



## **Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)**



## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b><i>Une méthode de fixation des tarifs désormais stabilisée.</i></b>	<b>9</b>
1.1	<b>Rappel de la méthode de construction des tarifs.</b>	<b>10</b>
1.1.1	Une hiérarchie des coûts est déterminée à partir des données de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC).	10
1.1.2	Les tarifs « bruts » visent à respecter la contrainte de l'ONDAM.	11
1.1.3	Les tarifs « repères » visent à activer la politique tarifaire afin de soutenir les orientations des politiques de santé.	11
1.1.4	Les tarifs publiés intègrent la gestion des « effets revenus » pour les établissements	12
1.2	<b>Les évolutions de l'Etude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune (ENCC)</b>	<b>13</b>
1.2.1	L'ENCC fait l'objet d'une méthodologie robuste qui repose largement sur l'accompagnement des établissements.	14
1.2.2	L'extension de l'ENCC à l'hospitalisation à domicile (HAD).	15
1.3	<b>Les adaptations récentes</b>	<b>15</b>
1.3.1	La classification des GHM (version 11).	16
1.3.2	Les autres évolutions du modèle visent à mieux prendre en compte la diversité des missions des établissements	17
1.3.3	La convergence ciblée	18
1.4	<b>Un modèle généralisé à l'ensemble des établissements de santé MCO</b>	<b>18</b>
1.4.1	Le service de santé des armées (SSA)	18
1.4.2	Les établissements de Guyane	18
1.4.3	La préparation des ex hôpitaux locaux	19
1.4.4	Le projet d'extension aux cabinets libéraux de radiothérapie	19
<b>2</b>	<b><i>La T2A, un levier de transformation de l'offre de soins.</i></b>	<b>20</b>
2.1	<b>L'impact sur les activités et les comportements des établissements.</b>	<b>20</b>
2.1.1	Evolution du nombre de séjours en MCO	20
2.1.2	Evolution du volume économique	22
2.1.3	Les durées moyennes de séjour (DMS)	22
2.1.4	Les évolutions par catégorie majeure de diagnostic (CMD).	23
2.1.5	Zoom sur quelques activités spécifiques	24
2.1.5.1	La chirurgie ambulatoire	24
2.1.5.2	Les soins palliatifs	28
2.2	<b>L'impact sur la situation financière des établissements et leur productivité</b>	<b>30</b>
2.2.1	La situation financière des établissements publics.	30
2.2.2	La situation financière des établissements privés.	32
<b>3</b>	<b><i>L'intégration de la T2A dans une démarche de gestion du risque cohérente</i></b>	<b>34</b>
3.1	<b>Le modèle limite les incitations à l'optimisation du codage</b>	<b>34</b>
3.2	<b>Les consignes de codage évoluent régulièrement afin d'éviter les biais</b>	<b>35</b>
3.3	<b>Les contrôles de la CNAMTS</b>	<b>35</b>
3.4	<b>La facturation individuelle des établissements de santé à l'encontre de l'assurance maladie permettra de renforcer le contrôle médico-économique</b>	<b>36</b>
3.5	<b>La pertinence des séjours et des actes</b>	<b>36</b>
3.6	<b>La prise en compte de la qualité</b>	<b>37</b>
3.6.1	Le développement des indicateurs de qualité (HPST)	37
3.6.2	L'opportunité et les modalités de la prise en compte de la qualité dans le modèle de financement sont à l'étude	38

<b>4</b>	<b><i>L'extension du modèle au-delà du champ MCO</i></b>	<b>38</b>
4.1	L'extension du modèle aux SSR	39
4.2	La psychiatrie	40
<b>5</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>42</b>
5.1	ANNEXE 1 : exemples étrangers de tarification à l'activité	42
5.2	ANNEXE 2 : évolutions des composantes du modèle T2A	43
5.3	ANNEXE 3 : décomposition des recettes ODMCO par secteur	44
5.4	ANNEXE 4 : liste des catégories majeures de diagnostic (CMD)	45
5.5	ANNEXE 5 : évolution des séjours	46
5.6	ANNEXE 6 : évolution du volume économique des séjours	47
5.7	ANNEXE 7 : catégories d'activités de soins	49
5.8	ANNEXE 8 : évolution des séjours par catégories majeures de diagnostic (CMD)	51
5.9	ANNEXE 9 : évolution des 18 racines de chirurgie ambulatoire (J et niveau de sévérité 1) - secteur ex-DG	54

## INTRODUCTION

---

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne mission au Gouvernement « *de présenter avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés* ».

Ce rapport précisera « *notamment les dispositions prises* :

- *pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;*
- *pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;*
- *pour tenir compte des cas particuliers des établissements situés dans des zones de faible densité démographique, zone de revitalisation rurale ou zone de montagne. »*

Le texte prévoit par ailleurs que jusqu'en 2018, ce rapport soit transmis en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence, et complété, le 15 octobre au plus tard, par un rapport portant sur les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Les trois rapports sont ainsi appelés à donner une vision exhaustive des impacts de la réforme du financement des établissements de santé.

Le financement des établissements de santé a en effet été profondément modifié avec l'instauration de la tarification à l'activité par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. Jusqu'alors coexistaient 2 grandes modalités de financement :

- la dotation globale (DG) pour les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) : il s'agissait d'une enveloppe de fonctionnement calculée sur une base historique reconduite de façon uniforme selon un taux de croissance fixé chaque année ;
- des paiements à l'activité pour les établissements privés à but lucratif répartis entre des forfaits de prestations rémunérant la structure et des honoraires correspondant aux actes des médecins. Les forfaits de prestations, encadrés par l'objectif quantifié national (OQN), résultaient de négociations entre les ex agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les fédérations régionales.

S'appuyant sur les travaux menés depuis plusieurs années et notamment sur l'expérience des points ISA<sup>1</sup>, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 a prévu la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui fonde désormais le financement de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sur l'activité qu'ils réalisent. Cette réforme poursuivait trois objectifs, comme dans tous les pays industrialisés où elle a été mise en œuvre :

- assurer une plus grande **transparence** dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins ;
- rendre le financement **plus équitable** dans la mesure où le même prix est payé pour un même service pour tous les fournisseurs de soins ;
- améliorer **l'efficience**, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du système de production de soins.

---

<sup>1</sup> Indicateurs synthétiques d'activité

La T2A s'applique aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), y compris aux activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile (HAD), des travaux étant en cours pour l'étendre aux anciens hôpitaux locaux, aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et aux activités de psychiatrie, temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme.

En 1<sup>er</sup> lieu, seront rappelés les principes généraux de la T2A puis, seront décrites :

- la méthode de fixation des tarifs ;
- les adaptations du modèle ;
- son intégration dans la gestion du risque ;
- son extension au-delà du champ MCO.

Le présent rapport est également l'occasion de mettre en évidence les évolutions apportées en 2010 pour améliorer l'efficacité du modèle ainsi que les apports de la loi HPST pour tirer le meilleur parti de cette tarification

## Rappel

La T2A (schéma joint en annexe 1) a été mise en place en 2004 dans les établissements de santé publics et privés anciennement sous dotation globale (10% du financement des activités en 2004, 50% en 2007 et 100% en 2008) et en 2005 dans les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national de dépense (directement à 100%).

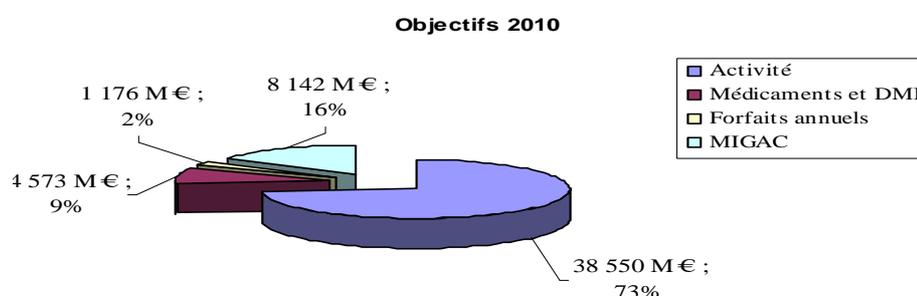
Elle a été conçue en prenant en compte les spécificités du système de soins français : libre parcours du patient, forte hétérogénéité des modes de prise en charge et des populations accueillies, coexistence de plusieurs secteurs d'hospitalisation ....C'est pourquoi, le modèle mis en place est un modèle mixte composé :

⇒ **D'une partie « financement à l'activité », comprenant :**

- un compartiment principal constitué par une tarification prospective<sup>2</sup> et forfaitaire des prestations d'hospitalisation (notamment groupes homogènes de séjour ou GHS), les soins et actes réalisés dans les consultations externes étant financés sur la base des nomenclatures existantes (nomenclature générale des actes professionnels ou NGAP, classification commune des actes médicaux ou CCAM, nomenclature des actes de biologie médicale ou NABM) ;
- des forfaits annuels, mis en place pour financer les structures de certaines activités spécifiques :
  - le forfait annuel « Urgences » (FAU), destiné à couvrir les charges de structure et de fonctionnement des services d'accueil des urgences autorisés ;
  - le forfait « coordination des prélèvements d'organes » (CPO) destiné à couvrir les rémunérations des personnels concernés, les astreintes des infirmières coordinatrices ;
  - le forfait annuel « greffes » (FAG), destiné à rémunérer les frais de coordination, transport des équipes, astreintes, typages HLA, gestion des greffons de cellules souches hématopoïétiques...
- le financement, en sus des GHS, de médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement onéreux inscrits sur une liste mise en place afin, notamment, de garantir à chaque patient, quel que soit son lieu d'hospitalisation, un égal accès aux traitements et innovations prescrits.

⇒ **D'une partie qui ne peut pas être, définitivement ou transitoirement, intégrée dans les tarifs :** les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les activités placées dans ce champ sont essentiellement liées à l'accomplissement de missions de service public (soins pour les détenus dans les unités de consultation et de soins ambulatoires ou UCSA, missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation ou MERRI...) et à la mise en œuvre des plans de santé publique (financement des centres de référence pour le cancer, ou les maladies rares, pour les soins palliatifs, le DPI, les lactariums, les centres antidouleurs etc....). Elles comportent également une composante d'aide à la contractualisation ou AC (soutien à l'investissement, aide au retour à l'équilibre ou au démarrage d'activités nouvelles...).

Pour 2010, la répartition correspondant à ces différents compartiments est la suivante :



<sup>2</sup> On parle de paiement prospectif car les tarifs sont connus avant la réalisation de l'activité.



## 1 UNE METHODE DE FIXATION DES TARIFS DESORMAIS STABILISEE.

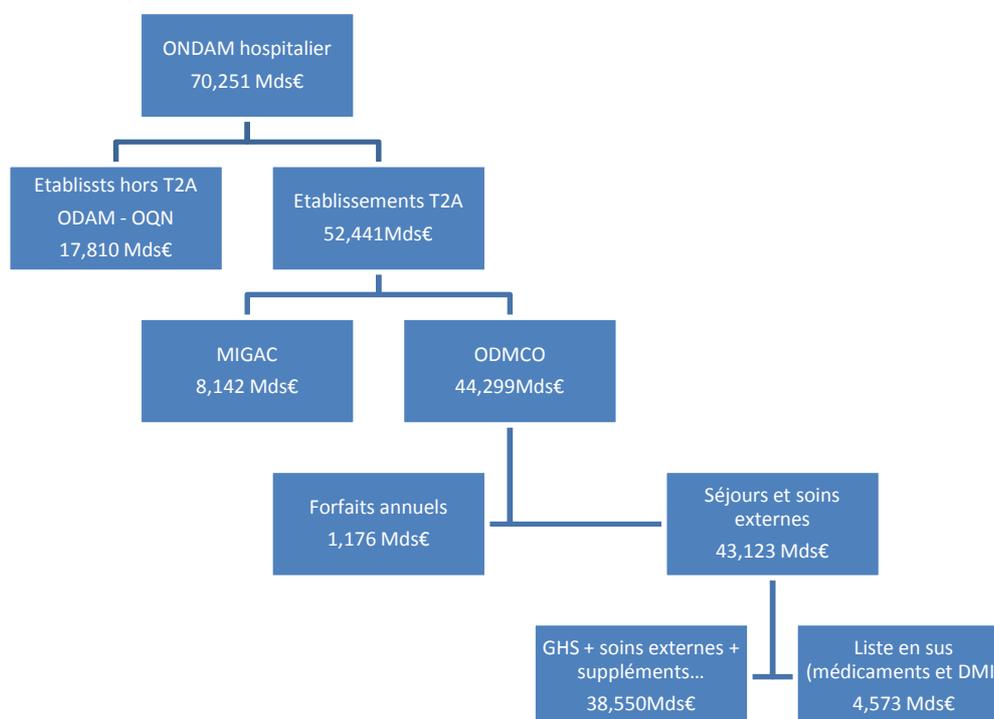
La première partie de ce rapport s'intéresse à la méthode de construction des tarifs des activités de soins de courte durée. D'apparence très technique, cet aspect de la tarification à l'activité est en réalité essentiel car il permet de comprendre comment s'articulent les différents objectifs du système et comment les choix du Parlement, en particulier touchant au niveau de l'ONDAM, sont ensuite mis en œuvre et impactent directement les décisions tarifaires. Les outils utilisés, et notamment l'étude nationale de coûts, apparaissent à cet égard centraux, mais aussi profondément originaux, dans la définition et l'évolution du modèle français de T2A.

Cette méthode est désormais stabilisée, ce qui constitue un signe incontestable de maturation du système et correspond à une attente forte des acteurs, désireux de bénéficier d'une vision à moyen terme sur la manière dont les financements hospitaliers sont pilotés et dont les évolutions sont susceptibles de les affecter.

La construction tarifaire a pour objectif d'adapter au mieux les ressources hospitalières à la typologie de l'activité et, par conséquent, à l'évolution de la demande en soins de la population. Elle s'appuie sur les données de coûts de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune pour les secteurs public et privé (ENCC), dans la limite de la masse tarifaire définie dans le cadre de l'ONDAM.

L'ENCC est conduite par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) auprès d'établissements des deux secteurs dûment préparés et contrôlés aux fins d'assurer la qualité des données recueillies. Ceci permet d'approcher la réalité des coûts de façon plus précise, dans la plupart des cas, que sur la base d'études réalisées à dire d'experts.

Pour 2010, l'ONDAM hospitalier se répartit comme suit :



- ODAM : objectifs des dépenses d'assurance maladie (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie des établissements de santé antérieurement sous dotation globale et unités de soins de longue durée)
- OQN : objectif quantifié national (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie des établissements de santé privés)
- ODMCO : objectifs des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
- MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

- *GHS : groupes homogènes de séjour*
- *GHT : groupes homogènes de tarifs (hospitalisation à domicile)*
- *GHM : groupes homogènes de malades.*

En 2010, la construction tarifaire a été guidée par une volonté de stabilisation et de clarification de la méthode par rapport aux importantes évolutions de la campagne 2009 (cf. infra V11) ; seules quelques évolutions de la classification des GHM ont été réalisées, afin de répondre aux attentes exprimées par les professionnels.

### **1.1 Rappel de la méthode de construction des tarifs.**

La manière dont sont construits les tarifs est essentielle dans un modèle de paiement des établissements puisqu'elle conditionne la capacité du système à atteindre ses objectifs. Elle est inmanquablement complexe. En effet, cette construction doit tenir compte de plusieurs objectifs très différents :

- hiérarchie des tarifs conforme aux coûts de production afin de ne pas créer de sous ou de sur-rémunération pour certaines prestations de soins ;
- respect de l'ONDAM (52,458 milliards d'euros en 2010) ;
- activation de la politique tarifaire afin de mettre en œuvre des objectifs de santé publique (cancer, soins palliatifs...) ou d'inciter à l'évolution des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire) ;
- prise en compte des capacités d'adaptation des établissements et de leur besoin de stabilité, en limitant les effets des échelles de tarifs sur leurs recettes, donc l'évolution de chaque tarif d'année en année. Cette étape devrait en principe disparaître une fois que les tarifs auront atteint les tarifs « repère », par réduction progressive des écarts.

La méthode de construction utilisée en France suit quatre étapes, qui visent à répondre à ces quatre objectifs. Elle est désormais stabilisée puisqu'elle a été appliquée à l'identique lors des campagnes tarifaires 2009 et 2010. Cette stabilité de la méthode, même si certains paramètres peuvent bien évidemment changer du fait de l'actualisation des données, vise à répondre au souhait des acteurs et observateurs de bénéficier d'une bonne lisibilité sur ce système. Ses différentes étapes sont les suivantes :

- hiérarchisation des coûts ;
- tarifs bruts ;
- tarifs repère ;
- tarifs publiés ou de campagne.

#### **1.1.1 Une hiérarchie des coûts est déterminée à partir des données de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC).**

**A partir de l'exploitation des données de coûts de l'ENCC et après application de la classification des GHM**, est calculé un coût moyen pour chaque GHM avec le même périmètre que celui des tarifs (par exemple, exclusion des médicaments et dispositifs médicaux implantables de la liste en sus, intégration des charges de structure...). Cette construction basée sur les « coûts moyens » est de méthodologie classique dans le domaine de la régulation.

Il s'agit d'un principe de base de la T2A, retenu dans quasiment tous les pays qui l'ont mise en œuvre. Il vise à tenir compte de la réalité de la structure économique des établissements. En effet, construire sur la base du coût le plus bas observé négligerait le constat que les coûts fixes ne sont pas couverts de la même manière par chaque service dans chaque établissement et conduirait donc à tordre la hiérarchie tarifaire. Ceci reviendrait à sur ou sous-financer de manière importante certaines prestations et donc à générer des effets de rente ou au contraire des désincitations à assurer certaines prestations ; des prix trop faibles pour couvrir les coûts de certaines prestations pourraient nécessiter des efforts de

productivité susceptibles d'affecter négativement l'accès aux soins hospitaliers ou de compromettre la qualité du service, en particulier la diffusion ou le développement de nouvelles technologies.

En d'autres termes, le coût le plus bas ne peut en réalité qu'être atteint par une structure de production très particulière : établissement très spécialisé aux processus extrêmement industrialisés et dont l'activité se caractériserait par une gamme restreinte, une programmation stable et une taille optimale en termes d'économies d'échelle. Autant dire que ce type ne pourrait être généralisé sans mettre en danger l'offre de soins, laquelle doit répondre aux urgences et offrir une gamme de soins suffisamment large pour rester géographiquement accessible.

Par ailleurs, la notion de coût moyen est nuancée dans la pratique tarifaire pour prendre en compte la diversité des profils des patients. Cette approche de la diversité du réel est assurée à la fois par un nombre suffisamment important de GHM (c'est tout l'enjeu de la classification et de ses actualisations successives) et la capacité de décrire la réalité de la charge en soins de chaque séjour : indice de gravité, diagnostics secondaires, durée, voire de compenser certains surcoûts en dehors des tarifs : situation de précarité du patient par exemple.

De plus, l'application d'une contrainte globale traduisant un effort de productivité à produire par l'ensemble des acteurs de l'hospitalisation permet une mise sous tension vers le même objectif de recherche d'efficience ; c'est la raison pour laquelle l'ONDAM est construit tous les ans en intégrant d'emblée un effort d'économies.

### **1.1.2 Les tarifs « bruts » visent à respecter la contrainte de l'ONDAM.**

L'échelle des coûts n'est toutefois qu'un des éléments de la construction tarifaire. Les données de coûts sont mobilisées pour **hiérarchiser** les tarifs les uns par rapport aux autres. Cette hiérarchie fait ensuite l'objet d'une contrainte de manière à ce que la somme de l'activité prévue en volume pour tous les GHS n'engendre pas une dépense globale supérieure à celle permise par l'objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO), masse tarifaire consacrée aux activités de MCO. En conséquence, il serait tout à fait inexact de prétendre que l'approche des tarifs par les coûts moyens est par nature inflationniste, puisque la référence à l'ODMCO est introduite dès la construction des tarifs bruts.

Le calibrage des tarifs n'est donc pas directement issu des données des coûts. **C'est le niveau de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui détermine le niveau tarifaire.**

Est ainsi construite une première échelle tarifaire, dite échelle de **tarifs bruts** qui a pour particularité de distribuer la masse financière prévue dans le cadre de l'ONDAM pour les établissements de santé, tout en respectant la hiérarchie, établie selon la classification en vigueur, issue des données de coûts relatives à l'ENCC propre à chaque secteur.

### **1.1.3 Les tarifs « repères » visent à activer la politique tarifaire afin de soutenir les orientations des politiques de santé.**

Cette échelle de tarifs bruts fait ensuite l'objet de « torsions » pour construire les tarifs repères dans l'optique de préserver les objectifs de santé publique ou de mettre en œuvre des politiques tarifaires incitatives. Pour les activités ciblées, la tendance des tarifs « bruts » issus de l'ENCC est retenue mais la prise en compte des **objectifs des plans de santé publique ou des politiques incitatives** constitue une contrainte forte d'évolution s'appliquant sur les tarifs « bruts » pour élaborer des tarifs « repères ».

Dans le cadre des campagnes 2009 et 2010, les activités suivantes ont fait l'objet de politiques spécifiques destinées à encourager leur développement :

- **prise en charge du cancer** : maintien de la ressource alors que les tarifs auraient dû diminuer ;
- **soins palliatifs** : écart accru entre les tarifs d'hospitalisation en lits et unités spécialisées par rapport à une hospitalisation en lit standard, le développement des soins palliatifs constituant une priorité nationale ;
- **activités dites « lourdes »**, c'est-à-dire très spécialisées et/ou pointues : maintien des tarifs quand ils auraient dû diminuer au regard de l'évolution de leurs coûts ;
- **périnatalité** : maintien de l'écart tarifaire existant, alors qu'il aurait dû mécaniquement s'accroître, entre les tarifs de l'accouchement par voie basse et ceux de la césarienne et de l'accouchement par voie basse avec complication, de manière à éviter toute incitation à la pratique de la césarienne, voire à la réduire.
- **chirurgie ambulatoire** : pour 19 GHM (vs 18 en 2009), mise en place d'un même tarif pour la prise en charge ambulatoire et pour le premier niveau de prise en charge en hospitalisation complète (cf. infra) ;
- **AVC dans le secteur ex-DG** : afin de répondre aux besoins et d'améliorer les filières de prise en charge, maintien de la ressource alors que les tarifs auraient dû diminuer.

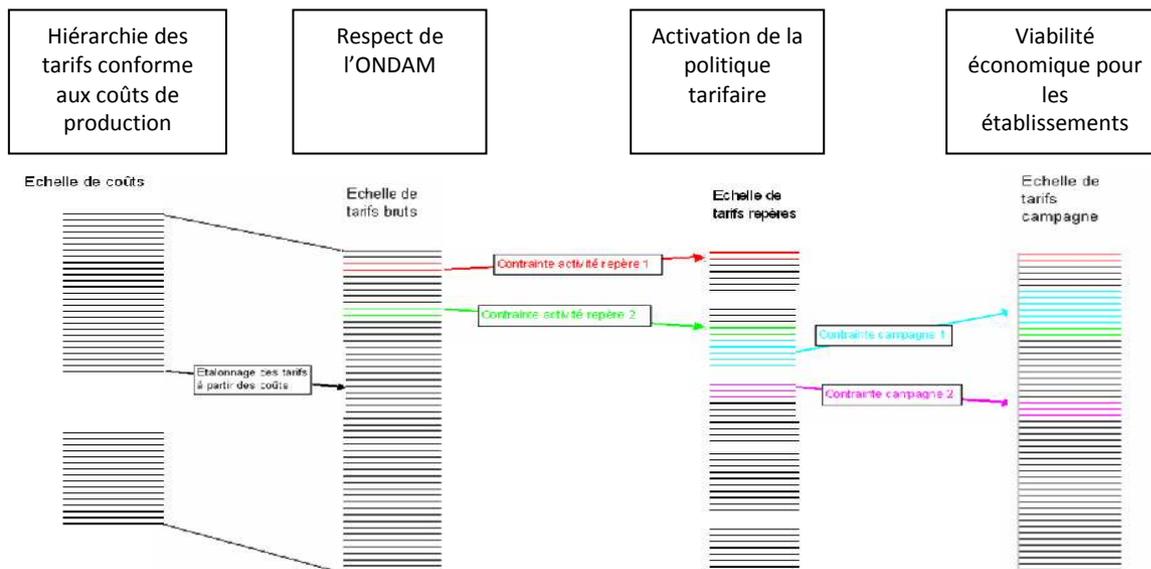
#### 1.1.4 Les tarifs publiés intègrent la gestion des « effets revenus » pour les établissements

Enfin, les tarifs correspondant à la campagne sont issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements. Il s'agit de veiller à ne pas déstabiliser les établissements dont les évolutions suscitées par la politique tarifaire mise en œuvre doivent néanmoins respecter leurs capacités d'adaptation sur un laps d'un an.

Les coûts moyens issus de l'ENCC permettent donc de hiérarchiser les tarifs puis de les ajuster pour tenir compte :

- des contraintes de l'ONDAM (52,458 milliards d'euros en 2010) ;
- des objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives (cancer, soins palliatifs, chirurgie ambulatoire ... en 2010) ;
- des capacités économiques des établissements, en limitant les effets des variations des échelles de tarifs sur leurs recettes.

Ces différentes étapes sont récapitulées dans le schéma ci-après.



Source : ATIH

Les tarifs, une fois définis, sont par ailleurs soumis à l'application d'un coefficient de transition, dans l'objectif d'assurer leur convergence intra sectorielle. Ce mécanisme est décrit dans le rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire.

## 1.2 Les évolutions de l'Etude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune (ENCC)

L'ENCC concerne les secteurs d'hospitalisation public et privé et remplit trois objectifs :

- la détermination de coûts moyens par GHM ;
- la publication de ces coûts moyens, décomposés par grands postes de charges, afin que les établissements puissent comparer leurs propres coûts ;
- la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

L'ENCC constitue une spécificité du modèle français, dans la mesure où la plupart des autres pays utilisant une tarification à l'activité ont choisi de fixer les tarifs soit à dire d'experts, soit sur la base d'études de coûts exhaustives. Le choix français vise à combiner l'objectivité d'une étude de coûts et la fiabilité des données, qui n'est possible qu'avec un échantillon limité d'établissements mais dont le niveau de diversité permet de couvrir un large éventail des cas traités. Ce modèle intéresse à l'heure actuelle d'autres pays et notamment la Grande-Bretagne.

Depuis 2009, des données de coûts sur les deux secteurs (ex dotation globale et cliniques privées) sont disponibles selon une méthodologie commune. Cette évolution est essentielle puisqu'elle permet des comparaisons mieux assises des coûts des deux secteurs et une convergence des méthodes de construction. L'année 2009 marque également l'entrée effective des champs HAD (hospitalisation à domicile) et SSR (soins de suite et de réadaptation) dans l'ENCC.

Bien que déjà performant, cet outil continue d'évoluer vers une plus grande précision des charges imputées (charges de personnel aujourd'hui imputées « à la journée »), mais aussi dans la méthode.

### **1.2.1 L'ENCC fait l'objet d'une méthodologie robuste qui repose largement sur l'accompagnement des établissements.**

L'Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC) a été élaborée pour disposer des instruments permettant une mesure analytique des coûts des établissements. La méthodologie permettant d'aboutir à la production d'un coût de séjour MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) est le fruit d'un travail très important réalisé dans le cadre du comité de pilotage de l'ENC, qui comprend l'administration et les fédérations hospitalières. Elle s'inscrit dans le prolongement des méthodologies des ENC publique et privée et prend en compte les spécificités liées au statut et au mode d'organisation des établissements.

Concernant l'ENCC données 2009, l'échantillon est composé :

- pour le champ MCO de 52 établissements ex-DG et 17 ex-OQN,
- pour le champ HAD de 26 établissements publics et privés ;
- pour le SSR de 31 établissements sous DAF et 20 sous OQN.

L'ATIH porte une attention particulière à la qualité des données transmises par les établissements. Une politique qualitative renforcée est ainsi menée tout au long des différentes étapes du processus de validation des données. La recherche de la qualité repose sur des caractéristiques fortes dans plusieurs domaines allant du choix de l'échantillon, de la constitution du recueil de données sécurisées par des contrôles, aux intervenants et à la relation avec les établissements de santé.

L'échantillon de chaque ENCC doit obéir à certaines règles. L'échantillon doit être représentatif de l'offre de soins grâce à la participation des établissements de santé de tous les types. Le choix raisonné de l'échantillon induit une qualité accrue des évaluations issues des données collectées, puisqu'une représentation de chaque segment d'activité est recherchée. Les établissements retenus dans le cadre du choix raisonné font l'objet d'un accompagnement pendant une période d'au moins une année pour permettre leur intégration dans l'échantillon dans des conditions compatibles avec les exigences de qualité de l'ENCC. De manière symétrique, la stabilisation de l'échantillon apporte un effet d'expérience qui permet aux établissements de s'approprier une méthodologie complexe et donc de produire des données de qualité. Les établissements font enfin l'objet d'un accompagnement financier visant à neutraliser pour eux le coût de leur participation à l'ENCC, représentant environ l'équivalent d'un ETP par établissement.

Le recueil est constitué d'établissements répondant favorablement aux exigences qualitatives liées à la production de références de coûts fiables aux yeux des acteurs. Ces critères reposent sur la méthodologie de l'ENCC qui permet une imputation précise des dépenses en incitant au développement de l'affectation des dépenses médicales directement aux séjours. De plus, une charte qualité fixe des objectifs tels que : les indicateurs d'exhaustivité, le taux de suivi des dépenses au séjour, l'identification obligatoire de certaines activités et les recommandations ciblées.

Les nombreux contrôles mis en place par l'ATIH renforcent la qualité des données et assurent une représentativité pertinente avec les objectifs de l'ENCC. Pour intégrer l'échantillon, chaque établissement fait l'objet d'une sélection sur la base d'un questionnaire permettant d'évaluer son aptitude à répondre aux exigences de l'étude. Des contrôles préalables à chaque campagne sur la situation de l'établissement permettent de s'assurer du bon déroulement de l'étude. Une évolution constante des indicateurs de contrôle permet d'appréhender la cohérence des données médicales et comptables. Enfin les données sont recueillies par les établissements avec l'aide de superviseurs (experts en contrôle de gestion sélectionnés par l'ATIH), permettant de mieux cibler les contrôles.

Les intervenants dans le processus de l'ENCC répondent à des critères d'expertises et d'expériences dans le domaine de l'hospitalisation du secteur public et privé. Le pôle ENC de l'ATIH est composé

d'experts en contrôle de gestion, de chefs de projet et de statisticiens avec un appui médical fort. Les superviseurs sont des spécialistes du contrôle de gestion en milieu hospitalier. Enfin, l'ATIH préconise dans les établissements de santé la constitution d'une équipe projet dédiée à l'ENC.

La relation avec les établissements repose sur un accompagnement complet tout au long des étapes de l'ENCC. Tout d'abord, la connaissance précise des établissements passe par une visite sur site des nouveaux participants à l'étude. Un audit des établissements en difficulté est réalisé systématiquement pour déterminer les points d'achoppement et proposer des solutions adéquates.

L'objectif aujourd'hui, n'est pas tant d'augmenter le nombre d'établissements participants que d'améliorer la précision du calcul des coûts et, à cet effet, de faire évoluer l'échantillon dans le sens d'une meilleure représentativité de chaque catégorie majeure de diagnostic (CMD), et de préserver la qualité des données. A cet effet, une procédure d'échantillonnage raisonné a été mise en place en 2010 ; elle permet de cibler l'étude sur des catégories de prise en charge spécifiques avec l'aide d'établissements volontaires, n'appartenant pas à l'échantillon mais capables d'améliorer les calculs en s'intégrant au référentiel existant, sans accompagnement (hormis quelques jours) ni financement spécifique.

### **1.2.2 L'extension de l'ENCC à l'hospitalisation à domicile (HAD).**

L'hospitalisation à domicile est financée en tarification à l'activité, depuis 2006. Le modèle défini est issu d'une étude conduite par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) au cours de l'année 1999 sur la base du recueil d'informations médicalisées que doivent produire ces établissements conformément à l'arrêté du 31 décembre 2004. Il est fondé sur une tarification forfaitaire à la journée, qui articule et pondère les éléments d'un mode de prise en charge<sup>3</sup> principal et le cas échéant secondaire, avec un score de dépendance et de durée de séjour qui introduit le séjour dans un groupe homogène de tarif (31 GHT).

A ce jour, en dépit d'un périmètre légèrement différent (les honoraires des médecins ne sont pas inclus dans les tarifs privés), les tarifs des secteurs public et privé sont identiques.

L'objectif est de constituer en fin d'année 2011, à partir de l'activité 2009 et sur un rythme annuel, une base nationale de données médico-économiques permettant de produire des référentiels nationaux de coûts, couvrant les deux secteurs. La méthodologie de cette ENCC, définie en concertation avec les fédérations d'établissements, vise à en faire :

- un outil de régulation ;
- un outil d'aide à la gestion pour les établissements qui pourront comparer leurs résultats à ceux de l'ENCC ;
- une base d'allocation plus équitable des ressources de l'assurance maladie.

## **1.3 Les adaptations récentes**

La souplesse du modèle permet la prise en compte rapide de l'évolution des pratiques et des organisations. Les différents « compartiments » qui le composent s'ajustent au fil des besoins. Ainsi, la liste des molécules onéreuses permet de prendre en compte les évolutions thérapeutiques. Par ailleurs le financement par dotation MIG permet de compenser certains éléments de surcoûts auxquels sont confrontés les établissements et que ne mesure pas la classification, par exemple l'accueil des populations en situation de précarité.

---

<sup>3</sup> Il existe 27 modes de prise en charge, par exemple « Soins palliatifs » ou « post-partum physiologique ».

### 1.3.1 La classification des GHM (version 11).

Depuis sa première version publiée en 1986, la classification des GHM a fait l'objet d'actualisations régulières. Elle a été profondément modifiée lors de la campagne 2009 avec la mise en œuvre de la version 11. Quelques évolutions majeures peuvent être rappelées :

- création de 4 niveaux de sévérité par GHM, permettant de mieux prendre en compte la gravité des pathologies et la charge en soins des patients ainsi que les effets de l'âge ; cette description plus fine des séjours s'est traduite par une augmentation du nombre de GHM, passé de 800 à 2 291.

Exemple : le GHM 01C08 relatif aux interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques a été découpé comme suit en 4 niveaux de sévérité (dernier chiffre du GHM) auxquels s'ajoute l'hospitalisation de jour (niveau J).

GHS	GHM	Libellés	Tarifs
38	01C08 1	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 1	2 729 €
39	01C08 2	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 2	7 058 €
40	01C08 3	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 3	9 801 €
41	01C08 4	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, niveau 4	13 643 €
42	01C08 J	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, en ambulatoire	1 357 €

- redéfinition du diagnostic principal (DP) fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital et non plus sur le motif de prise en charge ayant mobilisé le plus de ressources médicales ;
- suppression de la catégorie majeure de diagnostic 24 (séjours de moins de 2 jours) et création de GHM de chirurgie ambulatoire (date d'entrée = date de sortie) et de GHM de très courte durée.

Après l'évolution majeure produite en 2009, l'objectif est désormais de stabiliser la classification des GHM afin de donner aux acteurs de la visibilité à moyen terme. Ainsi, en 2010, les évolutions du modèle sont minimales et visent à corriger les difficultés identifiées par les acteurs ainsi qu'à actualiser les données prises en considération :

- introduction de nouveaux GHM ambulatoires ou de très courte durée afin de corriger la valorisation de certains séjours de niveau 1 (niveau de sévérité le plus faible) pour lesquels il existait une forte concentration de séjours courts (0 ou 1 jour),
- ajustement des effets produits par l'âge des patients,
- ajustement des règles relatives aux bornes basses<sup>4</sup> et aux suppléments de surveillance continue (afin d'orienter les ressources au profit des structures prenant en charge les patients les plus lourds).

<sup>4</sup> Les séjours dont la durée est inférieure à la « borne basse », c'est-à-dire nettement plus courte que la moyenne du GHM, font l'objet d'une tarification dégressive en fonction de l'écart à cette moyenne.

### 1.3.2 Les autres évolutions du modèle visent à mieux prendre en compte la diversité des missions des établissements

Régulièrement, le modèle prend en compte les évolutions des modes de prise en charge des patients. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » constitue à ce titre une étape importante. Elle a notamment introduit dans le code de la santé publique les articles L6112-1 à L6112-3 qui listent quatorze missions de service public pouvant être prises en charge par les établissements de santé, quel qu'en soit le statut. Cela a notamment conduit à faire évoluer le financement de deux de ces missions, selon des modalités développées dans les rapports au Parlement « Convergence 2010 » et « MIGAC 2010 ».

#### ➤ *La prise en charge des patients en situation de précarité*

Deux types de surcoûts ont été identifiés :

- d'une part, des surcoûts « patients » liés aux séjours (impact sur la charge en soins, allongement éventuel des durées de séjour),
- d'autre part, des surcoûts « structurels » pour les établissements les plus concernés (mise en place d'organisations spécifiques, mobilisation de ressources supplémentaires notamment des assistantes sociales, recettes moindres).

Sur le fondement des résultats de premières études, la DGOS a mis en place en 2009 une enveloppe « précarité » d'un montant de 100 millions d'euros au sein des MIG, financée par un « débasage »<sup>5</sup> des tarifs. En 2010, cette enveloppe a été abondée de 50M€ et ses critères d'éligibilité révisés afin de mieux cibler les établissements particulièrement concernés par ce type de prise en charge et d'améliorer la lisibilité du modèle. Les paramètres désormais pris en compte, dans les secteurs public et privé, sont un taux de séjours pris en charge par les CMU/CMUc/AME/AMESU<sup>6</sup> transmis par la CNAM, supérieur ou égal à 10,5% ainsi qu'un seuil plancher de dotation fixé à 40 000 €, par établissement.

En ont bénéficié :

- en 2009, 152 établissements publics et 58 établissements privés ;
- en 2010, 210 établissements publics et 64 établissements privés.

Par ailleurs, la prise en compte de la précarité participe au processus de convergence, selon des modalités développées dans le rapport « Convergence 2010 ». Ce rapport développe également les autres travaux en cours visant à améliorer l'identification des surcoûts liés à l'accueil de patients précaires.

#### ➤ *La permanence des soins hospitalière (PDSH)*

La PDSH se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents les nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Elle doit être distinguée de la continuité des soins, qui correspond à la prise en charge de patients déjà hospitalisés et qui est financée par les tarifs.

L'attribution de cette mission aux établissements relève de la compétence des DGARS, l'objectif étant de rationaliser l'organisation territoriale. Une enveloppe « PDSH » d'un montant de 760 M€ a été identifiée au titre des MIG. Cette enveloppe a été constituée par un débasage des tarifs et, afin de doter les agences régionales d'une marge de manœuvre leur permettant de produire les évolutions souhaitées du dispositif de PDSH, une possibilité a été offerte aux ARS de la moduler pour une part

---

<sup>5</sup> Un débasage des tarifs consiste à diminuer l'enveloppe budgétaire dévolue à la part tarifaire, au profit d'un autre vecteur de financement (dotation MIGAC en l'espèce).

<sup>6</sup> Couverture maladie universelle/Couverture maladie universelle complémentaire/aide médicale Etat/ aide médicale Etat-soins urgents

maximale de 10%<sup>7</sup>. Cette dotation a été reconduite en 2010, le taux de marge de manœuvre des ARS ayant toutefois été porté à 20% afin de leur permettre de progresser dans la définition des organisations cibles, sur la base de l'analyse des premières réorganisations menées.

Cette marge de manœuvre des ARS sera progressivement augmentée dans les années à venir pour représenter, à terme, l'intégralité de la dotation régionale.

Par ailleurs, la prise en compte de la PDSH participe au processus de convergence. Les travaux se poursuivent pour évaluer le coût de la PDSH médicale réalisée par les cliniques privées, ainsi que l'impact de la PDSH non médicale pour les établissements de santé, selon des modalités développées dans le rapport « Convergence 2010 ».

### **1.3.3 La convergence ciblée**

Afin d'accélérer le processus de convergence des tarifs des secteurs « public » et « privé », dite convergence intersectorielle, en 2010, 35 GHM fréquents et pour lesquels la nature des prises en charge et les pratiques étaient similaires entre les deux secteurs ont vu leurs tarifs rapprochés :

- 21 GHM ont fait l'objet d'une convergence totale (ex : césarienne sans complication significative).
- 14 ont donné lieu à un rapprochement tarifaire soutenable (ex. : accouchement par voie basse sans complication significative).

Le rapport au Parlement relatif au processus de convergence dresse un bilan détaillé de ce processus.

## **1.4 Un modèle généralisé à l'ensemble des établissements de santé MCO**

### **1.4.1 Le service de santé des armées (SSA)**

Le service de santé des armées est soumis à la T2A à 100% pour ses activités de MCO depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (sur la base des tarifs 2008 jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2009, date de démarrage de la campagne 2009).

### **1.4.2 Les établissements de Guyane**

En 2004, en l'absence notamment d'un système d'informations adapté, les établissements de santé antérieurement sous dotation globale de Guyane n'ont pas été en mesure de mettre en œuvre la tarification à l'activité. D'importants efforts ont été consentis (en termes d'organisation, de systèmes d'information...), permettant de lever les obstacles et de mettre en œuvre la T2A.

Cette mise en œuvre a été effective le 1<sup>er</sup> janvier 2010, avec un étalement jusqu'à 2018 de l'alignement des tarifs servis à l'établissement sur ceux de droit commun, afin de lisser les effets revenus, conformément au décret n° 2010-667 du 17 juin 2010. Ce dispositif dit « coefficient de transition » a également été mis en œuvre à l'origine de la T2A dans les deux secteurs afin de piloter, jusqu'en 2012, l'alignement progressif des tarifs servis aux établissements historiquement sur-dotés ou sous-dotés sur les tarifs publiés.

En outre, une mission d'accompagnement est en cours et se terminera fin octobre 2010, afin d'aider les établissements dans leurs efforts d'adaptation.

---

<sup>7</sup> 90% revenant aux établissements

### **1.4.3 La préparation des ex hôpitaux locaux**

La catégorie des hôpitaux locaux a été supprimée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Cette suppression entraîne ipso facto un basculement du régime juridique de ces établissements qui seront désormais financés en T2A 100% pour leur activité de médecine. Toutefois, pour leur permettre de préparer ce changement, un financement dérogatoire par dotation annuelle de financement (DAF) est maintenu jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les premiers travaux ont donc été engagés pour définir les pré-requis nécessaires :

- pré-requis techniques : qualité et exhaustivité du PMSI, adaptation des systèmes d'information aux fins d'appariement des données administratives et des données de facturation ...
- pré-requis organisationnel : organisation des départements d'information médicale (DIM), organisation de la facturation ...
- adaptations éventuelles du modèle pour, notamment, tenir compte des faibles capacités de certains hôpitaux, de leur isolement géographique, de leur forte articulation avec les médecins libéraux ...

Par ailleurs, des études sont en cours sur les effets revenus générés par ce passage à la T2A ; l'objectif est de vérifier que le tarif moyen national permet bien à ces établissements de couvrir leurs charges.

En attendant, comme en 2009, les ARS sont invitées à moduler la DAF correspondant à l'activité de médecine, sur la base d'une valorisation de l'activité MCO et, pour ce qui concerne leur activité SSR sur la base du modèle IVA (indice de valorisation de l'activité) décrit au point 4.1 ci-après. Ce dispositif transitoire constitue un premier pas vers le nouveau mode de financement ; sans exposer ces établissements à un risque financier lié au volume modeste de leur activité, il doit les inciter à améliorer la qualité de leur PMSI et de leurs outils de gestion.

A l'issue du passage en T2A des anciens hôpitaux locaux et des établissements de Guyane, l'intégralité des établissements concourant aux soins hospitaliers de court séjour seront en T2A à l'exception de quatre cas très spécifiques encore financés en DAF (établissement assurant les soins aux détenus de Fresnes, EPS de Mayotte, Institut national des invalides, EPS de Saint-Pierre et Miquelon).

### **1.4.4 Le projet d'extension aux cabinets libéraux de radiothérapie**

Près de la moitié de l'activité de radiothérapie dans le traitement des cancers est exercée en cabinet libéral (le mode de rémunération reposant sur les seuls honoraires médicaux) et échappe de ce fait au recueil d'information PMSI. Des travaux sont donc en cours afin d'intégrer ces structures au sein de ce système d'information, et de permettre en parallèle un financement équivalent aux établissements ex-DG. Cette évolution du mode de tarification répond aux préoccupations des professionnels du secteur et à deux objectifs :

- créer un modèle symétrique au financement des établissements ex-DG, tant du point de vue de la fixation des tarifs que de la nature des informations recueillies, conformément aux principes de la convergence ;
- permettre d'améliorer la connaissance de l'activité en radiothérapie libérale, afin d'affiner les modalités de financement mais également la connaissance de l'offre, des filières, etc.

## **2 LA T2A, UN LEVIER DE TRANSFORMATION DE L'OFFRE DE SOINS.**

---

La réforme du financement des établissements de santé fait de la T2A un outil de recomposition de l'offre de soins en même temps que de modernisation de l'hôpital :

- en encourageant les établissements à adapter leurs moyens à leur activité pour répondre au mieux à la demande de soins. Contrairement au dispositif de financement par dotation globale qui pouvait pénaliser les établissements dont la demande adressée augmentait, le système de T2A permet d'accroître les recettes des établissements dont l'activité le justifie et au contraire d'inciter ceux dont les moyens sont surdimensionnés à les réduire ;
- en améliorant les moyens d'intervention pour orienter l'activité en réponse aux besoins.

Des tarifs nationaux et une régulation prix/volume permettent de gager la couverture de nouveaux besoins sur l'ensemble de l'enveloppe nationale.

### **2.1 L'impact sur les activités et les comportements des établissements.**

La régulation macro économique a pour rôle d'inciter à la transformation des composantes de l'offre et/ou du poids relatif de ses composantes, par des politiques tarifaires incitatives ou désincitatives. Les résultats se mesurent au travers de l'évolution des case-mix (profils des patients en regard de la typologie des séjours) des établissements. Par ailleurs, une étude en cours, menée par la DREES vise à mesurer la réactivité de ces derniers aux incitations tarifaires.

#### **2.1.1 Evolution du nombre de séjours en MCO**

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2009<sup>8</sup> sont les suivants (le détail par secteur figure en annexe).

##### *Tableau n° 1 : Evolution du nombre de séjours et de journées, tous secteurs confondus*

- une légère hausse du nombre total de séjours : +1,36% par rapport à l'année précédente, ce qui est cohérent avec les évaluations de l'impact de la démographie sur l'activité. Cela représente un total de près de 22 millions de séjours ;
- une hausse concernant essentiellement l'ambulatoire (+3,14% sur un total de 5,7 millions de séjours), conséquence des politiques tarifaires incitatives menées depuis plusieurs années ;
- une diminution du nombre de journées d'hospitalisation, ce qui traduit l'évolution à la baisse des durées de séjour (effet attendu de la T2A) ainsi que la réorientation des pratiques de soins vers l'ambulatoire (effet attendu de l'activation du levier tarifaire en faveur de l'incitation à l'ambulatoire).

---

<sup>8</sup> Précision de méthode : tous les séjours MCO transmis ont été retenus dans l'analyse ci-après, y compris les séjours en attente de valorisation et les séjours non pris en charge. S'agissant des établissements, ont été pris en compte :

- les établissements anciennement sous dotation globale soumis à la T2A (hors établissements du Service de santé des armées, soumis à la T2A depuis 2009 seulement) ;
- les établissements anciennement sous objectif quantifié national (OQN) dont les données PMSI et SNIRAM concordent soit, 587 établissements représentant 97% des recettes 2009.

Tous établissements	2008		2009		Evolution		
	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	En nbre
Ambulatoire (séjour de 0 jour)	5 568 290		5 743 370		3,14%		175 080
Hospitalisation complète	10 723 940	61 775 380	10 687 420	61 295 510	-0,34%	-0,78%	-36 520
Séances	5 375 400		5 531 450		2,90%		156 050
<b>Total</b>	<b>21 667 630</b>		<b>21 962 240</b>		<b>1,36%</b>		<b>294 610</b>

Source : ATIH 2010

Tableau n° 2 : Part des modes de prise en charge par secteur

La part de l'ambulatoire dans le total des séjours continue de progresser passant de 25,7% en 2008 à 26,2% en 2009 :

- 18% en 2009 dans les ex DG ;
- 44% en 2009 dans les ex OQN.

	Part 2008		Part 2009	
	Ex DG	Ex OQN	Ex DG	Ex OQN
Ambulatoire (séjours de 0 jour)	18,6%	41,41%	18,4%	43,48%
Hospitalisation complète	50,5%	47,20%	50,1%	45,52%
Séances	30,9%	11,39%	31,5%	11,00%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,00%</b>

Source : ATIH 2010

Tableau n° 3 : Part des secteurs par mode de prise en charge

Les établissements ex-DG représentent 69% des séjours réalisés en 2009 :

- 49% des séjours en ambulatoire,
- 71% de l'hospitalisation complète,
- 87% des séances,

Part de chaque secteur par type d'hospitalisation	2008	2009
Ambulatoire (séjours de "0 jour" sans nuit)		
- secteur ex-DG	49,9%	48,6%
- secteur ex-OQN	50,1%	51,4%
Hospitalisation complète (séjours d'au moins une nuit)		
- secteur ex-DG	70,3%	71,1%
- secteur ex-OQN	29,7%	28,9%
Séances		
- secteur ex-DG	85,7%	86,5%
- secteur ex-OQN	14,3%	13,5%
<b>Total</b>		
- secteur ex-DG	68,9%	69,1%
- secteur ex-OQN	31,1%	30,9%

Source : ATIH 2010

## 2.1.2 Evolution du volume économique

Chaque séjour a été pondéré par sa valeur monétaire (i.e. : le tarif auquel il est payé), compte non tenu des suppléments journaliers, du taux de remboursement des patients et du coefficient de transition propres à chaque établissement.

L'évolution du « volume économique » peut se décomposer en deux évolutions :

- l'évolution liée au nombre de séjours ;
- l'effet structure qui traduit à la fois l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge et l'impact des évolutions de la V11 sur la classification des séjours, ces deux évolutions ne pouvant toutefois être distinguées. Il correspond à la différence entre l'évolution de l'activité et l'évolution du volume économique.

Le volume économique des séjours dans les établissements ex-DG a progressé de 3,6% , dont un effet structure de 2,2%. Cette progression concerne essentiellement l'ambulatoire puisqu'elle s'élève à 12% dont un effet structure de 8,9%. Cette évolution de l'activité au profit de l'ambulatoire est une conséquence voulue de la politique tarifaire d'incitation à l'activité ambulatoire (cf. infra).

*Tableau n° 4 : évolution du volume économique des ex DG*

Tous établissements en M€	Volume économique			
	2008	2009	Evolution	
Ambulatoire (séjour de 0 jour)	3 341,72	3 741,41	12,0%	399,69
Hospitalisation complète	27 090,32	27 835,93	2,8%	745,61
Séances	1 760,35	1 775,38	0,9%	15,03
Total	32 189,24	33 352,72	3,6%	1 163,48

Source : ATIH 2010

L'évolution du volume économique des ex OQN pour 2008 et 2009 n'est en revanche pas disponible à ce jour

## 2.1.3 Les durées moyennes de séjour (DMS)

La DMS a très légèrement baissé dans les ex DG (-0,07 jours) et augmenté dans les ex OQN (+0,04 jours).

*Tableau n° 5 : les durées moyennes de séjour*

DMS en jours	2008	2009	Evol
<b>Hospitalisation complète</b>	<b>5,78</b>	<b>5,76</b>	<b>-0,02</b>
ex DG	6,27	6,20	-0,07
ex OQN	4,61	4,65	0,04

Source : ATIH 2010

## 2.1.4 Les évolutions par catégorie majeure de diagnostic (CMD<sup>9</sup>).

Les tableaux ci-après font apparaître pour chaque secteur d'hospitalisation les 10 CMD<sup>10</sup> représentant les masses financières les plus importantes et l'évolution des séjours correspondants par rapport à 2008 (les données de l'ensemble des CMD figurent en annexe).

### ➤ Dans les ex DG

Les 10 premières CMD représentent 76% du total des séjours et 72% du volume économique.

Représentent les plus fortes masses financières :

- la CMD 08 « affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 05 « affections de l'appareil circulatoire », qui, avec les affections du tube digestif, comporte le plus grand nombre de séjours.

Suite aux changements de classification de la V11, l'activité de certaines CMD connaît une rupture de série en 2009. La CMD qui évolue le plus significativement à la baisse est la CMD 23 « facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » (cf. les éléments sur les soins palliatifs en 2.1.4.2).

*Tableau n° 6 : Evolution par catégorie majeure de diagnostic (CMD) dans les ex DG*

CMD selon la version 11 de la classification des GHM		2009		Evolution 2008/2009		
		Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	972 880	3 083,95	1,8%	5,1%	3,3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 016 840	3 027,79	1,2%	5,2%	3,9%
6	Affections du tube digestif	1 004 130	2 414,51	3,7%	5,3%	1,5%
4	Affections de l'appareil respiratoire	714 680	2 317,71	5,4%	5,9%	0,5%
1	Affections du système nerveux	789 250	2 136,82	4,6%	5,2%	0,6%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	825 700	1 782,08	-0,9%	2,8%	3,8%
28	Séances	4 784 530	1 560,25	3,8%	2,4%	-1,4%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	764 230	1 339,70	-14,2%	-8,7%	6,4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	402 020	1 003,02	2,8%	5,6%	2,8%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	295 330	943,63	22,0%	4,5%	2,3%

Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

<sup>9</sup> Les CMD correspondent dans la quasi-totalité des cas à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, du tube digestif...).

<sup>10</sup> Sur 28 au total

➤ Dans les ex OQN

Les 10 CMD dont les masses financières sont les plus élevées représentent 82% du total des séjours et 79% de leur volume économique.

Les plus importantes sont :

- la CMD 8 « affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » ;
- la CMD 06 « affections du tube digestif » qui, comme pour les ex DG, représente le plus grand nombre de séjours.

Tableau n° 7 : Evolution par catégorie majeure de diagnostic (CMD) dans les ex OQN

Catégories majeures de diagnostic selon la version 11 de la classification des GHM		2009		Evolution 2008/2009		
		Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	827 280	1 133,63	+2.0%	+6.0%	+3.9%
6	Affections du tube digestif	1 436 680	976,42	+3.9%	+4.6%	+0.6%
5	Affections de l'appareil circulatoire	520 740	759,29	+0.0%	+1.3%	+1.3%
2	Affections de l'oeil	572 090	561,86	+4.1%	-3.1%	-6.9%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	301 170	377,53	-3.5%	-7.5%	-4.1%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	524 240	290,22	-1.2%	+0.1%	+1.4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	220 960	226,53	+6.3%	+11.0%	+4.4%
28	Séances	746 920	215,13	-2.7%	-9.1%	-6.6%
13	Affections de l'appareil génital féminin	234 490	208,53	+0.7%	+2.5%	+1.8%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	269 780	194,04	-1.3%	+3.9%	+5.3%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

## 2.1.5 Zoom sur quelques activités spécifiques

### 2.1.5.1 La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation qui permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4 du code de la santé publique).

Elle présente de nombreux avantages par rapport à la chirurgie traditionnelle : bénéfiques en termes de satisfaction des patients et de qualité des soins mais aussi économies de temps et de ressources. C'est pourquoi, des politiques tarifaires incitatives ont été mises en place depuis plusieurs années pour renforcer son attractivité. Dans la V10 de la classification des GHM, en vigueur de 2006 à 2008, une seule catégorie tarifaire regroupait les séjours de durée inférieure à 48h, que les prises en charge soient réalisées en ambulatoire (0 nuit) ou non (1 nuit). Les séjours en ambulatoire, qui mobilisent en principe moins de ressources hospitalières que les séjours d'une nuit ou plus, étaient donc relativement favorisés.

En 2009, le passage à la V11 a dissocié les séjours ambulatoires des séjours d'une nuit ou plus et limité les écarts tarifaires avec les séjours comparables réalisés en hospitalisation complète

L'analyse présentée ci-après repose sur la classification V11 pour la période 2007-2009 et concerne les 18 racines de GHM de chirurgie ambulatoire pour lesquelles les possibilités de substitution à des hospitalisations classiques sans risque de diminution de la qualité des soins sont les plus développées (cf. liste en annexe).

#### Définition des racines de GHM

Les racines de GHM regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classants<sup>11</sup> réalisés au cours du séjour hospitalier<sup>12</sup>. Elles comportent 5 caractères correspondant :

- les 2 premiers à la catégorie majeure de diagnostic (28 CMD dont la liste est jointe en annexe),
- le troisième au type d'activité : médecine (M), chirurgie ©, interventionnel hors bloc opératoire (K), indifférencié (Z),
- les deux derniers à un numéro de référence.

Elles sont complétées par un sixième caractère définissant le niveau de sévérité du GHM, de 1 le plus faible à 4 le plus élevé, ou, le cas échéant, sa nature ambulatoire (codé J), ou sa nature de séjour de courte durée (codé T), ou l'absence de niveau de sévérité (Z).

#### Exemple :

##### *02C02 Interventions sur la rétine*

- 02C02J Interventions sur la rétine, en ambulatoire
- 02C021 Interventions sur la rétine, niveau 1
- 02C022 Interventions sur la rétine, niveau 2
- 02C023 Interventions sur la rétine, niveau 3
- 02C024 Interventions sur la rétine, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM en ambulatoire

##### *02M04 Affections oculaires d'origine neurologique*

- 02M04T Affections oculaires d'origine neurologique, très courte durée
- 02M041 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 1
- 02M042 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 2
- 02M043 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 3
- 02M044 Affections oculaires d'origine neurologique, niveau 4

Cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée

##### *02M09 Explorations et surveillance pour affections de l'œil*

- 02M09Z Explorations et surveillance pour affections de l'œil

Cette racine n'est pas éligible aux niveaux de sévérité.

Les GHM de chirurgie ambulatoire font l'objet depuis plusieurs années de politiques d'incitations tarifaires : la rémunération de la prise en charge ambulatoire et de la prise en charge en hospitalisation complète pour les séjours de niveau de sévérité 1 sont fixées au même niveau.

L'analyse par racine de GHM permet de mesurer l'évolution des séjours de chirurgie ambulatoire et de niveau de sévérité 1, dans chaque secteur d'hospitalisation

<sup>11</sup> Acte susceptible de modifier le classement en GHM ; il peut-être opératoire ou non.

<sup>12</sup> L'algorithme est disponible sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr>

⇒ **Le nombre de séjours**

Le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire a globalement augmenté de 13% en 2009 soit 164 360 séjours en plus :

- + 52 570 séjours dans les ex-DG
- + 111 790 séjours dans les ex-OQN

Tableau n°8 : Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire pour les GHM en J faisant l'objet d'une politique tarifaire incitative

Séjours J	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007
				Nbre	%	
ex DG	251 760	293 990	346 560	52 570	17,9%	16,8%
ex OQN	892 330	958 720	1 070 510	111 790	11,7%	7,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1 144 090</b>	<b>1 252 710</b>	<b>1 417 070</b>	<b>164 360</b>	<b>13,1%</b>	<b>9,5%</b>

Source : ATIH 2010

Nombre de séjours en chirurgie ambulatoire comparé au nombre de séjours en hospitalisation complète, niveau de sévérité 1, pour les mêmes GHM.

On constate une évolution inverse avec une baisse du nombre de séjours, - 14% soit - 123 700 séjours :

- - 29 490 en ex-DG
- - 94 210 en ex-OQN

Cette évolution illustre le transfert de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire et l'impact positif des incitations tarifaires.

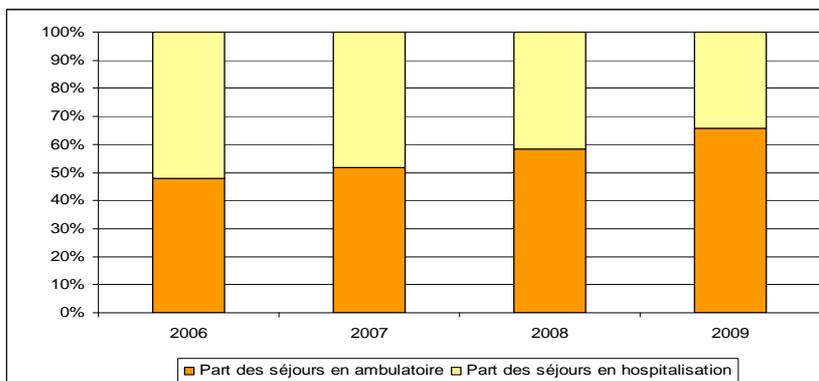
Tableau n° 9 : Evolution en hospitalisation complète (niveau de sévérité 1).

Séjours NS 1	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007
				Nbre	%	
ex DG	233 940	210 230	180 740	-29 490	-14,0%	-10,1%
ex OQN	462 450	406 460	312 250	-94 210	-23,2%	-12,1%
<b>TOTAL</b>	<b>696 390</b>	<b>616 690</b>	<b>492 990</b>	<b>-123 700</b>	<b>-20,1%</b>	<b>-11,4%</b>

Source : ATIH 2010

Les graphiques ci-après font apparaitre la part des séjours de chirurgie ambulatoire par rapport aux séjours en hospitalisation complète, niveau de sévérité 1.

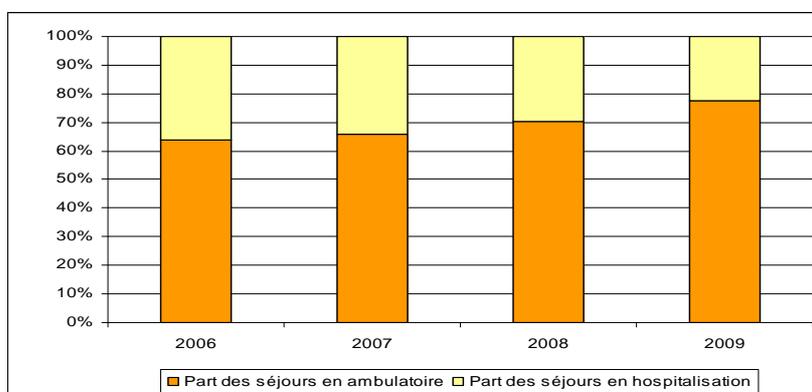
Graphique n°1 Evolution de la part des séjours de chirurgie ambulatoire – secteur ex-DG



Source : ATIH 2010

En 2009, pour les 18 racines de GHM de chirurgie ambulatoire, 65,7% des séjours ont été réalisés en ambulatoire (niveau J), contre 34,3% en hospitalisation complète (niveau de sévérité 1).

*Graphique n° 2 : Evolution de la part des séjours en ambulatoire – secteur ex-OQN*



Source : ATIH 2010

En 2009, 77,4% des séjours ont été réalisés en ambulatoire (niveau J), contre 22,6% en hospitalisation complète (niveau 1).

#### ⇒ Le volume économique

##### Evolution du volume économique des séjours en chirurgie ambulatoire (J)

Le volume économique a augmenté de 25,8%, soit un effet structure de 12,7%. Cette hausse représente 241,65 M€ :

- + 90 M€ dans les ex-DG
- +151 M€ dans les ex-OQN

Tableau n° 10 : évolution du volume économique en chirurgie ambulatoire (J)

En M€	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007
				Montant	%	
ex DG	290,56	349,55	439,73	90,18	25,8%	20,3%
ex OQN	488,03	587,10	738,57	151,47	11,7%	9,3%
<b>TOTAL</b>	<b>778,59</b>	<b>936,65</b>	<b>1 178,30</b>	<b>241,65</b>	<b>25,8%</b>	<b>20,3%</b>

Source : ATIH 2010

De la même façon que pour les séjours, le volume économique des hospitalisations complètes de niveau de sévérité 1 a diminué de 16% entre 2008 et 2009, soit – 158,57 M€.

Tableau n° 11 : Evolution du volume économique des séjours en hospitalisation complète de niveau 1

En M€	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007
				Montant	%	
ex DG	351,89	314,59	263,94	-50,65	-16,1%	-10,6%
ex OQN	410,67	359,74	251,82	-107,92	-30,0%	-12,4%
<b>TOTAL</b>	<b>762,55</b>	<b>674,33</b>	<b>515,76</b>	<b>-158,57</b>	<b>-23,5%</b>	<b>-11,6%</b>

Source : ATIH 2010

Ces chiffres traduisent un déport rapide de la chirurgie vers les pratiques ambulatoires, pour les GHM identifiés comme devant faire l'objet de cette évolution. Ce mouvement rapide concerne aussi bien les secteurs privé que public, ce dernier rattrapant progressivement son retard.

Le volume économique a progressé de manière plus importante que le nombre de séjours entre 2008 et 2009 (respectivement +2,18% et +5,16% tous secteurs confondus). Le coût unitaire de ces prises en charge est donc à la hausse, cette hausse résultant d'une relative « sur-tarifcation » destinée à encourager le développement de cette pratique ambulatoire. Cet effet est transitoire et destiné à disparaître dans un second temps, lorsque les niveaux de prise en charge en ambulatoire auront atteint les seuils souhaités.

### **2.1.5.2 Les soins palliatifs**

Dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, la mesure n°1 est consacrée au développement des lits de soins palliatifs au sein des structures hospitalières de court séjour. De 2008 à 2011, un financement à hauteur de 85 M€ est ainsi réservée au développement :

- de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) qui doivent être créés dans les établissements comptabilisant plus de 200 décès par an en MCO ;
- d'unité de soins palliatifs pour les établissements comptabilisant plus de 600 décès par an.

Parallèlement, la hiérarchie des GHS correspondant aux prises en charge des soins palliatifs (dans des lits non identifiés, dans des lits identifiés et dans des unités dédiées) avait été modifiée en 2009 pour améliorer la rémunération des prises en charge dans les unités et lits dédiés. Enfin, un GHS de très courte durée avait été créé.

Les résultats obtenus ont été les suivants.

#### ⇒ Dans les établissements ex-DG

En 2009, les séjours de soins palliatifs ont fortement diminué (- 9 719) ; cette baisse doit toutefois être nuancée. Elle concerne en effet essentiellement les séjours dans des lits ou unités non identifiés (- 8 823 pour les SP dans des lits ou unités non identifiés) et résulte du changement de règles sur les diagnostics principaux. Jusqu'en 2009, le diagnostic principal était fondé sur le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel des ressources médicales et soignantes ; désormais il est fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital, les ressources mobilisées étant prises en compte par le biais des niveaux de sévérité également introduits dans la V11. De ce fait, depuis 2009, les soins palliatifs peuvent, dans certaines situations, être codés en diagnostic associé<sup>13</sup> et non plus en diagnostic principal et être orientés dans d'autres GHS. Une étude est toutefois au cours pour réexaminer les modalités de prise en compte des soins palliatifs dans les lits ou unités non identifiés afin de ne pas pénaliser les services ou établissements n'ayant pu créer ces structures.

Les soins palliatifs dispensés à des patients hospitalisés dans un lit identifié ont légèrement diminué en 2009, mais ont significativement augmenté pour les patients hospitalisés dans des unités dédiées.

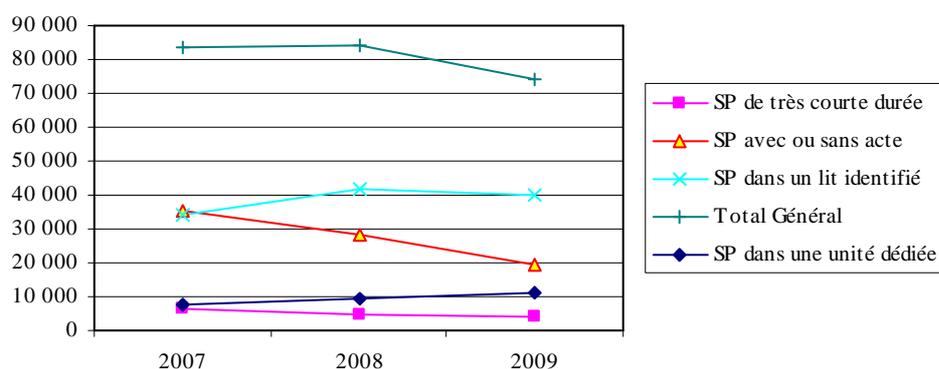
---

<sup>13</sup> Problème de santé significatif d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport à la morbidité principale.

Tableau n° 12 : Evolution du nombre de séjours de soins palliatifs en ex-DG (MCO)

GHS	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007	
				En nbre	En %	En nbre	En %
7991 - SP de très courte durée	6 525	4 811	3 861	-950	-19,7%	-1 714	-26,3%
7992 - SP avec ou sans acte	35 288	28 023	19 200	-8 823	-31,5%	-7 265	-20,6%
7993 - SP dans un lit identifié (LISP)	34 228	41 747	40 072	-1 675	-4,0%	7 519	22,0%
7994 - SP dans une unité dédiée (USP)	7 754	9 305	11 034	1 729	18,6%	1 551	20,0%
<i>Sous total LISP et USP</i>	<i>41 982</i>	<i>51 052</i>	<i>51 106</i>	<i>54</i>	<i>0,1%</i>	<i>9 070</i>	<i>21,6%</i>
<b>Total Général</b>	<b>83 795</b>	<b>83 886</b>	<b>74 167</b>	<b>-9 719</b>	<b>-11,6%</b>	<b>91</b>	<b>0,1%</b>

Source : ATIH 2010



En masse financière, la diminution du volume économique a été moins prononcée que celle des séjours (- 7,7% vs -11,6%), son évolution différant toutefois comme pour les séjours, selon les GHS :

- baisse du montant des séjours dans les lits ou unités non identifiés depuis 2007 ;
- forte hausse en unités de soins palliatifs (USP) qui illustre la revalorisation tarifaire opérée en 2009 pour ce GHS

Tableau n° 13 : Evolution du volume économique des séjours de soins palliatifs en ex-DG (MCO)

Volume économique en M€	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007	
				En mnt	En %	En mnt	En %
7991 - SP de très courte durée	3,63	2,82	2,29	-0,53	-18,8%	-0,81	-22,3%
7992 - SP avec ou sans acte	233,35	183,75	125,19	-58,56	-31,9%	-49,60	-21,3%
7993 - SP dans un lit identifié (LISP)	306,36	375,62	356,88	-18,74	-5,0%	69,26	22,6%
7994 - SP dans une unité dédiée (USP)	82,50	96,34	123,47	27,13	28,2%	13,84	16,8%
<i>Sous total LISP et USP</i>	<i>388,86</i>	<i>471,96</i>	<i>480,35</i>	<i>8,39</i>	<i>1,8%</i>	<i>83,10</i>	<i>21,4%</i>
<b>Total Général</b>	<b>625,84</b>	<b>658,53</b>	<b>607,83</b>	<b>-50,70</b>	<b>-7,7%</b>	<b>32,69</b>	<b>5,2%</b>

Source : ATIH 2010

⇒ Dans les établissements ex-OQN

La part des cliniques dans cette activité est relativement faible (27%). Néanmoins, l'évolution est très proche de celle observée dans les établissements sous DG :

- une baisse globale du nombre de séjours (-6,5%) mais une hausse dans les lits et unités dédiés ;
- une hausse du volume économique hors honoraires (+3,7%), grâce à l'augmentation de l'activité dans les LISP et USP.

Tableau n° 14 : Evolution du nombre de séjours en ex-OQN

GHS	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007	
				En nbre	En %	En nbre	En %
7991 - SP de très courte durée	282	229	219	-10	-4,4%	-53	-18,8%
7992 - SP avec ou sans acte	8 182	6 992	5 098	-1 894	-27,1%	-1 190	-14,5%
7993 - SP dans un lit identifié (LISP)	9 407	11 473	11 818	345	3,0%	2 066	22,0%
7994 - SP dans une unité dédiée (USP)	2 101	2 151	2 361	210	9,8%	50	2,4%
<i>Sous total LISP et USP</i>	<i>11 508</i>	<i>13 624</i>	<i>14 179</i>	<i>555</i>	<i>4,1%</i>	<i>2 116</i>	<i>18,4%</i>
<b>Total Général</b>	<b>19 972</b>	<b>20 845</b>	<b>19 496</b>	<b>-1 349</b>	<b>-6,5%</b>	<b>873</b>	<b>4,4%</b>

Source : ATIH 2010

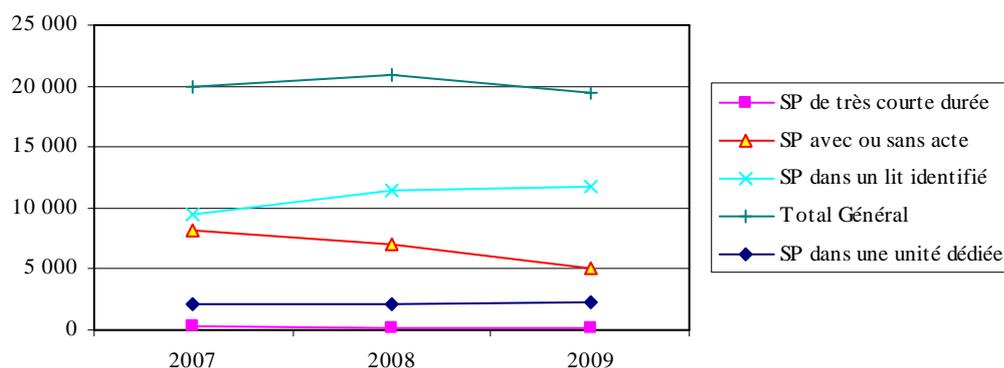


Tableau n° 15 : Evolution du volume économique en ex-OQN

Volume économique en M€	2007	2008	2009	2009/2008		2008/2007	
				En mnt	En %	En mnt	En %
7991 - SP de très courte durée	0,11	0,10	0,09	-0,01	-10,0%	-0,01	-9,1%
7992 - SP avec ou sans acte	26,77	22,76	17,19	-5,57	-24,5%	-4,01	-15,0%
7993 - SP dans un lit identifié (LISP)	41,01	50,25	55,42	5,17	10,3%	9,24	22,5%
7994 - SP dans une unité dédiée (USP)	10,08	10,20	13,71	3,51	34,4%	0,12	1,2%
<i>Sous total LISP et USP</i>	<i>51,09</i>	<i>60,45</i>	<i>69,13</i>	<i>8,68</i>	<i>14,4%</i>	<i>9,36</i>	<i>18,3%</i>
<b>Total Général</b>	<b>77,97</b>	<b>83,31</b>	<b>86,41</b>	<b>3,10</b>	<b>3,7%</b>	<b>5,34</b>	<b>6,8%</b>

Source : ATIH 2010

En conclusion, l'objectif visant à renforcer la part de prise en charge dans les structures dédiées a été atteint. La baisse observée pour les soins palliatifs réalisés dans des lits d'hospitalisation classiques étant optique et due à un changement des règles de classification.

## 2.2 L'impact sur la situation financière des établissements et leur productivité

La tarification a profondément modifié la structure de financement des établissements de santé, notamment pour le secteur public.

### 2.2.1 La situation financière des établissements publics.

Comme le souligne le rapport de l'IGAS de janvier 2008<sup>14</sup>, l'application de la T2A pour les activités MCO a révélé la sous-productivité de certains établissements, que la dotation globale avait jusque-là

<sup>14</sup> « Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux perdants à la tarification à l'activité » T. Breton ; C. Lannelongue ; H. Leost

masquée. Des difficultés financières ont ainsi résulté des écarts entre les tarifs nationaux et les coûts de production de certains hôpitaux ; elles ont été accrues par les contraintes financières apparues sur la période (cf. rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale pour 2009). Ainsi, le plan de redressement triennal de l'Assurance Maladie pour 2005-2007 s'est traduit pour le secteur hospitalier par une limitation du rythme de croissance des dépenses et, de fait, de l'enveloppe ONDAM. Par ailleurs, la relance de l'investissement hospitalier au travers du plan quinquennal « Hôpital 2007 », a contribué à accroître les charges des établissements, en permettant la mise en œuvre de projets immobiliers qui ont entraîné, de fait, des charges d'amortissement et des frais financiers.

Dans ce contexte et conformément à l'objectif de retour à l'équilibre fixé par le Président de la République, le ministère de la santé avait rappelé, en 2008<sup>15</sup>, les principes à respecter et les procédures à suivre dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) mis en place en 2004. En 2009, la loi HPST a renforcé le dispositif d'administration provisoire (article 10) qui peut être décidé par le DGARS lorsque « *l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.* »

Les mesures prises et les efforts consentis ont permis, en 2008, de voir la tendance à la dégradation des comptes des établissements ex-DG observée depuis 4 ans<sup>16</sup>, commencer à s'inverser et cette amélioration se poursuivre en 2009<sup>17</sup>. Le tableau ci-après met ainsi en évidence une diminution du déficit brut de plus de 25% (plus de 170M€) entre 2007 et 2009 et une augmentation de la capacité autofinancement (CAF) de plus de 1Md€

*Tableau n° 17 : Evolution de la situation financière des établissements ex-DG*

Comptes financiers en M€	2007	2008	EQ 3 2009	2009/2007
<b>Résultat du CRP</b>	-686,43	-570,22	-512,14	
<i>Evolution N/N-1</i>		116,21	58,08	174,29
<i>Evolution en %</i>		-16,9%	-10,2%	-25,4%
<b>Décomposition du résultat</b>				
<i>Excédent</i>	221,4	234,3	240,5	241,5
<i>Evolution N/N-1</i>		12,9	6,2	19,1
<i>Evolution en %</i>		5,8%	2,6%	8,6%
<i>Déficit</i>	-907,82	-804,52	-752,64	-752,64
<i>Evolution N/N-1</i>		103,3	51,88	155,18
<i>Evolution en %</i>		-11,4%	-6,4%	-17,1%
<b>CAF</b>	2 927,23	3 515,14	4 025,90	
<i>Evolution N/N-1</i>		587,91	510,76	
<i>Evolution en %</i>		20,1%	14,5%	

Source : ATIH 2010 Eléments provenant des 1332 établissements qui ont déposé leurs informations pour les comptes financiers de 2007 et 2008 et le dernier état quadrimestriel (EQ3) de 2009 au 30 avril 2010.

<sup>15</sup> Circulaire du 16 juillet 2008

<sup>16</sup> L'analyse de la situation financière des établissements montrent toutefois que, pour certains d'entre eux, les comptes étaient déjà détériorés avant la T2A, avec des reports de charges parfois très importants.

<sup>17</sup> Les données pour 2009 doivent être considérées comme provisoires, l'exploitation complète des comptes des établissements pour l'année *n* ne pouvant être achevée avant la fin du mois d'août de l'année *n+1*, délai incompatible avec la remise d'un rapport le 15 septembre.

Ces résultats globaux masquent toutefois des disparités selon les catégories d'établissements. Ainsi, les CHU et les CH de grande et moyenne taille apparaissent globalement déficitaires, alors que les autres catégories sont en moyenne excédentaires. Il faut toutefois noter qu'en 2009, 18 CHU ont amélioré leur résultat pour une réduction globale de leur déficit de 120,5M€, 7 ont affiché un résultat stable, 6 ayant creusé leur déficit<sup>18</sup>.

## 2.2.2 La situation financière des établissements privés.

S'agissant des cliniques privées, à l'inverse des établissements publics, leur mode de financement relevait antérieurement d'une logique de financement à l'activité. Les dernières données disponibles concernent l'année 2007<sup>19</sup>.

Les tableaux ci-après mettent ainsi en évidence les principaux éléments suivants :

➤ en MCO :

- le chiffre d'affaires (CA) a augmenté de 4,1% par rapport à +7,2% en 2006 ;
- par entrées, le CA s'établit à 1 509 € en 2007 contre 1 417 € en 2006 soit + 6,5% ;
- la rentabilité économique s'établit à 2,9% du CA versus 2,9% en 2006 ;

*Tableau n° 18 : Evolution du chiffre d'affaires des établissements ex-OQN en MCO*

	MCO			
	2007	2006	Evolution	
			2007/2006	2006/2005
Chiffre d'affaires (CA)	8 262 M€	7 937 M€	4,1%	7,2%
CA/ nombre d'entrées	1 509 €	1 417 €	6,5%	
Taux de rentabilité économique (résultat net / CA)	2,9%	3,0%	- 0,1 point	

Source : DREES Etudes et résultats n°707

A noter également que la rentabilité économique :

- est en hausse pour les cliniques spécialisées en chirurgie (3,4% du CA en 2007 soit +1,3 points par rapport à 2006) et en dialyse (+17,3% du CA soit + 8 points),
- en légère baisse pour les cliniques mono-disciplinaires de médecine (3,6% du CA soit -0,6 point),
- stable pour les cliniques spécialisées en obstétrique (3,4%).

➤ Hors MCO :

- le CA a augmenté de 5,6% soit +1,2 points par rapport à la hausse 2006/2005 ;
- par entrée, le CA s'établit à 2 318 € en 2007 contre 2 459 € en 2006 soit - 6,1% ;
- la rentabilité économique <sup>20</sup> s'établit à 4,5% du CA versus 4% en 2006.

<sup>18</sup> AP-HP (+75,4M€), Caen (+23,8M€), Fort de France (+16,3M€), Pointe à Pitre (+8,9M€), Bordeaux (+8,4M€) et Grenoble (+1,4M€)

<sup>19</sup> DREES - Etudes et résultats n°707 «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007 ».

<sup>20</sup> Résultat net /CA

*Tableau n° 19 : Evolution du chiffre d'affaires des établissements ex OQN en MCO*

	HORS MCO			
	2007	2006	Evolution	
			2007/2006	2006/2005
Chiffre d'affaires (CA)	1 689 M€	7 937 M€	5,6%	4,4%
CA/ nombre d'entrées	2 318 €	2 459 €	- 6,1%	
Taux de rentabilité économique (résultat net / CA)	4,5%	4,0%	+ 0,5 point	

Source : DREES Etudes et résultats n°707

Enfin, on peut ajouter que 77% des cliniques ont vu leurs CA augmenter en 2007 ; 23% ont affiché un CA stable ou en baisse, ce fléchissement concernant essentiellement les « grandes cliniques » (CA supérieur à 12 M€) avec une croissance de leur CA passée de 9,2% en 2006 à 4,2% en 2007.

La situation économique et financière des cliniques privées reste ainsi globalement favorable malgré un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires et une stagnation des profits. Comme en 2006, les cliniques de petite taille et du secteur hors MCO sont économiquement les plus rentables. La productivité des établissements publics.

Dans son rapport annuel sur la sécurité sociale, publié au mois de septembre 2009, la Cour des comptes avait relevé que « le plus souvent, le problème des hôpitaux est moins la quantité de leurs moyens que leur utilisation au bon endroit et au bon moment ». Le centre d'analyse stratégique, de son côté, a toutefois relevé en 2010<sup>21</sup> que, outre la baisse des durées d'hospitalisation, « un premier bilan de quinze années de réformes atteste...d'une réduction des capacités hospitalières et d'une baisse relative des dépenses hospitalières dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La France est ainsi passée de 4,6 lits de soins aigus pour 1 000 habitants en 1995 à 3,6 pour 1 000 en 2007. Les dépenses hospitalières, quant à elles, représentaient 49,6% de la CSBM en 1995 (environ 50 milliards d'€) contre 44,1% en 2008 (environ 75 milliards d'euros) ».

La DREES a également mené une étude en 2009<sup>22</sup> auprès de 8 établissements, dont il ressort notamment que « le phénomène d'acculturation à la dimension économique s'est nettement accéléré avec la T2A » ; les outils de gestion tels que le CREA (compte de résultat analytique par pôle), les TCCM (tableaux coût case mix qui permettent de comparer les dépenses d'une entité à une entité fictive qui aurait la même structure d'activité) se sont ainsi développés et constituent des instruments de pilotage et de régulation au sein des établissements.

Enfin, la loi HPST a fait de l'amélioration de la performance des établissements de santé un de ses grands enjeux. A cet effet, elle a créé l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), chargée notamment de moderniser et de diffuser des outils de pilotage de la performance des établissements. Dans ce cadre et sur la base des travaux menés ces dernières années sur le « DiagFlash »<sup>23</sup>, la DGOS a confié à l'ANAP une mission de redéfinition et d'optimisation des indicateurs de suivi des établissements et de diagnostic pluridimensionnel de la performance.

<sup>21</sup> Note de veille n°181 de juin 2010

<sup>22</sup> Dossiers Solidarité et santé n°16, 2010 « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ».

<sup>23</sup> Diagflash a été mis en place en 2007 afin de permettre aux établissements d'analyser leur performance, autour de quatre axes: financier, patient, processus, ressources Humaines.

« Hospi Diag », est le fruit de ces travaux. Outil d'une utilisation très intuitive, il a pour objectif d'explorer la performance d'un établissement de santé selon 5 composantes (activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et financières) et 67 indicateurs. Cette photographie de la performance, basée sur une approche tendancielle (plusieurs années d'analyse de la performance) permettra de comparer l'établissement avec les établissements de sa région et des établissements de profil d'activité similaire.

A usage des acteurs nationaux (administrations centrales, HAS...), régionaux (ARS) et locaux (établissements de santé), Hospi Diag constituera en outre un support de dialogue entre ces acteurs.

Après une phase de tests menée en Bretagne au mois de mai 2010, Hospi Diag est officiellement lancé et fera l'objet d'un déploiement progressif au cours de l'année 2010.

### **3 L'INTEGRATION DE LA T2A DANS UNE DEMARCHE DE GESTION DU RISQUE COHERENTE**

---

La réforme de la tarification s'inscrit dans une logique de régulation médicalisée des dépenses. Or, le vieillissement de la population, ou encore l'innovation médicale concourent au renforcement de la demande de soins, entraînant une hausse tendancielle des dépenses. Des mécanismes de régulation des dépenses à même de neutraliser les éventuelles dérives inflationnistes doivent être mis en place. Ces mécanismes sont gradués et peuvent être ainsi résumés :

- Dès l'origine, la structure même du modèle, via les règles de valorisation et de facturation des séjours, a cherché à limiter les incitations des établissements à surcoder leur activité et la gravité de chaque séjour. L'objectif est alors de réduire le champ des contrôles en rendant impossibles certains abus.
- Le niveau suivant de contrôle consiste à vérifier, en routine, que les consignes et algorithmes de codage ne laissent pas d'ambiguïté qui pourrait être exploitée par les établissements pour survaloriser leur activité.
- Les contrôles de la CNAMTS, quant à eux, visent à détecter les cas de fraude ou d'application abusive de la réglementation.
- La facturation individuelle des prestations de soins des établissements de santé ex DG doit par ailleurs permettre aux différents régimes d'assurance maladie de contrôler les prestations qui leur seront facturées avant liquidation et ainsi d'améliorer la gestion du risque ;
- Enfin, l'analyse de la pertinence des actes et des séjours bénéficie d'une priorité nouvelle : il s'agit de s'assurer que les établissements ne pratiquent pas une forme d'induction de la demande afin d'augmenter leur activité au-delà des besoins.

#### **3.1 Le modèle limite les incitations à l'optimisation du codage**

Une des difficultés de la tarification à l'activité consiste à limiter autant que possible les possibilités offertes aux établissements de surcoder une partie de leur activité ou de profiter des imprécisions des consignes de codage pour modifier abusivement la classification d'un séjour. C'est pourquoi divers dispositifs ont été mis en place pour détecter et éviter les comportements déviants.

Deux exemples peuvent être donnés :

- Les séjours dont la durée est significativement plus courte que la durée moyenne de leur GHM (inférieure à la « borne basse ») voient leur tarif diminué en fonction de l'écart à cette durée moyenne. Cela vise à éviter les tentations de surcoder certains séjours relativement légers ;
- Les établissements pourraient trouver intérêt à fractionner les séjours en deux et percevoir ainsi une rémunération "double". Pour pallier cet artifice, le second séjour est minoré de moitié en cas de ré-hospitalisation, dans les 3 jours, dans le même établissement, dans le même GHM. Par ailleurs, le chaînage des séjours permet d'identifier les établissements qui auraient un taux de patients ré-hospitalisés supérieur à la moyenne de la discipline et de procéder à des contrôles des dossiers médicaux et, le cas échéant, d'appliquer les sanctions prévues par l'article L. 162-22-18 du CSS.

### **3.2 Les consignes de codage évoluent régulièrement afin d'éviter les biais**

Une autre dérive possible porte sur la capacité des établissements à exploiter les imprécisions dans les consignes de codage de leur activité de façon à ce que les séjours produits paraissent plus complexes et bénéficient de ce fait d'un financement plus avantageux. L'ATIH analyse en routine les remontées d'activité des établissements afin de détecter d'éventuels biais de ce type. Ceci permet de détecter en cours d'exercice d'éventuelles anomalies, de sensibiliser les établissements concernés et de mettre en œuvre les mesures.

### **3.3 Les contrôles de la CNAMTS**

Les contrôles des services médicaux des caisses d'assurance maladie, notamment de la CNAMTS, réalisés sur la base du guide du contrôle externe régional, visent à apprécier l'exactitude du codage des situations médicales et des actes réalisés. Ils ont des conséquences directes pour les établissements dans la mesure où, notamment, en application de l'article L162-22-18 du CSS :

- le paiement indu d'un séjour par l'assurance maladie donne lieu à récupération ;
- une surfacturation entraîne des sanctions financières ;
- une sous facturation ne donne pas lieu à émission d'une facture rectificative, s'agissant d'un défaut de qualité de l'information transmise.

Ces contrôles et l'application éventuelle de sanctions permettent, d'une part, d'inciter les établissements de santé à améliorer la qualité de la description et de la facturation de l'activité et, d'autre part, à favoriser l'amélioration des pratiques d'hospitalisation. Les contrôles portent en priorité sur les établissements dont l'activité correspond aux priorités nationales validées par le Conseil de l'Hospitalisation, ou sur les établissements dont les contrôles précédents ont mis en évidence la nécessité d'y porter une attention particulière. Ces priorités se construisent notamment sur les activités dont la nature se prête à des comportements déviants (par ex : certains actes se situent à la frontière des actes réalisés en consultations externes et de l'hospitalisation ; leur prise en charge correspond à des soins qui relèvent en principe de l'activité externe mais ils peuvent donner lieu, sous certaines conditions<sup>24</sup>, à facturation d'un GHS) et/ou sur les atypies et anomalies de codage.

Les campagnes 2007, 2008 et 2009 ont donné lieu à des récupérations d'indu pour, respectivement, 26M€, 14 M€ et 30M€, et pour les deux secteurs d'hospitalisation de court séjour, à des sanctions

---

<sup>24</sup> L'état de santé du patient présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ; il nécessite une surveillance médicale et paramédicale qui ne peut se dérouler que dans le cadre d'une hospitalisation ; il implique des examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

financières proposées aux commissions exécutives (COMEX) des anciennes ARH, pour un montant de 4M€ en 2007, de 14M€ en 2008 et de l'ordre de 42M€ en 2009<sup>25</sup>. Ils permettent également de sensibiliser les établissements à la nécessité d'établir un codage sincère et conforme à la réglementation en vigueur.

Cependant, force est de constater que certains établissements de santé qui ont une activité large tels que les CHU ou des activités propices à l'atypie, sont régulièrement contrôlés alors que d'autres ne le sont pas ou éventuellement même ne le seront que rarement. Aussi, une réflexion est en cours afin de s'intéresser également aux établissements de santé qui n'entrent pas nécessairement dans le champ de l'atypie selon les outils de ciblage mais dont les pratiques de codage pourraient toutefois être examinées.

### **3.4 La facturation individuelle des établissements de santé à l'encontre de l'assurance maladie permettra de renforcer le contrôle médico-économique**

La facturation individuelle directe des séjours hospitaliers et des actes et consultations externes est un corollaire de la T2A. Les cliniques l'appliquent déjà ; en revanche, s'agissant des établissements ex-DG, il était apparu trop complexe en 2004 de basculer d'emblée d'un versement par douzième de la dotation globale de financement à une facturation par patient. La facturation individuelle directe fera en effet passer d'un système faiblement transmetteur, de l'ordre de 10 000 factures par an, à l'émission de plus de 60 millions de factures directement adressées par les établissements de santé aux organismes d'assurance maladie obligatoire et payées via les comptables publics. C'est pourquoi, le législateur avait différé l'échéance et prévu un dispositif transitoire consistant en une valorisation des prestations de soins par l'ATIH, validée sous forme agrégée par les ARH.

De nombreux travaux ont été menés par l'ensemble des directions et organismes impliqués par ce projet (DGOS, CNAMTS, DSS, DGFIP...) et, en 2008, une mission IGF/IGAS a été mandatée pour identifier les points de difficulté du projet et ses pré-requis organisationnels et techniques. Sur la base des conclusions du rapport remis en décembre 2008, le projet de facturation individuelle des établissements hospitaliers publics et privés d'intérêt collectif est aujourd'hui entré dans une phase opérationnelle. La mise en œuvre de la facturation directe est prévue à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

### **3.5 La pertinence des séjours et des actes**

La pertinence des séjours et des actes, c'est-à-dire l'adéquation des soins produits aux besoins de la population, constitue l'un des leviers d'amélioration de la productivité des établissements. La Haute autorité de santé (HAS) considère ainsi que « *la revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les admissions ou les journées non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. L'identification des admissions ou des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères techniques simples regroupés dans une grille* ». Elle a ainsi produit plus de 250 recommandations de bonnes pratiques.

Le ministère de la santé et la CNAMTS ont saisi la HAS afin qu'elle élabore des recommandations portant sur la pertinence du recours à l'hospitalisation pour certaines prises en charge. En effet, l'analyse des taux de recours pour certains GHM ou actes fait ressortir des variations très fortes et que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas d'expliquer. Cela pourrait indiquer une forme d'induction de la demande et donc la délivrance de soins non pertinents.

---

<sup>25</sup> Selon les montants communiqués par la CNAM sur la base des résultats des contrôles 2008 ayant abouti à des propositions de sanctions, extrapolés aux établissements contrôlés en 2009

Par ailleurs, le ministère de la santé mène une étude destinée à mieux appréhender les taux d'inadéquation et à en quantifier les impacts économiques. Il est en effet possible qu'une partie des inadéquations observées, c'est-à-dire la présence de patients dans des établissements non justifiée par des raisons médicales, résulte également du manque de solutions pour des prises en charge situées en aval de l'hospitalisation. Si cela était avéré par les résultats, il conviendrait de renforcer la politique de renforcement de l'offre d'aval, d'améliorer sa répartition en fonction des difficultés locales et de renforcer les liens entre catégories d'établissements afin de fluidifier les filières.

### **3.6 La prise en compte de la qualité**

La qualité des soins constitue la première des attentes des usagers<sup>26</sup> (avant l'accès et la gratuité des soins médicaux ou la rapidité d'accès aux examens). La Ministre de la santé l'a rappelé dans son discours prononcé à l'occasion du salon « Hôpital expo » le 20 mai 2010 : « le premier critère de la performance, c'est la qualité, qui doit être l'impératif catégorique du fonctionnement des hôpitaux ». Elle a annoncé à cette occasion qu'elle avait demandé à ses services « de réfléchir à une prise en compte d'indicateurs de qualité dans le mode de financement des établissements ».

Cette annonce fait suite à l'introduction du sujet relatif au lien entre qualité et financement dans le rapport sur la T2A adressé au Parlement en octobre 2009.

En effet, désormais, les bases techniques (notamment la définition d'indicateurs et leur recueil) et juridiques sont en place pour que puisse être explorée la possibilité de prendre en compte le non respect des garanties de qualité des prises en charge au sein d'un même groupe homogène de séjours. Ainsi, par exemple, le système actuel de tarifs construits à partir des coûts moyens observés en regard d'un séjour hospitalier et qui inclut le financement des exigences de qualité et de sécurité, pourrait être complété à terme par un dispositif, simple mais robuste, qui permettrait de moduler le financement des établissements qui ne respecteraient pas ces exigences. Cette nouvelle dimension devrait conduire à avoir sur la convergence intersectorielle une vision plus large de la performance du système de soins et apportant des garanties supplémentaires pour que soient bien conjuguées la qualité et l'efficacité conformément aux attentes de nos concitoyens.

Ce type d'approche existe déjà dans certains pays. La plupart du temps de nature incitative, le lien entre financement et qualité peut également prendre la forme de pénalités. L'exemple du dispositif mis en place aux Etats-Unis par Medicare et qui lie les deux approches est à cet égard intéressant. L'expérimentation porte sur trois ans au cours desquels les établissements les mieux classés perçoivent un complément sur leur budget. Sur la troisième année, ce sont les établissements qui se trouvent placés sous un seuil qui se voient soustraire un pourcentage de budget. En outre, les séjours imputables à la non qualité des soins prodigués (infections nosocomiales par exemple) ne sont pas rétribués.

Pour autant, un transfert direct de ce mode de "paiement à la performance" ne semble pas envisageable en l'état, compte tenu des caractéristiques propres à chaque type d'organisation des soins. C'est pourquoi le groupe de travail « convergence et évolutions du modèle de financement », piloté par la DGOS et qui réunit les principales fédérations hospitalières, mène les réflexions préliminaires sur ce sujet.

#### **3.6.1 Le développement des indicateurs de qualité (HPST)**

La loi HPST a posé le principe de la publication obligatoire d'indicateurs de qualité à destination des usagers (article L6144-1 du CSP) :

---

<sup>26</sup> Source BVA, baromètre des services publics, octobre 2008

- 5 indicateurs relatifs aux infections nosocomiales<sup>27</sup>, sous le pilotage du ministère de la santé et des sports,
- 5 indicateurs relatifs au dossier du patient<sup>28</sup>, sous le pilotage du ministère de la santé et des sports et de la Haute Autorité de santé.

L'objectif est de produire des indicateurs permettant de mesurer le niveau de santé de la population (espérance de vie, pathologies les plus fréquentes...) et de devenir aussi un élément de choix de l'établissement pour le patient.

Pour rendre le dispositif efficace, des sanctions sont prévues par l'article D.6111-23 du code de la santé publique si cette obligation n'est pas satisfaite. Il s'agit de sanctions financières d'un montant plafonné à 0,1% des recettes totales d'assurance maladie de l'année en cours, qu'il appartient au directeur général de l'agence régionale de santé de mettre en œuvre. Le premier pas d'une démarche visant à lier financement et qualité est désormais franchi.

### **3.6.2 L'opportunité et les modalités de la prise en compte de la qualité dans le modèle de financement sont à l'étude**

La faisabilité et les modalités éventuelles de prise en compte de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans le financement suppose que soit évité tout discours équivoque en la matière, le financement de la qualité étant en effet déjà compris dans les tarifs. C'est pourquoi, les sujets sur lesquels pourraient éventuellement porter ce nouveau modèle doivent être rigoureusement définis et la détermination d'indicateurs garantissant sa fiabilité incontournable. Tel est l'objet des travaux engagés qui portent sur :

- les indicateurs à retenir ;
- le ou les mécanismes à privilégier : éventuelle incitation si l'on considère que la performance est souhaitable ou sanction si l'on considère que la non qualité est inacceptable.

## **4 L'EXTENSION DU MODELE AU-DELA DU CHAMP MCO**

---

L'objectif est de déployer un modèle de tarification à l'activité dans chaque champ de l'offre de soins hospitalière, qui possède des caractéristiques les plus homogènes possibles même si des adaptations sont nécessaires. Ces développements concernent les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie.

Ces deux activités font aujourd'hui l'objet d'un financement selon deux modalités :

- Par la dotation annuelle de financement (DAF) qui a succédé à la dotation globale de financement, pour tous les établissements publics et la grande majorité des établissements privés non lucratifs. Ces dépenses sont retracées au sein de l'objectif de dépenses d'assurance-maladie (ODAM) ;
- Par des tarifs de prestations, notamment des prix de journée, pour les autres établissements privés, notamment les cliniques à but lucratif. Ces dépenses sont retracées dans l'objectif quantifié national (OQN).

La somme de l'ODAM et de l'OQN constitue aujourd'hui le troisième sous-objectif de l'ONDAM, relatif aux établissements non tarifés en T2A. Ni l'ODAM, ni l'OQN, ne distinguent entre SSR et psychiatrie.

---

<sup>27</sup> ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ; ICSHA (indice de consommation de produits hydro-alcooliques) ; SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) ; ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ; un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.

<sup>28</sup> Tenue du dossier patient, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique.

#### 4.1 L'extension du modèle aux SSR

L'activité de SSR, après avoir fait l'objet en avril 2008 d'une importante révision de ses modalités d'organisation, doit faire l'objet d'une évolution de ses modalités de financement en cohérence avec cette nouvelle définition de ses missions et de son organisation.

L'objectif est de parvenir, à partir de 2012, à une application progressive du modèle cible, construit, comme pour l'activité MCO, sur la base de quatre compartiments:

- un bloc « activité » prenant en compte la très grande diversité de prises en charge ;
- un compartiment « molécules onéreuses », qui fait actuellement l'objet d'un recueil incluant la liste MCO ainsi qu'éventuellement une liste spécifique SSR ;
- un compartiment « plateaux techniques et ateliers d'appareillage » dont l'enjeu principal est de repérer les équipements très spécifiques ou très coûteux susceptibles de rentrer dans un compartiment à part tandis que les équipements plus standards auraient vocation à intégrer le compartiment « activité » ;
- un compartiment « missions d'intérêt général », évaluées à partir des retraitements comptables des établissements.

Le poids de cette activité dans l'offre de soins, les besoins de la population et la nécessité de fluidifier la filière de soins avec le MCO ont incité le Ministère de la Santé à mettre en œuvre un modèle intermédiaire sans attendre l'achèvement de ce modèle cible. Ce modèle, appelé IVA (Indice de Valorisation de l'Activité), a été développé en 2009 sur la base des données PMSI 2007 disponibles<sup>29</sup>. Les travaux menés à partir de ces données ont abouti à la construction d'un modèle de type « additif » reposant sur un « scoring » de critères considérés comme représentatifs de la lourdeur de la prise en charge : morbidité dominante, âge, actes de rééducation, dépendance physique, dépendance cognitive, co-morbidités associées, type de prise en charge et type d'hospitalisation. Ce « scoring » en points permet de déterminer un indice de valorisation de l'activité (IVA) qui se traduit par un coefficient de sur ou sous dotation par rapport à une référence nationale.

Comme dans le secteur MCO avant la mise en place de la T2A (points ISA), le modèle intermédiaire s'apparente à une modulation des DAF et, pour les établissements sous OQN, des tarifs de prestations. En 2009, première année de mise en œuvre du dispositif, la modulation a été limitée à 2% de la DAF dans le secteur public et PSPH en dotation globale, et à 0,5 point de mesures nouvelles dans le secteur privé. Ce dispositif a été poursuivi en 2010 avec un taux de modulation portée à 5 % de la dotation pour les établissements sous DAF et maintenu à 0,5 point sur l'ensemble du taux d'évolution moyen des tarifs dans le secteur privé.

En 2010, afin d'alimenter en données l'élaboration du modèle cible, de nouveaux travaux ont été engagés :

- un ajustement de la classification descriptive de l'activité médicale,
- une nouvelle enquête sur les plateaux techniques (diversité des équipements identifiés sous une même appellation, affectation des personnels) ;
- le lancement d'une ENCC, les travaux engagés sur le modèle intermédiaire l'ayant été sur le fondement de l'ENC 2000/2001 ;
- des propositions d'amélioration du catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), en relation avec les sociétés savantes.

---

<sup>29</sup> Résumés de sortie hebdomadaires (RSH) groupés dans des groupes homogènes de journées

## 4.2 La psychiatrie

Les travaux relatifs à la construction d'un modèle de financement de la psychiatrie ont connu une accélération en 2009 et se poursuivent en 2010, grâce à l'exploitation de sources de données dont l'exhaustivité et la qualité se sont améliorées :

- La SAE (statistique annuelle des établissements de santé) ;
- Les résumés d'information médicale en psychiatrie (RIM-P), qui présentent à ce jour, un taux d'exhaustivité de plus de 90% ;
- les rapports d'activité 2008 en psychiatrie (RA-psy) qui remplacent les rapports de secteur qui permettaient de suivre la file active des établissements sous dotation globale et visent un champ plus large. Ils concernent en effet l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie, y compris les cliniques privées, et comportent des informations sur les capacités d'accueil, les personnels, la spécificité de l'offre par établissement (soins sans consentement, patients pris en charge...) ainsi que sur les modalités de coopération avec le médico-social. En 2009, la DREES a lancé une enquête auprès de 600 établissements dont les résultats devraient être communiqués au cours du dernier trimestre 2010.

Par ailleurs, des travaux sont également menés sur la refonte du guide de comptabilité analytique hospitalière, pour définir un cadre commun à toutes les activités et à tous les établissements hospitaliers ayant une autorisation en psychiatrie, tenant compte des spécificités de cette activité (dispersion des structures, poids des soins ambulatoires, multiplicité des modes de prise en charge, particularités des patients concernés...).

Enfin, une méthodologie de recueil des coûts est en cours de préparation.

Ces différentes sources de données fourniront les bases d'analyse nécessaires pour tester différents modes de valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) et élaborer un modèle de financement qui sache à la fois tenir compte des spécificités de la psychiatrie (activités hospitalières et sectorisées avec de multiples organisations et structures), préserver la qualité et l'accessibilité des soins pour les patients tout en fluidifiant les parcours de soins dans l'ensemble du dispositif sanitaire, médico-social et libéral.

## CONCLUSION

---

La réforme du financement des établissements de santé introduite en 2004 marque une rupture avec la logique économique et de gestion qui préexistait. Face à une réalité mouvante en termes de démographie, de consommation des soins, d'évolutions technologiques, il importait de se doter d'un modèle souple et adaptable susceptible d'absorber et de répondre à ces diverses évolutions sans remise en cause de la structure choisie dès l'origine. Les différents « compartiments » qui composent le modèle se complètent et permettent des ajustements réguliers. Les analyses fines, annuelles voire infra annuelles des éléments de fonctionnement permettent une adaptation rapide et donc une réactivité des établissements comme du régulateur. La recherche de l'équilibre entre cette évolution régulière et le respect de la nécessaire stabilité du modèle constitue d'ailleurs l'enjeu central pour le Gouvernement.

De fait, après plus de 5 ans d'existence, la T2A a atteint une certaine maturité pour ce qui concerne le financement des activités de court séjour, comme l'illustrent les deux éléments suivants :

- la première étape de la convergence, la convergence intra sectorielle, est à la veille d'être achevée. Elle le sera le 1<sup>er</sup> janvier 2012, au terme de la campagne tarifaire 2011, conformément aux ambitions initiales fixées par le législateur. C'est un moment important car cela signifie que les établissements MCO seront dans un système de tarification réellement homogène entre établissements et sur l'ensemble du territoire ;
- la classification, après avoir connu une très importante évolution en 2009 avec la « Version 11 » de la classification des GHM, n'a quasiment pas évolué en 2010. Après six mois de fonctionnement en « V11b », elle est acceptée et a été intégrée par les acteurs.

Ce dernier élément est le signe que la classification peut désormais être stabilisée, l'objectif étant qu'elle ne connaisse pas d'évolution majeure avant que la T2A ait pu être étendue à l'ensemble des activités de soins. C'est en effet le prochain grand défi de la tarification à l'activité que de couvrir tout le champ des activités de moyen séjour et de psychiatrie.

La T2A doit néanmoins continuer à se perfectionner y compris dans le secteur MCO. La convergence intersectorielle, voulue par le législateur, est l'un des moteurs principaux de ces évolutions. Elle a conduit à mener de nombreux travaux, visant à mieux décrire l'activité des établissements et leurs particularités éventuelles : caractéristiques des patients accueillis, spécificité des missions de recours, notamment. Ainsi, la classification sera-t-elle amenée à évoluer pour prendre en compte les résultats issus de ces travaux dès lors qu'ils impactent réellement les coûts des établissements ou l'accès aux soins. La convergence implique également de revoir les financements par dotation, notamment celui des « missions d'intérêt général », afin de parvenir à plus de transparence, d'optimiser l'allocation des ressources et de garantir l'équité du traitement des établissements.

Enfin, la loi HPST doit également permettre de tirer le meilleur parti de ce système de tarification. La réforme de la gouvernance, notamment, responsabilise davantage les acteurs dans leur comportement individuel et collectif, et ainsi :

- le management évolue sur la base d'outils de performance médico-économique ;
- les organisations sont influencées par l'application de tarifs mettant en exergue les défauts d'efficacité ;
- les stratégies de coopérations et de mutualisation des compétences sont facilitées.

## 5 ANNEXES

### 5.1 ANNEXE 1 : exemples étrangers de tarification à l'activité

L'instauration d'un système de financement à l'activité remonte à 1983 aux Etats-Unis, avec, pour objectif principal, maîtriser la croissance des dépenses hospitalières dans le cadre du programme d'assurance publique Medicare. Les Etats-Unis ont mis en œuvre une classification médico-économique des séjours des patients dans des groupes de pathologies, les « Diagnosis Related Groups » (DRG). Cette classification sert de base au paiement, et les tarifs sont déterminés de manière centralisée, sur la base des coûts moyens observés dans un échantillon d'établissements. Ce financement est complété de rémunérations forfaitaires ou de paiements complémentaires : certains médicaments onéreux.

L'exemple américain fut rapidement suivi au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Puis, la mise en œuvre de mécanismes de paiement prospectifs s'est ensuite progressivement développée en Europe, selon des modalités diverses, à partir du début des années 1990 :

- dans les pays d'Europe du Nord (Suède, Norvège, Danemark, Estonie, Lettonie, Lituanie, Finlande) ;
- en Europe de l'Est (Autriche, Hongrie, République Tchèque, Slovaquie, Roumanie, Slovénie) ;
- en Europe du Sud (Italie, Portugal et Espagne) ;
- en Europe occidentale par le biais d'importantes réformes au Royaume-Uni, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas ou via des réformes plus progressives en Belgique, en Suisse et en Irlande.

Cette tendance généralisée concerne également des pays comme le Japon ou l'Afrique du Sud.

Malgré de nombreux éléments de convergence, le champ d'application, le degré d'extension ainsi que les caractéristiques techniques des différents systèmes de paiement à la pathologie sont très hétérogènes d'un pays à l'autre et varient sensiblement suivant les spécificités de leurs systèmes de santé.

L'unité principale de remboursement est le séjour (DRG / GHM) dans la plupart des pays (Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Italie, Belgique, Suisse, Portugal, etc.), mais celle-ci est parfois associée, pour une partie de l'activité, à un paiement à l'acte, à un prix de journée ou encore un forfait par patient. En Europe, les systèmes de financement combinent ainsi plusieurs mécanismes et la part du financement provenant des tarifs par séjour ne représente jamais la totalité du budget. Il est difficile de préciser un pourcentage habituellement retenu car dans chacun des pays, le financement des dépenses hospitalières fait intervenir divers acteurs (Etat, assurance maladie obligatoire et/ou complémentaire, etc.) à différents niveaux (national et/ou régional).

La France a ainsi pu tirer les enseignements de l'expérience des nombreux pays ayant mis en place des dispositifs de financement prospectif à la pathologie avant 2004.

## 5.2 ANNEXE 2 : évolutions des composantes du modèle T2A

### Evolutions des montants des sous-objectifs fixés par chaque loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) depuis 2007

<i>En M€</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Objectifs (Rebasé)	objectifs	objectifs	objectifs	objectifs	objectifs
<b>Total champ objectifs hors champ non régulé, hors FMESPP</b>	60 666.04	62 498.10	64 483.24	66 515.37	68 519.57	70 544.67

<b>Etablissements de santé tarifés à l'activité</b>	44 436.33	45 779.84	47 383.43	48 834.81	50 828.33	52 458.08
<b>ODMCO</b>	39 607.16	40 161.29	41 383.60	42 225.89	43 134.07	44 308.21
Part activité	35 811.09	36 069.51	36 861.75	37 319.90	37 644.88	38 481.96
Médicaments et DMI	2 945.49	3 212.40	3 602.26	3 962.48	4 339.52	4 650.26
Forfaits annuels	850.58	879.38	919.59	943.5	1 149.68	1 175.99
<b>MIGAC (*)</b>	4 829.17	5 618.56	5 999.82	6 608.93	7 694.26	8 149.86

<b>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	16 229.72	16 718.26	17 099.82	17 680.56	17 691.24	18 086.59
ODAM	14 496.75	14 902.25	15 188.11	15 678.18	15 515.04	15 736.39
OQN psy-ssr	1 732.97	1 816.01	1 911.71	2 002.38	2 176.19	2 350.20

PART DES DIFFERENTES COMPOSANTES (OBJECTIFS)						
2005	2006	2007	2008	2009	2010	

<b>Etablissements de santé tarifés à l'activité</b>	73.20%	73.20%	73.50%	73.40%	74.20%	74.36%
<b>ODMCO</b>	89.10%	87.70%	87.30%	86.50%	84.90%	84.46%
Part activité	90.40%	89.80%	89.10%	88.40%	87.30%	86.85%
Médicaments et DMI	7.40%	8.00%	8.70%	9.40%	10.10%	10.50%
Forfaits annuels	2.10%	2.20%	2.20%	2.20%	2.70%	2.65%
<b>MIGAC (*)</b>	10.90%	12.30%	12.70%	13.50%	15.10%	15.54%

<b>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	26.80%	26.80%	26.50%	26.60%	25.80%	25.64%
ODAM	89.30%	89.10%	88.80%	88.70%	87.70%	87.01%
OQN psy-ssr	10.70%	10.90%	11.20%	11.30%	12.30%	12.99%

### 5.3 ANNEXE 3 : décomposition des recettes ODMCO par secteur

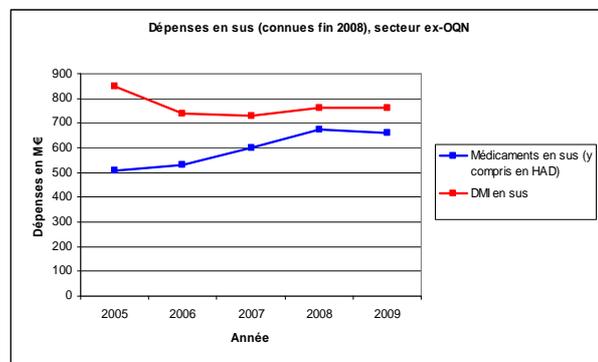
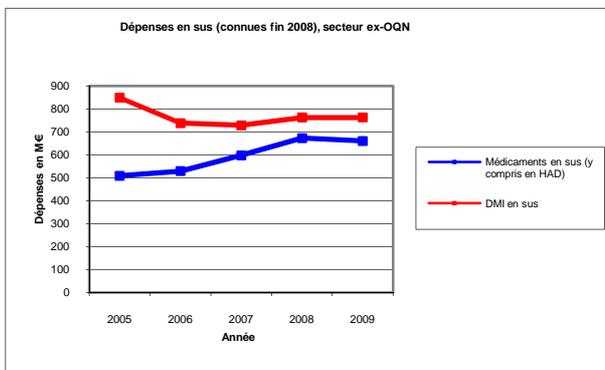
		Evolutions des réalisations				Moyenne annuelle sur 4 ans
		2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	
<b>ODMCO</b>		<b>0.77%</b>	<b>2.04%</b>	<b>3.24%</b>	<b>2.96%</b>	<b>2.25%</b>
	<b>ODMCO public</b>	<b>0.54%</b>	<b>1.77%</b>	<b>3.87%</b>	<b>2.78%</b>	<b>2.03%</b>
	Part activité	-0.42%	1.07%	2.32%	2.25%	1.30%
	Médicaments et DMI	15.28%	9.65%	12.94%	8.76%	11.63%
	Forfaits annuels	4.24%	7.71%	2.83%	4.14%	4.72%
	<b>ODMCO privé</b>	<b>1.61%</b>	<b>3.00%</b>	<b>3.97%</b>	<b>3.62%</b>	<b>3.05%</b>
	Part activité	3.05%	2.68%	3.24%	2.33%	2.82%
	Médicaments et DMI	-6.72%	4.70%	8.20%	-0.84%	1.18%
	Forfaits annuels	19.09%	5.51%	3.68%	228.15%	43.79%

#### Zoom sur l'évolution des molécules onéreuses et dispositifs médicaux facturables en sus

en M€		Total : Ex DG + Ex OQN				
Année	Médicaments en sus (y compris en HAD)	Evolution N/N-1	DMI en sus	Evolution N/N-1	Total dépenses en sus	Evolution N/N-1
2005	1 650.64		1 385.37		3 036.01	
2006	1 871.23	+13.4%	1 329.73	-4.0%	3 200.96	+5.4%
2007	2 101.41	+12.3%	1 345.64	+1.2%	3 447.05	+7.7%
2008	2 430.88	+15.7%	1 399.24	+4.0%	3 830.12	+11.1%
2009	2 549.38	+4.9%	1 478.41	+5.7%	4 027.79	+5.2%

Source : données stat ATIH

Nota: les dépenses et les évolutions en 2009 incluent les dépenses du Service de Santé des Armées (SSA) soumis à la T2A ex-DG depuis le 01/01/2009



#### 5.4 ANNEXE 4 : liste des catégories majeures de diagnostic (CMD)

- 01 Affections du système nerveux
- 02 Affections de l'oeil
- 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 Affections de l'appareil respiratoire
- 05 Affections de l'appareil circulatoire
- 06 Affections du tube digestif
- 07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 Affections du rein et des voies urinaires
- 12 Affections de l'appareil génital masculin
- 13 Affections de l'appareil génital féminin
- 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- 16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- 17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- 18 Maladies infectieuses et parasitaires
- 19 Maladies et troubles mentaux
- 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- 21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
- 22 Brûlures
- 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
- 25 Maladies dues à une infection par le VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- 27 Transplantations d'organes
- 28 Séances
- 90 Erreurs et autres séjours inclassables

## 5.5 ANNEXE 5 : évolution des séjours

### 1. Dans le secteur ex dotation globale

EX DG	2009			Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS jours	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS jours
Ambulatoire (séjours 0 jour)	2 789 940			0,50%		
Hospitalisation complète	7 595 440	46 917 180	6,18	0,70%	-0,40%	0,07
Séances	4 784 530			3,80%		
<b>Total</b>	<b>15 169 910</b>			<b>1,60%</b>		

*Source : ATIH Casemix 2008 et 2009 (PMSI)*

### 2. Dans le secteur ex OQN

Ex OQN	2009			Evolution / 2008		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS jours	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS jours
Ambulatoire	2 953 430			+5.8%		
Hospitalisation complète	3 091 980	14 378 330	4,65	-2.8%	-2.0%	0,04
Séances	746 920			-2.7%		
<b>Total</b>	<b>6 792 330</b>			<b>+0.8%</b>		

*Source : ATIH Casemix 2008 et 2009 (PMSI)*

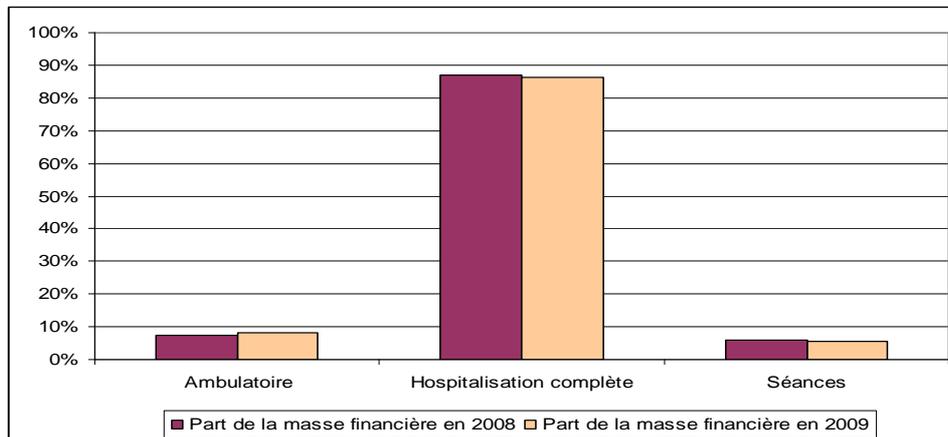
## 5.6 ANNEXE 6 : évolution du volume économique des séjours

### 1. Dans les ex DG

	2009	Evolution 2008/2009	
	Volume économique	Volume économique	Effet structure
Ambulatoire (séjour de 0 jour)	2 231,57	+16.8%	+16.3%
Hospitalisation complète	23 422,07	+2.8%	+2.1%
Séances	1 560,25	+2.4%	-1.4%
<b>Total</b>	<b>27 213,89</b>	<b>+3.8%</b>	<b>+2.1%</b>

Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 3 : Part de la masse financière des séjours selon le type de prise en charge en 2008 et 2009



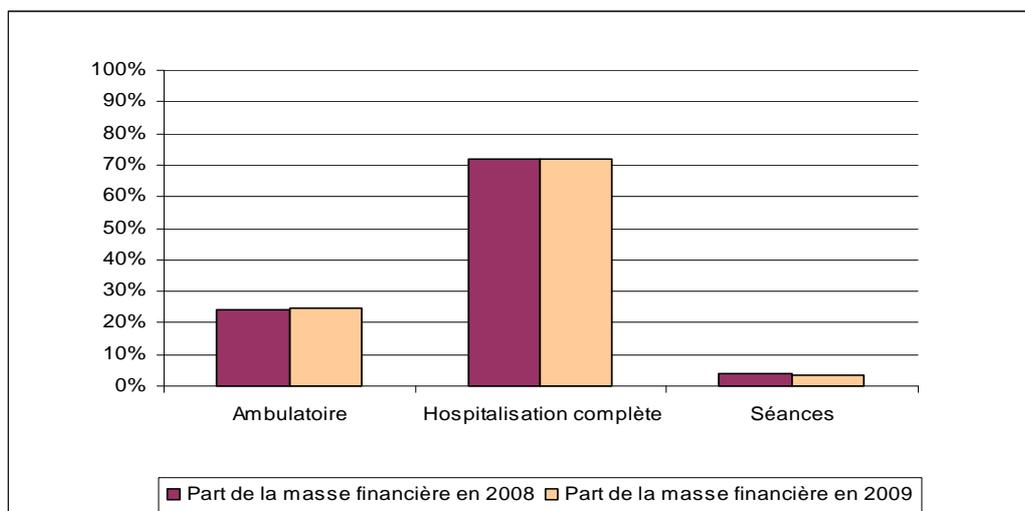
Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

### 2. Dans les ex OQN

EX OQN	2009	Evolution 2008/2009	
	Volume économique	Volume économique	Effet structure
Ambulatoire	1 509 840	+5.5%	<b>-0.3%</b>
Hospitalisation complète	4 413 860	+2.5%	<b>+5.5%</b>
Séances	215 130	-9.1%	<b>-6.6%</b>
<b>Total</b>	<b>6 138 830</b>	<b>+2.8%</b>	<b>+2.0%</b>

Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 4 : Part de la masse financière des séjours selon le type de prise en charge en 2008 et 2009



Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

## 5.7 ANNEXE 7 : catégories d'activités de soins

Il s'agit d'une typologie des GHM en huit catégories, à ce stade complémentaire du suivi des séjours en fonction de l'activité autorisée à laquelle ils se rattachent :

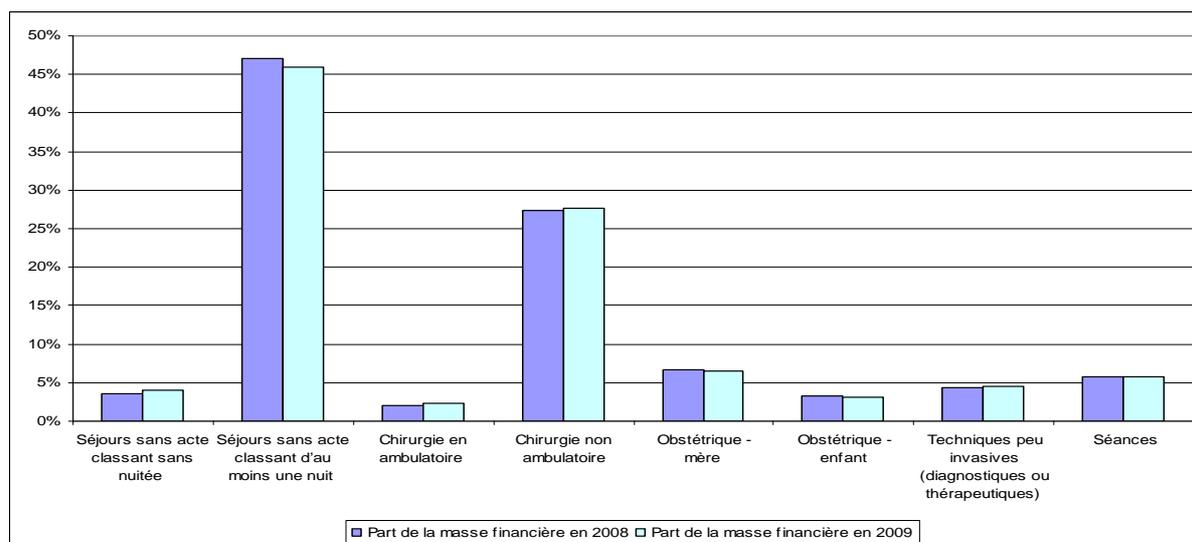
- Médecine ambulatoire (séjours sans actes classant sans nuitée)
- Médecine non ambulatoire (séjours sans acte classant d'au moins une nuitée)
- Chirurgie ambulatoire
- Chirurgie non ambulatoire
- Obstétrique – mère
- Obstétrique – enfant
- Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)
- Séances

### 1. Les catégories d'activités de soins dans les ex-DG

Ex-DG	2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique en M€	Effet structure
Séjours sans acte classant sans nuit	1 637 120	1 101	-5.3%	+17.1%	+23.6%
Séjours sans acte classant d'au moins une nuit	4 399 300	12 513	+1.7%	+1.4%	-0.4%
Chirurgie en ambulatoire	520 940	652	+12.5%	+19.7%	+6.4%
Chirurgie non ambulatoire	1 553 860	7 510	-0.6%	+5.0%	+5.7%
Obstétrique – mère	825 700	1 782	-0.9%	+2.8%	+3.8%
Obstétrique – enfant	612 400	854	+0.1%	+1.2%	+1.1%
Techniques peu invasives diagnostiques ou thérapeutiques	836 060	1 241	+5.2%	+9.1%	+3.7%
Séances	4 784 530	1 560	+3.8%	+2.4%	-1.4%
<b>Total</b>	<b>15 169 910</b>	<b>27 214</b>	<b>+1.6%</b>	<b>+3.8%</b>	<b>+2.1%</b>

*Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)*

Figure 3 : Part de la masse financière des séjours selon la catégorie d'activité de soins en 2008 et 2009



Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

## 2. Dans les ex-QQN

Ex-QQN	2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume économique	Nbre de séjours	Volume économique	Effet structure
Séjours sans acte classant sans nuitée (GHM en M et Z)	186 220	57 340	-5.5%	+4.1%	+10.2%
Séjours sans acte classant d'au moins une nuitée (GHM en M et Z)	726 460	801 490	+1.1%	+11.6%	+10.4%
Chirurgie en ambulatoire (GHM en C)	1 278 340	836 500	+8.9%	+6.9%	-1.8%
Chirurgie non ambulatoire (GHM en C)	1 625 380	2 778 270	-4.1%	+1.7%	+6.0%
Obstétrique – mère (CMD 14)	301 170	377 530	-3.5%	-7.5%	-4.1%
Obstétrique – enfant (CMD 15)	226 600	160 110	-2.1%	+17.5%	+20.0%
Techniques peu invasives diagnostiques ou thérapeutiques (GHM en K)	1 701 220	912 460	+3.4%	+1.1%	-2.3%
Séances (CMD 28)	746 920	215 130	-2.7%	-9.1%	-6.6%
<b>Total</b>	<b>6 792 310</b>	<b>6 138 830</b>	<b>+0.8%</b>	<b>+2.8%</b>	<b>+2.0%</b>

Source : ATIH- Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

## 5.8 ANNEXE 8 : évolution des séjours par catégories majeures de diagnostic (CMD)

CMD selon la version 11 de la classification des GHM		Ex DG					Ex OQN				
		2009		Evolution 2008/2009			2009		Evolution 2008/2009		
		Nombre de séjours	Volume éco en M€	Nbre de séjours	Volume économique	Effet structure	Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
1	Affections du système nerveux	789 250	2 136,82	4,6%	5,2%	0,6%	182 640	155,94	2,8%	5,3%	2,4%
2	Affections de l'oeil	256 340	448,42	8,7%	7,2%	-1,4%	572 090	561,86	+4.1%	-3.1%	-6.9%
3	Affections oreilles, nez, gorge, bouche et dents	355 960	622,56	2,5%	4,2%	1,7%	524 240	290,22	-1.2%	+0.1%	+1.4%
4	Affections appareil respiratoire	714 680	2 317,71	5,4%	5,9%	0,5%	106 430	133,85	+6.4%	+13.3%	+6.5%
5	Affections appareil circulatoire	1 016 840	3 027,79	1,2%	5,2%	3,9%	520 740	759,29	+0.0%	+1.3%	+1.3%
6	Affections tube digestif	1 004 130	2 414,51	3,7%	5,3%	1,5%	1 436 680	976,42	+3.9%	+4.6%	+0.6%
7	Affections système hépatobiliaire et pancréas	295 330	943,63	22,0%	4,5%	2,3%	111 510	168,30	+4.3%	+8.9%	+4.5%
8	Affections et trauma de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	972 880	3 083,95	1,8%	5,1%	3,3%	827 280	1 133,63	+2.0%	+6.0%	+3.9%
9	Affections peau, tissus sous-cutanés et seins	400 490	871,36	0,8%	3,7%	2,9%	269 780	194,04	-1.3%	+3.9%	+5.3%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	372 530	818,37	1,0%	4,5%	3,4%	68 580	99,43	+4.0%	+14.1%	+9.7%
11	Affections rein et des voies urinaires	402 020	1 003,02	2,8%	5,6%	2,8%	220 960	226,53	+6.3%	+11.0%	+4.4%
12	Affections appareil génital masculin	125 150	288,06	1,2%	2,4%	1,2%	179 050	181,19	+0.3%	+4.4%	+4.1%
13	Affections appareil génital féminin	252 070	515,52	1,2%	4,7%	3,5%	234 490	208,53	+0.7%	+2.5%	+1.8%

CMD selon la version 11 de la classification des GHM	Ex DG						Ex OQN				
	2009		Evolution 2008/2009				2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume éco en M€	Nbre de séjours	Volume économique	Effet structure	Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure	
14	Grossesses patho, accouchements et affections du post-partum	825 700	1 782,08	-0,9%	2,8%	3,8%	301 170	377,53	-3.5%	-7.5%	-4.1%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	612 400	853,80	0,1%	1,2%	1,1%	226 600	160,11	-2.1%	+17.5%	+20.0%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	166 960	433,43	3,0%	5,8%	2,7%	33 230	36,38	-0.9%	+10.6%	+11.6%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	283 270	732,97	-1,9%	4,5%	6,6%	39 310	44,75	-24.3%	-4.2%	+26.5%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	137 290	429,28	-2,8%	0,1%	3,0%	8 860	13,36	-14.0%	-14.6%	-0.6%
19	Maladies et troubles mentaux	238 500	518,64	1,3%	0,1%	-1,2%	7 510	8,82	-11.3%	-8.0%	+3.7%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	170 900	249,73	6,4%	19,0%	11,8%	5 600	7,32	+9.5%	+8.5%	-0.9%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	188 900	307,08	-0,8%	-2,3%	-1,6%	25 620	30,93	-12.9%	-9.9%	+3.5%
22	Brûlures	11 510	78,78	-5,0%	13,1%	19,0%	480	0,51	-19.0%	-21.2%	-2.6%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	764 230	1 339,70	-14,2%	-8,7%	6,4%	142 130	153,10	-6.0%	+6.1%	+12.8%

CMD selon la version 11 de la classification des GHM	Ex DG					Ex OQN				
	2009		Evolution 2008/2009			2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume éco en M€	Nbre de séjours	Volume économique	Effet structure	Nombre de séjours	Volume économique en M€	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
25 Maladies dues à une infection par le VIH	11 030	58,46	-15,8%	-9,4%	7,6%	170	0,46	+3.6%	+48.6%	+43.4%
26 Traumatismes multiples graves	8 020	91,54	3,3%	11,5%	8,0%	220	1,19	+35.2%	+35.4%	+0.1%
27 Transplantations	8 960	286,38	0,4%	8,2%	7,8%					
28 Séances	4 784 530	1 560,25	3,8%	2,4%	-1,4%	746 920	215,13	-2.7%	-9.1%	-6.6%
90 Erreur	60	0,03	-95,1%	-94,9%	5,5%	20	0,01	-95.2%	-93.7%	+31.4%
<b>TOTAL</b>	<b>15 169 930</b>	<b>27 213,87</b>	<b>1,6%</b>	<b>3,8%</b>	<b>2,1%</b>	<b>6 792 310</b>	<b>6 138,83</b>	<b>0,8%</b>	<b>28,0%</b>	<b>2,1%</b>

**5.9 ANNEXE 9 : évolution des 18 racines de chirurgie ambulatoire (J et niveau de sévérité 1) - secteur ex-DG**

Racines de GHM de chirurgie ambulatoire J et niveau de sévérité 1 EX DG		Nombre de séjours 2009, J et niveau 1, en milliers	Volume économique 2009, J et niveau 1, en M€	Part du nombre de séjours en ambulatoire J				Evolution du nombre de séjours en ambulatoire J		Evolution du nombre de séjours en niveau de sévérité 1	
				En 2006	En 2007	En 2008	En 2009	2008/2007	2009/2008	2008/2007	2009/2008
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	42.76	36.31	78,10%	79.8%	82,5%	84.9%	11.5%	5.2%	-6.4%	-11.8%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	140.81	227.01	46,50%	53.8%	66,8%	77.6%	35.2%	33.0%	-21.7%	-22.7%
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	26.93	22.54	54,70%	53.9%	52.8%	55.2%	-9.0%	1.5%	-4.7%	-8.0%
03C14	Drains transtympaniques, âge < à 18 ans	16.53	12.09	93,40%	94.6%	94.8%	95.3%	-3.0%	5.8%	-7.2%	-4.8%
03C15	Drains transtympaniques, âge > à 17 ans	1.96	1.57	81,60%	84.3%	83.7%	84.4%	-1.5%	8.1%	2.8%	2.7%
03C21	Interventions pour oreilles décollées	4.22	5.95	33,20%	34.9%	37.2%	38.3%	6.7%	-0.9%	-3.6%	-5.2%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	51.28	53.79	66,30%	69.4%	75.2%	82.0%	13.0%	13.6%	-15.6%	-24.4%
05C17	Ligatures de veines et éveinages	28.07	41.78	14,20%	22.6%	34.4%	51.9%	46.9%	52.3%	-18.2%	-25.8%
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge > à 17 ans	45.27	87.79	6,70%	8.7%	12.6%	20.5%	49.8%	64.2%	-1.4%	-8.3%
08C38	Autres arthroscopies du genou	6.60	11.07	33,60%	36.9%	44.7%	52.4%	19.1%	16.2%	-14.0%	-14.7%
08C44	Autres interventions sur la main	42.00	62.50	45,30%	48.0%	49.9%	53.1%	7.1%	4.8%	-0.7%	-7.8%
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	25.36	36.88	46,80%	51.9%	61.5%	71.7%	18.9%	18.1%	-19.5%	-25.8%
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	6.33	8.74	22,00%	26.7%	31.0%	34.8%	10.7%	4.7%	-10.6%	-11.6%
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	14.88	19.57	12,30%	13.2%	14.7%	19.4%	24.6%	39.0%	10.1%	-0.2%
12C06	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge < à 18 ans	12.69	18.26	44,40%	47.7%	51.6%	56.0%	15.3%	12.6%	-1.6%	-5.4%
12C08	Circoncision	28.77	26.17	83,40%	86.1%	88.5%	90.4%	11.9%	6.6%	-10.4%	-12.6%
13C08	Interventions sur vulve, vagin ou col utérin	17.30	16.94	45,90%	45.0%	47.7%	49.3%	8.3%	3.6%	-3.1%	-2.8%
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	15.55	14.70	51,30%	56.0%	61.8%	67.8%	10.3%	9.8%	-13.2%	-15.7%
<b>TOTAL</b>		<b>527.31</b>	<b>703.67</b>	<b>48,00%</b>	<b>51.8%</b>	<b>58.3%</b>	<b>65.7%</b>	<b>16.8%</b>	<b>17.9%</b>	<b>-10.1%</b>	<b>-14.0%</b>

**Evolution des 18 racines de chirurgie ambulatoire (J et niveau de sévérité 1) - secteur ex-QQN**

Racines de GHM de chirurgie ambulatoire J et niveau de sévérité 1  EX OQN		Nombre de séjours 2009, J et niveau 1, en milliers	Volume économique 2009, J et niveau 1, en M€	Part du nombre de séjours en ambulatoire J				Evolution du nombre de séjours en ambulatoire J		Evolution du nombre de séjours en niveau de sévérité 1	
				En 2006	En 2007	En 2008	En 2009	2008/2007	2009/2008	2008/2007	2009/2008
01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	107.62	50.57	86,20%	86.7%	88.0%	89.8%	7.3%	3.2%	-4.0%	-14.6%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	477.60	486.07	63,20%	66.4%	72.0%	79.7%	12.1%	16.2%	-13.9%	-23.9%
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge < à 18 ans	65.81	26.14	69,10%	67.1%	66.2%	66.8%	-13.4%	-5.3%	-10.0%	-7.9%
03C14	Drains transtympaniques, âge < à 18 ans	52.08	24.44	99,20%	99.3%	99.4%	99.6%	-8.7%	2.0%	-27.0%	-29.4%
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	6.40	2.68	94,60%	94.3%	94.9%	94.9%	-7.4%	-2.8%	-19.0%	-1.7%
03C21	Interventions pour oreilles décollées	9.23	5.16	37,00%	36.6%	38.1%	40.0%	5.1%	1.3%	-1.7%	-6.5%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	212.81	92.18	71,50%	74.6%	79.5%	88.8%	9.1%	11.5%	-17.4%	-45.5%
05C17	Ligatures de veines et éveinages	91.63	72.37	27,30%	30.7%	39.1%	57.9%	20.8%	44.1%	-16.6%	-32.8%
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	64.59	67.71	5,60%	6.4%	8.8%	17.3%	38.2%	96.8%	-1.4%	-9.7%
08C38	Autres arthroscopies du genou	19.88	14.42	45,60%	50.8%	60.0%	70.1%	24.7%	19.1%	-14.2%	-24.0%
08C44	Autres interventions sur la main	74.13	46.18	80,10%	80.7%	81.8%	83.6%	4.2%	4.0%	-3.0%	-8.5%
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	79.10	49.95	56,20%	61.2%	70.2%	81.6%	13.4%	13.0%	-24.1%	-40.1%
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	4.75	2.69	37,10%	38.5%	42.3%	47.3%	0.7%	5.9%	-14.1%	-13.4%

Racines de GHM de chirurgie ambulatoire J et niveau de sévérité 1  EX OQN		Nombre de séjours 2009, J et niveau 1, en milliers	Volume économique 2009, J et niveau 1, en M€	Part du nombre de séjours en ambulatoire J				Evolution du nombre de séjours en ambulatoire J		Evolution du nombre de séjours en niveau de sévérité 1	
				En 2006	En 2007	En 2008	En 2009	2008/2007	2009/2008	2008/2007	2009/2008
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	17.16	9.66	26,00%	24.7%	26.6%	30.7%	16.1%	20.8%	5.1%	-1.2%
12C06	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	6.28	3.59	48,10%	52.1%	54.1%	59.6%	8.1%	6.5%	-0.1%	-14.9%
12C08	Circoncision	59.66	22.72	94,30%	94.9%	95.6%	96.4%	6.1%	2.4%	-10.3%	-16.2%
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	16.89	6.83	70,40%	66.0%	66.2%	68.2%	-4.4%	4.6%	-5.0%	-4.7%
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	17.14	7.04	69,60%	71.5%	74.2%	78.5%	-1.6%	6.4%	-14.1%	-16.1%
<b>TOTAL</b>		<b>1382.76</b>	<b>990.39</b>	<b>63.7%</b>	<b>65.9%</b>	<b>70.2%</b>	<b>77.4%</b>	<b>7.4%</b>	<b>11.7%</b>	<b>-12.1%</b>	<b>-23.2%</b>