer l'indépendance des deux processus, il est souhaitable que la hiérarchisation des actes soit confiée à une entité autonome, distincte de la CNAM, celle-là même, déjà évoquée, qui en tout état de cause doit être chargée de l'introduction des actes nouveaux et de la qualité descriptive de la CCAM.
- [298] Le cadre de la négociation conventionnelle est ainsi profondément modifié. Pour les actes techniques, l'UNCAM négocie globalement avec l'ensemble des médecins et n'entre plus dans des discussions séparées avec telle ou telle spécialité.
- [299] Ce scénario suppose que la hiérarchisation des actes soit "objective". Du fait des enjeux financiers associés à ces travaux, cette neutralité sera bien évidemment difficile à obtenir. La détermination des points travail de tel ou tel acte mobilise nécessairement des médecins pour porter des appréciations qui comportent une part de subjectivité (facteurs stress, effort mental, compétences techniques) alors même que leurs intérêts financiers ou professionnels sont plus ou moins directement engagés dans les décisions qu'ils contribuent à prendre. Le calendrier de maintenance des actes constitue lui-même un enjeu : une spécialité qui a accompli des progrès de productivité dans la réalisation de tel ou tel acte a tout intérêt à ce que le réexamen de cet acte soit reporté.
- [300] Dans la logique de ce scénario, il faut faire l'hypothèse que l'entité en charge de la hiérarchisation saura organiser le débat entre les différentes spécialités pour que s'exerce un contrôle croisé entre spécialités, qu'elle aura par elle-même une autorité suffisante pour réguler les stratégies d'intérêt des acteurs, qu'elle mobilisera des capacités techniques susceptibles de lui donner une certaine indépendance par rapport aux représentants des spécialités<sup>80</sup>.
- [301] Il convient donc de constituer une équipe indépendante de la CNAM en charge d'actualiser la nomenclature, de conduire les opérations de réévaluation des points travail et de maintenir les coûts de la pratique (comme l'ATIH assure cette fonction pour la classification des GHS et l'échelle nationale des coûts).
- [302] La CHAP pourrait dans cette hypothèse conserver le rôle qu'elle joue aujourd'hui en matière d'orientation générale des travaux méthodologiques, de définition des priorités de travail et d'instance de validation des travaux techniques effectués<sup>81</sup>.

### 5.1.3. Refondation de la CCAM dans le cadre d'une enveloppe fermée

- [303] Le cadre général de ce scénario est similaire à celui évoqué précédemment mais s'effectue dans le cadre d'une enveloppe fermée déterminée dans le cadre de l'ONDAM « soins de ville »<sup>82</sup>.
- [304] L'enjeu au niveau global n'est plus de déterminer le FC, soit la valeur du travail médical, mais le montant global des dépenses consacrées aux actes techniques. Le FC n'est pas une variable de décision mais se déduit « mathématiquement » du montant de l'enveloppe et d'une prévision en volume.
- [305] C'est la logique qui prévaut aujourd'hui pour les hôpitaux publics et les cliniques privées. Le niveau général des tarifs des GHS se déduit du rapprochement entre l'enveloppe fixée dans le cadre de la LFSS et une prévision en volume (cf. supra partie relative à la T2A)<sup>83</sup>.

---

<sup>80</sup> Aux Etats-Unis, l'American Medical Association joue un rôle majeur dans la hiérarchisation des actes et il semble que le rapport de force entre spécialité biaise le processus. Voir l'annexe 2 A et P. Ginsburg, R. Berenson. "Revising Medicare's physician fee schedule. Much activity for little change". *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

<sup>81</sup> Voir annexe 2 C : La commission de hiérarchisation des prestations et des actes (CHAP) et l'observatoire de la CCAM.

<sup>82</sup> Pour un exemple d'un dispositif visant à réguler par une enveloppe, les tarifs médicaux voir annexe 2.A : La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis.

<sup>83</sup> Plus précisément, l'enveloppe fixée dans le cadre de la LFSS couvre l'ensemble des dépenses pour les établissements de santé publics et privés tarifés à l'activité. De cette enveloppe, sont déduites certaines dépenses particulières (MIGAC, urgence...) pour constituer l'enveloppe consacrée au financement des

- [306] Cette logique ne s'applique pas actuellement aux soins de ville. S'il existe bien un sous-objectif "soin de ville" inclus dans l'Objectif national d'assurance maladies (ONDAM) voté par le Parlement, il englobe des secteurs et des professions qui obéissent chacun à une logique propre (médicaments, transports, indemnités journalières, médecins, infirmières ...). Cette enveloppe est construite à partir d'hypothèses sur chacun de ces sous-secteurs mais ces sous-enveloppes ne sont pas contraignantes et autorisent en cours d'années des « compensations » entre l'un et l'autre des domaines. Le système est souple, il autorise la négociation avec chaque acteur même si, du moins en théorie<sup>84</sup>, toute dépense concédée dans un domaine est gagée sur les possibilités de dépenses d'un autre. Les actes techniques sont un de ces sous-domaines.
- [307] On peut envisager d'appliquer la logique de l'enveloppe fermée aux actes techniques.
- [308] Cette hypothèse de l'enveloppe fermée change le contexte dans lequel se déploie la CCAM technique. Elle assure que les travaux de hiérarchisation des actes sont sans influence sur l'évolution globale des dépenses liées aux actes techniques. Quelles que soient les décisions prises en termes de hiérarchisation et/ou de convergence, l'ajustement par le facteur de conversion assure le respect des enveloppes financières.
- [309] Ce scénario permet donc *a priori* de déléguer plus largement au corps médical et à ses représentants le soin de hiérarchiser les actes et de réaliser en son sein les arbitrages entre spécialités. La question de l'équité entre médecins est déléguée aux médecins.

## 5.2. Mérites et limites de chacun des scénarios

### 5.2.1. Un scénario 3 irréaliste

- [310] La scénario 3 a été évoqué par souci d'exhaustivité dans l'exploration des possibles mais ne paraît pas réaliste.
- [311] Il est difficile d'envisager qu'un sous-objectif soit fixé pour un des éléments des soins de ville (les actes techniques) sans envisager d'appliquer la même procédure pour les autres composantes de cet objectif.
- [312] Or multiplier les sous-objectifs ferait peser une contrainte forte sur le débat autour de l'ONDAM.
- [313] Actuellement, le flou relatif qui entoure les évolutions de chacune composantes de l'objectif soins de villes permet de laisser subsister une incertitude qui d'une part permet aux gestionnaires (UNCAM, CEPS, ministère... ) d'ajuster leurs décisions en fonction des circonstances, d'autre part entretient parmi les parties prenantes (industrie du médicament, diverses professions de santé...) l'idée qu'elles disposent, dans un cadre contraint globalement, de possibilités pour faire prévaloir leurs intérêts propres dans le dialogue avec les pouvoirs publics. L'absence de sous-objectifs au sein de l'ONDAM soins de ville crée une illusion de liberté mais il s'agit d'une illusion utile.
- [314] Il faudrait afficher des taux d'évolution annuels très différents selon les composantes des soins de ville, qui répondent à des dynamiques différentes. Or, pour des raisons d'affichage, il y aurait une pression pour aligner les taux d'évolution comme cela est constaté aujourd'hui entre « ville » et « hôpital », pour lesquels il est politiquement difficile d'afficher des taux d'évolutions divergents.
- [315] Fixer des sous-enveloppes contraignantes au sein de l'objectif soin de ville conduirait à reporter les tensions et les débats au niveau du débat parlementaire sur l'ONDAM. Il placerait le Parlement en arbitre des intérêts attachés à chacun des composantes de l'ONDAM. On peut penser que telle n'est pas sa fonction.

---

activités rémunérées à l'activité. Le niveau des tarifs est fixé à partir d'une enveloppe. Ainsi, après quelques détours, c'est bien l'enveloppe décidée par le parlement qui détermine le niveau des tarifs ;

<sup>84</sup> En pratique l'ONDAM soins de ville est parfois dépassé.

[316] Pour ce qui concerne les médecins, on peut penser que ce scénario d'une part serait plus transparent par un affichage clair des sommes dont ils pourront disposer dans le cadre de l'ONDAM, d'autre part permettrait d'envisager qu'ils disposent à travers leurs représentants de plus d'autonomie pour hiérarchiser le prix des actes. Pour autant, cette procédure reviendrait sous une forme plus complexe (ce n'est pas les tarifs qui s'ajustent mais le niveau du facteur de conversion) à réintroduire un mécanisme d'ajustement prix-volume auxquels ils se sont opposés au début des années 2000. Laisser une large autonomie aux représentants du corps médical pour gérer la hiérarchie des actes les place dans la situation difficile de devoir organiser et réguler la confrontation des intérêts des diverses spécialités.

### 5.2.2. Mérites et limites des scénarios 1 et 2

[317] L'appréciation des scénarios 1 et 2 peut s'établir à partir de plusieurs perspectives.

#### 5.2.2.1. Les moyens mobilisés

[318] Le scénario 2 dans la mesure où il suppose une réactualisation et une maintenance continue de la CCAM suppose de mobiliser des moyens plus conséquents que le scénario 1 pour ce qui concerne tant l'équipe technique en charge du processus que les experts médicaux qu'il faudra mobiliser.

[319] Il faut toutefois tenir compte du fait que la maintenance peut être priorisée dans la mesure où 90% des remboursements correspondent à moins de 10% des libellés d'actes.

[320] Le coût de cette mobilisation est difficile à évaluer pour ce qui est de la mobilisation des experts médicaux : à l'origine de la CCAM, leur participation était indemnisée. La mission a interrogé la CNAMTS sur le coût de réactualisation de la CCAM. Celle-ci n'a pas procédé à une telle évaluation. Toutefois, pour l'équipe technique, il semble qu'il faille tabler sur une équipe de 10 personnes qui s'appuierait sur des expertises médicales sollicitées auprès des conseils nationaux professionnels.

[321] Cet élément ne semble pas en tout état de cause déterminant dans le choix à opérer.

#### 5.2.2.2. L'objectif d'équité

[322] Le scénario 2 permet *a priori* d'introduire une plus grande équité dans la rémunération des actes. Il renoue avec l'ambition initiale de la CCAM.

[323] Pour autant, (Cf. supra 11 Objectif) l'équité dans la rémunération des actes techniques ne garantit pas une équité plus générale (existence du secteur 2, rapport du temps facturé au temps travaillé, part des actes cliniques...).

[324] Par ailleurs, l'objectif d'équité risque d'être contradictoire avec d'autres objectifs : la mise en place de la majoration provisoire des chirurgiens montre que le souci de maîtriser les effets du secteur 2 peut conduire à s'écarter *a priori* de "l'équité" stricte qui résulte de la CCAM technique.

[325] La préoccupation d'équité n'est pas absente du scénario 1 même si elle s'y matérialise de manière plus pragmatique à travers des négociations qui prennent en compte de manière souple tant les indications fournies par la CCAM que les données sur les revenus.

[326] Il n'est resté pas moins qu'en termes d'équité des rémunérations, du moins pour les actes techniques, le scénario 2 peut être considéré comme supérieur au scénario 1.

### 5.2.2.3. La maîtrise de l'évolution des dépenses

- [327] Du point de vue des finances publiques, il est légitime d'apprécier les deux scénarios quant à leurs conséquences en termes de maîtrise de l'évolution des dépenses.
- [328] Dans le scénario 1, l'évolution des dépenses (hors décision tarifaires) dépend de l'évolution du volume des actes et de l'introduction d'actes nouveaux. La CNAM n'a pas *a priori* de moyens d'action propres pour réguler une évolution des dépenses qui serait considérée comme excessive : les tarifs des actes dépendent de la négociation conventionnelle. Toutefois quand le respect de l'ONDAM l'exige, il lui est demandé d'agir (Cf. mesures d'ajustement prises après l'alerte de 2007, exigences d'économies associées au PLFFS 2012) et elle intervient soit à travers des règles annexes (règle sur les associations d'actes), soit à travers les forfaits techniques, soit à partir d'une négociation séparée, ciblée pour telle ou telle spécialité (Cf. radiologie fin 2011-2012). A l'inverse, lorsqu'il apparaît possible d'augmenter les tarifs, elle les répartit à partir des données sur les revenus (revalorisation de certains actes cliniques) et à partir des indications de la CCAM. Le facteur de conversion qui avait vocation à être en théorie la variable de décision et de négociation n'a pas évolué.
- [329] Dans le scénario 2, l'évolution des dépenses (hors décision tarifaire) dépend de l'évolution du volume d'actes et de l'introduction d'actes nouveaux comme dans le scénario précédent. Mais à la différence du scénario précédent, les décisions de maintenance de la hiérarchie des actes (réévaluation des points travail, actualisation du coût de la pratique) peuvent avoir un effet d'augmentation ou de diminution de la dépense.
- [330] Il est délicat de se prononcer *a priori* sur l'effet qu'aurait la maintenance de la CCAM sur l'évolution des dépenses.
- [331] Pour ce qui concerne la maintenance des points travail, il est possible que certains actes se complexifient<sup>85</sup> (nouvelles exigence en termes de sécurité...) mais la situation la plus commune devrait être qu'avec le temps (effet d'apprentissage, amélioration progressive des techniques, délégation progressive des éléments de l'acte ...), la durée des actes diminue de même que l'intensité du travail (avec la banalisation progressive d'un acte lié à l'expérience de sa pratique, on peut penser que le stress et l'effort mental décroissent de même que l'appréciation portée sur la compétence technique nécessaire pour le réaliser). Pour autant, l'absence d'effet inflationniste suppose que les spécialités concernées acceptent de voir ratifier dans la hiérarchie des actes, leurs progrès de productivité et la banalisation progressive de leur pratique. On peut penser que ce ne sera pas leur propension naturelle. L'hypothèse qu'il n'y aura pas d'effet inflationniste à la réévaluation des points travail suppose qu'elle soit conduite de manière très rigoureuse.
- [332] Le coût de la pratique est mesuré à travers le coefficient de charges qui rapporte le montant des charges (numérateur) au nombre de points travail (dénominateur). Le numérateur du coefficient de charges a tendance en règle générale à augmenter (augmentation des loyers, des salaires...) mêmes si dans certains domaines il est possible d'envisager des baisses de prix (matériels...). Pour autant, du fait de la part des charges fixes ou semi fixes, il est possible que cet effet inflationniste soit limité par l'évolution du dénominateur, soit le nombre de points travail. Pour les spécialités dont le volume d'activité évolue fortement, il est ainsi possible que les coefficients de charges diminue (le numérateur évolue moins vite que le dénominateur). Le coefficient de charges peut jouer un rôle de modération dans le cas où l'activité évolue fortement soit dans ce cas, un effet bénéfique par rapport au scénario 1.

---

<sup>85</sup> Si l'acte change de nature, on est renvoyé à la problématique des actes nouveaux. L'hypothèse de complexification d'un acte existant est donc étroite.

- [333] Au total, le scénario 2, dans la mesure où il suppose une maintenance continue de la hiérarchie des actes, introduit une incertitude sur l'évolution des dépenses par rapport au scénario 1. Les effets inflationnistes de la maintenance seront *a priori* limités mais cela suppose une grande rigueur pour que les évolutions négatives pour certains actes soient au même titre que les évolutions positives prises en compte et transcrites en décision tarifaire. Si la procédure de maintenance est biaisée, elle s'avérera très certainement inflationniste.
- [334] Enfin, le scénario 2 par rapport au scénario 1 modifie les conditions de la négociation tarifaire. Dans ce scénario, il n'y a pas *a priori* place pour des discussions particulières (autour de tel acte, de telle spécialité) puisque de telles discussions viendrait contredire le travail de hiérarchisation réalisé dans la cadre de la CCAM. La négociation entre l'UNCAM et les représentants du corps médical pour les actes techniques a vocation à se focaliser sur le facteur de conversion qui on l'a vu n'est pas véritablement un enjeu dans le scénario 1.
- [335] Aussi, on peut craindre en termes de maîtrise des dépenses que la négociation soit plus délicate pour l'UNCAM qui se trouvera confronté à l'ensemble des spécialités coalisées pour faire valoir leurs revendications sur la valorisation de leur travail. Pour les médecins, cela interdit *a priori* les stratégies particulières de négociation de telle ou telle spécialité mais cela renforce leur force collective.
- [336] Au total, pour ce qui concerne la maîtrise des dépenses, le scénario 2 paraît plus risqué que le scénario 1.

## 6. LES RECOMMANDATIONS

- [337] Cette discussion des scénarios a permis de pointer les divers enjeux des différents scénarios.
- [338] Formuler une recommandation suppose de se prononcer sur la part que l'on donne d'une part à l'objectif d'équité qui conduit à privilégier le scénario 2 et d'autre part à l'objectif de maîtrise des dépenses qui conduit à préférer le scénario 1. La mission considère que les préoccupations liées à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour essentielles qu'elles soient, ne doivent pas l'emporter *a priori* sur le souci de rechercher une cohérence, même si ce n'est qu'une cohérence limitée, dans la rémunération des professionnels de santé. L'idée de rémunérer à l'occasion de chaque acte en fonction de l'effort réalisée reste une idée forte.
- [339] Aussi le scénario 2 paraît *a priori* plus rationnel et plus cohérent et mériterait d'être mis en œuvre. Pour autant, les conditions pour se faire ne semblent pas actuellement réunies pour s'engager dans cette refondation de la CCAM technique. Il n'y a de sens pour investir dans la refondation de l'outil que s'il est raisonnable de penser qu'il sera effectivement utilisé et si son utilisation n'est pas biaisée.
- [340] Bien évidemment, la mise en place du scénario 2 est plus facile si la diminution de la valeur de certains actes s'inscrit dans un contexte où il est possible de revaloriser globalement les actes techniques (augmentation du FC). A cet égard, il est probable, à moyen terme du moins, que les contraintes sur les finances publiques et donc sur l'ONDAM ne permettront pas une grande "générosité".
- [341] Dans ce contexte peu favorable, plusieurs conditions doivent néanmoins être réunies pour envisager de s'engager dans un processus de refondation de la CCAM :
- il faut tout d'abord qu'il soit admis qu'à l'issue d'une phase de réévaluation de la hiérarchie initiale des actes, des actes peuvent voir leur tarif diminuer même si, bien évidemment, cette diminution peut être étalée dans le temps ;

- il faut dégager un accord sur une procédure de maintenance de la CCAM qui garantisse que celle-ci ne sera pas biaisée par les rapports de force entre spécialités. Il faut pour cela définir un calendrier contraignant de réévaluation des divers actes qui assure une révision tous les trois ans des familles d'actes majeures et tous les cinq ans des familles d'actes moins importantes. Il faut s'accorder sur la constitution d'une équipe technique dédiée susceptible d'assurer le pilotage technique du processus. Il faut certainement placer ce processus et cette équipe sous le contrôle d'un comité dont les membres auraient collectivement une indépendance et une autorité suffisante pour garantir l'intégrité du processus et arbitrer les conflits éventuels. La CHAP aurait alors vocation à jouer à l'égard de travaux de cette équipe, le rôle d'orientation et de validation qui est le sien actuellement ;

- il faut bien évidemment que les décisions issues de ce processus se traduisent effectivement dans les tarifs même si des décisions trop brutales ont vocation à être étalées dans le temps ;

- il faut enfin que les parties conventionnelles s'accordent sur le nouveau contenu des négociations conventionnelles (exclusion des négociations particulières...) dont, on l'a vu, le contenu devient fondamentalement différent dès lors que l'on se situe dans une hypothèse où la CCAM règle la hiérarchie des actes<sup>86</sup>.

[342] Aussi, même s'il paraît souhaitable dans l'absolu de s'engager dans la refondation de la CCAM, il n'est raisonnable de s'engager dans cette voie que si une négociation préalable entre l'UNCAM et les représentants des médecins permet d'établir des règles du jeu qui garantissent que l'objectif qui justifie la CCAM, l'équité des rémunérations, a quelque chance d'être, si ce n'est atteint, du moins approché.

[343] L'ambition forte qui est à l'origine de la CCAM tarifante (l'équité des rémunérations) a pour contrepartie une exigence de rigueur dont il appartient aux acteurs du processus de décider s'ils acceptent de s'y soumettre.

[344] **Récapitulatif des recommandations :**

**Recommandation n°1 :** Constituer une équipe autonome de la CNAM dédiée à l'actualisation de la CCAM, au moins dans ses libellés, pour assurer l'introduction des actes nouveaux et la suppression d'actes obsolètes (Législateur, DSS, DGOS, CNAM, 2012).

**Recommandation n°2 :** Investir dans la connaissance des revenus des médecins pour pouvoir connaître ceux des médecins, de secteur 1 ayant une activité standard (DREES, CNAM, 2012 et ensuite).

**Recommandation n°3 :** Engager une négociation sur l'avenir de la CCAM pour vérifier si les conditions sont réunies pour envisager sa refondation (UNCAM, syndicats médicaux, 2012).

---

<sup>86</sup> A la limite et en termes juridiques cela signifie que l'article L614-1 qui prévoit que la négociation conventionnelle fixe les tarifs des actes doit être revu, il devrait prévoir que la convention ne détermine que la valeur du facteur de conversion qui compte-tenu de la hiérarchie des actes permet de calculer les tarifs;

## **Partie 3 - La tarification des actes cliniques**

- [345] Lors de la mise en place de la CCAM technique au début des années 2000, il était admis par les représentants des médecins et par les caisses d'assurance maladie qu'avec les adaptations nécessaires, une même démarche devait s'appliquer aux actes cliniques. Des travaux ont alors été entrepris dans cette perspective<sup>87</sup> sans il est vrai connaître de réels prolongements. En 2005, la convention médicale prévoyait que "les parties reprennent les termes de l'accord de 2003 et s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur [de la CCAM clinique] avant la fin de l'année 2006"<sup>88</sup>. En 2007, le rapport de PJ Lancry sur la médecine générale en appelait à une mise en œuvre rapide de la CCAM clinique<sup>89</sup>. Plus récemment, le rapport Hubert préconisait de définir plusieurs niveaux de consultation<sup>90</sup>. Certains syndicats médicaux soutiennent le projet de CCAM clinique. La convention médicale signée en juillet 2011 prévoit sa « mise en place d'ici le 31 décembre 2012 »<sup>91</sup>.
- [346] Les objectifs assignés à la CCAM clinique sont similaires à ceux mis en avant pour la CCAM technique : mieux ajuster les tarifs à l'effort fourni et aux coûts supportés pour chaque séance clinique afin de garantir l'équité des rémunérations entre médecins et entre spécialités et d'éviter des biais de prise en charge induits par des considérations financières.
- [347] Cette partie du rapport est consacrée à l'examen de ce projet. Elle traite donc de l'opportunité de cet aménagement du paiement à l'acte sans prétendre évaluer les mérites et les limites de ce mode de paiement au regard, selon les termes mêmes de la convention médicale, des deux autres « piliers » de la rémunération des médecins libéraux : paiement au forfait, paiement sur objectif de santé publique<sup>92</sup>.
- [348] Pour situer les ordres de grandeur ; 375 millions d'actes cliniques ont été réalisés par les médecins en 2010 dont 275 millions pour les omnipraticiens et 100 millions pour les spécialistes. Ce nombre est en diminution : -18 millions d'actes cliniques par rapport à 2005 pour les omnipraticiens et -8 millions pour les actes cliniques de spécialistes ;
- [349] L'organisation actuelle de la tarification des actes cliniques est décrite (1). Les données disponibles sur la durée et l'intensité des actes cliniques sont rappelées (2). La logique mais aussi les limites du mode de tarification actuel sont discutées (3). Les divers scénarios de différenciation du tarif des consultations sont analysés (4). A partir de ces analyses, des recommandations sont proposées (5).

## 1. LA TARIFICATION DES ACTES CLINIQUES AUJOURD'HUI<sup>93</sup>

- [350] Les actes cliniques principaux des généralistes et des spécialistes sont cotés sur le base de lettres clefs différentes C et CS (C pour consultation, S quand elle est le fait d'un médecin spécialiste), V et VS (visites). Le C et le CS sont actuellement tarifés à 23 € Le V et le VS sont tarifés à 23 € majoré de 10 € (majoration de déplacement : MD).

<sup>87</sup> Voir notamment la typologie des consultations établies à la demande de la CNAM par la SFMG : O Kandel, D Duhot, G Very, J-F Lemasson, P Boissault, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale » La Revue du Praticien. Tome 18 n°656/657, 2004.

<sup>88</sup> Convention médicale du 15 janvier 2005, art.7.8.

<sup>89</sup> PJ Lancry. *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*. Février 2007.

<sup>90</sup> E. Hubert. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. 2010. la Documentation française.

<sup>91</sup> Cf. art. 25 de la convention médicale signée le 26 juillet 2001.

<sup>92</sup> *Idem*

<sup>93</sup> Nous ne prétendons pas rendre compte ici de toutes les subtilités de la nomenclature et de la tarification des actes cliniques qui s'est très largement compliquée dans les années récentes. Voir l'annexe 3.A, Les tarifs des actes cliniques.

- [351] Le CS et le VS sont majorés systématiquement de 2 € (majoration forfaitaire transitoire) pour le spécialiste en secteur 1 (3 € pour le pédiatre). Cette différenciation du tarif en fonction du secteur conventionnel ne vient pas sanctionner une différence de nature des actes mais constitue un « avantage » pour les médecins spécialistes du secteur 1. Par ailleurs, une majoration de coordination de 3 € peut être pratiquée pour des soins itératifs délivrés à des patients dans le cadre du parcours de soins.
- [352] La consultation pour avis ponctuel du spécialiste (cas où le patient est adressé par le médecin traitant et où il n'est pas prévu qu'il revoie le spécialiste dans les six mois) sera cotée C2 (46 €) ou C3 (69 €) si le spécialiste est PU-PH. Le nombre de C2 a plus que doublé depuis 2005 de 4,5 million à 9,7 millions, la part des C2 dans le total des actes cliniques des spécialistes est en croissance régulière de 4% en 2005 à 10% en 2010. Elle représente pour certaines spécialités, une part majeure de l'activité (32% pour les gastro-entérologues, 30% pour les chirurgiens).
- [353] La très grande majorité des consultations des spécialistes secteur 1 sont donc valorisées 28€ (CS + majorations) ou 46€(C2)<sup>94</sup>.
- [354] Ces lettres clefs et ces majorations constituent la base de la tarification des actes cliniques mais elles sont toutefois complétées, selon le type de patients, d'actes ou de spécialités par des majorations qui offrent de fait une certaine différenciation tarifaire.
- [355] A titre d'exemple, La consultation du généraliste est majorée de 5 euros pour les enfants de moins de deux ans et de 3 euros pour les enfants de 2 à 6 ans. Ces majorations valent aussi pour le pédiatre.
- [356] Certaines consultations spécifiques bénéficient d'un tarif particulier : par exemple la consultation de synthèse annuelle pour le patient en ALD (26 €). Par ailleurs, on peut considérer que le forfait de 40 € par patient en ALD inscrit chez le médecin traitant est une manière d'augmenter le coût unitaire des consultations pour ce type de patient.
- [357] Des lettres clés spécifiques ont été créées pour certaines spécialités : la CsC (45,73 €) pour les cardiologues réservé à certaines de leurs consultations accompagnées d'un acte technique et les CNPSY, VNPSY (34,30 €) pour les psychiatres et les neuropsychiatres.
- [358] Tous ces actes peuvent être complétés de suppléments justifiés par des conditions d'interventions plus exceptionnelles telles que l'intervention en urgences, la nuit, les jours fériés.
- [359] La rémunération des actes des généralistes et dans une moindre mesure des spécialistes est complétée par les sommes dont ils peuvent bénéficier au titre du « respect des objectifs de santé publique », dénomination adoptée par la convention médicale de 2011 pour le paiement à la performance.
- [360] Au total il existe de nombreux éléments de différenciation de la tarification des actes cliniques mais la tarification de ces actes cliniques reste pour l'essentiel indifférenciée, reposant sur le C, le V, le CS et le C2.

---

<sup>94</sup> Sont concernés par ces tarifs, outre les médecins secteur 1, les médecins de secteur 1 avec droit au dépassement permanent (DP) ; les médecins de secteur 2 avec option de coordination ; les médecins exerçant en secteur 2 lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire.

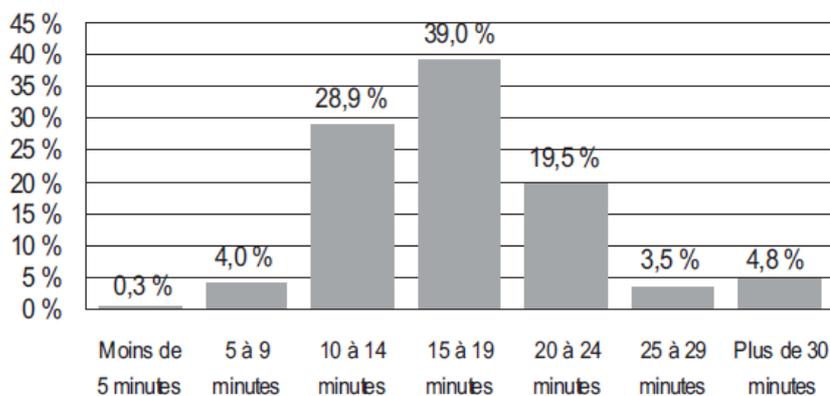
## 2. DUREE ET INTENSITE DES ACTIVITES CLINIQUES

[361] La majorité des actes cliniques (consultation et visites) sont rémunérés à partir de tarifs peu différenciés. Il est donc utile d'analyser l'hétérogénéité des actes pour apprécier la pertinence de ce mode de tarification. Dans le cadre de la CCAM technique, l'effort du médecin est apprécié à travers la durée mais aussi à travers d'autres composantes (stress, effort mental, compétences techniques...), on ne dispose pour les actes cliniques que d'éléments relatifs à la durée<sup>95</sup>.

### 2.1. Pour les généralistes

[362] En 2002, la durée moyenne des séances (consultation et visites) des généralistes s'établissait à 16 minutes avec une dispersion retracée dans le tableau suivant<sup>96</sup>.

Tableau 3 : Distribution des séances de généralistes selon leur durée



Lecture : 39 % des séances étudiées ont duré entre 15 et 19 minutes.

Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, Drees, 2002

[363] Ainsi, près de 40% des séances durent entre 15 et 20 minutes et environ 90% des séances durent entre 10 et 25 minutes.

[364] La variabilité de la durée (coefficient de variation de 40%) s'explique pour un tiers par des différences de pratique entre médecins (variabilité "inter médecin"). Toute chose égale par ailleurs, la durée des séances est plus longue si le médecin est une femme surtout une femme âgée (plus de 55 ans), si le médecin réalise peu de consultations et si le médecin exerce en secteur 2. Une tarification ajustée sur l'effort consenti à partir d'une durée standard (modèle de la CCAM technique) ne vise à rendre compte que de la variabilité « intra médecin » (entre les situations cliniques rencontrées) ; l'utilisation de durée standard conduit de fait à établir une norme de pratiques. Une CCAM clinique ne peut rendre compte des "styles de pratique"<sup>97</sup>.

<sup>95</sup> Nous nous appuyons sur les travaux publiés par la DREES même si la CNAMTS a commandité une étude par sondage auprès de l'IFOP pour caractériser les actes cliniques réalisés par les médecins. Cette étude a été réalisée en Novembre 2010. Les données n'ayant pas encore été traitées par la CNAMTS, la mission n'a pu avoir accès qu'à des résultats partiels qui, pour ce que nous en connaissons, ne semblent pas remettre en cause ceux fournis par la DREES.

<sup>96</sup> P. Breuil-Genier, C. Gofette. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006. Dans cette étude, la durée des consultations est rapprochée de certaines caractéristiques des patients, des séances et des médecins sous la forme de différences brutes et de différences toutes choses égales par ailleurs. Par exemple, la consultation est plus courte de 17,6% que la visite en brut mais seulement de 8,7 % toutes choses égales par ailleurs. Cela signifie que la durée brute supérieure des visites s'expliquent par certaines caractéristiques liées aux visites (âge du patient, ALD...), l'impact propre du fait de réaliser une visite plutôt qu'une consultation est moindre. Sauf mention contraire, on cite dans la suite du texte, les impacts toutes choses égales par ailleurs.

<sup>97</sup> S. Béjean, C. Peyron, R. Urbinelli "Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs" Eur J Health Econ (2007) 8:255-236.

- [365] La variabilité observée des durées s'explique pour les deux-tiers par une variabilité intra-médecin soit une variabilité indépendante des caractéristiques du médecin mais qui renvoie aux caractéristiques des patients ou à la nature des séances.
- [366] Parmi les variables "patient", les consultations pour les jeunes (7 à 24 ans) sont parmi les plus courtes<sup>98</sup>, les patients âgés occasionnent les consultations les plus longues. Les consultations des jeunes enfants sont d'une durée inférieure à celle des personnes âgées ou très âgées<sup>99</sup>.
- [367] Les consultations pour les patients ayant une ou deux ALD sont également plus longues (respectivement 3% et 7,2%) que les consultations sans ALD. On peut penser que le forfait de 40 euros vient rémunérer cette durée supplémentaire. Les patients nouveaux occasionnent également des consultations plus longues (plus 6%).
- [368] Les séances avec un patient de CSP "cadre et profession libérale" sont plus longues que celle avec les membres des autres catégories professionnelles, la durée des séances avec les employés étant les plus courtes.
- [369] Parmi les variables caractéristiques de la séance, la consultation moyenne (15 minutes) est plus courte que la visite (18 minutes), cet écart brut subsiste dans l'analyse économétrique "toutes choses égales par ailleurs" (- 8,7%). Cet écart est largement pris en compte dans la tarification puisque la visite est tarifé 33 euros contre 23 euros pour la consultation<sup>100</sup>.
- [370] Les séances sur rendez-vous sont plus longues que les séances sans rendez-vous (9%). Les séances consacrées au premier diagnostic d'une affection chronique ou à la déstabilisation d'une affection chronique sont significativement plus longues que les séances de suivi ou de contrôle, que les séances pour affection aiguë ou que celle pour affection en cours d'exploration. La durée brute des séances s'allonge avec le nombre de diagnostics mais le nombre de diagnostics n'a pas un impact propre majeur dans la mesure où son influence sur la durée est capturée par d'autres variables (âge, ALD...).
- [371] Les séances donnant lieu à des prescriptions de biologie, de spécialistes, d'auxiliaires médicaux et surtout d'hospitalisation sont plus longues que les autres. Les séances consacrées à des problèmes psychologiques ou psychiatriques sont les plus longues et celle consacrées aux infections des voies aériennes les plus courtes.

## 2.2. Selon les spécialités

- [372] Une autre étude permet de comparer la durée des consultations entre spécialités<sup>101</sup>. Pour ce qui concerne, au-delà de la durée, l'intensité de la séance clinique, la CNAM a demandé aux médecins de coter eux-mêmes la « difficulté » des consultations sur une échelle de 1 à 10, les consultations sont en moyenne cotées 3 par l'ensemble des spécialités et 4 par les psychiatres, les dermatologues, les rhumatologues, les neurologues<sup>102</sup>. La signification de ces différences de perception reste à éclairer.
- [373] Les durées moyennes de consultation sont retracées dans le tableau suivant en distinguant l'ensemble des consultations et celles sans actes techniques.

---

<sup>98</sup> En données brutes

<sup>99</sup> En données brutes

<sup>100</sup> Bien évidemment, on ne prend pas en compte le temps de déplacement du médecin, la rémunération du temps de déplacement à travers les indemnités kilométriques étant une autre question;

<sup>101</sup> M. Gouyon Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premier résultat d'une enquête nationale. DREES, *Etudes et résultats*, n°704, octobre 2009.

<sup>102</sup> Note de la CNAM sur les premiers résultats de l'étude IFOP, cf. supra.

Tableau 4 : **Durée moyenne en minutes des consultations et des consultations sans acte technique par spécialité**

Spécialités	Durée consultations	Durée consultations sans actes techniques
Psychiatre	32	32
Cardiologue	28	25
Rhumatologue	24	24
Gastro-Entéro.	24	23
Pédiatre	21	21
Gyneco	20	19
Dermato.	19	17
ORL	19	17
Ophtalmo	16	15
Généralistes	16	15

Source : Drees 2007

[374] Pour certaines spécialités pratiquant des actes techniques à l'occasion de la consultation, la consultation avec acte technique allonge la durée moyenne de consultation<sup>103</sup>. La dispersion des durées des spécialistes est plus importante que celle des généralistes: le rapport de la limite du 3° quartile à la limite du 1° quartile qui est de 1,1 pour les généralistes est supérieur pour toutes les autres spécialités et peut atteindre 2 pour les rhumatologues et les ophtalmologues.

### 3. LOGIQUE ET LIMITES DU MODE DE TARIFICATION ACTUEL

#### 3.1. Logique du mode de tarification actuel

[375] La logique actuelle de tarification des actes revient à considérer que leur rémunération permet de rétribuer l'ensemble de l'activité des médecins qui englobe du temps consacré à la formation<sup>104</sup>, à l'administration et à la gestion du cabinet. Ainsi, pour un généraliste, le temps consacré à produire des actes représenterait, en moyenne, 33,1 heures sur les 54,6 heures de travail hebdomadaire<sup>105</sup>.

[376] Par ailleurs, il est fait l'hypothèse qu'il s'opère sur le nombre d'actes cliniques réalisés par chaque praticien une compensation entre des actes légers et des actes plus lourds.

[377] Cette tarification moyenne présente d'indéniables avantages. Elle est simple à gérer pour le médecin : pas de documentation lourde pour justifier de sa tarification. Elle est prédictible pour le patient qui connaît (sauf recours au secteur 2) la dépense à laquelle il s'expose. Elle peut être considérée comme une forme de mutualisation entre patient "léger" et patient "lourd". Elle n'est pas manipulable par le praticien ce qui réduit les charges de contrôle par l'assurance maladie et les sources de conflits médecins/caisses.

<sup>103</sup> La règle générale est le non cumul d'une consultation et d'un acte technique. L'acte le plus coûteux est facturé. Il existe quelques exceptions à ce principe (radio pulmonaire du pneumologue...).

<sup>104</sup> Dans certaines hypothèses, le temps de formation peut-être indemnisé.

<sup>105</sup> P. Le Fur "Le temps de travail des médecins généralistes". IRDES, *QES*, n°144, juillet 2009. L'estimation proposée dans cette étude renvoie au Baromètre de l'URML Bretagne.

- [378] Pour les généralistes, l'étude précitée montre effectivement que la grande majorité des séances se situe dans un spectre relativement étroit (10 à 25 minutes) avec peu de consultations extrêmes (moins de 10 minutes/plus de 25 minutes). L'hypothèse d'une compensation entre les charges des diverses séances est plausible. Toutefois, il est possible que ce spectre étroit soit un effet du mode de tarification et qu'un mode de tarification plus ajusté sur la lourdeur des séances conduirait à une plus grande différenciation.
- [379] On a noté toutefois que la durée des consultations semble plus dispersée pour les autres spécialités ce qui rend la compensation consultation légère/lourde plus problématique à l'échelon d'un praticien; la probabilité est a priori plus grande qu'un spécialiste, du fait des caractéristiques de sa clientèle, ait des consultations qui globalement s'éloignent de la moyenne. On ne dispose pas pour les consultations de spécialistes d'études permettant d'apprécier les déterminants de la durée des consultations.
- [380] Par ailleurs, la tarification permet de prendre en compte certaines des différences entre les actes cliniques. La visite plus longue est mieux tarifée que la consultation<sup>106</sup>. Le forfait de 40 euros par patient ALD inscrit auprès du médecin traitant peut être considéré comme une compensation du fait que les patients en ALD donnent lieu à des consultations plus lourdes. Ces deux variables (visite vs consultation, ALD) prises en compte dans la tarification étant elles-mêmes liées à d'autres déterminants de la longueur des consultations (âge, nombre de diagnostic, prescription...), on peut considérer que le dispositif de tarification prend en compte, même si ce n'est que sous une forme approchée, la lourdeur relative des prises en charge.
- [381] Le mode de tarification actuel se justifie aussi par la difficulté à normer les actes cliniques en vue d'établir une tarification. Autant, il est possible de définir des durées standard pour les actes techniques, autant la variabilité des actes cliniques obéit à des déterminants qu'il est difficile de capturer dans une norme notamment parce qu'elle dépend, plus que pour les actes techniques, des caractéristiques personnelles du patient. Il est difficile de prendre en compte dans la tarification une durée plus longue pour "les patients qui parlent beaucoup de leur problème personnel". De plus, prendre en compte directement certains déterminants serait certainement très mal accepté : par exemple des consultations pour les personnes âgées plus coûteuses au motif qu'elles sont en moyenne plus longues.
- [382] On peut également considérer qu'il ne serait pas pertinent de ratifier, dans la tarification, certaines des variables de différenciation de la durée. Ainsi le fait que les patients qui relèvent d'une CSP « inférieure » bénéficient de consultations moins longues peut être considéré comme une inégalité d'accès aux soins qu'il convient non d'encourager mais de corriger<sup>107</sup>.
- [383] A cet égard, la nature du recours n'est qu'imparfaitement prédictive de la durée de la séance, alors même que la durée aurait vocation à constituer un élément majeur de différenciation des tarifs<sup>108</sup>.

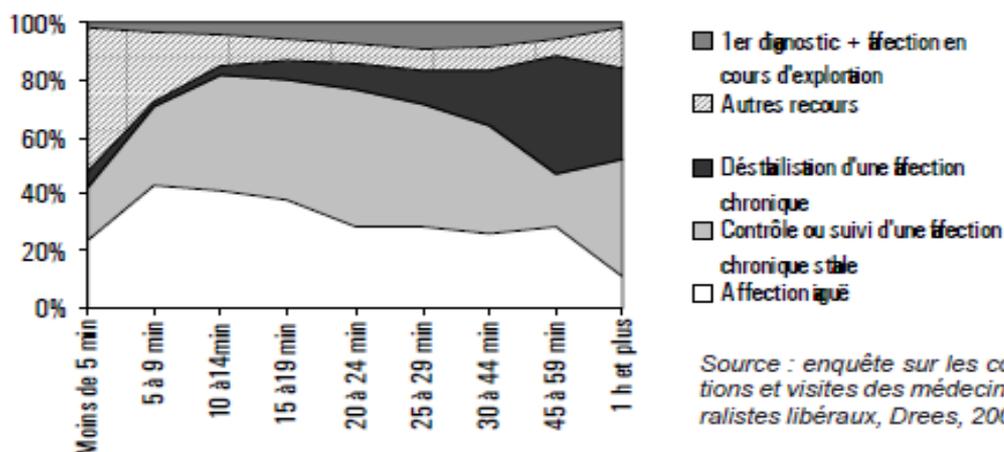
---

<sup>106</sup> On pourrait même considérer que la visite (33 euros) est survalorisée par rapport à la consultation (23 euros) si l'on considère le seul temps de l'acte (18 minutes contre 15 minutes) mais de fait la visite exige un temps de déplacement non facturé même s'il est indemnisé à travers les IK. La forte diminution de la part des visites au cours des années 2000 montre que la visite, au global, n'est pas considérée par les médecins comme plus rémunératrice que les consultations.

<sup>107</sup> Y. Videau, B. Saliba-Serre, A. Paraponaris, B. Ventelou Why patients of low socioeconomic status with mental health problems have shorter consultations with general practitioners? *J Health Serv Res Policy* Vol 15, n° 2, avril 2010

<sup>108</sup> G. Labarthe "Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie" DREES. *Etudes et Résultats*, n° 135, juin 2004.

Graphique 8 : Répartition des séances selon leur durée et la nature du recours



[384] Si le recours pour "affection chronique déstabilisée" est la marque d'une séance longue, il existe des consultations longues quel que soit le motif de recours.

[385] Une étude réalisée par la SNMG en 2003, pour le compte de la CNAM, en vue de mettre en place une CCAM clinique avait abouti à distinguer 11 classes de consultations et à retenir 10 critères discriminants pour segmenter les consultations<sup>109</sup>. A notre connaissance, ces travaux n'ont eu aucun prolongement mais ils aboutissaient à une typologie complexe pour rendre compte de la diversité des consultations

[386] Le dispositif actuel peut enfin être considéré comme satisfaisant puisqu'il aboutit à des durées de consultations qui, du moins pour les généralistes, semblent relativement longues. Une étude conduite au début des années 2000 dans six pays européens, hors France, aboutissait à des durées de consultations plus courtes à l'étranger (Allemagne 7,4 minutes, Espagne 7,8 minutes, Royaume-Uni 9,4 minutes<sup>110</sup>, Pays-Bas 10,2 minutes, Belgique 15 minutes, Suisse 15,6 minutes)<sup>111</sup>. Il faut toutefois être prudent dans l'appréciation de ces différences, le médecin accomplit peut-être en France des tâches qui sont, dans d'autres pays, confiées à des personnes qui l'assistent.

### 3.2. Les limites du mode de tarification actuel

[387] Le mode de tarification actuel semble souffrir de plusieurs défauts potentiels<sup>112</sup> :

- il ne rémunère que les activités en face à face;
- il induit une fragmentation des prises en charge ;
- il ne favorise pas la délégation des tâches vers d'autres professionnels ;
- il ne favorise pas "l'accompagnement" des patients ;
- il introduit une iniquité dans la rémunération des médecins.

<sup>109</sup> O Kandel, D Duhot, G Very, J-F Lemasson, P Boisnault, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale » La Revue du Praticien. Tome 18 n°656/657, 2004.

<sup>110</sup> Selon une autre source, la durée moyenne de consultation au RU s'établirait à 12 et non à 9 minutes en 2008. Voir NHS, The information centre. *Trends in consultation rate in general practice 1995/96 to 2007/08*. Septembre 2008.

<sup>111</sup> M. Deveugele, A. Derese, A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, J. De Maeseneer. "Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries". *BMJ* 2002 vol. 325.

<sup>112</sup> Nous ne prétendons pas ici évoquer les limites éventuelles du paiement à l'acte mais celles liées au paiement à l'acte à partir d'une tarification peu différenciée des actes cliniques.

### 3.2.1. La rémunération des seules activités en face à face

- [388] La nomenclature actuelle ne prend en charge que le travail clinique réalisé en face à face entre le praticien et le patient.
- [389] Or une partie de l'activité clinique (conseil, suivi simple, renouvellement de prescription) pourrait s'effectuer, pour les patients qui le souhaitent, par téléphone et, de plus en plus, en utilisant le courrier électronique<sup>113</sup>. D'ores et déjà, il semble que les médecins généralistes ont une activité de conseil téléphonique non reconnue par l'actuelle nomenclature, activité qui représenterait 90 mn par semaine<sup>114</sup>. Ce type de consultation se développe dans des systèmes où le mode de paiement le favorise ; en Angleterre, les consultations per téléphone représentaient 3% des consultations assurées par les généralistes en 1995/96 contre 11% en 2007/2008<sup>115</sup>. La consultation téléphonique durerait 7 minutes environ contre 12 minutes pour la consultation en face à face. Ce mode de consultation peut faire gagner du temps au médecin et au patient (déplacement, attente) dès lors qu'il se substitue mais ne se surajoute pas aux consultations en face à face ce qui suppose certainement des capacités de filtrage dans les cabinets médicaux.
- [390] Reconnaître les actes réalisés par téléphone ou par échange de mail dans le cadre d'une nomenclature plus développée pourrait donc paraître pertinent mais d'autres obstacles s'opposent à cette évolution : difficulté à facturer une éventuelle part patient (ticket modérateur, forfait), absence de capacité de filtrage dans les cabinets pour réguler la demande, plus grande facilité pour induire des actes.

### 3.2.2. La fragmentation des actes.

- [391] La tarification uniforme des consultations, indépendamment de leur durée, incite le praticien à fragmenter la prise en charge d'un patient qui présente plusieurs problèmes pouvant être pris en charge de manière séquentielle<sup>116</sup>. En effet, il perçoit une rémunération supérieure s'il traite les problèmes du patient en plusieurs consultations.
- [392] Cette fragmentation est source d'inefficience dès lors que la prise en charge fragmentée est plus consommatrice en temps que la consultation unique pour le médecin (accueil du patient, formalité administrative) et pour le patient (déplacements au cabinet, attentes).
- [393] Si l'on retient cette hypothèse, il existe une inefficience intrinsèque au tarif unique de la qu'une tarification différenciée permettrait de réduire avec un possible de partage du gain entre médecins, assurance maladie et patient<sup>117</sup>. Cette perspective est un argument en faveur d'une CCAM clinique dès lors que celle-ci permettrait de distinguer les consultations selon le nombre de problèmes traités.
- [394] Toutefois, ce partage des gains suppose :
- une diminution du tarif de la consultation commune (consacrée à traiter un seul problème) soit une hypothèse peu réaliste ;
  - des perdants et des gagnants au sein des médecins même si les médecins sont globalement gagnants.

---

<sup>113</sup> Sur les potentialités du courrier électronique pour améliorer la prise en charge des patients dans un contexte, il est vrai, fort différent voir Y Zhou, M. Kanter, J. Wang, T. Garrido. « Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients » *Health Affairs* 29, n°7 (2010) : 1370-1375.

<sup>114</sup> P. Le Fur Art. cité.

<sup>115</sup> NHS, The information centre. *Trends in consultation rate in general practice 1995/96 to 2007/08*. Septembre 2008.

<sup>116</sup> La fragmentation des prises en charge doit être distinguée de l'induction. L'induction se manifeste « quand le médecin influence la demande de soins dans un sens différent de l'intérêt maximal du patient ». Dans le cas de la fragmentation, le médecin réalise des actes conformes à l'intérêt du patient.

<sup>117</sup> Voir illustration en annexe 3.B: Fragmentation des prises en charges.

- [395] Par ailleurs, on ne dispose pas des données nécessaires (surcroît de temps en cas de prise en charge fragmentés, part des consultations ou sont traités plusieurs problèmes, part de ces consultations qui sont fragmentées) pour estimer le gain d'efficacité potentielle et calibrer le dispositif de différenciation des consultations. L'illustration proposée en annexe reste du domaine de l'hypothèse.
- [396] Toutefois, il est raisonnable de penser que l'inefficacité liée à la fragmentation des consultations est limitée (temps d'accueil du patient, formalité administrative en double...). Dans ces conditions, le gain collectif potentiel d'une réduction de cette fragmentation devrait lui-même être limité.
- [397] Par ailleurs, la fragmentation des prises en charge peut être induite, par delà le mode de tarification, par l'organisation du cabinet. Dès lors que les rendez-vous sont programmés sur la base de séquences fixes, même avec une tarification neutre, le médecin peut être conduit à fragmenter les consultations pour éviter que ses patients n'aient à attendre. A cet égard, la fragmentation n'est pas systématiquement défavorable au patient en termes de temps "perdu" pour les consultations.
- [398] La fragmentation des prises en charge peut aussi être source de moindre qualité sanitaire dans l'hypothèse où les médecins la pratiqueraient alors même qu'elle peut être néfaste pour le patient. On peut penser toutefois que la déontologie des médecins limite la fréquence de ces cas.

### 3.2.3. Un obstacle à la délégation des actes

- [399] Il est parfois avancé que la tarification unique des consultations est un obstacle à la délégation d'actes vers d'autres professions à partir du raisonnement suivant : (1) les consultations qui sont susceptibles d'être déléguées sont les consultations les plus simples (renouvellement de prescription d'un malade chronique, prise en charge d'une affection ponctuelle sans caractère de gravité) ; (2) dans le cadre d'un tarif unique, ces consultations simples viennent équilibrer les consultations lourdes ; (3) les médecins n'ont donc aucun intérêt à envisager la délégation de certaines consultations car elle les conduirait à abandonner les actes qui rapportés au temps passé sont les plus rémunérateurs ; (4) dans l'hypothèse où la rémunération des consultations serait différenciée, les médecins seraient plus enclins à envisager la délégation d'actes moins rémunérés.
- [400] Ce raisonnement reste toutefois largement théorique dès lors qu'il n'est pas admis en France que des consultations simples pourraient être déléguées à d'autres professionnels. Les difficultés à développer les coopérations en ville sur la base de l'article 51 de la loi HPST en attestent.
- [401] Il ne faut pas surestimer l'influence des considérations liées au mode de rémunération des actes sur ce débat. Rien ne garantit qu'une différenciation du tarif des consultations soit susceptible d'en changer les termes dès lors que la réticence à voir se développer la délégation d'actes renvoie à d'autres considérations (niveau de formation des professionnels délégataires, qualité des prises en charge, articulation entre médecin traitant et professionnel délégué)<sup>118</sup>.

---

<sup>118</sup> Cf. HAS en collaboration avec l'ONDPS. *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*. Avril 2008.

### L'enjeu du temps médical de premier recours.

Les questions relatives à l'utilisation de téléphone et du mail, à la fragmentation des actes, à la délégation des tâches sont d'autant plus sensibles que le temps disponible pour la médecine de premier recours a d'ores et déjà diminué et est appelé à décroître.

#### Nombre de généralistes, activité par tête et par habitant 2000/2009

	Nombre de généralistes	Activité par tête en C+V	Nombre d'actes par habitant en C+V
2000	51 864	5 070	4,6 (3,5 + 1,1)
2009	50 412	4 929	4,2 (3,7 + 0,5)
Evolution en %	-2,8	-2,8	-8,7

Source Eco-santé 2011, SNIIR

Le tableau précédent montre que sur la décennie 2000, le nombre d'acte clinique généralistes par habitant a diminué, malgré le vieillissement de la population, d'environ 9%. En effet la population augmente alors que le nombre de généraliste et l'activité de chaque généraliste diminue (féminisation, vieillissement, modification des aspirations...) diminuent. Il est à prévoir que cette évolution va s'accroître au cours de la décennie 2010 notamment en ce qui concerne la diminution du nombre de généralistes.

#### 3.2.4. Un obstacle à "l'accompagnement"<sup>119</sup> des patients

- [402] La tarification peu différenciée des actes cliniques n'incite pas à réaliser des actes longs. Dès lors, il est souvent avancé qu'elle ne favorise pas le développement de l'accompagnement des patients chroniques, activité qui exigerait des consultations longues.
- [403] La fragmentation des actes permet de pallier cet effet de dé-incitation. Ainsi, donner un RDV pour un temps d'éducation thérapeutique semble constituer une pratique courante du moins dans le cas du diabète : 23% des diabétologues et 5% des généralistes déclarent y avoir recours pour la majorité des patients, 53% des diabétologues et 23% des généralistes déclarent y avoir recours pour certains patients seulement<sup>120</sup>.
- [404] Même si la fragmentation des actes est une manière de contourner le problème, on peut penser qu'une différenciation du tarif des consultations favoriserait le développement des démarches d'accompagnement/éducation thérapeutique. Il est toutefois délicat de prévoir l'effet qu'aurait une différenciation des actes cliniques sur l'activité des généralistes.

<sup>119</sup> En s'écartant des définitions de l'accompagnement des patients et de l'éducation thérapeutique de la loi HPST, on emploie le terme d'accompagnement pour désigner le fait que le médecin, au-delà de la simple information sur le diagnostic et le traitement s'engage dans une démarche plus approfondie "d'éducation thérapeutique" en vue de soutenir le patient pour qu'il adopte des comportements appropriés à sa pathologie en matière d'observance ou de style de vie

<sup>120</sup> C. Fournier, A. Gautier "Démarche éducative : Source d'informations et besoins des personnes diabétiques de type 2, pratiques et attentes des médecins" Présentation symposium Entred, Congrès de l'Alfédiem Strasbourg, 20 mars 2009.

- [405] Une différenciation du tarif des actes cliniques dès lors qu'elle ne s'effectuerait pas à coût constant, hypothèse la plus probable (cf. infra), s'assimile à une augmentation de la rémunération moyenne des actes. Une augmentation de rémunération peut se traduire par une augmentation (ou une diminution) de l'activité selon que l'effet revenu cède (ou l'emporte) sur l'effet substitution du travail au loisir. Une étude fondée sur l'interrogation d'un panel de généralistes aboutit à la conclusion que l'effet revenu l'emporterait sur l'effet substitution et qu'une hausse des tarifs se traduirait globalement par une diminution des heures travaillées<sup>121</sup>.
- [406] Le premier effet d'une différenciation des consultations à coût global majoré serait donc de diminuer le temps de travail global des médecins. Il est possible d'envisager que dans le cadre de ce temps de travail réduit, les médecins substituent des consultations longues d'accompagnement/éducation thérapeutique à des consultations classiques. Il est difficile d'apprécier si cette substitution est souhaitable et possible (cf. supra, encadré sur l'enjeu du temps médical de premier recours). Par ailleurs, cette substitution n'aura lieu que si rapporté au temps passé, la consultation d'accompagnement est mieux rémunérée que la consultation plus "classique".

### 3.2.5. Une rémunération inéquitable

#### 3.2.5.1. Équité entre médecins au sein d'une même spécialité

- [407] Le mode de tarification actuel repose sur l'hypothèse que du fait du grand nombre de consultations, le tarif unique permet de rémunérer de manière équitable les divers praticiens (les consultations lourdes compensent en moyenne les consultations légères).
- [408] Toutefois rien ne garantit que cette hypothèse générale soit valide. Au sein d'une même spécialité, il est possible que certains médecins du fait des caractéristiques particulières de leur clientèle soient amenés à réaliser une part plus importante de consultations lourdes.

#### 3.2.5.2. Équité entre spécialités pour les actes cliniques

- [409] Les deux dernières décennies se caractérisent par le rattrapage de la valeur de la consultation généraliste sur la consultation spécialiste. Ainsi en 1990, la valeur moyenne de la consultation généraliste s'établissait à 13,53 euros contre 21,07 pour la consultation spécialiste soit un rapport de 1,6<sup>122</sup>. En 2012, ces valeurs sont respectivement de 23 et 28 € (spécialiste secteur 1 hors pédiatre à 26 €). Le rapport actuel entre les tarifs semble mieux correspondre au rapport des durées entre consultations généralistes et consultations spécialistes. Il faut toutefois tenir compte qu'un nombre croissant de consultations spécialistes sont cotées C2 et non CS mais aussi que les généralistes bénéficient de rémunération annexes dont ne bénéficient pas ou peu les spécialistes (forfait ALD, paiement sur objectif de santé publique).
- [410] Le tarif des actes cliniques tient compte de la situation de la psychiatrie qui a les durées de consultations les plus longues (cf. supra tableau 2) à travers le Cpsy.
- [411] La longueur relative des consultations des cardiologues est reconnue à travers la CsC. Cette cotation est réservée aux consultations avec acte technique. On notera à cet égard que les consultations avec 1 acte technique (27 minutes) ou 2 actes techniques (32 minutes) sont effectivement plus longues que les consultations sans acte technique (25 minutes)<sup>123</sup> mais dans une proportion bien moindre que l'écart CS/ CsC (25 € vs 45,73 €).

<sup>121</sup> O. Chanel, A. Paraponaris, C. Protière, B. Ventelou, "Get paid more, work more? Lessons from French physicians' labour supply responses to hypothetical fee increases," Working Papers halshs-00543971, 2010.

<sup>122</sup> Source Eco- santé 2012

<sup>123</sup> M. Gouyon art. cité

- [412] Mais, au-delà, la tarification ne semble pas articulée sur la durée moyenne des consultations par spécialités. Ainsi, pour prendre un exemple, la longueur relative des consultations des rhumatologues (24 minutes) ne semble pas prise en compte dans la rémunération<sup>124</sup>. Elle est similaire à celle des gastro-entérologues mais ces derniers avec une part de C2 à 32% voient en moyenne leurs consultations mieux rémunérées que celle des rhumatologues pour lesquels cette part n'est que 18%.
- [413] Les différences actuelles de tarification entre consultations ne s'appuient sur aucune base objective. Par exemple, il est possible aux spécialistes de coter C2 les consultations pour avis ponctuel. La multiplication par 2 du tarif de la consultation classique du généraliste dans cette hypothèse ne s'appuie sur aucune étude de la charge spécifique liée à ce type de consultation. Il en est de même pour la cotation C3 pour cet acte lorsqu'il est réalisé par un PU-PH même si on peut envisager que le recours à un PU-PH soit le signe d'une complexité particulière.
- [414] De même, les consultations avec des enfants de 0 à 6 ans sont majorées pour les généralistes alors même qu'elles sont, en durée brute, plus courtes que les consultations avec des adultes<sup>125</sup>. Peut-être faut-il considérer qu'elles sont d'une intensité particulière ? On peut penser que c'est le souci de tenir compte de la durée en règle générale plus longue de la consultation des pédiatres (ou plutôt d'améliorer les revenus libéraux de cette profession qui apparaissent faibles) qui a conduit à créer des majorations pour enfant, majorations étendues aux généralistes.
- [415] Au total, le rattrapage sur le long terme du C par rapport au CS a certainement contribué à une plus grande équité entre spécialités pour les actes cliniques. Par ailleurs de nombreux éléments de différenciation existent pour tenir compte des particularités de certaines spécialités ou de certains actes mais pour autant ces éléments de différenciation ne semblent pas avoir été établis sur des fondements objectifs dans une perspective cohérente et systématique.

### 3.2.5.3. Equité entre activité clinique et activité technique

- [416] Le travail clinique semble globalement moins rémunéré que le travail technique. En net, on peut estimer qu'une heure de travail clinique est rémunéré à environ 52 € de l'heure<sup>126</sup> pour le généraliste alors que le travail technique en se fondant sur des actes banals (les plus couramment pratiqués) serait si les tarifs cibles CCAM étaient appliqués, rémunéré à environ 100 € de l'heure pour le travail chirurgical et à 70-75 euros pour le travail des obstétriciens et des radiologues conventionnels<sup>127</sup>. L'écart est significatif mais peut se justifier par le fait que l'intensité (stress, effort mental, compétences mobilisées) du travail clinique et technique serait différente. Seuls les médecins seraient éventuellement à même de porter une appréciation sur l'intensité du travail. L'ampleur de l'écart semble toutefois telle qu'il est légitime d'envisager sa réduction.
- [417] En théorie, une CCAM clinique qui à l'instar de la CCAM technique permettrait d'évaluer la valeur travail et le coût de la pratique de chacune des consultations permettrait d'établir l'équité des rémunérations. Toutefois, la difficulté constatée à aboutir à une rémunération équitable des actes techniques entre eux (Cf. supra partie relative aux actes techniques) ne peut que laisser dubitatif sur la capacité d'une CCAM clinique atteindre cet objectif.

<sup>124</sup> Si l'on tient compte du fait que 18% des consultations des rhumatologues sont rémunérées en C2, la rémunération moyenne d'une consultation de rhumatologues s'établit à 31,2 € (46 x 0,18 + 28 x 0,82) soit un niveau de rémunération qui ne rend pas compte de l'écart de durée avec celle d'autres spécialités ou avec celle du généraliste.

<sup>125</sup> P. Breuil Genier art. cité

<sup>126</sup> Il s'agit d'une estimation de la rémunération nette de l'heure de travail facturée à la sécurité sociale. Or ce temps de travail ne rend pas compte du temps de travail global qui en sus du temps facturé comprend du temps non facturé (gestion du cabinet, formation...). Ainsi, la rémunération horaire nette du généraliste pour le temps facturé s'établit à environ 52 euros. Si l'on tient compte que les généralistes ne facturent que 33 heures sur les 54 heures travaillées par semaine et sur la base de 46 semaines de travail, on peut estimer la rémunération horaire nette du généraliste sur une base annuelle à environ 28 euros de l'heure.

<sup>127</sup> Voir annexe 3 C: La comparaison des rémunérations horaires.

[418] Les données ci-dessus suggèrent que l'équité exigerait un transfert financier significatif des actes techniques vers les actes cliniques. Or si des transferts plus limités n'ont pas été possibles au sein des actes techniques, rien n'indique qu'ils seront possibles vers les actes cliniques. Même si une CCAM clinique était articulée avec la CCAM technique, il est peu probable qu'elle permette des avancées en termes de rééquilibrage clinique/technique allant bien au-delà de la démarche actuelle, qui réserve une grande part des marges de manœuvre disponibles dans le cadre des négociations conventionnelles à la revalorisation des actes cliniques.

#### **4. LES MODALITES DE DIFFERENCIATION DE LA REMUNERATION DES ACTES CLINIQUES**

[419] Dans la partie précédente, nous avons tenté de restituer la logique mais aussi les limites d'un mode de tarification des actes globalement peu différencié. Ces limites invitent à analyser les possibilités de mettre en place un dispositif où le tarif de chaque acte clinique serait mieux ajusté en fonction de l'effort fourni. Cette analyse est conduite en distinguant trois scénarios :

- une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique (4.1);
- une distinction entre trois niveaux de consultations (4.2) ;
- l'extension progressive de tarifications spécifiques (4.3).

##### **4.1. Une CCAM clinique développée, articulée avec la CCAM technique**

###### **4.1.1. Description du système américain**

[420] Les Etats-Unis ont développé, depuis 1992, pour la rémunération des actes médicaux par Medicare<sup>128</sup> un dispositif de codage des actes qui englobe tant les actes cliniques que les actes techniques. La rémunération des actes médicaux par Medicaid ou par les assureurs privés se réfèrent souvent, avec des adaptations, à la tarification Medicare.

[421] Une brève description de ce dispositif permet d'illustrer comment peut s'organiser un tel système<sup>129</sup>.

[422] Tous les actes médicaux, tant techniques que cliniques, sont hiérarchisés avec pour chacun d'entre eux la détermination d'un score travail et d'un coût de la pratique comme pour la CCAM clinique française.

[423] Pour coter les actes cliniques, les caractéristiques du patient (nouveau ou déjà connu), le contexte de la consultation (au cabinet, en hospitalisation, en service d'urgence...) et le niveau du service rendu seront pris en compte.

[424] Le niveau du service rendu dépendra pour sa part de la caractérisation des trois composantes de la consultation :

- l'anamnèse ("history") qui sera cotée en quatre niveaux (centrée sur le problème, centrée sur le problème et étendue, détaillée, approfondie). Le niveau choisi pour l'anamnèse dépend lui-même d'une classification de la charge pour chacune de ces composantes, soit l'histoire de la maladie, la recherche de signes et de symptômes, les antécédents et le contexte familial et social.

<sup>128</sup> Medicare est le programme fédéral qui prend en charge les soins des personnes âgées de plus de 65 ans et de certaines personnes handicapées.

<sup>129</sup> Une description plus développée du dispositif est fourni en annexe 2 A : La tarification des actes médicaux aux Etats-Unis

- l'examen clinique également coté en quatre niveaux (centré sur le problème, centré sur le problème et étendu, détaillé, complet). Des définitions permettent de guider le choix du niveau : par exemple un examen détaillé consiste en un examen *approfondi* de l'aire corporelle ou du système d'organe concerné par le problème élargi à d'autres aires corporelles ou systèmes d'organe. Un examen *approfondi* se distingue d'un examen *limité* par le nombre d'éléments relevés (moins de six, plus de six).

- la décision médicale, elle-même cotée en quatre niveaux (simple, peu compliquée, modérément compliquée, hautement compliquée). Pour classer une décision médicale, trois paramètres sont pris en compte, eux-mêmes classés en quatre niveaux : le nombre d'options en matière de diagnostic ou de prescription, l'ampleur et la complexité des données qui doivent être passées en revue, les risques de complications ou de mortalité.

[425] L'ensemble de ces éléments permet de décider d'un code auquel est attaché un tarif. Ainsi, le médecin codera « 99 221 » une consultation au cabinet pour un patient connu qui exige deux des trois éléments suivants : une anamnèse centrée sur le problème, un examen clinique centré sur le problème et une décision médicale simple.

[426] Ce code entrainera une facturation de 26,58 \$ soit le montant le plus faible pour une consultation. La consultation la plus chère, 125,15 \$ concernera un patient nouveau pour les lesquels les trois éléments du service rendu sont cotés au plus haut niveau. Ces montants découlent d'une évaluation du score travail et du coût de la pratique de ce type de consultations. L'ensemble des actes techniques et cliniques sont ainsi hiérarchisés, un coefficient de conversion valable pour toutes les activités médicales assure l'unité du dispositif.

[427] Il faut noter que ce système de classification reconnaît au-delà des consultations cliniques classiques, les actes de conseil thérapeutique ou coordination réalisés par le professionnel. Pour ce type d'acte, la cotation ne dépend pas des caractéristiques du service rendu mais essentiellement du temps passé. Ainsi le travail de coordination d'une équipe pluridisciplinaire en dehors de la présence du patient d'environ 60 minutes sera codé « 99362 » et tarifé 65,60 \$.

[428] Il reconnaît aussi les actes de consultant (consultation demandée par un autre médecin) ; ceux-ci font l'objet d'une cotation propre mais qui obéit à la même logique<sup>130</sup>.

[429] Il reconnaît enfin les actes réalisés par téléphone. Ainsi un coût de téléphone à un patient ou à un autre professionnel sera tarifé 7,4 \$ (appel simple ou bref) à 21,87 \$ (appel complexe ou long). Toutefois, les actes réalisés par téléphone ou par mail ne sont pas pris en charge par Medicare.

#### 4.1.2. Les leçons du système américain

[430] Le dispositif américain s'appuie sur une description fine de chacune des composantes des consultations pour fixer leur niveau de rémunération. La référence à la durée réelle des consultations est dans la mesure du possible évitée : un temps standard est utilisé pour établir le score travail mais ce n'est pas, en règle générale, le temps réel qui détermine le tarif<sup>131</sup>. Ainsi, les praticiens ne sont pas directement incités à allonger le temps de consultation.

---

<sup>130</sup> Aux Etats-Unis, le terme de "consultation" désigne les actes de consultants (patient adressé par un autre médecin pour avis), l'équivalent des consultations françaises est la "visit" qui à la différence de la visite française ne suppose pas que le médecin se rende au domicile du patient.

<sup>131</sup> Toutefois, une durée standard est associée à chaque code. Il est prévu que si la durée réelle excède par trop la durée standard, le praticien peut facturer un service prolongé. Par exemple, pour la consultation la plus simple dont la durée standard est de 10 minutes, un service prolongé peut être coté à partir de 40 minutes.

- [431] Il reste que pour certaines consultations (conseils, coordination), il ne semble pas possible de caractériser les composantes de la consultation et de les normer. Le temps passé devient alors la référence pour la tarification, le risque que cela n'induisse un allongement de ce type d'acte semble maîtrisé par la faiblesse relative de la rémunération de ces activités (Cf. supra, une consultation très simple est rémunérée 26 \$ et une heure de coordination 65 \$). La rémunération des activités de conseil et de coordination reste un problème sensible même dans l'hypothèse d'une classification des actes détaillée.
- [432] Les actes par téléphone ou mail ne sont pas "couverts" par Medicare. Même avec une classification détaillée, la crainte que la prise en charge de ces actes induise des dépenses importantes semble faire obstacle à ces modes d'interventions.
- [433] La présentation du dispositif américain montre que la logique de la classification des actes cliniques pour assurer une rémunération cohérente avec le travail fourni, aboutit lorsqu'elle est poussée à son terme à un système très lourd. Il existe plus de 130 codes pour les actes cliniques. Le dispositif exige pour pouvoir justifier du codage, un travail de saisie d'information qui, s'il favorise la bonne tenue dossier médical, entraîne très certainement un coût bureaucratique.
- [434] Le système est par ailleurs complexe, le volume des guides de codage en témoigne, les médecins ne le maîtrisent pas. Même placés dans une situation où ils n'avaient aucun intérêt à "jouer" avec le système, les médecins optent pour des cotations très souvent différentes de celles retenues par des "experts du codage" (dans 48% des cas pour les patients connus, dans 83% des cas pour les patients nouveaux)<sup>132</sup>. Par ailleurs, il semble que le dispositif soit "détourné" par les praticiens, un contrôle sur les actes de consultants a montré que sur les 3,3 Mds de \$ facturés en 2001, 1,1 Mds de \$ avait été facturés à tort<sup>133</sup>.
- [435] La mise en place d'une classification commune des actes techniques et cliniques devait contribuer à rapprocher les niveaux des rémunérations des médecins de premier recours et des médecins spécialistes. C'était l'un des objectifs visés lorsqu'a été mis en place une échelle de valorisation relative des actes médicaux (ressource based relative value scale, RBRVS) en 1992<sup>134</sup>. La désaffection des étudiants pour la médecine de premier recours est en effet considérée comme un problème majeur de la politique de santé aux Etats-Unis. Il s'avère que cet objectif n'a pas été atteint, la valeur actualisée des revenus d'une carrière de cardiologue de 22 à 65 ans a pu ainsi être estimée à 5,2 million de \$ pour un cardiologue contre 2,5 millions de \$ pour un médecin de premier recours<sup>135</sup>.

---

<sup>132</sup> M. King, L. Sharp, M. Lipsky. Accuracy of CPT evaluation and management coding by family physicians. JABPF. Mai-Juin 2001. Vol 14, n°3, 184-92;

<sup>133</sup> Department of health and human services, office of inspector general. *Consultations in Medicare : coding and reimbursement*. Mach 2006, OEI-09-02-00030.

<sup>134</sup> WC Hsiao, P. Braun, D. Yntema, ER Becker. Estimating physician's work for a ressource-based relative value scale" *N Engl J Med* 1998; 319: 835-41.

<sup>135</sup> B Vaughn, S De Vreize, S. Reed, K. Schulman. Can we close the income and wealth gap between specialists and primary care physicians ? *Health Aff.* 2010, 29(5), 933-40

- [436] Le dispositif d'actualisation de la charge relative de travail semble être pour partie à l'origine de cet échec. Lors de l'évaluation initiale, le travail des spécialistes a été considéré comme étant de plus grande intensité (effort mental, stress...) que le travail des médecins de premier recours. De plus, il semble que les charges des actes techniques aient été surestimées. Par ailleurs, lors de l'actualisation des scores travail, les représentants des spécialistes, notamment du fait de leur influence au sein du comité de l'American Medical Association en charge des propositions sur l'actualisation des valeurs relatives, soient parvenus à faire obstacle à des révisions à la baisse de la valeur relative des actes techniques et à la promotion des actes cliniques<sup>136,137</sup>. Les difficultés des Etats-Unis rappellent que tout système de tarification basé sur des valeurs relatives exige pour fonctionner que la valeur de certains actes puisse diminuer (en cas de progrès de productivité notamment), que les détenteurs d'une "rente relative" puissent à un moment donné être perdants.
- [437] Cette présentation du système américain a valeur d'illustration pour éclairer la réflexion. Si le dispositif américain a directement inspiré la CCAM technique française qui n'en est qu'une adaptation, aucun des interlocuteurs rencontrés par la mission n'a indiqué souhaiter ou même envisager sa transposition en France pour les actes cliniques. Il est vrai que sa complexité, sa lourdeur et son impuissance à rééquilibrer rémunération des actes techniques et rémunération des actes cliniques n'incitent pas à le retenir comme modèle.
- [438] Aux Etats-Unis, la réflexion s'oriente vers la définition d'autres modes de paiement notamment dans la perspective de favoriser l'émergence de "patient-centered medical homes"<sup>138</sup>.

#### 4.2. Une distinction entre trois niveaux de consultations

- [439] En effet, en France, les propositions de différenciation de la valeur des consultations semblent plutôt s'orienter vers un dispositif où seraient distingués trois niveaux de consultations : soit des consultations légères, moyennes et lourdes. Un tel système existe au Québec, sa présentation succincte permettra d'éclairer le débat<sup>139</sup>.

##### 4.2.1. Description du dispositif québécois

- [440] Au Québec, pour les médecins payés à l'acte, trois niveaux d'examen<sup>140</sup> au cabinet sont prévus: ordinaire, complet, complet majeur. De plus, le tarif des examens dépend de l'âge du patient (0-59, 60-69, 70-79, 80 et +). Ainsi, l'examen ordinaire d'un patient de moins de 59 ans est rémunéré 19,90 \$ Can. et l'examen complet majeur d'un patient de plus de 80 ans est rémunéré 93,05 \$ Can.
- [441] Les consultations (patients adressés par le médecin traitant) sont elles-mêmes différenciées en trois niveaux (mineure, ordinaire, majeure) et selon deux tranches d'âge (- de 70 ans, + de 70 ans). Ainsi la consultation mineure pour un patient de moins de 70 ans est rémunérée 38,4 \$ Can. et la consultation majeure pour un patient de plus de 70 ans est rémunérée 83,6 \$ Can.
- [442] Il est possible de différencier le tarif des consultations selon l'âge au Québec : dans la mesure où il n'y a pas de ticket modérateur, les personnes âgées n'y ont pas le sentiment d'être discriminées par des tarifs plus élevés.

<sup>136</sup> T. Bodenheimer, R. Berenson, P. Rudolf. "The primary care-specialty income gap : Why it matters" *Annals of Internal Medicine* 2007, vol 146, n°4, 301-06.

<sup>137</sup> P. Ginsburg, R. Berenson. "Revising Medicare's physician fee schedule- Much activity for little change" *N. Eng. J. Med.* 2007, 356;12, 1201-03

<sup>138</sup> Voir R. Berenson, E Rich "US approaches to physicians payment : the deconstruction of primary care" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 613-18; R. Berenson, E Rich "How to buy a medical home ? Policy options and practical questions" *J Gen Intern Med* 2010 ; 25(6): 619-24; PL Bras "Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis" *Prat Organ Soins.* 2011;42(1):27-34

<sup>139</sup> Des tarifs différenciés de consultation sont aussi pratiqués en Australie ou au Pays-Bas

<sup>140</sup> L'examen correspond à notre consultation, le terme de consultation est réservé aux examens pratiqués à la demande du médecin traitant.

[443] Le dispositif pour distinguer les différents niveaux d'examen s'appuie sur des définitions nécessairement moins précises que dans le système des Etats-Unis. L'examen mineur est défini par "au moins l'un des services suivants : le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, l'initiation d'un traitement, l'appréciation d'un traitement en cours, l'observation de l'évolution d'une maladie"<sup>141</sup>. L'examen complet semble concerner les affections non mineures même si celles-ci ne sont pas définies, il est précisé qu'il comporte l'examen clinique de l'une ou des "régions" reliées à la raison médicale du recours avec au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. L'examen complet majeur suppose une interrogation sur l'ensemble des "systèmes" (yeux, digestifs, nerveux, locomoteur...) et un examen de l'ensemble des "régions" (ganglions, tête, cou, organes génitaux, colonne...)<sup>142</sup>. Le médecin ne peut réaliser par patient qu'à un seul examen complet majeur par an.

#### 4.2.2. Les questions posées par une différenciation en quelques niveaux

[444] Le système québécois de différenciation des consultations en trois niveaux est semble-t-il le plus proche des hypothèses évoquées en France lorsqu'il est fait référence à une CCAM clinique. Il s'en distingue toutefois dans la mesure où il prend en compte l'âge du patient ce qui paraît délicat en France (Cf. supra).

[445] On notera toutefois qu'en France, aucun travail approfondi n'a encore été conduit pour produire une définition réellement opératoire de ces niveaux de consultation. Si la référence à plusieurs niveaux de consultation est courante, il n'existe pas à notre connaissance de proposition précise sur la manière de distinguer les consultations.

[446] Une différenciation en trois niveaux des consultations constitue une voie moyenne entre le tarif unique actuel et une nomenclature très détaillée comme celle des Etats-Unis. Son intérêt est de permettre une différenciation des consultations sans la complexité et la lourdeur du système américain. Elle devrait donc permettre une tarification plus ajustée sur l'effort lors de chaque acte clinique.

[447] Elle présente néanmoins des limites inhérentes à un choix de compromis qui ne va pas au bout de la logique de différenciation.

[448] Une définition globale des niveaux de consultation permet difficilement de définir précisément des scores travail. Dans la classification américaine, la précision des définitions permet théoriquement d'observer des durées standard et d'apprécier l'intensité de l'effort consenti afin d'aboutir à une hiérarchisation et à une tarification adaptées. Sur la base d'une définition englobante, il n'est pas possible de pratiquer de telles observations. Une différenciation des consultations sur la base d'une définition large de leur contenu ne peut aboutir à une tarification fine en fonction des efforts fournis. Le progrès en matière d'adéquation entre niveau de rémunération et effort fourni devrait ainsi être sensible mais limité.

[449] La frontière entre les niveaux de consultation restera, avec une définition globale, relativement imprécise. Il a été observé au Canada que ce type de classification qui laisse une marge d'appréciation discrétionnaire aux médecins se traduit par un glissement progressif vers les cotations les plus lourdes. Ce phénomène a été observé dans l'Ontario, le ratio des consultations intermédiaires par rapport aux consultations mineures est passé de 0,3 en 1978-1979 à 2,9 en 1994-1995<sup>143</sup>. Il a été confirmé dans des études relatives au Québec<sup>144</sup>.

<sup>141</sup> Manuel de l'omnipraticien. Préambule général. p.30.

<sup>142</sup> La définition complète des trois niveaux d'examen est fournie en annexe 5 : Les trois niveaux d'examen au Québec.

<sup>143</sup> B. Chan, G. Anderson, ME Thériault. "Fee code creep among general practitioners and family physicians in Ontario : Why does the ratio of intermediate to minor assessments keep climbing" *CMAJ*, mar.24, 1998, 158(6), 749-54.

<sup>144</sup> A. Nassiri, L. Rochaix. Revisiting physician's financial incentives in Québec : a panel system approach". *Health Economics*, vol 15, n°1, January 2006, 49-64.

- [450] Cette imprécision peut être source de conflits entre le praticien et les organismes de sécurité sociale si ceux-ci en réaction à cette tendance au glissement vers le haut des cotations tentent de contrôler le niveau des cotations. Bien évidemment, il serait possible de limiter ce risque en fixant a priori des quotas par médecins (pas plus de x % de consultations de niveau 2 et de niveau 3) mais un tel contingentement viderait en grande partie la réforme de son sens. Un des objectifs de la CCAM clinique est de pouvoir rendre compte de la diversité des pratiques ce qui suppose que la part de chaque niveau de consultation doit pouvoir varier entre spécialités et au sein même de chaque spécialité.
- [451] Il est donc à prévoir qu'un système de classification à trois niveaux sera instable. On peut penser que les conflits autour des cotations conduiront :
- soit à raffiner progressivement les définitions<sup>145</sup> et donc à une évolution lente vers un système proche du dispositif américain décrit ci-dessus avec les lourdeurs qui lui sont associées ;
  - soit à simplifier le système et à considérer que le critère discriminant entre les consultations n'est pas la nature du service rendu mais le temps passé auprès du patient avec les effets d'inefficience afférents. Dans la CCAM technique, la nature du service rendu permet d'établir une durée standard qui détermine la cotation, cette démarche incite le praticien à être efficace. Si on inverse la démarche et si c'est le temps passé effectivement qui détermine la cotation et la rémunération, on crée une incitation à l'allongement du temps, du moins pour les médecins.
- [452] On peut s'interroger également sur la réaction des patients face à un système où le tarif des consultations serait différencié et où, à travers le ticket modérateur, ils seraient amenés à supporter une part du coût. De fait, il est probable que cette différenciation serait relativement indolore pour les patients : 94% des assurés bénéficient d'une complémentaire ou de la CMU. Par ailleurs, l'expérience du secteur 2 montre que le patient, en règle générale, ne discute pas vraiment le tarif demandé par le médecin.
- [453] Sans même évoquer la perspective d'un glissement progressif des cotations, le système sera coûteux à l'origine. En effet, il ne semble pas réaliste de penser que les représentants des médecins acceptent que soient instituées des consultations rémunérées à un tarif moindre que le tarif actuel (le rapport Hubert évoquait l'hypothèse de consultations à un demi-C pour compenser le fait que certaines consultations seraient rémunérées au-delà). Cette perspective est notamment écartée par la CSMF.
- [454] Il est impossible en l'état actuel d'apprécier ce coût. Il faudrait pour cela proposer une définition des différents niveaux pour apprécier à blanc comment les médecins l'interprètent. Encore cette expérience à blanc ne renseignera-t-elle qu'imparfaitement sur les comportements effectifs des médecins lorsque la cotation aura de réels effets financiers. Cette expérience fournirait simplement une estimation par le bas du coût de la réforme.
- [455] Le passage à une tarification à plusieurs niveaux sera nécessairement coûteux dans une conjoncture où les marges de manœuvre financières sont limitées. Les avantages d'une différenciation des tarifs des consultations doivent donc être mis en regard de ceux que l'on peut attendre d'un investissement dans le paiement au forfait ou dans le paiement en fonction des objectifs de santé publique. Il n'entrait pas dans le cadre de cette mission d'établir un tel bilan relatif qui suppose de comparer les mérites respectifs de divers modes de rémunération. Ce bilan relatif ne peut d'ailleurs s'établir sans prendre en compte l'organisation que l'on souhaite promouvoir notamment pour les prises en charge de premier recours.

---

<sup>145</sup> L'imprécision des définitions ne pourra se maintenir si le payeur exige de contrôler les cotations, les deux parties en viendront à affiner les définitions : le payeur pour fonder son contrôle, le médecin pour se protéger des contrôles.

[456] Il faut souligner enfin que tarifier au même niveau des séances de même nature réalisées par des médecins appartenant à des spécialités différentes n'a pas de sens si certaines spécialités reçoivent des paiements annexes à la consultation (forfait, paiement à la performance) qui, de fait, viennent abonder la rémunération de la séance. Or les généralistes voient augmenter les rémunérations annexes à la consultation (forfait ALD, paiement à la performance) dans une proportion plus importante que les autres spécialités. Ce mouvement interdit de considérer qu'il serait pertinent au plan de l'équité d'avoir un tarif unique pour des consultations de même nature entre généralistes et médecins relevant d'autres spécialités.

### 4.3. L'extension progressive de tarifications spécifiques

[457] La dernière modalité de différenciation des tarifs pour mieux les ajuster à l'effort du praticien consiste à développer, dès lors que cela paraît nécessaire, des tarifs spécifiques à certaines consultations à partir de critères simples et aisément contrôlables.

[458] Cette démarche est déjà à l'œuvre. Ainsi, la convention de juillet 2001 prévoit la création d'une consultation au domicile des patients en présence des aidants naturels pour les patients atteints de maladies neurodégénératives tarifiée 2V et cotée VL. La valorisation de certaines consultations passe aussi par les possibilités ouvertes par la convention de coter l'acte réalisé au cours d'une consultation (cas de la biopsie cutanée ou du frottis vaginal dans la convention de 2011).

[459] Cette démarche est moins systématique et globale que les deux hypothèses précédentes. Elle ne prétend pas aboutir à une hiérarchisation de l'ensemble des consultations, elle laisse donc subsister une large part de mutualisation entre des consultations légères et des consultations lourdes.

[460] Elle présente l'avantage d'une relative simplicité. Dès lors qu'elle est fondée sur des critères aisément objectivables, elle permet par rapport aux hypothèses précédentes de limiter les coûts pour les médecins de la documentation justificative de la tarification ainsi que les coûts de contrôle pour le payeur. Elle ne crée pas de zone de tension entre les caisses et les médecins liés à d'éventuels glissements dans la cotation des actes.

[461] La création de ces tarifications spécifiques est maîtrisable financièrement. La référence à un critère objectif permet de calibrer la dépense induite par la tarification spécifique mise en place et d'arbitrer l'affectation d'éventuelle « marges de manœuvre » entre les « trois piliers » de la rémunération prévus par la convention médicale.

[462] Elle doit permettre de rémunérer l'effort particulier consenti dans certaines circonstances par le médecin et corriger certaines éventuelles iniquités du système actuel. Par exemple, s'il est avéré que les consultations de certaines spécialités sont significativement plus longues que celle des autres, il est légitime de prévoir une tarification spécifique pour cette spécialité comme cela a déjà été mis en œuvre avec la CPSY ou la CsC. De même, la consultation qui préside à l'inscription chez un médecin traitant dès lors qu'elle exige un travail spécifique (interrogatoire approfondi pour la constitution du dossier patient pourrait faire l'objet d'une tarification spécifique). Ces illustrations sont données à titre d'exemple, la mission ne prétend pas être en mesure de déterminer à quelles consultations devrait s'appliquer cette démarche.

[463] La limite de cette démarche est son caractère pointilliste et son manque de cohérence, la création de cotations spécifiques pour certaines consultations relevant plus du "marchandage conventionnel" que de la prise en compte objective d'un effort particulier du praticien. Il est certainement possible d'améliorer le travail d'instruction préalable à la création des cotations spécifiques.

- [464] On s'est situé principalement dans la perspective où la tarification spécifique de certaines séances cliniques visait à rémunérer l'effort particulier lié à ces consultations ; on peut aussi envisager aussi que ces tarifications soient utilisées pour orienter la pratique des médecins (favoriser tel type de consultations car elles correspondraient à une priorité de santé publique). Dans le cadre de la convention de 2011, les arguments mobilisés pour justifier la création de cotations spécifiques sont de deux types : l'intérêt de santé publique de l'acte et l'effort particulier exigé du praticien.
- [465] Par exemple, la consultation VL vise d'une part à rendre compte du travail particulier qu'exige la prise en charge des maladies neuro-dégénératives mais s'inscrit également dans le plan consacré à la maladie d'Alzheimer ; elle permet d'y inscrire la pratique des médecins généralistes. Il est toutefois délicat d'utiliser un même instrument pour viser deux objectifs d'une part ajuster la rémunération à l'effort, d'autre part orienter la pratique des médecins vers telle ou telle activité. Si un acte clinique ne demande pas d'effort particulier et s'il est particulièrement utile, on peut penser que des médecins normalement diligents le réaliseront sans avoir besoin d'incitation particulière. A contrario, si certaines consultations utiles, plan de santé publique ou non, exigent un effort particulier, il n'y a pas de raisons fondamentales pour ne pas rémunérer cet effort. Il est par ailleurs à craindre que les pouvoirs publics ne multiplient les tarifications spécifiques à l'occasion de tout plan de santé publique simplement pour donner un signe de leur action<sup>146</sup>.

## 5. RECOMMANDATIONS

### 5.1. *Les souhaits de médecins*

- [466] Il serait utile, avant de formuler des recommandations, de pouvoir apprécier dans quelle mesure la différenciation des tarifs correspond à une aspiration des médecins. Une étude récente a permis d'étudier les souhaits des médecins généralistes en matière d'évolution du mode rémunération<sup>147</sup>. Les médecins ont notamment été interrogés sur leur souhait d'une "plus grande liberté tarifaire" qui selon les auteurs de l'étude "rejoint l'idée d'un tarif à l'acte avec plusieurs cotations possibles". Une courte majorité de médecins (53%) s'affirme favorable à "une plus grande liberté dans la fixation du tarif". Pour autant, et les auteurs de l'étude l'admettent, il est douteux que les réponses positives à cette question signifient exclusivement un souhait de différenciation du tarif des consultations, elles peuvent aussi indiquer une aspiration à bénéficier des libertés du secteur 2.
- [467] Par ailleurs, dès lors que la dépense pour différencier les consultations peut entrer en concurrence avec celle consacrée à d'autres « piliers » de la rémunération, il convient de souligner que 60 % des généralistes s'affirment favorables « à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte » et 50% « à une proportion plus importante de forfaits dans votre (leur) rémunération ». Il est donc difficile de savoir si la différenciation des consultations correspond à une aspiration prioritaire des médecins généralistes.
- [468] On ne dispose pas, à notre connaissance, d'étude sur les souhaits de spécialistes.
- [469] Pour ce qui est des représentants du corps médical, une différenciation en trois niveaux est proposée par la CSMF alors que MG France considère que la différenciation des consultations peut se limiter à la création de quelques consultations "à périmètre défini" dans une perspective de santé publique.

---

<sup>146</sup> Le bilan de la modulation des tarifs T2A pour des « raisons de santé publique » rend plutôt sceptiques sur la pertinence d'une telle démarche;

<sup>147</sup> M. Barlet, V. Bellamy, F. Guillaumat-Tailliet, S. Jakoubovitch. "Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?" RFAS, 2011, n°2-3, 125-55

## 5.2. Conclusion

- [470] Il ressort de la discussion précédente que la tarification à l'acte en vigueur comporte des éléments de différenciation des actes cliniques même si, au global, elle reste relativement indifférenciée. Les effets pervers de cette indifférenciation restent toutefois limités. Un ajustement du tarif à l'effort des médecins apparaît bien plus délicat pour les actes cliniques qu'il ne l'est pour les actes techniques. L'examen des différents scénarios de différenciation du tarif des consultations montre que certains d'entre eux présentent des risques significatifs : lourdeur du processus de codage et de documentation des actes, imprécision des définitions et risque de glissement inflationniste. Par ailleurs, certains présentent un coût initial significatif alors même que les marges de manœuvre sont incontestablement limitées et qu'il convient d'arbitrer entre leur affectation entre les trois "piliers" de la rémunération.
- [471] Il est donc recommandé de poursuivre dans la voie déjà empruntée par la convention et de définir, lorsque cela est évidemment nécessaire, des consultations spécifiques. Cette démarche permet de maîtriser les risques financiers et de reconnaître certaines situations où un effort particulier est exigé du médecin.
- [472] A cet égard, il est certainement souhaitable de mieux documenter, pour les fonder objectivement sur l'effort réel du praticien, les éléments de différenciation de la tarification actuelle.
- [473] Renoncer à ajuster la tarification sur l'effort consenti à l'occasion de chaque consultation ne signifie pas que l'on doive renoncer à introduire plus d'équité dans la tarification du travail clinique entre spécialités pour lesquelles il semble qu'il y ait des différences dans la lourdeur moyenne des consultations. Si l'équité entre spécialités est un objectif pour les professionnels concernés, il est possible de s'appuyer sur les données sur les durées moyennes de consultation (celles déjà disponibles et celle qui ressortiront de l'étude IFOP commanditée par la CNAM) pour moduler, en tenant compte de l'effet C2, le tarif des consultations entre spécialités.
- [474] Enfin, ne pas s'engager dans une CCAM clinique articulée avec la CCAM technique ne signifie nullement qu'il ne faille pas rechercher une meilleure équité entre la rémunération du travail clinique et technique. Il n'est nul besoin d'emprunter cette voie pour tendre vers cette équité et d'ailleurs rien ne garantit que l'emprunter permettrait de progresser (cf. supra bilan de la CCAM technique).

### [475] Récapitulatif des recommandations

**Recommandation n°1 :** Poursuivre dans la voie déjà engagée consistant à définir lorsque cela apparaît nécessaire pour reconnaître des efforts particuliers des médecins, des consultations spécifiques (UNCAM, syndicats médicaux, en continu).

**Recommandation n°2 :** Mieux objectiver les différences de tarifs appliquées à certaines consultations (CNAM, 2012).

**Recommandation n°3 :** Poursuivre le travail d'étude de la durée relative des consultations selon les spécialités et en tirer les conséquences tarifaires (UNCAM, syndicats médicaux, 2012).

**Recommandation n°4 :** Poursuivre le rééquilibrage entre tarification des actes cliniques et techniques (UNCAM, syndicats médicaux, en continu).

## **Partie 4 - La tarification des actes et consultations externes à l'hôpital**

- [476] Cette partie est consacrée aux interactions entre la tarification libérale et le financement des établissements de santé publics et les établissements privés financés antérieurement en dotation globale.
- [477] Les tarifs de la CCAM pour les actes techniques et de la NGAP pour les actes cliniques sont en effet utilisés pour rémunérer les actes et consultations externes (ACE) effectués à l'hôpital, secteur ex DG.
- [478] Le montant des dépenses d'assurance maladie au titre des ACE pour le secteur ex-DG s'est élevé en 2010 à 3 Md€ Parmi ces actes et consultations externes réalisés à l'hôpital, certains sont réalisés par des auxiliaires médicaux ou relèvent de la biologie. Nous nous concentrons sur les actes réalisés par les médecins non biologistes. Sur ce champ, les ACE tarifés à partir de la NGAP ou de la CCAM pèsent 2,4 Md€
- [479] Ce montant est à rapprocher d'un total de dépenses pour les établissements publics tarifés à l'activité de 52,7 Md€ et de l'ensemble des dépenses dites "activité-part tarifs" qui s'élève à 31,3 Md€ L'enjeu de cette tarification pour les établissements ex-DG n'est pas majeur sans être, pour autant, négligeable.
- [480] Parmi ces actes et consultations externes, dont certains sont réalisés lors d'un passage aux urgences, les montants principaux concernent les consultations spécialistes (22,6 millions de consultations pour un montant facturé de 538 millions d'euros), les actes d'imagerie (20,2 millions d'actes pour un montant facturé de 490 millions d'euros), les consultations généralistes (14,3 millions de consultations pour un montant facturé de 371 millions d'euros) et les actes d'échographie (4 millions d'actes pour un montant facturé de 246 millions d'euros).

## 1. LE PROBLEME

### 1.1. *Des tarifs qui n'ont aucune raison de correspondre aux coûts hospitaliers*

- [481] Le dispositif de financement des activités de soins dans le cadre de la T2A ne garantit pas que les tarifs soient égaux aux coûts mais suppose que la hiérarchie des tarifs reflète la hiérarchie des coûts<sup>148</sup> pour qu'aucune prise en charge ou aucun établissement ne soit pénalisé ou favorisé relativement aux autres (cf. *supra* partie relative à la T2A).
- [482] La tarification de l'activité ACE n'obéit pas à ce principe. Les tarifs ACE ne sont pas fixés en référence à des coûts hospitaliers mais de manière exogène, à partir de l'activité libérale. Ils résultent des discussions conventionnelles et s'articulent autour de la logique économique du secteur libéral.
- [483] Or ces tarifs fixés pour le secteur libéral n'ont aucune raison des refléter les coûts publics pour de nombreuses raisons.
- [484] Les activités désignées par les mêmes lettres clefs peuvent ne pas être homogènes dans leur contenu. On peut penser que cette homogénéité est assez grande pour les actes finement décrits par la CCAM technique mais pour les consultations de la NGAP, rien ne garantit que les consultations cotées C ou CS en milieu hospitalier aient le même contenu que ces mêmes consultations réalisées en cabinet de ville<sup>149</sup>.

---

<sup>148</sup> Structure des coûts établis de l'observation de réalisation sur l'échantillon de l'ENC

<sup>149</sup> A cet égard, il serait utile de conduire une enquête pour comparer la durée des consultations en ville pour lesquelles on dispose de données (cf. *supra* partie relative à la CCAM clinique) et la durée des consultations à l'hôpital.

- [485] Les tarifs pratiqués en ville ne sont pas eux-mêmes représentatifs de la rémunération attachée à tel ou tel acte. Par exemple, pour savoir ce que coûte réellement une consultation généraliste réalisée en ville, il faut prendre en compte non seulement la valeur du C mais aussi le forfait ALD attaché à cette rémunération, la prise en charge des cotisations sociales, et, plus récemment, les paiements à la performance. Le problème deviendra plus aigu si les forfaits et le paiement à la performance deviennent les outils privilégiés d'évolution de la rémunération des médecins de ville : la valeur du C en tant que telle perdra encore plus sa signification économique mais restera la base de la tarification de cette activité à l'hôpital.
- [486] Ils ne sont pas plus représentatifs de la rémunération qui devrait être attachée à tel ou tel acte en ville. Pour les actes techniques, les tarifs de la CCAM réellement pratiqués n'ont pas convergé vers des tarifs cibles, eux-mêmes devenus certainement obsolètes puisqu'ils n'ont pas été maintenus depuis 2004 (cf. *supra* partie consacrée à la rémunération des actes techniques).
- [487] Les tarifs sont fixés en fonction d'un environnement et donc d'un coût de la pratique certainement différent entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour les actes pour lesquels un environnement hospitalier s'impose, les forfaits "sécurité et environnement" (SE) (environ 330 M€ en 2010) qui s'appliquent tant dans les secteurs ex-DG que dans le secteur ex-OQN permettent de prendre en compte ce facteur.
- [488] Les tarifications CCAM et NGAP correspondent à une valorisation du travail médical qui n'a rien à voir avec le coût du travail médical à l'hôpital. Par exemple les tarifs en ville aboutissent à des disparités de rémunération entre spécialités, et notamment entre "spécialistes cliniques" et "spécialistes techniques", qui n'existent pas à l'hôpital.
- [489] On ne peut enfin exclure, même si cela n'est pas documenté<sup>150</sup>, qu'il existe des différences de « productivité » entre secteur public et privé dès lors que l'incitation d'un médecin libéral à être « productif » est plus directe (sa rémunération en dépend) que celle d'un praticien public (seules les ressources de l'établissement où il travaille sont en cause).

## 1.2. Une activité sous financée

- [490] Pour toutes ces raisons, l'activité ACE, tarifiée à partir de tarifs fixés sans lien avec l'activité hospitalière, peut être relativement sur ou sous-valorisée par rapport aux autres activités de l'hôpital<sup>151</sup>. Il semble qu'elle soit sous-valorisée. C'est l'hypothèse qui est à la base de la saisine de la DGOS qui a introduit cette problématique dans la lettre de mission sur la base du ressenti des hospitaliers.
- [491] Une étude ponctuelle sur un établissement fait en effet apparaître un déficit conséquent de cette activité, sans commune mesure avec les déficits sur l'activité GHS<sup>152</sup>.
- [492] Par ailleurs, une étude économétrique sur la marge d'exploitation des établissements de santé montre que cette marge est moindre pour les hôpitaux dont la part d'activité externe est relativement plus importante<sup>153</sup>.

---

<sup>150</sup> Il faudrait pour établir des comparaisons de "productivité" pouvoir établir que les produits (une consultation cotée C ou CS) sont homogènes en contenu ville et à l'hôpital et que d'éventuels écarts de productivité ne sont pas reliés à des écarts de qualité

<sup>151</sup> On l'a dit, les tarifs n'ont pas vocation à correspondre aux coûts, la sur ou la sous valorisation n'est donc que relative aux autres activités. Si les ACE étaient sous valorisés dans la même proportion que les autres activités hospitalières, il ne s'agirait plus d'un problème de tarification mais ce serait éventuellement le niveau de l'ONDAM qui serait en cause. Toutefois, pour simplifier, par la suite, on parlera de sur ou sous valorisation.

<sup>152</sup> Cas du CHIBT à Sète voir RHF n° 542 sept. Oct. 2011

<sup>153</sup> F Evain, E. Yilmaz. Les déterminants de la performance économique des établissements de santé. Présentation au séminaire 3S, 9 décembre 2011.

[493] Enfin à la demande la mission IGAS, l'ATIH a rapproché les charges et les recettes de l'activité ACE pour les soins non urgents en s'appuyant sur les données de la comptabilité analytique des établissements de l'échantillon de l'ENC 2009<sup>154</sup>. Même si les problèmes rencontrés pour le recueil des données incitent à la prudence dans l'interprétation des résultats, cette étude fait apparaître pour l'ensemble des établissements de l'échantillon, un écart entre les coûts et les recettes d'au moins 30% et dans certains très largement supérieurs (100% pour certains établissements).

[494] Il semble donc établi que cette activité est relativement sous valorisée.

[495] Bien évidemment cette première étude mérite d'être approfondie. Il faudrait l'étendre aux activités ACE réalisées dans le cadre d'un passage aux urgences. La catégorie ACE recouvre, on l'a vu, des actes et consultations de nature fort différentes, il faudrait notamment apprécier si cette sous valorisation est homogène ou concerne particulièrement certains types d'actes. Il faudrait aussi se donner les moyens d'explicitier les composantes des coûts des ACE, et les éléments déterminants des différences d'efficience entre établissements. Il faudrait enfin mieux connaître le contenu de ces actes et consultations, pouvoir apprécier leur pertinence et leur nature (substitutive ou complémentaire à l'activité de ville).

## 2. LES ENJEUX

### 2.1. *L'enjeu global sur les ressources des établissements de santé*

[496] Dans le cadre financier contraint par l'ONDAM, cette sous-valorisation est sans influence quant aux ressources globales dont disposent les établissements de santé dans leur ensemble. Si demain les tarifs des consultations et actes externes hospitaliers étaient revalorisés, l'enveloppe globale consacrée aux "établissements de santé tarifés à l'activité" ne serait pas augmentée pour autant. En contrepartie de cette revalorisation des ACE, d'autres ressources des établissements de santé (MIGAC, tarif des GHS...) devraient être diminuées.

[497] Toutefois, une augmentation de la rémunération des ACE n'a pas le même effet sur les cliniques et sur les hôpitaux publics. Dans les hôpitaux publics, la rémunération des ACE est une recette des établissements alors que les tarifs des actes et consultations déterminent, dans le cas des cliniques, une recette des médecins exerçant en clinique.

[498] Aussi, toutes choses égales par ailleurs, au niveau global, une augmentation de la rémunération des ACE :

- entraîne une augmentation des ressources des hôpitaux et une diminution des ressources des cliniques s'il y a fongibilité entre les deux enveloppes (ex DG et ex OQN) au sein de l'enveloppe "établissements de santé tarifés à l'activité" ;

- est neutre pour les hôpitaux et pour les cliniques si les enveloppes hôpitaux et cliniques sont distinguées (dans ce cas, le surcroît des recettes au titre des ACE pour les hôpitaux doit être compensé par ailleurs au sein de l'enveloppe hôpitaux).

[499] En tout état de cause, la sous valorisation des activités ACE n'est pas un enjeu macroéconomique au niveau des établissements de santé dans leur ensemble.

### 2.2. *Les enjeux microéconomiques*

[500] Les enjeux microéconomiques de cette éventuelle sous valorisation se situent entre établissements. Un établissement qui a une part d'activité ACE relativement importante voit toutes choses égales par ailleurs sa situation économique dégradée sans que pour autant son efficience productive soit moindre.

<sup>154</sup> ATIH "Comparaison par établissement de l'ENC 2009 des charges et des recettes des Actes et Consultations Externes aux recettes de cette activité". Note du 12/01/2012. Voir Pièce jointe 4-.a.

- [501] Ils se situent également au sein des établissements. La sous valorisation des activités ACE si elle est perçue par les « managers » peut entraîner des décisions de restriction de l'activité ACE que rien ne justifie sauf un système de rémunération inadapté<sup>155</sup>.
- [502] On pourrait même penser qu'il existe un enjeu au sein de l'activité ACE de chaque établissement, une sous-valorisation globale peut en effet coexister avec une survalorisation de certains ACE. Si les managers hospitaliers sont en mesure de repérer ces écarts, il est possible (peu probable en fait) qu'ils opèrent des arbitrages entre activités.
- [503] L'enjeu de cette question n'est donc pas macroéconomique mais microéconomique (équité entre établissements, orientation des activités).

### 3. LES SCENARIOS

- [504] Trois scénarios d'évolution peuvent être envisagés au regard de la situation décrite.

#### 3.1. *La recherche d'un compromis entre logique hospitalière et libérale*

- [505] Dans ce scénario, la tarification libérale ayant un impact sur le secteur hospitalier, on transforme les modes de gouvernance pour permettre une expression de la logique hospitalière dans les décisions relatives au secteur libéral.
- [506] Pour ce qui est des travaux de description de l'activité ou par exemple l'établissement des charges relatives de travail médical, opération qui transcende les séparations sectorielles, cette association est souhaitable et possible.
- [507] Toutefois, pour ce qui est l'élément essentiel soit la détermination des tarifs, tenter d'établir un compromis entre les exigences du secteur hospitalier et celles du secteur libéral risque d'aboutir à des solutions insatisfaisantes pour tous.
- [508] Il faut par ailleurs souligner que si la tarification des actes et consultations est un problème annexe pour l'hôpital, elle constitue une question centrale pour les libéraux. Il y a donc peu de chances que les exigences hospitalières puissent peser. Par exemple, la DGOS fait l'hypothèse que la mise en place d'une CCAM clinique permettrait de mieux prendre en charge les consultations lourdes à l'hôpital. Or, il est fort probable que ce dossier évoluera en fonction des contraintes, des exigences et des rapports de force propres à la ville sans que puisse peser fortement la problématique de l'hôpital.
- [509] Enfin, sauf à repenser le système conventionnel, on voit mal comment associer le secteur hospitalier aux négociations UNCAM/professionnels libéraux au-delà de réunions de concertation entre l'UNCAM et la DGOS en amont, qui seraient de toute façon de bonne pratique administrative.
- [510] Ce scénario évoqué par la DGOS lors de nos premiers entretiens paraît donc peu réaliste.
- [511] La DGOS souhaitait également cette association aux discussions sur la tarification libérale car elle souhaitait faire prendre en compte dans la tarification certains types de consultations dont la nomenclature libérale ne rendrait pas compte (consultations pluridisciplinaires, consultations lourdes...). Il n'a pas été possible à la mission d'obtenir des précisions sur la nature de ces consultations et leur fréquence (part des consultations qui sont considérées comme lourdes, critères qui permettraient de caractériser ces consultations lourdes, domaine clinique/spécialités où ces consultations sont nécessaires, professionnels concernés par les consultations pluridisciplinaires...). Un travail préalable pour identifier d'éventuels besoins est certainement nécessaire.

---

<sup>155</sup> Le fait que l'activité ACE soit nécessaire pour assurer le recrutement de l'hôpital doit être pris en compte dans l'analyse mais ne justifie pas une sous valorisation.

### 3.2. Une rémunération des ACE indépendante des tarifs ambulatoires

- [512] Dans ce scénario sur la base du constat que les tarifs de ville ne peuvent rendre compte des coûts de l'activité ACE à l'hôpital, une tarification relativement indépendante, spécifique à l'hôpital des actes et consultations, serait mise en place.
- [513] Plusieurs possibilités sont a priori ouvertes :
- il est possible de garder la même nomenclature descriptive, un suffixe H permettrait de coter les actes à un niveau cohérent avec les coûts hospitaliers. Il y aurait ainsi un CH et un CSH, un acte technique X...H. Les ACE auraient dans cette hypothèse un tarif propre à l'hôpital, distinct de celui pratiqué en ambulatoire ;
  - si on ne souhaite pas faire apparaître que des actes qui *a priori* peuvent sembler équivalents ont des tarifs distincts, il est possible de garder facialement le même tarif et d'attacher un "supplément" aux ACE comme cela est déjà pratiqué, pour certains, avec le forfait SE. Il convient de souligner que des financements *ad hoc* existent déjà pour tenir compte des contextes de réalisation des actes et consultations. C'est notamment les cas des centres de santé qui reçoivent des financements spécifiques du fait que leurs médecins salariés ne bénéficient pas, à la différence des libéraux, d'une prise en charge partielle des charges sociales.
- [514] Pour des raisons d'affichage, la deuxième approche paraît la plus pertinente.
- [515] Si le secteur hospitalier le juge nécessaire, il pourrait alors, s'il parvient à définir des critères de différenciation pertinents et contrôlables, valoriser ainsi spécifiquement certains actes ou consultations (cf. *supra* les consultations lourdes évoquées par la DGOS). Cela permettrait notamment d'intégrer dans la part tarif des activités de consultation financées aujourd'hui à partir de crédits MIG (consultations douleurs, mémoire, addictologie...).
- [516] L'ATIH, sur la base d'études de coûts spécifiques, aurait la responsabilité de proposer un niveau de facturation des ACE cohérent avec le niveau de facturation des GHS, de façon à viser une neutralité tarifaire relative entre activité ACE et activité de soins en hospitalisation.

### 3.3. Le scénario du statu quo

- [517] Dans ce scénario, les tarifs des ACE à l'hôpital restent fixés à partir des tarifs libéraux malgré leur sous-valorisation.
- [518] Divers arguments qui, à notre sens, n'emportent pas la conviction peuvent être présentés à l'appui de ce scénario. Nous les présentons avec ce qui nous apparaît être leurs limites :
- les problèmes évoqués sont marginaux, les ACE ne représentent qu'une faible part des ressources des hôpitaux. Il reste que l'activité ACE n'est pas marginale et que s'il était confirmé qu'elle est sous valorisée d'au moins 30%, cela peut contribuer à mettre en difficulté les établissements dont la part d'activité ACE est forte ;
  - la sous valorisation des ACE est un artefact statistique. La comptabilité analytique aboutit à "charger" cette activité par les charges de structure générales de l'hôpital alors même que cette activité devrait être considérée comme marginale et ne pas être grevée, comme les autres activités, par ce type de charges. Il est loisible à un manager hospitalier de raisonner en considérant que telle ou telle activité est "rentable" dès lors qu'elle couvre les coûts directs et contribue, ne serait-ce que très modestement, aux charges de structure générale. Pour autant, il est délicat de faire de cette attitude une règle générale. On peut aussi considérer que l'activité ACE est fondamentale car nécessaire au fonctionnement de l'hôpital ;

- même si les ACE sont sous valorisés, il ne faut pas craindre que les hôpitaux se désengagent car ils ont besoin de cette activité pour assurer leur recrutement. L'activité ACE serait de fait rémunérée à travers l'activité de soins hospitaliers qu'elle permet de générer. Il n'est pas sûr que, pour tous les hôpitaux, le lien entre ACE et soins hospitaliers s'inscrive dans cette logique. Les établissements situés dans des zones de relative pénurie médicale en ville peuvent être contraints de réaliser relativement plus d'ACE que leurs homologues ;

- l'activité ACE n'est pas toujours pertinente. Il ne faut pas encourager l'hôpital à se substituer à la ville. Maintenir une sous tarification de l'activité ACE est positif car cela n'incite pas les établissements de santé à faire concurrence à la ville<sup>156</sup>. La sous tarification des ACE ne nous paraît pas l'outil adéquat pour corriger d'éventuelles situations de non pertinence, elle aboutit à pénaliser les établissements dont l'activité ACE est pertinente ;

- revaloriser les ACE et les tarifier sans référence aux tarifs libéraux, c'est entériner, pour certains, la sous productivité en ce domaine de l'hôpital public<sup>157</sup>. Dans le cadre de la T2A, les établissements sont incités à l'efficacité par comparaison avec les coûts moyens des autres établissements et non en s'appuyant sur des tarifs qui n'ont aucun rapport avec l'activité hospitalière (cf. *supra* partie du rapport sur la tarification des séjours hospitaliers) ;

- il n'est pas opportun d'afficher que l'on rémunère différemment des services semblables selon qu'ils sont délivrés en ville ou à l'hôpital. Malgré l'importance des apparences, la question est posée car d'une part la rémunération n'est qu'apparemment semblable (cf. partie 1 sur charges sociales, forfait...) et car, d'autre part, il est possible que le service rendu ne soit aussi qu'apparemment semblable. Le scénario 1, dans sa variante où la sur tarification n'est pas affichée, permet en tout état de cause de préserver les apparences.

#### 4. RECOMMANDATIONS

[519] La mission considère que la logique de la T2A exige que l'on s'astreigne à une relative neutralité dans le niveau de rémunérations des diverses missions assumées par les établissements de santé : ne pas respecter cette neutralité peut aboutir à mettre certains établissements en difficulté financière (absolue ou relative) alors même qu'ils sont efficaces ou du moins aussi efficaces que leur homologues.

[520] Elle recommande donc de ne pas s'en tenir au *statu quo*. Même si elle est consciente qu'il est nécessaire de rassembler des données supplémentaires sur les coûts de l'activité ACE, elle recommande d'envisager un mode de tarification adapté à l'activité hospitalière pour cette activité, soit le scénario évoqué en 3.2.

**Recommandation n°1 : Approfondir le travail d'analyse des ACE dans la perspective de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics (DGOS, ATIH, 2012).**

Pierre-Louis BRAS

Pierre LESTEVEN

Jean-Luc VIEILLERIBIERE

---

<sup>156</sup> Cette idée que les établissements de santé pourraient venir indument concurrencer la ville a été évoquée par certains interlocuteurs de la mission, on ne dispose pas de données pour la confirmer ou l'infirmier.

<sup>157</sup> De même l'idée que les hôpitaux seraient sous productifs pour produire des ACE par rapport à la ville a été évoquée par certains de nos interlocuteurs, on ne dispose pas de données pour la confirmer ou l'infirmier.



## Recommandations de la mission

### *Recommandations de la partie 1 : la tarification des séjours hospitaliers*

N°	Recommandation	Autorité(s) responsable(s)	Echéance de mise en œuvre
1	Poser dans la loi le principe de respect de la hiérarchie des coûts issue des études de coûts pour la fixation des tarifs des GHS et d'un rapport annuel au Parlement, publié sur le site de l'ATIH sur la mise en œuvre de ce principe	Législateur	LFSS pour 2013
2	Prendre les dernières données de coûts disponibles comme référence pour l'application de la neutralité tarifaire	ATIH, DGOS	campagne 2013 et suivantes
3	Poursuivre en continu l'analyse des limites de l'échelle nationale de coûts, la mobilisation de l'expertise et la concertation avec les fédérations sur les solutions proposées.	ATIH	en continu
4	Publier une grille de tarifs neutres à côté de la grille des tarifs de campagne, ainsi que des tableaux explicitant l'ampleur des écarts en pourcentage et en montant, par GHS, par racine de GHS, par groupe d'activité, par CMD, par catégorie d'établissements et présentant la justification des écarts.	ATIH	dès que possible sur les tarifs de campagne 2012 et ensuite
5	Organiser avec les fédérations hospitalières et des experts un processus continu de travail sur les facteurs importants et ciblés d'écarts entre coûts n-2 et tarifs de l'année n, pour objectiver la portée économique de ces facteurs et formuler des recommandations sur leur traitement. Publier les constats et recommandations	ATIH	immédiat en vue de la campagne 2013
6	Poursuivre le programme de travail pluriannuel sur les facteurs d'écarts de coûts entre le secteur public et le secteur privé	(pilotage ATIH, avec DGOS, DSS et CNAMTS)	2012
7	Organiser en continu la réflexion sur l'évolution de la classification pour tenir compte de facteurs objectifs et significatifs d'hétérogénéité des coûts au sein d'un même GHM (ATIH, immédiat)	ATIH	Immédiat
8	Documenter la définition des enveloppes respectives de chaque MIG sur des bases objectives	ATIH	2012
9	Développer une méthode fiable de comparaison du niveau global des coûts et des tarifs en traitant les différences de périmètres aujourd'hui non résolues	ATIH	2012
10	Revoir la gouvernance de l'ATIH de manière à mieux garantir l'autonomie de ses travaux et de ses publications	DGOS	2012

**Recommandations de la partie 2 - la tarification des actes techniques**

1	Constituer une équipe autonome de la CNAM dédiée à l'actualisation de la CCAM, au moins dans ses libellés, pour assurer l'introduction des actes nouveaux et la suppression d'actes obsolètes	Législateur, DSS, DGOS, CNAM	2012
2	Investir dans la connaissance des revenus des médecins pour pouvoir connaître ceux des médecins, de secteur 1 ayant une activité standard	DREES, CNAM	2012 et ensuite
3	Engager une négociation sur l'avenir de la CCAM pour vérifier si les conditions sont réunies pour envisager sa refondation	UNCAM, syndicats médicaux	2012

**Recommandations de la partie 3 - la tarification des actes cliniques**

1	Poursuivre dans la voie déjà engagée consistant à définir lorsque cela apparaît nécessaire pour reconnaître des efforts particuliers des médecins, des consultations spécifiques	UNCAM, syndicats médicaux	en continu
2	Mieux objectiver les différences de tarifs appliquées à certaines consultations	CNAM	2012
3	Poursuivre le travail d'étude de la durée relative des consultations selon les spécialités et en tirer les conséquences tarifaires	UNCAM, syndicats médicaux	2012
4	Poursuivre le rééquilibrage entre tarification des actes cliniques et techniques	UNCAM, syndicats médicaux	en continu

**Recommandations de la partie 4 – la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital**

1	Approfondir le travail d'analyse des ACE dans la perspective de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics	DGOS, ATIH	2012
---	---	------------	------

# Lettre de mission



Liberté • Egalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT, PORTE PAROLE DU GOUVERNEMENT

*Les Ministres*

Inspection Générale Des Affaires Sociales
13 SEP. 2011
N° 565

PARIS, LE 12 SEP. 2011

à

Monsieur le Chef de service de  
l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le Chef de service de  
l'Inspection générale des finances

Le maintien d'un niveau de dépenses d'assurance maladie compatible avec les exigences d'un respect de l'ONDAM est un engagement fort du Gouvernement, essentiel pour la pérennité de notre système de soins.

Le renforcement du dispositif de suivi de l'ONDAM, décidé lors de la conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010, entériné dans la LFSS et la LPPF et concrétisé notamment par la mise en place du comité de suivi de l'ONDAM, relève pleinement de cette logique.

Ces premières mesures, qui touchent au pilotage d'ensemble des dépenses d'assurance maladie, doivent impérativement être prolongées par des actions visant les mécanismes de financement eux-mêmes. A cet égard, deux champs semblent pouvoir être optimisés, tant en termes de pilotage que de construction interne et d'évolution : la tarification à l'activité (T2A) et la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ces deux mécanismes ont en effet en commun de structurer fortement l'offre de soins, et de constituer des incitations qui influent sur les comportements des acteurs du système de santé. Il semble donc impératif de clarifier leurs modalités de construction et d'évolution et d'objectiver les effets des incitations qu'ils doivent créer en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons qu'à partir d'un état des lieux de chacun de ces deux dispositifs vous meniez une réflexion et vous nous fassiez des propositions sur les éléments détaillés ci-après.

1) Concernant les modalités actuelles d'évolution de ces deux dispositifs, nous souhaiterions que vous examiniez les points suivants :

- leurs modalités de pilotage institutionnel, notamment en termes d'association des différents acteurs, d'établissement des règles de décisions et de gouvernance administrative ;

- le programme et les méthodes de travail de la CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et prestations), chargée de proposer à l'UNCAM les évolutions de la nomenclature inscrite dans la CCAM ;
- les conditions de construction de la tarification, de la détermination de la classification jusqu'à la détermination annuelle des tarifs, en portant une attention particulière aux conditions d'évaluation *ex ante* des changements de nomenclature ;
- les interactions et interfaces existantes entre CCAM et T2A
- les conditions dans lesquelles ces tarifications sont appliquées, en ville comme à l'hôpital.

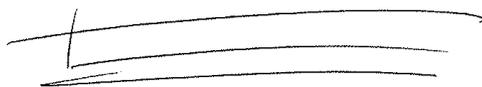
2) Concernant les effets de ces deux dispositifs sur les transformations attendues de l'offre de soins, nous souhaiterions que vous analysiez les points suivants :

- Comment cette classification, centrée sur l'acte d'un seul professionnel de santé, pourrait-elle évoluer, en ville et à l'hôpital, pour prendre en considération les actions de coordination (consultations lourdes et/ou pluridisciplinaires par exemple) requises pour l'optimisation des parcours de soins ?
- Comment coordonner les dispositifs de financement, d'une part, des honoraires médicaux et, d'autre part des séjours hospitaliers, afin notamment de stabiliser et d'assurer dans la durée la convergence tarifaire intersectorielle ?
- Comment tirer meilleur profit des progrès techniques dans l'évolution des deux dispositifs ?
- Comment davantage orienter cette tarification pour inciter à des évolutions de l'organisation du système de soins, notamment en promouvant des activités en ambulatoire tout en s'assurant de la compatibilité entre les incitations micro-économiques et les objectifs généraux de la régulation ?

La mission devra conduire ses travaux en même temps que les travaux relatifs à la préparation de la prochaine campagne budgétaire hospitalière afin d'en alimenter les réflexions.

La mission devra également porter une appréciation et formuler des recommandations sur la place dévolue aux agences régionales de santé dans le pilotage et la mise en œuvre de ces deux dispositifs, ainsi que sur l'impact de ces derniers sur les politiques conduites par les ARS.

Nous souhaitons que la mission fasse un point d'étape en décembre 2011 et rende ses conclusions définitives au plus tard quatre mois après son lancement.



**Xavier BERTRAND**



**Valérie PECRESSE**

**Monsieur Pierre BOISSIER**  
 Chef de l'Inspection Générale  
 des Affaires Sociales  
 14, avenue Duquesne  
 75007 Paris

**Monsieur Jean BASSERES**  
 Chef de service de l'Inspection générale  
 des Finances  
 139, rue de Bercy  
 75012 Paris

## Liste des personnes rencontrées

(Par ordre alphabétique des organismes)

M. Roland CASH et Jean-Claude MOISDON personnalités qualifiées.

### ATIH

M. Housseyni HOLLA	Directeur
Dr Joëlle DUBOIS	Chef de service "Classifications information médicale et modèle de financement"
Mme Véronique SAUVADET	Chef de service, "Financement des établissements de santé"
M. Clément RALLET	Responsable du pôle "Allocation de ressources aux établissements de santé"
Dr Nicole MELIN	Service classifications information médicale et modèle de financement
Mme Nelly BOULET	Statisticienne

### CHU de Grenoble

Dr Jérôme FAUCONNIER	Responsable du DIM
----------------------	--------------------

### CNAMTS

M. Frédéric VAN ROEKEGHEM	Directeur général
Mme Agathe DENECHERE	Directrice de cabinet du DG
Mme Dominique POLTON	Direction de la stratégie, des études et de la statistique
Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP	Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
M. Philippe ULMANN	Direction de l'offre de soins
M. Claude GISSOT	Directeur adjoint, direction de la stratégie, des études et des statistiques
M. Yves GINART	Responsable du département des actes médicaux
Dr Michel MARTY	Responsable du département de l'hospitalisation

### CHAP

Dr Serge LARUE-CHARLUS	Président
------------------------	-----------

### Collège national de l'information médicale (CNIM)

Dr Bernard GARRIGUES	Président
----------------------	-----------

### CSMF

Dr Michel CHASSANG	Président
Dr Michel COMBIER	Président de l'union nationale des omnipraticiens Français
Dr Jean François REY	Président de l'union des médecins spécialistes confédérés
Dr Yves DECALF	Expert CCAM

### DGOS

Mme Annie PODEUR	Directrice générale
M. Félix FAUCON	Chef de service
M. Samuel PRATMARTY	Sous direction de la régulation de l'offre de soins
Mme Sandrine BILLET	Sous direction de la régulation de l'offre de soins
Mme Nathalie FOURCADE	Sous direction observation de la santé et de l'assurance maladie
Mme Vanessa BELLAMY	Bureau des professions de santé

### DSS

M. Dominique LIBAULT	Directeur
Mme Katia JULIENNE	Sous direction du financement du système de soins
M. Laurent CAUSSAT	Sous direction des études et des prévisions financières
Mme Séverine SELGADO	Chef du bureau des relations avec les professions de santé
M. Jérôme CLERC	Chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
Mme Nadia AMER	Bureau économie de la santé
Mme Anne Claire HOREL	Bureau économie de la santé

**Fédération des spécialités médicales**

Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE Président  
 Dr Yves Jean GRILLET CNP de pneumologie, Vice président  
 Mme Valérie LEBORGNE Déléguée générale

**FEHAP**

M. Yves Jean DUPUIS Délégué général  
 M. David CAUSSE Coordonnateur du Pôle Santé-Social, directeur du secteur sanitaire  
 Mme Stéphanie ROUSVAL Directeur adjoint du secteur sanitaire  
 Mme Céline MOREAU Chef du Service observatoire économique social et financier

**FHF**

M. Gérard VINCENT Délégué général  
 M. Yves GAUBERT Pôle finance

**FHP**

M. Thierry BECHU Délégué général MCO

**G4 radiologie**

Dr Jacques NINEY Président de la fédération nationale des médecins radiologues  
 Dr Jean Luc DEHAENE Conseil National Professionnel de la Radiologie  
 Pr Jean François MEDER Collège des Enseignant de Radiologie Française  
 Pr Jean Pierre PRUVOT Secrétaire général de la société Française de radiologie  
 Dr Aïssa KHELIFA président de HMS France

**HAS**

Dr Jean Patrick SALES Directeur Evaluation médicale, économique et de santé publique  
 Mme Sun Hae LEE ROBIN Responsable du service évaluation des actes professionnels

**Le BLOC**

Dr Jean MARTY Co-président  
 Dr Xavier GOUYOU BEAUCHAMPS Secrétaire général de l'Union des chirurgiens de France

**MG France**

Dr Claude LEICHER Président

**UNICANCER**

Mme Pascale FLAMANT Déléguée générale  
 Dr Valérie Jeanne BARDOUX Chef de projet, Stratégie et gestion hospitalière  
 Mme Anne VITOUX Chef de projet Direction Qualité- Indicateurs

**URPS Ile de France**

Dr Bruno SILBERMAN Président

La mission remercie M. Jacques SIMBSLER, conseiller pour les affaires sociales et Mme Laura SCHILLINGS, chargée de mission, pour l'organisation par l'ambassade de France des entretiens en République fédérale d'Allemagne :

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (Fédération des associations de médecins conventionnés)**

M. Roland ILZHÖFER Directeur, département « organisation et gestion de l'information »  
 Mme Patricia KLEIN Directrice, département « Honoraires »

**GKV-Spitzenverband (Fédération des associations de caisses d'assurance maladie)**

M. Wulf-Dietrich LEBER Directeur du département « Hôpitaux »  
 M. Pascal KAISER Département « Soins ambulatoire »  
 M. Robin RÜSENBERG Directeur du département politique

## Sigles utilisés

AC	Aides à la contractualisation
ACE	Actes et consultations externes
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et évaluation en santé (remplacée par la HAS)
APE	Actif à part entière
ARS	Agences régionales de santé
ATIH	Agence technique d'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BNC	Bénéfices non commerciaux
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEAP	Commission d'évaluation des actes et prestations
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et prestations
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CMD	Catégorie majeure diagnostic
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs et des technologies de santé
CNIM	Collège national de l'information médicale
CNP	Collège national professionnel
CPT4	Current procedure terminology 4
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale (dans les hôpitaux) - par extension, les directeurs de ces départements
DM	Dispositifs médicaux
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EBNL	Etablissement à but non lucratif
ENC	Examen national classant
ENCc (ou ENC)	Echelle nationale de coûts à méthodologie commune
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Ex-DG	Anciennement financé par dotation globale
Ex-OQN	Anciennement financé au sein de l'Objectif quantifié national
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNMR	Fédération nationale des médecins radiologues
FSM	Fédération des spécialités médicales
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAS	Haute autorité de santé
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation
MIG	Missions d'intérêt général

---

MIGAC	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
PU-PH	Praticien hospitalo-universitaire
RTC	Retraitement comptable
SAMT	Section d'analyse médico-technique
SEL	Société d'exercice libéral
T2A	Tarifification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire