

Les frais de séjours hospitaliers à charge de l'utilisateur et sa complémentaire

Enjeux, situation actuelle à l'AP-HP, scénarios de réforme

*Candice Fournier, Christine Meyer, Lise Rochaix
Octobre 2018*

La participation des usagers aux dépenses de santé a fait l'objet de nombreux travaux qui en questionnent à la fois l'efficacité et l'équité. Alors qu'elle relève d'une logique de responsabilisation des usagers à l'égard d'une éventuelle surconsommation (d'où le terme de ticket 'modérateur'), de nombreux travaux ont documenté la présence d'effets-revenu (à savoir la réduction d'une consommation justifiée, du fait même de l'existence de cette participation financière). La quasi-généralisation du recours aux complémentaires, et l'intégration de ces participations dans les « contrats responsables » à partir de 2016 annule en grande partie ces éventuels effets-revenu, tout en réduisant *de facto* l'effet attendu de réduction du risque de surconsommation (ou 'risque moral'). Le débat sur les restes à charge, ouvert dans les années 90 avec la publication du rapport 'Santé 2010', demeure d'une grande actualité, par exemple avec l'annonce récente d'une stratégie de « **restes à charge** » (**RAC**) **zéros**.

A l'heure de réformes structurelles du système de santé, la participation des usagers et de leurs mutuelles complémentaires aux frais hospitaliers reste à ce jour peu documentée. Si la masse globale des participations à ces frais semble assez marginale (6,6% des recettes de l'AP-HP en 2016, sous forme de Tickets Modérateurs (TM) et de Forfaits Journaliers Hospitaliers (FJH), dans la base utilisée pour cette étude), la concentration des recettes TM sur les patients non exonérés peut donner lieu à des facturations importantes. En effet, la participation moyenne pour un séjour, quelle qu'en soit la modalité, est inférieure à 100€ ; elle est 8 fois plus importante pour les séjours où le ticket modérateur est facturable. **Une connaissance fine de l'iniquité de la distribution des montants selon les séjours reste à documenter, ce qui constitue le premier objectif de cette note.**

Par ailleurs, les modalités mêmes du calcul de ces facturations ont fait l'objet de questionnements récents. En effet, un Tarif Journalier de Prestation (TJP) négocié par les établissements leur permet aujourd'hui d'atténuer les difficultés financières résultant de la facturation des TM sur la base des groupements homogènes de séjour (GHS). Les GHS fixés de manière uniforme relèvent de la classification médicale des séjours en groupements homogènes de malades (GHM) auxquels ils sont associés, alors même que les établissements ont des coûts de revient et des charges très variables. Ainsi, dans le système actuel, les règles d'exonération des participations des patients, au lieu d'être conçues autour d'un système de prix « médicalisé », le GHS, demeurent basées sur des tarifs déterminés à l'initiative de l'hôpital, avec des variations entre établissements récemment documentées. Cette dualité dans le calcul des participations aux frais hospitaliers, peu connue du grand public, a fait l'objet de questionnements, voire de recommandations d'une bascule vers un mode unique de calcul basé sur les GHS. **Le deuxième objectif de l'étude est de documenter l'impact qu'aurait, pour l'AP-HP, la bascule d'un mode de calcul basé sur le TJP vers le GHS.**

Même si les données disponibles montrent que sur la courte période observée, les montants facturés et leur distribution selon les séjours sont stables, les conséquences des politiques doivent être anticipées, et notamment le virage vers l'ambulatoire, vers des « séjours » sans hospitalisation, donc sans FJH. Aujourd'hui, des entrées ne donnent lieu à aucune facturation de FJH, alors que le principe du FJH était qu'il s'applique à tous (sauf Accident du Travail-Maladie Professionnelle, invalidité maternité, mais aussi, Couverture Maladie Universelle de base et Aide Médicale d'État). Il y aurait donc coexistence, voire risque de conflit, entre les règles générales de droit applicables aux assurés sociaux, les modalités de régulation engagées par les pouvoirs publics avec la T2A depuis une dizaine d'années et les conséquences de ces cadres sur la réalité économique des établissements.

Tenant compte de ces enjeux, peut-on éclairer plus avant la réalité du système de participation financière aux frais hospitaliers aujourd'hui ? Sur la base de travaux économiques déjà conduits, peut-on **simuler l'impact de mesures visant à améliorer l'équité des participations, sans renoncer aux progrès d'une régulation plus médicalisée, tout en maintenant la recette financière des établissements** ? Dans le cadre du partenariat entre l'AP-HP et PSE, l'équipe d'Hospinomics a développé pour l'AP-HP, et à la demande de son Comité de pilotage, un travail d'analyse statistique et des scénarios de réforme des participations des usagers et de leur complémentaire aux frais hospitaliers¹.

¹ Ceci a été rendu possible par la mise à disposition par la DOMU de bases de données PMSI sur la totalité des séjours en MCO effectués en 2012, 2015, 2016. L'annexe 1 détaille les traitements de la base et les masses financières en jeu.

Table des matières

1. Les RAC bruts à l'AP-HP en 2016	5
1.1. L'analyse des 10% de RAC bruts les plus élevés	5
1.2. Le risque de créance non recouvrée	6
1.3. Un taux effectif moyen de prise en charge inférieur au taux réglementaire.....	7
2. Simulations de réformes : la démarche retenue.....	8
2.1. Les axes de réforme simulés	8
2.2. Indicateurs et leviers	10
➤ Trois types d'indicateurs sont retenus :	10
➤ Plusieurs leviers existent ou ont été proposés.....	10
2.3. Calage des simulations	12
➤ La situation de référence.....	12
➤ Le scénario « au fil de l'eau »	13
➤ Le scénario de la « table rase »	14
3. Les résultats des simulations.....	14
3.1. La bascule des TM en base GHS	14
3.2. Ecrêtage des RAC bruts élevés par des mécanismes de boucliers.....	15
3.3. Combinaison des deux axes de réforme	16
➤ L'outil de simulation et les valeurs retenues.....	16
➤ Les combinaisons testées et leurs résultats financiers	16
3.4. Gagnants et perdants : Les conséquences de l'application des différents leviers sur les niveaux de RAC.....	17
4. Conclusion	20
Résumé.....	21
Annexe 1 : La base PMSI, l'historique du « nettoyage » de la base 2016 ; conséquences sur les masses financières en jeu dans la simulation, les variables disponibles et calculées.	25
Annexe 2 : les grands indicateurs de la base de travail (résultats comparés 2012-2015-2016).....	28
Annexe 3 : Classification des séjours 10% de RAC bruts les plus élevés (>684€ en 2016).....	29
Annexe 4 : Comparaison de deux modes de calcul du ticket modérateur : assiette TJP et assiette GHS	
31	
Annexe 5 : La distribution du taux effectif de prise en charge AMO varie selon la situation de l'assuré. Le 100% est garanti pour les ALD et les régimes exonérants.....	33
Annexe 6 : Note de travail sur les résultats financiers détaillés du basculement TM/GHS.....	36
Annexe 7- La réduction des inégalités de RAC par l'écrêtage des facturations.....	38

Tableaux présentés dans la note

Tableau 1 : Réformes, leviers et indicateurs retenus dans les simulations.....	9
Tableau 2 : Rendement des différents leviers (M€)	11
Tableau 3 : Source des recettes nouvelles selon les types de GHM	12
Tableau 4 : La situation de référence.....	12
Tableau 5 : Indicateurs d'équité pour la situation de référence.....	13
Tableau 6 : Scénario au fil de l'eau : hausse TJP+1%, hausse FJH + 2€	13
Tableau 7 : Financement d'équilibre en cas de remise à plat des participations.....	14
Tableau 8 : Effets d'une bascule en base GHS pour l'AP-HP	14
Tableau 9 : Ecrêtage des RAC bruts élevés : montants perçus et différentiel pour l'AP-HP	15
Tableau 10 : Séjours gagnants et perdants selon les hypothèses.....	18
Tableau 11 : Résultats financiers et valeurs des indicateurs pour les scénarios retenus	19

1. Les RAC bruts à l'AP-HP en 2016

L'étude menée sur la base PMSI pour les années 2012-2015-2016 montre qu'en moyenne, 76% des séjours à l'AP-HP donnent lieu à facturation au titre du ticket modérateur ou du forfait journalier. Ces montants peuvent être pris en charge par un tiers (assurance complémentaire ou autre financeur), être acquittés par le patient ou encore constituer une créance irrécouvrable pour l'établissement, mais les données disponibles ne permettent pas d'identifier l'importance respective de chacune de ces trois modalités. Ces facturations (dénommées ci-après « RAC bruts² ») sont de 18€ pour les plus faibles (un FJH ou un TM forfaitaire) mais peuvent, pour les plus élevées, atteindre près de 20000 €. La moyenne pour les années 2012-2015-2016 est respectivement de 239€, 253€, 248€³ et la médiane de 90€, 72€ et 72€. **Grande similitude des résultats sur les trois années, très forte concentration des facturations sur des montants faibles mais dissymétrie de la distribution.** Tel est le premier constat de l'étude de ces RAC bruts.

A partir de la base PMSI, deux opérations ont été initialement conduites : d'une part un nettoyage pour retirer les données manquantes, incomplètes ou incohérentes ainsi que les séjours pour lesquels le traitement ne serait pas homogène ; d'autre part, la reconstitution de séjours administrativement enregistrés, traitant donc les cycles de venues (par exemple en cas de sevrage pour éthyliisme) comme un dossier unique. Pour l'année 2016, la première opération a réduit le nombre de lignes « séjours »⁴ de 1.344396 à 919797, la seconde de 919797 à 664287. Pour la seconde phase du travail, a été effectué un appariement de ces séjours valorisés en TJP avec les séjours GHS fournis par l'ATIH, intégrant toutes les spécificités de la valorisation des GHS en vue de la facturation aux régimes d'AMO. Néanmoins, si cette base nettoyée est bien représentative des facturations de l'AP-HP aux patients et leurs complémentaires, elle ne fournit ni ce que l'AMO paye effectivement (les patients étrangers ou ne relevant pas du Régime général ayant été retirés), ni ce que les assurés ou leurs complémentaires vont effectivement financer, du fait de créances non recouvrées.

In fine, la base de facturation de l'AMO est ici de 2,3 Mds (contre 2,9 de recettes effectives). Les RAC bruts facturés aux patients et à leurs complémentaires s'élèvent à 163 M€, soit 6,1% des recettes potentielles. Dans les comptes de la santé, les participations des ménages et de leurs complémentaires à l'ensemble des consommations de soins en hôpital public (y compris les consultations et honoraires) étaient de 6,5% pour l'année 2016.

L'étude de ces montants met en évidence des classes de patients à risque de facturation élevée, classes que nous avons souhaité identifier. A cette fin a été réalisée une analyse fine des 10% de séjours (D10) pour lesquels les RAC bruts étaient les plus élevés, soit plus de 684 € par séjour en 2016.

1.1. L'analyse des 10% de RAC bruts les plus élevés

L'analyse de classification⁵ des 50352 séjours du D10 de la base 2016 montre que 98% des RAC bruts élevés portent sur des séjours d'hospitalisation, 2% sur des séances, moins de 1% sur de l'ambulatoire. Les GHM médicaux représentent 85% de ces séjours (63% dans l'ensemble de la base), 8% sont

² Les RAC bruts incluent donc ce qui sera en fait payé par la couverture complémentaire, et ce qui devrait en toute rigueur constituer le RAC net de tout remboursement, la part restant à charge in fine de l'utilisateur.

³ Voir le tableau comparant les résultats globaux des trois années 2012-2015-2016 en Annexe 2.

⁴ Une ligne « séjour » correspond ici à un dossier administratif. Le dossier peut donc correspondre à plusieurs venues (dossier « séance ») mais si la personne est ré-hospitalisée avec un nouveau dossier administratif, il n'est pas possible, dans la base, de relier ces deux hospitalisations.

⁵ Voir le détail de l'analyse de classification pour 2016 en Annexe 3.

effectués en chirurgie, 6% en GHM indifférenciés. Les RAC bruts élevés résultent pour 83% de séjours de moins de 30 jours, qui ne sont donc pas exonérés de ticket modérateur et où le RAC brut moyen est de 1918€. Les séjours ETM très longs, dont la Durée Moyenne de Séjour (DMS) est de 62 jours, représentent 13% des RAC bruts de ce décile. 5% sont des séjours non ETM, en séances, ambulatoire (injections de toxine botulique) ou Hospitalisation de Jour -HdJ- (éthylisme et toxicomanies, explorations et surveillance), ainsi que de probables erreurs d'imputation ou d'enregistrement (chimio, dialyse)⁶. Sans surprise, on constate donc que les séjours très longs ou non exonérés de TM sont associés aux RAC bruts les plus élevés.

Plus avant, on confirme ces résultats en notant que les GHM médicaux sont proportionnellement plus représentés dans ce décile et que certaines catégories de patients peuvent se voir facturer des RAC bruts très importants : **les enfants de moins de 1 an, hospitalisés pour bronchiolites, bronchites et asthme, ou troubles digestifs sont fortement représentés dans cette catégorie de RAC bruts, dont le niveau moyen est de 1741€. On note également les séances en hôpital de jour en GHM éthylisme ou toxicomanies, ou encore, les plus de 70 ans, dont les séjours sont souvent plus longs, avec un RAC brut moyen de 2475€.**

1.2. Le risque de créance non recouvrée

Cette analyse confirme les effets structurels du système actuel de participation aux frais hospitaliers et interroge sur la capacité des patients à faire face à de telles dépenses, en l'absence d'assurance complémentaire. Les données concernant les assurances maladie complémentaires (AMC) n'étant pas disponibles (non plus d'ailleurs que celles sur les recouvrements), il n'est pas possible d'estimer les recettes effectives et les RAC finaux, après prise en charge par l'AMC. Si les patients se tournent très largement vers leur assurance complémentaire (5% seulement de personnes non couvertes en moyenne⁷), il est néanmoins probable que certaines catégories de facturations seront difficilement honorées, notamment dès lors qu'elles concernent des personnes à faible revenu (12% de personnes non couvertes dans les 20% de revenus les plus faibles), socialement mal insérées, voire très fragiles et malades (9% de non couvertes parmi les personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé). Ces travaux confirment que le niveau de couverture complémentaire n'est pas lié à l'état de santé mais au niveau de revenu. Ainsi les enfants de milieux modestes, les personnes en sevrage alcoolique ou toxicomanies, les séjours longs des personnes âgées couvertes par des contrats individuels moins généreux et plus chers pourraient être particulièrement concernés. On ne peut donc pas présupposer, d'un strict point de vue budgétaire, que les RAC bruts seront automatiquement couverts par l'AMC⁸. La mise en place de contrats responsables, la complémentaire d'entreprise

⁶ De façon constante dans les bases 2012-2015-2016, un millier de dossiers de séances de chimiothérapie pour affection tumorale ou non, ainsi que des séances de dialyse ressortaient assujettis au TM avec des RAC bruts moyens de 1500 à 2500 €. Ces séances ne correspondent à aucune situation médicale identifiée et il n'en a finalement pas été tenu compte dans l'analyse (même si elle n'ont pas été exclues de la base), ces cas relevant sans doute d'erreurs d'enregistrements en entrée et pouvant donner lieu à des rectifications ultérieures de facturation.

⁷ Marc Perronnin : « La complémentaire santé en 2014 : 5% de non couverts et 12% parmi les 20% les plus pauvres », IRDES QES n°229 janvier 2018.

⁸ D'après les Comptes nationaux de la santé, en 2016, l'AMO a financé 92,1% de la dépense hospitalière publique; Le RAC brut représente donc 7,9% de la dépense courante dans les établissements publics. Les AMC en financent 59,4%, les ménages 23%, l'Etat et les collectivités locales 18%. La part relative des ménages dans le RAC brut est donc significative. Cependant, les Comptes incluant notamment les consultations externes et d'autres prestations facturables, il n'est pas possible de transposer ce résultat dans notre étude.

obligatoire ou le tiers-payant généralisé ne suffisent pas à garantir que ces créances seront honorées par l'AMO et bien recouvrées par l'établissement.

In fine, trois questions se posent :

- Sans remettre en cause le mode de participation ou d'exonération, est-on sûr que les assurés sociaux hospitalisés sont traités équitablement ?
- Comment prémunir les patients contre les RAC bruts catastrophiques ?
- Pour garantir le paiement de ces participations aux établissements⁹, quels pourraient être les leviers d'action et de réformes ?

1.3. Un taux effectif moyen de prise en charge inférieur au taux réglementaire

Cette réflexion conduit à une deuxième phase d'analyse statistique, portant sur la composition de ces RAC bruts pour l'ensemble des 664287 séjours de la base de travail (année 2016). Les assurés exonérés de ticket modérateur voient leurs séjours entièrement facturés à l'AMO sur la base du GHS ; mais ceux qui sont redevables du TM relèvent en fait du TJP pour cette participation. Celle-ci est pourtant réglementairement¹⁰ assise sur la base de remboursement de l'AMO. Un système universel de droits coexiste ainsi avec deux modalités de prise en charge par l'AMO, au risque de créer des inégalités de traitement.

Quelles sont les conséquences de ce double système de prix pour les patients non exonérés ? Un certain nombre de travaux ont interrogé la coexistence des deux systèmes, notamment en 2014, suite aux publications des résultats de l'Observatoire des restes à charge, mais uniquement du point de vue des inégalités entre les établissements. **Les données mises à disposition pour la présente étude permettent une analyse des conséquences pour les assurés de ce double système en rapportant ces séjours (appariés à leur valorisation GHS par l'ATIH) aux pathologies concernées et aux caractéristiques des patients.**

En imputant à tous les séjours leur prix GHS, on mesure, pour les séjours ATM, le taux effectif de prise en charge par l'AMO. Le taux réglementaire de prise en charge par l'assurance maladie des patients redevables du ticket modérateur hospitalier est aujourd'hui de 80% du tarif, servant de base au calcul des prestations de l'Assurance maladie. Or, de fait, le taux de prise en charge des séjours assujettis au TM est en moyenne de 70%, lorsqu'on compare ce que représente le remboursement AMO dans le coût des soins du séjour, c'est-à-dire dans la somme : remboursement AMO + TM en base TJP ; **ce taux de prise en charge effectif moyen de 70% varie de 59% à 81% selon les séjours ATM.**

⁹ Rappelons que les masses financières en jeu, 163 M€ dans notre base de travail -voir annexe 1-, semblent faibles au regard du budget de l'AP-HP (7 Mds en 2017). Nous nous situons pourtant dans l'univers du montant du déficit global (200 M€ en 2017) et des économies budgétaires attendues de l'AP-HP (40M€ en juin 2018).

¹⁰ Le [Décret R160-5](#) précise : La participation de l'assuré prévue au I de l'article [L. 160-13](#) est fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans les limites suivantes :

1° De 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examen de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

2° De 15 à 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ; »

Actuellement, le taux en vigueur pour les frais de séjour hospitalier est de 20% du tarif servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie.

Cette analyse portant sur l'ensemble des séjours 2016 de la base AP-HP conduit à mettre en évidence trois résultats principaux :

1. Le taux effectif moyen de prise en charge AMO de 92% sur l'ensemble des séjours masque de grandes disparités de prise en charge. Ainsi, pour les séjours ETM la prise en charge effective est supérieure à 90% ; mais pour les séjours ATM, le taux de prise en charge effective moyen est de 70 %, variant de 59 à 81% selon les séjours ATM ;
2. On note que plus le montant du TM est élevé, plus la prise en charge AMO effective est faible (et plus le séjour est long, plus la prise en charge AMO effective est faible)¹¹ ;
3. Le lien entre le GHM et le montant du TM facturé en TJP est très faible. Ceci résulte de la déconnexion entre le système administratif d'enregistrement des données du séjour déterminant le TJP applicable et le processus médicalisé de codification des GHM en lien avec l'ATIH qui détermine la facturation à l'AMO. En effet, pour un même TJP, un séjour pourra être codé dans des GHM très divers, ce qui n'est pas en soi surprenant, mais surtout, pour un même GHM, les durées de séjour et les montants de TJP sont très variables, ce qui est plus étonnant.

L'étude statistique sur les RAC bruts montre qu'aujourd'hui les mécanismes de définition et d'imputation de la participation des patients aux frais d'hospitalisation posent des **problèmes d'équité entre malades, de soutenabilité pour certains patients¹², de transparence entre les financeurs**. Par ailleurs, même si les transferts de charge opérés de l'AMO vers l'AMC n'impactent pas directement les établissements de santé, ils sont en partie répercutés sur les montants des cotisations et des primes, donc sur les patients, pour lesquels le choix de complémentaire se fait en grande partie sur son prix¹³.

2. Simulations de réformes : la démarche retenue

2.1. Les axes de réforme simulés

S'appuyant sur les travaux de recherches concernant les participations des usagers, **deux axes de réforme** sont retenus :

- 1) **Accompagner les choix d'efficience par une base tarifaire unique** : Une analyse économique des RAC et des propositions visant à les améliorer devrait, en toute rigueur, s'intéresser à l'ensemble de la chaîne. En effet, peut-on vraiment converger vers un système plus équitable pour les patients si l'on ne s'est pas assuré, grâce à la mise en œuvre des droits et d'un système de prix cohérent, que toutes les facturations sont pertinentes ? En d'autres termes, peut-on asseoir des propositions concernant les modalités de financement sur un système de production qui ne serait pas efficient ? Le TJP, qui compense non seulement les prix notoirement bas de certains GHS, mais aussi les écarts de coûts de revient entre établissements, permet le maintien de situations disparates du strict point de vue de l'efficience. Ceci fondera donc le premier axe de simulation, qui assoit le système de participation aux frais hospitaliers sur l'unique tarification en GHS.
- 2) **Agir sur la répartition des RAC par des mécanismes d'écrêtement** : Un deuxième axe de réforme nourrit la réflexion sur les participations des usagers. Elle cherche d'une part à évaluer leur légitimité, notamment au regard de la solidarité et les voies de réforme souhaitables, d'autre part

¹¹ En effet, un patient peut être enregistré dans des TJP différents pour un même GHM, donc payer un montant de TM plus élevé pour un même remboursement AMO. Mais, il peut aussi rester plus ou moins longtemps à l'hôpital et être enregistré dans un même GHM où une durée de séjour est forfaitairement fixée. Puisque le TM est calculé sur une base journalière, plus le séjour est long, plus le taux effectif de prise en charge diminue.

¹² Pour une personne âgée, la cotisation pour une couverture complémentaire est fréquemment supérieure à 1000€ par an, ce qui peut représenter un coût, de 8 à 10% du revenu (pension nette moyenne autour de 1300€).

¹³ P.Y. Geoffard : La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique de la santé, Sève 2004/3

à mesurer leur effet sur les comportements de santé, en considérant les RAC comme un « outil de régulation » des dépenses¹⁴. Les économistes attirent cependant l'attention sur le risque d'exclusion que comporteraient des RAC trop élevés. Les travaux conduits jusqu'à présent introduisent donc, à travers des simulations portant sur l'ensemble des dépenses de soins, ou sur les seuls soins de ville¹⁵, des hypothèses d'écrêtement des restes à charge et des mécanismes de « bouclier »¹⁶. C'est sur ces travaux que nous nous appuyons ici pour simuler une réforme de la participation des usagers et de leurs complémentaires aux frais hospitaliers.

En revanche, des réformes de plus grande envergure, visant à redéfinir le panier de soins ou à modifier radicalement la répartition des prises en charge entre assurance de base et couverture complémentaire se situent hors du champ de la présente étude.

Pour construire des scénarios et les comparer sur trois dimensions (niveau de financement, équité et faisabilité), deux types de leviers peuvent être mobilisés : des leviers prix (variation des GHS, des TJP, des FJH) et des leviers 'modes de participation' (modification des TM, participation financière des ALD, forfaits d'entrée). Ces leviers sont testés un à un en deuxième partie puis combinés dans une troisième partie.

Le tableau 1 résume les axes de réforme, les leviers et l'utilisation des indicateurs dans les simulations.

Tableau 1 : Réformes, leviers et indicateurs retenus dans les simulations

Leviers	Axes de réforme		Indicateurs		
	TM sur base GHS	Ecrêtement du RAC par séjour	Financement	Equité	Faisabilité
<i>1 - Variations prix</i>					
Var GHS	X	X	X		X
Var TJP	X	X	X		X
Var FJH	X	X	X		X
<i>2 – Participations</i>					
TM : taux	X	X		X	X
Participation ALD	X	X		X	X
Forfait d'entrée	X	X		X	X

Lecture du tableau : les 6 leviers (3 concernent les prix, 3 concernent les modes de participations) sont utilisés dans chacun des deux axes de réforme considérés. Leurs effets sont testés au moyen d'indicateurs :

- pour les trois leviers de prix les indicateurs retenus sont les indicateurs financiers et de faisabilité ;

- Pour les trois leviers de participations, les indicateurs retenus sont les indicateurs d'équité et de faisabilité

Afin d'éclairer les enjeux d'une réforme de la participation aux frais hospitaliers, plusieurs scénarios ont été simulés et testés sur les séjours de l'année 2016. Sont présentés ci-après les indicateurs retenus dans les simulations et les leviers mobilisables, existants ou non, allant de la simple variation de prix à l'introduction de nouveaux modes de participation (2.2), puis les scénarios de calage : situation de référence, scénario « au fil de l'eau » et scénario « table rase » (2.3).

¹⁴ Florence JUSOT : « le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé en France » ADSP n°102, mars 2018.

¹⁵ de Lagasnerie G., Assurance maladie obligatoire et demande de soins : une analyse par microsimulation, Revue économique 2016/4 (Vol. 67)

¹⁶ R. Briet, B. Fragonard, "le bouclier sanitaire » Documentation française, sept. 2007.

2.2. Indicateurs et leviers

➤ Trois types d'indicateurs sont retenus :

- **Indicateurs financiers.** On établit le bilan financier pour l'AP-HP de chaque scénario en recherchant la neutralité financière (à savoir les montants de RAC bruts lui permettant de conserver le même niveau de recettes et on mesure les conséquences pour les autres financeurs (AMO, AMC + patients) ;
- **Indicateurs d'équité.** Comment évolue la distribution globale des RAC bruts? Quelle est la variation du taux effectif de prise en charge AMO entre usagers ? Quelle part du total des RAC bruts est assumée par les 10% de patients supportant les RAC bruts les plus élevés ? Les 20% les plus élevés ? L'équité sera ici approchée par l'étude d'indices de concentration. Toutefois, à la différence de précédents travaux sur la participation des usagers aux soins (Lachaud, Largeron, Rochaix 1998; Lagasnerie 2012-2016), aucune information n'est disponible pour tester des modèles d'équité au regard des situations socio-économiques des assurés.
- **Indicateurs d'acceptabilité sociale et de faisabilité :** Quel est le gain ou la perte moyenne pour chaque groupe de patients ? Peut-on estimer, pour les différents leviers ou certains scénarios la proportion de séjours « gagnants » (ceux pour lesquels les RAC bruts seraient moins élevés) et perdants (ceux pour lesquels les RAC bruts seraient plus élevés) ; et pour quels montants en moyenne ?

➤ Plusieurs leviers existent ou ont été proposés

Leviers portant sur des variations de prix

La recherche de nouvelles recettes par l'ajustement des prix peut s'avérer nécessaire dès lors que l'on modifie les conditions de participation des assurés et notamment si l'on cherche à plafonner les RAC bruts très élevés ou rétablir l'équité entre les patients¹⁷. Les leviers présentés dans ce premier groupe relèvent de la simple augmentation de prix :

- Augmentation des montants de participations existantes. Ces augmentations n'ont aucun effet structurant sur l'activité de l'hôpital mais viennent uniquement procurer des recettes : + 1 % du TJP rapporte 2 M€ ; +2€ du FJH rapporte 7 M€ ;
- Augmentation des GHS. Est testée ici une variation uniforme¹⁸ de +1%, avec un rendement de 23M€.

Leviers portant sur la nature et le niveau des participations

- Le relèvement du TM forfaitaire pour actes exonérants (ici de 18 à 30€) : rendement : 1,3M€ ;
- L'instauration d'une participation pour les complémentaires¹⁹, sur les séjours exonérés « pour ALD » de TM : (1%, sans aucun plafonnement) : rendement : 12 M€ ;

¹⁷ L'Annexe 1 présente la construction de la base séjours 2016. Tous les calculs ci-dessous, recettes nouvelles et coûts des différents scénarios sont établis sur cette base « séjours 2016 » où les recettes GHS totales de l'AMO se montent à 2,3 Mds. Les différents nettoyages effectués ont diminué sensiblement la recette AMO mais aucun moyen n'est disponible pour effectuer les redressements à 100% de la recette AMO-GHS.

¹⁸ Les variations de prix des GHS sont généralement déployées avec des objectifs spécifiques de prise en compte des coûts de revient, de structuration de la pratique (favoriser l'ambulatoire) ou de mise à niveau.

¹⁹ L'hypothèse d'une participation des assurances complémentaires aux séjours aujourd'hui exonérés de TM est en fait une hypothèse de nouvelle recette ; instaurer un TM sur les coûts des séjours ALD ne reviendrait qu'à effectuer des transferts entre AMO et AMC et serait en outre socialement inacceptable. Une participation

- La mise en place d'une participation forfaitaire des complémentaires pour les séjours ALD, à l'instar de celui qui existe pour les actes exonérants. Pour une valeur de 50€, le rendement est de 30 M€
- L'instauration d'un forfait d'entrée²⁰, testé ici à 20€ ou 50€ : le rendement est respectivement de 13 ou 33 M€ en cas d'application à tout séjour et toute modalité d'hospitalisation. Un forfait d'entrée pourrait aussi être appliqué à certains séjours seulement, ou à tous.

Ces leviers ont des « rendements » très différents (tableau 2).

Tableau 2 : Rendement des différents leviers (M€)

	(i) Augme- n- tation du TJP +1%	(ii) Augmen- tation du forfait journalier MCO : +2€	(iii) Augmen- tation prix GHS +1%	(iv) Relèvement du TM forfaitaire pour actes exonérants + 6 €	(v) participation des AMC % du prix du séjour pour ALD (1%)	(vi) participati on des AMC Forfaitaire ALD (50€)	(vii) Forfait d'entrée 1 : 20€ 2:50€
AMO			23				
TM et participations forfaitaires	+2			+0,6	12	+ 30	
FJH		+7					
Forfait d'entrée							1 : +13 2 : +33

Les choix de leviers ne sont pas neutres au regard des orientations de réforme que l'on souhaite privilégier. La répartition des nouvelles recettes selon leur source (AMO, patient, AMC) présentée au tableau 3 montre que le choix des leviers n'est pas seulement une question de montant, mais aussi d'orientation des réformes. Relever le ticket modérateur forfaitaire pèsera sur les seuls GHS chirurgicaux (+2M€) où les RAC bruts peuvent être très faibles, tandis qu'instaurer un forfait d'entrée sur tous les séjours sera réparti à proportion du nombre de séjours entre les types de GHS (8/13M€ pour les GHS médicaux, soit 61% du rendement) et non en fonction de leur contenu.

forfaitaire des AMC sur les séjours ALD se justifie également dans nos hypothèses de réforme car une facturation des TM sur base GHS et l'écrêtage des RAC réduit principalement la participation globale des financeurs complémentaires. En l'absence d'information sur l'existence d'une couverture complémentaire, le rendement de cette mesure est ici calculé pour tous les séjours concernés. En revanche, une telle participation nécessiterait une expertise juridique pour savoir s'il est possible de ne soumettre le séjour à contribution que s'il existe une complémentaire ; par ailleurs, une telle mesure pourrait conduire à mieux associer les assureurs complémentaires à la régulation.

²⁰ L'hypothèse d'un forfait d'entrée n'a jusqu'à présent, à notre connaissance, pas été testée pour l'hôpital. Il s'apparente, du point de vue de l'analyse économique à l'instauration d'un « droit d'usage » fréquemment envisagé dans d'autres secteurs de l'économie publique, notamment l'énergie. Claire Lachaud-Fume, Christine LARGERON-LETÉNO, Lise ROCHAIX-RANSON « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale » Economie et Statistique Année 1998 315 pp. 51-72

Tableau 3 : Source des recettes nouvelles selon les types de GHM

	GHS médicaux	GHS chirurgicaux	GHS non opératoires	GHS indifférenciés	TOTAL	Effet différentiel par poste de recette
AMO	1 113 M€	846 M€	126 M€	205 M€	2 290 M€	0 M€
TM / (séjours ATM) base GHS	50 M€	2 M€	1 M€	3 M€	56 M€	-51,5 M€
TMF 25€	0 M€	2 M€	0 M€	0 M€	3 M€	+ 0,8 M€
AMC/ ALD (1% GHS)	6,3 M€	3,9 M€	0,7 M€	1,6 M€	12,5 M€	+ 12 M€
FJH 20€	36,7 M€	18,4 M€	2,5 M€	2,8 M€	60,4 M€	+ 7 M€
Forfait entrée 20€	8 M€	3 M€	1 M€	1 M€	13 M€	+ 13 M€

Connaître le rendement potentiel de ces différentes options et leur impact pour l'AMO, l'AP-HP, les patients/AMC est important, que ce soit dans une perspective d'équilibre financier ou de solidarité. Mais l'acceptabilité sociale de certaines de ces mesures est évidemment très faible. Ainsi en est-il de la mise en place d'une nouvelle participation des AMC pour les séjours ETM pour ALD, fût-elle forfaitaire. De même, la faisabilité budgétaire des scénarios qui s'appuient sur une augmentation des GHS (donc une augmentation des dépenses pour l'AMO) est sans doute aussi faible. Il en va de même pour la dernière disposition (forfait d'entrée) qui a fait l'objet de discussions récentes. Si cette disposition, applicable à tous, remet une forme d'égalité au recours à l'hôpital (dans la mesure où aujourd'hui, 24% des séjours sont à RAC nuls, donc sans FJH ou TM), la fixation de son niveau reste délicate. Comme le montre le tableau ci-dessus, pour qu'un tel forfait soit acceptable dans son principe, il ne doit pas être trop élevé ; mais pour que son rendement soit significatif, voire se substitue à d'autres participations, il faut le fixer à un niveau assez élevé, ce qui montre bien les termes de l'arbitrage.

2.3. Calage des simulations

➤ La situation de référence

Les simulations s'appuient sur une situation de référence telle que définie dans la base de travail. Elle permet d'identifier les grandes masses financières en jeu, pour l'AP-HP, l'AMO et les patients.

Tableau 4 : La situation de référence

Situation de référence					
	GHS médicaux	GHS chirurgicaux	GHS non opératoires	GHS indifférenciés	TOTAL
AMO	1 113 M€	846 M€	126 M€	205 M€	2 290 M€
TM (TJP)	96 M€	5 M€	2 M€	7 M€	110 M€
FJH	32 M€	16 M€	2 M€	2 M€	53 M€
Total AP	1 241 M€	867 M€	130 M€	215 M€	2 453 M€
	GHS médicaux	GHS chirurgicaux	GHS non opératoires	GHS indifférenciés	TOTAL
AMO	45,4%	34,5%	5,1%	8,4%	93,3%
TM (TJP)	3,9%	0,2%	0,1%	0,3%	4,5%
FJH	1,3%	0,7%	0,1%	0,1%	2,2%
Total AP	50,6%	35,3%	5,3%	8,8%	100,0%

Lecture du tableau : les versements AMO au titre des GHS (dans la base de travail) représentent 2,29 Mds d'€.

On note ici que les RAC bruts (TM -yc TMF- et FJH) représentent 6,7% des recettes GHS de l'AP-HP en 2016. Près de 4% (96M€ dans notre base) des recettes AP-HP résultent des facturations de TM sur base TJP dans les GHS médicaux. La situation de référence permet d'établir les valeurs initiales des indicateurs d'équité, comme indiqué au tableau 5.

Tableau 5 : Indicateurs d'équité pour la situation de référence

Indicateurs retenus	Valeurs
Médiane des RAC bruts	72 €
Seuil du décile de RAC bruts non nuls les plus élevés	702 €
RAC brut moyen séjours ATM	791 €
RAC brut moyen séjours ALD	95 €
RAC brut moyen autres séjours ETM	92 €
Moyenne Tx effectif de prise en charge AMO séjours ATM ²¹	70%
Moyenne Tx effectif de prise en charge AMO séjours ETM	100%
Part RAC bruts cumulés supportée par 20% des séjours aux RAC bruts les plus élevés	78%

➤ Le scénario « au fil de l'eau »

Deux augmentations ont été récemment mises en œuvre pour 2018 et sont appliquées sur la base 2016 pour en mesurer le rendement pour l'AP-HP. Leur prise en compte permet de simuler une situation 'au fil de l'eau', dans laquelle n'interviendraient que des augmentations de tarifs. Il s'agit d'une augmentation de 1% du TJP et d'une augmentation du FJH de 2€²² ; les rendements sont estimés respectivement à 2 et 7 M€.

Tableau 6 : Scénario au fil de l'eau : hausse TJP+1%, hausse FJH + 2€

Scénario au fil de l'eau : hausse TJP + 1% et FJH= 20€						
	GHS médicaux	GHS chirurgicaux	GHS non opératoires	GHS indifférenciés	TOTAL	Effet différentiel par poste de recette
AMO	1 113 M€	846 M€	126 M€	205 M€	2 290 M€	0 M€
TM (TJP)	97 M€	5 M€	2 M€	8 M€	112 M€	1 M€
FJH	37 M€	18 M€	3 M€	3 M€	60 M€	7 M€
Total AP	1 246 M€	869 M€	131 M€	216 M€	2 462 M€	9 M€
EFFET DIFFERENTIEL ²	6 M€	2 M€	0 M€	0 M€	9 M€	

Demeurent dans ce scénario « au fil de l'eau » de fortes inégalités entre individus dans les RAC bruts, dès lors que l'augmentation des tarifs est uniforme, de même que des variations importantes entre hôpitaux dans la détermination du montant des TJP.

Dès lors que des réformes sont engagées, soit visant la bascule en base GHS, soit l'écrêtement des RAC bruts élevés, elles conduiront à des besoins de financement importants qu'il conviendra de couvrir par de nouvelles recettes. L'objet des scénarios suivants sera de chiffrer les rendements attendus de nouvelles recettes pour combler les pertes associées à ces réformes pour l'AP-HP.

²¹ Taux effectif de prise en charge = AMO/(AMO+TM)

²² La hausse du ticket modérateur facturable pour les actes exonérants (d'une valeur supérieure à 120€) prévue dans le PLFSS 2019, qui porterait celui-ci de 18 à 24€ n'a pas été intégrée dans cette hypothèse. On peut néanmoins préciser que son rendement pour l'AP-HP, dans notre base de séjours serait de 0,6 M€.

➤ Le scénario de la « table rase »

La remise à plat complète du système de participation constitue l'autre cas limite à étudier. Si dans une vision simplificatrice et égalisatrice, on faisait table rase du système actuel, deux solutions seraient envisageables pour garantir les 163 M€ de recettes de l'AP-HP au titre du FJH et du ticket modérateur :

- Répartir les recettes sur l'ensemble des séjours et ne laisser subsister qu'un seul mode de participation aux frais hospitaliers auquel tout séjour serait assujéti : les 163 M€ de recettes de l'AP-HP au titre des TM et FJH pourraient être financés selon deux modalités : un ticket d'entrée de 248€ ou un forfait journalier réévalué à 55€ ;
- Supprimer toutes les participations des usagers²³, alors compensées par une augmentation de la part AMO de 7%.

Tableau 7 : Financement d'équilibre en cas de remise à plat des participations

163 M€ à financer	Ticket d'entrée	Forfait journalier	Augmentation GHS
Financement d'équilibre	248 €	55 €	+ 7%

3. Les résultats des simulations

En utilisant ces leviers, les deux axes de réforme évoqués précédemment sont examinés tour à tour, puis combinés.

3.1. La bascule des TM en base GHS

Comme l'indiquent les résultats précédents, le recours à une base TJP pour le calcul de la participation des patients génère à la fois des RAC bruts très élevés et des incertitudes sur le recouvrement de ces facturations. La bascule vers le GHS comme base de calcul des TM (sans modifier les conditions d'exonération, ni les taux actuels de participation) est actuellement envisagée et le tableau 8 permet d'en mesurer les éventuelles conséquences.

Tableau 8 : Effets d'une bascule en base GHS pour l'AP-HP

Nouvelles conditions de participation. TM sur base GHS pour séjour ATM						
	GHS médicaux	GHS chirurgicaux	GHS non opératoires	GHS indifférenciés	TOTAL	Effet différentiel par poste de recette
AMO	1 113 M€	846 M€	126 M€	205 M€	2 290 M€	0 M€
TM (GHS)	50 M€	4 M€	2 M€	3 M€	58,883 M€	-52 M€
FJH	32 M€	16 M€	2 M€	2 M€	53 M€	0 M€
Total AP	1 195 M€	866 M€	129 M€	211 M€	2 402 M€	-52 M€
EFFET DIFFERENTIEL	-45 M€	-1 M€	-1 M€	-4 M€	-52 M€	

²³ Il serait pertinent de tester ici l'hypothèse proposée par le CAE d'une prise en charge à 100% sur un panier réduit. Mais on ne dispose pas d'éléments de redéfinition du panier, autres que la valeur globale d'équilibre de 163 M€. Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. Refonder l'assurance maladie. *Note du CAE*, avril 2014, n° 12

Cette disposition, si elle conduit à un besoin de financement important (baisse de recettes pour l'AP-HP de 52 M€, concernant essentiellement les GHS médicaux), présente néanmoins plusieurs aspects positifs :

- Elle rétablit l'équité entre les patients ATM et ETM puisque leur séjour est chiffré sur la même base de prix ;
- Elle atténue les effets des RAC bruts très importants dès lors que les séjours sont longs. Il ne semble plus nécessaire, dans ce cas, de s'interroger sur des exonérations spécifiques pour des GHM qui génèrent des RAC bruts très élevés en TJP (bronchiolites des enfants par exemple) ;
- Elle réduit la variance inter-établissements de TM émanant de TJP négociés au cas par cas avec les Agences Régionales de Santé (ARS). Ces écarts ont été mis en évidence dans les analyses de l'Observatoire des restes à charge mais ne peuvent être documentés dans ce travail²⁴.

A l'heure où l'on s'interroge sur la meilleure coordination ville/Hôpital, sur la mise en œuvre des parcours de soins et sur la tarification à l'épisode de soins, **disposer d'un système de prix hospitalier unique peut constituer un réel levier de transition, d'autant que les conditions d'exonération sont pour leur part inchangées.**

3.2. Ecrêtage des RAC bruts élevés par des mécanismes de boucliers

Un plafonnement des RAC bruts élevés est simulé par la mise en place de boucliers visant leur écrêtement, tout en maintenant une neutralité financière pour l'AP-HP. Toutefois, comme 20% des séjours avec les RAC les plus élevés génèrent 78% des RAC bruts totaux, ces boucliers engendrent des besoins de financement très importants. L'écrêtage est testé sur le niveau global des RAC bruts (TM+FJH) et pour des seuils variables. Les calculs sont effectués sur la base actuelle de facturation (TJP), puis sur la base GHS. Dans les scénarios, sont également testés des plafonds différenciés selon les séjours (exonérés/non exonérés).

Le choix du niveau d'écrêtage relève, là aussi, de l'orientation que l'on veut donner à la réforme. Plus il est bas, plus le besoin de financement compensatoire peut être élevé. On retient ici le seuil généré par l'étude précédente des 10% de RAC les plus élevés. Le montant est constitué de la totalité des RAC bruts (TM+FJH) et peut donc concerner des patients assujettis au TM ou des patients exonérés de TM mais effectuant des séjours très longs²⁵.

Tableau 9 : Ecrêtage des RAC bruts élevés : montants perçus et différentiel pour l'AP-HP

	Bouclier à 702 € (seuil des 10% les plus élevés en base TJP)	Bouclier à 515 € (seuil des 10% les plus élevés en base GHS)
Montant des TM+FJH	108 M€	85 M€
Différentiel pour l'AP-HP (scénario de référence : 163M€)	-56 M€	-78M€

Le tableau 9 présente le manque à percevoir pour l'AP-HP d'un écrêtage des RAC bruts (TM+FJH), si celui-ci est fixé au dernier décile de RAC. La bascule en GHS fait varier le seuil des 10% de RAC bruts les

²⁴ Hospitalisation, des restes à charge imprévisibles CISS mai 2014, http://www.leciss.org/sites/default/files/140522_DP_RacHospitalisation.pdf

²⁵ Le seuil de 702 € peut être atteint au cours d'un séjour de moins de 40 jours ; ce qui en MCO est rare, mais n'est pas impossible.

plus élevés de 702€ à 515€ et le « manque à gagner » pour l'AP-HP par rapport au scénario de référence passe de 56 M€ à 78 M€. **Ces résultats montrent qu'il est préférable que ces boucliers soient utilisés comme une modalité complémentaire permettant d'assurer le bouclage d'un scénario de réforme, plutôt que comme une modalité de réforme en soi.**

3.3. Combinaison des deux axes de réforme

➤ L'outil de simulation et les valeurs retenues

Les scénarios sont élaborés sur la base des séjours 2016 constituée pour cette étude. Pour pouvoir faire varier simultanément les différents leviers et observer l'impact des choix de valeurs, de seuils et de périmètres, un outil de simulation a été construit et est disponible sous forme de logiciel excel. Il permet de mesurer directement les conséquences des choix effectués.

Plusieurs combinaisons de valeurs des paramètres sont présentées, ainsi que leurs conséquences sur les équilibres financiers et les distributions de RAC.

- 1) Les scénarios sont construits sous l'hypothèse d'une bascule du calcul des RAC bruts en base GHS ;
- 2) Ils combinent les variations de prix (GHS, FJH), de taux ou de montants (TM forfaitaire pour actes exonérants) ;
- 3) De nouvelles modalités de participation sont également testées (participations AMC sur les ALD, ticket d'entrée), ainsi que des règles nouvelles sur les participations déjà existantes (FJH ou taux de TM) ;
- 4) Un mécanisme d'écrêtage est introduit, uniforme ou spécifique aux séjours ALD.

➤ Les combinaisons testées et leurs résultats financiers

Parmi l'ensemble des combinatoires envisageables, quatre scénarios sont présentés.

Les deux premiers scénarios recherchent les modalités d'une neutralité financière suite à la bascule en GHS et l'écrêtement des RAC bruts élevés, donc la compensation des pertes soit par une intervention de l'AMO par la seule augmentation des GHS (scénario 1), soit par une augmentation des GHS et des contributions compensatoires des patients et de l'AMC (scénario 1bis).

- **Le scénario 1** recherche les conditions de l'équilibre financier de l'AP-HP, c'est à dire le maintien des RAC bruts actuels, lors de la bascule en GHS et la mise en place d'un bouclier défini à 547 € (seuil des 10% de l'ensemble des RAC en base GHS²⁶) : la combinaison de ces deux axes de réforme fait apparaître un besoin de financement de 70 M€ qui est financé dans ce scénario par une augmentation des GHS de 3%.
- **Le scénario 1bis** simule un financement mixte de ce manque à gagner par une augmentation de 1,5% des GHS, le complément étant trouvé dans une augmentation des participations des patients et de l'AMC. Une participation forfaitaire AMC pour les ALD est retenue (50€), ainsi qu'un ticket d'entrée pour les séjours sans FJH (25€). Le FJH est de 20€ par jour et le TMF est également augmenté à 20€. Le bouclier est alors de 679€. Dans ce scénario, la charge est répartie également entre les patients et leur AMC (+35M€) et l'AMO (+ 34 M€).

²⁶ La valeur du bouclier se modifie avec les conditions de participation des usagers ; le principe de définition est toujours le même : l'écrêtage est effectué au seuil des 10% les plus élevés.

Les deux scénarios suivants envisagent les conséquences de la combinaison de ces deux axes sans contribution de l'AMO.

Le scénario 2 répartit les RAC sur les seuls patients et leurs couvertures complémentaires : pas d'augmentation des GHS, mais un TM à 25% du GHS pour les séjours non exonérés TM et des participations conséquentes lors de séjours exonérés pour actes coûteux (TMF à 30€) et pour les séjours ALD : participations AMC de 4% du prix GHS. Néanmoins un bouclier spécifique ALD est fixé à 150€ et pour les autres séjours à 596€. Dans cette combinaison, le manque à percevoir pour l'AP-HP est élevé (-42 M€).

Le scénario 2 bis cherche à s'approcher d'une neutralité financière pour l'AP-HP. L'équilibre des recettes pour l'AP-HP est obtenu au prix d'un TMF à 50€, un TM des séjours ATM sur base GHS de 25%, une participation AMC pour les ALD de 5% des GHS, avec un bouclier à 150€, un ticket d'entrée très élevé de 75€ et un FJH de 36€. L'augmentation de ces participations a comme conséquence que le niveau du bouclier au seuil des 10% de RAC les plus élevés augmente mécaniquement à 785€. Ce scénario peut être considéré comme intenable.

Compenser les pertes financières associées à des mesures aussi massives que la bascule des TM en base GHS ou l'introduction de boucliers par les seules participations des usagers semble peu réalisable, sauf à créer de nouvelles exclusions de soins ou une participation beaucoup plus importante des couvertures complémentaires. En effet, la remise à niveau des TM en base GHS au taux de prise en charge AMO correspond à 2,2% de la masse des GHS. Ce sont donc des interventions comparables à celles envisagées dans les scénarios 1-1 bis qu'il faudrait prévoir pour conduire cette double réforme.

Mais, bien d'autres combinatoires peuvent être élaborées en utilisant l'outil de simulation construit pour cette étude.

L'observation des concentrations des distributions montre qu'avec l'augmentation des participations, la médiane des RAC et tous les indicateurs d'équité traduisent systématiquement l'alourdissement de la charge pour les patients. Cependant, deux indicateurs permettent de mesurer la réduction des inégalités associées : le taux moyen de prise en charge de l'AMO s'approche du niveau du taux réglementaire de TM de 20% (que l'on a, dans certains scénarios, amené à sa valeur maximum actuelle de 25%). Mais c'est surtout sur le poids, dans la masse totale des RAC bruts, des RAC les plus élevés, que les effets de ces leviers sont les plus sensibles. L'importance de mesures de type boucliers peut en être directement déduite.

3.4. Gagnants et perdants : Les conséquences de l'application des différents leviers sur les niveaux de RAC

L'observation des conséquences sur les distributions de RAC bruts de l'application des différents leviers permet de synthétiser leurs effets. On peut en effet noter que selon les leviers choisis et les niveaux retenus, certains séjours se verront imputer des RAC bruts supérieurs ou inférieurs. Le tableau 10 présente ces effets. Cet indicateur synthétise pour différentes hypothèses les séjours dont le RAC brut est moins élevé (les gagnants) ou plus élevé (les perdants) que dans la situation de référence.

Tableau 10 : séjours gagnants et perdants selon les hypothèses

	Quels sont les séjours gagnants ?	Quels sont les séjours perdants ?
1. TJP + 1% et FJH= 20€		Sont perdants les 76% qui ont un RAC, pour 19€ en moyenne
2. Basculement TM en base GHS	sont gagnants les 20% de séjours dont TM GHS<TM TJP pour 406€ en moyenne ²⁷	Les 2% de perdants sont ceux dont TM sur base GHS > TM sur base TJP pour 116€ en moyenne
3. Basculement TM/GHS avec hausse GHS + 2,0%	sont gagnants les 20%de séjours dont TM GHS<TM TJP ; pour 404 € en moyenne	la hausse des prix GHS fait basculer certains gagnants de la situation 2 en perdants (ceux dont TM GHS devient supérieur à TM TJP). 3% de perdants pour 115€ en moyenne.
4. Basculement TM/GHS avec TM à 25,0% GHS	sont gagnants les 17 % de séjours dont TM à 25% du GHS<TM TJP ; pour 369 €	Les 5 % de perdants sont ceux dont TM (25%) sur base GHS > TM sur base TJP pour 153€ en moyenne
5. Basculement TM/GHS avec participation ALD 5,0% GHS avec hausse GHS + 2,0%	sont gagnants les 20%de séjours dont TM GHS<TM TJP pour 404€ en moyenne	sont perdants les 52% de séjours ALD + le 1% pénalisé par la hausse des prix GHS (seuil TM/FJH) pour 182€ en moyenne
6. Basculement TM/GHS + ticket d'entrée à 80€	sont gagnants les 17 %de séjours dont 80€ <TM GHS<TM TJP pour 396€ de gain en moyenne	mais 83% de perdants : les 24% de séjours sans RAC, et tous ceux dont RAC est inférieur à 80€, notamment les séjours facturant TMF et/ou moins de 4 jours FJH + TMF ; pour 82€ en moyenne
7. Basculement TM/GHS + Bouclier uniforme à 864€	sont gagnants les 20%de séjours dont TM GHS<TM TJP + les séjours ETM et ATM sur base GHS dont RAC >864€ Pour 484 € en moyenne	Seulement 2% de perdants ; pour 72€ en moyenne

La seule observation de l'indicateur 'des proportions de gagnants et de perdants' pourrait ne faire apparaître que le fait que plus on augmente les participations, plus les patients sont perdants. Mais le gain d'équité obtenu par la combinaison d'une réforme des TM sur base GHS et de l'écrêtage des RAC les plus élevés est tel que le niveau moyen de gagnants (22%) reste comparable ; il est même plus élevé dans le scénario 2 (29%) où les participations des usagers ont été très diversifiées et pèsent largement sur l'ensemble des différentes catégories de séjours. Par contre cet indicateur ne sera pas amélioré si l'AMO finance seule la réforme (scénario 1). C'est en revanche dans ce cas-là que la proportion de perdants est la plus faible.

²⁷ Les séjours ATM représentent 22% des séjours ; ceux qui sont avantagés par le passage en GHS représentent 20% de l'ensemble des séjours, soit 90% des séjours ATM.

Résultats et valeurs des indicateurs pour les différents scénarios				
	Combinaison 1	Combinaison 1 bis	Combinaison 2	Combinaison 2 bis
	-RAC ATM à 20,0% GHS -Baisse GHS + 3,0%, -TMF à 18€, -Participation AMC/ALD forfaitaire 0€ -Ticket d'entrée à 0€ pour séjours sans FJH, -FJH à (20€/jour), -Bouclier à 547€ ***	-RAC ATM à 25,0% GHS -Baisse GHS + 1,5%, -TMF à 20€, -Participation AMC/ALD forfaitaire 50€ -Ticket d'entrée à 25€ pour séjours sans FJH, -FJH à (20€/jour), -Bouclier à 679€	-Basculement GHS, -TMF à 30€, -TM à 20,0% GHS avec -Baisse GHS + 0,0%, -Participation AMC/ALD 4% GHS -Ticket d'entrée 50€ pour tous, -FJH à (23€/jour), -Bouclier à 596€ -Bouclier spécifique ALD à 150€	-Basculement GHS, -TMF à 50€, -TM à 25,0% GHS -Baisse GHS + 0,0%, -Participation AMC/ALD 5% GHS -Ticket d'entrée 75€ pour tous, -FJH à (36€/jour), -Bouclier à 785€ -Bouclier spécifique ALD à 150€
Indicateurs financiers				
Différentiel AP-HP (1)	-1 M€	-1 M€	-42 M€	-7 M€
Différentiel AMO (2)	69 M€	34 M€	0 M€	0 M€
Différentiel patients (3)	-70 M€	-35 M€	-42 M€	-6 M€
Financement patients/complémentaires	93 M€	128 M€	121 M€	157 M€
Financement AMO	2 359 M€	2 324 M€	2 290 M€	2 290 M€
Indicateurs d'équité				
Médiane	80 €	120 €	150 €	150 €
Seuil du décile de RAC non nuls les plus élevés	547 €	531 €	384 €	552 €
RAC moyen ATM	304 €	383 €	352 €	464 €
RAC moyen ALD	97 €	159 €	125 €	138 €
RAC moyen autres ETM	93 €	106 €	161 €	245 €
Moyenne Tx effectif de prise en charge AMO séjours ATM 1	81%	77%	78%	73%
Moyenne Tx effectif de prise en charge AMO séjours ETM	97%	94%	93%	91%
Part RAC cumulés assumée par 20% séjours sup	60%	53%	45%	48%
Indicateurs d'acceptabilité sociale				
Proportion de gagnants	22%	19%	29%	23%
Valeur moyenne du gain (ie de la baisse du RAC)	-527 €	-517 €	-422 €	-445 €
Proportion de perdants	48%	79%	71%	77%
Valeur moyenne de la perte (ie de la hausse de RAC)	18 €	56 €	79 €	117 €
1 Taux effectif de prise en charge = AMO/(AMO+TM)				
* Une hausse des prix GHS ne change pas le taux effectif de prise en charge AMO car le TM et la part AMO augmentent dans les mêmes proportions				
** Si TM1=20% GHS et TM2=20% GHS, alors TM2=(20%/20%)*TM1, ie TM2=1xTM1				
*** la valeur des boucliers, le seuil de l'écrêtage change dans chaque scénario car fixé au seuil des 10% de séjours ayant les RAC les plus élevés, la valeur s'ajuste selon les paramètres des scénarios.				
(1) Différentiel AP-HP (163M€ recettes AP-HP situation de référence - différentiel patient - différentiel AMO).				
(2) Différentiel AMO (le financement AMO du scénario - 2290 M€ situation de référence				
(3) Différentiel patients (163 M€ situation de référence - financement patients / complémentaires) du scénario				

Tableau 11 : Résultats financiers et valeurs des indicateurs pour les scénarios retenus

4. Conclusion

L'étude des frais de séjours hospitaliers complémentaires facturés à l'AMC ou aux patients a été conduite par Hospinnomics sur une base séjours PMSI de l'AP-HP. L'analyse des 10% de RAC bruts a montré, sans surprise, que ces RAC étaient les plus élevés pour les patients ayant des séjours très longs (même exonérés du TM), ou ceux redevables du TM, notamment lors d'hospitalisations en services de médecine. Mais cette analyse a aussi montré qu'au sein même de ces classes de patients, il y avait des situations particulièrement préjudiciables, notamment dès lors que les patients séjournent pour des durées longues (personnes âgées notamment) ou bénéficiaient de surveillances ou suivis intensifs (enfants de moins de 1 an en séjour pour affection respiratoire par exemple) voire pour des séjours pouvant être associés à des situations sociales difficiles (prise en charge de sevrage alcoolique et toxicomanies).

Se penchant sur les raisons de ces facturations élevées, il est apparu que par le truchement du TJP, les facturations en « prix de journée » qui subsistent pour les patients non ETM et qui procurent environ 3 à 5 % des ressources des établissements, constituent désormais un véritable système de double prix, posant à la fois des problèmes d'égalité de traitement entre les patients et d'évitement des choix d'efficience que la T2A devait au contraire accompagner. En conséquence, l'étude a montré que le taux moyen de prise en charge par l'AMO des patients ATM serait de 70%, au lieu des 80% réglementaires, variant de 59 à 81% selon les séjours ATM.

Deux axes de réforme ont été analysés : 1) une plus grande efficience par la bascule de la facturation des TM en base GHS et 2) Une plus grande équité entre les patients, par l'écrêtement des RAC les plus élevés, tout en visant une neutralité financière pour l'AP-HP. Leur mise en œuvre a été testée autour de plusieurs leviers de prix ou de modification des participations aux frais hospitaliers.

On a ainsi pu constater que la bascule en GHS (au taux de 80% du prix GHS) « coûtait » l'équivalent de 2,2 % des recettes GHS. Une telle disposition réduit certes les facturations individuelles élevées : le seuil des 10% de RAC les plus élevés passe de 702€ à 515€ et corrige certaines des situations les plus aberrantes, les enfants notamment. Mais la perte pour l'établissement est importante (-52 M€ pour l'AP-HP), soit près du tiers de ces recettes RAC bruts. La question est alors de savoir quels pourraient être les moyens d'une compensation financière permettant la neutralité financière ? une augmentation de la part prise en charge l'AMO ? par les complémentaires ? par les patients eux-mêmes ? Les différents scénarios que nous avons testés montrent que pour maintenir le niveau de recettes de l'AP-HP, il faut probablement que tous les financeurs soient sollicités.

Dans le cas où un écrêtement des RAC bruts est envisagé en sus de la bascule GHS, les conditions de neutralité financière sont encore alourdies. Ainsi une combinaison extrême, testée par exemple dans le scénario 2 montre que sans abondement de l'AMO, pour un écrêtement à 596 € par séjour et avec un bouclier spécifique pour les ALD à 150€, un TM sur base GHS de 20%, un FJH à 23€, un TMF de 30€, un ticket d'entrée à 50€ pour tous et une participation des complémentaires de 4% du prix GHS pour les ALD, l'AP-HP « perdrait » encore 42M€ (par rapport au scénario de référence à 163 M€).

A l'issue de ces travaux de simulation, on pourrait être porté à conclure qu'une telle réforme est trop lourde à mettre en œuvre et difficilement acceptable. Mais l'envergure des réformes engagées tout récemment dans le système de santé laisse penser que la construction de facturations hospitalières sur des bases transparentes et comparables peut aussi contribuer à la recherche d'efficience et d'équité manifeste dans le plan « Ma santé 2022 ».

Les frais de séjours hospitaliers à charge de l'utilisateur et sa complémentaire

Enjeux, situation actuelle à l'AP-HP, scénarios de réforme

*Candice Fournier, Christine Meyer, Lise Rochaix
Octobre 2018*

Résumé

Hospinnomics a engagé une démarche d'analyse et de simulation des restes à charge (RAC) hospitaliers après prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sur des bases séjours PMSI fournies par l'AP-HP. Ces RAC bruts sont entendus ici comme la somme des tickets modérateurs et des forfaits journaliers qui pourront faire l'objet d'une prise en charge ultérieure ou en tiers payant notamment par l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) (à l'exclusion d'autres prestations hôtelières, de compléments, de médicaments, de dispositifs médicaux). Dans la première phase d'analyse, l'observation des 10% de séjours supportant les RAC bruts les plus élevés fait apparaître, dans un nombre de cas non négligeables, des situations préoccupantes : RAC moyen des séjours assujettis au ticket modérateur (ATM) des personnes de plus de 70 ans ATM de 2475 € ou des enfants traités pour bronchiolites, asthme, ou problèmes digestifs de 1741€. Ne disposant pas des informations sur la solvabilité des patients par leur complémentaire, ou leurs ressources propres, on peut néanmoins inférer que ces RAC élevés pourront constituer des créances irrécouvrables dès lors que les patients n'ont pas de couverture complémentaire ou d'affiliation CMU-C.

Ces constats conduisent à mener dans une première étape une analyse fine du mécanisme spécifique de facturation des tickets modérateurs. Les effets de la coexistence de deux modes de facturation des frais hospitaliers selon que le patient est exonéré ou pas, ont pu être étudiés à partir de la base de séjours appariés avec les valorisations des séjours en GHS par l'ATIH. Il est apparu que l'application d'un tarif journalier de prestations (TJP) amplifie les conséquences financières de la durée de séjour, alors que le GHS l'inclut forfaitairement. De plus, le double système administratif et médical d'enregistrement et de facturation des séjours rend opaques les conditions de facturation de ces RAC bruts, aucune correspondance n'existant entre les TJP et les GHS. Il en résulte que la participation de l'AMO restant établie sur la base des GHS, le montant final des TM n'a que peu de chances de représenter 20% de la dépense remboursable par l'AMO, taux pourtant réglementaire. De fait, le taux

moyen de couverture par l'AMO des dépenses de soins des patients ATM à l'AP-HP se situe en moyenne à 70 % (il est même inférieur à 60% pour 10 % des séjours ATM).

Dans une deuxième étape, des hypothèses sont testées qui permettraient, tout en conservant une neutralité financière pour l'AP-HP (c'est-à-dire le niveau des RAC bruts, ou recettes facturables au titre des TJP et des FJH, estimés à 163 M€ dans la situation de référence), d'améliorer l'équité de la participation aux frais hospitaliers. Plusieurs leviers ont été envisagés. Ceux-ci sont construits en s'appuyant sur les travaux de recherche antérieurs conduits sur les RAC en soins de ville, ou des propositions de réforme plus récentes. Il faut cependant noter que de nombreux travaux justifient la recherche de l'équité et la nécessaire soutenabilité des RAC, au regard des revenus des ménages. Cette voie d'investigation était ici impossible en l'absence de données socio-économiques (revenus, type d'activité). Le travail de simulation porte donc uniquement sur des modalités différentes de maintien des 163 M€ à travers des leviers pesant sur les différents financeurs, AMO, patients et leur AMC.

Ces leviers sont testés par rapport à la « situation de référence », en mesurant les différentiels de participation de l'AMO et des patients ou leur complémentaire, ainsi que les effets pour l'AP-HP. Ces leviers portent sur des mesures de prix (GHS, TJP, FJH), les taux de TM et le montant du ticket modérateur forfaitaire (TMF), des forfaits d'entrée ou des participations forfaitaires, notamment des AMC. Ainsi, le scénario de la « table rase », qui cherche, dans une volonté d'extrême simplification, à mettre tous les usagers au même niveau de participation, n'a qu'une valeur démonstrative de l'envergure de l'effort à consentir : les 163M€ correspondent par exemple à un forfait journalier de 55€, ou un forfait d'entrée de 248€ ; ou encore 7 points de GHS.

Deux axes de réforme sont envisagés et différents leviers sont mis en œuvre dans des scénarios évalués sur la base de trois catégories d'indicateurs : financiers, d'équité et de faisabilité.

Le premier axe de réforme consiste à valoriser tous les séjours sur la base des GHS. Cette approche rétablit à la fois l'égalité de traitement entre les patients et les établissements et contribue à l'objectif général de meilleure efficacité. Les RAC estimés sur base GHS présentent une configuration différente de participation des patients : dans un système de facturation des TM sur base GHS, rien ne change pour les 78% de séjours exonérés de TM ; mais pour 90% des séjours ATM, la base GHS conduit à des montants très différents : pour 1% des séjours, (en général très courts, et peu graves) les patients auraient un TM supérieur, pour 20% des séjours, soit 90% des séjours ATM, le niveau de RAC serait nettement abaissé. On estime ici que le passage en base GHS se traduirait par un besoin de financement complémentaire pour l'AP-HP de l'ordre de 52 M€ en 2016.

Le deuxième axe de réforme consiste à rechercher l'écrtage des RAC bruts les plus élevés. Les seuils retenus pour la simulation sont ceux des 10% de RAC les plus élevés, (soit 702 € en base TJP, 515€ en base GHS) et les résultats indiquent un manque à percevoir pour l'AP-HP de 56M€ en base TJP et 78M€ en base GHS. Compte tenu de la composition différente des séjours ATM et ETM, des seuils d'écrtages différents sont envisagés.

Les conséquences sur les équilibres financiers, mais aussi en termes d'équité et de faisabilité de ces deux réformes sont étudiées à travers différentes combinaisons des leviers financiers. Pour établir les scénarios, un outil de simulation a été construit et est disponible en format Excel. Les leviers peuvent être paramétrés pour mesurer et visualiser les conséquences de choix de valeurs.

Parmi l'ensemble des scénarios envisageables, quatre scénarios sont présentés. Les deux premiers scénarios recherchent les modalités d'une neutralité financière suite à la bascule en GHS, donc la compensation des pertes soit par une intervention de l'AMO par la seule augmentation des GHS (scénario 1), soit par une augmentation des GHS et des contributions compensatoires des patients et de l'AMC (scénario 1bis)

Le scénario 1 montre qu'une augmentation des GHS de 3% est nécessaire pour équilibrer les pertes associées à la bascule GHS et à la mise en place d'un bouclier uniforme sur les 10% de RAC les plus

élevés. Le scénario 1bis simule une augmentation de 1,5% des GHS, le complément étant trouvé dans une augmentation des participations des patients et de l'AMC (ticket d'entrée pour les séjours sans FJH, TMF à 20€, participation forfaitaire AMC pour les ALD de 50€, etc.).

Dans les scénarios 2 et 2 bis, des combinaisons sont proposées, où l'on envisage les conséquences de ces deux axes de réforme sans contribution nouvelle de l'AMO, en observant les conséquences pour l'AP-HP d'une nouvelle répartition des efforts. Le coût pour l'AP-HP peut être élevé, (ici 42 M€), même si les patients sont fortement mis à contribution : un TM à son taux réglementaire maximum de 25%, une augmentation des TMF ou une participation forfaitaire de l'AMC. Dans un dernier scénario, on constate que la neutralité financière sans augmentation des GHS, amène les participations des tiers financeurs, usagers, AMC et Etat à des niveaux insoutenables, puisque le TMF est monté à 50€, le ticket d'entrée doit être fixé à 75€ pour tous et le FJH à 36€.

L'étude des différents indicateurs d'équité et de faisabilité montrent que, par construction, le taux de prise en charge par l'AMO correspond après réforme au taux réglementaire, et le poids des RAC les plus élevés dans les distributions peut être diminué (gain d'équité). En revanche, compte tenu de la combinaison des leviers, la proportion globale de « perdants / gagnants » ne varie pas très fortement.

Ces différents scénarios montrent enfin qu'à moins d'une forte augmentation de la participation de l'AMO, venant notamment rectifier les difficultés dues au système de facturation des TM en TJP, c'est une réforme de grande ampleur qu'il faudrait conduire, bousculant les situations acquises.

De ces simulations plusieurs conclusions se dégagent :

- 1) Les variations de prix récemment obtenues (+1% TJP et +2€ FJH) ne permettent pas de dégager suffisamment de marges de manœuvre pour agir en profondeur sur les distributions des RAC ou sur des incohérences du système actuel de facturation des TM²⁸. En conséquence, cette situation est analysée comme un scénario 'au fil de l'eau' ;
- 2) La bascule en GHS : le coût est important (52 M€ dans notre base) ; il pourrait être neutralisé par une variation de 2,2% des prix des GHS ou divers apports combinés mais dont le niveau reste important pour garantir une neutralité financière. Il convient tout de même de noter que l'effet d'équité de cette réforme est tel que la proportion de « gagnants » dans ces scénarios est souvent égale ou supérieure à 20%, (les séjours ATM représentent 22% des séjours dans cette analyse ; 20% ont un avantage à la bascule GHS) ;
- 3) L'écrêtement des RAC bruts élevés : des mécanismes de bouclier devront être mobilisés pour agir sur la distribution des RAC, ce d'autant plus si des participations sont envisagées pour des séjours aujourd'hui exonérés. Ces mesures élèvent notablement la proportion de « gagnants », puisque des séjours ALD très longs pourront être concernés ;
- 4) Plusieurs solutions et mesures nouvelles peuvent être mobilisées mais leur mise en œuvre devra être soutenue par une mobilisation sociale forte et la contribution de tous pour remédier aux disparités existantes ;
- 5) Les scénarios ne permettent pas d'envisager des modulations de participation en fonction des ressources des patients ou de la présence d'une AMC, les données n'étant pas disponibles. Mais elles devraient être mobilisées pour ajuster les seuils des différents leviers.

A l'issue de ces travaux de simulation, on pourrait être porté à conclure qu'une telle réforme est trop lourde à mettre en œuvre et difficilement acceptable. Mais l'envergure des réformes engagées tout récemment dans le système de santé laisse penser que la construction de facturations hospitalières sur des bases transparentes et comparables peut aussi contribuer à la recherche d'efficience et d'équité manifeste dans le plan « Ma santé 2022 ».

²⁸ Il en est d'ailleurs de même du relèvement du TMF à 24€, soit 20% du seuil de l'exonération (120€) envisagé dans le PLFSS 2019 qui rapporterait 0,6M€ dans notre base de travail.

ANNEXES :

- Annexe 1 : historique du « nettoyage » de la base 2016 et conséquences sur les masses financières en jeu dans la simulation.
- Annexe 2 : les grands indicateurs de la base
- Annexe 3 : Classification des séjours donnant lieu aux 10% de RAC bruts les plus élevés (>684€ en 2016).
- Annexe 4 : Comparaison de deux modes de calcul du ticket modérateur : assiette TJP et assiette GHS
- Annexe 5 : La distribution des RAC en fonction du remboursement AMO varie selon la situation de l'assuré. Le 100% est garanti pour les ALD et les régimes exonérants.
- Annexe 6 : Tableaux de résultats financiers détaillés du basculement TM/GHS
- Annexe 7 : La réduction des inégalités de RAC par l'écrêtage des facturations

Annexe 1 : La base PMSI, l'historique du « nettoyage » de la base 2016 ; conséquences sur les masses financières en jeu dans la simulation, les variables disponibles et calculées.

1) Comment est constituée la base PMSI utilisée ?

- a. Après appariement par GENRSA entre une **base médicale** (RSS groupés avec application des GHS) et une **base administrative** (fichier ANOHOSP, lui-même obtenu après anonymisation du fichier VIDHOSP)
- b. Chaque ligne correspond à un séjour ou à une venue à l'hôpital. Les montants facturables sont calculés pour l'ensemble du séjour.
- c. Pour 2015-2016, un compteur permet de regrouper les lignes par dossier de facturation.

2) Quelles variables contient cette base ?

- a. Informations du dossier patient (âge, sexe, code géographique de résidence, régime assurance maladie obligatoire, date sortie)
- b. Informations sur la séquence de soins du séjour, classées par le DIM (GHM, NOGHS, taux de remboursement, durée séjour, CMD, exonération du TM ou non)
- c. Différents montants facturables (Base remboursement séjour, montant facturable à l'AMO en base TJP et en base GHS, ticket modérateur, forfait journalier, montant adressable à la complémentaire santé)
- d. Variables contrôle de la création du fichier ANOHOSP (codes retours)

3) Nettoyage de la base : lignes supprimées

- a. Erreurs bloquantes (variables codes retour prenant une valeur autre que 0)
- b. adresses non françaises et collectivités d'outremer
- c. séjours non facturables à l'Assurance Maladie
- d. incohérences de construction du TM et du FJH
- e. valeurs manquantes (pas d'AM, de montant de base de remboursement)
- f. assurances différentes de l'Assurance Maladie (Alsace-Moselle, maternité, accidents du travail, prévention maladie)
- g. régimes spéciaux (on ne garde que régime général, régime agricole, AMPI car mêmes règles de facturation)
- h. séjours non traités (IVG et chirurgie esthétique) : NOGHS non renseigné
- i. valeurs extrêmes (TM > 20000)

- j. => 31% des lignes de départ ainsi supprimées
- k. Ajout tarifs GHS par appariement avec les tables de l'ATIH

4) Les différentes étapes de nettoyage, et leurs conséquences financières

Types de lignes supprimées	Nombre de lignes supprimées (séjours ou venues)	Nombre de lignes restantes (séjours ou venues) ²⁹	Recettes AMO supprimées à chaque opération	Recettes AMO cumulées restantes	RAC supprimés à chaque opératon	RAC cumulés restants
Base de départ	- 0	1344396	- 0 M€	3 042 M€	- 0 M€	589 M€
Erreurs bloquantes	- 34429	1309967	- 76 M€	2 966 M€	- 142 M€	447 M€
Patients étrangers	- 4695	1305272	- 16 M€	2 950 M€	- 25 M€	423 M€
Collectivités d'outremer	- 7310	1297962	- 32 M€	2 918 M€	- 5 M€	418 M€
Non facturable AM	- 43377	1254585	- 97 M€	2 821 M€	- 221 M€	197 M€
Incohérences de facturation	- 121331	1133254	- 197 M€	2 624 M€	- 8 M€	189 M€
Données manquantes	- 76733	1056521	- 22 M€	2 602 M€	- 0 M€	189 M€
Assurance autre que l'AM	- 1737	1054784	- 6 M€	2 596 M€	- 0 M€	189 M€
Régimes spéciaux ³⁰	- 126785	927999	- 294 M€	2 302 M€	- 22 M€	167 M€
IVG & chir. Esthétique	- 261	927738	- 0 M€	2 302 M€	- 0 M€	167 M€
TM > 20000€	- 581	927157	- 0 M€	2 302 M€	- 0 M€	166 M€
RAC incohérent	- 1498	925659	- 1 M€	2 300 M€	- 2 M€	165 M€
GHM non repertorié ³¹	- 5862	919797	- 10 M€	2 290 M€	- 1 M€	163 M€
RESULTAT	- 424599	919797	- 752 M€	2 290 M€	426 M€	

²⁹ Les lignes ici cumulent des séjours et des venues. Dans la base de travail, on a conservé pour un séjour, les séances : dossier administratif recoupant plusieurs venues.

³⁰ Les séjours des ressortissants de ces régimes ont dû être exclus de l'analyse car les modes de calcul et d'imputation aux régimes de base et complémentaire différent des autres régimes.

³¹ Cette dernière phase de « nettoyage » de la base n'a été effectuée que pour la base 2016, lors de l'appariement avec la base GHM de l'ATIH. En conséquence les données de description générale de la base (annexe 2) pour être comparable sur les années 2012-2016, n'intègrent pas le retrait de ces lignes séjours en 2016 (retrait marginal au demeurant : 10M€ de recettes AMO, 1M€ de RAC).

5) Les variables de facturation présentes dans la base de départ

Ces montants facturables, fournis dans la base, sont calculés **en base TJP**

- a. **Base remboursement (MTBASERM)**: cette variable simule en base TJP la base de remboursement. $MTBASERM = \text{Duree sejour} \times \text{TJP}$ (peut être une combinaison linéaire de plusieurs TJP)
- b. **Montant remboursable par l'Assurance Maladie en base TJP (MTFACTOT)**: cette variable simule en base TJP le montant adressable à l'assurance maladie dans les conditions de prise en charge du patient. $MTFACTOT = \text{TAUXRM} \times \text{MTBASERM} + (\text{MTFORJOU} - 18)$
- c. **Montant remboursable par l'Assurance Maladie en base GHS (rec_totale)**
- d. **Montant du ticket modérateur (MTFACTMO)**: cette variable simule en base TJP le montant du TM associé au séjour. On retranche le FJH sauf le jour de sortie.
 - i. Si non ETM : $0,2 \times \text{MTBASERM} - (\text{MTFORJOU} - 18)$
 - ii. SI ETM : 0
- e. **Montant ticket modérateur forfaitaire (FAC18)** : cette variable prend la valeur 1 si un TMF est facturé, 0 sinon.
- f. Montant du forfait journalier (MTFORJOU) : $\text{MTFORJOU} = 18 \times (\text{durée séjour} + 1)$
- g. **Montant remboursable par la complémentaire (MTRMBAMC)**: $\text{MTRMBAMC} = \text{MTFACTMO} + \text{MTFORJOU} \times \text{CDPRFOJO} + \text{FAC18} \times 18$

avec : CDPRFOJO type de prise en charge du FJH (assuré ou régime);

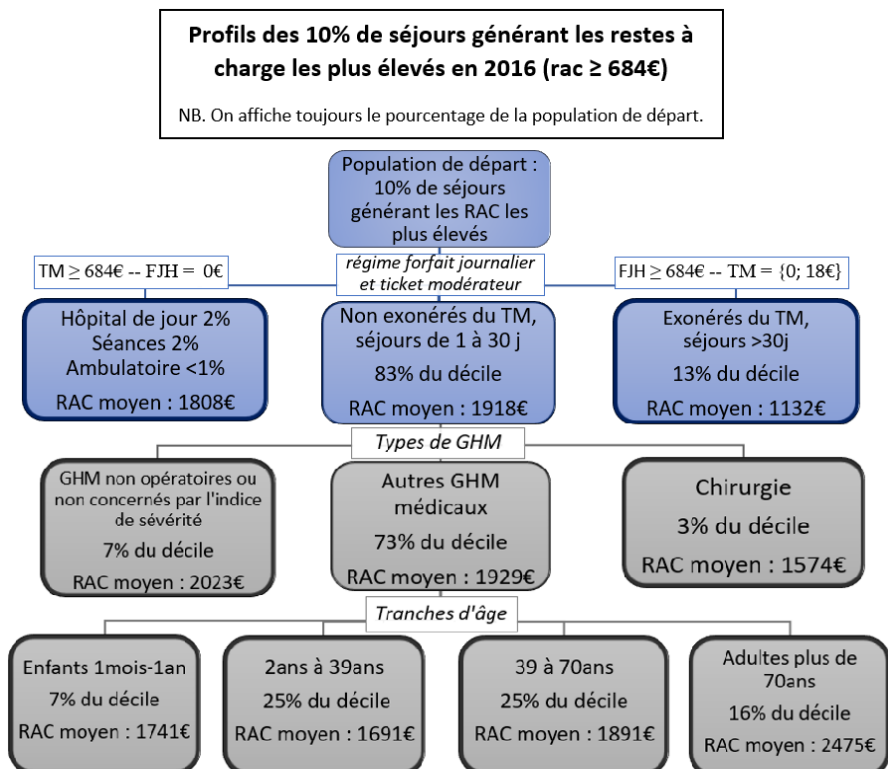
6) Les variables ajoutées et calculées par Hospinnomics

- a. Ajout du tarif GHS associé à chaque séjour par appariement avec les tables de l'ATIH (dont on se servira pour calculer les TM en base GHS)
- b. **TM « 100% TJP »** : ticket modérateur du séjour en base TJP, sans retranchement du FJH.
 - i. $\text{TM} = 20\% \times \text{TJP} \times \text{duree}$ si séjour non ETM
 - ii. $\text{TM} = 18$ si séjour ETM pour acte coûteux
 - iii. $\text{TM} = 0$ si séjour ETM pour autre motif (dont ALD)
- c. **Ratio effectif AMO/Dépense totale**, avec $\text{Dépense totale} = \text{TM « 100% TJP »} + \text{RMB_AMO}$

Annexe 2 : les grands indicateurs de la base de travail (résultats comparés 2012-2015-2016).

Résultats comparés sur les bases complètes, années 2012, 2015, 2016				
		2012	2015	2016
Nbr séjours administratifs (+ augmentation par rapport à 2012)		621080	640943 (+3%)	664287 (+7%)
Proportion de RAC nuls		24%	24%	24%
Distribution du RAC (en €)	Min	0€	0€	0€
	1 ^{er} quartile	18€	18€	18€
	Médiane	90€	72€	72€
	Moyenne	239€	253€	248€
	3 ^e quartile	252€	270€	270€
	Max	18581€	17958€	19635€
Proportion séjours ETM		78%	78%	78%
• Dont ALD (% des séjours totaux)		52%	52%	52%
• Dont Actes coûteux (% des séjours totaux)		17%	17%	16%
RAC moyen, séjour ETM (sur l'ensemble de la base)		100€	95€	94€
RAC moyen, séjour non ETM (sur l'ensemble de la base)		723€	797€	785€
Nbr de séjours par type d'hospitalisation (effectif et % de la base)	H.C.	534705 (86%)	552737 (86%)	567197 (86%)
	Ambulatoire	47446 (8%)	56423 (9%)	62043 (9%)
	Séances	38929 (6%)	31783 (5%)	35047 (5%)
Durée moyenne de séjour (en H.C)		5 jours	5 jours	5 jours
Proportion par GHM (effectif et % de la base)	Chirurgie	134523 (22%)	140416 (22%)	145013 (22%)
	Non opératoire	45925 (7%)	52530 (8%)	56239 (8%)
	Médical	386971 (62%)	403410 (62%)	414771 (63%)
	Indifférencié	53661 (9%)	44587 (7%)	48264 (7%)

Annexe 3 : Classification des séjours 10% de RAC bruts les plus élevés (>684€ en 2016).



Source : Hospinomics -- Données AP-HP 2016

Les **séjours** sont regroupés successivement selon les critères suivants :

1^{ère} ligne : situation au regard du TM et du FJH :

- **à gauche**, séjours non ETM de moins d'une journée, redevables du TM seul souvent séjours de plusieurs venues
 - en hôpital de jour : principalement GHM "éthylismes et toxicomanies" et "explorations et surveillance"
 - en séances, surtout GHM "chimiothérapies pour affection non tumorale" et "chimiothérapies pour tumeurs"
 - en ambulatoire, on trouve essentiellement le GHM "injections de toxine botulique, en ambulatoire"
- **à droite**, séjours ETM, redevable du FJH seul ; les principaux motifs d'ETM : ALD, acte coûteux, hospitalisation périnatale ; durée moyenne de séjour : 62 à 63 jours
- **au centre**, les séjours redevables du TM et du FJH, qui présentent encore une grande disparité

2^e ligne : classement des séjours non exonérés du TM, DMS < 30 j, en grands types de GHM

- **à gauche**, séjours non opératoires ou non concernés par l'indice de sévérité hospitalisés pour symptômes divers de recours aux soins ; le séjour médian est de 7 jours
- **à droite**, séjours en GHM chirurgicaux dont 18% non associés à un TJP de chirurgie : chirurgies mineures sur le squelette, les muscles ou la peau ; le séjour médian est de 3 jours

- **au centre**, les GHM médicaux, plus représentés dans ce décile (73%) que dans l'ensemble de la base (63%)

3^e ligne : classement des séjours en GHM médicaux en isolant les âges extrêmes, très spécifiques :

- **1 mois-1 an : 7% du décile mais 22% des enfants du total de la base** appartiennent à cette catégorie ; les GHM les plus représentés sont les bronchiolites, bronchites et asthmes, puis les affections du tube digestif, des reins et des voies urinaires
- **2 ans à 39 ans et 39 à 70 ans** : ces deux catégories représentent chacune 25% du décile. Le séjour moyen est de 6 jours (séjours >6j plus fréquents pour 39-70ans) ; GHM d'observations du système nerveux, de l'appareil circulatoire ou respiratoire ; Les RAC bruts moyens sont respectivement de 1691 € et 1871 €.
- **plus de 70 ans** : ils représentent 16% du décile. Les séjours plus longs : 9 jours en moyenne, entre 4 et 12 jours pour 50% des cas. Les GHM les plus représentés : troubles mentaux, pneumonies et pleurésies, accidents cardiaques et AVC, embolies pulmonaires

Annexe 4 : Comparaison de deux modes de calcul du ticket modérateur : assiette TJP et assiette GHS

Résumé. On travaille sur la base AP-HP PMSI en MCO de l'année 2016, dans laquelle chaque séjour est associé à un GHM et à un GHS. A partir des tables de l'ATIH, un tarif GHS est associé à chaque séjour. Environ 6000 séjours ont été appariés de façon incohérente et ont dû être supprimés. On suppose que le ticket modérateur (TM) de la base est calculé en fonction du tarif journalier de prestation (TJP) : $0.2 \times \text{TJP} \times \text{durée facturable}$. On crée une nouvelle variable TM_GHS correspondant au calcul du TM en fonction du groupe Homogène de Séjour (GHS) : $\text{TM_GHS} = 0.2 \times \text{montant GHS}$. 22% des séjours de la base sont affectés par ce changement de calcul du TM, les autres 78% étant exonérés de ticket modérateur. On montre que pour 20% des séjours, le TM calculé en base GHS est inférieur au TM en base TJP. Pour 2% des séjours, le TM en base GHS est supérieur au TM en base TJP. On montre aussi que le TM en base GHS limite fortement les TM très élevés (>2000€). On montre aussi que le TM en base GHS limite fortement les TM très élevés (>2000€). On tente enfin de caractériser le profil des individus qui voient leur TM augmenter et ceux qui voient leur TM baisser.

On rappelle, comme l'ont confirmé nos échanges avec la DOMU, que ce travail a été effectué sur une base de données facturables d'après les informations du PMSI et non sur une base de données effectivement facturées à l'assurance maladie et au patient.

1. Impact sur les recettes de l'hôpital du nouveau mode de calcul du TM

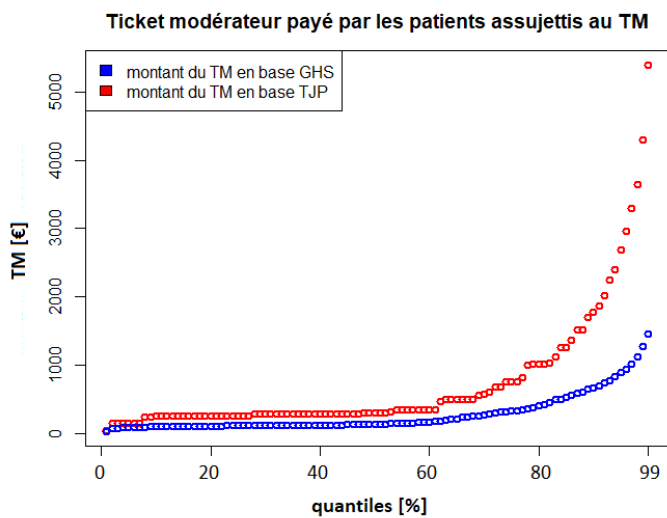
La somme des TM en base TJP représente 110.466.056€ et la somme des TM en base GHS 58.882.621€, soit 52M€ de moins, soit 47% de moins (en 2016, le déficit de l'AP-HP sur le budget principal est de 43.5M €, d'après le Conseil de surveillance de l'AP-HP de juillet 2017).

2. Impact sur le montant du TM payé par chaque séjour

Le tableau ci-dessous montre que 78% des séjours ne sont pas affectés par le recalcul du TM car ils sont exonérés du ticket modérateur. Parmi les 22% concernés par le changement de mode de calcul, le nombre de séjours pour lesquels le TM augmente est inférieur au nombre de séjours pour lesquels il baisse.

Situations	TM_GHS < TM_TJP	TM_GHS = TM_TJP (ie exonérations du TM)	TM_GHS > TM_TJP
Effectif	131377	511311	14894
%	20%	78%	2%

3. Impact sur la distribution du TM sur l'ensemble des séjours



Le graphique représente les séjours non exonérés du ticket modérateur. Le calcul en base GHS limite la hausse du ticket modérateur facturé aux derniers centiles de population (En base TJP, le seuil du dernier centile de séjours ATM correspond à un TM de 5519€ ; en base GHS, le seuil du dernier centile de séjours ATM correspond à un TM de 1697€). Cependant, le TM reste concentré sur le dernier décile de séjours assujettis au TM.

4. Quels sont les séjours pour lesquels le TM_GHS est inférieur au TM_TJP ?

Le TM baisse pour 131377 séjours, soit 90% des séjours non exonérés de ticket modérateur. La variation de TM est comprise entre 1€ et 14207€, avec une moyenne de 406€ et une médiane de 148€. Ce sont en majorité des séjours de 0 à 2 jours (à 74%). 44% de ces séjours sont enregistrés dans des GHM de très courte durée, pour lesquels la baisse de TM est comprise entre 100 et 200€. Les 56% restants sont principalement enregistrés dans des GHM de niveau de sévérité 1 ou 2, ou non concernés par l'indice de sévérité. Pour ces 56% de séjours, la durée moyenne de séjour est plus longue (3,6 jours) et la baisse de TM est plus importante (766€ en moyenne, supérieure à 309€ dans 50% des cas). On retrouve de nombreux GHM identifiés dans les séjours générant un RAC élevé : « chimiothérapie pour affection non tumorale », « bronchite et asthme, âge inférieur à 18 ans », « éthyisme avec dépendance », « chimiothérapie pour tumeur », « bronchiolites ».

Quels sont les séjours pour lesquels le TM_GHS est supérieur au TM_TJP ?

Le TM augmente pour 14894 séjours. Ces séjours ont un RAC plus élevé que la moyenne des séjours de la base (compris entre 54€ et 11577€ avec une moyenne de 460€ et une médiane de 305€). La variation de TM est comprise entre 1€ et 6256€, avec une moyenne de 116€ et une médiane de 48€. Ce sont en majorité des séjours de 0 à 2 jours (à 80%), associés à des GHM de niveau de sévérité 1 ou non concerné par l'indice de sévérité (à 69%). Les GHM les plus représentés sont « symptômes divers de recours aux soins » (18%), « signes et symptômes respiratoires » (5%), « pneumonies et pleurésies banales » (4%), « explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire » (2%).

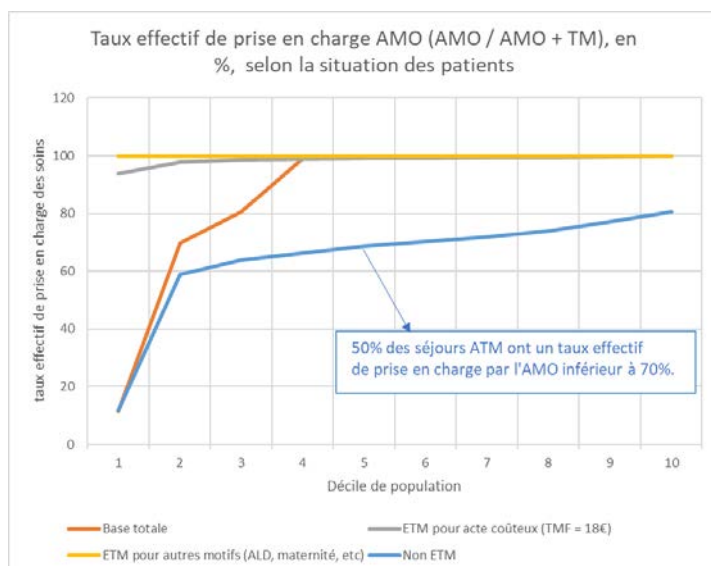
Pour l'AP-HP, la facturation selon le TJP, à un niveau parmi les plus bas des hôpitaux publics a un impact qui peut sembler faible ; néanmoins, d'une part la facturation selon le GHS garantit une égalité de traitement sur le territoire, d'autre part, dans des conditions inchangées d'exonération, elle répartit la charge sur l'ensemble des patients assujettis au paiement du TM.

Annexe 5 : La distribution du taux effectif de prise en charge AMO varie selon la situation de l'assuré. Le 100% est garanti pour les ALD et les régimes exonérants.

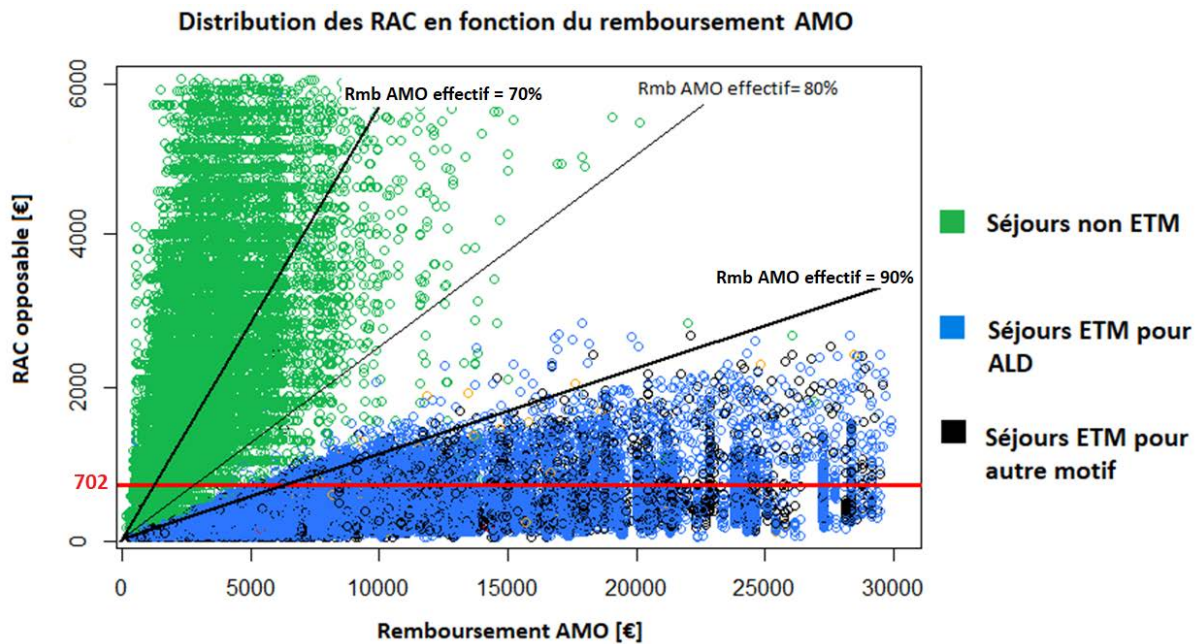
Taux effectif de prise en charge AMO (AMO / AMO + TM), en %, de

Décile de population	Base totale	ETM pour acte coûteux (TMF = 18€)	ETM pour autres motifs (ALD, maternité, etc)	Non ETM	Dernier décile de séjour non ETM
0	11	94	100	12	12
10% (D1)	70	98	100	59	44
20% (D2)	81	99	100	64	49
30% (D3)	99	99	100	66	54
40% (D4)	100	99	100	69	57
50% (D5)	100	99	100	70	60
60% (D6)	100	99	100	72	63
70% (D7)	100	99	100	74	66
80% (D8)	100	100	100	77	69
90% (D9)	100	100	100	81	73
100%	100	100	100	99	93
moyenne	93	99	100	70	59

Lecture : 50% des séjours ATM ont un taux effectif de prise en charge par l'AMO inférieur à 70%.

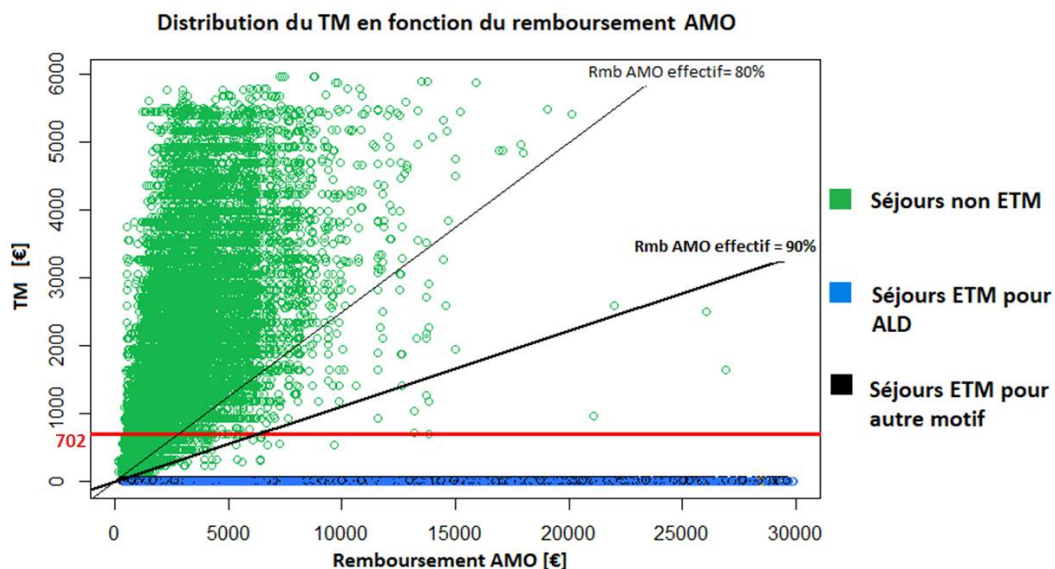


Lecture : ce graphique reprend les résultats présentés dans le tableau précédent. Ainsi, 50% des séjours ATM ont un taux effectif de prise en charge en charge AMO inférieur à 70%.



Lecture : chaque point correspond à un séjour, situé en fonction de son remboursement AMO (axe des abscisses) et de son RAC opposable TM + FJH (axe des ordonnées). On remarque que :

- les séjours ETM (en bleu et noir) peuvent se trouver dans le décile de RAC les plus élevés (>684€) du fait d'un séjour long avec facturation du forfait journalier, mais leur taux de prise en charge AMO effectif reste > 90%
- les séjours non ETM ont une prise en charge AMO moyenne de 70% et plus de 90% d'entre eux ont une prise en charge AMO inférieure à 80%

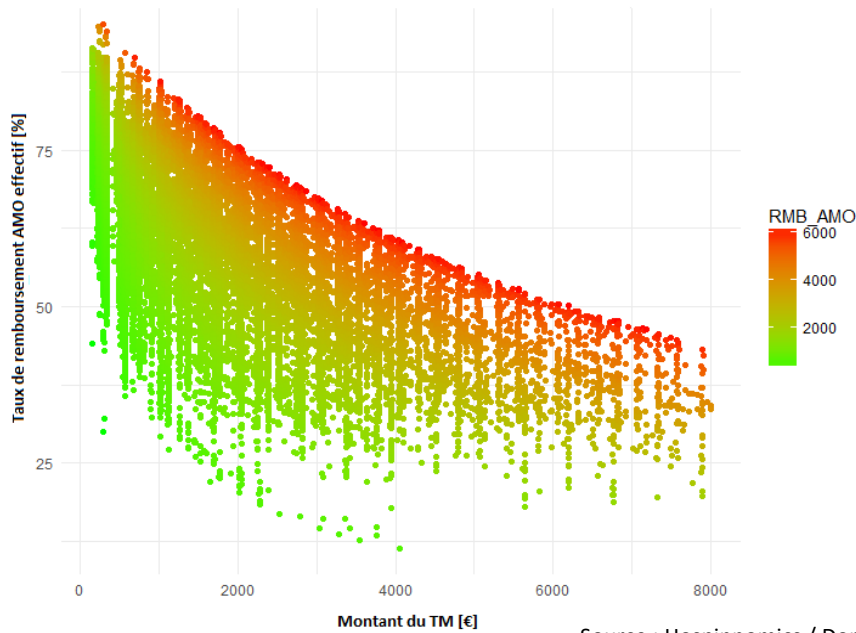


Lecture : même graphique mais s'intéressant au coût des soins (RAC TM)

- les séjours ETM (en bleu et noir) ont un RAC TM de 0€ ou 18€ (acte coûteux) et sont donc pris en charge à 100% ou 99%

- les séjours non ETM ont un RAC TM élevé, et environ 90% d'entre eux ont une prise en charge AMO effective inférieure à 80%

Taux de remboursement AMO effectif en fonction du montant de TM



Source : Hospinnomics / Données PMSI AP-HP 2016

Chaque point du graphique représente un séjour, coloré selon son remboursement AMO et placé dans le repère selon son taux de remboursement effectif et son TM

Observations :

- le taux de remboursement AMO effectif décroît avec le TM
- pour un même montant de TM, on peut avoir un taux de prise en charge AMO très variable
- la distribution en lignes verticales des séjours illustre le fait que pour un même montant de TM (séjours de même durée enregistrés dans le même TJP), le séjour peut être classé dans des GHS très variables

Annexe 6 : Note de travail sur les résultats financiers détaillés du basculement TM/GHS

1 Basculement GHS « sec »

Dans cette hypothèse,

- seule l'assiette de calcul du TM est modifiée ;
- le FJH est rétabli, pour tenir compte de la durée du séjour, comme pour les patients exonérés. Le FJH est donc facturé en sus du TM et reste entièrement à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire³².
- les mécanismes d'exonération du TM demeurent inchangés. Seuls les séjours non exonérés de TM, c'est-à-dire 22% des séjours en MCO en 2016, sont affectés par ce changement d'assiette. Pour 90% d'entre eux, ce changement d'assiette se traduit par une baisse du TM.

Conséquences : Ce changement d'assiette modifie fortement les RAC pour certains patients particulièrement pénalisés par les TJP (séjours longs dans des GHS médicaux) ; redonnant de l'égalité de traitement au système de participation, il réintègre également les bénéficiaires d'une régulation plus médicalisée. Mais, pour l'AP, ce changement d'assiette génère une moindre recette (- 52 M€ pour un TM de 20% GHS) que les scénarios complets viseront à compenser.

2) Basculement GHS avec mécanismes de compensation

- **1er mécanisme de compensation : une augmentation de la participation de l'AMO³³, et conséquences sur les montants TM facturés**

Dans cette hypothèse, on a vu précédemment que 1% d'augmentation des prix GHS avait un rendement de 23 M€. Combinés aux variations de recettes TM que l'augmentation des prix GHS génère mécaniquement, les recettes attendues peuvent être les suivantes :

Financement de la moindre recette TM sur base GHS par la variation de prix GHS		
hypothèse d'augmentation des prix GHS	Coût du passage au TM GHS	nouvelles facturations AP-HP vers AMO
0	-52 M€	0 M€
1%	-51 M€	23 M€
1,50%	-51 M€	34 M€
2%	-50 M€	46 M€
2,20%	-50 M€	50 M€
2,50%	-50 M€	57 M€

³² Il n'apparaît pas ici de variation des recettes FJH car dans tous les calculs des TM en base TJP, la participation due au titre du FJH avait été imputée dans le calcul des recettes FJH en situation de référence, et « déduite » des montants TJP facturables. Les règles de facturation, neutralisent la facturation du FJH quand il y a Ticket modérateur.

³³ Les variations de prix des GHS, proposées par l'ATIH, sont régulières et ne sont jamais « générales » et isomorphes. Cette simplification était néanmoins nécessaire pour la construction des hypothèses.

L'équilibre entre les nouvelles recettes AMO et les moindres recettes TM dues à l'application des tarifs GHS pour les participations des patients non exonérés s'équilibre à +2,2% des prix GHS (ceci incluant les recettes TM conséquentes de ces augmentations) ; on pourrait aussi en déduire que le transfert sur les patients par l'utilisation de la base de facturation TJP est de 2,2% des dépenses GHS !

D'autres mécanismes de compensation que la seule contribution AMO sont envisageables

• **2ème mécanisme de compensation : Augmentation des participations :**

i – TM des séjours non exonérés :

Tout en maintenant la base GHS de calcul des participations TM, on envisage une augmentation du taux de TM. Trois hypothèses de taux de TM sont envisagées : le TM « réglementaire » de 20% et une hypothèse de taux de TM à 25%, puis 30%, compensant en quelque sorte la suppression du TJP. Au taux de 30%, l'AP n'a quasiment pas de perte, et ce taux mettrait les participations hospitalières au niveau de la médecine de ville, ce qui pourrait faciliter la transition vers des parcours de soins ville/hôpital. Néanmoins, sans mécanisme d'écrêtement, le coût pour l'utilisateur peut rester très élevé. Avec une telle variante, qui ne sera pas reprise dans les scénarios testés, on a des participations neutres financièrement pour l'établissement, mais on perd quasiment le bénéfice de la réforme pour l'utilisateur.

Conséquences comparées des recettes TM AP-HP en base TJP et base GHS, selon trois hypothèses de taux de TM.					
	Base TJP TM=20%	Base GHS TM=20%	Base GHS TM=25%	Base GHS TM=30%	
Recettes TM	101 M€	52 M€	73 M€	94 M€	
Différentiel pour l'AP	//	-49 M€	-37 M€	-7 M€	

ii – Participation à charge des complémentaires pour les séjours en ALD

Dans cette hypothèse, les TM sont calculés en base GHS et nous faisons l'hypothèse d'une facturation selon le statut du séjour. Pour les séjours en ALD, l'hypothèse est d'instaurer une participation proportionnelle (ou forfaitaire) prise en charge par le tiers payeur. Pour un séjour en ALD, plusieurs valeurs sont testées : 1% du GHS, 3% du GHS, 5% du GHS.

Ce mécanisme génère des recettes significatives (62 millions d'euros pour une participation à 5% du GHS) ; cette participation peut, pour les complémentaires venir compenser les moindres dépenses de TM des séjours ATM lors du basculement d'une base TJP à une base GHS.

iii : Les actes coûteux :

Simulation de l'impact d'une augmentation du TM forfaitaire (de 18 à 20 euros)

• **3ème mécanisme de compensation : un forfait d'entrée uniforme pour tous les séjours**

Dans cette hypothèse, le TM est calculé en base GHS, les conditions d'exonération du TM restent inchangées. Nous introduisons un forfait d'entrée uniforme pour tous les séjours.

L'objectif est d'évaluer le rendement pour l'AP-HP de ce forfait d'entrée par rapport au coût supplémentaire qu'il représente pour chaque usager.

Annexe 7- La réduction des inégalités de RAC par l'écrêtage des facturations

- 1er mécanisme de limitation des RAC : un bouclier uniforme pour tous les séjours

Dans cette hypothèse, le montant de RAC d'un séjour est limité à une valeur plafond, ce qui génère une perte pour l'AP-HP. Ce mécanisme permet mécaniquement de limiter les RAC élevés. Cela se traduit aussi par une baisse de la concentration des RAC, les séjours avec RAC élevés assumant comparativement un montant de RAC cumulés plus faible qu'avant la réforme.

Dans ces hypothèses le bouclier porte sur la totalité du RAC, TM+FJH. Les séjours longs sont donc potentiellement concernés. (30j de FJH (20€) = 600€

Nous testons ainsi plusieurs valeurs de boucliers et mesurons la perte de recettes de l'AP. Elles se cumulent ici avec les pertes sur les recettes TM

Scénarios boucliers GHS sans combinaison avec d'autres scénarios	Perte M€ à financer si TM+FJH+Bouclier	Perte bouclier seul (TM GHS = -52 M€
Bouclier sur 10% de RAC les plus élevés base GHS, sans hausse AMO : 515€	-78 M€	- 26M€
Bouclier sur 5% RAC les plus élevés base GHS, sans hausse AMO : 853€	-66 M€	- 14M€
Bouclier sur RAC base GHS sans augmentation AMO : 1000€	-62 M€	- 10 M€
Bouclier sur RAC base GHS sans augmentation AMO : 1500€	-57 M€	- 5 M€
Bouclier sur 1% RAC les plus élevés base GHS, sans hausse AMO : 1724€	-55 M€	- 3 M€
Bouclier sur base RAC GHS sans augmentation AMO : 2000€	-54 M€	- 2 M€

Le tableau se lit : Pour un écrêtage au dernier centile de RAC, dans un contexte de facturation des TM sur base GHS (1724€), la moindre facturation de l'AP-HP est de 55 M€ au titre des TM ; la « perte » due à l'écrêtage est de 3 M€.

- 2ème mécanisme de limitation des RAC : un bouclier différencié ETM/ ATM

On envisage également de facturer un forfait ou une participation aux séjours exonérés du TM. Cette mesure peut combiner un écrêtage spécifique pour les séjours ETM et un bouclier pour les autres séjours.