

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

SÉRIE  
ÉTUDES ET RECHERCHE

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**



Comité d'évaluation  
de la tarification à l'activité

Sous la présidence d'Alain COULOMB

n° 76 – février 2008

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Rapporteurs :**  
**François HADA (DREES)**  
**Sébastien VILLERET (DREES)**  
Avec la collaboration pour la DREES de  
**Nicolas DUMONTAUX, Béatrice Le RHUN, Marie- Caroline LEGENDRE**

## Avant propos

Le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) réunit les acteurs concernés par cette réforme tarifaire : représentants des fédérations d'établissements de santé, représentants de l'assurance maladie, représentants de l'État ainsi que des agences techniques, comme l'ATIH, ou d'analyse, comme la MEAH, experts.

Le présent rapport constitue un premier rapport d'activité. Celui-ci retrace les grandes phases qui ont marqué la réflexion et l'activité du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité depuis sa mise en place. Un deuxième rapport est prévu au début de l'année 2008. Il sera principalement consacré aux résultats des travaux ayant alors aboutis.

Il apparaît aujourd'hui prématuré d'imputer à la T2A d'éventuelles évolutions observées, notamment parce que cette réforme tarifaire suit une montée en charge progressive.

En revanche, l'importance d'établir un état des lieux en amont de la réforme a été souligné, notamment au cours de la session plénière du 1<sup>er</sup> février 2007. Cet état des lieux se veut un point de repère servant à comprendre le chemin qu'auront parcouru les établissements à chaque nouveau résultat dans les travaux d'évaluation.

Le présent rapport a donc deux objets :

- ❑ rendre compte de l'activité du Comité et de ses groupes de travail. Ceci conduit à présenter la démarche engagée en vue d'évaluer les effets de la T2A et la construction des premiers outils mis au point par les groupes de travail et adoptés par le Comité. Ces outils devront permettre de procéder à l'évaluation en tant que telle dès que celle-ci sera possible,
- ❑ dresser un état des lieux de la situation économique et financière des établissements de santé au début de la montée en charge de la T2A, qui permettra par la suite d'apprécier les évolutions induites notamment par la réforme tarifaire.

La trame retenue pour ce document s'articule autour de cinq questions, auxquelles l'évaluation de la T2A doit permettre de répondre en priorité. Ces questions sont relatives aux impacts positifs et négatifs que pourraient avoir la T2A sur :

- l'équité du financement entre établissements de santé,
- la performance économique des établissements de santé,
- la qualité des soins,
- l'accès individuel aux soins,
- l'accessibilité géographique aux soins.

Alain COULOMB  
Président du Comité d'évaluation de la T2A

# Sommaire

Avant propos .....	3
Sommaire .....	7
Synthèse .....	9
1. Mise en place et activité du Comité d'évaluation de la T2A.....	23
1.1 Mise en place du Comité d'évaluation de la T2A.....	23
1.1.1 Principes de la T2A.....	23
1.1.2 Le champ de la réforme .....	24
1.1.3 Les acteurs de la réforme .....	25
1.2 L'activité du Comité d'évaluation de la T2A : objectifs et enjeux .....	27
1.2.1 Enjeux de l'évaluation .....	27
1.2.2 Le Comité d'évaluation de la T2A et ses groupes de travail.....	30
2. Méthodes et outils de suivi et d'évaluation .....	37
2.1 Les demandes formulées.....	37
2.2 Les premiers instruments .....	40
2.2.1 Indicateurs de productivité.....	40
2.2.2 L'effet codage .....	44
3. Définir une situation de référence pour l'évaluation : le suivi économique et financier des établissements de santé, état des lieux en amont de la montée en charge de la T2A .....	53
3.1 Expertise du système d'information permettant le suivi économique et financier des établissements de santé .....	53
3.1.1 Les sources utilisées aujourd'hui par la DREES.....	54
3.1.2 Les sources susceptibles d'être mobilisées .....	56
3.2 Les premiers résultats permettant de définir une situation de référence pour le suivi économique et financier des établissements de santé .....	57
3.2.1 Les premiers résultats pour le secteur hospitalier public .....	57
3.2.2 Les premiers résultats pour les cliniques privées à but lucratif.....	72
3.2.3 Les premiers résultats pour les établissements privés à but non lucratif .....	81
4. Perspectives : calendrier des étapes ultérieures de l'évaluation .....	85
<b>Annexes</b> .....	89
Annexe 1 : Textes fondateurs du Comité d'évaluation de la T2A .....	89
Annexe 2 : Composition des groupes de travail.....	92
Annexe 3 : Calendrier des études du Comité d'évaluation de la T2A.....	95
Annexe 4 : Calendrier de disponibilité des données hospitalières utilisées par le Comité ou qu'il pourrait prochainement mobiliser .....	97
<b>Annexe 5 : Grille de lecture commune du suivi économique et financier des établissements de santé</b> .....	100

## Synthèse

**Sur le principe**, la tarification à l'activité (T2A) est un financement mixte associant d'une part une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif de tarification médicalisé pour l'activité de soins. Ce dispositif de tarification médicalisé prend en compte la nature et le volume d'activité pour financer un séjour au plus près de la mobilisation de ressources nécessaire aux soins.

La T2A doit aussi permettre une harmonisation progressive des modes de financement des établissements de santé. Jusqu'à la mise en place de la T2A, deux systèmes très différents assuraient le financement des établissements de soins : d'une part, la dotation globale (DG) pour les hôpitaux publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif et, d'autre part, une tarification mixte à la journée et à l'acte encadrée par l'objectif quantifié national (OQN) essentiellement pour les cliniques privées à but lucratif.

Les deux systèmes n'étaient pas comparables, ce qui contribuait à entraver les coopérations entre les deux secteurs et l'évolution du paysage hospitalier. De plus, ces deux mécanismes occasionnaient des effets indésirables malgré une volonté politique de réduction des inégalités de financement entre établissements dans chacun des deux secteurs :

- La DG liait faiblement le budget à l'activité réalisée. Ainsi, la reconduction presque « à l'identique » des niveaux de DG conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un sous-financement chronique pour les structures les plus actives ;
- Les tarifs associés à un même acte dans le secteur privé (sous OQN) variaient sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, il a été observé au fil des années une multiplication du nombre de forfaits que pouvait facturer une clinique, et partant une moins bonne lisibilité de ce système tarifaire.

La nouvelle tarification s'applique en 2007 à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de **Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO)**, y compris les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile (HAD). Les hôpitaux locaux sont néanmoins temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme. La part de l'activité non concernée par la réforme, relative aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à la Psychiatrie, demeure pour l'instant financée selon le modèle d'allocation de ressources antérieurement en vigueur.

La mise en place de la T2A a débuté en 2004 pour les établissements anciennement sous DG qui pratiquent une activité MCO (hormis les hôpitaux locaux). Les établissements anciennement sous OQN de MCO sont passés sous T2A à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005. Une montée en charge progressive de la T2A est proposée à chacun des deux secteurs afin de lisser dans le temps l'impact de la réforme.

Le **Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la Tarification à l'activité** dans les établissements de santé, créé par l'arrêté du 25 mai 2004, est chargé d'évaluer la mise en œuvre de la T2A et ses effets sur le fonctionnement du système de santé, et notamment :

- l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins ;
- l'efficacité économique de la réforme ;
- l'impact de la réforme sur la qualité et l'accès aux soins.

Le suivi des modalités de financement dans les pays étrangers est également dans ses compétences.

Ce Comité regroupe différents services de l'État, l'assurance maladie, les fédérations d'établissements de santé ainsi que six personnalités qualifiées.

## ✓ *Les enjeux de l'évaluation des effets de la T2A*

La T2A est largement inspirée du système de paiement prospectif (PPS<sup>1</sup>) mis en place à partir de 1983 aux États-Unis. À la suite de l'expérience américaine, de nombreux autres pays ont plus ou moins récemment mis en place un système tarifaire du secteur hospitalier inspiré du PPS (Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie, Espagne, Australie notamment). L'approche théorique et les expériences étrangères, notamment américaine, doivent en partie permettre d'anticiper des effets induits par la T2A.

Le comité d'évaluation de la T2A a jugé nécessaire de concentrer ses travaux autour des impacts de la T2A sur :

- **l'équité du financement entre établissements de santé,**
- **la performance économique des établissements de santé,**
- **la qualité des soins,**
- **l'accès individuel aux soins,**
- **l'accessibilité géographique aux soins.**

Compte tenu du caractère progressif de la réforme, le comité a été amené à débiter ses travaux d'évaluation alors même que le nouveau système de financement n'est mis en œuvre que partiellement. De ce fait, les constats dressés par le comité souffrent de **trois types de limites** :

- les comportements des établissements durant la période de transition peuvent être différents de ce qu'ils seront une fois la réforme stabilisée : les effets de court terme de la T2A ne doivent pas être confondus avec ceux de moyen terme. Les expériences étrangères suggèrent que l'adaptation au nouveau système tarifaire n'est pas immédiate, a fortiori quand sa mise en œuvre est progressive ;
- l'évaluation mobilise des données qui sont pour partie issues des systèmes d'information servant à la tarification ou à la gestion. Or la fiabilité des données, notamment les données médico-économiques relatives aux séjours, est susceptible d'évoluer (effet d'apprentissage). L'évaluation doit tenir compte de ce biais possible : l'évolution de la structure du case-mix (éventail d'activités) des établissements doit donc être étudiée, en tenant compte du fait qu'elle peut pour partie découler de nouvelles pratiques de codage que la T2A susciterait. Enfin, les données de tarification et de gestion nécessitent souvent des retraitements (apurement, redressement, enrichissement, etc.) avant d'être mobilisables à des fins d'évaluation et leur disponibilité est rarement immédiate. Une note retraçant le calendrier de disponibilité des données hospitalières utilisées par le Comité d'évaluation de la T2A ou qu'il pourrait prochainement mobiliser est présentée dans ce cadre en annexe 4 ;
- Le pilotage et l'évaluation de la réforme nécessitent également la construction de systèmes d'information ad hoc. La théorie aussi bien que les expériences étrangères soulignent par exemple l'importance d'un pilotage exigeant de la qualité des soins dans le cadre d'un financement à l'activité. Or, le suivi de la qualité et son évaluation supposent la mise en place d'indicateurs qui sont pour partie encore en cours d'expérimentation ou dont la généralisation n'est pas achevée (cf. notamment les projets Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (Compaqh1) et Compaqh2 financés par le Ministère et la Haute autorité de santé (HAS)). Autre exemple, la mesure de l'accessibilité individuelle aux soins, et notamment l'accueil des populations précaires nécessite également la mise en œuvre d'enquêtes spécifiques.

L'évaluation exige par ailleurs de procéder à des mesures sur le système avant et après la réforme, afin de repérer autant que possible les inflexions imputables à la T2A. C'est essentiellement à la constitution de la situation de référence qu'est consacré ce premier rapport. L'évaluation de la T2A doit ainsi s'inscrire dans la durée, et ne saurait bien entendu s'achever avec l'arrivée en régime de

---

<sup>1</sup> PPS pour « prospective payment system ».

croisière de la réforme. Par ailleurs, la montée en charge de l'évaluation doit aussi correspondre à celle de la réforme elle-même. Pour l'évaluation, ceci signifie que le comité a consacré ses premiers efforts à la mise en place progressive de ses fondements méthodologiques et techniques, permettant **de dresser un point « zéro » en amont de la réforme.**

Dans le cadre du Comité, quatre groupes de travail thématiques animés par la Drees ont fonctionné en 2006-2007 sur :

- ✓ le suivi économique et financier des établissements de santé,
- ✓ les indicateurs de productivité hospitalière et l'effet codage,
- ✓ la qualité et l'accessibilité des soins,
- ✓ les effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements d'une part et des liens entre planification et T2A d'autre part.

Ces groupes ont eu pour mission de définir pour le thème considéré les problématiques liées à l'évaluation de la T2A puis de cibler, en fonction de ces problématiques, les études les plus pertinentes à mener.

Entre début 2006 et octobre 2007, le Comité d'évaluation de la T2A s'est réuni trois fois en session plénière et les quatre groupes de travail se sont réunis au total 10 fois. Cinq appels d'offres ont été lancés et financés par la DREES dans le cadre spécifique du Comité d'évaluation, engageant une somme totale de près de 600 000 euros. Par ailleurs, les services de la DREES ont réalisé et publié 7 études sur le suivi économique et financier des établissements de santé.

✓ ***Les problématiques et les demandes formulées au sein du comité et des groupes de travail***

**Le suivi économique et financier des établissements de santé** permet notamment d'apprécier globalement l'adéquation des niveaux des tarifs alloués aux établissements et le degré d'adaptation des établissements au nouveau système : un nombre important et croissant d'établissements connaissant des difficultés peut être, dans certaines conditions, le signe d'un différentiel trop grand entre coûts et tarifs ou, aussi, l'indication de rigidités empêchant certains établissements de réaliser les efforts d'efficacité souhaitables. La Drees a expertisé le système d'information permettant ce suivi puis construit les indicateurs pertinents. Compte tenu des délais de mise à disposition des données produites par la DGCP et la Coface (cf. annexe 4), l'analyse se limite pour l'instant aux années 2003 à 2005 et fournit donc essentiellement des éléments de référence pour apprécier la situation avant la réforme et à son démarrage.

**L'amélioration de la productivité**, qui est une dimension de la performance économique, constitue sans doute un des objectifs majeurs de la T2A. La mise en place d'indicateurs opérationnels, c'est-à-dire produits à partir des systèmes d'information existants, était l'une des demandes du comité et du groupe de travail ad hoc. Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent expliquer l'amélioration de la productivité d'un établissement de santé. Certains correspondent à des incitations du système (meilleure utilisation des moyens par exemple), d'autres en sont au contraire des effets pervers potentiels (segmentation des séjours par exemple). Ces différents facteurs ne doivent évidemment pas être analysés selon un axe unique. Pour éclairer ces questions, la DREES a lancé un appel d'offre visant à proposer une **méthodologie de mesure de la productivité hospitalière** et une première liste d'indicateurs opérationnels de mesure de la productivité, afin de pouvoir observer une rupture éventuelle des gains de productivité liée à la mise en place ou à la montée en charge de la T2A.

Le surcodage intentionnel de l'activité (ou « DRG-creep ») est une pratique déviante observée dans la majorité des pays qui ont mis en place un PPS depuis plusieurs années. Il a été décidé que la première

étude traitant ce sujet dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A serait **élargie à la notion « d'effet codage »**. En effet, du fait de la récente mise en place de la T2A ainsi que de sa montée en charge progressive, il existe en France un phénomène d'apprentissage ou de rattrapage de la qualité du codage. Le second appel d'offre lancé par la Drees visait donc à dresser un **premier état des lieux des effets codages observables depuis la montée en charge de la T2A**, incluant le « DRG-creep » mais aussi l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage.

**La qualité d'une part et l'accès individuel aux soins** d'autre part sont des notions multidimensionnelles. Il est apparu primordial au Comité de commencer par cibler certains aspects précis de ces thèmes. Une étude, confiée à Iris Conseil, a ainsi été lancée sur la **prise en charge hospitalière des populations dites précaires** afin notamment d'envisager les coûts ou éventuels surcoûts pour les établissements liés à cette prise en charge. En ce qui concerne le suivi de la **qualité globale des soins**, des travaux méthodologiques ont par ailleurs été menés afin d'évaluer la qualité du chaînage des séjours dans le PMSI<sup>2</sup>, dans le but d'estimer ensuite, si le comité le juge opportun, des indicateurs usuels de qualité comme le taux de réadmissions.

En introduisant une logique d'analyse et de valorisation de l'activité par nature de produits ou de services, associée à une pression s'exerçant sur les ressources des établissements, la T2A devrait en principe inciter ceux-ci à modifier leur organisation interne. Ces évolutions seraient de nature à influencer les performances économiques des établissements. La complémentarité d'une analyse quantitative à caractère représentatif et d'études plus qualitatives sur des échantillons d'établissements a été privilégiée pour étudier les **effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements**. L'analyse quantitative sera alimentée par l'enquête Changements organisationnels et informatisation (COI) réalisée par la Drees en 2007. Par ailleurs, une étude lancée par le Comité d'évaluation de la T2A à l'automne 2007 sur huit établissements, confiée à Essor Consultants, ainsi que certains des travaux de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) alimentent une approche plus qualitative de la question.

Des experts ont notamment souligné les contradictions possibles entre la T2A et la planification sanitaire de l'offre de soins hospitaliers<sup>3</sup>. Une étude traitant des **liens entre planification sanitaire et T2A**, confiée à Pricewaterhouse Coopers, a débuté en septembre 2007. L'étude examinera les liens entre les modes de financement et la planification, et en quoi la T2A peut venir modifier certains liens. Elle abordera donc notamment la question de l'accessibilité géographique aux soins.

### ✓ *Les premiers résultats relatifs aux indicateurs de productivité hospitalière*

Le terme de « productivité », largement utilisé dans le vocabulaire économique, recouvre un sens précis : il se définit comme le rapport d'une production aux ressources engagées pour l'obtenir. Le terme « production » désigne un ensemble de biens ou de services produits qui peuvent être des quantités physiques mais aussi des activités ou des services plus immatériels. Le terme « ressources engagées » ou encore « facteurs de production », désigne le travail, le capital technique, les capitaux engagés, les consommations intermédiaires ainsi que des facteurs également plus immatériels comme le savoir-faire capitalisé ou l'utilisation de brevets.

La notion de productivité hospitalière et sa mesure posent certaines difficultés méthodologiques. Trois types de mesures du produit hospitalier sont tout d'abord distingués dans la littérature économique :

---

<sup>2</sup> Tardif L., 2007, « Étude méthodologique du chaînage des séjours. Base PMSI-MCO 2004 », *Document de travail, série statistiques*, DREES, n°116, octobre.

<sup>3</sup> Voir notamment J-M. Rolland, « Réussir la T2A », Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rapport d'information n° 3265, juillet 2006.

- en tant qu'activités ou services primaires tel qu'un acte opératoire ou qu'une activité de service liée à l'hôtellerie,
- comme un séjour hospitalier qui regroupe un ensemble d'activités primaires
- en tant que résultat permettant de traduire la satisfaction du patient.

Plusieurs types d'indicateurs de productivité sont possibles. Les indicateurs de productivité globale, qui mesurent l'apport de la combinaison des différents facteurs de production, s'avèrent de construction plus complexe. Cette complexité est essentiellement liée à la question de l'agrégation des différents facteurs de production, souvent exprimés dans des unités de mesure différentes. Les indicateurs de productivité partielle (contribution du travail ou du capital par exemple estimée de façon séparée) sont plus délicats à interpréter (car ils ne prennent pas en compte les interactions entre capital et travail). Le CRESGE a proposé un indicateur de productivité spécifique qui permet de contourner les limites des indicateurs de productivité partielle traditionnels, en estimant la contribution moyenne du facteur de production considéré à l'activité d'un établissement.

Le système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH), mis en place par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) en 2006, propose, à des fins de pilotage, des indicateurs approchant la notion de productivité. Il contient ainsi notamment l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) et les indicateurs de production médico-économique (IPME).

Les tableaux de la nouvelle édition de l'AGHN incluent des indicateurs et ratios croisant les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec des données issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) ou des retraitements comptables. Les IPME comprennent trois indicateurs de productivité, deux d'entre eux, l'indicateur de productivité MCO (IPMCO) et l'indicateur de productivité globale (IPG), situant l'établissement dans la perspective d'un financement complet à l'activité ; le troisième décrivant la situation effective de l'année (IPG avec fraction tarifaire).

Par ailleurs, le CRESGE, sélectionné à la mi-2006 pour mener l'étude sur les indicateurs de productivité hospitalière lancée dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A, a dû procéder, en lien avec le groupe en charge de ce dossier, à certains choix méthodologiques pour aborder le sujet. La production d'un séjour hospitalier regroupant un ensemble d'activités primaires a été retenue comme mesure du produit hospitalier (numérateur des indicateurs de productivité). Il a été par ailleurs décidé d'essayer de construire dans une première étape des indicateurs de productivité spécifique pour les différents facteurs de production liés au travail. Enfin, compte tenu des limites des données disponibles, ces réflexions ont été menées uniquement sur les établissements ex DG. Le PMSI et l'échelle nationale des coûts (ENC) ont en effet été utilisés pour la construction du numérateur et les équivalents temps plein (ETP) de la SAE pour celle du dénominateur. Des premiers calculs exploratoires d'indicateurs de productivité spécifique au travail ont été effectués par le CRESGE doivent être affinés avant d'être publiés.

### ✓ *Les premiers résultats relatifs à l'effet codage*

L'évolution de pratique de codage de l'activité hospitalière a fait l'objet d'une première étude dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A, confiée à PricewaterHouse Coopers.

Une revue bibliographique incluant trois pays étrangers (les États-Unis, l'Allemagne et la Suède) forme le premier volet de cette étude.

Par rapport aux autres systèmes du type PPS, les États-Unis se caractérisent par une certaine maturité de leur système et des acteurs vis-à-vis des enjeux liés au codage. Le recours à des prestations de

sociétés externes est ainsi assez répandu, aussi bien au niveau des établissements que des décideurs publics.

En Allemagne, le système PPS est plus récent, avec une mise en œuvre qui a débuté en 2003. Le contrôle du codage relève de la responsabilité des services médicaux de l'Assurance maladie, structurés au niveau des Länder et non au niveau fédéral. Il n'existe pas à ce jour en Allemagne de méthodologie commune de contrôle.

La Suède dispose également d'une antériorité intéressante vis-à-vis du PPS (depuis 1992 dans le comté de Stockholm). Le système suédois laisse également une large place à l'échelon régional. Les modalités de contrôle du codage apparaissent relativement peu régulées et pas uniformisées.

La France apparaît ainsi être le seul pays du périmètre d'étude possédant un guide de contrôle externe national qui encadre cette activité de contrôle. La forte structuration du dispositif de contrôle permet par ailleurs de garantir l'uniformité du traitement et la cohérence des méthodes déployées. C'est également le seul des quatre pays qui d'une part procède à une analyse annuelle systématique et unifiée du case-mix et du codage de l'activité des établissements, d'autre part a défini réglementairement une échelle de sanctions spécifique et graduée en fonction d'un taux de surfacturation<sup>4</sup>. Il s'appuie sur l'outil de dépistage des atypies de l'information médicale (DATIM), conçu par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et l'ATIH. Celui-ci permet en effet d'analyser le comportement d'un établissement par rapport à l'ensemble des établissements comparables à partir de différents indicateurs constituant autant de critères de détection d'erreurs ou d'anomalies de codage.

Second volet de l'étude, le volet statistique a consisté à étudier l'ensemble des données PMSI MCO de 2003 à 2005 pour les établissements ex DG d'une part et pour les établissements ex OQN d'autre part.

Des analyses économétriques ont pu être ciblées autour de quelques sujets, notamment grâce à la consultation d'experts. L'analyse du codage des Complications ou morbidités associées (CMA), indicateur de la complexité des cas traités et des coûts associés à cette complexité, est apparue incontournable. L'analyse du codage des symptômes en diagnostic principal a fait également partie des sujets intéressants à traiter, dans le sens où ils peuvent être dans certains cas mieux rémunérés que les codes « pathologiques ». L'objectif premier de ces analyses a été de déterminer si le codage des établissements avait évolué entre 2003 et 2005. Des variables de contrôle, relatives notamment à la taille, à l'activité en tant que telle ainsi qu'à sa dispersion ont dans ce cadre été intégrées au modèle.

En ce qui concerne les séjours groupés avec CMA, l'analyse descriptive montre pour les deux secteurs une faible tendance à l'augmentation du nombre de ces séjours entre 2003 et 2005. L'analyse économétrique indique qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative de pratique de codage des CMA entre 2003 et 2004, une fois prise en compte les facteurs d'hétérogénéité mais qu'en revanche, pour les deux secteurs, les taux de séjours groupés avec CMA sont significativement plus élevés en 2005 qu'en 2004.

Pour ce qui est des codes symptômes, les analyses descriptives et économétriques sont concordantes, illustrant que le taux de séjours avec un symptôme comme diagnostic principal n'a significativement évolué sur la période pour aucun des deux secteurs.

Les analyses économétriques montrent ainsi quelques évolutions sur les comportements de codage, notamment concernant les CMA entre 2004 et 2005, sans qu'il soit pour l'instant possible de conclure qu'il s'agit d'effets directs de la T2A.

---

<sup>4</sup> Décret n°2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale

### **✓ Point « zéro » sur le suivi économique et financier des établissements**

Avant la mise en place de la T2A, les analyses économiques et financières traitant des établissements de santé étaient en règle générale menées par secteur, notamment du fait de fonctionnements économiques différents entre établissements. Sans gommer les spécificités sectorielles, une grille d'indicateurs économiques et financiers commune à tous les établissements de santé a été construite (cf. annexe 5) pour éviter tout cloisonnement des analyses.

### **L'expertise du système d'information**

Les sources ayant permis de réaliser les études sur la situation économique et financière des établissements de santé sont variables selon le secteur concerné et les données ne sont pas collectées selon une même cadence. Une note récapitulant les délais de disponibilité des principales données hospitalières utilisées par le Comité d'évaluation de la T2A ou qui pourraient être mobilisées prochainement est proposée dans ce cadre en annexe 4.

Les données du secteur public sont fournies par la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP). L'analyse du compte de résultat des hôpitaux publics doit notamment être considérée avec prudence, d'une manière générale en raison de l'effet potentiel des reports de charges, difficiles à cerner, et de manière plus particulière, dans le cas de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), des flux intra-groupes étant comptabilisés au sein des comptes disponibles jusqu'en 2006.

La DREES dispose des données des liasses fiscales des cliniques privées, notamment grâce au logiciel Diane de Coface SCRL. Bien qu'elles aient l'obligation de dépôt de leurs comptes, l'analyse des cliniques privées s'appuie généralement sur un échantillon d'établissements. Par ailleurs, les comptes analysés sont uniquement ceux des sociétés d'exploitation des cliniques. Ceux de leurs sociétés civiles, notamment immobilières (SCI), ne sont pas traités car ils ne sont pas connus.

Les établissements privés à but non lucratif n'ont pas d'obligation de dépôt de leurs comptes contrairement aux hôpitaux publics et aux cliniques privées. De ce fait, le suivi économique et financier de ces établissements est aujourd'hui beaucoup plus limité même si la DREES a tout de même mené une étude qui s'appuie sur une enquête traitant des comptes de résultat de ces établissements jusqu'à l'année 2004.

Parmi les autres sources susceptibles d'être mobilisées par le Comité dans le cadre du suivi économique et financier des établissements de santé, l'outil ICARE, développé par la DHOS et l'ATIH, pourrait occuper une place centrale dans l'évaluation des effets de la T2A. Cet outil traite du compte de résultat des établissements anciennement sous DG et permet d'isoler les activités MCO en proposant des retraitements comptables.

### **Les premiers résultats pour les hôpitaux publics**

La taille, les activités ainsi que les missions des 1006 entités juridiques composant en 2005 le secteur hospitalier public sont hétérogènes. Les hôpitaux publics peuvent être ainsi, par convention, répartis en sept catégories :

- ✓ l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP);
- ✓ les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- ✓ les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille :
  - les petits CH, au nombre de 205 en 2005 ;
  - les moyens CH, 201 en 2005 ;

- les grands CH, 128 en 2005 ;
- ✓ les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS), 94 en 2005 ;
- ✓ les hôpitaux locaux (HL), 347 en 2005.

Entre 2002 et 2005, les produits totalisés par le secteur hospitalier public progressent de 15 % en euros courants et s'élèvent à 56,7 milliards d'euros en 2005. Les produits versés par l'assurance maladie obligatoire représentent l'essentiel de ces produits à hauteur de 83 % du budget principal des hôpitaux. Les HL se distinguent nettement des autres catégories puisque les produits versés par l'assurance maladie obligatoire ne représentent que 60 % de leurs produits, en lien avec une activité principalement orientée vers les soins de longue durée, comptabilisés en budgets annexes. Hors HL, les produits versés par l'assurance maladie obligatoire forment entre 74 % des produits pour les petits CH et 89 % des produits pour les CHS.

Les charges du secteur hospitalier public atteignent 56,5 milliards d'euros en 2005 et ont augmenté de 16 % en euros courants depuis 2002. Avec 70 % du budget principal, les charges de personnel sont prédominantes. Elles atteignent 80 % des charges des CHS. Hors CHS, la part des charges de personnel est relativement homogène entre catégories. Elle est comprise entre 61 % pour l'AP-HP et 68 % pour les trois catégories de CH.

Le résultat net comptable des hôpitaux publics, qu'ils n'étaient pas tenus d'optimiser sur la période, est faible puisque les montants de leurs produits et charges sont comparables. Celui-ci ne peut cependant pas être analysé comme un indicateur de performance économique. En revanche, son analyse dans le cadre d'un financement par dotation, encore majoritaire au sein du secteur hospitalier public, permet de comparer la répartition du budget global et les charges des hôpitaux. Le montant total destiné au financement du secteur public hospitalier semble globalement suffisant au regard de ses charges.

Il existe cependant des déséquilibres marqués au niveau établissements. En 2005, plus d'un hôpital public sur trois est ainsi en déficit contre un sur quatre en 2002. Par catégorie, les HL sont sous-représentés parmi les hôpitaux publics déficitaires à l'inverse des CHR. Les déficits observés pour certains établissements peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la DG par rapport à l'activité réalisée, soit de charges excessives des établissements. Dans ce cadre, une meilleure répartition du financement entre hôpitaux représente l'un des objectifs poursuivis par la T2A.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est voté chaque année au parlement. Il est décomposé en plusieurs enveloppes. L'ONDAM hospitalier, qui concerne l'ensemble des établissements de santé, s'élève à 61,5 milliards d'euros en 2005. À partir des comptes disponibles en 2005, les hôpitaux publics représenteraient environ 70 % de l'ONDAM hospitalier, soit 42,7 milliards d'euros. Ce montant est constitué :

- d'une partie liée à la mise en place de la T2A (76 %), divisée en deux enveloppes :
  - les dépenses d'assurance maladie relatives aux activités de MCO (65,5 %),
  - les MIGAC (10,5 %).
- une partie relative aux activités non MCO, qui ne sont pas concernées par la T2A (24 %).

Du fait d'une décomposition plus détaillée des comptes en 2005, la part de l'ONDAM liée à la mise en place de la T2A peut par ailleurs être analysée de façon plus fine.

Compte tenu de la montée en charge de la T2A, les financements directement liés à l'activité représentent 15,5 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire en 2005. Ainsi, le secteur hospitalier public reste financé sous forme de dotations pour plus de 80 %.

Le poids des MIGAC est le plus élevé au sein de l'AP-HP et des autres CHR, avec près de 20 % des produits versé par l'assurance maladie. Ce sont en effet ces établissements qui assurent l'essentiel des missions d'enseignement et de recherche.

Par ailleurs, les comptes disponibles nous permettent de préciser que 524 hôpitaux publics seraient concernés par la T2A en 2005 et 482 ne le seraient pas (347 HL, 84 CHS et 51 CH)<sup>5</sup>. Pour la suite de l'analyse relative aux hôpitaux publics, les 51 CH non concernés par la T2A<sup>6</sup>, c'est-à-dire ceux ne pratiquant pas d'activité MCO, ont été isolés des autres CH pour former une huitième catégorie.

Les petits CH présentent en moyenne en 2004 et 2005 une rentabilité économique plus favorable lorsqu'ils pratiquent une activité MCO (voir tableau ci-dessous). Hormis les petits CH, la rentabilité économique moyenne des catégories d'hôpitaux pas ou peu concernées par la T2A (CHS et HL) est plus favorable sur la période que celle des hôpitaux concernés par la T2A (AP-HP, autres CHR, grands et moyens CH). La pratique d'activités MCO ne semble donc pas expliquer en tant que telle des différences de niveaux de résultat net comptable entre les hôpitaux.

#### Ratio de rentabilité économique des hôpitaux publics par catégorie

	Niveaux				Évolutions			
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005		entre 2002 et 2005	
Total hôpitaux publics	0,3 %	1,0 %	0,5 %	0,9 %	-	0,6	-	0,5
AP-HP	-1,1 %	1,6 %	-0,3 %	0,8 %	-	2,8	-	1,9
Autres CHR	-0,2 %	0,4 %	-0,1 %	0,5 %	-	0,6	-	0,7
Grands CH	0,6 %	0,4%	0,2%	0,4%		0,1		0,2
Moyens CH	0,6 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	-	0,2	-	0,1
Petits CH	1,1 %	2,0 %	1,6 %	2,2 %	-	0,8	-	1,1
CHS	1,2 %	2,3 %	1,6 %	2,0 %	-	1,1	-	0,8
Hôpitaux locaux	2,0%	2,5%	3,1%	3,2%	-	0,5	-	1,3

Sources : DGCP, calculs DREES.

Pour toutes les catégories hormis les CH non concernés par la T2A, les investissements hospitaliers publics sont en phase assez marquée de relance entre 2002 et 2005, grâce notamment au volet investissement du plan Hôpital 2007<sup>7</sup>. Ceci se vérifie également sur une période un peu plus longue : entre 1994 et 2004, l'investissement des hôpitaux publics a connu une période de recul jusqu'à la fin des années 90, puis une reprise continue ensuite.

En contrepartie de leur progression, les conditions de financement de ces investissements semblent se dégrader. La capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux diminue notamment d'un point entre 2004 et 2005 pour s'établir à 6 % en moyenne. Parallèlement, le taux d'endettement augmente de deux points entre 2002 et 2005 pour atteindre 35 % en moyenne. La plus grande part des aides allouées aux hôpitaux publics dans le cadre du volet investissement du Plan Hôpital 2007 sont des aides en fonctionnement qui sont versées sous la forme d'aides aux remboursements d'emprunts. Ceci permet d'expliquer l'augmentation de leur taux d'endettement d'une part et nuance le phénomène de dégradation des conditions de financement de leurs investissements d'autre part.

La trésorerie des hôpitaux a fortement progressé, atteignant en moyenne 2,5 milliards d'euros en 2005 (soit l'équivalent de 18 jours de produits) contre 1,3 milliard d'euros en 2002. La trésorerie des

<sup>5</sup> Les hôpitaux qui ne sont pas concernés par la T2A sont en moyenne de taille beaucoup plus faible que ceux qui sont concernés par la T2A.

<sup>6</sup> Les 51 CH non concernés par la T2A sont tous proches des petits CH en termes de taille.

<sup>7</sup> Le volet investissement du Plan Hôpital 2007 prévoit de soutenir l'investissement des établissements de santé, en allouant l'équivalent de 6 milliards d'euros d'aides sur la période 2003-2007.

hôpitaux concernés par la T2A (l'AP-HP, les autres CHR et les CH), hormis celle des petits CH, est plus faible que pour les autres catégories. La T2A pourrait néanmoins modifier cet écart. La logique de résultats qui lui est inhérente est en effet susceptible d'inciter les établissements à dégager un niveau de trésorerie capable de combler des phases de déficits transitoires.

### Les premiers résultats pour les cliniques privées

En 2005, le chiffre d'affaires (CA) moyen des 825 cliniques privées analysées s'établit à 10 millions d'euros. Le CA moyen de l'ensemble des cliniques a augmenté de 27,2 % depuis 2002. Cette progression s'établit à 9,3 % entre 2004 et 2005, l'évolution du secteur MCO est supérieure à celle du secteur hors MCO : respectivement 10,3 % et 4,2 %.

L'évolution du chiffre d'affaires résulte entre autres composantes du développement de leur activité, de l'augmentation de leurs tarifs ou de la modification de l'éventail d'activités (case-mix).

En 2005, la rentabilité économique des cliniques privées s'établit à 3,2 %, atteignant son niveau le plus élevé depuis le début des années 2000. Elle progresse ainsi très nettement pour la deuxième année consécutive de 1 point par rapport à 2004 (2,1 %) et de 2 points par rapport à 2003 (1,3 %) (voir tableau ci-dessous). Un peu moins d'une clinique sur cinq déclare pour autant des pertes en 2005.

#### Rentabilité économique des cliniques par catégorie

	2005	2004	2003	2002	2001	2000
<b>Ensemble</b>	3,2	2,1	1,3	1,1	0,1	1,3
Polycliniques	2,9	1,3	0,3	0,2	-1,1	0,4
Médecine	6,6	1,6	1,1	1,2	1,1	1,1
Chirurgie	2,1	2,1	1,1	0,5	-1,2	0,1
Obstétrique	0,8	1,4	1,1	-1,7	0,6	3,3
Dialyse	8,3	5,4	4,5	7,7	17,1	20,7
<b>Total MCO</b>	3,0	1,5	0,5	0,3	-1,1	0,4
Suite et réadaptation	5,2	5,4	4,1	3,1	3,7	2,5
Psychiatrie	4,3	4,4	4,9	4,4	4,0	6,4
Divers	-4,0	1,5	2,3	3,7	1,3	0,7
<b>Total hors MCO</b>	4,3	4,9	4,3	4,0	4,8	5,3

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO est en forte hausse, elle atteint 3,0 % du CA, soit le double de 2004 (voir tableau ci-dessus). Le secteur hors MCO réalise des bénéfices moindres qu'en 2004 mais sa rentabilité reste pour autant en 2005 plus élevée que celle du secteur MCO (4,3 % contre 3,0 %).

L'ensemble des grandes zones géographiques françaises (France métropolitaine) profitent de l'amélioration du taux de rentabilité économique.

Pour ce qui est de la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques, elle croît nettement en 2005 (+ 5 points) pour atteindre 15,7 %.

Le niveau de l'actif immobilisé des cliniques est minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés civiles immobilières (SCI) les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. L'investissement des cliniques MCO et hors MCO a fortement progressé entre 2004 et 2005, évolution qui s'inscrit dans la logique du volet investissement du Plan Hôpital 2007. Celui-ci avait par

ailleurs permis d'accompagner la reprise des investissements des cliniques entre 2001 et 2004, faisant suite à une baisse continue de leur taux de renouvellement des immobilisations entre 1994 et 2000.

Cette forte progression des investissements des cliniques ne s'est pas traduit par une dégradation des conditions de financement de ces investissements. Celles-ci se sont même plutôt améliorées, grâce notamment à une capacité d'autofinancement (CAF) en progression et qui s'établit à 6,4 % en 2005. Le taux d'endettement des cliniques est relativement stable entre 2004 et 2005, proche de 38 %.

La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques reste constante autour de 25 jours de CA entre 2002 et 2005. Sur l'ensemble de la période, près de 20 % des cliniques présentent une trésorerie négative. La trésorerie des cliniques du secteur hors MCO est supérieure à celle des cliniques MCO (respectivement 33 et 24 jours de CA en 2005).

### **Les premiers résultats pour les établissements privés à but non lucratif**

L'enquête menée par la DREES permet de présenter la structure du compte de résultat entre 2001 et 2004 des trois catégories d'établissement étudiés (CLCC, établissements de court séjour hors CLCC et établissements de SSR).

Les produits des 20 centres de lutte contre le cancer progressent de façon continue entre 2001 et 2004. La progression des consommations intermédiaires (CI)<sup>8</sup> provient surtout de la croissance des achats de « molécules pharmaceutiques onéreuses », dont les radiopharmaceutiques.

Le ratio de rentabilité économique des établissements privés à but non lucratif doit être analysé selon le même angle que celui des hôpitaux publics. Il n'est pas un indicateur de performance économique sur la période mais permet de comparer la répartition du budget global et les charges des établissements. Le budget global octroyé aux CLCC apparaît assez proche des charges de ces établissements entre 2001 et 2004 puisque le ratio de rentabilité économique des CLCC est relativement faible sur la période, toujours inférieur en valeur absolue à 1 %. Cependant, leurs charges sont en règle générale plus élevées que leurs produits puisque ce ratio est négatif hormis pour l'année 2002.

L'analyse du ratio de rentabilité économique des deux autres catégories d'établissements privés à but non lucratif (établissements de court séjour hors CLCC, établissements de SSR) est assez proche de celle formulée pour les CLCC, illustrant une correspondance étroite entre le budget global qu'ils perçoivent et leurs charges.

Des évolutions marquées de la situation économique et financière des établissements de santé apparaissent sur les années 2004 et 2005, période de montée en charge de la T2A. Ces évolutions peuvent être globalement caractérisées par une détérioration de la situation des hôpitaux publics et une amélioration de celle des cliniques. On ne peut pour autant pas affirmer aujourd'hui qu'il s'agit de premiers effets de la T2A.

---

<sup>8</sup> Les CI correspondent à la valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production

### **✓ Les perspectives des travaux du Comité d'évaluation de la T2A**

Les cinq questions auxquelles l'évaluation de la T2A doit permettre de répondre en priorité sont actuellement abordées par le Comité d'évaluation de la T2A. Les éléments de réponse restent pour le moment partiels et les travaux doivent donc être poursuivis et complétés.

#### **Concernant l'équité de financement entre établissements de santé**

Les travaux actuels du Comité permettant d'aborder directement ou indirectement cette question, et notamment le suivi économique et financier et l'étude de la prise en charge hospitalière de la précarité, ne sont pas centrés uniquement sur la problématique de l'équité. Ils devraient dans ce cadre apporter certains éléments de réponse ou des pistes à creuser concernant l'équité du financement entre établissements de santé.

Le suivi économique et financier des établissements de santé doit être poursuivi et affiné afin d'envisager de lier les évolutions observées aux réformes qui sont en cours et plus particulièrement à la T2A. L'étude confiée à Iris Conseil sur la prise en charge hospitalière de la précarité devrait être achevée avant la fin de l'année 2007.

L'allocation des financements complémentaires, notamment les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), mérite dans cette optique une attention particulière. La Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) avait ainsi, dans son rapport 2006 consacré à la T2A, demandé un bilan annuel d'application des MIGAC et une justification dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de leur évolution. En parallèle de la finalisation du premier rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, la DHOS a remis au Parlement un rapport sur les MIGAC devant permettre de fournir des informations sur l'utilisation des dotations affectées aux MIGAC pour 2006 et le début de l'année 2007. L'état d'avancement des travaux en cours sur le périmètre des MIGAC et les modalités de leur évaluation financière sont ainsi notamment développés dans ce rapport. Celui-ci pourrait faire l'objet d'une présentation dans le cadre de la prochaine réunion du Comité d'évaluation de la T2A.

#### **Concernant la performance économique des établissements de santé**

L'étude relative aux indicateurs de productivité hospitalière, confiée au CRESGE, devrait également être achevée avant la fin de l'année 2007. Des éléments pouvant venir pondérer la notion de productivité devront par ailleurs être étudiés à la suite de cette étude du CRESGE. Des membres du comité ont suggéré une étude comparative entre établissements de la structure du personnel y travaillant ou encore de la question de la programmation des activités.

D'autres études, traitant de l'organisation interne des établissements de santé, ont débuté récemment et devraient fournir des premiers résultats au début de l'année 2008. Enfin, la première étude fournie au comité traitant de l'effet codage débouche sur des constats qui doivent être approfondis avec le concours de l'ATIH et de la CNAM dans des études de tendance à plus long terme, l'objectif ultime étant de pouvoir mieux repérer et caractériser les comportements déviants de façon à pouvoir implanter des règles de régulation adaptées.

#### **Concernant la qualité des soins**

Une fois achevés et validés les travaux méthodologiques en cours à la Drees, le comité devra se prononcer sur le développement d'indicateurs de qualité comme le taux de réhospitalisations (séjours successifs pour un même patient).

### **Concernant l'accès individuel aux soins**

La prise en charge hospitalière de la précarité constitue pour le Comité d'évaluation de la T2A le premier axe d'analyse de cette problématique. L'étude d'Iris Conseil sur la prise en charge hospitalière de la précarité devrait être achevée avant la fin de l'année 2007.

Une analyse du taux de recours à l'hôpital des patients affiliés à la couverture maladie universelle (CMU) est par ailleurs envisagée par la Drees et la Cnam.

### **Concernant l'accessibilité géographique aux soins**

L'étude de PriceWaterhouse Coopers sur les liens entre planification et T2A a récemment débuté et devraient être achevée au cours du premier semestre de l'année 2008.

Un calendrier présentant les principales étapes de chaque étude menée actuellement dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A est présenté en annexe 3.

# 1. Mise en place et activité du Comité d'évaluation de la T2A

## 1.1 Mise en place du Comité d'évaluation de la T2A

### 1.1.1 Principes de la T2A

L'objectif d'une allocation de ressources aux établissements de santé, fondée sur une mesure médicalisée de leur activité, avait déjà été prévu par la Loi hospitalière de 1991, puis repris par l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation en 1996. En 1994, une expérimentation impliquant tous les établissements de court séjour de la région Languedoc-Roussillon a testé la faisabilité du recueil de données médicalisées via le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 1996, celui-ci a été généralisé à l'ensemble des établissements financés par dotation globale et en 1997, aux établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN).

En 1999, l'article L6122-19 du code de la Santé Publique disposait que « le gouvernement [pourra] expérimenter, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie ». Une Mission d'expérimentation a été mise en place en janvier 2000 et a procédé aux premières études et évaluations d'impact afin de définir le cadre de l'expérimentation.

L'arrêté du 20 novembre 2002 a créé une Mission opérationnelle sur la Tarification à l'Activité (T2A) qui avait pour rôle de mettre en œuvre l'expérimentation de la réforme du financement en 2003 et de préparer sa généralisation à l'ensemble des établissements de santé en 2004.

Jusqu'à la mise en place de la loi réformant le système de tarification des soins hospitaliers, deux systèmes très différents assuraient le financement des établissements de soins : d'une part, la dotation globale (DG) pour les hôpitaux publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif (notamment ceux participant au service public hospitalier – PSPH) et, d'autre part, une tarification mixte à la journée et à l'acte encadrée par l'objectif quantifié national (OQN) essentiellement pour les cliniques privées à but lucratif.

Les deux systèmes n'étaient pas comparables, ce qui contribuait à entraver les coopérations entre les deux secteurs et l'évolution du paysage hospitalier. De plus, ces deux mécanismes occasionnaient des effets indésirables :

- La DG liait faiblement le budget à l'activité réalisée. Depuis le milieu des années 90, l'indice synthétique d'activité (ISA) était utilisé afin de moduler le taux d'évolution de la DG selon l'activité des établissements. La valeur du point ISA était un indicateur défini à partir du budget court séjour d'un établissement et une mesure de son activité. À chaque séjour classé dans un groupe homogène de malade (GHM) correspond une valeur en points ISA définie par l'échelle nationale de coûts (ENC). L'activité court séjour d'un établissement pouvait donc être mesurée par la somme des points ISA associés à l'ensemble des séjours. La valeur du point ISA d'un établissement était donc calculée par le rapport entre son budget et le total des points ISA qu'il produisait. Du fait de ce rapport, l'analyse du point ISA perdait tout son intérêt dans le cadre de la T2A, réforme liant par définition une partie des financements à l'activité. Par ailleurs, l'utilisation du point ISA a été faible et variable selon les régions. Ainsi, la reconduction presque « à l'identique » des niveaux de DG conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un sous-financement chronique pour les structures les plus actives ;
- Les tarifs associés à un même acte dans le secteur privé (sous OQN) variaient sur l'ensemble du territoire même si une réduction des inégalités tarifaires entre établissements avait également été mise en œuvre depuis plusieurs années. Par ailleurs, il a été observé au fil des années une multiplication du

nombre de forfaits que pouvait facturer une clinique, et partant une moins bonne lisibilité de ce système tarifaire.

Le Gouvernement a donc décidé d'engager l'harmonisation des modes de financement, dans le respect des spécificités des acteurs au sein des secteurs. La tarification à l'activité est ainsi un financement mixte associant d'une part une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif de tarification médicalisé pour l'activité de soins. Ce dispositif médicalisé de tarification prend en compte la nature et le volume d'activité pour financer un séjour au plus près de la mobilisation de ressources nécessaire aux soins.

Les principes fondamentaux de la réforme tiennent en plusieurs points, notamment :

- Une prise en charge financière adaptée à la nature des soins prodigués, avec des tarifs de séjour basés sur la classification en groupe homogène de malades (GHM) du PMSI.
- La reconnaissance des cas les plus lourds avec une facturation possible de suppléments pour les séjours qui se prolongent et pour les séjours en réanimation, soins intensifs, surveillance continue ou néonatalogie.
- Un financement qui tient compte du nombre de patients qui se présentent aux urgences, en consultation, ou en soins externes.
- Un paiement qui préserve l'innovation grâce à la facturation complémentaire d'un certain nombre de médicaments et de dispositifs médicaux particulièrement onéreux.
- Des forfaits annuels pour les activités d'urgence, de prélèvements d'organes et de greffe.
- Les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation, garanties par une enveloppe spécifique (MIGAC).

La fixation des tarifs (ou des prix) des GHM dans le cadre de la T2A s'appuie pour le moment sur deux mécanismes différents selon l'ancien mode de financement des établissements.

Pour les établissements de santé anciennement sous DG, une étude nationale de coûts (ENC) fournit un montant moyen de charges pour chacun des GHM du PMSI, par observation des coûts par séjour dans une cinquantaine d'établissements. Chaque GHS, pendant tarifaire du GHM, se voit ainsi doté d'un tarif « éclairé » par les coûts pour les établissements de santé anciennement sous DG.

Pour les établissements de santé anciennement sous OQN, la moyenne des tarifs historiques à la journée et à l'acte définit à titre transitoire le tarif de chaque GHS. La réalisation pour les données 2006 d'une étude nationale de coûts commune (ENCC) poursuit entre autres objectifs de se doter pour les établissements anciennement sous OQN d'un tarif « éclairé » par les coûts. L'échantillon relatif à l'activité 2006 comprend 61 établissements anciennement sous DG et 43 établissements anciennement sous OQN.

### ***1.1.2 Le champ de la réforme***

La nouvelle tarification s'applique en 2007 à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO), y compris les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile (HAD). Les hôpitaux locaux sont néanmoins temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme. La part de l'activité non concernée par la réforme, relative aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à la Psychiatrie, demeure pour l'instant financée selon le modèle d'allocation de ressources antérieurement en vigueur. Des réflexions sont en cours pour une amélioration du PMSI SSR et pour la généralisation du modèle de Valorisation des activités en psychiatrie (VAP). Ces réflexions devraient permettre dans les années à venir des expérimentations d'un système de tarification à l'activité pour ces activités.

Les établissements sous DG sont progressivement passés à la T2A depuis 2004. Ce passage induit pour les établissements de santé publics et PSPH des changements importants dans la détermination des ressources, les procédures budgétaires et comptables et les circuits d'information et de traitement des données. Il n'était techniquement pas possible d'opérer la conversion à la T2A du secteur au cours du seul exercice 2004. Le schéma retenu s'échelonne donc en plusieurs étapes successives :

- En 2004 et 2005, un dispositif transitoire maintenait le cadre budgétaire et comptable existant. En revanche, les budgets étaient déterminés et ajustés selon les modalités d'application de la réforme en prenant en compte l'activité mesurée par le PMSI.
- À partir de 2006, et en pratique dès septembre 2005 avec la préparation budgétaire, une nouvelle procédure budgétaire résulte d'une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements (l'état prévisionnel des recettes et dépenses – EPRD). Les éléments d'activité, ainsi que les données relatives à la consommation de médicaments et dispositifs médicaux, sont adressés trimestriellement aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui les valorisent et les transmettent à la caisse d'assurance maladie pivot pour paiement.
- La troisième étape, prévue initialement pour 2006 mais reportée à une date ultérieure, doit permettre aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par l'interface de l'ARH.

La montée en charge progressive de la réforme a consisté jusqu'en 2007 à faire augmenter peu à peu la part du financement des établissements relevant directement de l'activité MCO : 10 % en 2004, 25 % pour 2005 ; 35 % en 2006, 50 % en 2007. La loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2008 prévoit que le taux passe à 100 % dès 2008 et que la montée en charge se poursuive au travers de coefficients de transition. Ce coefficient serait calculé chaque année pour chaque établissement, il vise à harmoniser de manière progressive les ressources qui leur sont allouées.

Les coefficients de transition sont la modalité de montée en charge progressive de la réforme retenue dès la mise en place de la T2A pour les établissements sous OQN dans la réforme, soit le 1<sup>er</sup> mars 2005. Celle-ci était prévue initialement en 2004 mais a été reportée à la suite des difficultés techniques rencontrées dans l'adaptation des chaînes de facturation et de liquidation.

### *1.1.3 Les acteurs de la réforme*

La mise en œuvre de la réforme a conduit à la création d'une mission opérationnelle sur la tarification à l'activité ([Arrêté du 20 novembre 2002](#)) aux objectifs suivants :

- Construire et simuler les différents scénarii de mise en œuvre d'une tarification à l'activité.
- Accompagner les établissements expérimentateurs.
- Consulter les professionnels sur les options retenues et leur présenter les résultats des simulations et des expérimentations.
- Proposer les différentes mesures réglementaires et d'accompagnement technique nécessaires à la réussite de la généralisation.

Cette Mission, dite **Mission Tarification à l'Activité** (ou MT2A), informe régulièrement les organismes représentatifs des établissements par le biais d'un **Comité de Suivi et de Concertation**.

De manière à assurer un suivi de la réforme, le Ministre chargé de la santé a par ailleurs mis en place deux autres structures :

a. Au sein même de la Mission Tarification à l'activité (MT2A), une **Mission d'audit et d'accompagnement** de la mise en œuvre de la réforme dans les établissements de santé. Cette mission est chargée de suivre les établissements de santé qui rencontrent des difficultés dans la mise en œuvre opérationnelle de la réforme, de faire des propositions visant à favoriser leur adaptation aux conditions nouvelles de financement et de les assister dans la définition de leur stratégie. Le cas échéant, elle propose à la MT2A les aménagements techniques propres à améliorer le dispositif de financement. Cette mission est coordonnée par un responsable placé sous l'autorité du directeur opérationnel de la MT2A et fait appel en tant que de besoin à des experts ou personnes qualifiées.

b. **Un Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la Tarification à l'activité** dans les établissements de santé. Cette instance est chargée d'évaluer la mise en œuvre de la T2A et ses effets sur le fonctionnement du système de santé, et notamment :

- l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins ;
- l'efficacité économique de la réforme ;
- l'impact de la réforme sur la qualité et l'accès aux soins.

Le suivi des modalités de financement dans les pays étrangers (et particulièrement ceux qui ont introduit une réforme de même nature) est également dans ses compétences.

Ce Comité rend compte de ses travaux et de ses propositions au ministre de la santé et au Comité de suivi et de concertation.

Les services et structures suivantes sont associés aux travaux du Comité d'évaluation de la T2A :

- Les différents services de l'État concernés : DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), DSS (direction de la sécurité sociale), ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation)...
- L'Assurance Maladie : CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), CANAM (caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes), CCMSA (caisse centrale de la mutualité sociale agricole)...
- Les Fédérations d'établissements de soins : FHF (fédération hospitalière de France), FHP (fédération de l'hospitalisation privée), FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif) et FNCLCC (fédération nationale des centres de lutte contre le cancer).
- Six personnalités qualifiées ont par ailleurs été désigné par arrêté du ministre de la santé : Professeur Marie-Christine Closon, Professeur Paolo Tedeschi, Docteur Jean-Luc Baron, M. Benoît Dervaux, Docteur Etienne Minvielle, Docteur François Fraisse.

## **1.2 L'activité du Comité d'évaluation de la T2A : objectifs et enjeux**

### **1.2.1 Enjeux de l'évaluation<sup>9</sup>**

La T2A est largement inspirée du système de paiement prospectif (PPS<sup>10</sup>) mis en place initialement aux États-Unis. Le PPS a été instauré en 1983 dans le cadre du programme Medicare (protection sociale publique pour les personnes âgées ainsi que les personnes gravement handicapées). A la suite de l'expérience américaine, de nombreux autres pays ont plus ou moins récemment mis en place un système tarifaire du secteur hospitalier inspiré du PPS (Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie, Espagne, Australie notamment). L'approche théorique et les expériences étrangères, notamment américaine, doivent en partie permettre d'anticiper des effets induits par la T2A.

Le paiement prospectif est un mécanisme de rémunération des établissements de santé dans lequel la fixation du prix d'un service est indépendante du coût de sa production<sup>11</sup>. Dans ces conditions, le risque financier est assumé par le producteur qui doit s'assurer que ses coûts de production sont bien couverts par les tarifs en vigueur. Ce dispositif tarifaire est ainsi, en principe, un levier qui exige des établissements de santé des efforts de productivité.

Ce mécanisme de financement doit aussi et surtout assurer une allocation budgétaire plus efficace et plus équitable. Le système de financement lié à l'activité devrait en principe inciter les établissements de santé à se spécialiser en fonction de leurs avantages comparatifs et favoriser ainsi une rationalisation de l'offre de soins. Elle garantit en principe aux établissements de santé un financement en rapport avec leur activité et non plus une rente de situation dont disposaient certains. La conformité à cet objectif doit bien entendu être soigneusement suivie par le Comité d'évaluation. Celui-ci doit aussi et ainsi veiller dans le même temps aux risques de dérives que le système peut présenter. Les deux aspects de cette évaluation reviennent à veiller à ce que l'objectif soit bien atteint.

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

- ✓ le risque moral : fournir des soins « sur cotés » à des patients souffrant de pathologies n'exigeant pas de tels traitements,
- ✓ inversement, gagner en productivité en restreignant l'intensité des soins pour les patients aux pathologies les plus lourdes,
- ✓ le risque de sélection pure et simple des patients, en écartant de la patientèle celles et ceux qui ne seraient pas source d'une rémunération jugée suffisante.

Dans ces conditions, l'efficacité économique du système serait fortement contrainte et un risque pèserait sur la qualité et l'accès aux soins. Ceci met en évidence la nécessité accrue dans un tel système du déploiement d'outils favorisant et contrôlant la pertinence et la qualité des actes réalisés (référentiels de bonnes pratiques, accréditation...).

---

<sup>9</sup> La description des enjeux de l'évaluation de la T2A au sein de ce rapport s'appuie notamment sur Frédéric Bousquet, 2004, « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? », Dossiers Solidarités et Santé, DREES, n°1.

<sup>10</sup> PPS pour « prospective payment system ».

<sup>11</sup> En principe, ceci signifie que l'on ne tient pas compte des coûts propres d'un établissement pour fixer les prix (c'est-à-dire les tarifs) qui lui sont applicables. En pratique, les prix sont en général fixés sur la base de la moyenne des coûts. Néanmoins de nombreuses variantes peuvent exister : moyenne sur un échantillon d'établissements, sur l'exhaustivité des établissements, moyenne écrêtée, médiane, etc. Une solution plus extrême qui se voudrait très incitatrice à la maîtrise des coûts pourrait en théorie également se baser sur le coût minimum.

Les expériences étrangères, principalement américaine, indiquent qu'un mécanisme comme la T2A est toujours largement accompagné de financements complémentaires fondés sur le remboursement de certains coûts de fonctionnement. Il s'agit ici de tenir compte de coûts structurels que les établissements doivent supporter et qu'ils ne peuvent en aucun cas maîtriser, comme les urgences ou l'enseignement. Il s'agit aussi de ne pas négliger les différences de nature d'activités qui induisent des coûts supplémentaires pour certains établissements, dans la mesure où ces coûts spécifiques sont formellement repérés et quantifiés, comme la prise en charge de patientèles dont les caractéristiques sont source de surcoût dans leur prise en charge (l'exemple des patients dit en situation de précarité est un élément de cette question). Ces compléments doivent maintenir l'équité du financement.

Ces financements complémentaires entraînent souvent une plus grande complexité du système et peuvent induire des effets difficiles à prévoir, ce qui rend la mesure des effets de la réforme tarifaire d'autant plus difficile. L'expérience américaine nous l'apprend : les effets, positifs ou négatifs, attendus de la réforme de Medicare ne se sont pas toujours concrétisés de manière aussi nette que ce que les experts prévoyaient<sup>12</sup>.

En résumé, le comité d'évaluation de la T2A a jugé nécessaire a jugé nécessaire de centrer ses travaux autour des impacts de la T2A sur :

- l'équité du financement entre établissements de santé,
- la performance économique des établissements de santé,
- la qualité des soins,
- l'accès individuel aux soins,
- l'accessibilité géographique aux soins.

Les impacts étudiés doivent être autant les incitations proposées par la réforme, aux conséquences positives, que les risques qui lui sont inhérents, aux conséquences négatives.

Compte tenu du caractère progressif de la réforme, le comité a été amené à débiter ses travaux d'évaluation alors même que le nouveau système de financement n'est mis en œuvre que partiellement. De ce fait, les constats dressés par le comité souffrent de trois types de limites. Ces contraintes doivent être prises en compte dans l'ambition que l'on doit avoir d'établir un lien de causalité net et clair entre la réforme tarifaire et les évolutions des indicateurs mis en place aux fins de l'évaluation.

- La réforme est mise en œuvre progressivement, en particulier dans le secteur public, et avec une ampleur limitée dans un premier temps.

Les comportements des établissements durant la période de transition peuvent être différents de ce qu'ils seront une fois la réforme stabilisée : les effets de court terme de la T2A ne doivent pas être confondus avec ceux de moyen terme. Les expériences étrangères suggèrent que l'adaptation au nouveau système tarifaire n'est pas immédiate, a fortiori quand sa mise en œuvre est progressive. De fait, la mesure des pleins effets de cette réforme tarifaire ne sera donc possible qu'à moyen terme et il sera dans l'intervalle délicat de faire la part entre ce qui relève de la T2A et ce qui provient d'autres facteurs, dans l'observation d'évolutions dans les établissements. De plus, la T2A est un volet du plan « Hôpital 2007 ». L'évaluation doit donc tenir compte autant que possible des interactions éventuelles avec les autres volets de ce plan (aide à l'investissement, nouvelle gouvernance).

---

<sup>12</sup> Ainsi, les dépenses hospitalières n'ont pu être freinées durablement malgré un net fléchissement les deux premières années. À l'inverse, le constat d'une dégradation de la qualité ou de l'accès aux soins ne semble pas non plus pouvoir être établi, même si des dérives plus ponctuelles ont pu survenir.

- Condition nécessaire de la bonne mise en œuvre de la réforme et de la bonne qualité de l'évaluation, les données médico-économiques mobilisées, relatives aux séjours, doivent être les plus fiables possibles.

Il est notamment essentiel de suivre l'évolution de la structure du case-mix (éventail d'activités) des établissements, en tenant compte du fait qu'elle peut pour partie découler de nouvelles pratiques de codage que la T2A susciterait. La qualité des données relève de la responsabilité des pouvoirs publics et fait partie de l'évaluation même de la réforme. L'expérience américaine, mais aussi belge, font état d'un phénomène de « DRG-creep », optimisation tarifaire du codage des séjours, expliquant une hausse du prix moyen de ces derniers. Dans une phase de démarrage, il importe d'ailleurs de distinguer ce qui résulterait de telles pratiques d'optimisation et ce qui relèverait de phénomènes d'apprentissage (pouvant jouer à la hausse ou à la baisse) dans l'utilisation des nouvelles grilles.

La collecte des données de coûts hospitaliers peut également encore s'améliorer. La conception d'une nouvelle méthodologie, créée dans le cadre de l'échelle de coûts commune à tous les établissements de santé pratiquant une activité MCO, devrait aller dans le sens de cette amélioration.

- Le pilotage et l'évaluation de la réforme nécessitent également la construction de systèmes d'information ad hoc.

La théorie aussi bien que les expériences étrangères soulignent par exemple l'importance d'un pilotage exigeant de la qualité des soins dans le cadre d'un financement à l'activité. Or, le suivi de la qualité et son évaluation supposent la mise en place d'indicateurs qui sont pour partie encore en cours d'expérimentation ou dont la généralisation n'est pas achevée (cf. notamment les projets Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (Compaqh1) et Compaqh2 financés par le Ministère et la Haute autorité de santé (HAS)). Autre exemple, la mesure de l'accessibilité individuelle aux soins, et notamment l'accueil des populations précaires nécessite également la mise en œuvre d'enquêtes spécifiques.

L'évaluation exige par ailleurs de procéder à des mesures sur le système avant et après la réforme, afin de repérer autant que possible les inflexions imputables à la T2A.

Force est de constater qu'une méthodologie faisant l'objet d'un consensus sur des données et des études pour dresser un état des lieux de la situation en amont de la réforme fait défaut en ce qui concerne au moins quatre sujets centraux : l'appréciation de la situation économique et financière des établissements, leur productivité, la qualité des soins ainsi que l'accès aux soins.

En lien avec ces contraintes, l'évaluation de la réforme doit s'inscrire dans la durée, et ne saurait bien entendu s'achever avec l'arrivée en régime de croisière de la réforme. De même, il sera souvent difficile d'isoler les effets spécifiques de la mise en œuvre de la réforme du financement des hôpitaux des autres évolutions structurelles ou conjoncturelles. Ainsi, la réforme intervient dans un contexte tendu dans le financement global des dépenses de santé. Des contraintes financières pèsent sur les établissements de santé depuis plusieurs années, alors que leurs coûts de fonctionnement subissent des évolutions résultant de divers facteurs. On peut citer par exemple le vieillissement de la population, le progrès technologique, les normes de sécurité plus strictes mais aussi plus coûteuses, l'investissement dans la qualité ainsi que le financement et les efforts de gains de productivité du travail liés à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Ces éléments ne peuvent être écartés de l'évaluation des effets de la réforme.

La montée en charge de l'évaluation doit aussi correspondre à celle de la réforme elle-même. Pour l'évaluation, ceci signifie que le Comité a consacré ses premiers efforts à la mise en place progressive de ses fondements méthodologiques et techniques. Un état des lieux initial, point « zéro » en amont de la réforme, servira de point de référence pour la mesure des évolutions à venir ou déjà observées.

La première phase de l'évaluation suppose enfin de mobiliser les acteurs concernés pour élaborer en commun une méthodologie d'analyse et dresser une première liste d'indicateurs nécessaires, ajoutant à ceux qui sont déjà disponibles ceux qu'il faudrait mettre au point et renseigner.

### ***1.2.2 Le Comité d'évaluation de la T2A et ses groupes de travail***

Le Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la Tarification à l'activité a ainsi engagé ses travaux et créé quatre groupes de travail thématiques traitant :

- ✓ du suivi économique et financier des établissements de santé,
- ✓ des indicateurs de productivité hospitalière et l'effet codage,
- ✓ de la qualité et l'accessibilité des soins,
- ✓ des effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements d'une part et des liens entre planification et T2A d'autre part.

Ces groupes ont eu pour mission de définir pour le thème considéré les problématiques liées à l'évaluation de la T2A puis de cibler, en fonction de ces problématiques, les études les plus pertinentes à mener.

Les participants aux différents groupes de travail sont présentés au sein de l'annexe 2 du rapport, le secrétariat de l'ensemble de ces instances étant géré par la DREES.

L'évaluation d'une réforme de cette importance exige la mobilisation de moyens spécifiques. Si une partie importante des travaux peut être réalisée au sein des directions d'administration centrale et des agences publiques, la mobilisation de ressources supplémentaires sera nécessaire. Certaines études ont été et seront confiées à des prestataires extérieurs, suggérant donc de disposer de budgets d'études et de recherche à la hauteur des missions du Comité.

Entre début 2006 et novembre 2007, le Comité d'évaluation de la tarification s'est réuni trois fois en session plénière et les quatre groupes de travail se sont réunis au total 10 fois. Cinq appels d'offres ont été lancés et financés par la DREES dans le cadre spécifique du Comité d'évaluation, engageant une somme totale de près de 600 000 euros. Par ailleurs, les services de la DREES ont réalisé et publié 7 études sur le suivi économique et financier des établissements de santé depuis 2006.

#### ***Groupe de travail sur le suivi économique et financier des établissements de santé***

Les informations économiques et financières sont collectées pour la majorité des établissements de santé même si elles s'accompagnent de certaines limites qu'il importe de prendre en compte.

Le suivi économique et financier peut ainsi permettre, dans le cadre de l'évaluation de la T2A, d'apporter certains éléments de réponse et pistes à creuser principalement sur les questions relatives à :

- l'amélioration de l'équité du financement des établissements de santé,
- les incitations à une meilleure performance des établissements de santé.

La médicalisation du financement des établissements de santé a pour objectif d'améliorer l'adéquation entre d'une part le niveau de financement et d'autre part le volume et la nature de l'activité des établissements. La tarification à l'activité dissocie les coûts de fonctionnement des tarifs rémunérant l'activité. Les établissements peuvent ainsi dégager un profit ou, inversement, réaliser des pertes et enregistrer un déficit.

Par conséquent, l'évaluation doit vérifier que les tarifs sont fixés à un niveau incitant à la maîtrise des coûts de production, sans remettre en cause les moyens d'une prise en charge par le secteur hospitalier

de ses patients dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité des soins. Il convient ainsi d'observer et d'évaluer :

- l'impact de la T2A sur la situation économique et financière des établissements ;
- l'adéquation des diverses composantes du financement à l'activité des établissements.
- la capacité des systèmes d'information à rendre compte des coûts et la pertinence des indicateurs qui permettent de suivre l'évolution des coûts.

L'observation et le suivi régulier de la situation économique et financière des établissements de santé et son évolution permettent notamment d'apprécier globalement l'adéquation des niveaux des tarifs alloués aux établissements et le degré d'adaptation des établissements au nouveau système : un nombre important et croissant d'établissements connaissant des difficultés peut être, dans certaines conditions, le signe d'un différentiel trop grand entre coûts et tarifs ou, aussi, l'indication de rigidités empêchant certains établissements de réaliser les efforts d'efficacité souhaitables. D'autre part, ces informations permettront également d'identifier certains groupes d'établissements qui bénéficieraient ou pâtiraient plus que d'autres du nouveau système de financement.

La tarification à l'activité est un système complexe composé de différents mécanismes de financement s'appliquant à différents types d'activités et ajoutant au paiement de base au GHM des financements complémentaires. Les principaux financements « annexes » sont les suivants :

- Financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)
- Financement d'activités spécifiques différenciées du GHM sur le champ du MCO (ex : réanimation, soins palliatifs)
- Financement de certains médicaments et dispositifs médicaux très onéreux
- Financement de missions spécifiques (urgences, prélèvements d'organes).
- Financement des outliers (financement additionnel des cas exceptionnellement coûteux).

Par ailleurs, les activités sortant du champ MCO continuent à être financées par le budget global ou le système mixte de paiement à la journée et à l'acte.

Parce qu'ils s'appliquent à des activités ou des formes de prise en charge aux délimitations imprécises ou dont les coûts sont assez largement méconnus, ces financements complémentaires vont affecter les établissements dans une mesure qu'il est difficile d'anticiper. Il est donc important de suivre comment ils vont se distribuer entre les établissements et la part qu'ils vont prendre dans le financement global de chaque structure. En outre, ces financements diversifiés peuvent créer des incitations à faire évoluer les prises en charge vers les activités couvertes par des modes de financement moins contraignants.

Le groupe de travail doit aussi observer l'équité du système de financement au fur et à mesure de sa montée en charge. En principe, le montant des financements alloués avec la T2A doit mieux tenir compte du volume et de la nature de l'activité de chaque établissement. La T2A est ainsi susceptible de procéder à une certaine redistribution des ressources entre les établissements. Le groupe de travail doit orienter ses travaux vers l'évaluation du caractère équitable de cette redistribution.

### ***Groupe de travail sur les indicateurs de productivité hospitalière et l'effet codage***

Ce groupe de travail s'est vu confier une double mission : évaluer si la réforme tarifaire améliore l'efficacité productive des établissements de santé concernés, et par ailleurs, prendre autant que possible en compte les effets de codage médical potentiellement liés à la mise en place de la T2A.

## ✓ Construction d'indicateurs de productivité hospitalière

L'amélioration de la productivité, qui est une dimension de la performance économique, constitue sans doute un des objectifs majeurs de la T2A. Sa mesure et son suivi sont donc au cœur du travail d'évaluation de la réforme. Ce travail ne va pas sans difficultés méthodologiques et techniques liées à la mesure du produit hospitalier et à celle des facteurs de production.

La mise en place d'indicateurs opérationnels, c'est-à-dire produits à partir des systèmes d'information existants, était l'une des demandes du comité et du groupe de travail ad hoc.. Ce travail d'évaluation doit en effet non seulement être reconductible à intervalle régulier mais aussi mobilisable par tous les acteurs concernés, tout en délivrant de manière consensuelle un suivi régulier de l'évolution des coûts de production afin de prendre la mesure des efforts entrepris par les établissements.

Il est aussi important d'identifier précisément les groupes de charges que les établissements maîtriseront en premier lieu afin de saisir de quelle manière la T2A influence le processus de production des établissements et la mobilisation de leurs ressources.

L'amélioration de la productivité d'un établissement de santé peut provenir de plusieurs sources, qui ne doivent pas être analysées selon un axe unique. Cette amélioration peut passer par une meilleure utilisation de ses moyens et une réduction de ses coûts de production à activité donnée. Elle peut également être liée à une orientation de son activité conforme à ses « avantages comparatifs » sur des types d'activité (proximité de clientèle, existence de compétences ou équipements au sein de la structure...). Elle peut aussi résulter d'effets pervers potentiels du système (augmentation du nombre de séjours rémunérés à l'activité en segmentant les séjours, réduction de la durée de séjour avec accélération de la sortie des patients vers le domicile ou vers des structures « d'accueil » en aval...). L'évaluation de l'impact de la T2A sur la performance économique implique donc de pouvoir décomposer les variations en valeur du revenu et des coûts des hôpitaux en des effets prix et des effets volume<sup>13</sup>.

Aux États-Unis, l'activité hospitalière à temps complet a significativement diminué au cours des trois années suivant la mise en œuvre du paiement prospectif, en lien certes avec une rationalisation de l'activité mais aussi avec une éviction vers des activités échappant à la contrainte du paiement prospectif (hospitalisation à temps partiel, chirurgie ambulatoire ou hospitalisation à domicile). L'évolution de l'activité doit ainsi être évaluée via l'observation des modes de prise en charge et des transferts entre le court séjour et les autres activités de l'hôpital.

## ✓ Analyse de l'effet codage

La T2A place le PMSI au cœur du dispositif de financement des hôpitaux. Le codage de l'activité devient donc la base du nouveau mécanisme d'allocation budgétaire, et nécessite un dispositif de contrôle adapté. Ce principe est rappelé dès 2004 par le Guide du contrôle externe régional<sup>14</sup> : « dès lors qu'un financement, quel qu'il soit, est assis sur des informations de nature déclarative, le « payeur » a toute légitimité pour s'assurer de la fiabilité de ces informations ».

Les phénomènes d'optimisation du codage des séjours peuvent conduire les établissements de santé à classer les patients dans les GHM ayant les GHS les mieux rémunérés. Observés systématiquement dans toutes les expériences de tarification de ce type et connus sous les noms de « up-coding » ou

---

<sup>13</sup> Des méthodes particulières de partage prix-volumes sont d'ores et déjà appliquées en routine à l'analyse de l'activité des établissements dans les comptes de la santé.

<sup>14</sup> *Contrôle externe de la production des informations médico-administratives des établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – Guide du contrôle externe régional*, DHOS, ATIH, DSS, CNAM-TS, MSA, AMPI. Version 1.1., 1<sup>er</sup> octobre 2004. P. 6.

encore de « DRG-creep », ces comportements « opportunistes » peuvent avoir un impact important sur les dépenses d'assurance maladie.

Les pratiques de « DRG-creep » consistent à surcoder intentionnellement en privilégiant une approche opportuniste. Ces pratiques déviantes ont été observées dans la majorité des pays qui ont mis en place un PPS et qui disposent d'un recul et d'une maturité rétrospective sur le système, sur ses principaux biais et bénéfices. Par exemple, aux États-Unis, en 1989, six ans après la mise en œuvre du PPS, l'organisme alors en charge du pilotage du paiement dans le cadre du Medicare aux hôpitaux, la ProPAC, a évalué que la croissance du prix moyen du séjour était due pour deux tiers à l'évolution de la structure du case-mix et pour un tiers seulement au taux d'évolution « programmé » des prix des séjours. Les pratiques de codage ne peuvent être tenues pour seules responsables de la déformation du case-mix. Le vieillissement de la population ou l'externalisation de soins vers l'ambulatoire ou le domicile ont mécaniquement induit une hausse de la lourdeur moyenne du cas traité en hospitalisation. Mais indépendamment de ces considérations, le « DRG-creep » explique lui aussi une part de cette hausse.

Pour l'analyse actuelle du cas français, une première étude plus large « de l'effet codage » est apparue rapidement plus pertinente qu'une étude centrée sur la notion stricte de « DRG-creep ». En effet, la récente mise en place de la T2A ainsi que sa montée en charge progressive impliquent un rattrapage généralisé de la qualité du codage : les résultats du PMSI rendent désormais mieux compte de la complexité des cas traités, ils sont plus représentatifs de l'exhaustivité de l'activité prise en charge par les établissements de santé. Il s'agit donc en l'occurrence davantage d'un phénomène d'apprentissage ou de rattrapage de la qualité du codage que d'une pratique déviante de codage, à laquelle la notion de « DRG-creep » renvoie directement.

### ***Groupe de travail sur la qualité et l'accessibilité des soins***

Nombre d'experts indiquent qu'un système de financement de type T2A comporte le risque de dégrader la qualité et l'accès aux soins. Aux États-Unis, l'évaluation de ces éléments a fait l'objet de nombreuses études et débats. Les résultats de ces évaluations ne sont pas toujours convergents, mais d'une manière générale, une dégradation générale de la qualité et de l'accès aux soins n'a pu être observée, même si certaines études ont mis en évidence des problèmes spécifiques à certaines pathologies ou certains groupes de patients.

#### **✓ Évaluer l'impact de la réforme sur la qualité des soins**

En incitant à la réduction des coûts et à la maximisation des revenus, les risques relatifs à la qualité des soins doivent être analysés au regard des incitations implicites à la diminution de la quantité ou de l'intensité des soins. En outre, il est difficile de négliger les effets sur les conditions générales de travail, d'hygiène ou de sécurité, avec des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients, lorsqu'un établissement enregistre des coûts supérieurs aux « recettes » résultant des tarifs en vigueur.

Les outils favorisant et contrôlant la pertinence et la qualité des actes réalisés (référentiels de bonnes pratiques, accréditation...) ont notamment pour objectif de contrebalancer ces risques. L'évaluation consiste ainsi à étudier si la tarification à l'activité aura eu un impact global sur la qualité des soins. Or, il n'existe pas une dimension unique de la qualité du système hospitalier. De plus, les indicateurs sont souvent partiels et prêtent à des interprétations parfois ambiguës. Enfin, les systèmes d'information collectent rarement à ce jour les données nécessaires à ces indicateurs. Si l'exercice s'avère difficile, il est cependant indispensable.

### ✓ **Évaluation de l'évolution de l'accès aux soins**

La question de l'accès aux soins dans certaines zones géographiques ou pour certains patients doit être posée en lien avec certaines caractéristiques et risques induits par la T2A. Poursuivant une logique de concurrence par comparaison, la T2A pourrait inciter les établissements à se spécialiser davantage afin d'améliorer leur processus de « production » des soins et dans une logique d'économies d'échelle<sup>15</sup>, ce qui peut être générateur d'un déséquilibre de l'offre de soins au niveau local. Il en est de même du risque de fermeture de structures sous-efficientes. La T2A présente par ailleurs dans certaines conditions le risque d'éviction des « outliers » mal rémunérés (vraisemblablement les cas les plus lourds) et éventuellement des cas sociaux.

Le transfert induit par la T2A d'activités de l'hospitalisation complète vers le moyen séjour, l'hospitalisation à temps partiel ou d'autres formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation doit s'accompagner d'une garantie de disponibilité sur tout le territoire de ces prises en charge alternatives et de leur accessibilité à tous les patients. Il faut enfin s'assurer que le nouveau mode de financement n'entre pas en conflit avec la diffusion des innovations techniques.

*Groupe de travail sur les effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements d'une part et les liens entre planification et T2A d'autre part*

### ✓ **T2A et organisation interne des établissements**

En introduisant une logique d'analyse et de valorisation de l'activité par nature de produits ou de services, associée à une pression s'exerçant sur les ressources des établissements, la T2A devrait en principe inciter ceux-ci à modifier leur organisation de production, leurs techniques de management et leurs stratégies de développement. Ces évolutions seraient de nature à influencer les performances économiques des établissements. Toutefois, ainsi que le soulignent les éléments observés aux États-Unis, les effets attendus pourraient ne pas se produire, faute d'incitations réellement adaptées aux motivations parfois complexes des différents acteurs.

Plus concrètement, la médicalisation du système d'information devrait par exemple inciter très largement les hôpitaux à faire communiquer les systèmes d'information administratifs, médicaux et de gestion entre eux, ce qui n'est évidemment pas sans conséquence sur l'organisation hospitalière. Le développement des outils de pilotage médico-économiques, notamment la comptabilité analytique, apparaît par ailleurs explicitement comme nécessaire dans le cadre de la réforme tarifaire.

Les relations entre les différents services médicaux, entre ces services et le service administratif des établissements de santé sont également de nature à évoluer avec la mise en place de la T2A.

Les recrutements de personnels, médicaux et soignants essentiellement, devront être observés, notamment pour cerner la réaction du secteur en matière d'emploi (quantitativement et qualitativement).

### ✓ **T2A et planification sanitaire**

La réforme de la tarification des établissements de soins est susceptible de provoquer des changements au sein des établissements mais sans doute aussi entre établissements, notamment via des décisions stratégiques de choix de portefeuille d'activité.

---

<sup>15</sup> Toutefois, l'expérience américaine infirme ces considérations théoriques sur la spécialisation. Au contraire, les hôpitaux ne se sont pas réorganisés pour minimiser leurs coûts, mais ont davantage cherché à développer leur volume d'activité. Peu d'établissements ont abandonné des activités, même les moins rentables, et peu ont cherché à se spécialiser.

Dans ce cadre, l'étude des liens (concordances et contradictions) pouvant exister entre la T2A et la planification sanitaire de l'offre de soins hospitaliers, prise au sens large (dispositif de régulation de l'offre, corpus de règles et mise en application de ces règles, autrement dit SROS et autorisations qui en découlent, etc.) doit être menée. Des experts ont notamment souligné les contradictions possibles entre la T2A et la planification sanitaire de l'offre de soins hospitaliers<sup>16</sup>. L'une des problématiques mise en avant dans le cadre de cette étude sera notamment la question de l'accessibilité géographique aux soins.

La planification sanitaire correspond notamment à la régulation de l'offre de soins par des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Elle a pour objet de répondre aux besoins de la population, en rationalisant dans une certaine mesure l'offre de soins, via notamment la gradation et la répartition des plateaux techniques (et en particulier des blocs opératoires). L'organisation des soins répond à la fois à la notion de desserte de proximité (relative) mais aussi à l'organisation d'une hiérarchie de spécialisation qui définit des territoires de recours à géométrie variable selon le domaine et, in fine, peut éloigner certains services d'une partie de la population (exemple des "niveaux" de maternités). Les modifications récentes de la planification à la suite de l'ordonnance de simplification sanitaire de septembre 2003 (modification du régime des autorisations, disparition de la carte sanitaire et des indices nationaux) se sont inscrites dans une perspective de concentration des moyens techniques, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et la performance des établissements.

Le schéma d'organisation sanitaire décrit, par matière, des principes généraux et comprend une annexe quantitative par territoire de santé. Il est décliné, au sein de chaque établissement, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Le CPOM fixe notamment des objectifs d'activité en volumes pour certaines activités de soins.

La T2A peut en ce sens faciliter la recomposition de l'offre de soins, puisque les établissements qui n'ont qu'une faible activité dans certains domaines, a fortiori non inscrits au CPOM, verront leurs financements à ce titre réduire et auront donc tendance à fermer les services peu mobilisés au profit d'autres activités.

En revanche, la T2A peut être source de conflits avec la planification sanitaire dans la mesure où la logique gain/perte liée à la T2A peut induire des disparitions d'établissements ou des modifications des activités offertes par ceux-ci, éloignant le dispositif d'offre de soins de ce qui avait été planifié, si ce qui est prévu au CPOM n'est pas réalisé.

Ainsi, si la T2A revient à mettre en place un mécanisme de fixation des prix qui n'est pas totalement un mécanisme de marché, elle privilégie des choix d'une orientation de l'activité décentralisée au niveau des établissements qui peut ne pas être conforme aux orientations arrêtées dans le cadre de la planification. Il est par ailleurs possible que, par exemple, une trop faible viabilité financière de certains établissements de soins entre en conflit avec les objectifs de la planification de couverture de certaines zones territoriales, si les conditions d'un accompagnement financier adapté ne sont pas réunies.

---

<sup>16</sup> Voir notamment J-M. Rolland, 2006, « Réussir la T2A », Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), *rapport d'information n° 3265*, juillet

## **2. Méthodes et outils de suivi et d'évaluation**

### ***2.1 Les demandes formulées***

Les études jugées les plus pertinentes à mener sont évidemment en lien direct avec les problématiques relatives à chaque thème et sont venues alimenter les demandes formulées par le Comité d'évaluation de la T2A.

#### **Groupe de travail sur le suivi économique et financier des établissements de santé**

Certains effets de la T2A pourraient être repérés au travers d'évolutions marquées de la situation économique et financière des établissements de santé ou de certains groupes d'établissements. Un point « zéro » du suivi économique et financier des établissements de santé en amont de la montée en charge de la T2A, mettant à profit les analyses déjà menées dans ce domaine par divers acteurs, notamment la DREES, est apparu indispensable pour cerner ses évolutions sur différents regroupements d'établissements et pouvoir in fine dégager de possibles effets de la T2A.

Les analyses déjà menées ne permettaient cependant pas de dresser en tant que tel un point « zéro » car elles étaient en règle générale centrées sur un seul secteur, en lien notamment avec des fonctionnements économiques différents entre établissement. Le système d'information permettant le suivi économique et financier est à ce titre particulièrement vaste et différencié entre secteur. Une expertise de celui-ci devait donc être proposée avec les objectifs suivants :

- Prendre en compte tous les établissements de santé,
- Mener les analyser dans les délais les plus courts possibles, d'autant plus que les données économiques et financières n'apparaissent pas comme celles pouvant être collectées le plus rapidement. Une note retraçant le calendrier de disponibilité des données hospitalières utilisées par le Comité d'évaluation de la T2A ou qu'il pourrait prochainement mobiliser est présentée en annexe 4.
- Analyser les établissements de santé à des niveaux relativement fin et donc à partir de sous-groupes d'établissements.

Une grille d'indicateurs économiques et financiers communs à tous les établissements de santé a été construite à partir de cette expertise (cf. annexe 5)

Le suivi économique et financier doit également profiter du fait que la T2A concerne pour le moment uniquement les activités MCO pour mieux prendre en compte l'activité de chaque établissement en termes d'analyse. Des liens entre activité et suivi économique et financier doivent donc être mis en place par le Comité d'évaluation de la T2A.

#### ***Groupe de travail sur les indicateurs de productivité hospitalière et l'effet codage***

Afin d'examiner ces éléments, la DREES a lancé deux appels d'offre. Le premier était destiné à proposer une méthodologie de mesure de la productivité hospitalière, et à cette fin une première liste d'indicateurs opérationnels de mesure de la productivité. Le second appel d'offre visait à dresser un premier état des lieux des effets codages observables depuis la montée en charge de la T2A.

Dans le cadre de l'appel d'offres relatif aux indicateurs de productivité, la possibilité de construction d'un indicateur de productivité hospitalière doit être expertisée. La construction d'indicateurs de productivité partielle, c'est-à-dire centrés sur un seul facteur de production tel que le travail ou le capital, doit accompagner cette première expertise.

Ces indicateurs, qui seront sans doute issus pour partie de la littérature académique en économie, pourront fournir des éléments d'aide à la décision publique, mais se prêtent mal à une appropriation par les établissements en raison de la complexité de leur calcul. Or, le Comité souhaitait que les hôpitaux puissent disposer d'indicateurs simples, constituant de véritables outils de gestion en routine, qui pourraient être construits au sein de chaque établissement et faire l'objet de comparaisons à des références nationales, régionales, locales ou sectorielles. Sur ce point, les travaux actuellement menés par l'ATIH et mis à disposition des établissements de santé et des ARH via le système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH) devront être mobilisés.

Par rapport à l'évaluation de la T2A, l'objectif général de cette étude est de proposer un ou plusieurs indicateurs de productivité robustes et fiables dans le temps afin de pouvoir observer une rupture éventuelle des gains de productivité liée à la mise en place ou à la montée en charge de la T2A.

La mise à disposition de telles informations ne relève pour autant pas seulement de l'évaluation de la T2A mais constitue également un enjeu pour le pilotage du système à l'avenir. Il est en effet important de pouvoir clairement identifier les opportunités à exploiter ou les contraintes à surmonter pour que les établissements de santé puissent améliorer leur performance économique. Ceci permettra en effet d'anticiper de manière réaliste le niveau des efforts que pourront réaliser les établissements en matière de maîtrise des coûts de production.

Le CRESGE a été sélectionné à la mi-2006 pour mener cette étude. Le rapport final du CRESGE est attendu au cours du second semestre 2007.

L'analyse de l'effet codage, incluant le DRG-creep mais aussi l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage, a fait l'objet d'un premier appel d'offres à la fin de l'année 2006. Cet appel d'offres comporte deux volets complémentaires. Un premier volet bibliographique doit notamment permettre de repérer de quelle façon les modifications des pratiques de codage ont pu être observées dans quelques pays étrangers. Le second volet statistique doit permettre de concevoir des modes de repérage de l'effet codage pour le cas français.

Le prestataire retenu pour cette étude, Pricewaterhouse Coopers, a présenté au cours du mois de mai 2007 son rapport final au groupe. Il dresse une synthèse de l'étude bibliographique conduite sur trois pays (États-Unis, Allemagne et Suède), présente de premiers résultats statistiques sur cette question (traitant notamment des complications ou morbidités associées (CMA) et des symptômes en diagnostic principal) et propose quelques pistes de travaux statistiques complémentaires.

**Ces éléments sur la productivité et sur le codage sont développés plus en détail dans le 2.2. Les premiers travaux sur la productivité s'achèveront fin 2007. Ils donneront lieu sans doute à une réflexion du Comité sur les suites en termes d'études et d'évaluation à leur donner.**

### *Groupe de travail sur la qualité et l'accès aux soins*

La qualité d'une part et l'accès individuel aux soins d'autre part sont des notions multidimensionnelles. Il est apparu difficile au Comité dans un premier temps de mesurer de manière globale ces notions même si des travaux poursuivant cette ambition sont actuellement en cours. Il est pour autant apparu primordial au Comité de commencer à étudier ces thèmes dans le cadre de l'évaluation de la T2A. Ainsi, ces deux notions sont étudiées par certains aspects précis.

Le groupe de travail a initialement établi une liste de thèmes à étudier. Une classification de ces différents thèmes est apparue nécessaire pour cibler les premières études devant être lancées dans le cadre du groupe.

La diffusion des technologies nouvelles ainsi que l'impact de la T2A sur l'intensité des soins sont apparus comme des thèmes nécessitant une réflexion méthodologique préalable. L'impact de la T2A sur l'enseignement et la recherche, sur la spécialisation de l'activité ainsi que sur l'accessibilité géographique conduiraient à des travaux selon une approche plus exploratoire.

Les travaux en cours concernent :

- ✓ le suivi de populations spécifiques (notamment en fonction de l'âge, de critères sociaux ou de certaines pathologies),
- ✓ l'étude des réadmissions,
- ✓ le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) et du taux d'hospitalisation de jour,
- ✓ la construction d'indicateurs de mortalité. Sur cette question, les études menées à l'étranger montrent que l'introduction d'un PPS n'a pas eu d'impact sur la mortalité. Le groupe a ainsi convenu que cette question n'est pas une priorité du Comité d'évaluation de la T2A même si elle est par contre essentielle en termes de santé publique<sup>17</sup>.

Par ailleurs et en lien avec le suivi des populations spécifiques, la DREES a confié à un prestataire (Iris Conseil), dans le cadre d'un appel d'offre, le soin d'examiner la prise en charge hospitalière des populations dites précaires, et les coûts ou éventuels surcoûts pour les établissements liés à cette prise en charge. L'analyse de la prise en charge de la précarité en milieu hospitalier doit permettre in fine d'apporter des éléments de réponse à la question de l'accès individuel aux soins ainsi qu'à celle relative à l'équité de financement entre établissement. Pour cette première étude traitant de la précarité, Iris Conseil a engagé ses travaux au cours du deuxième trimestre 2007. Il doit présenter dans un premier temps les définitions du terme précarité, notamment à partir d'une revue de littérature faisant la synthèse des nombreuses études récentes sur le sujet mais aux conclusions parfois divergentes. Cette revue de littérature ainsi qu'une série d'audits de quelques établissements doit ensuite permettre au prestataire de dresser une liste des techniques de repérage de la précarité à l'hôpital et des coûts liés à la prise en charge de ces populations. Le rapport final d'Iris devrait être disponible d'ici la fin de l'année 2007.

Des travaux méthodologiques ont par ailleurs été menés afin d'évaluer la qualité du chaînage des séjours dans le PMSI<sup>18</sup>, dans le but d'estimer ensuite, si le comité le juge opportun, des indicateurs usuels de qualité comme le taux de réadmissions.

***Groupe de travail sur les effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements d'une part et les liens entre planification et T2A d'autre part***

✓ **T2A et organisation interne des établissements**

La démarche du groupe s'appuie aujourd'hui sur la complémentarité d'une analyse quantitative à caractère représentatif et d'études plus qualitatives sur des échantillons d'établissements.

Pour ce qui est de l'approche quantitative, la DREES a mis en place, avec le centre d'études de l'emploi (CEE) l'enquête Changements organisationnels et l'informatisation (COI). Cette enquête, qui concernait auparavant uniquement les entreprises du secteur marchand, couvre pour la première fois le secteur hospitalier. Il s'agit d'un dispositif d'enquêtes couplées, avec un volet s'adressant à l'employeur et un autre aux salariés. Environ 800 établissements pratiquant une activité MCO ont été interrogés. L'objectif de cette enquête est de cerner les principales évolutions organisationnelles et

---

<sup>17</sup> La DREES et la HAS ont ainsi lancé des travaux bibliographiques concernant les indicateurs de mortalité hospitalière.

<sup>18</sup>Tardif L., 2007, « Étude méthodologique du chaînage des séjours. Base PMSI-MCO 2004 », *Document de travail, série statistiques*, DREES, n°116, octobre

informatiques récentes et significatives pour le secteur hospitalier. Les effets éventuels de la T2A ne représenteront donc qu'une partie des interprétations issues de cette enquête.

Le groupe a également lancé une étude plus qualitative, confiée à Essor Consultants, en collaboration avec l'école des Mines. Cette étude, qui devrait durer environ deux ans, s'appuiera sur des investigations semestrielles au sein de 8 établissements de santé afin de repérer le rôle de la T2A dans les actions passées en termes d'organisation. Les investigations débiteront au cours du second semestre 2007.

Par ailleurs, les travaux de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), notamment ceux relatifs à la gestion des pôles, à la comptabilité analytique ou à la chirurgie ambulatoire, viendront enrichir les réflexions du groupe du Comité d'évaluation de la T2A, s'agissant notamment des effets de la T2A sur les actions que mènent actuellement les établissements.

### ✓ **T2A et planification sanitaire**

Un appel d'offre a été lancé dans le cadre de ce groupe concernant les liens entre planification sanitaire et T2A. Pricewaterhouse Coopers, prestataire retenu pour cette étude, a débuté ses travaux en septembre 2007.

L'étude examinera les liens entre les modes de financement et la planification, et en quoi la T2A peut venir modifier certains liens.

Une approche théorique s'impose, mais elle devra être rapportée à l'environnement institutionnel existant (cadre réglementaire, acteurs, décideurs, etc.). Ainsi, les solutions adoptées pour respecter la planification peuvent varier selon le poids respectif des acteurs impliqués. De même, à titre d'exemple, dans quelle mesure le risque de défaillance financière sera-t-il compensé par des postes comme les MIGAC ? Quels seront les poids relatifs de ces derniers, c'est à dire dans quelle mesure ceux-ci pourraient par exemple dans certaines situations modérer l'impact du financement par GHS ? et leurs modalités d'allocation (rôle des décideurs, des ARH dans l'attribution des moyens, etc.) ?

## ***2.2 Les premiers instruments***

### ***2.2.1 Indicateurs de productivité***

Un objectif central de la mise en œuvre de la T2A est d'inciter les établissements à améliorer leurs performances économiques, notion qui peut notamment être reliée à celle de productivité. Entendue comme le rapport de l'activité aux ressources, la productivité mesure la capacité d'une unité de production à transformer des ressources physiques en une production. Le terme de « productivité » nécessite quelques remarques préliminaires. Il s'agit d'un terme courant et largement utilisé dans le vocabulaire économique mais qui recouvre cependant un sens précis : la productivité se définit comme le rapport d'une production aux ressources engagées pour l'obtenir. Le terme « production » désigne un ensemble de biens ou de services produits qui peuvent être des quantités physiques mais aussi des activités ou des services plus immatériels alors que le terme « ressources engagées » ou encore « facteurs de production », désigne le travail, le capital technique, les capitaux engagés, les consommations intermédiaires ainsi que des facteurs également plus immatériels comme le savoir-faire capitalisé ou l'utilisation de brevets.

▪ *Construction des indicateurs de productivité : questions de méthodes*

L'étude relative aux indicateurs de productivité hospitalière a suscité beaucoup de débats au sein du groupe quant à la méthodologie à adopter pour définir une batterie d'indicateurs. Ceci s'explique en partie par les difficultés méthodologiques que posent la notion même de productivité et sa mesure.

Certaines difficultés ont été identifiées pour la construction d'indicateurs de productivité hospitalière dès les réflexions méthodologiques sur ce sujet. Il s'agit en premier lieu de la difficulté à mesurer les activités hospitalières en tant que production. Il s'agit également du choix devant être fait entre un indicateur de productivité globale, de construction plus complexe, et des indicateurs de productivité partielle, aux interprétations plus délicates.

Dans la littérature économique, on distingue généralement trois types de mesures du produit hospitalier. Le premier est une mesure des activités ou des services primaires comme une consultation, un test diagnostic, un examen biologique, un acte opératoire ou encore une activité de service liée à l'hôtellerie, à la restauration ou à la blanchisserie. Le second type est une mesure de produit entendue comme la production d'un séjour hospitalier qui regroupe un ensemble d'activités primaires. Le dernier type de mesure du produit hospitalier est une mesure de résultat qui traduit la satisfaction qu'un patient attache aux caractéristiques du produit de l'hôpital (amélioration de son état de santé, degré de satisfaction des services, qualité des soins...). C'est par rapport à cette dernière mesure que se définit in fine la valeur relative entre différents produits. Il est donc important de mesurer aussi les caractéristiques des produits (qualité des services, qualités des soins, satisfaction du patient...) pour apprécier des variations de productivité.

L'indicateur de productivité hospitalière globale, c'est-à-dire un indicateur prenant en compte à la fois l'ensemble de la production et l'ensemble de ces facteurs de production, est sans doute le but à rechercher. Un tel indicateur apparaît cependant de construction complexe, en lien essentiellement avec la question de l'agrégation des différents facteurs de production, souvent exprimés dans des unités de mesure différentes. Cette complexité milite ainsi pour l'élaboration d'indicateurs de productivité partielle. Ces indicateurs sont définis comme étant partiels car ils rapportent à l'ensemble de la production d'une structure un seul facteur de production. Par exemple, lorsque l'on considère un indicateur de productivité partielle du travail pour le secteur hospitalier, on ramène la production réalisée par un établissement à la quantité de travail mobilisée pour obtenir cette production. On ne prend donc pas en compte la contribution des autres facteurs de production à la production. Cet indicateur est critiqué car il tend à surestimer la contribution du travail au détriment des autres facteurs de production. Un indicateur de productivité spécifique permet de dépasser le caractère partiel de ces indicateurs traditionnels en estimant la contribution moyenne du facteur de production considéré à l'activité d'un établissement. Il évite donc le biais des indicateurs de productivité partielle qui peuvent imputer à un facteur de production des gains de productivité qui sont en fait issus d'autres ressources mobilisées.

Une revue de la littérature internationale sur l'impact en termes de productivité de la mise en place d'un système de type PPS sur les hôpitaux souligne en priorité ces difficultés de mesure du concept de productivité<sup>19</sup>. Elle met par ailleurs en exergue que le seul suivi des moyens mis en œuvre et de leurs coûts s'avérerait insuffisant pour évaluer les efforts de productivité réalisés par les établissements (les coûts pouvant augmenter alors que la productivité s'améliore). Parallèlement, elle a aussi fait apparaître que les établissements peuvent améliorer leur rentabilité en focalisant leur stratégie sur des modifications de gamme de produits en fonction de leurs prix, alors même que leur effort pour la maîtrise de leurs coûts de production resterait limité. Les évolutions observées avec les réformes du

---

<sup>19</sup> Hervé Leleu, Benoît Dervaux, avec la collaboration de Frédéric Bousquet, 2005, « Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité ? », Dossiers Solidarités et Santé, DREES, n°3,

type PPS à l'étranger vont en tout cas globalement dans le sens de gains de productivité, notamment aux États-Unis, en Suède, en Italie ou au Danemark. Aux États-Unis, les indicateurs de productivité calculés sont par ailleurs utilisés comme un outil de régulation d'une partie des dépenses hospitalières.

- ***Vers une mesure opérationnelle des indicateurs de productivité***

### **Les travaux de l'ATIH**

À la demande de la DHOS, l'ATIH a mis en place en 2006 un extranet à l'usage des ARH et des établissements de santé. L'objectif de ce site est de fournir à ces acteurs un système d'information commun regroupant un grand nombre de données, en particulier d'indicateurs, qui permettent d'alimenter le dialogue entre l'établissement et sa tutelle. Le système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH), qui propose une analyse à la fois descriptive et analytique, a été conçu dans cet objectif.

Ce système s'appuie sur plusieurs axes d'analyse : description de l'activité, des ressources et des facteurs de production, suivi économique et financier, analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) et indicateurs de production médico-économique (IPME). La mobilisation de ce système présente de grands intérêts dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A au vu de ses axes d'analyses. En ce qui concerne les indicateurs de productivité, ce sont sans doute plus particulièrement l'AGHN et les IPME qui doivent être étudiés.

Les tableaux de la nouvelle édition de l'AGHN ont été modifiés pour tenir compte de la réforme de la tarification. Outre les éléments de la valorisation des séjours et les indicateurs classiques issus du PMSI (part de la chirurgie, éventail des cas traités...), ils incluent des indicateurs et ratios croisant les données PMSI avec des données issues de SAE (capacités d'accueil, ETP des personnels médicaux et non médicaux) ou des retraitements comptables (charges nettes des sections MCO).

Les indicateurs de production médico-économique comprennent trois indicateurs de productivité, deux d'entre eux, l'indicateur de productivité MCO (IPMCO) et l'indicateur de productivité globale (IPG), situant l'établissement dans la perspective d'un financement complet à l'activité ; le troisième décrivant la situation effective de l'année (IPG avec fraction tarifaire).

### **Les travaux du CRESGE**

Sélectionné à la mi-2006 pour mener l'étude sur les indicateurs de productivité hospitalière lancée dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A, le CRESGE a dû procéder, en lien avec le groupe en charge de ce dossier, à certains choix méthodologiques pour aborder le sujet.

La production d'un séjour hospitalier regroupant un ensemble d'activités primaires a été retenue comme mesure du produit hospitalier (numérateur des indicateurs de productivité).

Il a été décidé d'essayer de construire dans une première étape des indicateurs de productivité spécifique pour les différents facteurs de production liés au travail (personnels médicaux – personnels soignants – autres personnels). Le facteur travail représentant environ deux tiers des coûts hospitaliers, il est apparu pertinent de s'intéresser en priorité à ce facteur de la production hospitalière.

Autre option méthodologique, l'étude traite dans un premier temps des variations dans le temps des indicateurs pour un même établissement ou groupe d'établissements et non des niveaux comparés entre établissements. Ce choix est motivé par l'importance de l'hétérogénéité non observée entre établissements.

Ces réflexions ont enfin été menées prioritairement sur les établissements anciennement sous DG (hôpitaux publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif). Aucune base de coûts n'est en effet aujourd'hui disponible sur les années étudiées pour les établissements anciennement sous OQN. Une étude de coûts spécifique au secteur privé à but lucratif a été réalisée par la DHOS sur les données 2004 et 2005 mais ne fera pas l'objet de diffusion compte tenu de ses objectifs essentiellement méthodologiques. L'étude nationale de coûts commune (ENCC) devrait pour autant, entre autres avancées, résoudre cette problématique. Celle-ci n'est cependant pas la seule à se poser concernant la construction d'indicateurs de productivité du travail pour les cliniques privées. Les informations disponibles sur les médecins libéraux intervenant en clinique (effectifs et non équivalent temps plein – ETP) ne permettent pas forcément de construire des indicateurs similaires à ceux élaborés sur le secteur ex-DG.

#### *Méthodologie de construction du numérateur : Mesure de la « production »*

Quatre étapes successives permettent la mesure de la « production » hospitalière liée au travail, c'est-à-dire le numérateur des indicateurs de productivité spécifique au travail. Les trois premières étapes sont relatives à chaque GHM de la classification et la dernière permet l'agrégation pour l'ensemble des séjours d'un établissement. Deux sources de données sont utilisées dans ce cadre : le PMSI et l'ENC.

La méthodologie utilisée pour l'ancien indice synthétique d'activité (ISA) est tout d'abord reprise dans une première étape pour la construction du numérateur des indicateurs de productivité spécifique au travail. Les coûts relatifs à un GHM donné, obtenus à partir de l'ENC, sont ainsi rapportés à un GHM de référence<sup>20</sup>, permettant d'obtenir une échelle en volume. Cette échelle permet donc de contrôler les variations potentielles du prix des facteurs entre établissements (ne retenant que la structure des coûts et non le niveau) et dans le temps.

Deuxième étape pour que ces indicateurs de productivité puissent être considérés comme spécifiques et non partiels, la part des facteurs de production liés au travail dans le coût de chaque GHM doit être utilisée. C'est une information disponible à partir des coûts décomposés des GHM dans l'ENC. Concrètement, un GHM correspondant à 3 000 points ISA et dont les salaires des médecins représentent 6 % des coûts de ce GHM au sein de l'ENC obtient 180 « points » liés au facteur de production qu'est le travail médical. Considéré pour chaque GHM, ce nombre de points va former une échelle d'activité spécifique au travail médical, commune à l'ensemble des établissements étudiés.

La multiplication de ce nombre de « points » moyens pour ce GHM donné par le nombre de séjours correspondants à ce GHM, disponibles au sein du PMSI, est une troisième étape. Elle permet en fait de construire le numérateur de notre indicateur de productivité spécifique au travail médical pour l'établissement considéré par rapport au GHM considéré.

La sommation des points obtenus, en appliquant les étapes 1 à 3 à chaque GHM pratiqué au sein de l'établissement, fournit la mesure de la « production » liée au facteur travail médical, soit le numérateur de l'indicateur de productivité considéré.

#### *Méthodologie de construction du dénominateur : Mesure des « facteurs de production »*

Les données de la SAE permettent de mesurer les ressources consommées par type de personnel en utilisant les équivalents temps plein (ETP) par groupe de discipline d'équipement, ce qui permet d'isoler la partie MCO. Même si ce n'est pas l'information la mieux remplie de la SAE, enquête déclarative auprès des établissements de santé, elle apparaît comme l'information disponible la mieux

---

<sup>20</sup> Le GHM de référence est en règle générale l'accouchement par voie basse sans complication significative et correspond à 1 000 points ISA.

adaptée (par rapport aux effectifs par exemple). Les ETP sont également disponibles au sein de l'outil ICARE développé par la DHOS et l'ATIH. La comparaison des données SAE et ICARE, sous réserve qu'elle soit méthodologiquement faisable, pourraient permettre de valider la robustesse des données de certains établissements. Par ailleurs, des notions liées aux heures travaillées ou rémunérées devront également être introduites dans les réflexions relatives à ces indicateurs de productivité spécifique au travail.

Des premiers calculs exploratoires d'indicateurs de productivité spécifique au travail ont été effectués par le CRESGE dans le cadre de leur rapport intermédiaire, présenté au groupe mi-2007, mais ils doivent être affinés avant d'être publiés.

### **2.2.2 L'effet codage**

La première étude traitant de ce sujet dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A s'est attachée à la notion « d'effet codage » selon la définition suivante : ensemble des changements de pratiques de codage qui ont un impact sur les données médicalisées françaises. Les travaux, confiés à PricewaterHouse Coopers, se sont articulés autour de deux volets complémentaires :

- ▶ un premier volet bibliographique a permis d'aborder les environnements réglementaires et de contrôle du codage en France et dans trois pays étrangers (États-Unis, Allemagne, Suède) qui ont déployé des systèmes de financement à l'activité. L'analyse des expériences étrangères devait nourrir la réflexion sur les outils éventuellement transférables, même partiellement, à la France ;
- ▶ un second volet statistique a consisté à étudier les données de codage (PMSI) des secteurs ex DG et ex OQN entre 2003 et 2005 afin d'identifier des tendances de changement des comportements et à proposer des pistes statistiques complémentaires.

### **Les dispositifs de contrôle du codage médical en France**

Depuis la mise en place de la T2A, les dispositifs de contrôle des informations médico-économiques se sont structurés et renforcés autour des éléments suivants :

- ▶ Le guide de contrôle externe de la production des informations médico-administratives des établissements de santé<sup>21</sup> propose une approche uniforme pour le déploiement des contrôles sur les données de codage des activités MCO ;
- ▶ Il est complété par des outils statistiques qui permettent de cibler les établissements et préparer les étapes de contrôles approfondis sur site :
  - ✓ L'outil de dépistage des atypies de l'information médicale (DATIM) a été conçu par la DHOS et l'ATIH. Il permet de repérer les atypies présentées par certains établissements par rapport aux comportements moyens d'établissements de même nature.
  - ✓ Le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) a été conçu par les organismes d'assurance maladie obligatoire, notamment la CNAMTS. Il analyse les données de liquidation et identifie par rapport à un référentiel régional et national, les GHS statistiquement déviants sur les axes durées moyennes de séjours (DMS) et prestations financées en sus du tarif du GHS.

Le décret dit « sanctions »<sup>22</sup> adopté le 16 mars 2006 est venu parachever le dispositif en encadrant les procédures de contrôle et les sanctions financières qui peuvent en découler. Le bilan annuel de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion État – Cnamts 2006-2009 indique que des fraudes correspondant à 35 millions d'euros ont été détectées pour ce qui concerne la T2A.

<sup>21</sup> Guide du contrôle externe régional, op. cit.

<sup>22</sup> Décret n°2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du Code de la Sécurité sociale.

## **Les caractéristiques du système français : mise en perspective par rapport au benchmark**

Les trois pays analysés dans le cadre du benchmark sur les systèmes de codage et dispositifs de contrôle apportent des éléments utiles pour comprendre le système français même s'ils présentent et peut-être parce qu'ils présentent des caractéristiques propres très différentes.

**Les États-Unis** sont précurseurs en matière de système de paiement prospectif (PPS) pour le financement des établissements de santé. En effet, le système de financement par groupe homogène de patients a été mis en place à partir de 1983.

Le contrôle du codage a largement été structuré autour d'un cadre juridique puissant qui régit les sanctions encourues en cas de fraude. La lutte contre les pratiques indésirables passe également par des dispositifs de communication et de sensibilisation des patients ou professionnels qui sont incités à informer les autorités de leurs suspicions sur les pratiques de facturation des établissements.

Le système américain se caractérise par une certaine maturité du système et des acteurs par rapport à leurs enjeux. Ainsi, tant les acteurs publics que les établissements de santé ont recours à des prestations de sociétés externes pour le contrôle et la fiabilisation du codage médical. Les acteurs publics délèguent une partie des actions contre la fraude à des sociétés externes par des plans d'assurance qualité par exemple. Les établissements de soins ont développé une culture d'audit interne, notamment en termes de codage et de validation de la documentation des dossiers médicaux. Ils sollicitent également des sociétés externes pour prévenir les audits fédéraux ou simplement pour améliorer les procédures internes de contrôle, de révision et de validation du codage.

La situation de **l'Allemagne** sur le déploiement d'un système de financement à l'activité se rapproche de celle de la France : le système PPS est plus récent (2003) et se fonde sur sa propre nomenclature de classification des patients (les G-DRG). Le déploiement du système s'étend jusqu'en 2010 soit environ 7 ans de transition.

Cependant, le système allemand présente une caractéristique d'organisation fondamentalement différente : au sein de chaque « Land », les partenaires de « l'auto-administration » (essentiellement les représentants des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie), fixent les tarifs des G-DRG dans le respect d'une grille de poids relatifs définie et mise à jour tous les ans au niveau national.

Beaucoup plus décentralisé qu'en France, le système allemand privilégie une approche consensuelle entre les partenaires opérationnels.

Sur les plans du contrôle et de la prévention des pratiques de surcodage, l'Allemagne a développé une approche différente de la démarche américaine très réglementée et judiciaire.

Le contrôle du codage relève de la responsabilité des services médicaux de l'assurance maladie. Ces derniers sont structurés au niveau des Länder et non au niveau fédéral et il n'existe pas, à ce jour, de méthodologie commune de contrôle partagée entre tous.

Le cadre juridique des contrôles de codage s'est vu renforcé avec la mise en place du PPS. La Loi de financement des établissements de santé prévoit la création d'un nouveau type de contrôle, par échantillonnage, qui vient compléter la structure de contrôles découlant du droit social pour la validité des prestations de soins ou de facturation. Cependant, là encore, si l'organisation des contrôles a été définie au niveau fédéral, leurs modalités techniques sont laissées à l'arbitrage des partenaires de la cogestion. Enfin, les dispositifs de contrôles allemands visent en priorité à justifier la correcte utilisation des différentes modalités de prise en charge des patients. Ils sont ainsi moins axés sur la prévention de pratiques de « DRG-creep ».

Finalement, le cas allemand se distingue du cas français dans la teneur des recommandations communes et orientations nationales par rapport aux modalités de contrôle du codage médical. La large appréciation laissée à la mise en œuvre opérationnelle des contrôles, la diversité des situations en matière de contrôle interne et l'absence de méthodologie officielle de contrôle de codage, homogène et partagée, s'inscrivent en opposition par rapport au système français très centralisé.

La **Suède** dispose, comme les États-Unis, d'une antériorité intéressante dans la mise en place du système de financement à l'activité. Introduit en 1992 dans le comté de Stockholm, le système PPS suédois présente la particularité d'avoir changé de nomenclature après cinq années de mise en œuvre. Après avoir utilisé les HCFA-DRGs américains de 1992 à 1997, la Suède a déployé les Nord DRGs développés par les pays nordiques. Cette nomenclature repose sur la classification des diagnostics ICD – 10 et sur la classification des actes spécifiques aux pays nordiques (la NCSP – Nordic Classification of Surgical Procedures). Le système suédois est très décentralisé dans la mesure où chaque comté est compétent pour définir l'ampleur du déploiement du PPS. Il n'existe pas de guide de procédures national visant à homogénéiser les pratiques de codage ou les pratiques de contrôle interne sur l'animation des acteurs du codage médical. En matière de contrôle externe, des cabinets privés spécialisés dans le codage médical sont mandatés par les organismes publics pour réaliser des audits ciblés à partir de risques d'erreurs probables. Cependant, il n'existe pas de dispositif de contrôle statistique uniforme qui permettrait de repérer des atypies ou des tendances en matière « d'effet codage ».

La seule approche statistique développée repose sur l'analyse de l'évolution du nombre de diagnostics associés (en valeur absolue et par DRG) et sur certains critères d'analyse tels que :

- choix du diagnostic principal,
- nombre et choix des diagnostics associés,
- séjours de courte durée quel que soit le nombre de diagnostics associés pour ces séjours.

De fait, il n'existe pas en Suède de procédures uniformisées sur le contrôle du codage médical qui se traduit alors par des audits sur dossiers médicaux individuels. Par conséquent, le nombre de dossiers examinés est restreint et le périmètre des audits ciblé. Les établissements ont également recours aux prestations de cabinets privés pour sécuriser leurs procédures de codage à partir d'une analyse portée par un acteur extérieur et indépendant. Le système suédois prévoit des sanctions, cependant, ces dernières sont peu incitatives dans la mesure où elles se limitent au remboursement des sommes indues. L'analyse du cas Suédois montre un système qui laisse une large place à l'autorité régionale. Bien que mature dans le déploiement du PPS, les modalités de contrôle du codage sont peu régulées et uniformisées par rapport au modèle français.

À la lumière des éléments relevés dans les systèmes PPS américain, allemand et suédois, nous pouvons tirer quelques enseignements sur les spécificités et caractéristiques fortes des dispositifs de contrôle du modèle français.

### **La réglementation des contrôles de codage**

Si les autres pays étudiés se sont pour la plupart dotés d'une réglementation spécifique, l'approche française est fortement structurée et réglementée à partir des travaux engagés par l'Assurance Maladie et les directions du Ministère de la Santé (essentiellement la DHOS et la DSS). Ce dispositif apparaît relativement original par rapport à ceux abordés dans le cadre du benchmark. La France apparaît ainsi être le seul pays du périmètre d'étude possédant un guide de contrôle externe national qui encadre cette activité de contrôle. La forte structuration du dispositif de contrôle, qui permet de garantir l'uniformité du traitement et la cohérence des méthodes déployées, est d'autant plus originale qu'elle est très prégnante sur la préparation du contrôle : ainsi, la phase de ciblage et d'élaboration du programme de contrôle est largement décrite et répond à un souci d'analyse systématique de tous les

établissements de santé par le biais d'un traitement statistique de leurs données de séjours. De même, si l'organisation régionale du contrôle n'est pas exclusivement française, le calage de la démarche sur l'organisation sanitaire et le fait de confier à l'autorité de tutelle directe locale (les ARH) la programmation et la réalisation des contrôles constitue une spécificité relative du système français.

### **L'existence d'un outil partagé**

Développé par l'ATIH, l'outil DATIM permet d'analyser le comportement d'un établissement par rapport à l'ensemble des établissements comparables à partir de différents indicateurs constituant autant de critères de détection d'erreurs ou d'anomalies de codage. Soutenu par d'autres outils permettant l'analyse du case-mix des établissements et de leurs pratiques de codage (notamment les tableaux de synthèse de la MT2A, permettant d'analyser l'évolution du casemix des établissements d'une année sur l'autre), cet outil se situe au cœur de l'élaboration des programmes régionaux de contrôles.

L'existence d'un outil d'analyse des établissements de santé de ce type directement utilisable par les ARH – et par les établissements – constitue une spécificité française. Le déploiement national d'un outil qui opère les mêmes traitements statistiques de critères développés en grande partie par l'agence en charge de la maintenance de la nomenclature des GHM, garantit ainsi une égalité de traitement et une approche systématique du codage de l'activité. Ce choix permet également de garantir le caractère pragmatique de la démarche de contrôle, dans la mesure où il permet un travail de définition des priorités du contrôle, ainsi qu'un ciblage précis des établissements, des activités, voire même des GHM à contrôler.

### **Le ciblage des opérations de contrôle**

Si tous les pays étudiés ont mis en œuvre des procédures de contrôle, il semble que la France soit le seul pays du périmètre étudié qui procède à une analyse annuelle systématique et unifiée du case-mix et du codage de l'activité des établissements. Sans préjuger des travaux réalisés dans chacun de ces pays sur l'analyse des dépenses de santé, nous n'avons trouvé aucune mention d'une démarche comparable à celle mise en œuvre en France. À notre connaissance, la France est donc le seul pays du périmètre étudié disposant d'un outil lui permettant d'élaborer son programme de contrôle sur une base statistique unique et utilisée par chaque ARH.

Aussi, la phase de ciblage revêt en France un caractère technique fort, et la logique de benchmarking systématique est relativement originale et fortement liée à la forte structuration de la démarche aux niveaux national et régional. L'analyse des situations en Allemagne, aux États-Unis et en Suède, montre une pratique différente pour l'identification des établissements à contrôler.

### **Les conséquences financières des contrôles**

La France est, à notre connaissance, le seul pays du périmètre étudié à avoir défini réglementairement une échelle de sanctions spécifique et graduée en fonction d'un « taux de surfacturation ». Le décret du 16 mars 2006, dit « décret sanctions », propose en effet différents niveaux de sanctions financières en fonction du taux de surfacturation constaté. Dans la limite de 5 % de ses recettes annuelles d'assurance Maladie, un établissement peut être sanctionné par la commission exécutive de l'ARH dont il dépend. Le décret définit donc une échelle de sanctions répondant à différents taux de surfacturation. Ces sanctions permettent à l'assurance maladie de récupérer la surfacturation de tel ou tel GHM. Elles viennent s'ajouter aux différentes procédures de récupération des indus mises en œuvre par l'assurance maladie, lui.

L'un des points clés de la question des sanctions est le lien entre la sanction et le nombre de dossiers contrôlés. En effet, la France privilégie un système d'extrapolation partielle d'un taux de

surfacturation, quand les autres pays préfèrent rattacher directement la sanction au nombre de dossiers surfacturés. Bien que les sanctions soient limitées à 5 % des recettes d'assurance maladie de l'établissement, le système français projette donc ce taux de surfacturation sur le case-mix de l'établissement pour définir les sanctions applicables. Ce choix constitue une spécificité du système français, au regard des autres systèmes étudiés.

- **L'analyse statistique des données de codage françaises**

Le volet statistique de l'étude sur « l'effet codage » a consisté à étudier l'ensemble des données PMSI MCO de 2003 à 2005 pour les établissements anciennement sous dotation globale d'une part et pour les établissements privés anciennement sous OQN d'autre part<sup>23</sup>. Il s'agissait d'identifier sur un plan statistique des tendances globales d'évolution des comportements en matière de codage. Il est à noter que la revue bibliographique n'a pas pu être directement utilisée pour définir les méthodes, outils et requêtes statistiques utilisés dans l'analyse des données de codage.

Dans une première approche, l'analyse descriptive a permis de représenter les évolutions de certaines données et variables sur les trois années considérées. Il s'agit du résultat de « comptages » sur les bases de données de codage afin de comprendre et d'illustrer l'évolution « brute » des indicateurs analysés.

Le pouvoir d'interprétation de cette analyse est limité car la méthode descriptive ne permet pas d'identifier des effets indirects, tels que des effets de structure et de taille des établissements. Elle permet de mesurer les volumes et les tendances d'évolution mais ne permet pas de conclure sur des liens de causes à effets des évolutions constatées.

L'analyse économétrique permet d'enrichir l'analyse descriptive en corrigeant les données des changements de taille et structure ainsi qu'en intégrant au modèle des variables de contrôle. L'objectif premier de ces analyses a été de déterminer si le codage des établissements avait évolué entre 2003 et 2005.

Pour la construction des variables de contrôle, un travail à partir des données PMSI a été privilégié, en calculant des variables de contrôle dites « proxies ». Elles permettent d'obtenir une approximation de ces indicateurs de taille et de structure.

Pour la définition des variables de contrôle, PricewaterHouse Coopers s'est appuyé notamment sur des travaux de la DREES relatifs à une typologie d'établissements publics et PSPH<sup>24</sup>. Ces travaux définissent des variables quantitatives permettant de segmenter les hôpitaux en fonction de leur activité et de leur environnement.

L'analyse a montré qu'il était pertinent de retenir les « proxies » ou « variables de contrôle » suivantes :

- ▶ le nombre de séjours, qui est un indicateur de la taille de l'établissement ;
- ▶ le nombre de GHM nécessaire pour atteindre 80 % de l'activité, qui est un indicateur de la dispersion de l'activité de l'établissement ;

---

<sup>23</sup> Les données PMSI utilisées sont groupées à partir de la fonction groupage 7.9, y compris celles de l'année 2003, afin de permettre des comparaisons entre les années étudiées. Par ailleurs, la grille de tarifs utilisée comme référence est celle de 2005 pour chacun des deux secteurs.

<sup>24</sup> Didier Balsan, 2004, « Une Typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement », Dossiers Solidarité et santé, DREES, n° 1, janvier-mars, Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale.

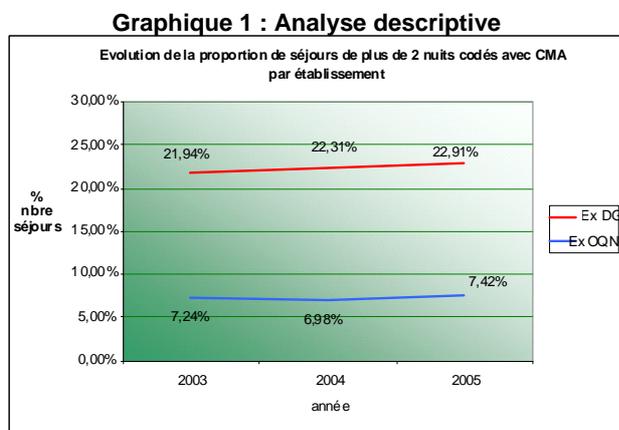
- ▶ la part des GHM médicaux, la part des GHM en obstétrique, la proportion de séjours pour lesquels le patient est âgé de plus de 65 ans, qui sont des indicateurs de l'orientation de l'activité vers certaines pathologies ou groupes de pathologies ;
- ▶ la durée moyenne des séjours, hors séances ;
- ▶ la proportion de séjours dont le tarif est supérieur ou égal au dernier décile de tarifs<sup>25</sup>, déterminé pour chacun des secteurs sur la base des données 2005, à partir de l'étude des fractiles. Cette variable est considérée comme un indicateur du positionnement de l'activité de l'établissement par rapport à l'échelle de tarifs.

Grâce notamment à la consultation d'experts hospitaliers, l'analyse économétrique a pu être ciblée sur quelques sujets. L'analyse du codage des Complications ou morbidités associées (CMA), indicateur de la complexité des cas traités et des coûts associés à cette complexité, est apparue incontournable. L'analyse du codage des symptômes en diagnostic principal a fait également partie des sujets intéressants à traiter, dans le sens où ils peuvent être dans certains cas mieux rémunérés que les codes « pathologiques ».

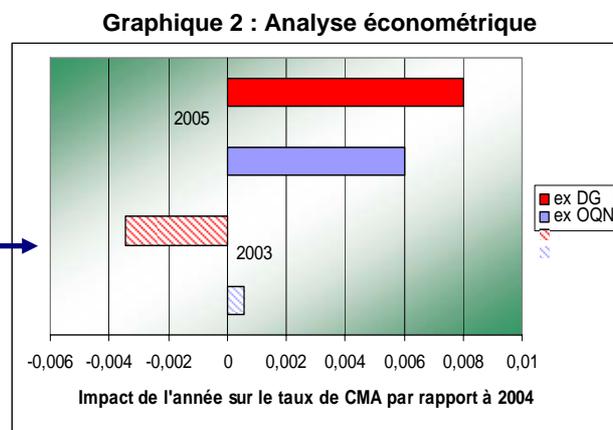
### Évolution des séjours groupés avec CMA

L'analyse descriptive montre pour les deux secteurs une faible tendance à l'augmentation du nombre de séjours groupés avec CMA sur les trois années d'analyse (graphique 1).

L'analyse économétrique fait ressortir que « toutes choses égales par ailleurs » - c'est-à-dire après avoir apuré l'analyse de tout effet de structure et de taille des établissements – il n'y a pas de différence statistiquement significative de pratique de codage des CMA entre 2003 et 2004 (graphique 2). En revanche, pour les deux secteurs, « toutes choses égales par ailleurs », les taux de séjours groupés avec CMA apparaissent significativement plus élevés en 2005 qu'en 2004.



Sources : PMSI, calculs Pricewaterhouse Coopers.

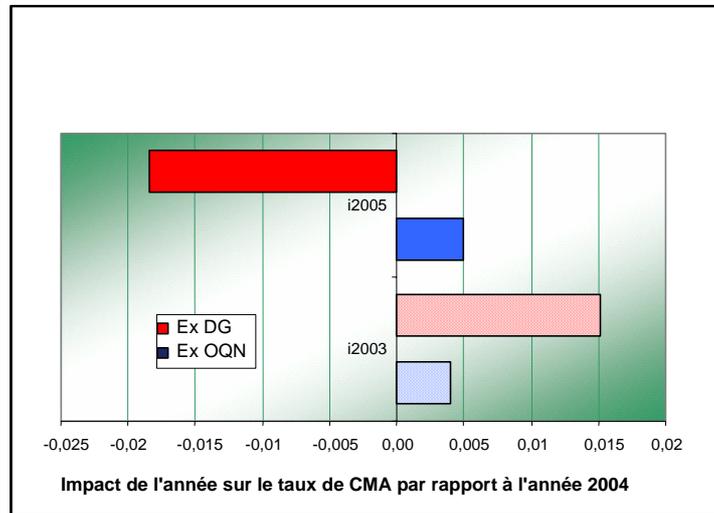


Sources : PMSI, calculs Pricewaterhouse Coopers.

L'analyse économétrique de l'évolution des séjours groupés avec CMA ciblée sur les 20 GHM ayant le plus augmenté entre 2003 et 2005 montre un résultat plus nuancé (graphique 3).

<sup>25</sup> Ce décile a été déterminé à partir des tarifs et données PMSI 2005 pour chacun des secteurs. Le seuil retenu est de 1 485,83 euros pour les établissements anciennement sous OQN et de 4 157,60 euros pour les établissements anciennement sous dotation globale.

**Graphique 3**  
**Effets évolutifs des pratiques de codage des CMA**  
**(ciblés sur les 20 GHM)**



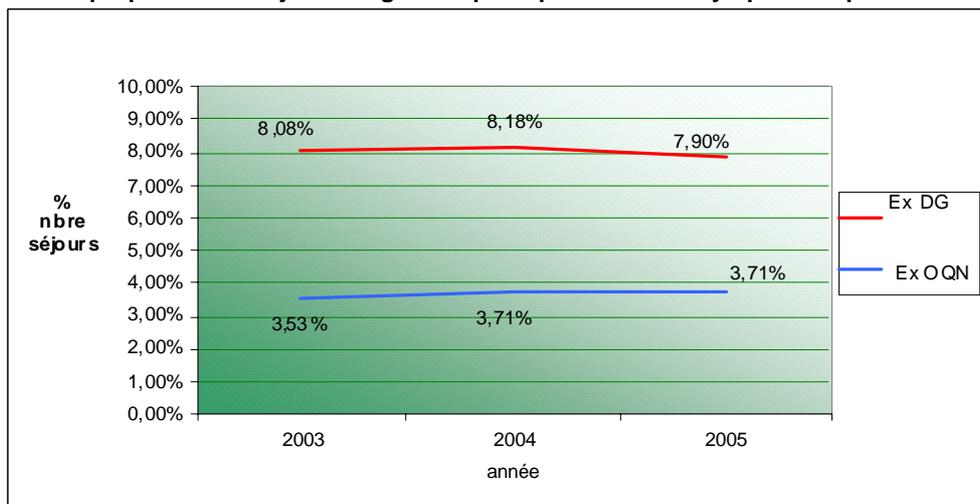
Sources : PMSI, calculs Pricewaterhouse Coopers.

Comparativement aux résultats trouvés sur base entière, nous constatons des évolutions non significatives ou négatives en 2005 pour le secteur ex DG pour les GHM dont le nombre de séjours a le plus augmenté entre 2003 et 2005. Ceci permet de conclure que les 20 GHM analysés ne se caractérisent pas par un effet codage lié au CMA. Il peut ainsi s'agir pour ces 20 GHM d'un effet codage sur les diagnostics principaux, d'un simple effet structure ou encore d'une combinaison de ces deux impacts.

### Évolution des codes symptômes

L'analyse descriptive sur le codage des codes symptômes montre que la part des séjours pour lesquels un symptôme est codé en diagnostic principal (codes R) apparaît relativement stable sur chacune des trois années de l'étude pour les deux secteurs (graphique 4).

**Graphique 4**  
**Évolution de la proportion de séjours diagnostic principal en code « symptôme » par établissement**



Sources : PMSI, calculs Pricewaterhouse Coopers.

L'analyse économétrique montre également, pour le secteur ex DG comme pour le secteur ex OQN, que le taux de séjours avec diagnostic principal en code R n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2004, ni entre 2004 et 2005.

### **Perspectives de poursuite des travaux engagés**

Les analyses économétriques montrent quelques évolutions sur les comportements de codage, notamment concernant les CMA entre 2004 et 2005, sans qu'il soit pour l'instant possible de conclure qu'il s'agit d'effets directs de la T2A.

### **3. Définir une situation de référence pour l'évaluation : le suivi économique et financier des établissements de santé, état des lieux en amont de la montée en charge de la T2A**

Avant la mise en place de la T2A, les analyses économiques et financières traitant des établissements de santé étaient en règle générale menées par secteur : ainsi, les établissements anciennement sous DG ou les hôpitaux publics étaient examinés indépendamment des cliniques privées à but lucratif. Le secteur hospitalier n'était que très rarement considéré dans son ensemble dans de telles analyses. Les différences dans les modes de financement et de fonctionnement économique ainsi que dans les nomenclatures comptables en vigueur dans les différents secteurs expliquent le cloisonnement de ces analyses.

En effet, même si les différents dispositifs comptables obéissent tous à la même norme, les différentes nomenclatures auxquelles sont soumises les établissements selon leur secteur ne peuvent être rapprochées directement à un niveau fin des comptes. Les hôpitaux publics suivent l'instruction budgétaire et comptable M21, construite spécifiquement pour l'activité hospitalière. Les autres établissements anciennement sous DG, soit la plupart des établissements privés à but non lucratif, suivent la M21 bis. Cette adaptation de la M21 en est très proche même si elle contient quelques spécificités. Enfin, les cliniques privées à but lucratif suivent le plan comptable général (PCG) qui est appliqué à l'ensemble des entreprises de statut privé commercial.

Une comparaison détaillée des postes composant ces différentes normes comptables représentait de ce fait un préalable à l'analyse du secteur hospitalier pris dans son ensemble<sup>26</sup>. Cette comparaison a ainsi permis à la DREES de se doter d'une grille d'indicateurs économiques et financiers commune à tous les établissements de santé, même si celle-ci ne gomme évidemment pas les spécificités sectorielles, notamment en termes de fonctionnement économique. La signification ainsi que la formule comptable de chacun des indicateurs composant cette grille de lecture commune sont exposées en annexe 5.

#### ***3.1 Expertise du système d'information permettant le suivi économique et financier des établissements de santé***

Les sources ayant permis de réaliser les études sur la situation économique et financière des établissements de santé sont variables selon le secteur concerné et les données ne sont pas collectées selon une même cadence. Elles sont généralement croisées avec la SAE afin de ne conserver que des établissements de santé et d'affiner les segmentations possibles, notamment en termes d'activité. Une note retraçant le calendrier de disponibilité des principales données hospitalières utilisées par le Comité d'évaluation de la T2A ou qu'il pourrait prochainement mobiliser est présentée dans ce cadre en annexe 4.

Les résultats en matière d'analyse économique et financière que ces données permettent d'obtenir, compte tenu des différences sectorielles évoquées, doivent être lus avec quelques précautions.

---

<sup>26</sup> Le Rhun B., Legendre MC., 2007, « Comparaison de la M21 et du Plan comptable général », *Document de travail, séries sources et méthodes*, DREES, n° 1, décembre.

### 3.1.1 Les sources utilisées aujourd'hui par la DREES

#### ✓ Pour les hôpitaux publics

Les données du secteur public sont fournies par la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (budgets principal et annexes). Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 1 006 en 2005.

L'analyse du compte de résultat des hôpitaux publics doit notamment être considérée avec prudence, d'une manière générale en raison de l'effet potentiel des reports de charges, difficiles à cerner, et de manière plus particulière, dans le cas de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), des flux intra-groupes étant comptabilisés au sein des comptes disponibles (encadré 1).

#### Encadré 1 : Les précautions à prendre pour l'analyse économique et financière des hôpitaux publics

Les reports de charges **sont des dépenses afférentes à l'exercice en cours mais qui sont réglées à partir de produits générés par l'exercice suivant**. Certaines ne sont pas payées sur l'exercice en cours pour des raisons techniques (facture d'un fournisseur tardivement adressée par exemple), elles sont alors enregistrées au compte 6728 («autres charges sur exercices antérieurs») de l'exercice suivant. Des reports de charges correspondant à des dépenses qui n'ont pu être payées faute de crédits suffisants, seraient également enregistrés au sein de ce compte. Néanmoins, d'autres reports de charges peuvent transiter par d'autres comptes, rendant le contour exact des reports de charges difficile à identifier.

Ces reports de charges faussent l'analyse de la situation économique des hôpitaux publics au vu des résultats d'un exercice donné qui peut donner une image plus favorable qu'elle ne l'est en réalité en cas d'accroissement des reports de charges.

Dans un rapport d'information sur la dette sociale, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de la Commission des Affaires Sociales du Sénat estimait ces reports de charges en 2005 à environ 500 millions d'euros (Vasselle A., Cazeau B., 2006, « rapport d'information sur la dette sociale », MECSS de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, séance du 10 mai 2006).

L'application du principe de sincérité rappelé dans le nouveau cadre budgétaire (État prévisionnel des recettes et dépenses – EPRD) mis en œuvre à partir de 2006 devrait permettre de faire ressortir ces reports de charges au sein des données comptables hospitalières.

Par ailleurs, à partir des données dont dispose la DREES sur les hôpitaux publics, le montant des produits et charges de l'AP-HP est surestimé, **les flux internes entre établissements au sein du groupe AP-HP n'étant pas consolidés**. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré à la rétrocession de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupe<sup>27</sup>. Les produits hors rétrocession (« produits HR ») ont ainsi été retenus pour l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond évidemment pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits générés par le secteur hospitalier public et de les comparer avec ceux des autres catégories d'hôpitaux. Par ailleurs, afin de neutraliser cette correction des produits, le solde du compte 7071 (rétrocession de médicaments) a également été retiré des charges. Il faut par ailleurs souligner qu'en 2006 le budget de l'AP-HP a été pour la première fois présenté sans comptabilisation des flux internes.

La Cour des Comptes consacre un chapitre de son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 à la fiabilité des comptes des hôpitaux publics. Il y est évidemment évoqué les reports de charges ainsi que la question des flux internes entre établissements au sein du groupe AP-HP. D'autres irrégularités comptables, sans doute moins pratiquées, sont exposées et aboutissent à occulter une partie des déficits ou, de manière moins fréquente, à dissimuler des excédents. La connaissance des actifs et des passifs est par ailleurs entachée par différentes incertitudes.

<sup>27</sup> Les établissements de santé ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2005, le compte 7071 (rétrocession) représente 3,4 % du compte 70 de l'ensemble des hôpitaux publics, en baisse par rapport aux années précédentes au cours desquelles il était plus proche de 4 %. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage tout au long de la période puisque le compte 7071 y représente plus de 12 % du compte 70. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à moins de 4 % pour les autres CHR et il est quasi nul pour les CHS et les HL. Cette part, statistiquement hors norme, de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

## ✓ Pour les cliniques privées à but lucratif

Les comptes des cliniques privées à but lucratif sont étudiés à partir des liasses fiscales qu'elles ont l'obligation de déposer auprès des tribunaux de commerce. Les liasses fiscales sont obtenues par la DREES grâce au logiciel Diane de Coface SCRL et au Système unifié des statistiques d'entreprises (SUSE) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Les cliniques privées sont repérées grâce à la nomenclature d'activités française (NAF) et aux codes 851A (Activités hospitalières) et 851C (Pratique médicale) de la NAF. Ces données sont croisées avec la SAE afin de ne conserver que des établissements de santé.

Bien qu'elles aient l'obligation de dépôt de leurs comptes, l'analyse des cliniques privées à but lucratif s'appuie généralement sur un échantillon d'établissements. Le champ étudié en 2005 à partir de Diane est par exemple constitué de 825 cliniques contre 1 300 cliniques existantes. Les comptes de certaines cliniques ne sont en effet toujours pas disponibles plus d'un an après la clôture de l'exercice considéré.

L'analyse des comptes des cliniques privées doit être considérée avec prudence. Les comptes analysés sont en effet ceux des sociétés d'exploitation des cliniques. Ceux de leurs sociétés civiles, notamment immobilières (SCI), ne sont pas traités car ils ne sont pas connus (encadré 2).

### **Encadré 2 : Les précautions à prendre pour l'analyse économique et financière des cliniques privées**

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI), mais aussi parfois de sociétés mises en place pour l'exercice des praticiens libéraux intervenant dans la clinique (notamment sociétés civiles professionnelles (SCP) et de moyens (SCM)). La possibilité de récupération de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et une meilleure gestion des biens et du patrimoine, en particulier lors de la transmission du patrimoine, figurent parmi les motivations de la création d'une SCI.

La société d'exploitation de la clinique est titulaire des activités de soins et reçoit en contrepartie les recettes hospitalières. Elle verse des loyers à la SCI, propriétaire de tout ou partie des biens immobiliers utilisés par la société d'exploitation. Aucune méthodologie n'a cependant permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les éventuelles SCI qui y sont rattachées, d'autant que les SCI n'ont pas d'obligation de dépôt des comptes auprès des tribunaux de commerce.

Le fait de ne pouvoir traiter les comptes des SCI est inhérent aujourd'hui à toute source d'information économique et financière relative aux cliniques privées mais représente une limite importante d'une analyse de ce secteur. Ces comptes ont en effet un impact direct sur tout indicateur traitant des immobilisations et de leur financement (essentiellement taux de renouvellement des immobilisations – taux d'endettement – capacité de remboursement – fond de roulement net global (FRNG) et donc trésorerie), mais aussi sur tous les autres indicateurs étudiés, notamment sur ceux d'exploitation, par le biais des loyers versés et des dotations aux amortissements.

À partir des données SUSE, il apparaît qu'environ 30 % des sociétés d'exploitation des cliniques privées étudiées ne possèdent en 2004 ni construction ni terrain (un peu plus de 35 % au cours des années 90). En l'absence d'information relative aux loyers versés par la société d'exploitation (données d'une liasse annexe dont la DREES ne dispose pas), ceci permet de mettre en exergue l'existence de SCI dans le secteur des cliniques privées, même si ce pourcentage ne peut aucunement être assimilé à la part des cliniques privées disposant d'une SCI. Ce rapport peut être soit inférieur à 30 % étant donné que certaines sociétés d'exploitation peuvent recourir au crédit-bail immobilier<sup>28</sup> soit, et plus probablement, supérieur dans la mesure où une société d'exploitation peut posséder une partie des constructions et/ou terrains qu'elle utilise même si elle dispose aussi d'une SCI.

<sup>28</sup> Le crédit-bail est un contrat de location d'une durée déterminée et assorti d'une promesse de vente à l'échéance du contrat. Bien que l'utilisateur ne soit pas juridiquement propriétaire du bien, les biens loués en crédit-bail peuvent être assimilés à des immobilisations. Les redevances de crédit-bail immobilier des sociétés d'exploitation des cliniques privées représentent environ 20 % de leurs constructions et terrains en 2003 et 2004. Cette part est en forte diminution par rapport au reste de la période où elle était supérieure à 30 %. Avant 2006, il n'existait pas un compte spécifique au crédit bail immobilier dans les comptes des hôpitaux publics. Ceux-ci pouvaient ainsi être comptabilisés par exemple au sein des locations immobilières (compte 6132) et n'ont ainsi pas encore pu être étudiés. Quant au crédit bail mobilier, il est entre 2002 et 2005 assez marginal pour le secteur public étant donné que les cliniques privées en réalisent globalement deux fois plus en 2004, soit 60 millions d'euros.

### ✓ Pour les établissements privés à but non lucratif

Les établissements privés à but non lucratif n'ont pas d'obligation de dépôt de leurs comptes contrairement aux hôpitaux publics et aux cliniques privées. De ce fait, le suivi économique et financier de ces établissements est aujourd'hui beaucoup plus limité même si la DREES a tout de même mené une étude qui s'appuie sur une enquête traitant des données jusqu'à l'année 2004. Cette enquête, réalisée par la DREES depuis 1986, couvrait initialement tout le champ des établissements de santé sous DG. Elle se limite depuis 2001 aux établissements privés à but non lucratif sous DG. Un échantillon d'établissements a été constitué selon des catégories (court séjour hors CLCC, CLCC, soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie) et des tailles (nombre de lits et places) d'établissement. Cet échantillon a fait l'objet de redressements statistiques pour en assurer la représentativité (encadré 3).

Cette enquête concernait les comptes de la section d'exploitation des groupes fonctionnels (classes 6 et 7 - compte de résultat) mais pas la section d'investissement (comptes de bilan).

#### **Encadré 3 : Les précautions à prendre à la lecture de l'étude menée pour les établissements privés à but non lucratif**

Quatre catégories d'établissements composent l'échantillon: 106 établissements de court séjour, 55 de SSR et de long séjour, les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 150 établissements psychiatriques. Chaque année, le nombre médian de lits et places des établissements de la base, obtenu à partir de la SAE, était évalué ainsi que ceux de l'échantillon, ceci afin de redresser les résultats de l'échantillon par catégorie et par taille. Cette technique permet de tenir compte de la non-réponse et des taux de sondage.

L'analyse faite à partir de cette enquête se limite aux trois premières catégories car le suivi des établissements psychiatriques pose deux types de problèmes : la représentativité de la variable lits et places est discutable pour ces établissements étant donné le grand nombre de consultations externes ; en outre, il est parfois difficile de savoir à quels établissements correspondent les comptes remontés, certains établissements répondant pour l'ensemble de l'entité juridique à laquelle ils appartiennent sans le préciser.

L'enquête interrogeait les 20 CLCC existants. Aucun coefficient de redressement n'est appliqué. Mais, quelques établissements ne répondent pas certaines années. C'est le cas d'un établissement en 2001 et en 2002, deux en 2003 et trois en 2004. Leurs comptes ont été estimés à partir des autres années et au nombre des lits et places des établissements équivalents. Cette méthode repose sur l'hypothèse d'une certaine homogénéité des CLCC.

### **3.1.2 Les sources susceptibles d'être mobilisées**

Les sources aujourd'hui utilisées s'appuient sur des comptes non retraités des établissements de santé. Elles ne permettent pas d'isoler au sein d'un établissement les activités MCO des autres activités (SSR, psychiatrie, soins de longue durée), ce qui apparaît primordial afin d'identifier précisément les effets de la T2A. Ceci est évidemment d'autant plus important que les établissements considérés pratiquent à la fois des activités MCO et des activités hors MCO, ce qui est très courant pour les hôpitaux publics, à la différence des établissements de statut privé.

L'outil ICARE, développé par la DHOS et l'ATIH, permet notamment d'isoler les activités MCO en proposant des retraitements comptables. Cet outil traite du compte de résultat des établissements anciennement sous DG. Du fait de son obtention récente dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A, une expertise doit être prochainement menée par la DREES pour déterminer dans quelle mesure l'outil ICARE peut être mobilisé pour le suivi économique et financier des établissements de santé.

D'autres sources de données pourront également être mobilisées dans le cadre du Comité afin de compléter ou parfaire les informations disponibles pour le suivi économique et financier des établissements de santé. Il s'agit notamment :

- de l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD), outil également piloté par la DHOS et centré sur le compte de résultat (non retraité) des établissements anciennement sous DG,
- les comptes financiers, enquête menée par la DHOS et relative aux bilans des établissements anciennement sous DG,
- le tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS), outil mis en place par la DHOS et la DGCP qui présente pour les hôpitaux publics des indicateurs économiques et financiers.

### ***3.2 Les premiers résultats permettant de définir une situation de référence pour le suivi économique et financier des établissements de santé***

#### ***3.2.1 Les premiers résultats pour le secteur hospitalier public***

Le nombre d'entrées et venues réalisées par le secteur hospitalier public représente en 2005 60 % des entrées en hospitalisation complète et 56 % des venues en hospitalisation partielle<sup>29</sup>.

La taille, les activités ainsi que les missions des 1006 entités juridiques composant en 2005 le secteur hospitalier public sont hétérogènes. Les hôpitaux publics peuvent être ainsi, par convention, répartis en sept catégories :

- ✓ l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP);
- ✓ les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- ✓ les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits « réels »<sup>30</sup> :
  - les petits CH (moins de 20 millions d'euros), au nombre de 205 en 2005 ;
  - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros), 201 en 2005 ;
  - les grands CH (plus de 70 millions d'euros), 128 en 2005 ;
- ✓ les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS), 94 en 2005 ;
- ✓ les hôpitaux locaux (HL), 347 en 2005.

Les syndicats interhospitaliers (SIH) sont classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

---

<sup>29</sup> Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n°546, décembre

<sup>30</sup> Ces trois catégories de CH correspondent à celles retenues par la DGCP au sein de ses publications, qui définit les produits « réels » comme les « crédits nets de la classe 7 du budget général (à l'exception des comptes 7584, 775, 777, 78 et 79) ».

### 3.2.1.1 Les charges et produits du secteur hospitalier public<sup>31</sup>

La construction de la M21 pour l'activité hospitalière permet une analyse fine des charges et produits des hôpitaux publics (encadré 4). De ce fait, les indicateurs analysés dans le cadre de cette partie ne sont pas des indicateurs communs à l'ensemble des établissements de santé, contrairement à ceux présentés en annexe 5 au sein d'une grille d'analyse.

#### Encadré 4 : Analyse fine des charges et produits des hôpitaux publics à partir de la M21

La nomenclature comptable M21, relative aux hôpitaux publics, se compose du budget principal et de plusieurs budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services qui font l'objet d'un financement spécifique ou dont il s'est avéré nécessaire d'isoler l'activité [notamment les unités de soins de longue durée, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la Dotation non affectée (DNA)].

Le budget principal est plus particulièrement formé de quatre groupes fonctionnels de produits et de quatre groupes fonctionnels de charges.

Les groupes de produits sont en 2005 :

- le groupe 1 : produits versés par l'assurance maladie
- le groupe 2 : produits de l'activité hospitalière
- le groupe 3 : autres produits
- le groupe 4 : transferts de charges

Les groupes de charges sont les suivants :

- le groupe 1 : charges d'exploitation relatives aux charges de personnel
- le groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical
- le groupe 3 : charges d'exploitation à caractère hôtelier et général
- le groupe 4 : amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles

Par ailleurs, à partir de 2005, la prise en compte au sein de la nomenclature comptable hospitalière M21 de la mise en place de la T2A permet d'étudier la répartition des produits des hôpitaux publics en différentes enveloppes (activités MCO, MIGAC, activités hors MCO) en comparaison de celle observée à partir de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette analyse cible ainsi les versements de l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte les paiements directs des malades et les versements effectués par les assurances maladies complémentaires. Elle correspond donc principalement à l'analyse de la répartition du groupe 1 des produits du budget principal, composé à 98,5 % du compte 70621 (produits de l'hospitalisation versés par l'assurance maladie).

Les MIGAC composent le compte 706218, avec une décomposition entre le compte 7062181 (Dotation missions d'intérêt général - MIG) et le compte 7062182 (Dotation d'aide à la contractualisation - AC).

L'enveloppe hors MCO des hôpitaux publics peut être estimée, à partir des comptes disponibles, comme la somme du compte 706217 (Dotation annuelle de financement – DAF) du budget principal et du compte 70661 (Dotation globale de financement des soins) des budgets annexes.

L'enveloppe MCO connaît une décomposition plus détaillée, en lien avec la mise en œuvre de la T2A :

- 706211 Produits de la tarification des séjours,
- 706212 Produits des médicaments facturés en sus des séjours,
- 706213 Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours,
- 706214 Forfait annuel urgences,
- 706215 Forfait annuel prélèvements d'organes ou de tissus,
- 706216 Dotation annuelle complémentaire – DAC,
- 706511 Part des consultations et actes externes pris en charge par des organismes d'assurance maladie,
- 70652 Forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) pris en charge par l'assurance maladie,
- 70653 Prestations et prélèvements d'organes ou de tissus,
- 706551 Interruption volontaire de grossesse : part prise en charge par l'assurance maladie,
- 706561 Part du SMUR prise en charge par l'assurance maladie.

Cette décomposition fine permet ainsi d'étudier par exemple la place occupée en 2005 par les financements directement liés à l'activité (sommés des comptes 706211 et 706511 à 706561) ou encore celle conservée pour l'activité MCO par les paiements sous forme de dotation (somme des comptes 706214 à 706216).

<sup>31</sup> Dumontaux N., Villeret S., 2007, « La structure des charges et des produits des hôpitaux publics », *Études et résultats*, DREES, n°601, septembre

***Avec 56,7 milliards d'euros, les produits du secteur hospitalier public ont augmenté de 15 % depuis 2002 en euros courants***

Les produits totaux des hôpitaux publics<sup>32</sup> peuvent être estimés en 2005 à un peu plus de 56,7 milliards d'euros (somme des produits HR totaux). Ils s'élevaient à 49,3 milliards d'euros en 2002<sup>33</sup>, soit une progression de 15 % en euros courants sur la période. Le nombre de séjours assurés par les hôpitaux publics a augmenté dans le même temps de 5,5 %, ce qui correspond à une tendance au renchérissement des séjours.

Les produits HR sont fortement concentrés au sein du secteur hospitalier public. Les 31 CHR (l'AP-HP et les 30 autres CHR), soit 3 % des entités juridiques du secteur hospitalier public, reçoivent près de 40 % des produits alors que les 347 HL, soit un tiers des entités juridiques du secteur, reçoivent 5 % de ces produits totaux. Ces différences d'allocations proviennent de la forte hétérogénéité des tailles des hôpitaux d'une catégorie à l'autre. Elle peut aussi s'expliquer par les différences d'activités et de missions<sup>34</sup> entre les catégories. En particulier, les CHR représentent 27 % des lits du secteur hospitalier public et 20 % des places contre 40 % des produits car le MCO constitue la majeure partie de leur activité. Au contraire, les HL disposent de 7,5 % des lits contre 5 % des produits étant donné qu'ils mobilisent une part importante de leur capacité d'accueil pour les soins de longue durée.

***L'assurance maladie contribue à hauteur de 83 % du budget principal des hôpitaux***

En termes de produits HR totaux, le budget principal représente 87,5 % du budget total du secteur hospitalier en 2005, soit près de 50 milliards d'euros, et les budgets annexes 12,5 %, soit un peu moins de 7 milliards d'euros. La part du budget principal est supérieure à 80 % dans toutes les catégories sauf pour les petits CH (65 %) et surtout pour les HL (40 %). Les budgets annexes représentent ainsi 60 % du budget des HL en termes de produits HR. Ceci renvoie de nouveau aux différences d'activités : beaucoup de HL et quelques petits CH ont une activité orientée vers les soins de longue durée, comptabilisés en budgets annexes.

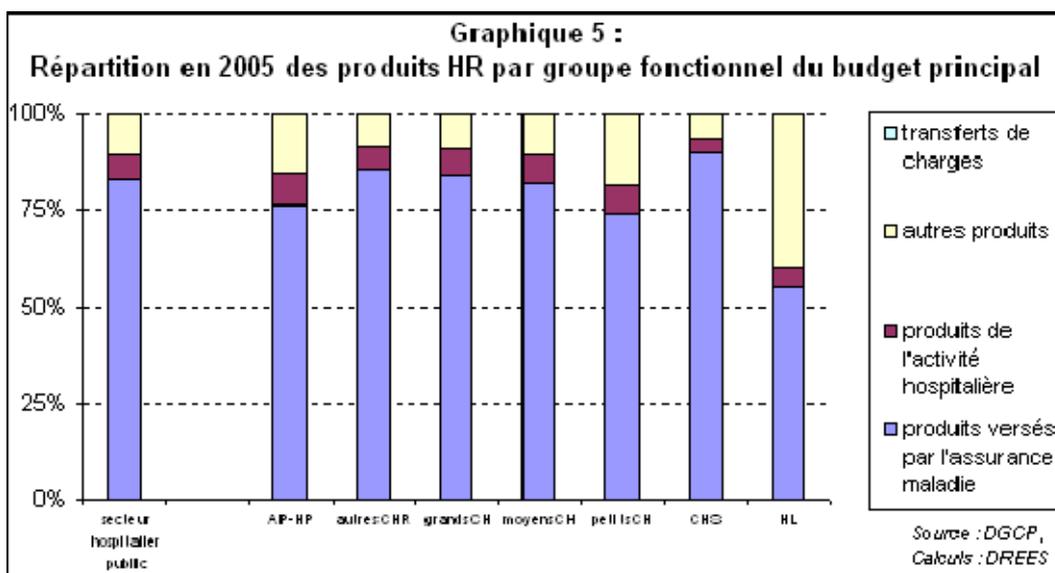
Les activités différenciées entre les hôpitaux peuvent être analysées à travers le prisme de la répartition par groupe fonctionnel des produits HR du budget principal de chaque catégorie, repérant notamment les importances relatives des différentes sources de financement. Cette répartition pour les HL se distingue nettement de celle des autres catégories d'établissements (graphique 5). Ceci provient principalement de l'importance des budgets annexes pour ces établissements (60 % des produits totaux), liée aux caractéristiques de leur activité principalement orientée sur les soins de longue durée.

---

<sup>32</sup> Somme des produits HR totaux, soit l'ensemble des comptes de classe 7 hormis le compte 7071 (rétrocession de médicaments)

<sup>33</sup> Tous les montants sont exprimés en euros courants.

<sup>34</sup> Les missions d'intérêt général (MIG) sont assurées pour une grande partie au sein des CHR.



Avec près de 42 milliards d'euros, « les produits versés par l'assurance maladie » (groupe 1) représentent l'essentiel des produits HR du budget principal. Ils forment en moyenne 83 % des produits, et varient, hors HL, entre 74 % des produits pour les petits CH et 89 % des produits pour les CHS (graphique 5).

« Les produits de l'activité hospitalière » (groupe 2), qui retracent principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, forment 6 % des produits du budget principal pour le secteur hospitalier public. Par catégorie, leur part est comprise entre 4 % pour les CHS et 8 % pour l'AP-HP.

La prédominance du groupe 1 par rapport au groupe 2 rappelle qu'au sein du système de santé, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée<sup>35</sup>.

« Les autres produits » (groupe 3) représentent 10 % des produits HR du budget principal de l'ensemble du secteur hospitalier<sup>36</sup>. Les HL se distinguent des autres catégories avec 40 % des produits provenant du groupe 3.

Enfin, « les transferts de charges » (groupe 4) occupent pour toutes les catégories d'établissements une place marginale, toujours inférieure ou presque à 0,1 % en 2005.

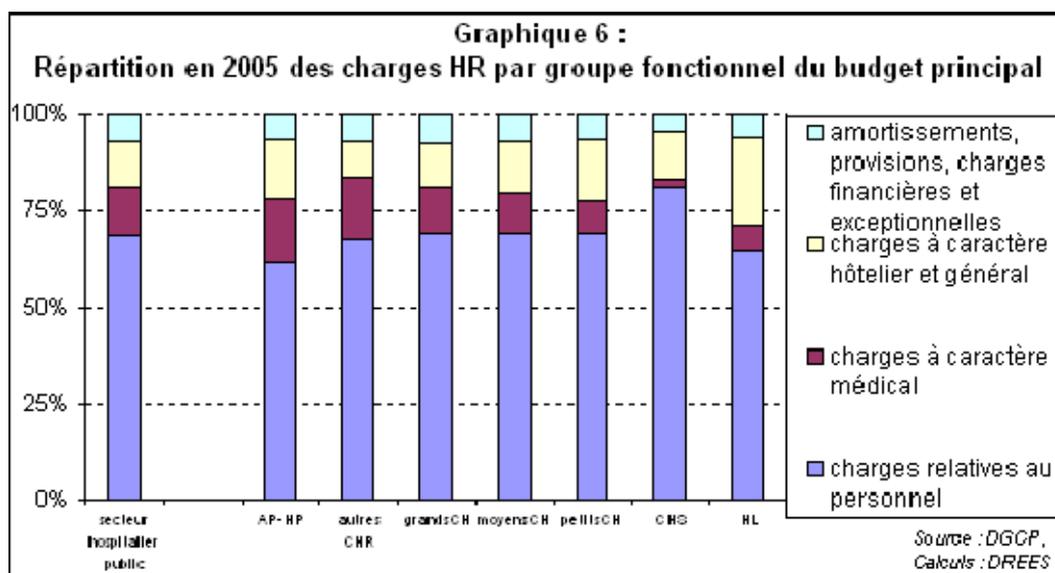
### ***Le poids des charges de personnel reste prédominant, même s'il a diminué entre 2002 et 2005***

Les charges du secteur hospitalier public ont été estimées en 2005 à 56,5 milliards d'euros. Les charges correspondent ainsi globalement aux ressources. Les charges ont cependant progressé légèrement plus rapidement sur la période que les produits. En 2002, les charges du secteur hospitalier auraient été légèrement inférieures à 49 milliards d'euros, soit une progression de 16 % sur trois années.

<sup>35</sup> Fenina A., Geffroy Y., 2007, « Comptes nationaux de la santé 2006 », *Document de travail, série statistiques*, DREES, n°114, septembre.

<sup>36</sup> La part du groupe 3 apparaît néanmoins sous-estimée du fait de l'exclusion de la rétrocession de médicaments (compte 7071), destinée à permettre une comparaison plus pertinente entre catégories d'établissements.

En termes de groupes fonctionnels, « les charges relatives au personnel » (groupe 1) sont prépondérantes pour toutes les catégories d'établissements. Elles représentent près de 70 % des charges du secteur en 2005 et s'élèvent à 80 % des charges des CHS (graphique 6). Hors CHS, la part du groupe 1 est relativement homogène entre catégories. Elle est comprise entre 61 % pour l'AP-HP et 68 % pour les trois catégories de CH. De même, la part « des amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles » (groupe 4) est comprise entre 5 et 8 %.



Les parts « des charges à caractère médical » (groupe 2<sup>37</sup>) et « des charges à caractère hôtelier et général » (groupe 3) varient en 2005 d'une catégorie d'établissements à l'autre. La part du groupe 2 s'élève à 17 % pour les CHR alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS. Les « charges à caractère hôtelier et général » sont deux fois plus élevées dans les HL (25 % des charges du budget principal) que dans les autres établissements. Ces données illustrent que les CHR sont globalement en charge des soins les plus techniques alors que les HL ont principalement une fonction d'accueil et de soins pour les personnes âgées.

***Les montants des produits et charges du secteur hospitalier public sont comparables sur la période mais il existe des déséquilibres marqués entre hôpitaux publics***

Le total des produits du secteur hospitalier public étant légèrement supérieur à celui des charges, son résultat net comptable<sup>38</sup> est globalement positif pour chacune des années composant la période étudiée. L'excédent s'élève en 2005 à un peu moins de 200 millions d'euros. En 2002, il atteignait presque 400 millions d'euros, soit un niveau deux fois plus élevé. En effet, les charges du secteur hospitalier public ont progressé légèrement plus rapidement que les produits en moyenne entre 2002 et 2005 (respectivement 16 et 15 %, voir supra).

Le ratio de rentabilité économique du secteur hospitalier public s'établit ainsi à 0,3 % en 2005 et reste sur toute la période inférieur ou égal à 1 % (tableau 1). Les hôpitaux publics n'étaient pas tenus sur cette période à optimiser leur résultat net comptable. Celui-ci ne peut donc pas être analysé comme un

<sup>37</sup> Pour rappel, les produits des rétrocessions de médicaments (compte 7071) ont été retirés du groupe 2. Et même si les charges relatives aux rétrocessions de médicaments sont sans doute inférieures aux produits correspondants, cette opération a tout de même tendance à sous-estimer légèrement la place occupée par le groupe 2 au sein des charges.

<sup>38</sup> Le résultat net comptable correspond au solde entre le total des produits et celui des charges.

indicateur de performance économique. En revanche, son analyse dans le cadre d'un financement par dotation globale, encore majoritaire au sein du secteur hospitalier public, permet de comparer la répartition du budget global et les charges des hôpitaux. Un ratio de rentabilité économique toujours positif en moyenne sur la période et relativement faible, indique que le montant total destiné au financement du secteur public hospitalier semble suffisant au regard de ses charges.

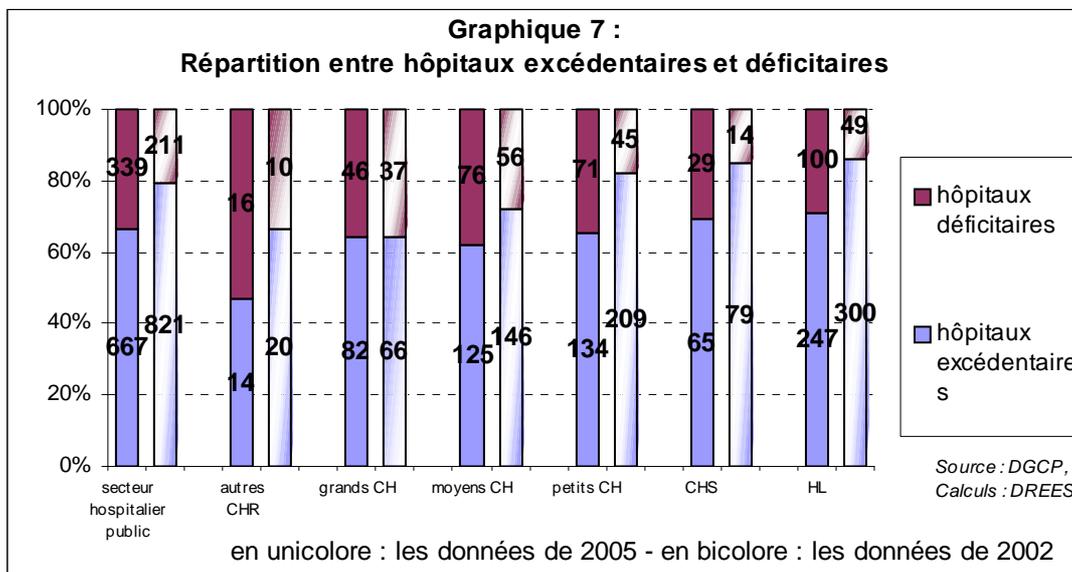
**Tableau 1**  
**Rentabilité économique des hôpitaux publics**

	Niveaux				Evolutions		
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005	
Total hôpitaux publics	0,3 %	1,0 %	0,5 %	0,9 %	-	0,6	0,5
AP-HP	-1,1 %	1,6 %	-0,3 %	0,8 %	-	2,8	1,9
Autres CHR	-0,2 %	0,4 %	-0,1 %	0,5 %	-	0,6	0,7
Grands CH	0,6 %	0,4%	0,2%	0,4%		0,1	0,2
Moyens CH	0,6 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	-	0,2	0,1
Petits CH	1,1 %	2,0 %	1,6 %	2,2 %	-	0,8	1,1
CHS	1,2 %	2,3 %	1,6 %	2,0 %	-	1,1	0,8
Hôpitaux locaux	2,0%	2,5%	3,1%	3,2%	-	0,5	1,3

Sources : DGCP, DREES.

En revanche, l'analyse du résultat net comptable par catégorie illustre des déséquilibres entre établissements. Ainsi, deux catégories sont déficitaires pour au moins une année de la période : en 2005 comme en 2003, les charges de l'AP-HP et des autres CHR sont plus élevées que leurs produits. Cependant, leurs résultats sont proches de l'équilibre sauf pour l'AP-HP en 2005, avec une rentabilité économique de -1 % (tableau 1). Toutes les autres catégories sont en moyenne excédentaires au cours de chacune des quatre années étudiées, mais à des degrés divers. Ainsi, la rentabilité économique des moyens et grands CH est toujours inférieure à 1 %, tandis que celle des petits CH et des CHS est comprise sur la période entre 1 % et un peu plus de 2 %. Les HL forment la catégorie d'établissements dont la rentabilité économique moyenne est la plus élevée, comprise entre 2 et un peu plus de 3 %. Toutes les catégories sauf les grands CH enregistrent en effet en 2005 leur niveau de rentabilité économique le plus faible de la période.

En 2005, 667 hôpitaux publics sont excédentaires et 339 déficitaires (graphique 7). Plus d'un hôpital sur trois est en déficit en 2005 contre un sur quatre en 2002. Par ailleurs, près de deux hôpitaux publics sur trois ont connu au moins une année de déficit entre 2002 et 2005, illustrant que, d'année en année, ce ne sont pas majoritairement les mêmes hôpitaux qui rencontrent des déficits. Sur la période, les hôpitaux de grande taille apparaissent les plus susceptibles d'être déficitaires : plus de quatre CHR et grands CH sur cinq ont connu au moins une année de perte entre 2002 et 2005. En revanche, seuls 19 établissements restent déficitaires au cours des quatre années. Même si ce groupe est composé d'établissements appartenant aux différentes catégories d'hôpitaux, les moyens CH en composent plus du tiers. Les HL sont sous-représentés parmi les hôpitaux publics déficitaires en 2005 comme en 2002 au contraire des autres CHR surtout en 2005 (graphique 7). Les déficits observés pour certains établissements peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la dotation globale par rapport à l'activité réalisée, soit des charges excessives des établissements. Dans ce cadre, une meilleure répartition du financement entre les différents établissements représente l'un des objectifs poursuivis par la T2A, mise en place progressivement.



Note : L'AP-HP n'est pas incluse au sein de ce graphique car la catégorie qu'elle forme ne contient qu'une seule entité juridique.

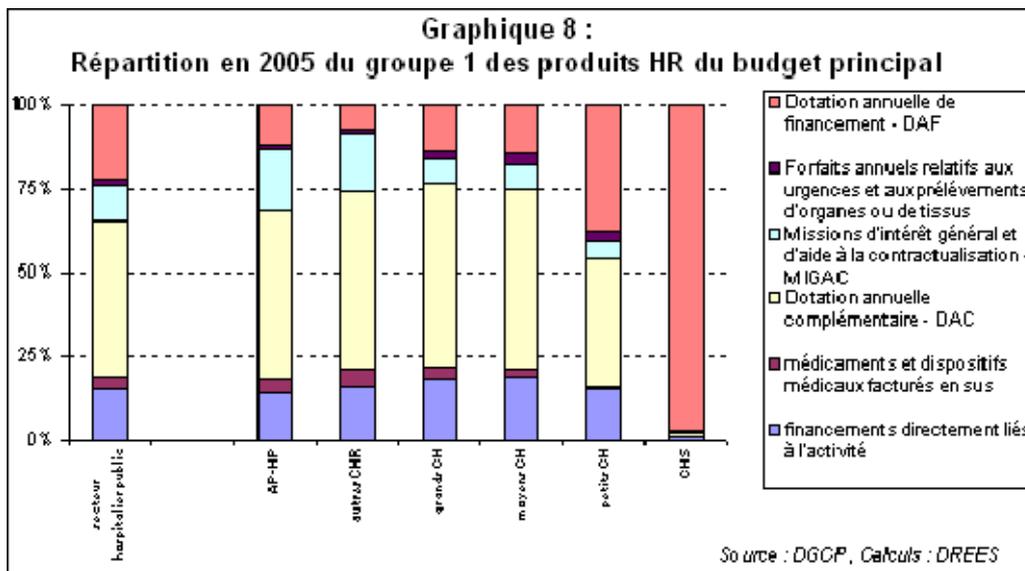
***En 2005, les financements directement liés à l'activité représentent 15,5 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire***

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est voté chaque année au parlement. Il est décomposé en plusieurs enveloppes. L'ONDAM hospitalier, qui s'élève à 61,5 milliards d'euros en 2005, concerne les hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées à but lucratif. À partir des comptes disponibles en 2005 (encadré 4), les hôpitaux publics représenteraient environ 70 % de l'ONDAM hospitalier, soit 42,7 milliards d'euros. Ce montant est constitué :

- ✓ d'une partie liée à la mise en place de la T2A (76 %), divisée en deux enveloppes :
  - les dépenses d'assurance maladie relatives aux activités de MCO (65,5 %)
  - les MIGAC (10,5 %)
- ✓ une partie relative aux activités non MCO, qui ne sont pas concernées par la T2A (24 %).

Du fait d'une décomposition plus détaillée en 2005, la part de l'ONDAM liée à la mise en place de la T2A peut par ailleurs être analysée de façon plus fine.

Compte tenu de la part du MCO dans l'activité des hôpitaux publics et de la montée en charge progressive de la T2A, les financements directement liés à l'activité (encadré 4) forment 15,5 % du groupe 1 des produits du budget principal (graphique 8).



Note : Le détail du compte 70621 n'est pas illustré pour les HL car un quart d'entre eux ont renseigné des comptes liés à la mise en place de la T2A alors qu'ils ne sont pas soumis à la T2A.

La dotation annuelle complémentaire (DAC) prolonge en partie le financement sous dotation globale des activités MCO du secteur hospitalier public. Ce compte représente 47 % du groupe 1<sup>39</sup>.

Le financement des MIGAC (compte 706218), indépendantes de l'activité mais pour autant liées à la mise en œuvre de la T2A, représente 4,4 milliards d'euros pour le secteur hospitalier public en 2005, soit 10,5 % du groupe 1. Le poids des MIGAC est le plus élevé au sein de l'AP-HP et les autres CHR, avec près de 20 % du groupe 1, étant donné que ce sont ces établissements qui assurent l'essentiel des missions d'enseignement et de recherche.

Les activités de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR), de psychiatrie ainsi que la part du long séjour financée par la sécurité sociale restent pour leur part rémunérées intégralement par dotation, par la DAF qui représente 22 % du groupe 1 (graphique 8).

Ainsi, en 2005, le secteur hospitalier public reste financé sous forme de dotations pour plus de 80 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire. Les interprétations économiques et financières d'indicateurs relatifs aux hôpitaux publics doivent ainsi être pour l'instant plus reliées au principe des dotations qu'à d'éventuels impacts de la T2A.

Par ailleurs, à partir de la décomposition du compte 70621, ce sont 524 hôpitaux publics sur 1006 qui seraient concernés par la T2A en 2005 et 482 qui ne le seraient pas (347 HL, 84 CHS et 51 CH). Ces derniers composent ainsi près de la moitié des entités juridiques du secteur hospitalier public mais représentent en 2005 moins de 20 % des lits<sup>40</sup> et environ 40 % des places (très nombreuses en psychiatrie). En tout état de cause, il est délicat de s'appuyer uniquement sur cette segmentation entre établissements concernés ou non par la T2A pour analyser les éventuels effets de la T2A sur la

<sup>39</sup> Le taux réglementaire de la T2A (25 % en 2005) est obtenu en faisant le rapport entre les financements directement liés à l'activité (15,5 %) et la somme de la DAC et des financements directement liés à l'activité (47 % + 15,5 %, soit 62,5 %).

<sup>40</sup> Ceci ne signifie évidemment pas que les activités hors MCO (moyen séjour, psychiatrie, soins de longue durée) concentrent 20 % des lits du secteur hospitalier public. Les hôpitaux concernés par la T2A assurent en effet également des activités hors MCO. Et les HL assurent pour certains des activités MCO même s'ils ne sont pas concernés par la T2A.

situation économique et financière des hôpitaux publics. Par ailleurs, l'immense majorité des établissements concernés par la T2A assurent également des activités dont le financement n'est pas aujourd'hui sous T2A (moyen séjour, psychiatrie, long séjour). L'outil ICARE, présenté au sein de la partie relative au système d'information permettant le suivi économique et financier des établissements de santé, pourrait être particulièrement utile dans ce cadre.

### **3.2.1.2 Synthèse : la situation économique et financière des hôpitaux publics au regard des indicateurs de la grille de lecture commune<sup>41</sup>**

En complément de cette analyse fine du compte de résultat des hôpitaux publics, les indicateurs composant la grille de lecture commune à tous les établissements de santé ont été calculés par catégorie d'établissements pour le secteur hospitalier public.

Les 51 CH non concernés par la T2A (50 petits CH et un moyen<sup>42</sup>), c'est-à-dire ceux ne pratiquant pas d'activité MCO, forment une catégorie à part entière. Les hôpitaux publics sont ainsi répartis pour la suite de cette analyse en huit catégories :

- ✓ l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP);
- ✓ les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- ✓ les centres hospitaliers (CH), classés en quatre catégories selon leur taille et qu'ils sont ou non concernés par la T2A :
  - les CH non concernés par la T2A, au nombre de 51 en 2005 ;
  - les petits CH concernés par la T2A, au nombre de 155 en 2005 ;
  - les moyens CH concernés par la T2A, 200 en 2005 ;
  - les grands CH concernés par la T2A, 128 en 2005 ;
- ✓ les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS), 94 en 2005 ;
- ✓ les hôpitaux locaux (HL), 347 en 2005.

Les syndicats interhospitaliers (SIH) restent classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Deux catégories ne comprennent aucun établissement soumis à la T2A : les HL et les 51 CH non concernés par la T2A. En outre, parmi les 94 CHS, 10 sont soumis à la T2A pour une petite partie de leur activité (en MCO) complémentaire de leur activité principale de psychiatrie. Les établissements composant les cinq autres catégories listées ci-dessus sont tous concernés par la T2A.

---

<sup>41</sup> Une partie de cette analyse est issue de Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre MC. et Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et résultats*, DREES, n°576, mai. Mais l'analyse proposée est plus fine, notamment car les CH non concernés par la T2A sont isolés au sein d'une catégorie d'établissements.

<sup>42</sup> Ce « moyen » CH peut être apparenté à un petit CH puisque ses produits s'élèvent à 21 millions d'euros pour un seuil entre petits et moyens CH à 20 millions d'euros.

### *Les indicateurs d'exploitation*

Les indicateurs d'exploitation, qui se fondent sur les éléments du compte de résultat sont en partie redondants avec l'analyse fine des produits et charges présentés ci-dessus pour les hôpitaux publics. Ils récapitulent cependant de manière synthétique sous forme de tableau de bord commun à tous les établissements de santé leur situation économique.

L'analyse des produits du compte 70 (Produits), qui composent près de 95 % des produits totaux, recoupe largement celle des produits totaux présentés ci-dessus.

Les consommations intermédiaires, qui correspondent aux achats et aux charges externes, ne semblent pas corrélées aux produits. Il en résulte un taux de valeur ajoutée très différent selon la catégorie d'établissement : les CHS enregistrent le taux de valeur ajoutée moyen le plus élevé, avec 86 % en 2005, soit 20 points de plus que celui des HL (tableau 2). Les écarts entre catégories sont assez stables entre 2002 et 2005 même si l'AP-HP est la seule catégorie dont le taux a fortement diminué (-5 points). A l'inverse, le taux de valeur ajoutée des plus petits hôpitaux publics (petits CH, CH non concernés par la T2A et HL) a progressé d'environ un point sur la période.

À l'exception des CHS pour lesquelles les charges de personnel sont très élevées (77 % des produits HR en 2005), le taux de charges de personnel décroît légèrement avec la taille<sup>43</sup> moyenne des catégories d'établissements. Ainsi les charges de personnel représentent 70 % des produits HR pour les petits CH, les CH non concernés par la T2A et les HL, 68 % pour les CH moyens et les grands CH, 67 % pour les CHR et 65 % pour l'AP-HP (tableau 2).

Ce lien, et plus globalement cette analyse du taux de charges de personnel, ne donnent pas des résultats tout à fait similaires à l'analyse du poids des charges relatives au personnel (groupe 1) sur le total des charges du budget principal. Ces différences sont tout d'abord liées au fait que l'information relative à la notion de charges de personnel est plus fine au sein de l'analyse par groupe fonctionnel car on se dispense pour cette analyse de la comparabilité des indicateurs entre établissements de statut différent. En effet, le groupe 1 des charges comprend en plus du compte 64 (charges de personnel) les frais de personnel intérimaire, les impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations, les primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail ainsi que les charges de personnel sur exercices antérieurs. Ces différences peuvent également provenir du dénominateur, c'est-à-dire de la base de comparaison des charges de personnel : le total des charges d'un côté et le compte 70 (Produits) de l'autre.

Jusqu'en 2004, les charges de personnel progressent moins vite que les produits HR, sauf pour les HL (tableau 2). Les taux de charges du personnel médical sont aussi très variables entre catégories d'établissements, mais ils progressent sur l'ensemble de la période (+0,5 point entre 2002 et 2005). En 2005, ils représentent environ 10 % des produits HR pour l'AP-HP, les autres CHR ainsi que les grands et moyens CH. Ils sont inférieurs à ce pourcentage au sein des quatre autres catégories. Les charges de personnel médical sont particulièrement faibles dans les HL (seulement 1 %). La plupart des médecins intervenant dans les HL étant libéraux, les honoraires qu'ils perçoivent ne sont en effet pas comptabilisés au sein des comptes de charges de personnel de l'établissement.

L'analyse détaillée du résultat net comptable proposée précédemment fait apparaître qu'il existe une assez grande diversité de situation économique entre hôpitaux publics. La distinction des petits CH selon qu'ils sont ou non concernés par la T2A tend à renforcer cette observation.

La rentabilité économique des CH non concernés par la T2A, c'est-à-dire ceux ne pratiquant pas une activité MCO, est ainsi beaucoup plus faible que celle des petits CH en 2004 et 2005 (0,4 % contre

---

<sup>43</sup> La taille des hôpitaux publics est mesurée en fonction de leurs produits.

1,3 %). Elle est juste supérieure à celles de l'AP-HP et des autres CHR (tableau 2). Elle était pourtant en 2002 parmi les plus élevées (2,7 %), inférieure uniquement à celle des HL. La rentabilité économique des CH non concernés par la T2A a en fait diminué tendanciellement sur la période, de plus de 2 points en trois ans. Ainsi, le résultat net comptable moyen de ces établissements s'élève en moyenne à 40 000 euros en 2005 (contre 180 000 euros pour le secteur hospitalier public), soit une division par cinq par rapport à 2002 (contre une division par deux pour le secteur hospitalier public). Ainsi, les petits CH présentent en moyenne en 2004 et 2005 une rentabilité économique plus défavorable lorsqu'ils ne pratiquent pas une activité MCO. Hormis les petits CH, la rentabilité économique moyenne des catégories d'hôpitaux pas ou peu concernées par la T2A (CHS et HL) est plus favorable sur la période que celle des hôpitaux concernés par la T2A (AP-HP, autres CHR, grands et moyens CH). La pratique d'activités MCO ne semble donc pas expliquer en tant que telle des différences de niveaux de résultat net comptable entre les hôpitaux.

**Tableau 2 : Indicateurs d'exploitation des hôpitaux publics**

	Niveaux				Evolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>Taux de valeur ajoutée (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	76,2%	76,7%	77,0%	77,2%	-0,6	-1,1
AP-HP	73,1%	74,6%	75,7%	77,8%	-1,5	-4,7
Autres CHR	75,0%	75,8%	76,2%	76,3%	-0,8	-1,3
Grands CH	77,2%	77,7%	77,9%	77,7%	-0,6	-0,6
CH moyens	75,2%	75,9%	76,0%	76,6%	-0,7	-1,4
Petits CH	73,8%	72,5%	72,8%	72,4%	1,3	1,5
CH non concernés par la T2A	75,6%	75,0%	74,3%	74,1%	0,6	1,5
CHS	85,9%	86,1%	86,0%	85,8%	-0,2	0,1
Hôpitaux locaux	67,9%	67,8%	67,6%	67,3%	0,1	0,6
<b>Taux de charges de personnel (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	68,3%	68,2%	69,4%	70,0%	0,1	-1,7
AP-HP	64,9%	64,4%	66,8%	66,8%	0,5	-1,9
Autres CHR	66,7%	66,5%	67,6%	68,1%	0,2	-1,4
Grands CH	67,8%	68,0%	69,1%	69,8%	-0,2	-2,0
CH moyens	67,5%	67,5%	68,6%	69,8%	0,0	-2,4
Petits CH	70,3%	71,0%	73,0%	71,7%	-0,9	-1,4
CH non concernés par la T2A	70,2%	69,6%	69,6%	70,4%	0,6	-0,2
CHS	77,4%	76,7%	77,5%	78,1%	0,7	-0,7
Hôpitaux locaux	70,3%	70,0%	70,4%	69,6%	0,4	0,8
<b>Rentabilité économique (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	0,3%	1,0%	0,5%	0,9%	-0,6	-0,5
AP-HP	-1,1%	1,6%	-0,3%	0,8%	-2,8	-1,9
Autres CHR	-0,2%	0,4%	-0,1%	0,5%	-0,6	-0,7
Grands CH	0,6%	0,4%	0,2%	0,4%	0,1	0,2
CH moyens	0,6%	0,8%	0,6%	0,7%	-0,2	-0,1
Petits CH	1,3%	2,1%	1,5%	2,1%	-0,8	-0,8
CH non concernés par la T2A	0,4%	1,5%	2,1%	2,7%	-1,0	-2,3
CHS	1,2%	2,3%	1,6%	2,0%	-1,1	-0,8
Hôpitaux locaux	2,0%	2,5%	3,1%	3,2%	-0,5	-1,3

Source : DGCP, calculs DREES

### ***Le volet investissement du Plan Hôpital 2007, source d'augmentation des investissements et de l'endettement des hôpitaux***

Le taux de renouvellement des immobilisations a progressé entre 2002 et 2005 (de 6,5 % à 8,0 % en 2004 et 2005). Depuis 2003, le volet investissement du plan Hôpital 2007<sup>44</sup> peut expliquer cette progression. Ce taux varie en 2005 selon la catégorie de 5,3 % pour les CH non concernés par la T2A à 9,6 % pour les CHS (tableau 3). Il est supérieur à celui observé en 2002 pour toutes les catégories sauf pour les CH non concernés par la T2A. Les CH non concernés par la T2A font partie des hôpitaux publics qui investissent le moins sur la période (5,3 % en 2005), même si leur taux de renouvellement des immobilisations est au niveau de la moyenne en 2002 (6,5 %).

Les investissements hospitaliers publics sont donc, sauf exception, en phase assez marquée de relance au début des années 2000. Ceci se vérifie également sur une période un peu plus longue : entre 1994 et 2004, l'investissement des hôpitaux publics a connu une période de recul jusqu'à la fin des années 90, puis une reprise continue ensuite<sup>45</sup>. Il a par ailleurs été observé que les constructions constituent la majorité du patrimoine et l'essentiel des efforts d'investissement dans le secteur public. Les quatre régions les plus peuplées de France sont aussi celles qui enregistrent entre 1994 et 2004 les niveaux d'investissement et de patrimoine les plus élevés du secteur.

En contrepartie de leur progression, les conditions de financement de ces investissements semblent se dégrader, essentiellement entre 2004 et 2005.

En 2005, la capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux s'élève globalement à 6 % de leurs produits HR (7 % en 2004) et tend à retrouver son niveau de 2002 (tableau 3). La CAF varie selon les catégories entre 4,3 % pour l'AP-HP et 7,8 % pour les HL. Entre 2004 et 2005, elle diminue pour toutes les catégories, notamment l'AP-HP (-3 points).

Entre 2002 et 2005, le taux d'endettement des hôpitaux augmente à un rythme lent mais régulier (35 % en 2005 contre 33 % en 2002). La plus grande part des aides allouées aux hôpitaux publics dans le cadre du volet investissement du Plan Hôpital 2007 sont des aides en fonctionnement qui sont versées sous la forme d'aides aux remboursements d'emprunts. Ceci permet d'expliquer l'augmentation de leur taux d'endettement d'une part et nuance le phénomène de dégradation des conditions de financement de leurs investissements d'autre part. Par catégorie, les CHS enregistrent en 2005 le taux d'endettement le plus faible, avec un peu plus de 20 %. Les CH non concernés par la T2A, les HL et l'AP-HP ont un taux proche de 30 %, celui des autres CHR et des petits CH concernés par la T2A se rapproche de 35 % et celui des moyens et grands CHR de 40 %.

En termes d'années de CAF, la capacité de remboursement<sup>46</sup> de toutes les catégories d'hôpitaux, qui s'améliorait entre 2002 et 2004, se détériore la dernière année (3,9 années de CAF en 2005 contre 3,1 en 2004), notamment pour l'AP-HP. Les CHS auraient besoin en 2005 de près de 3 années de CAF pour rembourser leurs dettes alors que les petits CH, qu'ils soient ou non concernés par la T2A, devraient attendre presque 5 années.

---

<sup>44</sup> Le volet investissement du Plan Hôpital 2007 prévoit de soutenir l'investissement des établissements de santé, en allouant l'équivalent de 6 milliards d'euros d'aides sur la période 2003-2007.

<sup>45</sup> Podevin M. et Villeret S., 2007, « Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004 », *Études et résultats*, DREES, n°547, janvier

<sup>46</sup> La capacité de remboursement mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement.

Tableau 3 : Indicateurs sur les investissements des hôpitaux publics et leur financement

	Niveaux				Evolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>Taux de renouvellement des immobilisations (en %)</b>						
Total hôpitaux publics	8,0%	8,0%	7,1%	6,5%	0,0	1,5
AP-HP	5,4%	5,6%	4,6%	4,4%	-0,2	1,0
Autres CHR	9,1%	8,9%	7,6%	6,8%	0,2	2,3
Grands CH	8,3%	8,0%	7,7%	7,3%	0,2	1,0
CH moyens	7,9%	7,9%	6,8%	6,2%	0,0	1,6
Petits CH	7,3%	8,9%	7,8%	6,7%	-1,6	0,6
CH non concernés par la T2A	5,3%	4,6%	5,4%	6,5%	0,8	-1,1
CHS	9,6%	9,6%	9,0%	8,2%	0,0	1,4
Hôpitaux locaux	6,5%	7,1%	6,7%	6,4%	-0,5	0,2
<b>Capacité d'autofinancement (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	6,0%	7,2%	5,9%	5,9%	-1,2	0,1
AP-HP	4,3%	7,4%	5,9%	5,8%	-3,1	-1,5
Autres CHR	5,4%	6,8%	5,9%	5,9%	-1,4	-0,5
Grands CH	7,0%	7,2%	5,8%	5,8%	-0,2	1,2
CH moyens	6,5%	7,0%	5,9%	5,9%	-0,5	0,6
Petits CH	6,8%	8,0%	6,7%	7,0%	-1,3	-0,2
CH non concernés par la T2A	5,8%	7,3%	7,7%	7,8%	-1,5	-2,0
CHS	4,5%	5,9%	4,6%	4,6%	-1,4	-0,1
Hôpitaux locaux	7,8%	8,5%	9,1%	9,1%	-0,7	-1,3
<b>Taux d'endettement (en %)</b>						
Total hôpitaux publics	34,7%	34,0%	33,1%	32,9%	0,7	1,8
AP-HP	31,3%	32,8%	33,2%	35,7%	-1,5	-4,4
Autres CHR	33,3%	31,5%	29,1%	28,7%	1,8	4,6
Grands CH	40,2%	39,2%	38,1%	36,8%	1,0	3,4
CH moyens	38,2%	38,0%	38,1%	37,5%	0,3	0,7
Petits CH	34,2%	33,4%	31,7%	32,4%	0,8	1,8
CH non concernés par la T2A	28,8%	28,6%	29,8%	31,7%	0,2	-2,9
CHS	21,5%	20,4%	18,8%	18,3%	1,1	3,1
Hôpitaux locaux	30,2%	30,4%	31,6%	32,1%	-0,2	-1,9
<b>Capacité de remboursement (en années de CAF)</b>						
Total hôpitaux publics	3,9	3,1	3,5	3,5	0,7	0,3
AP-HP	4,5	2,8	3,5	3,9	1,8	0,7
Autres CHR	3,5	2,5	2,6	2,6	0,9	0,9
Grands CH	3,8	3,5	4,0	3,9	0,3	-0,1
CH moyens	4,2	3,7	4,3	4,4	0,5	-0,2
Petits CH	4,7	3,9	4,3	4,0	0,8	0,7
CH non concernés par la T2A	4,7	3,7	3,7	4,0	1,0	0,7
CHS	2,8	1,9	2,1	2,0	0,9	0,8
Hôpitaux locaux	4,3	4,0	3,8	3,9	0,3	0,4

Source : DGCP, calculs DREES

### ***Progression continue de la trésorerie du secteur public hospitalier***

La trésorerie des hôpitaux a fortement progressé, atteignant en moyenne 2,5 milliards d'euros en 2005 contre 1,3 milliard d'euros en 2002. Elle augmente presque deux fois plus que les produits HR (tableau 4). La trésorerie équivaut à la différence entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR). Le FRNG étant plutôt stable (48 jours de produits HR en 2005 contre 50 en 2002), la progression de la trésorerie s'explique ainsi par la diminution du BFR (31 jours de produits HR en 2005 contre 40 en 2002).

Il existe de fortes disparités entre catégories, notamment en termes de niveaux. La trésorerie des plus grands hôpitaux (AP-HP et autres CHR) est presque nulle sur la période (tableau 4). La trésorerie moyenne des autres catégories est comprise en 2005 entre 17 jours de produits HR pour les grands CH et 59 jours pour les HL. Les évolutions observées entre 2002 et 2005 sont également hétérogènes. Stable pour les autres CHR, la trésorerie des petits CH concernés par la T2A et des HL progresse de 20 jours de produits HR, soit plus du tiers de son niveau en seulement quatre années. La trésorerie des quatre autres catégories (l'AP-HP, les grands CH, les CHS et les CH non concernés par la T2A) augmente sur cette période dans des proportions situées entre 7 et 10 jours de produits HR.

Ces écarts de trésorerie entre catégories apparaissent structurels puisqu'ils s'expliquent essentiellement par la partie stable du bilan, c'est-à-dire le FRNG. En 2005, celui-ci est proche de 30 jours pour l'AP-HP et les autres CHR, de 50 jours pour les moyens et grands CH, de 70 jours pour les CHS et les CH non concernés par la T2A, de 85 jours pour les petits CH et de 90 jours pour les HL. Au contraire, les niveaux moyens de BFR entre catégories sont plus proches (de 24 jours pour les CHR à 35 jours pour l'AP-HP et les grands CH).

Les établissements de petite taille ont ainsi des trésoreries relativement plus importantes. Celle des hôpitaux les plus concernés par la T2A (l'AP-HP, les autres CHR et les CH) est plus faible, hormis pour les petits CH. La T2A pourrait néanmoins modifier cet écart. La logique de résultats qui lui est inhérente est en effet susceptible d'inciter les établissements à dégager un niveau de trésorerie capable de combler des phases de déficits transitoires.

Tableau 4 : Indicateurs de trésorerie des hôpitaux publics (en jours de produits HR)

	Niveaux				Evolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>FRNG</b>						
Total hôpitaux publics	48,4	51,6	46,3	50,5	-3,2	-2,1
AP-HP	33,8	43,0	16,8	37,9	-9,2	-4,0
Autres CHR	27,3	35,3	34,1	38,5	-8,1	-11,3
Grands CH	51,6	50,6	46,5	48,8	0,9	2,8
CH moyens	54,6	53,4	52,3	53,2	1,2	1,4
Petits CH	83,5	87,4	78,6	73,8	-3,9	9,7
CH non concernés par la T2A	72,8	76,5	73,0	78,7	-3,7	-5,9
CHS	67,5	69,7	65,2	67,7	-2,2	-0,2
Hôpitaux locaux	91,0	90,1	86,7	81,6	1,0	9,4
<b>BFR</b>						
Total hôpitaux publics	30,8	35,3	33,3	40,0	-4,5	-9,2
AP-HP	34,8	45,2	21,9	45,6	-10,4	-10,8
Autres CHR	23,8	30,9	30,5	35,0	-7,1	-11,2
Grands CH	34,8	38,1	38,3	42,4	-3,3	-7,6
CH moyens	32,6	33,9	36,3	40,0	-1,3	-7,4
Petits CH	33,9	36,8	39,6	45,1	-2,9	-11,2
CH non concernés par la T2A	29,3	36,1	39,5	41,9	-6,9	-12,6
CHS	28,0	31,0	30,0	36,9	-3,0	-8,9
Hôpitaux locaux	32,9	32,9	36,0	41,9	0,1	-8,9
<b>trésorerie (en journées de produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	17,7	16,3	13,0	10,6	1,4	7,1
AP-HP	-0,9	-2,2	-5,1	-7,7	1,3	6,7
Autres CHR	3,4	4,5	3,6	3,5	-1,0	-0,1
Grands CH	16,7	12,5	8,1	6,3	4,2	10,4
CH moyens	22,0	19,6	16,0	13,2	2,4	8,7
Petits CH	49,6	50,6	39,0	28,7	-0,9	20,9
CH non concernés par la T2A	43,6	40,3	33,6	36,8	3,2	6,8
CHS	39,5	38,8	35,2	30,9	0,8	8,6
Hôpitaux locaux	59,1	57,3	50,7	39,7	1,8	19,4

Source : DGCP, calculs DREES

### 3.2.2 Les premiers résultats pour les cliniques privées à but lucratif<sup>47</sup>

Le nombre d'entrées et venues réalisées par les cliniques privées à but lucratif représente en 2005 environ 30 % des entrées en hospitalisation complète et 25 % des venues en hospitalisation partielle<sup>48</sup>.

#### **Progression du chiffre d'affaires des cliniques MCO à un rythme plus soutenu que leurs principales charges**

Le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées a augmenté de 8,7 % entre 2004 et 2005, soit une progression élevée mais assez proche de celles observées pour les deux années précédentes (tableau 5). Le chiffre d'affaires total des cliniques privées à but lucratif peut ainsi être estimé à 11 milliards d'euros<sup>49</sup> en 2005.

La moitié des 796 cliniques présentes dans l'échantillon à la fois en 2004 et en 2005, voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 5,5 %, un quart d'entre elles d'au moins 11,7 % et un dixième d'au moins 20,6 %. Un quart des cliniques ont une évolution de leur chiffre d'affaires inférieur à 1,8 %. Environ 14 % des cliniques, toutes catégories confondues, déclarent en 2005 un chiffre d'affaires inférieur à celui de 2004.

**Tableau 5**  
**Évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées**

		Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total(en M€)	2005	2004	2003	2002	2001
TOTAL		825	8189	8,7	8,3	8,6	7,7	5,7
MCO	Polycliniques	315	5552	9,4	8,8	9,2	8,1	5,9
	Médecine	21	162	9,9	10,8	14,3	10,6	9,6
	Chirurgie	127	935	7,7	5,2	6,9	6,5	5,0
	Obstétrique	7	40	7,1	0,4	7,4	7,1	9,8
	Dialyse	40	167	17,1	7,8	7,9	5,8	3,5
	Total MCO	510	6856	9,3	8,3	8,9	7,8	5,9
hors MCO	Suite et réadaptation	172	770	6,5	7,9	9,3	7,6	7,1
	Psychiatrie	113	489	4,6	4	5,3	5,3	2,0
	Divers	30	74	5,6	8,4	2,0	6,6	5,0
	Total hors MCO	315	1333	5,8	6,6	7,6	7,0	5,0
dont CA	de moins de 6 millions d'euro	391	1298	6,1	5,9	7,5	6,6	3,6
	de 6 à 12 millions d'euro	221	1889	6,1	4,7	7,2	6,2	5,0
	de plus de 12 millions d'euro	213	5001	10,5	9,5	9,9	9,3	7,7

Champ constant pour le nombre de clinique et le CA total et non constant pour l'évolution du CA.  
Sources : Greffet des tribunaux de commerce, calculs DREES.

<sup>47</sup> Le Rhun B. et Legendre MC., 2007, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2004 et 2005 », *Études et résultats*, DREES, n°583, juillet et Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre MC. et Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et résultats*, DREES, n°576, mai.

<sup>48</sup> Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n°546, décembre.

<sup>49</sup> Une extrapolation sur le CA de la part des séjours réalisée par l'échantillon de 825 cliniques (encadré 2) a permis cette estimation.

L'amélioration du chiffre d'affaires concerne principalement le secteur MCO<sup>50</sup> (tableau 5). En effet, le chiffre d'affaires des cliniques soumises à la T2A a crû de 9,3 % en 2005 après une hausse de 8,3 % en 2004. Le secteur hors MCO, enregistre une moindre progression : + 5,8 % du chiffre d'affaires en 2005, contre + 6,3 % l'année précédente.

Parmi les cliniques MCO, la croissance du chiffre d'affaires des polycliniques<sup>51</sup> s'établit à 9,4 %, soit 1,1 point de plus qu'en 2004. La hausse en 2005 du chiffre d'affaires des cliniques mono disciplinaires spécialisées en chirurgie est de 7,7 %, soit 2,1 points de plus qu'en 2004. La progression du chiffre d'affaires la plus marquée est de loin celle des cliniques spécialisées en dialyse : + 17,1 % en 2005, après + 7,8 % en 2004<sup>52</sup>.

Le chiffre d'affaires des établissements hors MCO augmente en 2005 moins fortement qu'en 2004, à l'exception de ceux spécialisés en psychiatrie (4,6 % pour 3,7 %). L'évolution des cliniques de SSR passe de 7,9 % en 2004 à 6,5 % en 2005.

Tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques »<sup>53</sup> (CA supérieur à 12 millions d'euros) dont le chiffre d'affaires progresse le plus tout le long de la période et plus particulièrement en 2005, avec + 10,5 % entre 2004 et 2005 (tableau 5). Pour autant, le chiffre d'affaires des « moyennes cliniques » (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) et des « petites cliniques » (CA inférieur à 6 millions d'euros) a crû également mais de façon plus modérée, + 6,1 % pour ces deux catégories entre 2004 et 2005.

En 2005, le chiffre d'affaires (CA) moyen des cliniques privées s'établit à 10 millions d'euros. Le CA moyen de l'ensemble des cliniques a augmenté de 27,2 % depuis 2002. Cette progression s'établit à 9,3 % entre 2004 et 2005, l'évolution du secteur MCO est supérieure à celle du secteur hors MCO : 10,3 % et 4,2 %.

### ***Une augmentation du chiffre d'affaires due en partie à l'accroissement de l'activité, mais aussi à une hausse des tarifs***

L'évolution du chiffre d'affaires résulte à la fois de la hausse de l'activité<sup>54</sup>, des tarifs, mais aussi de la modification de l'éventail d'activités (case-mix) et d'autres composantes. En effet, depuis l'application de la T2A, le sang et certains implants oculaires sont intégrés dans le CA de toutes les cliniques alors qu'ils ne l'étaient pas toujours avant. L'évolution des tarifs des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours hospitaliers contribue aussi notamment à la croissance du CA.

---

<sup>50</sup> Depuis cette année et la mise en place de la T2A pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, y compris la dialyse, les activités de dialyse sont incluses pour l'étude au sein du MCO.

<sup>51</sup> On parle de polyclinique dès lors que l'établissement réalise au moins deux activités différentes.

<sup>52</sup> Cette forte hausse est à relativiser du fait de restructurations importantes et d'un nombre conséquents d'ouverture de bâtiments ces dernières années, qui ont vu leur activité augmenter beaucoup en 2005.

<sup>53</sup> Le critère de taille retenu pour les cliniques ici correspond à un volume de chiffre d'affaires, mais le nombre de lits et places ou le nombre de séjours auraient tout aussi bien été de bons critères amenant à des conclusions similaires. Ces trois variables apparaissent en effet fortement corrélées.

<sup>54</sup> L'activité ambulatoire des cliniques, calculée à partir du nombre d'entrées et venues en hospitalisation partielle a augmenté de plus de 30 % entre 2002 et 2005. Cette progression s'élève à 6,5 % entre 2002 et 2003 et entre 2003 et 2004 et 15,5 % entre 2004 et 2005 (Arnault S., Fizzala A., Leroux I. Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle » *Études et résultats*, DREES, n°546, décembre).

Entre 2004 et 2005, le nombre d'entrées et venues a progressé de 4,6 % pour l'ensemble des cliniques présentes les deux années ainsi que pour celles qui sont spécialisées en MCO<sup>55</sup>.

La hausse tarifaire, fixée à 1,98 %<sup>56</sup> et applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005, contribue aussi en partie à l'augmentation du chiffre d'affaires, bien qu'elle soit relativement plus faible que celles enregistrées depuis 4 ans<sup>57</sup>. Le chiffre d'affaires rapporté au nombre d'entrées et venues s'établit à 1 326 euros en 2005 contre 1 266 euros en 2004 soit une hausse de 4,7 % pour l'ensemble des cliniques. Pour le secteur MCO, ces chiffres d'affaires moyens sont respectivement de 1 214 et 1 156 euros ce qui correspond à une hausse de 5,0 %.

### ***Une nette progression de la rentabilité économique des cliniques MCO***

En 2005, la rentabilité économique des 825 cliniques présentes en 2005 s'établit à 3,2 %, atteignant son niveau le plus élevé observé depuis le début des années 2000. Elle progresse ainsi très nettement pour la deuxième année consécutive de 1 point par rapport à 2004 (2,1 %) et de 2 points par rapport à 2003 (1,3 %) (tableau 6).

---

<sup>55</sup> Ces évolutions sont proches de celles observées sur les données exhaustives (source statistique annuelle des établissements de santé - SAE) pour l'ensemble du secteur privé à but lucratif (+4,9 %) et des cliniques réalisant des activités de MCO (+4,2 %).

<sup>56</sup> Au moment de la mise en place de la T2A au sein des cliniques privées, les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) et autres prestations entraînant un paiement à l'activité : dialyse, hospitalisation à domicile (HAD), ont été reconstitués à partir des prestations facturées avant la mise en place de la T2A par les cliniques. L'augmentation moyenne de ces tarifs nationaux (GHS et autres) au 1<sup>er</sup> mars 2005 s'est élevé à 1,98 %. Avant la mise en place de la T2A, il existait une augmentation moyenne des tarifs sur la France, déclinée en un nombre de tarifs beaucoup plus important qu'aujourd'hui (déclinaison faite schématiquement sur une combinaison établissement, disciplines et prestation).

<sup>57</sup> Les augmentations tarifaires moyennes sont de 2,3 % en 2001, 3,93 % en 2003, 2,6 % en 2004 et 4,4 en 2004.

**Tableau 6 : Compte de résultat des cliniques privées**

	2005	2004	2003	2002	2001	2000
<b>Nombre d'entreprises incluses</b>	<b>825</b>	<b>931</b>	<b>937</b>	<b>980</b>	<b>1023</b>	<b>1042</b>
<b>CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en Millions €)</b>	<b>9,9</b>	<b>9,1</b>	<b>8,3</b>	<b>7,5</b>	<b>6,7</b>	<b>6,5</b>
<b>Achats et charges externes (en % du CA)</b>	<b>-42,6%</b>	<b>-43,3%</b>	<b>-43,8%</b>	<b>-43,9%</b>	<b>-44,2%</b>	<b>-43,6%</b>
<i>dont</i>						
- Achats consommés	-17,0%	-17,2%	-17,3%	-17,5%	-17,6%	-17,4%
- Autres achats et charges externes	-25,6%	-26,1%	-26,4%	-26,5%	-26,6%	-26,1%
- Variation de stocks	0,1%	0,1%	-0,1%	0,1%	0,1%	-0,1%
<b>Frais de personnel (en % du CA)</b>	<b>-43,8%</b>	<b>-45,0%</b>	<b>-45,8%</b>	<b>-46,5%</b>	<b>-45,9%</b>	<b>-44,7%</b>
<i>dont</i>						
- Salaires bruts	-31,1%	-32,2%	-33,0%	-33,9%	-33,7%	-32,7%
- Charges sociales	-12,7%	-12,8%	-12,7%	-12,6%	-12,2%	-12,0%
<b>Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)</b>	<b>-5,5%</b>	<b>-5,6%</b>	<b>-5,6%</b>	<b>-4,8%</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-6,4%</b>
<i>dont</i>						
- Impôts, taxes et versements assimilés	-5,8%	-5,8%	-5,9%	-6,0%	-6,4%	-6,5%
- Subvention d'exploitation	0,2%	0,3%	0,3%	1,2%	0,2%	0,1%
<b>EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)</b>	<b>8,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>5,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,6%</b>	<b>5,3%</b>
<b>Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)</b>	<b>-2,4%</b>	<b>-2,1%</b>	<b>-2,5%</b>	<b>-2,9%</b>	<b>-3,0%</b>	<b>-3,2%</b>
<b>Autres opérations d'exploitation (en % du CA)</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,4%</b>
<b>RESULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)</b>	<b>5,7%</b>	<b>4,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,4%</b>	<b>1,0%</b>	<b>2,5%</b>
<b>Résultat financier</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>-0,3%</b>
<i>dont</i>						
- Produits financiers	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%
- Charges financières	-0,9%	-0,8%	-1,0%	-1,0%	-1,2%	-1,1%
<b>RESULTAT COURANT (exploitation + financier)</b>	<b>5,4%</b>	<b>3,6%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,2%</b>
<b>Résultat exceptionnel (en % du CA)</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>
<i>dont</i>						
- Produits exceptionnels	1,8%	1,8%	1,9%	2,7%	2,4%	3,0%
- Charges exceptionnelles	-1,7%	-1,6%	-1,8%	-2,1%	-1,8%	-2,3%
<b>Participation des salariés (en % du CA)</b>	<b>-0,6%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>-0,3%</b>
<b>Impôts sur les bénéfices (en % du CA)</b>	<b>-1,7%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-1,3%</b>
<b>RESULTAT NET (en % du CA)</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,3%</b>

Note de lecture : rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

La lecture du tableau 6 indique que l'effet cumulé de l'augmentation du CA moyen, de la diminution de la part des charges d'achats et charges externes et des frais de personnel dans le CA entraîne une amélioration du taux de marge brute d'exploitation. Plus précisément, l'évolution provient de la baisse de la part des charges des salaires bruts dans le CA (-1,1 point de CA) et de celle des autres achats et charges externes<sup>58</sup> (-0,5 point du CA). La fiscalité liée à l'exploitation rapportée au CA est stable. En conséquence, le taux de marge brute d'exploitation vaut 8,1 % du CA en 2005, soit 2 points de plus qu'en 2004.

La hausse relative des charges de dotations nettes aux amortissements dans le CA (0,3 point) est sensiblement plus faible que l'augmentation du taux de marge brute d'exploitation. Le résultat d'exploitation s'établit ainsi à 5,7 % du CA en 2005, soit 1,7 point de plus que l'année précédente. La hausse de ce ratio, amorcée depuis 2001, se poursuit donc. Le résultat financier s'établit à -0,3 % du CA. Il est négatif puisque les charges financières sont supérieures aux produits financiers. Le résultat exceptionnel s'établit à 0,1 % du CA. Ces deux résultats sont stables entre 2004 et 2005.

En termes de dispersion, la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistre une rentabilité économique supérieure à 3,2 %, valeur médiane supérieure de 0,9 point à celle de 2004. Un dixième des cliniques déclare un taux de rentabilité économique supérieur à 10,6 %. Ces établissements réalisent par ailleurs 6 % du CA total de l'ensemble des cliniques. Les cliniques déclarant des pertes

<sup>58</sup> La sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurances font notamment partie des « autres achats et charges externes ».

sont légèrement moins nombreuses en 2005 (18 %) qu'en 2004 (22 %). Le CA de ces cliniques déficitaires en 2005 représente 16 % du CA total de l'ensemble des cliniques contre 21 % en 2004. 47 % des cliniques déclarent au moins une année de perte entre 2002 et 2005. C'est le cas de plus d'une clinique MCO sur deux contre un peu plus d'une sur trois pour le secteur hors MCO. Parmi celles-ci, 41 cliniques, soit 5 % des établissements, n'ont enregistré que des pertes entre 2002 et 2005<sup>59</sup>. Les cliniques MCO d'une part et celles de petite taille d'autre part sont sur-représentées au sein de ce groupe de 41 cliniques.

***La hausse de la rentabilité économique bénéficie en 2005 surtout aux cliniques de taille moyenne et grande, et à celles du secteur MCO***

L'année 2005 profite surtout aux moyennes et grandes cliniques, leurs taux de rentabilité économique augmentant respectivement de 1,0 et 1,5 point de CA. Après une année 2004 particulièrement bénéfique aux petites cliniques, la rentabilité de ces dernières reste stable en 2005. In fine, les petites, moyennes et grandes cliniques enregistrent en 2005 une rentabilité économique moyenne proche, légèrement supérieure à 3 % de leur CA.

La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO est en forte hausse, elle atteint 3,0 % du CA, soit le double de 2004 (tableau 7). Le secteur hors MCO réalise des bénéfices moindres qu'en 2004 (-0,6 point) mais sa rentabilité reste pour autant en 2005 plus élevée que celle du secteur MCO (4,3 % contre 3,0 %).

**Tableau 7**  
**Rentabilité économique des cliniques par catégorie**

	2005	2004	2003	2002	2001	2000
<b>Ensemble</b>	3,2	2,1	1,3	1,1	0,1	1,3
Polycliniques	2,9	1,3	0,3	0,2	-1,1	0,4
Médecine	6,6	1,6	1,1	1,2	1,1	1,1
Chirurgie	2,1	2,1	1,1	0,5	-1,2	0,1
Obstétrique	0,8	1,4	1,1	-1,7	0,6	3,3
Dialyse	8,3	5,4	4,5	7,7	17,1	20,7
<b>Total MCO</b>	3,0	1,5	0,5	0,3	-1,1	0,4
Suite et réadaptation	5,2	5,4	4,1	3,1	3,7	2,5
Psychiatrie	4,3	4,4	4,9	4,4	4,0	6,4
Divers	-4,0	1,5	2,3	3,7	1,3	0,7
<b>Total hors MCO</b>	4,3	4,9	4,3	4,0	4,8	5,3

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

Au sein du secteur MCO, les cliniques mono disciplinaires de médecine enregistrent une hausse particulièrement importante en 2005 de leur rentabilité économique, de + 5,0 points par rapport à 2004, pour s'établir à 6,6 % de leur CA<sup>60</sup>. La hausse du taux de rentabilité économique des cliniques

<sup>59</sup> Ces 41 cliniques comprennent :

- Celles enregistrant entre 2002 et 2005 quatre années de perte (au nombre de 36) et
- Celles enregistrant entre 2002 et 2005 trois années de perte et dont la DREES ne dispose pas des données pour la quatrième année (au nombre de 5) ; la prise en compte de ces dernières ne modifie pas le pourcentage observé (5 %).

<sup>60</sup> La forte hausse de la rentabilité économique des établissements de médecine est due essentiellement à celle de deux établissements. Pour l'un, c'est le résultat d'exploitation qui croit nettement et pour le deuxième, c'est à la fois le résultat d'exploitation et le résultat financier qui augmentent.

spécialisées en dialyse et des polycliniques est également forte : respectivement de + 2,9 et + 1,6 points de CA. Au sein des polycliniques, ce sont également celles de taille moyenne et grande qui réalisent les bénéfices rapportés au CA les plus importants. Le taux de rentabilité des cliniques spécialisées en chirurgie reste stable entre 2004 et 2005, autour de 2 %.

Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO sont relativement stables entre 2004 et 2005 pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (tableau 7).

Pour ce qui est de la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques, elle croît nettement en 2005 (+ 5 points) pour atteindre 15,7 %. Cette amélioration concerne les cliniques MCO (+7 points à 15,1 %), tandis que le taux de rentabilité des cliniques hors MCO diminue de 3,3 points et s'établit à 18,3 %. En conséquence, les taux de rentabilité financière des deux secteurs se rapprochent entre 2004 et 2005, contrairement aux années précédentes.

### ***Cette embellie économique touche l'ensemble des grandes zones géographiques***

L'ensemble des grandes zones géographiques françaises (France métropolitaine) profitent de l'amélioration du taux de rentabilité économique (tableau 8).

En 2005, le taux de rentabilité économique médian de l'ensemble des cliniques françaises est de 3,2 %. Les taux de rentabilité économique médians de l'ensemble des zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT<sup>61</sup>) augmentent. Les cliniques du Nord, de l'Ouest et particulièrement du Nord-Est réalisent des bénéfices plus élevés qu'en 2004 : les hausses de leurs taux de rentabilité médians sont comprises entre 1,2 et 2,1 points de CA. Les taux médians des cliniques de l'Île-de-France, du Bassin parisien, du Sud-Ouest et du Centre-Est augmentent de 0,6 point de CA. Les cliniques du Sud-Est connaissent une évolution moins importante (+0,2 point) de leur taux de rentabilité médian. En conséquence, les fortes disparités entre ZEAT constatée en 2004 s'amenuisent en 2005 : il n'y a plus qu'un point de différence entre les taux de rentabilité médian le plus faible (Bassin parisien avec 2,6 %) et le plus élevé (Île-de-France avec 3,6 %).

En 2005, le taux de rentabilité économique médian des cliniques MCO s'établit à 2,6 %. Le taux de rentabilité augmente dans toutes les ZEAT, mais de façon plus ou moins sensible, tandis que les disparités régionales sont plus marquées. Par exemple, le taux de rentabilité dans les cliniques du Sud-Ouest (3,4 %) est le double de celui des cliniques du Centre-Est (1,6 %).

---

<sup>61</sup> Les zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) regroupent des régions administratives. Le nombre d'établissements par région étant parfois insuffisant pour établir des statistiques, l'analyse des disparités régionales est établie sur la base des ZEAT et non des régions administratives. La rentabilité moyenne présente toujours de fortes variations par zone, même si elles ne sont pas toujours significatives dans la mesure où les taux moyens régionaux sont très sensibles aux résultats fortement déficitaires ou au contraire fortement excédentaires de quelques établissements. Aussi, nous nous intéresserons à la rentabilité économique médiane sur chaque grande zone géographique régionale (ZEAT) plutôt qu'à sa moyenne.

**Tableau 8**  
**Rentabilité économique médiane par région**  
**En % du chiffre d'affaires**

en %	ensemble				mco			
	2005	2004	2003	2002	2005	2004	2003	2002
<b>France</b>	3,2	2,3	1,9	1,8	2,6	1,6	1,0	0,8
<b>1. Île de France</b>	3,6	3,0	2,9	1,8	2,3	1,9	1,9	1,4
<b>3. Nord</b>	3,5	2,3	2,2	1,6	2,8	2,1	1,5	0,5
<b>8. Sud-Est</b>	3,5	3,3	2,2	1,7	3,2	1,6	0,7	0,4
<b>6. Sud-Ouest</b>	3,3	2,7	1,7	2,0	3,4	1,9	0,7	1,5
<b>4. Nord-Est</b>	3,3	1,2	1,7	1,9	2,8	1,1	1,2	0,2
<b>5. Ouest</b>	3,0	1,8	1,5	2,0	1,9	1,1	1,1	0,7
<b>7. Centre-Est</b>	2,7	2,0	1,7	1,8	1,6	1,4	-0,2	0,5
<b>2. Bassin Parisien</b>	2,6	2,0	1,7	1,6	2,3	1,3	0,8	0,9

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

***Les investissements ont fortement progressé entre 2004 et 2005, sans dégradation de leurs conditions de financement***

Le niveau de l'actif immobilisé des cliniques est minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés civiles immobilières (SCI) les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. Le taux d'investissement estimé par le rythme de renouvellement des immobilisations des cliniques passe d'environ 10 % entre 2002 et 2004 à 13,3 % en 2005 (tableau 9). Cette évolution s'inscrit dans la logique du volet investissement du Plan Hôpital 2007<sup>62</sup>. Celui-ci avait par ailleurs permis d'accompagner la reprise des investissements des cliniques entre 2001 et 2004, faisant suite à une baisse continue de leur taux de renouvellement des immobilisations entre 1994 et 2000<sup>63</sup>. Il a également été observé dans le cadre de cette étude que les immobilisations incorporelles et financières composent plus d'un quart du patrimoine des cliniques.

Les cliniques hors MCO investissent nettement plus en 2005 qu'en 2004, alors que leur taux de renouvellement des immobilisations était plutôt stable les années précédentes (tableau 9). L'investissement du secteur MCO augmente lui aussi principalement entre 2004 et 2005 (10,0 % du CA puis 13,1 %). Les cliniques investissent par ailleurs davantage en 2005 quelle que soit leur taille, mais particulièrement celles de taille petite et moyenne. En effet, leur taux d'investissement augmente de plus de 5 points et celui des grandes cliniques d'1 point seulement. En termes de niveau, les grandes cliniques investissent en 2005 néanmoins plus (11,2 %) que les moyennes (10,3 %) et les petites (8,9 %).

<sup>62</sup> Le volet investissement du Plan Hôpital 2007 prévoit de soutenir l'investissement des établissements de santé, en allouant l'équivalent de 6 milliards d'euros d'aides sur la période 2003-2007.

<sup>63</sup> Marie Podevin et Sébastien Villeret, 2007, « Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004 », Études et résultats N° 547, DREES, janvier

**Tableau 9**  
**Indicateurs relatifs aux cliniques privées à but lucratif**

	Niveaux				Evolutions			
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005		
<b>Taux de renouvellement des immobilisations (en %)</b>								
Total cliniques privées	13,3%	9,8%	10,4%	9,3%	3,5	4,0		
MCO	13,1%	10,0%	10,7%	9,3%	3,2	3,9		
Hors MCO	14,1%	8,7%	8,4%	9,2%	5,4	4,9		
<b>Capacité d'autofinancement (en % du CA)</b>								
Total cliniques privées	6,4%	5,2%	4,8%	4,9%	1,2	1,5		
MCO	6,2%	4,8%	4,3%	4,4%	1,4	1,8		
Hors MCO	7,2%	6,8%	7,1%	7,1%	0,4	0,2		
<b>Taux d'endettement (en %)</b>								
Total cliniques privées	38,2%	38,0%	40,3%	39,5%	0,2	-	1,3	
MCO	38,7%	38,9%	41,5%	40,1%	-	0,2	-	1,5
Hors MCO	36,0%	34,0%	34,0%	37,1%	2,0	-	1,1	
<b>Capacité de remboursement (en années de CAF)</b>								
Total cliniques privées	2,2	2,5	2,7	2,8	-13,6%	-20,7%		
MCO	2,2	2,8	3,1	3,0	-18,5%	-25,5%		
Hors MCO	2,0	1,8	1,8	2,0	9,0%	-3,6%		

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

La capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques s'est également améliorée sur la période, plus particulièrement en 2005 (tableau 9). En effet, leur CAF s'établit en 2005 à 6,4 % du chiffre d'affaires, niveau supérieur de 1,2 point par rapport à 2004. La capacité d'autofinancement est moins importante dans le secteur MCO (6,2 % contre 7,2 % dans le secteur hors MCO) mais elle progresse plus vite dans ce secteur, notamment entre 2004 et 2005 (1,4 point contre 0,2 point). En outre, environ 10 % des cliniques ont une CAF négative en 2005 contre 13 % en 2004.

L'endettement total des cliniques est relativement stable entre 2004 et 2005, proche de 38 %. Il a diminué d'environ 1 point par rapport à 2002. Les cliniques du secteur MCO sont plus endettées (38,6 %) que celles du secteur hors MCO (36,1 %) mais l'endettement de ce dernier progresse de 2 points entre 2004 et en 2005.

La capacité de remboursement<sup>64</sup> des cliniques progresse tendanciellement sur la période puisqu'elle diminue, passant de 2,8 années de CAF en 2002 à 2,2 en 2005. Elle est plus faible pour les établissements hors MCO que pour les cliniques du secteur MCO (respectivement 2 et 3 années de CAF en 2002). Mais elle se rapproche en 2005 entre ces deux catégories, principalement en raison de la progression de la CAF des cliniques MCO.

<sup>64</sup> La capacité de remboursement mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement.

### *Les cliniques privées à but lucratif disposent d'une trésorerie stable*

La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques reste constante autour de 25 jours de CA entre 2002 et 2005 (tableau 10). Cette stabilité de la trésorerie, qui équivaut à la différence entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR), résulte de l'évolution contraire de ces deux grandeurs : amélioration générale du FRNG et détérioration relative du BFR - relative puisque la valeur du BFR reste négative.

Le FRNG, différence entre les ressources et les emplois stables, doit en principe être positif pour que l'équilibre financier soit assuré. Quasi nul entre 2002 et 2004, le FRNG des cliniques progresse et devient positif en 2005, à hauteur de 9 jours de CA.

Le BFR des cliniques est négatif, à hauteur de -16 jours de CA en 2005. Les cliniques ont une nécessité moins grande d'anticiper leur cycle d'exploitation par rapport à des entreprises plus classiques du secteur commercial. Le niveau du BFR se dégrade pour autant sur la période, augmentant de 10 jours de CA par rapport à 2004 et de 5 jours par rapport à 2002.

**Tableau 10**  
**Indicateurs de trésorerie des cliniques privées (en jours de CA)**

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>FRNG</b>						
Total cliniques privées	9,2	0,04	2,5	1,3	9,2	10,5
MCO	6,5	4,3	11,7	9,4	2,5	16,0
Hors MCO	23,0	20,5	34,0	31,5	2,1	8,5
<b>BFR</b>						
Total cliniques privées	-	-	-	-	-	-
	16,2	-25,9	27,4	21,2	9,7	5,0
MCO	17,4	-28,9	34,1	28,8	11,5	11,4
	-	-	-	-	-	-
Hors MCO	9,6	-12,8	0,6	0,2	3,2	9,4
<b>Trésorerie</b>						
Total cliniques privées	25,4	25,9	24,8	20,8	-	-
					0,5	4,6
MCO	24,0	24,4	22,4	21,3	-	-
					0,4	2,7
Hors MCO	32,7	33,3	34,5	29,0	-	-
					0,6	3,7

Sources : Greffe des tribunaux de commerce, calculs DREES.

Sur l'ensemble de la période, près de 20 % des cliniques présentent une trésorerie négative. La trésorerie des cliniques du secteur hors MCO est supérieure à celle des cliniques MCO (respectivement 33 et 24 jours de CA en 2005).

### **3.2.3 Les premiers résultats pour les établissements privés à but non lucratif<sup>65</sup>**

Le nombre d'entrées et venues réalisées par les établissements privés à but non lucratif représente en 2005 près de 10 % des entrées en hospitalisation complète et un peu plus de 18 % des venues en hospitalisation partielle<sup>66</sup>. La part d'activité réalisée par ces établissements dans l'ensemble des établissements de santé est assez stable.

Cette étude des établissements privés à but non lucratif, issue de l'enquête menée par la DREES, est centrée sur le compte de résultat de ces établissements. Elle permet de présenter les indicateurs d'exploitation des trois types d'établissement étudiés (CLCC, établissements de court séjour hors CLCC et établissements de SSR) entre 2001 et 2004.

#### ***Les centres de lutte contre le cancer***

Les produits bruts des 20 centres de lutte contre le cancer progressent de façon continue au cours de la période 2001-2004 : de 6,8 % entre 2001 et 2002, de 5,1 % entre 2002 et 2003 et de 6,9 % entre les deux dernières années étudiées (tableau 11). Cette progression s'explique essentiellement par la hausse de la dotation globale (entre 4 % et 7 % sur la période). Les consommations intermédiaires (CI) correspondent à la valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. Le taux de consommations intermédiaires (ratio CI/produits bruts) augmente de 4,3 points sur l'ensemble de la période passant de 31,9 % en 2001 à 36,2 % en 2004. Cette évolution provient surtout de la progression des achats de « molécules pharmaceutiques onéreuses », dont les radiopharmaceutiques. Cette hausse du taux de consommations intermédiaires se traduit mécaniquement par une baisse du taux de valeur ajoutée (VA sur produits bruts). En effet, la valeur ajoutée correspond à la différence entre les produits bruts et les consommations intermédiaires. En outre, le taux de charges de personnel (charges de personnel/produits bruts) baisse de 3,6 points sur la période, passant de 59 % en 2001 à 55,4 % en 2004. Les charges de personnel progressent en fait beaucoup moins rapidement que les produits bruts. De même, le ratio de la masse salariale sur les produits bruts baisse de façon continue sur la période : 65,7 % en 2001 contre 61,9 % en 2004, soit une diminution de 3,8 points. Cette tendance est due principalement à la baisse du taux de charges de personnel. Le taux de charges de personnel extérieur rapporté aux produits bruts, quant à lui, est stable à 1,4 %. Le taux d'imposition (impôts, taxes et versements assimilés sur produits bruts) décroît très légèrement sur la période, perdant 0,2 point entre 2001 et 2004, à 5,2 % en 2004.

---

<sup>65</sup> Le Rhun B., Legendre MC., 2007, « Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004 », *Études et résultats*, DREES, n°553, février.

<sup>66</sup> Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n°546, décembre.

**Tableau 11**  
**Évolution des comptes d'exploitation des centres de lutte contre le cancer (CLCC)**

	2004	2003	2002	2001
<b>Nombre d'établissements</b>	20	20	20	20
Produits bruts (en millions d'euros)	1 188 963	1 112 259	1 058 186	990 890
<b>En pourcentage des produits bruts :</b>				
Consommations intermédiaires	36,2	35,3	33,4	31,9
Valeur ajoutée	63,8	64,7	66,7	68,2
Charges de personnel	55,4	56,7	58,0	59,0
Masse salariale	61,9	63,2	64,6	65,7
Impôts, taxes et versements assimilés	5,2	5,3	5,2	5,4
Résultat net comptable	-	0,3	-	0,8

*Sources : données comptables des PSPH 2001-2004, calculs DREES.*

Tout comme les hôpitaux publics, les CLCC ainsi que les autres établissements privés à but non lucratif n'étaient pas tenus sur la période étudiée à des obligations fortes en matière de résultat net comptable. Et celui-ci ne peut donc pas être analysé comme un indicateur de performance économique. En revanche, son analyse dans le cadre d'un financement par DG, largement majoritaire au sein de ces établissements en 2004, permet de comparer la répartition du budget global et les charges des établissements. Le budget global octroyé aux CLCC apparaît assez proche des charges de ces établissements entre 2001 et 2004 puisque le ratio de rentabilité économique des CLCC est relativement faible sur la période, toujours inférieur en valeur absolue à 1 %. Cependant, leurs charges sont en règle générale plus élevées que leurs produits puisque ce ratio est négatif hormis pour l'année 2002.

#### *Les établissements de court séjour hors CLCC*

Le taux de consommations intermédiaires de ces établissements baisse entre 2001 et 2004, pour s'établir à 25,6 % en 2004 (tableau 12). Cette baisse d'un point est entièrement concentrée sur l'année 2003 et vient annuler les légères hausses des années précédentes. À l'inverse, le taux de valeur ajoutée augmente mécaniquement d'un point sur l'ensemble de la période. Il vaut 74,4 % en 2004. Le ratio de la masse salariale sur les produits bruts des établissements de court séjour croît d'un point entre 2001 et 2003, puis baisse l'année suivante pour retrouver son niveau de 2001 : 72,5 %. L'évolution observée en début de période provient d'un effet cumulé des hausses du taux de charges de personnel entre 2001 et 2003 (+0,9 point) et de la part du personnel extérieur rapporté aux produits bruts (+0,4 point à 2,2 % en 2003). Le taux d'imposition stagne quasiment. En 2004, de même, c'est la baisse cumulée des deux premiers taux qui entraîne celle de la part de la masse salariale dans les produits bruts. Cette même année, le taux de charges de personnel s'établit à 65,3 % quand le taux d'imposition est de 5,8 %.

**Tableau 12**  
**Évolution des comptes d'exploitation des établissements de court séjour (hors CLCC)**

	2004	2003	2002	2001
<b>Nombre d'établissements</b>	64	78	79	78
Produits bruts (en millions d'euros)	1 686 014	1 824 975	1 797 360	1 923 131
En pourcentage des produits bruts :				
Consommations intermédiaires	25,6	26,9	26,8	26,6
Valeur ajoutée	74,4	73,1	73,2	73,4
Charges de personnel	65,3	65,6	65,2	64,7
Masse salariale	72,5	73,5	73,3	72,5
Impôts, taxes et versements assimilés	5,8	5,9	6,1	6,0
Résultat net comptable	- 0,5	- 1,1	- 0,9	0,2

*Sources : données comptables des PSPH 2001-2004, calculs DREES.*

L'analyse de la rentabilité économique des établissements de court séjour hors CLCC est sur la période assez similaire à celle proposée pour les CLCC. Le budget global octroyé à ces établissements apparaît assez proche des charges de ces établissements entre 2001 et 2004 puisque leur ratio de rentabilité économique est relativement faible sur la période, toujours inférieur ou presque en valeur absolue à 1 %. Cependant, leurs charges sont en règle générale plus élevées que leurs produits puisque ce ratio est négatif hormis pour l'année 2001.

#### *Les établissements de soins de suite et de réadaptation*

Il s'agit des établissements de convalescence et de repos, des maisons de régime, des établissements de réadaptation fonctionnelle et des établissements de lutte contre la tuberculose. Un de leur rôle principal réside dans la prise en charge de patients ayant reçu précédemment des soins au sein d'un établissement de court séjour. On constate que peu d'évolutions marquantes caractérisent cette période sachant que ces établissements ne sont pas concernés pour le moment par la T2A. Entre 2001 et 2004, le taux de consommations intermédiaires des établissements de SSR baisse de façon continue (tableau 13). Il perd au total 1,5 point et vaut 19,5 % des produits bruts en 2004. La valeur ajoutée augmente de 1,5 point sur l'ensemble de la période pour atteindre 80,5 % en 2004. Les évolutions du ratio de la masse salariale sur les produits bruts, du taux de charges de personnel et de la part du personnel extérieur rapporté aux produits bruts des établissements de SSR sont semblables à celles des mêmes ratios des établissements de court séjour. En effet, ces taux connaissent une hausse entre 2001, 2002 et 2003 puis une baisse en 2004. Cependant, le taux de la masse salariale sur les produits bruts de 2004 est bien supérieur à celui de 2001 : +1,7 point à 79,3 % en 2004. Le taux de charges de personnel, quant à lui, augmente de 1,3 point sur l'ensemble de la période et la part du personnel extérieur baisse de 0,2 point. En 2004, ils valent respectivement 71,6 % et 1,5 % des produits bruts. En revanche, le taux d'imposition augmente sur la période et s'élève à 6,5 % en 2004. À l'instar des établissements de court séjour hors CLCC, les données comptables recueillies sur ces établissements au cours de la période étudiée n'attestent pas de modifications conséquentes de leur structure de fonctionnement.

**Tableau 13**  
**Évolution des comptes d'exploitation des soins de suite et de réadaptation**

	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2002</b>	<b>2001</b>
<b>Nombre d'établissements</b>	38	40	45	40
Produits bruts (en millions d'euros)	426 430	388 870	344 917	306 992
En pourcentage des produits bruts :				
Consommations intermédiaires	19,5	20	20,9	21
Valeur ajoutée	80,5	80,0	79,1	79,0
Charges de personnel	71,6	71,7	70,8	70,3
Masse salariale	79,3	79,9	78,7	77,6
Impôts, taxes et verssments assimilés	6,5	6,6	6,3	6,0
Résultat net comptable	- 0,1	- 0,3	0,1	0,5

Sources : données comptables des PSPH 2001-2004, calculs DREES.

Le niveau de rentabilité économique des établissements privés non lucratifs de soins de suite et de réadaptation est particulièrement faible sur la période puisque toujours inférieur à 0,5 % en valeur absolue. Ceci illustre une correspondance étroite entre le budget global qu'ils perçoivent et leurs charges.

Des évolutions marquées de la situation économique et financière des établissements de santé apparaissent sur les années 2004 et 2005, période de montée en charge de la T2A. Ces évolutions peuvent être globalement caractérisées par une détérioration de la situation des hôpitaux publics et une amélioration de celle des cliniques. On ne peut pas pour autant affirmer aujourd'hui qu'il s'agit de premiers effets de la T2A.

Le suivi économique et financier des établissements de santé doit donc être poursuivi et affiné afin d'envisager de lier ces évolutions aux réformes qui sont en cours et plus particulièrement à la T2A.

## 4. Perspectives : calendrier des étapes ultérieures de l'évaluation

Les cinq questions auxquelles l'évaluation de la T2A doit permettre de répondre en priorité sont actuellement abordées par le Comité d'évaluation de la T2A. Les éléments de réponse restent pour le moment partiels et les travaux doivent donc être poursuivis et complétés.

### ✓ Concernant l'équité de financement entre établissements de santé

Les travaux actuels du Comité permettant d'aborder directement ou indirectement cette question, et notamment suivi économique et financier et l'étude de la prise en charge hospitalière de la précarité, ne sont pas centrés uniquement sur la problématique de l'équité. Ils devraient dans ce cadre apporter certains éléments de réponse ou des pistes à creuser concernant l'équité du financement entre établissements de santé.

Le suivi économique et financier des établissements de santé doit être poursuivi et affiné afin d'envisager de lier ces évolutions aux réformes qui sont en cours et plus particulièrement à la T2A. Son champ doit être élargi en routine aux établissements privés à but non lucratif, pour couvrir l'ensemble des établissements de santé. La mobilisation de l'outil ICARE, présentant des comptes redressés des établissements anciennement sous DG, à des fins de suivi économique et financier va être très prochainement expertisée par la DREES. Une réflexion autour de l'obtention des comptes des sociétés civiles immobilières (SCI) des cliniques doit également être menée.

L'allocation des financements complémentaires, notamment les MIGAC, mérite dans cette optique une attention particulière. Une analyse pourrait être menée sous différents angles visant à mieux éclairer leur répartition, notamment :

- en termes de poids des MIGAC entre établissements,
- en termes de répartition entre MIG et AC, en analysant de façon fine chacune de ses deux sous-enveloppes.

La Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) avait ainsi, dans son rapport 2006 consacré à la T2A, demandé un bilan annuel d'application des MIGAC et une justification dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de leur évolution. En parallèle de la finalisation du premier rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, la DHOS a remis au Parlement un rapport sur les MIGAC devant permettre de fournir des informations sur l'utilisation des dotations affectées aux MIGAC pour 2006 et le début de l'année 2007. L'état d'avancement des travaux en cours sur le périmètre des MIGAC et les modalités de leur évaluation financière sont ainsi notamment développés dans ce rapport. Celui-ci pourrait faire l'objet d'une présentation dans le cadre de la prochaine réunion du Comité d'évaluation de la T2A.

Le rapport de la DHOS pour le Parlement, en cours de finalisation au moment de la rédaction de ce premier rapport d'activité du Comité, sera évidemment mobilisé dans le cadre de ces travaux. Le Comité examinera lors de sa prochaine session l'opportunité de lancer des travaux sur l'adéquation des MIGAC au niveau des activités spécifiques qu'elles financent.

L'étude d'Iris Conseil sur la prise en charge hospitalière de la précarité devrait être achevée avant la fin de l'année 2007. Après avoir débuté son étude par une revue de littérature permettant de mieux cerner le concept de précarité, Iris Conseil va organiser sur le sujet des entretiens au sein de quelques établissements de santé.

### ✓ Concernant la performance économique des établissements de santé

L'étude relative aux indicateurs de productivité hospitalière devrait également être achevée avant la fin de l'année 2007. Le CRESGE va poursuivre sa réflexion relative aux indicateurs de productivité hospitalière à partir de différents prolongements des travaux déjà menés sur les indicateurs de productivité spécifique au travail :

- ✓ l'analyse théorique doit être alimentée de données chiffrées validées, pour un établissement donné mais aussi par groupe ou catégorie d'établissements, en étudiant la moyenne mais aussi la dispersion.
- ✓ d'autres facteurs de production que le travail doivent être analysés, notamment le capital. Les données comptables des établissements de santé et certaines données collectées par la SAE pourraient notamment être utilisées pour la construction d'indicateurs de productivité du capital.
- ✓ la réflexion permettant d'intégrer les cliniques privées à but lucratif à ces travaux doit être approfondie.

Des éléments pouvant venir pondérer la notion de productivité devront par ailleurs être étudiés à la suite de cette étude du CRESGE. Des membres du comité ont suggéré une étude comparative entre établissements de la structure du personnel y travaillant ou encore de la question de la programmation des activités.

D'autres études, traitant de l'organisation interne des établissements de santé, ont débuté récemment et devraient fournir des premiers résultats au début de l'année 2008 :

- l'étude qualitative des effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements de santé, confiée à Essor Consultants, aura permis de dresser un état des lieux pour chacun des huit établissements de l'étude autour des caractéristiques et des évolutions récentes de son organisation interne,
- les premières exploitations par la DREES de l'enquête changements organisationnels et l'informatisation (COI). Il doit être rappelé que les effets éventuels de la T2A ne représenteront qu'une partie des interprétations issues de cette enquête. Ils pourraient être ciblés notamment sur certains outils informatiques nouvellement développés, sur le fait que le codage des actes soit plus ou moins décentralisé, sur d'éventuelles difficultés de recrutement de personnels ou encore sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Enfin, la première étude fournie au Comité traitant de l'effet codage débouche sur des constats qui doivent être approfondis avec le concours de l'ATIH et de la CNAM dans des études de tendance à plus long terme, l'objectif ultime étant de pouvoir mieux repérer et caractériser les comportements déviants de façon à pouvoir implanter des règles de régulation adaptées.

Les travaux statistiques sur les données de codage françaises devront ainsi être poursuivis, notamment au travers des orientations suivantes :

- ▶ Un travail sur la classification des GHM qui permettrait de repérer des évolutions distinctes par « type » de GHM ou plus généralement par type de catégories majeures de diagnostics (CMD) ;
- ▶ Une analyse comparée de GHM « jumeaux » (avec / sans CMA) ;
- ▶ L'intégration au sein des travaux traitant des complications spécifiques des CMD 14 et 15 ;
- ▶ La construction de groupes d'hôpitaux présentant des similitudes de case-mix afin de pouvoir identifier et caractériser certains comportements homogènes. La faisabilité d'une telle étude à partir d'une méthode du type analyse en composantes principales (ACP) présentant la part des GHM comme variable pourrait être testée ;
- ▶ La construction de groupes d'hôpitaux présentant des similitudes d'évolution annuelle. Une méthode du type ACP présentant le taux d'évolution des GHM comme variable pourrait également être testée dans ce cadre.

### ✓ **Concernant la qualité des soins**

Des réflexions devront être menées sur les suites à donner notamment à l'analyse des réhospitalisations (séjours successifs pour un même patient) dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A.

Les systèmes d'information visant à mesurer la qualité des soins hospitaliers, et notamment la généralisation d'un recueil d'indicateurs de qualité des soins issus de COMPAQH, pourront être par ailleurs mobilisés pour expertiser d'autres pistes de travail.

### ✓ **Concernant l'accès individuel aux soins**

La prise en charge hospitalière de la précarité constitue pour le Comité d'évaluation de la T2A le premier axe d'analyse de cette problématique. L'étude d'Iris Conseil sur la prise en charge hospitalière de la précarité devrait être achevée avant la fin de l'année 2007. Une synthèse permettant de mieux définir la notion même de précarité est l'un des principaux apports attendus pour cette étude. La caractérisation d'impacts de la précarité sur l'activité des établissements, approchée à partir d'entretiens avec quelques établissements, en est un autre.

Une analyse du taux de recours à l'hôpital des patients affiliés à la couverture maladie universelle (CMU) est par ailleurs envisagée par la Drees et la Cnam.

### ✓ **Concernant l'accessibilité géographique aux soins**

L'étude de PriceWaterhouse Coopers sur les liens entre planification et T2A a récemment débuté et devraient être achevée au cours du premier semestre de l'année 2008. L'étude comportera les parties suivantes :

- ✓ Une revue de littérature des approches théoriques et des expériences étrangères dans lesquelles des configurations similaires (mécanismes de régulation de type T2A introduits dans un système d'offre planifiée de soins en établissements) ont pu être observées, fournira un cadre de raisonnement et de comparaison. Les solutions pratiques mises en œuvre selon les contextes et leurs effets, seront à ce titre de première importance.
- ✓ Un point sur l'évolution des logiques de régulation des modes de financement des établissements de soins en France viendra en regard de cette revue de littérature. De même, un état des lieux de la planification sanitaire et de son évolution à venir dessinera le contexte institutionnel dans lequel se situe la mise en place de la T2A.
- ✓ Compte tenu de ces éléments, l'étude examinera les effets que l'on peut attendre de la mise en place de la T2A sur la planification sanitaire en France et donc sur l'accessibilité géographique aux soins. Il conviendra d'examiner les configurations de conflits ou, à l'opposé, de concours, entre la mise en place de la T2A et la planification sanitaire. Il serait à ce stade précieux, en situant les pertes ou gains éventuels d'influence des différents acteurs (les directions d'établissement, les autorités nationales ou locales, les élus régionaux et locaux et les partenaires sociaux) de préciser les différents leviers et moyens de réaction à leur disposition pour s'adapter à ces changements, voire améliorer leurs moyens d'atteindre leurs objectifs.
- ✓ Enfin, deux monographies régionales, proposées et réalisées par l'équipe en charge de l'étude, mettront en regard l'approche théorique et ses conclusions avec l'observation d'éléments concrets.

Un calendrier présentant les principales étapes de chaque étude menée actuellement dans le cadre du Comité d'évaluation de la T2A est présenté en annexe 3.

## Annexes

### *Annexe 1 : Textes fondateurs du Comité d'évaluation de la T2A*

Les textes fondateurs du Comité d'évaluation de la T2A sont au nombre de deux et décrivent notamment la composition du Comité :

- l'arrêté du 25 mai 2004 modifiant l'arrêté du 20 novembre 2002 portant création d'une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité,
- l'arrêté du 10 janvier 2005 portant nomination au comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

#### *Arrêté du 25 mai 2004 modifiant l'arrêté du 20 novembre 2002 portant création d'une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité*

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu la loi no 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment ses articles 23 à 34 ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 2002 portant création d'une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité,

Arrête :

**Art. 1er.** - L'arrêté du 20 novembre 2002 susvisé est ainsi modifié :

I. - L'article 4 est renommé « article 6 ».

II. - L'article 3 est ainsi rédigé :

« Art. 3. - I. - Un comité de concertation et de suivi est chargé d'assurer l'information des différents acteurs sur le contenu et les modalités techniques de mise en œuvre et d'évolution de la tarification à l'activité ainsi que de recueillir leurs observations sur ces éléments. À cet effet, il est notamment informé des travaux du comité d'évaluation. Il rend compte au ministre de la santé de l'ensemble de ces observations.

II. - Le comité de concertation et de suivi est présidé par le directeur opérationnel de la mission tarification à l'activité ou son représentant. Il comprend, outre son président, les personnes suivantes :

1o Cinq membres représentant l'Etat :

- a) Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ou son représentant ;
- b) Le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ;
- c) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ou son représentant ;
- d) Le directeur du budget, ou son représentant ;
- e) Le directeur de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ou son représentant.

2o Quatre membres représentants des caisses d'assurance maladie :

- a) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ou son représentant ;
- b) Le médecin-conseil national de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ou son représentant ;
- c) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés, ou son représentant ;
- d) Le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ou son représentant.

3o Quatre membres représentant les fédérations d'établissements :

- a) Le président de la Fédération hospitalière de France, ou son représentant ;
- b) Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée, ou son représentant ;
- c) Le président de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif, ou son représentant ;
- d) Le président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, ou son représentant.

4o Cinq membres représentant les organes représentatifs des établissements :

- a) Le président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers, ou son représentant ;
- b) Le président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissements des centres hospitalo-universitaires, ou son représentant ;
- c) Le président de la conférence des présidents des conférences médicales des établissements de santé privés, ou son représentant ;
- d) Le président de la conférence des directeurs généraux de centres hospitalo-universitaires, ou son représentant ;
- e) Le président de la conférence des directeurs de centres hospitaliers, ou son représentant.

5o Un représentant de chacune des organisations syndicales représentatives :

- a) Des praticiens hospitaliers et des personnels médicaux hospitalo-universitaires ;
- b) Des médecins salariés exerçant en établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- c) Des médecins libéraux exerçant en établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

6o Un représentant de chacune des organisations syndicales représentatives des personnels non médicaux exerçant dans les établissements de santé publics et privés.

7o Deux personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre de la santé.

En outre, le comité peut décider d'entendre des experts sur les sujets traités.

III. - Le comité de concertation et de suivi se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation du comité est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre de la santé ou par la moitié au moins de ses membres.

Le secrétariat du comité est assuré par la mission "tarification à l'activité". »

III. - Après l'article 3, il est inséré deux articles ainsi rédigés :

« Art. 4. - I. - Il est créé un comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

II. - Le comité d'évaluation, placé auprès du ministre de la santé, est chargé d'évaluer la mise en œuvre de la tarification à l'activité et ses conséquences sur le fonctionnement du système de santé, et notamment :

- l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins ;
- l'efficacité économique de la réforme ;
- l'évaluation de la qualité et l'accès aux soins.

La référence aux modalités de financement dans les pays étrangers et particulièrement ceux qui ont introduit une réforme de même nature sera toujours assurée.

Pour mener ses travaux, le comité fait appel aux services du ministère de la santé, aux agences et à toute institution compétente ainsi que, le cas échéant, à des experts, notamment étrangers ou internationaux, ou à des personnalités qualifiées. Les frais afférents aux études réalisées sur demande du comité sont inclus dans les coûts de fonctionnement de la mission tarification à l'activité ou de chacun des services du ministère lorsque les études recouvrent leurs champs de compétence. Le recours à des experts ou personnalités qualifiées extérieurs aux services du ministère ne peut être décidé par le comité qu'après avoir reçu l'accord de la mission tarification à l'activité lorsqu'elle assure la prise en charge financière des études qu'ils réalisent.

Sur la base de ses travaux, le comité émet des propositions visant à améliorer le dispositif. Il rend compte de ses travaux et de ses propositions au ministre de la santé et au comité de concertation et de suivi.

III. - Le comité d'évaluation est présidé par le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou son représentant. Il comprend, outre son président, les personnes suivantes :

1o Cinq membres représentant l'État :

- a) Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ou son représentant ;
- b) Le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ;
- c) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ou son représentant ;
- d) Le directeur opérationnel de la mission tarification à l'activité, ou son représentant.

- e) Le directeur de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ou son représentant.
- 2o Trois membres représentant les caisses d'assurance maladie :
- e) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ou son représentant ;
- f) Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés, ou son représentant ;
- g) Le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ou son représentant.
- 3o Quatre membres représentant les fédérations d'établissements :
- a) Le président de la Fédération hospitalière de France, ou son représentant ;
- b) Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée, ou son représentant ;
- c) Le président de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif, ou son représentant ;
- d) Le président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, ou son représentant.
- 4o Six personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre de la santé.

IV. - Le comité d'évaluation se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation du comité est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre de la santé ou par un tiers au moins de ses membres.

Le secrétariat du comité est assuré conjointement par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

« Art. 5. - Il est créé, au sein de la mission "tarification à l'activité", une mission d'audit et d'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

Cette mission, dénommée "mission d'audit et d'accompagnement", est chargée de suivre les établissements de santé qui rencontrent des difficultés dans la mise en œuvre opérationnelle de la réforme de la tarification à l'activité, de faire des propositions visant à favoriser leur adaptation aux conditions nouvelles de financement et de les assister dans la définition de leur stratégie. Le cas échéant, elle propose à la mission tarification à l'activité les aménagements techniques propres à améliorer le dispositif de financement.

Cette mission est coordonnée par un responsable placé sous l'autorité du directeur opérationnel de la mission "tarification à l'activité" et fait appel en tant que de besoin à des experts ou personnes qualifiées. »

**Art. 2.** - Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et de la protection sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française. Fait à Paris, le 25 mai 2004.

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

#### **Arrêté du 10 janvier 2005 portant nomination au comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans les établissements de santé**

Par arrêté du ministre des solidarités, de la santé et de la famille en date du 10 janvier 2005, sont nommés membres du comité d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé prévu à l'article 5 de l'arrêté du 20 novembre 2002 en qualité de personnalité qualifiée :

Professeur Marie-Christine Closon.

Professeur Paolo Tedeschi.

Docteur Jean-Luc Baron.

M. Benoît Dervaux.

Docteur Etienne Minvielle.

Docteur François Fraisse.

## Annexe 2 : Composition des groupes de travail

1) Participent ou ont participé aux réunions du groupe de travail sur le suivi économique et financier des établissements de santé, en complément des représentants de la DREES :

✓ En tant que représentant de la CNAMTS :  
◆ Claude GISSOT.

✓ En tant que représentantes de la DHOS :  
◆ Caroline GERMAIN,  
◆ Florence THESMAR.

✓ En tant que représentants de la FEHAP:  
◆ Sophie JOUANNIN,  
◆ Matthieu LAINE.

✓ En tant que représentant de la FHF :  
◆ Yves GAUBERT.

✓ En tant que représentante de la FHP :  
◆ Sandrine BILLET.

✓ En tant que représentante de la FNCLCC :  
◆ Delphine CARON.

2) Participent ou ont participé aux réunions du groupe de travail sur les indicateurs de productivité et l'effet codage, en complément des représentants de la DREES :

✓ En tant que représentants de l'ATIH :  
◆ Annie DEVILLE,  
◆ Marion MENDELSON,  
◆ Pierre METRAL.

✓ En tant que représentantes de la DHOS :  
◆ Edith GALLOUX,  
◆ Caroline GERMAIN,  
◆ Eliane TOUSSAINT.

✓ En tant que représentants de la FHF :  
◆ Audrey AMORY,  
◆ Bernard GARRIGUES,  
◆ Yves GAUBERT.

✓ En tant que représentantes de la FHP :  
◆ Sandrine BILLET,  
◆ Laetitia BUSCOZ.

✓ En tant que représentante de la FNCLCC :  
◆ Delphine CARON.

- ✓ En tant que représentante de la MEAH :
    - ◆ Elisabeth BEAU.
  - ✓ En tant que représentante de la Mission T2A :
    - ◆ Michèle BRAMI.
  - ✓ En tant que personnalité qualifiée :
    - ◆ Benoît DERVAUX.
- 3) Participent ou ont participé aux réunions du groupe de travail sur la qualité des soins, en complément des représentants de la DREES :
- ✓ En tant que représentants de l'ATIH :
    - ◆ Marion MENDELSON,
    - ◆ Pierre METRAL.
  - ✓ En tant que représentantes de la DHOS :
    - ◆ Elvire ARONICA,
    - ◆ Caroline GERMAIN,
    - ◆ Eliane TOUSSAINT.
  - ✓ En tant que représentant de la FEHAP :
    - ◆ Olivier VALLET.
  - ✓ En tant que représentant de la FHF :
    - ◆ Bernard GARRIGUES.
  - ✓ En tant que représentants de la FHP :
    - ◆ Sandrine BILLET,
    - ◆ Eric NOEL.
  - ✓ En tant que représentante de la FNCLCC :
    - ◆ Catherine GRENIER.
  - ✓ En tant que représentante de la Mission T2A :
    - ◆ Sarah HAUSER.
  - ✓ En tant que personnalités qualifiées :
    - ◆ François FRAISSE,
    - ◆ Etienne MINVIELLE.
- 4) Participent ou ont participé aux réunions du groupe de travail sur les effets de la T2A sur l'organisation interne des établissements d'une part et les liens entre planification et T2A d'autre part, en complément des représentants de la DREES :
- ✓ En tant que représentante de la CNAMTS :
    - ◆ Dominique RAVINET.
  - ✓ En tant que représentants de l'ATIH :
    - ◆ Marion MENDELSON,
    - ◆ Pierre METRAL.

- ✓ En tant que représentants de la DHOS :
  - ◆ Pierre Hugues GLARDON,
  - ◆ Louis LEBRUN.
  
- ✓ En tant que représentants de la FEHAP :
  - ◆ Jérôme ANTONINI,
  - ◆ Laurent CASTRA.
  
- ✓ En tant que représentants de la FHF :
  - ◆ Audrey AMORY,
  - ◆ Andrée BARRETEAU,
  - ◆ Francis FELLINGER,
  - ◆ François-Xavier SELLERET.
  
- ✓ En tant que représentants de la FHP :
  - ◆ Laetitia BUSCOZ,
  - ◆ Philippe CRUETTE,
  - ◆ Dominique DOREL.
  
- ✓ En tant que représentantes de la FNCLCC :
  - ◆ Delphine CARON,
  - ◆ Catherine GRENIER.
  
- ✓ En tant que représentante de la MEAH :
  - ◆ Elisabeth BEAU.
  
- ✓ En tant que représentant de la Mission T2A :
  - ◆ Christophe ANDREOLETTI.
  
- ✓ En tant que personnalités qualifiées :
  - ◆ Jean-Luc BARON,
  - ◆ Marie-Christine CLOSON,
  - ◆ François FRAISSE.

## Annexe 3 : Calendrier des études du Comité d'évaluation de la T2A

Thème de l'étude	Axes de travail	2T2006	3T2006	4T2006	1T2007	2T2007	3T2007	4T2007	1T2008	2T2008	3T2008	4T2008	1T2009	2T2009			
Analyse économique et financière	1 - Efficacité économique	Publications de la DREES :		Publications de la DREES :		Publications de la DREES :		expertise de la DREES sur l'utilisation de l'outil ICARE pour un suivi économique et financier distinguant le MCO du hors MCO									
		E&R 489 - Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004		E&R 547 - Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004		E&R 576 - Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé jusqu'en 2005 (hôpitaux publics et cliniques privées) E&R 583 sur les cliniques privées		Prise en compte au sein des publications DREES des 3 secteurs dans le cadre du suivi économique et financier des établissements de santé pour 2005 et 2006									
		E&R 498 - L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004		E&R 554 - Les comptes d'exploitation des établissements de santé privés sous dotation globale entre 2001 et 2004		E&R 601 - La structure des charges et des produits des hôpitaux publics de 2002 à 2005		Premières réflexions sur les liens entre variables d'activité et situation économique et financière des établissements									
Productivité	2 - Impact sur activité	Notification du marché au CRESGE		Premier rapport intermédiaire : méthodologie complexe à mettre en œuvre		Deuxième rapport intermédiaire proposant une première batterie d'indicateurs		Rapport final									
Effet codage	2 - Impact sur activité			Notification du marché à Price Waterhouse Coopers		Note méthodologique et rapport intermédiaire		Rapport final									
Organisation interne des établissements de santé	3 - Offre de soins et qualité					Enquête Changements organisationnels et informatiques (COI) menée sur le secteur hospitalier		Exploitation par la DREES de l'enquête COI sur le secteur hospitalier et premières publications									
						Etablissements interrogés											
Organisation interne des établissements de santé	3 - Offre de soins et qualité			Rédaction par Essor Consultants d'une grille d'analyse pour l'étude des impacts de la T2A sur l'organisation interne des établissements				Notification du marché à Essor Consultants		Sélection de 8 établissements pour cette étude qualitative		Etape 2 des investigations terrain : approfondissements thématiques au sein de chaque établissement		Etape 3 des investigations terrain : Synthèse par établissement		Etape 4 : Synthèse transversale	
										Etape 1 des investigations terrain : état des lieux dans chaque établissement							
Organisation interne des établissements de santé	3 - Offre de soins et qualité							Suivi du chantier de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) sur la gestion des pôles									
								diagnostic des organisations et grands axes de progrès		définition des plans d'action et des outils de suivi		mise en œuvre des plans d'action		évaluation des actions et capitalisation			
Planification	3 - Offre de soins et qualité							Notification du marché à Price Waterhouse Coopers		Rapport intermédiaire		Rapport final					
Précanté	3 - Offre de soins et qualité							Notification du marché à Iris Conseil Santé		Remise d'un rapport intermédiaire		Rapport final					

## **Annexe 4 : Calendrier de disponibilité des données hospitalières utilisées par le Comité ou qu'il pourrait prochainement mobiliser**

Parmi l'ensemble des données hospitalières, celles relatives à l'activité, à la valorisation financière de cette activité, au suivi économique et financier, aux coûts hospitaliers ainsi qu'à la qualité des soins apparaissent plus particulièrement utiles pour l'évaluation des impacts de la T2A. Elles sont disponibles selon des délais sensiblement différents de par leur diversité.

Cette note vise à recenser les délais de disponibilité de ces données. Elle s'appuie essentiellement sur les sources de données qui sont aujourd'hui mobilisées par le Comité d'évaluation de la T2A. Elle est donc évolutive en lien avec les travaux du Comité et devra ainsi être enrichie prochainement d'autres sources de données.

Cette note met par ailleurs l'accent plus particulièrement sur les sources qui permettent de disposer le plus rapidement du type de données considéré.

### **Les données relatives à l'activité**

Les données d'activité sont sans aucun doute les données les plus riches, principalement à travers deux sources<sup>67</sup> :

- Les Programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), gérés par l'ATIH.
- La Statistique annuelle des établissements (SAE), gérée par la DREES.

Les PMSI recueillent pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du ou des diagnostics et des actes réalisés pendant le séjour. Le PMSI concerne les activités de MCO, HAD et de SSR, la généralisation est en cours pour un recueil de ce type pour la psychiatrie.

Concernant le MCO, les données PMSI d'un mois considéré sont disponibles dans une première version à la fin du troisième mois qui suit. Les données PMSI de l'année n sont disponibles au deuxième trimestre de l'année n+1.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France, disponible en décembre de l'année n+1 via le site internet <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>.

### **Les données de valorisation financière de l'activité**

Les données de valorisation financière sont différentes selon les établissements en fonction du mode de financement précédant la T2A.

La valorisation financière de l'activité des établissements anciennement sous DG est obtenue grâce aux bases PMSI. La part des ressources non financées à l'activité de ces établissements, versées sous forme de dotations (la Dotation annuelle complémentaire – DAC, la Dotation annuelle de financement – DAF, les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC, les forfaits urgences et prélèvements d'organes), est par ailleurs recensée par l'outil Arbust. Cet outil est disponible un mois après la publication des circulaires budgétaires. Ainsi, en 2005 et 2006, les données de l'année n d'Arbust ont été disponibles au mois de mars de l'année n.

---

<sup>67</sup> Une présentation comparative plus détaillée de ces deux sources est proposée au sein du panorama des établissements de santé réalisé par la DREES.

Pour ce qui concerne les établissements anciennement sous OQN, ce sont les liquidations des factures par l'assurance maladie qui permettent la valorisation financière de leur activité. Les factures du mois  $m$  sont disponibles à la fin du mois  $m+1$  et permettent une première estimation des soins réalisés en  $m-2$ . On obtient ainsi par exemple une première estimation des remboursements relatifs aux soins du mois de janvier à la fin avril de la même année.

Les dépenses de l'assurance maladie obligatoire représentant plus de 80 % de l'ensemble des recettes du secteur hospitalier, l'obtention rapide de ces données de valorisation financière permet de dresser une première analyse des recettes des établissements.

Dans ce cadre, le principal intérêt des données économiques et financières, disponible moins rapidement, est :

- d'une part de mettre en regard des recettes les charges, ce qui permet de disposer du compte de résultat des établissements,
- d'autre part de fournir les comptes de bilan des établissements de santé.

### **Les données relatives au suivi économique et financier**

Les données économiques et financières de l'année  $n$  concernant les établissements publics de santé sont fournies par la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) du ministère des finances en octobre de l'année  $n+1$ .

La DREES dispose, à travers le logiciel Diane de la société Coface SCRL, des liasses fiscales des cliniques privées qui sont déposés aux tribunaux de commerce. Cette société transmet à la DREES une base mise à jour chaque mois.

Sur environ 1 300 cliniques, la DREES dispose des comptes d'un peu plus de 10 % d'entre elles au début août de l'année  $n+1$ . Ce pourcentage passe à 33 % début septembre, 60 % début novembre et 75 % début janvier  $n+2$ <sup>68</sup>. Un arbitrage entre rapidité de l'analyse et qualité des données est ainsi mis en place pour déterminer à partir de quelle base le suivi économique et financier des cliniques doit être mené.

Autre source relative aux cliniques, le Système unifié des statistiques d'entreprises (SUSE) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) est disponible au cours du troisième trimestre de l'année  $n+2$  et permet notamment de mener des analyses dans certains domaines économiques et financiers, comme l'investissement, à un niveau plus détaillé qu'avec Diane.

Plusieurs autres sources de données économiques et financières se mettent actuellement en place, en lien généralement avec la réforme de la T2A. La disponibilité de ces sources récentes, gérées au niveau national par la DHOS, est susceptible d'évoluer avec leur passage en routine.

L'outil ICARE permet notamment de disposer des retraitements comptables par activité du compte de résultat des établissements anciennement sous DG. Une expertise doit être menée par la DREES pour déterminer si l'outil ICARE peut permettre une analyse économique de ce secteur qui distinguerait le MCO du non MCO, analyse qui serait particulièrement pertinente dans le cadre de l'évaluation de la T2A. Quel que soit le résultat de cette expertise, l'outil ICARE permet a minima de disposer du compte de résultat des établissements privés à but non lucratif, qui n'ont pas d'obligation de dépôt de leurs comptes à la différence des hôpitaux publics et des cliniques privées.

L'outil ICARE est aujourd'hui disponible à la mi  $n+2$ .

---

<sup>68</sup> L'exhaustivité n'est jamais atteinte car certains établissements ne déposent pas leurs comptes aux tribunaux de commerce

## **Les données de coûts**

Une échelle nationale de coûts à méthodologie commune<sup>69</sup> (ENCC) a été mise en place à partir des données de l'année 2006. Un échantillon de 61 établissements anciennement sous DG et 43 établissements anciennement sous OQN est interrogé depuis juin 2007. La base de données relatives à ces établissements pourraient être disponibles au début de l'année 2008. L'ENC concernait avant les données 2006 essentiellement les établissements anciennement sous DG.

Le Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH, aussi dénommé base d'Angers) propose, en lien avec la DHOS, des calculs de coûts par activité pour les établissements anciennement sous DG. L'échantillon relatif aux données 2005 comprend 135 établissements. Une publication de ces calculs est faite à la mi n+2.

## **Les données relatives à la qualité des soins**

La qualité et la sécurité des soins peuvent être approchées par des informations fournies par la SAE et le tableau de bord des infections nosocomiales qui se met progressivement en place.

La SAE contient, en effet, certaines informations relatives à la qualité des soins, telles que la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur, par exemple, mais aussi l'organisation des pharmacies hospitalières.

Le tableau de bord des infections nosocomiales comporte actuellement trois indicateurs qui font l'objet d'une diffusion publique sur le site du ministère de la santé. Les données de 2005 pour ces indicateurs, dont l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), ont été publiées au premier trimestre de l'année 2007. Deux autres indicateurs viendront compléter ce tableau de bord, disponible à la fin de l'année 2007 à partir des données 2006 des établissements. Ces données sont essentiellement issues des bilans des comités de lutte des infections nosocomiales (CLIN) remplis annuellement par les établissements.

La DHOS, la DREES et la Haute autorité de santé (HAS) ont par ailleurs décidé de généraliser un recueil d'indicateurs de qualité des soins à l'ensemble des établissements de santé. L'expérimentation menée par l'Inserm dans le cadre du projet Compaqh a permis de valider plusieurs indicateurs de qualité des soins. Après la phase pilote en cours de réalisation, la généralisation aura lieu en 2008, avec des résultats disponibles courant 2009. Elle concernera une dizaine d'indicateurs portant sur la tenue du dossier du patient, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, la traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels, la tenue du dossier anesthésique, le respect des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde après sa phase aiguë.

---

<sup>69</sup> La méthodologie est dite commune car elle concerne les établissements anciennement sous DG ainsi que les établissements anciennement sous OQN.

## Annexe 5 : Grille de lecture commune du suivi économique et financier des établissements de santé

Intitulé de l'indicateur	Signification	Formule comptable
Produits ou chiffre d'affaires (CA)	Mesure l'activité. Les produits ou CA correspondent essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) <sup>70</sup>
Produits totaux	Définit l'ensemble des ressources perçues par un établissement de santé, qu'elles soient liées à l'exploitation, financières ou exceptionnelles	Compte 7 (Produits)
Produits bruts	Autres indicateurs d'activité très proche des produits ou CA	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée)
Valeur ajoutée (VA)	Représente un autre indicateur d'activité, centré sur la valeur de l'activité produite en interne. Il correspond aux produits ou CA, complétés des productions stockée et immobilisée, dont on déduit les consommations intermédiaires (achats et charges externes)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée) – Compte 60 (Achats et variations de stocks) – Compte 61 (Services extérieurs) – Compte 62 (Autres services extérieurs)
Taux de valeur ajoutée	Mesure le degré d'intégration de l'activité de l'établissement, en mettant en exergue le recours à des consommations intermédiaires, notamment l'achat de matières premières, la sous-traitance et l'intérim.	VA / (Produits ou CA)
Charges de personnel	Correspondent aux charges salariales et patronales mobilisées par l'établissement pour la rémunération de ses salariés	Compte 64 (Charges de personnel) <sup>71</sup>
Taux de charges de personnel	Mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement	(Charges de personnel) / (Produits ou CA)
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Correspond au résultat d'un établissement lié directement à son activité. Les amortissements et provisions, les produits et charges financière, les produits et charges exceptionnelles ne sont donc pas pris en comptes.	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée) + Compte 74 (Subventions d'exploitation) – Compte 60 (Achats et variations de stocks) – Compte 61 (Services extérieurs) – Compte 62 (Autres services extérieurs) – Compte 63 (Impôts, taxes et versements assimilés) – Compte 64 (Charges de personnel)
Taux de marge brute d'exploitation	Permet de rapporter le résultat d'un établissement lié directement à son activité au niveau de son activité	EBE(Produits ou CA)
Résultat net comptable (RNC)	Lorsqu'il est positif, il correspond à l'excédent dégagé par l'établissement dans le cadre de l'ensemble de son exercice comptable. Lorsqu'il est négatif, il s'agit d'un déficit.	Classe 7 (Produits) – Classe 6 (Charges)
Rentabilité économique	Permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement	RNC / (Produits ou CA)
Capitaux propres	Capitaux apportés lors de la création de	Compte 10 (Capital et réserves) + Compte 11

<sup>70</sup> Pour les hôpitaux publics, le compte 7071 (Rétrocessions) a été exclu du compte 70 pour une comparaison plus pertinente entre catégories. Ce compte 7071 introduit en effet un biais concernant les recettes réelles de l'AP-HP (cf. supra). Cette exclusion a été effectuée pour les indicateurs du secteur public utilisant le compte 70 : taux de VA, rentabilité économique, taux de charges de personnel, CAF, FRNG, BFR et Trésorerie. Par correspondance, l'équivalent du compte 7071 a également été exclu pour le secteur public des comptes de charges au sein des indicateurs utilisant le compte 60 (Achats et variations de stocks) : taux de VA, rentabilité économique et CAF.

<sup>71</sup> Le compte 64 ne comprend ni l'intérim ni la sous-traitance

	l'établissement ou ultérieurement (principalement par les actionnaires pour les cliniques et par l'Etat pour les hôpitaux publics) ou laissés à la disposition de l'établissement en cas d'excédents	(Report à nouveau) + Compte 12 (Résultat de l'exercice) + Compte 13 (Subventions d'investissements) + Compte 14 (Provisions réglementées)
Rentabilité financière	Mesure les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires pour les cliniques	RNC / (Capitaux propres)
Taux de renouvellement des immobilisations	Indique le rythme d'investissement d'un établissement	[Investissements réalisés sur la période : augmentations par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)] / [Total de l'actif immobilisé brut enregistré en fin de période : solde des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)]
Capacité d'autofinancement (CAF)	Mesure les ressources restant à la disposition de l'établissement à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur	[Classe 7 (produits), hors Compte 775 (produits de cessions d'éléments d'actifs), Compte 777 (quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice), Compte 778 (autres produits exceptionnels) et Compte 78 (Reprises sur amortissements et provisions)] – [Classe 6 (charges), hors Compte 675 (valeurs comptables des éléments d'actif cédés), Compte 678 (autres charges exceptionnelles) et Compte 68 (Dotations aux amortissements et provisions)]
Dettes financières	Liquidités mises à disposition par les créanciers de l'établissement avec une échéance de remboursement	Compte 16 (emprunts et dettes assimilées) + Compte 17 (dettes rattachées à des participations) <sup>72</sup>
Taux d'endettement	Mesure le poids des dettes au sein des ressources stables de l'établissement	(Dettes financières) / [Capitaux propres + compte 15 (Provisions pour risques et charges) + Dettes financières]
Capacité de remboursement	Mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement	(Dettes financières) / CAF
Fonds de roulement net global (FRNG)	Indique essentiellement si les capitaux propres et les dettes financières permettent de financer l'actif immobilisé brut lorsqu'il est positif.	(Ressources stables – Emplois stables) * 365 / (Produits ou CA)
Besoin en fonds de roulement (BFR)	Traduit essentiellement les décalages entre règlements des créances clients et des dettes fournisseurs ainsi qu'entre achats et ventes de stocks. Lorsque le BFR est négatif, les décalages à court terme entre encaissements et décaissements apportent des ressources supplémentaires à l'établissement.	(Actif circulant - Passif circulant) * 365 / (Produits ou CA)
Trésorerie	Lorsque la trésorerie est positive, l'établissement dispose de liquidités. Lorsque la trésorerie est négative, l'établissement peut avoir à recourir à des financements supplémentaires à court terme (concours ou découverts bancaires).	(Trésorerie active – Trésorerie passive) * 365 / (Produits ou CA)

<sup>72</sup> Le compte 17 (dettes rattachées à des participations) existe uniquement au sein du plan comptable général (PCG) et n'a pas d'équivalent au sein de la nomenclature comptable publique M21.