Les coûts des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique

2012

atih
AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Sommaire

Introduction **3**
Notes de lecture **4**
1. L'ENC : objectifs et modalités de l'étude **6**
1.1. Qu'est-ce que l'Etude Nationale de Coûts (ENC) ? 6
1.2. Comment les données sont-elles recueillies ? 6
1.3. A quoi sert l'ENC MCO ? 7
1.4. Les modalités de calcul des coûts moyens par GHM : le passage des coûts de l'échantillon au référentiel de coûts 7
1.5. Qui participe ? 8
2. Le coût moyen de prise en charge national 2012 et son évolution par rapport à 2010 **11**
2.1. Le coût moyen des séjours en 2012 11
2.2. Evolution des coûts depuis 2010 14
3. Focus sur les activités emblématiques **20**
3.1. Chirurgie Ambulatoire 20
3.2. Cancer 34
3.3. Périnatalité 50
3.4. Activités phares de chaque secteur 67
4. Analyse sur quelques CMD spécifiques du secteur ex-DG **78**
4.1. CMD 22 : Brûlures 78
4.2. CMD 27 : Transplantations d'organes 80
4.3. CMD 25 : Maladies dues au VIH 82
4.4. CMD 26 : Traumatismes multiples graves 84

Annexes

Annexe 1 : Liste des 48 établissements participant à l'ENC en 2012 pour le secteur ex-DG **87**
Annexe 2 : Liste des 25 établissements participant à l'ENC en 2012 pour le secteur ex-OQN **88**
Annexe 3 : Décomposition des coûts par CAS et évolution par rapport à 2011 – secteur ex-DG **89**
Annexe 4 : Décomposition des coûts par CAS et évolution par rapport à 2011 – secteur ex-OQN **91**
Annexe 5 : Répartition de l'activité nationale 2012 par tranche d'évolution des coûts des GHM **93**
Annexe 6 : Les coûts des activités phares de chaque secteur **94**

Introduction

L'objectif de ce document est de fournir un panorama des coûts de prise en charge dans les établissements de santé français en 2012 et leur évolution depuis 2010. Les coûts de l'hospitalisation sont décrits pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation (SSR), en psychiatrie (PSY), à domicile (HAD) ne sont pas concernées.

Le coût correspond aux ressources mobilisées par l'établissement pour la prise en charge d'un patient et non au coût pour l'Assurance Maladie. Le rapport a pour vocation de répondre aux questions suivantes : pour un établissement, combien coûte la prise en charge d'une patiente pour un accouchement ? Combien coûte une intervention pour chirurgie de la cataracte lorsqu'elle est réalisée sur une journée ? Lorsque le patient passe la nuit à l'hôpital ?

L'outil utilisé pour répondre à ces questions est l'Etude Nationale des Coûts (ENC). Elle permet de mesurer le coût complet d'une prise en charge ainsi que les principaux postes qui composent ce coût : soins réalisés au lit du malade, actes techniques (blocs opératoires, imagerie, échographie,…), médicaments, fonctionnement transversal de l'hôpital... Cependant, les charges immobilières et financières ne sont pas incluses dans ce coût car elles ne peuvent faire l'objet d'un redressement (cf. paragraphe 1.4).

Notes de lecture

Vocabulaire : les postes de coûts dans l'ENC

La méthodologie de l'ENC distingue cinq types de coûts :

- **Les coûts des soins réalisés au lit du malade** : ce sont les coûts de personnel du service clinique qui héberge le patient (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, …) mais également ceux liés aux biens médicaux du service (entretien, maintenance, amortissement et location). Pour les cliniques à but commercial, la rémunération des médecins est directement affectée au séjour et n'est donc pas incluse dans les coûts des soins réalisés au lit du malade.
- **Les coûts des actes techniques** : il s'agit des dépenses des actes réalisés sur les plateaux techniques (bloc, imagerie, exploration fonctionnelle, laboratoire, urgences, anesthésie, …). Ce sont des dépenses de personnel (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, …), et des dépenses de biens médicaux (entretien, maintenance, amortissement et location). Pour les cliniques du secteur ex-OQN, la réalisation de ces actes est financée via un honoraire qui est directement rattaché au séjour. Ce poste ne comprend donc pas les dépenses de personnel pour ces établissements.
- **Le coût des consommables, médicaments, honoraires …** : ces charges sont dans la méthodologie de l'ENC, appelées « charges directes » et correspondent aux dépenses qui sont directement attachées au séjour du patient :
  - les médicaments avec une distinction entre les médicaments inscrits sur la liste en sus (facturés en plus du tarif des séjours) et les autres médicaments (non inscrits sur la liste en sus),
  - les dispositifs médicaux implantables (DMI) avec la même distinction que sur les médicaments entre les DMI facturables en sus et non facturables en sus,
  - les autres consommables (pansements, sondes, …),
  - la sous-traitance (laboratoire, imagerie, …) : lorsqu'un établissement n'a pas de laboratoire en interne par exemple, les analyses de laboratoire sont effectuées à l'extérieur de l'établissement. Les actes ainsi sous-traités donnent lieu à une dépense pour l'établissement.
  - les honoraires : les médecins du secteur ex-OQN sont rémunérés par un honoraire. Les médecins du secteur ex-DG sont salariés mais peuvent exercer une partie de leur activité à titre libéral et ainsi percevoir des honoraires.
- **Les coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital :** sont regroupées les charges de logistique générale liées à la prise en charge des patients : accueil et secrétariat, services administratifs, restauration, blanchisserie, département d'information médicale, services informatiques, …).
- **Les coûts liés à la stérilisation, à la gestion de la pharmacie interne, … :** ces coûts liés à la logistique « médicale » sont isolés dans l'ENC.

Les coûts sont présentés par groupes homogènes de malades (GHM) ou regroupements de GHM. Il s'agit de la classification adoptée par la France pour les séjours hospitaliers MCO. Il existe 2 591 GHM dans la version de classification en vigueur en 2014 (version v11f).

Vocabulaire : la classification médico-économique en GHM, version v11f

- Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). La classification en GHM est médicale, car fondée sur les diagnostics et les actes pratiqués sur le patient, et économique car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.
- **Les catégories majeures (CM)** sont le premier niveau de regroupement, il y en a 27. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD). Dans ce cas, le diagnostic principal du patient est le critère médical retenu afin de construire ce classement (ex. CMD 01 Affections du système nerveux, CMD 02 Affections de l'œil, CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire, ...). Les séances (dialyse, chimiothérapie, …) constituent une CMD à part entière (CMD 28).
- **Les sous-CMD** permettent de différencier, pour chaque CM, les séjours de chirurgie, de médecine et de techniques interventionnelles. Il y a 73 sous-CMD.
- Les informations relatives aux actes réalisés ou aux diagnostics permettent également de classer les séjours dans des **racines de GHM**, au nombre de 663.
- D'autres informations, notamment les complications et l'âge, viennent ensuite déterminer le niveau de sévérité, et ainsi de classer le séjour dans un des 2 591 **GHM** (les racines de GHM sont segmentées en 4 niveaux de sévérité). Les séjours de chirurgie et de techniques interventionnelles en ambulatoire sont classés spécifiquement dans des « GHM en J » quand ils sont en nombre suffisant au sein de la racine. De même les séjours médicaux de très courte durée sont classés dans des « GHM en T ».

Pour plus de détail sur les postes de coûts, se reporter au guide pratique du référentiel de coûts, publié sur le site internet de l'ATIH.

1. L'ENC : objectifs et modalités de l'étude

1.1. Qu'est-ce que l'Etude Nationale de Coûts (ENC) ?

Les ENC à méthodologie commune aux établissements de santé publics et privés (à but lucratif et non lucratif) sont des enquêtes annuelles menées par l'ATIH auprès d'établissements volontaires. Elles permettent de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation en MCO depuis 2006.[1]

Elles permettent de lier les charges d'un établissement à l'activité réalisée et vont donc plus loin qu'une simple analyse de la comptabilité. Elles nécessitent de posséder une comptabilité analytique détaillée et de mettre en place des recueils spécifiques puisque certaines charges sont directement affectées au séjour (ex : médicaments coûteux).

1.2. Comment les données sont-elles recueillies ?

Les établissements participants à l'ENC transmettent à l'ATIH des éléments de comptabilité analytique répondant à une méthodologie spécifique, leur activité issue du PMSI[2], et le suivi de certaines charges au séjour. L'ATIH applique ensuite une méthodologie de déversement des charges sur les séjours, pour produire in fine un coût complet par séjour[3] (incluant les coûts de personnel, de médicaments, d'actes techniques, de logistique, d'honoraires,…).

La transmission des données de l'année N ainsi que les processus de contrôle des données sont réalisés entre juin et octobre N+1. Tout au long de cette phase, l'établissement est supervisé par un prestataire afin de l'accompagner et de s'assurer de la bonne application de la méthodologie. A l'issue de ce processus, un rapport de supervision est établi. Sur cette base et après examen des données de chaque établissement, l'agence décide ou non d'intégrer les données de celui-ci dans la détermination des coûts nationaux. Une fois établie la liste des établissements retenus, les données de coûts peuvent être utilisées.

---

[1] Ces études sont également développées depuis 2009 pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les hospitalisations à domicile (HAD). Une première ENC sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) aura lieu sur les données de l'année 2015.

[2] PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information : il permet de recueillir l'ensemble de l'activité des hôpitaux français.

[3] Pour plus de précisions, consultez le guide méthodologique ENC, disponible sur le site internet de l'ATIH.

1.3. A quoi sert l'ENC MCO ?

Les coûts de prise en charge sont utilisés :

- pour construire chaque année le référentiel national de coûts, qui mesure, pour chaque groupe homogène de malade (GHM), le coût moyen d'un séjour. Deux échelles de coûts sont produites, une par secteur de financement (secteur ex-DG et secteur ex-OQN[4]). Chaque établissement participant à l'ENC peut comparer ses propres coûts au référentiel et ainsi détecter les activités où des gains d'efficience sont possibles ;
- pour conduire les travaux de classification médico-économique. En effet, la classification en GHM fait l'objet d'actualisations régulières, en lien avec l'analyse des coûts des séjours dans l'ENC ;
- pour construire les éléments tarifaires de l'activité : chaque année, dans le cadre de la construction tarifaire, la méthode alternative de comparaison des coûts et des tarifs[5] est mobilisée. Cette étude permet de répondre aux besoins de comparaison entre les coûts et les tarifs. La comparaison directe entre ces deux notions n'est pas possible dans la mesure où elles ne recouvrent pas le même périmètre et qu'une mise en cohérence des périmètres ne peut se faire dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts. Cette étude permet de détecter les GHM en situation de sous ou sur-financement et de modifier les tarifs le cas échéant ;
- pour orienter les réflexions sur les modèles de financement : par exemple, l'ENC est utilisée pour rechercher s'il existe un différentiel de coûts strictement imputable à la prise en charge des séjours non programmés et le mesurer le cas échant.

1.4. Les modalités de calcul des coûts moyens par GHM : le passage des coûts de l'échantillon au référentiel de coûts

Les coûts moyens du référentiel sont calculés selon la version de classification en vigueur au moment de sa publication. Ainsi, pour les données de coûts 2012 publiées en 2014, la classification utilisée est la version v11f.

L'ATIH réalise un premier traitement sur les données recueillies qui consiste à éliminer les séjours présentant des coûts atypiques, correspondant à une erreur dans l'affectation des charges, ou une erreur dans le codage médical. Cette opération élimine peu de séjours (0,7% des séjours dans le secteur ex-DG, 0,1% dans le secteur ex-OQN).

[4] Le secteur ex-DG est parfois aussi dénommé « secteur public » et le secteur ex-OQN « secteur privé ».

[5] Publiée chaque année sur le site internet de l'ATIH

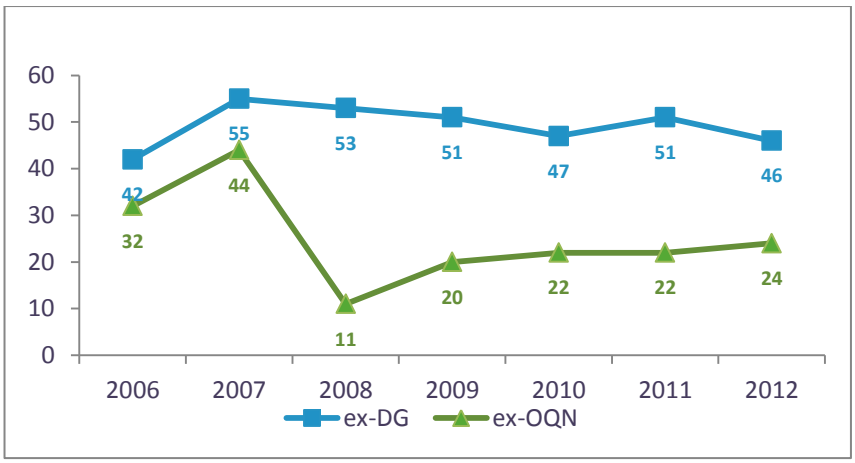
Ensuite, une procédure de redressement est utilisée pour passer des coûts observés sur l'échantillon à des coûts nationaux. L'échantillon ENC n'a pas les mêmes caractéristiques que l'ensemble des établissements nationaux ; par exemple la durée moyenne de séjour dans l'échantillon n'est pas égale à la durée moyenne observée au niveau national. Un redressement de l'échantillon est donc nécessaire afin de produire une estimation du coût moyen national. La technique du calage sur marges est utilisée, celle-ci étant basée sur les données d'activité 2012 de l'ensemble des établissements de santé[6].

Remarque : les coûts de l'immobilier et les charges financières (loyers, emprunts, …) ne peuvent pas faire l'objet d'un redressement. Ils sont dépendants des établissements de l'échantillon qui n'est pas nécessairement représentatif de la situation de l'ensemble des hôpitaux français. En l'absence de données nationales permettant un redressement de ceux-ci, les coûts présentés n'incluent ni les charges immobilières, ni les charges financières.

1.5. Qui participe ?

Les données de 46 établissements ex-DG et 24 établissements ex-OQN ont été prises en compte dans le calcul du référentiel de coûts 2012[7]. Cet effectif est plutôt stable sur le secteur ex-DG depuis le début de l'ENC MCO en 2006, il est en légère augmentation sur le secteur ex-OQN depuis 2008 sans toutefois atteindre le niveau de participation de l'ENC 2006. Pour le secteur ex-DG, il s'agit de 14 CHR, de 19 centres hospitaliers (CH), de 3 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et de 10 établissements à but non lucratif (EBNL).

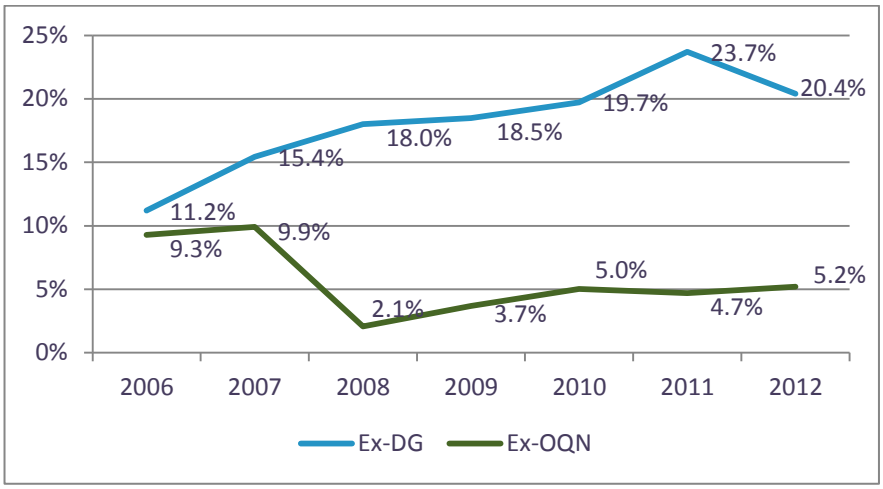
F 1 I Evolution du nombre d'établissements participants à l'ENC et intégrés dans le référentiel



[6] Pour plus de précisions, consultez le guide technique accompagnant la publication du référentiel.

[7] Les établissements participants, y compris ceux dont la qualité des données n'a pas été jugée suffisamment satisfaisante pour être intégrées dans le calcul des coûts, sont listés en annexe 1 et 2.

F 2 I **Evolution du taux de sondage dans l'ENC MCO depuis 2006 (en nombre de séjours)**



Un séjour sur cinq ayant eu lieu en 2012 dans un hôpital public est pris en compte pour le calcul du référentiel national.

En 2012, les séjours recueillis dans l'ENC représentent 20% de tous les séjours nationaux sur le secteur ex-DG, et 5% sur le secteur ex-OQN. Ce taux de sondage (en nombre de séjours) est en légère augmentation sur le secteur ex-OQN par rapport à 2011 (+0,5 points). En revanche, il diminue de 3 points sur le secteur ex-DG, le nombre d'établissements passant de 51 à 46. La baisse du taux de sondage entre 2011 et 2012 se retrouve sur toutes les catégories majeures de diagnostic (CMD) et tous les niveaux de sévérité.

Le taux de sondage n'est pas à lui seul un marqueur de la qualité de l'échantillon. Ainsi, un taux de sondage faible n'est pas synonyme de mauvaise qualité dès lors que celui-ci porte sur des activités standardisées dont la volumétrie est importante.

Un taux de sondage important pour les CHR, plutôt faible pour les centres hospitaliers

En 2012, 39% des séjours des CHR figurent dans l'échantillon, contre 9% des séjours des centres hospitaliers. Les séjours des patients pris en charge dans des établissements à but non lucratif et dans les centres de lutte contre le cancer sont bien représentés avec un taux de sondage de près de 20%.

F 3 I **Taux de sondage du secteur ex-DG (en nombre de séjours) en 2011 et 2012**

99% des GHM sont présents dans l'échantillon du secteur public

Les taux de sondage par GHM sont pour la plupart bons voire très bons sur le secteur ex-DG. Ainsi, 97% des GHM présents dans l'échantillon ont un taux de sondage strictement supérieur à 10% et 61% ont un taux de sondage supérieur à 20%.

Sur le secteur ex-OQN, les taux de sondage par GHM se sont légèrement améliorés entre 2011 et 2012, mais restent nettement inférieurs à ceux du secteur ex-DG. En effet, les GHM ayant un taux de sondage inférieur à 5% représentent 40% des séjours nationaux tandis que les GHM ayant un taux de sondage supérieur à 10% seulement 7% des séjours nationaux.

Un effort de recrutement à poursuivre sur les cliniques privées et les centres hospitaliers

Afin de renforcer la représentativité de l'échantillon, l'ATIH cible chaque année les établissements dont l'activité permettrait d'améliorer le taux de sondage sur des activités peu couvertes par l'échantillon ou sur des activités rares. Cette étude permet de contacter, à chaque nouvelle campagne ENC, plusieurs établissements afin de leur proposer de participer à l'ENC. L'effort de recrutement porte actuellement sur les centres hospitaliers dans le secteur ex-DG (taux de sondage de 9%) et sur les établissements du secteur ex-OQN dont la présence améliorerait sensiblement les taux de sondage sur les activités actuellement peu couvertes.

Il existe par ailleurs des activités non présentes dans l'ENC du fait des établissements ciblés. Ainsi, l'ENC ne cible pas les structures autonomes réalisant uniquement des prises en charge en séances (sur la dialyse par exemple). Les coûts de cette activité ne sont donc que partiellement couverts via l'ENC puisque mesurés sur des établissements réalisant également des séjours hospitaliers de MCO. Dans ce cas, l'ATIH met en place des enquêtes de coûts pour affiner et consolider la mesure. Ces enquêtes sont ponctuelles, et basées sur une méthodologie et un recueil simplifié. En 2014, l'ATIH met en œuvre des enquêtes de coûts sur l'activité de dialyse et de radiothérapie.

2. Le coût moyen de prise en charge national 2012 et son évolution par rapport à 2010

Remarque préliminaire : Les coûts des deux secteurs sont présentés successivement selon différents regroupements de GHM. Cependant**, il n'est pas possible de les comparer directement**, les segments d'activités couverts par les deux secteurs étant différents. Seule la comparaison GHM par GHM a un sens.

2.1. Le coût moyen des séjours en 2012

Dans le secteur ex-DG, le coût moyen de prise en charge 2012 évalué à 2 115€, présente une forte variabilité entre les activités : en moyenne de 575€ pour une séance à 4 564€ pour un séjour de chirurgie.

Pour les séjours chirurgicaux, les prises en charge en ambulatoire coûtent en moyenne 1 316€ alors que les séjours chirurgicaux de sévérité lourde ont un coût moyen de 16 650€.

De même, le coût des techniques interventionnelles est très dépendant de la lourdeur de prise en charge : de 970€ en moyenne pour une prise en charge en ambulatoire à 13 600€ pour les séjours de sévérité lourde.

Dans le secteur ex-OQN le coût moyen de prise en charge 2012, évalué à 1 204€, varie selon les catégories d'activités de soins : en moyenne de 449€ pour une séance à 1 910€ pour l'activité de chirurgie.

C'est au sein de l'activité de chirurgie que la disparité des coûts est la plus importante : les prises en charge en ambulatoire valent 900€ en moyenne et les séjours chirurgicaux avec sévérité lourde, 8 000€.

T 1 Les coûts de prise en charge par secteur et par catégorie d'activité de soins[8] en 2012

Activité	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN	
	Nombre de séjours nationaux 2012	Coût moyen 2012 (en €)	Nombre de séjours nationaux 2012	Coût moyen 2012 (en €)
Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	672 509	1 316	1 499 159	903
Chirurgie avec sévérité légère	1 391 777	4 355	1 430 836	2 718
Chirurgie avec sévérité lourde	204 771	16 653	57 979	8 013
CHIRURGIE	***2 269 057***	***4 564***	***2 987 974***	***1 910***
Techniques interventionnelles ambulatoire ou de courte durée	483 995	971	1 187 925	671
Techniques interventionnelles avec sévérité légère	528 265	2 297	624 022	1 496
Techniques interventionnelles avec sévérité lourde	20 190	13 602	1 534	8 393
TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES	***1 032 450***	***1 896***	***1 813 481***	***962***
Médecine ambulatoire ou de courte durée	1 913 237	784	255 710	616
Médecine avec sévérité légère	3 282 966	2 323	493 439	1 649
Médecine avec sévérité lourde	932 207	7 432	56 250	4 984
MEDECINE	***6 128 410***	***2 620***	***805 399***	***1 554***
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	110 248	651	33 968	365
Obstétrique avec sévérité légère	852 846	2 123	271 873	2 045
Obstétrique avec sévérité lourde	24 697	5 075	3 421	3 746
OBSTETRIQUE	***987 791***	***2 033***	***309 262***	***1 879***
Néonatalogie - Chirurgie sévérité légère	1 289	15 806		
Néonatalogie - Chirurgie sévérité lourde	1 722	49 431		
Néonatalogie - Médecine sévérité légère	608 237	1 814	215 291	785
Néonatalogie - Médecine sévérité lourde	12 239	17 309	534	2 277
NEONATALOGIE	***623 487***	***2 278***	***215 825***	***788***
SEANCES	***5 472 060***	***575***	***2 743 824***	***449***
Décès	40 234	1 896	1 802	410
TOTAL	***16 553 489***	***2 115***	***8 877 567***	***1 204***

Selon le type de prise en charge, la structure du coût complet est très variable.

Dans le secteur ex-DG, si les activités de chirurgie et de techniques interventionnelles sont assez proches en termes de décomposition, les activités de médecine et de néonatalogie se singularisent par des coûts élevés de soins au lit du malade. Pour les séances, les dépenses de médicaments, consommables, …représentent près de la moitié du coût global.

Pour un séjour de *chirurgie*, les soins réalisés au lit du patient et les actes techniques pratiqués constituent respectivement 31% et 26% du coût du séjour, les dépenses de

[8] Les catégories d'activité de soins (CAS) sont construites soit à partir de la CMD (CMD 14 : Obstétrique, CM 15 : Néonatologie, CMD 28 : Séances), soit à partir du 3ème caractère du GHM : C pour « chirurgie », K pour « techniques peu invasives ou techniques interventionnelles », M et Z pour « séjours sans acte classant ou séjours de médecine ».

consommables et de DMI sont également importantes (24%). Les charges de fonctionnement transversal de l'hôpital représentent 15% du coût en moyenne.

S'agissant des *techniques interventionnelles*, la décomposition du coût est proche de celle d'un séjour de chirurgie. Cependant, les consommables, médicaments… sont le poste de coût le plus important (28% du coût), les dépenses de soins au lit du malade étant moins élevées qu'en chirurgie (27%).

Pour les séjours de *médecine* les soins réalisés au lit du malade représentent l'essentiel des dépenses (47%), les charges liées aux actes techniques pratiqués et aux consommables sont proportionnellement plus modestes (respectivement 13% et 16%). Les dépenses de fonctionnement transversales sont également importantes pour ce type de séjour (23%).

En *obstétrique*, les principaux postes de coûts sont les coûts d'actes techniques (34%) et de soins réalisés au lit du malade (31%). Très peu de médicaments et consommables sont administrés (9%).
En *néonatalogie*, les coûts sont principalement des coûts cliniques (soins réalisés au lit du malade) à 61% et des coûts de fonctionnement transversal de l'hôpital (25%).
Le coût des *séances* est composé à 44% des médicaments de la liste en sus. L'ensemble des consommables, médicaments… constituent 56% du coût complet.

La décomposition des coûts du secteur public par type d'activité est disponible en annexe 3.

Dans le secteur ex-OQN, la part des honoraires est la plus importante pour les techniques interventionnelles (39%). A l'inverse, la néonatalogie et les séances présentent moins de 10% d'honoraires.

Les honoraires des médecins libéraux et les actes techniques pratiqués lors du séjour représentent 40% du coût (respectivement 29% et 11%) d'un séjour moyen de *chirurgie*.
Pour les *techniques interventionnelles*, la part des honoraires atteint 39% du coût total.
En *médecine*, les dépenses se situent principalement sur les soins au lit du malade (32%) et sur le fonctionnement transversal de l'établissement (24%).
En *obstétrique*, les honoraires médicaux représentent 34% du coût d'un séjour et les actes techniques pratiqués, 22%.
En *néonatalogie*, la quasi-totalité des dépenses se répartit entre soins au lit du patient (54%) et charges logistiques (39%).
Le coût des *séances* est composé à 52% de charges de médicaments et consommables dont 39% de médicaments de la liste en sus.

La décomposition des coûts du secteur privé est disponible en annexe 4.

2.2. Evolution des coûts depuis 2010

Depuis plusieurs années, des actions sont en cours dans les établissements de santé ayant pour objectif une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières tout en conservant la qualité des services de soins rendus aux patients.

Ces différents projets pourront avoir eu un impact sur les coûts mais il n'est pas possible de les relier aux évolutions de coûts qui sont constatées dans l'ENC.

2.2.1. Le coût moyen des prises en charge est en très légère diminution par rapport à 2011

Tous GHM confondus[9], le coût complet enregistre une légère diminution sur les deux secteurs.

T 2 Evolution globale des coûts entre 2011 et 2012

	Tous GHM confondus	GHM hors séances
Evolution des coûts moyens entre 2011 et 2012 (v11f) – Secteur ex-DG	-0,8%	-0,6%
Evolution des coûts moyens entre 2011 et 2012 (v11f) - Secteur ex-OQN	-2,0%	-1,1%

Sur le secteur ex-DG, le coût moyen de prise en charge tous séjours confondus est relativement stable, en légère diminution de 0,8% par rapport à 2011.

La diminution des dépenses se situe principalement sur le fonctionnement transversal des établissements (-1,8%), sur les actes techniques (-0,7%) et sur les DMI et spécialités pharmaceutiques facturables en sus (-1,1%). Ces trois postes constituent 46% du coût complet sur le secteur ex-DG.

Sur le secteur ex-OQN, le coût moyen estimé enregistre une diminution de 2%. Sans les séances, cette baisse est moins prononcée et se rapproche du niveau de baisse constatée sur le secteur ex-DG. La fragilité de certains taux de sondage dans ce secteur peut expliquer en partie la variabilité des estimations entre deux années de recueil.

[9] Estimation basée sur une liste de GHM commune ayant un effectif supérieur à 30 séjours pour chacune des deux années considérées.

Les coûts des soins réalisés au lit du patient, des actes techniques et des DMI et médicaments de la liste en sus baissent (respectivement -2,1%, -8,6%, -8%). Sur les actes techniques, les dépenses de blocs opératoires diminuent de 7,9% (de 84€ en 2011 à 77€ en 2012 en moyenne) et celles de l'anesthésie de 7,7%.

Ces baisses sont contrebalancées par une hausse des honoraires (+0,9%), de la logistique générale (+1,8%) et des consommables, médicaments et DMI hors liste en sus (+4,3%).

T 3 Evolution du coût et des durées de séjour par catégorie d'activité de soins

	Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN		
Activité	Nombre de séjours nationaux 2012	Evolution des coûts 2011-2012 (en %)	Evolution des durées de séjours (en nb de j.)	Nombre de séjours nationaux 2012	Evolution des coûts 2011-2012 (en %)	Evolution des durées de séjours (en nb de j.)
Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	672 509	1,9	-	1 499 159	2,9	-
Chirurgie avec sévérité légère	1 391 777	-1,2	-0,20	1 430 836	-3,4	-0,14
Chirurgie avec sévérité lourde	204 771	-0,5	-0,54	57 979	-2,1	-0,29
CHIRURGIE	***2 269 057***	***-0,7***	***-0,17***	***2 987 974***	***-1,9***	***-0,07***
Techniques interventionnelles ambulatoire ou de courte durée	483 995	2,4	-	1 187 925	3,7	-
Techniques interventionnelles avec sévérité légère	528 265	0,0	-0,05	624 022	0,0	-0,03
Techniques interventionnelles avec sévérité lourde	20 190	-1,4	-0,18	1 534	-5,4	-0,09
TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES	***1 032 450***	***0,4***	***-0,03***	***1 813 481***	***1,6***	***-0,01***
Médecine ambulatoire ou de courte durée	1 913 237	1,1	-	255 710	-1,0	-
Médecine avec sévérité légère	3 282 966	-1,7	-0,14	493 439	-2,7	-0,10
Médecine avec sévérité lourde	932 207	-0,2	-0,17	56 250	0,1	0,12
MEDECINE	***6 128 410***	***-0,8***	***-0,10***	***805 399***	***-1,9***	***-0,06***
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	110 248	0,1	-	33 968	-2,6	-
Obstétrique avec sévérité légère	852 846	0,9	-0,05	271 873	0,7	-0,07
Obstétrique avec sévérité lourde	24 697	1,3	0,10	3 421	4,3	-0,01
OBSTETRIQUE	***987 791***	***0,9***	***-0,04***	***309 262***	***0,7***	***-0,06***
Néonatalogie - Chirurgie sévérité légère	1 289	-2,6	1,13			
Néonatalogie - Chirurgie sévérité lourde	1 722	-1,7	0,69			
Néonatalogie - Médecine sévérité légère	608 237	0,3	-0,07	215 291	0,5	-0,11
Néonatalogie - Médecine sévérité lourde	12 239	0,6	-0,13	534	11,8	-0,24
NEONATALOGIE	***623 487***	***0,2***	***-0,07***	***215 825***	***0,5***	***-0,11***
SEANCES	5 472 060	-2,1	-	2 743 824	-8,4	-
Décès	40 234	0,3	-0,01	1 802	-5,7	-0,10
TOTAL	***16 553 489***	***-0,8***	***-0,07***	***8 877 567***	***-2,0***	***-0,04***

Dans le secteur ex-DG, augmentation du coût des prises en charge ambulatoires et de très courte durée pour toutes les activités.
Baisse du coût des séances

Le coût des prises en charge ambulatoires augmente alors que celui des séjours d'hospitalisation complète stagne :

- chirurgie : +1,9% pour l'ambulatoire/courte durée contre -1,2% pour les sévérités légères et -0,5% pour les sévérités lourdes ;
- techniques interventionnelles : +2,4% pour l'ambulatoire/courte durée contre -1,4% pour les sévérités lourdes (le coût des séjours avec sévérité légère est stable) ;
- médecine : +1,1% pour l'ambulatoire/courte durée contre -1,7% pour les sévérités légères et -0,2% pour les sévérités lourdes.

La hausse globale des dépenses des séjours de chirurgie ambulatoire s'explique par une augmentation des dépenses cliniques – essentiellement des charges de personnel (+11,5%) et, dans une moindre mesure, des médicaments, DMI, consommables… (+2%).

En ce qui concerne les séjours chirurgicaux de sévérité légère, ce sont les charges des actes techniques et la logistique qui diminuent le plus (respectivement -1,5% et -3,9%). Les durées moyennes de séjour en baisse pour la chirurgie (-0,2 jours), expliquent la baisse des coûts de logistique.

L'augmentation des coûts de la chirurgie ambulatoire se produit dans un contexte de politiques d'incitations tarifaires au développement de cette activité. Ainsi, par rapport à 2011, il est possible que les patients pris en charge soient plus âgés et/ ou que les actes réalisés soient plus lourds entraînant une hausse des coûts.

Un focus sera réalisé sur cette activité dans la partie 3.

La hausse des dépenses en ambulatoire sur les techniques peu invasives est également la conséquence d'une hausse des dépenses cliniques (+11,3%) et des médicaments, consommables, … (+6,3%).

Pour les séjours de très courte durée de médecine, chaque poste de charges est en hausse. Les coûts cliniques et la logistique, soit 54% du coût total, augmentent de respectivement +1,4% et +0,6%.

La baisse du coût des séances entre 2011 et 2012 (-2,1%) est imputable à la baisse du coût des médicaments de la liste en sus, principal poste de dépense des séances (44% du coût). Il est en nette diminution : -4,1%.

Dans le secteur ex-OQN, augmentation du coût de prise en charge en ambulatoire pour la chirurgie et les techniques interventionnelles.
Forte diminution du coût des séances.

Sur le secteur ex-OQN, les constats sont similaires pour la chirurgie et les techniques peu invasives mais plus marqués : les coûts de l'ambulatoire augmentent de respectivement 2,9% et 3,7%, tandis que pour l'hospitalisation complète, ils diminuent (exception faite des coûts des techniques interventionnelles avec sévérité légère qui stagnent).

En chirurgie ambulatoire, la hausse concerne les principaux postes de dépenses. Les dépenses augmentent ainsi de 3,2% pour les honoraires, de 1,2% pour les actes techniques, de 3,1% pour la logistique et de plus de 12% pour les consommables, médicaments,… hors DMI et spécialités pharmaceutiques de la liste en sus.

La hausse des dépenses en ambulatoire sur les techniques peu invasives est la conséquence d'une hausse des honoraires (+3%) et de la logistique (+5%) principalement.

Pour les activités de médecine et obstétrique, le constat est inverse : le coût des séjours en ambulatoire est en baisse (respectivement -1% et -2,6%).

Ainsi, pour l'activité de médecine, une baisse des coûts des actes techniques et des médicaments facturables en sus est observée (respectivement - 17,7% et -17,8%).
Pour l'activité d'obstétrique de courte durée, la baisse concerne les coûts des actes techniques et de la logistique (respectivement -15,7% et 2,7%).

Enfin, la baisse du coût des séances (-8,4%) est principalement imputable aux médicaments de la liste en sus, principal poste de dépense des séances (39%). Leur coût est en diminution de -16,2%.

L'évolution des coûts peut être plus importante lorsqu'elle est observée GHM par GHM.

Cependant, même si certains GHM ont un coût qui évolue fortement, l*'évolution des coûts entre 2011 et 2012 est contenue (moins de 5%) pour plus de la moitié des GHM, rassemblant 75% de l'activité nationale. Ce constat est vrai quel que soit le secteur de financement.*

La répartition des GHM selon l'évolution des coûts entre 2011 et 2012 est présentée en annexe 5.

2.2.2. Le coût moyen était déjà en légère baisse entre 2010 et 2011

Pour analyser les évolutions des coûts entre 2010 et 2012, il est nécessaire d'être sur un périmètre de GHM commun aux trois années. Cette restriction implique de se priver d'informations disponibles en 2011 et 2012 mais indisponibles en 2010. C'est, par exemple, le cas de la radiothérapie, dont les coûts n'avaient pas pu être estimés en 2010.

T 4 Evolution du coût complet moyen tous GHM confondus entre 2010 et 2012

		Tous GHM confondus	GHM hors séances	Séances
Secteur ex-DG	Evolution des coûts moyens entre 2011 et 2012 (v11f)	-0,6%	-0,6%	-1,6%
	Evolution des coûts moyens entre 2010 et 2011 (v11f)	-0,4%	-0,3%	-1,5%
Secteur ex-OQN	Evolution des coûts moyens entre 2011 et 2012 (v11f)	-1,9%	-1,0%	-8,4%
	Evolution des coûts moyens entre 2010 et 2011 (v11f)	-0,7%	-0,7%	-0,6%

L'analyse des évolutions de coûts doit tenir compte de l'effet « apprentissage » qui régit la qualité des données ENC. En effet, il est probable qu'entre 2010 et 2012, la qualité des données fournies par les établissements de l'ENC se soit améliorée. Les coûts estimés lors des années les plus récentes sont plus proches des coûts réels de prise en charge.

Sur le secteur ex-DG, les coûts sont en légère diminution depuis 2010.

Mais cette tendance masque des évolutions par activité parfois contrastées sur les deux périodes étudiées.

Ainsi, les dépenses de chirurgie ambulatoire, en hausse entre 2011 et 2012 (+1,9%), avaient stagné sur la période précédente (-0,2%).

Les dépenses des techniques interventionnelles pratiquées en ambulatoire avaient moins augmenté en 2011 (+0,7%) qu'en 2012 (+2,4%) contrairement aux dépenses d'obstétrique en ambulatoire qui avaient augmenté de 3,6% en 2011 et qui stagnent en 2012 (+0,1%).

Pour la néonatalogie médicale, les dépenses sur les séjours avec sévérité légère avaient augmenté de 2,6% en 2011 alors qu'elles ont stagné en 2012 (+0,3%) et celles des séjours avec sévérité lourde avaient diminué de 2,2% en 2011 pour une légère hausse en 2012 (+0,6%).

Sur le secteur ex-OQN, la baisse des coûts constatée entre 2010 et 2011 s'amplifie en 2012, plus particulièrement sur les séances.

La fragilité de l'échantillon ENC implique une variation relativement forte des coûts estimés sur les différentes années. Sur la chirurgie ambulatoire, les dépenses se contractaient de 1% en 2011 tandis qu'une augmentation est constatée en 2012 (+2,9%).

Sur la chirurgie à sévérité légère, la diminution des coûts semble s'accélérer en 2012 (-3,4% contre -0,7% en 2011).

Sur les techniques interventionnelles pratiquées en ambulatoire, les coûts augmentent en 2012 de 3,7% alors qu'ils avaient légèrement diminué en 2011 (-0,8%). Sur la sévérité lourde, ils diminuent de 5,4% après une augmentation de 3,2% en 2011. Au global (toutes sévérités confondues), les dépenses augmentent de 1,6% alors qu'elles s'étaient contractées de 0,5% une année auparavant.

Les dépenses d'obstétrique en ambulatoire diminuent de 2,6% en 2012 alors qu'elles avaient augmenté de 2,5% en 2011. Sur la sévérité lourde, la hausse s'accélère (+4,3% en 2012 contre +0,8% en 2011).

3. Focus sur les activités emblématiques

3.1. Chirurgie Ambulatoire

Pratique avant tout centrée sur les patients, la chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission.

La réglementation française n'impose pas de modèle organisationnel particulier. Il est néanmoins précisé que les structures de chirurgie ambulatoire doivent disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel, soit :

- la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents ;
- la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ;
- un médecin coordinateur doit veiller au bon fonctionnement médical de l'établissement, et notamment à l'adéquation et à la pertinence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Etant donné les bénéfices reconnus de la chirurgie ambulatoire par l'ensemble des acteurs, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin d'inciter à la prise en charge en ambulatoire. Ceux-ci intègrent à la fois la planification de l'offre de soins (objectifs de développement de la prise en charge en ambulatoire fixés par les agences régionales de santé) et le financement de cette activité. En ce qui concerne ce dernier point, l'incitation financière a porté depuis 2009 dans un premier temps sur les activités où le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire était le plus important. Ensuite l'incitation s'est élargie d'année en année sur un nombre plus conséquent d'activités jusqu'à la campagne tarifaire de 2014, où désormais, l'ensemble des séjours en ambulatoire sont rémunérés selon un tarif identique à celui des séjours d'hospitalisation complète sans sévérité (niveau 1).

Ces dispositifs ont conduit à la hausse progressive du taux de chirurgie ambulatoire, ce dernier étant plus important sur le secteur ex-OQN que sur le secteur ex-DG. La plupart des activités peuvent être réalisées en ambulatoire, dès lors que le patient ne présente pas de contre-indications. Néanmoins, pour certaines activités, la prise en charge en ambulatoire reste très peu développée et correspond la plupart du temps à des prises en charge innovantes.

Le référentiel de coûts ayant pour objet de mesurer le coût moyen national au niveau de regroupement de l'activité GHM, le focus porte uniquement sur l'activité de chirurgie ambulatoire relativement développée. En effet cette activité est groupée dans la classification dans des GHM spécifiques (GHM d'ambulatoire en J[10]). Par conséquent, l'analyse sur les coûts de prise en charge innovante[11] en ambulatoire n'est pas traitée dans ce focus.

3.1.1. Couverture de l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'échantillon ENC

L'activité de chirurgie ambulatoire est pratiquée couramment dans la plupart des établissements de santé. Sur la grande majorité des activités, les prises en charge en ambulatoire sont suffisamment représentées dans l'échantillon. Le taux de sondage sur les deux secteurs est très proche du taux de sondage correspondant à l'ensemble de l'activité. Ainsi, sur le secteur ex-OQN, le taux de sondage est de 5,7%, ce taux nécessite donc, comme sur l'ensemble de l'activité, d'améliorer l'échantillon.

T 5 Couverture de l'activité de chirurgie ambulatoire (GHM en J)

Secteur	Nombre de séjours ENC (en milliers)	Taux de sondage	Taux de chirurgie ambulatoire échantillon	Taux de chirurgie ambulatoire national
ex-DG	135,90	19,9%	46,7%	49,0%
ex-OQN	94,26	5,7%	62,8%	66,7%

Le taux de chirurgie ambulatoire[12] observé au niveau de l'échantillon est assez proche du taux national.

Les analyses suivantes sont réalisées suivant le taux de chirurgie ambulatoire observé sur chaque activité. Ainsi, plusieurs classes sont définies :

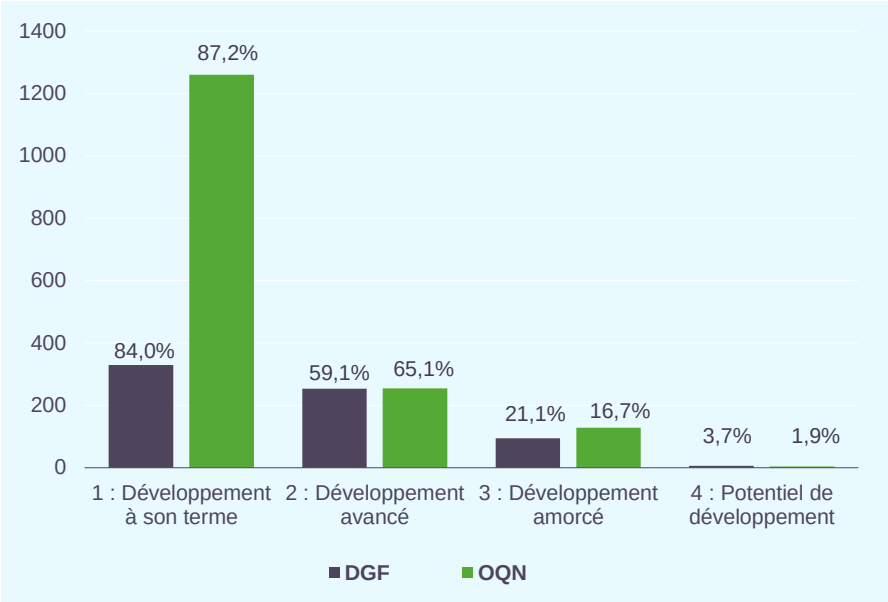
- ***Classe 1*** : activités dont le **développement de la chirurgie ambulatoire est quasiment à son terme** (taux supérieur à 80%) ;
- ***Classe 2*** : activités dont le **développement de l'ambulatoire est déjà avancé** mais non encore abouti (taux entre 50% et 80%) ;
- ***Classe 3*** : activités dont le **développement est amorcé** (taux entre 10% et 50%) ;
- ***Classe 4*** : activités dont le **potentiel de développement** d'ambulatoire est le plus important (taux inférieur à 10%).

[10] Inclus le GHM 03K02J (Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires) du fait que cette activité est intégrée dans les différents dispositifs sur l'incitation à la prise en charge en ambulatoire.

[11] Les séjours en ambulatoire sont classés dans le niveau 1 de la racine de l'activité concernée.

[12] Plusieurs définitions du taux de chirurgie ambulatoire coexistent. Dans le cadre de cette analyse, le taux de chirurgie ambulatoire correspond au nombre de séjours classés dans un GHM en J sur l'ensemble des séjours réalisés en ambulatoire et en hospitalisation complète de niveau 1

F 4 I Nombre de séjours nationaux (en milliers) par classe et taux d'ambulatoire observé sur l'échantillon



Note de lecture : les bâtons représentent le nombre de séjours nationaux, les pourcentages correspondent au taux d'ambulatoire.

Le secteur ex-OQN produit près de 70% des séjours ambulatoires, dont la grande majorité concerne des activités où le développement de l'ambulatoire est à son terme.

Sur l'échantillon, le taux de chirurgie ambulatoire est plus élevé dans le secteur ex-OQN sur les activités où l'ambulatoire est avancé (classes 1 et 2). A l'inverse, sur les activités où le potentiel d'ambulatoire est important, le taux est légèrement plus élevé dans le secteur ex-DG (3,7% contre 1,9%).

Quel que soit le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire, les taux de prise en charge en ambulatoire des établissements de l'ENC correspondent à ceux observés sur l'ensemble de l'activité de chirurgie ambulatoire.

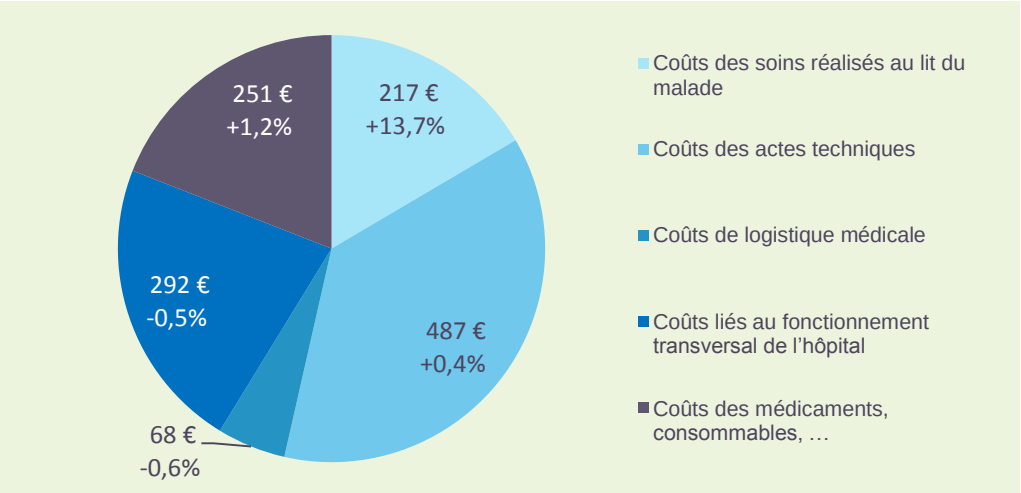
3.1.2. Coût moyen global

Dans le secteur ex-DG, *le coût moyen de la prise en charge en ambulatoire s'élève à 1 315€,* en hausse de 2,3% par rapport au coût constaté en 2011.

Ce coût varie de 611€ pour les poses de drains transtympaniques, jusqu'à 5 120€ sur les poses de stimulateurs médullaires. Pour cette activité, le dispositif médical représente 70% du coût.

La hausse du coût moyen des séjours pris en charge en ambulatoire s'explique par la hausse observée sur les coûts des soins réalisés au lit du patient, qui correspondent, lors d'une prise en charge ambulatoire aux soins menés avant et après l'intervention. Ces soins peuvent être réalisés, selon l'organisation de l'établissement, au sein d'une unité d'hospitalisation de jour dédiée ou au sein d'une unité d'hospitalisation classique.

F 5 I Décomposition du coût moyen – Secteur ex-DG

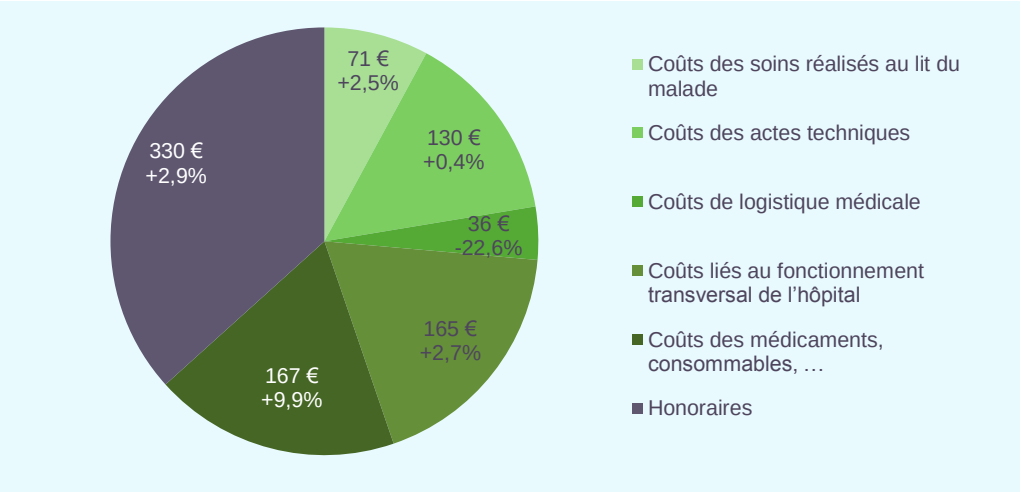


Plus du tiers des coûts de la prise en charge en ambulatoire correspond aux coûts des actes techniques, qui sont principalement liés à l'intervention au bloc et à l'anesthésie. Les coûts de fonctionnement transverses, les charges de médicaments et consommables ainsi que les coûts des soins réalisés au lit du malade représentent chacun près de 20% du coût total.

Dans le secteur ex-OQN, le coût moyen de la prise en charge en ambulatoire s'élève à 898€, en hausse de 2,5% par rapport à 2011. Cette dernière s'explique par la forte hausse observée sur les charges directes, médicaments, consommables (+9,9%).

Ce coût varie de 385€ pour les avortements (avec aspiration ou curetage ou hystérotomie) à 2 020€ sur les arthroscopies de l'épaule.

F 6 I **Décomposition du coût moyen – Secteur ex-OQN**



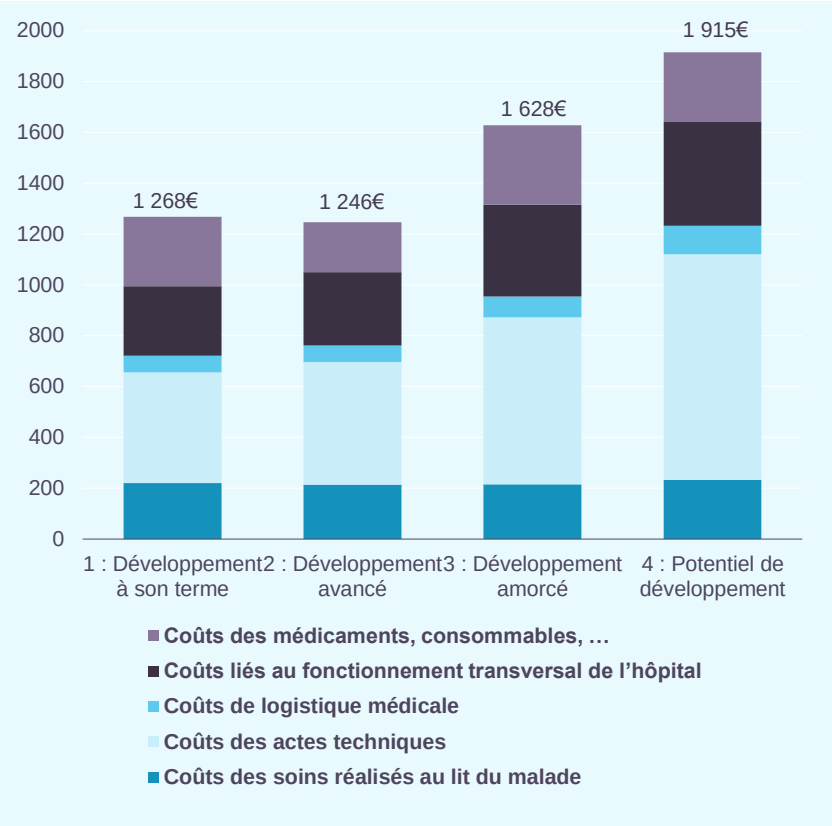
Dans le secteur ex-OQN, le coût des actes techniques inclut principalement les dépenses liées au personnel soignant et au matériel médical. La rémunération des médecins est directement affectée au séjour par l'honoraire.

Les honoraires de chirurgie et d'anesthésie constituent la part la plus importante du coût de la prise en charge en ambulatoire (37% du coût total).

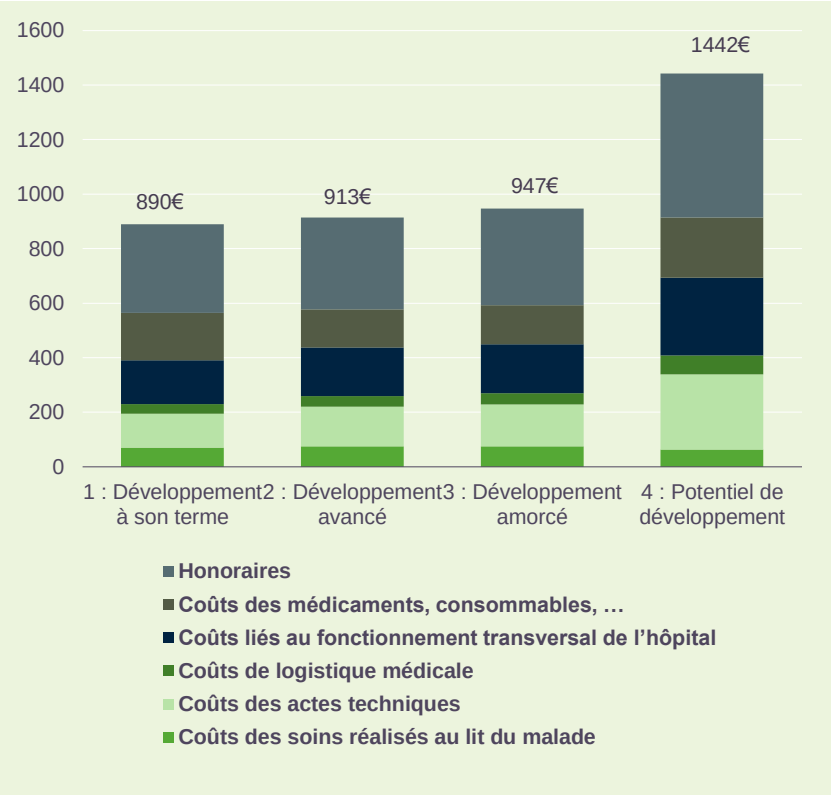
3.1.3. Coût moyen selon le niveau de développement de la chirurgie ambulatoire

Selon le taux de chirurgie ambulatoire, le coût moyen de l'activité sans nuitée diffère. Plus le niveau de développement de l'ambulatoire est élevé, plus le coût de la prise en charge en ambulatoire est faible. Ceci traduit probablement la plus forte complexité des interventions réalisées pour les activités où le taux de chirurgie ambulatoire est faible.

F 7 I Coût moyen selon le niveau de développement de l'ambulatoire – Secteur ex-DG



F 8 I Coût moyen selon le développement de l'ambulatoire – Secteur ex-OQN



Dans les deux secteurs, les coûts cliniques restent constants et n'évoluent pas avec le niveau de développement de l'activité ambulatoire. En revanche, plus le développement des prises en charge en ambulatoire est faible, plus les coûts des actes techniques augmentent. Dans le secteur ex-OQN, les honoraires sont également plus importants lorsque le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%.

Les activités analysées dans les paragraphes suivants sont les activités les plus marquantes de l'activité ambulatoire ou les activités majeures d'une des 4 classes.

3.1.4. Coûts des activités dont le développement de la chirurgie ambulatoire est à son terme

Lorsque le taux de chirurgie ambulatoire dépasse 80%, il est possible de considérer que le développement de la chirurgie ambulatoire est quasiment abouti. Les activités présentées correspondent à des activités phares de la chirurgie ambulatoire et sont couramment pratiquées par les établissements de santé. L'ambulatoire constitue ici la prise en charge de référence.

Les « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie », ou chirurgie de la cataracte, sont très fréquemment réalisées en ambulatoire. Leurs coûts s'élèvent à 1 470€ dans le secteur ex-DG et à 1 147€ dans le secteur privé. Le coût est en augmentation par rapport à 2011 pour les deux secteurs : +5,5% dans le secteur ex-DG (hausse des coûts des soins réalisés au lit du patient) et +3,9% dans le secteur ex-OQN (hausse du coût lié au dispositif médical qui représente près du tiers du coût du séjour).

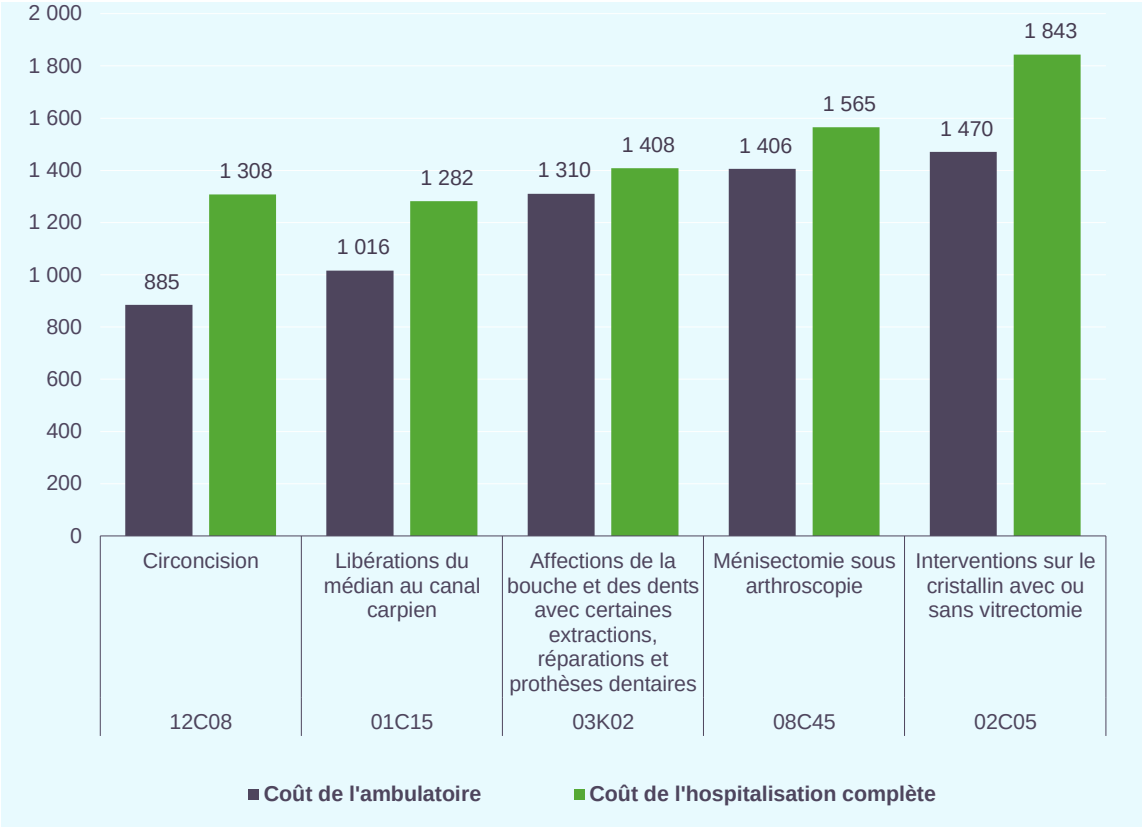
Les « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires » qui correspondent souvent aux extractions des dents de sagesse, sont également une activité phare de la chirurgie ambulatoire. Le coût de cette intervention s'élève à 1 310€ dans le secteur ex-DG et 770€ dans le secteur privé. Dans le secteur ex-DG, le coût de cette intervention est en hausse de 3,6% par rapport à 2011, et ce, suite à la hausse des coûts cliniques.

Les « Ménisectomies sous arthroscopie » ou ablations du ménisque, coûtent 1 406€ dans le secteur ex-DG (+1,6% par rapport à 2011) et 811€ dans le secteur ex-OQN (-1% par rapport à 2011).

Le coût des **« Libérations du médian au canal carpien »** s'élève à 1 016€ dans le secteur ex-DG et à 600€ dans le secteur ex-OQN. Ce coût est en légère baisse dans le secteur ex-DG, alors qu'il augmente de 6% dans le secteur ex-OQN, suite à une forte hausse des coûts de bloc et d'anesthésie.

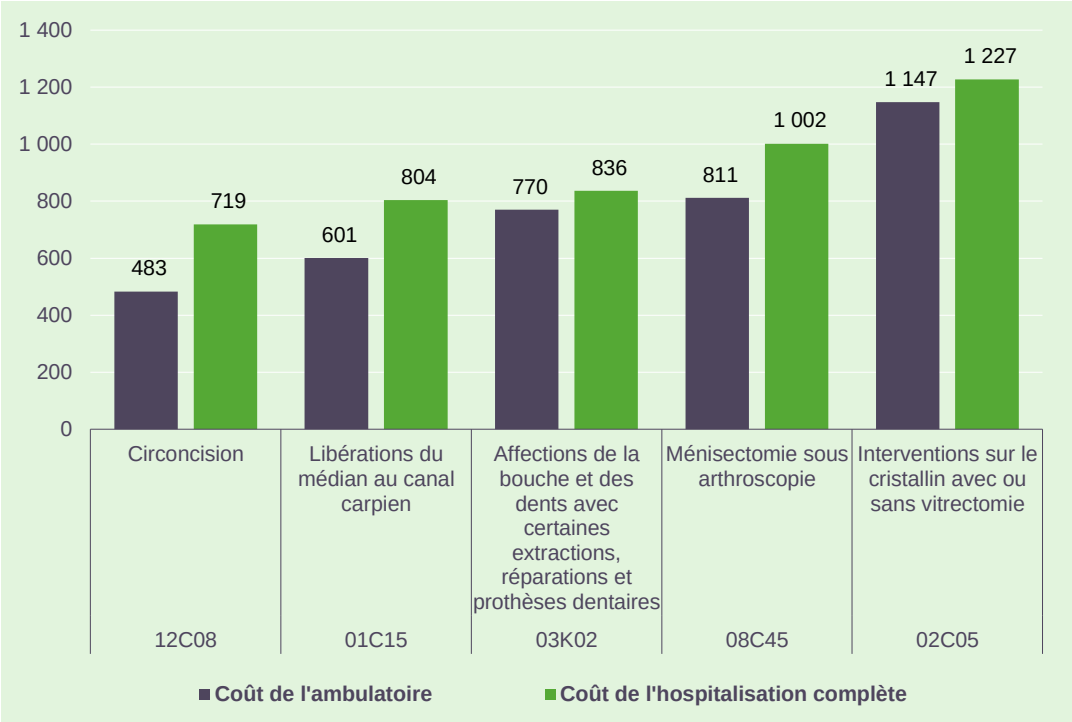
Les **« Circoncisions »** pratiquées en ambulatoire, ont un coût moyen de 885€ dans le secteur ex-DG (+1,8% par rapport à 2011) et de 483€ dans le secteur ex-OQN (+2,9% par rapport à 2011).

F 9 I Coût moyen de ces 5 activités selon le type de prise en charge – Secteur ex-DG



Pour certaines activités, le coût de la prise en charge en ambulatoire est très proche du coût de la prise en charge dite conventionnelle, comme c'est le cas pour les extractions dentaires et les méniscectomies.

F 10 I **Coût moyen de ces 5 activités selon le type de prise en charge – Secteur ex-OQN**



Pour le secteur ex-OQN, les coûts des extractions dentaires et des cataractes (Interventions sur le cristallin) présentent peu d'écart selon le type de prise en charge.

3.1.5. Coûts des activités dont le développement de la chirurgie ambulatoire est avancé mais non abouti

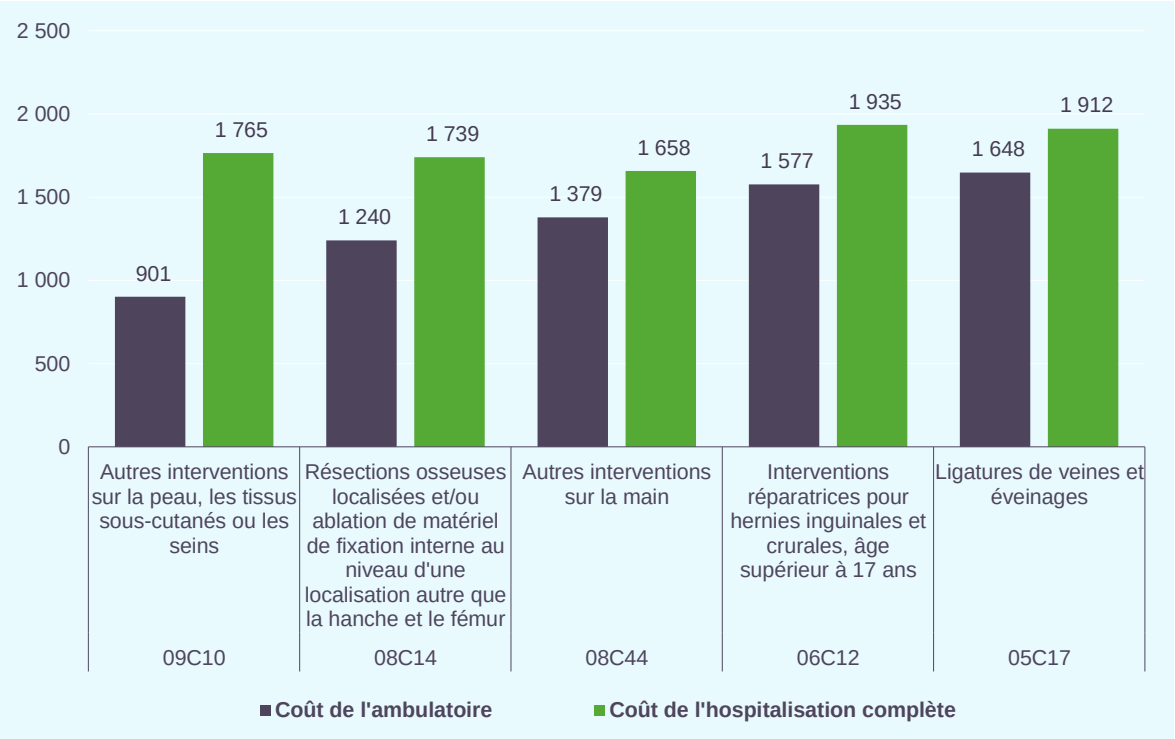
Lorsque le taux de chirurgie ambulatoire est compris entre 50% et 80%, le développement de cette prise en charge est déjà avancé mais non encore abouti.

Les **« Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales »** présentent un coût moyen stable de 1 577€ dans le secteur ex-DG et de 1 099€ dans le secteur ex-OQN. Les charges directes constituent près du quart du coût, ceci étant dû à la nécessité de poser une prothèse souple pour renforcer la paroi.

Le coût moyen des **« Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur »** s'élève à 1 240€ dans le secteur ex-DG et à 723€ dans le secteur ex-OQN. Ce coût diminue de 5% dans le secteur ex-DG, suite à la réduction des coûts de bloc et d'anesthésie.

Le coût moyen des **« Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins »** est de 901€ dans le secteur ex-DG et de 611€ dans le secteur ex-OQN. Suite à une hausse importante des coûts des soins réalisés au lit du patient, le coût augmente de 2,1% dans le secteur ex-DG et de 4,4% dans le secteur ex-OQN.

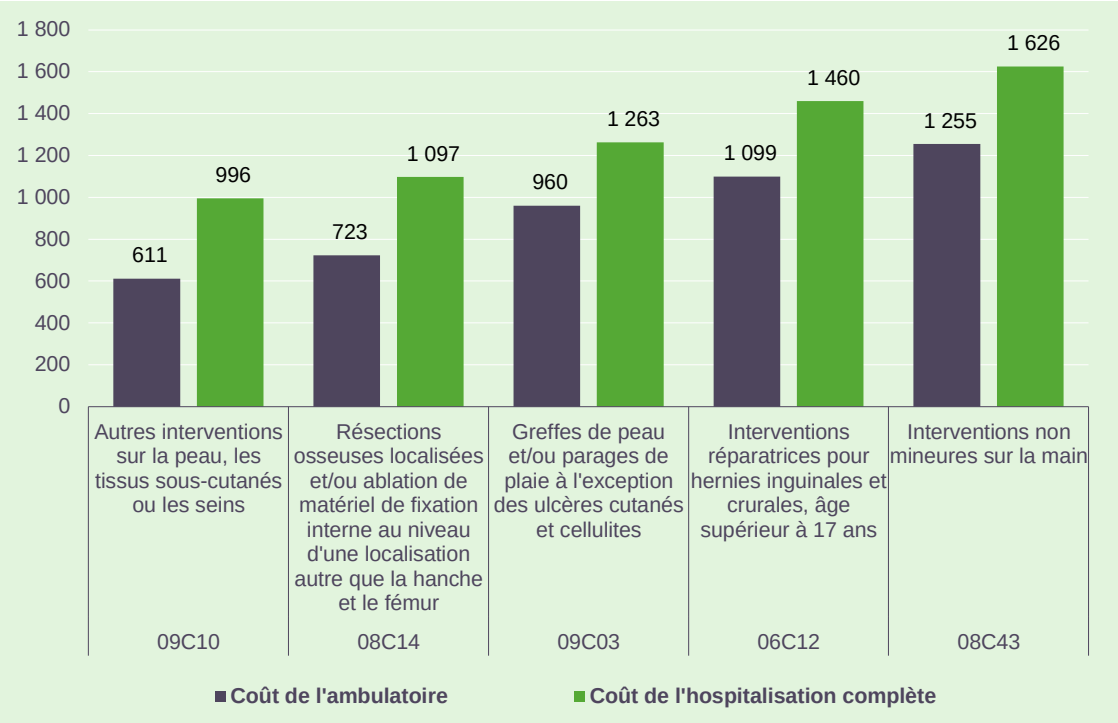
F 11 I Coût moyen des 5 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-DG



Les écarts de coûts en fonction du mode de prise en charge sont plus importants que sur les activités où le développement de l'ambulatoire est très élevé (classe 1).

Les autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins présentent un écart de coût important, suivant le mode de prise en charge réalisée. Ceci peut s'expliquer par le caractère hétérogène de la nature des actes réalisés au sein de cette racine de GHM.

F 12 I Coût moyen des 5 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-OQN



3.1.6. Coûts des activités dont le développement de la chirurgie ambulatoire est amorcé

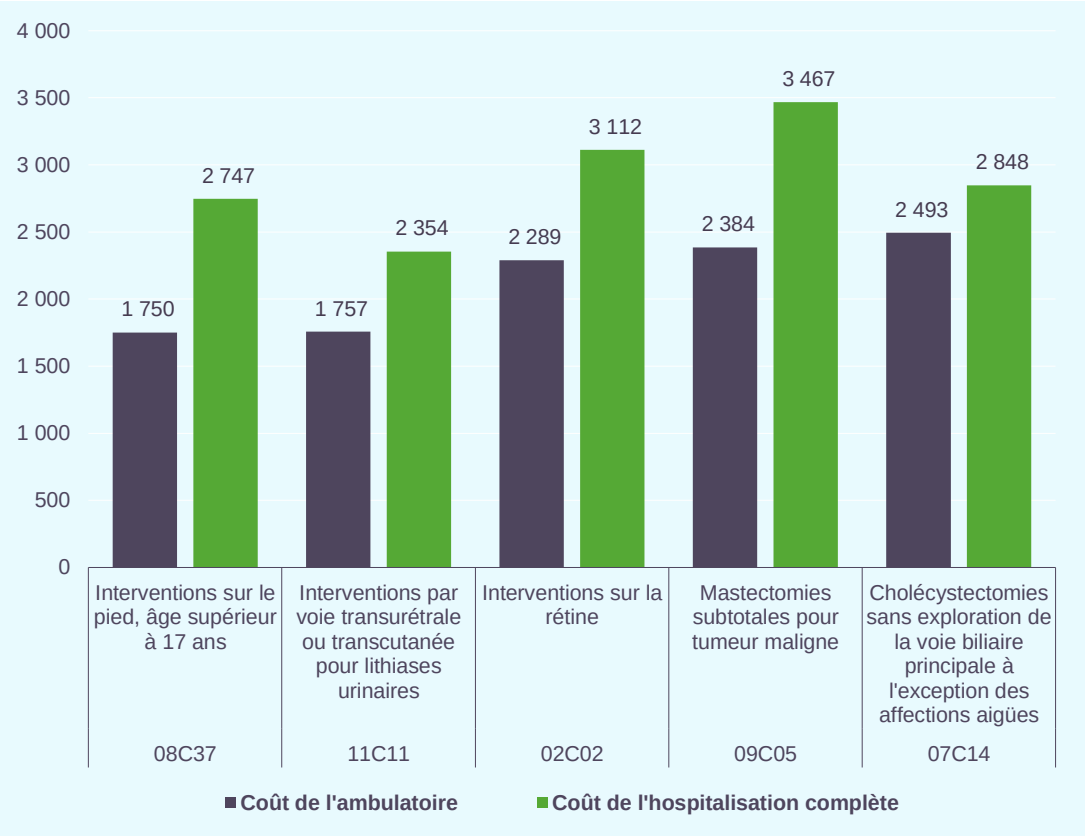
Les activités pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire se situe entre 10% et 50% ne sont pas des activités pour lesquelles l'ambulatoire est actuellement la norme. Néanmoins, avec les progrès techniques, la prise en charge en ambulatoire est en voie de développement.

Les **« Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües »** (ablation de la vésicule biliaire) coûtent 2 493€ dans le secteur ex-DG, en légère baisse par rapport à 2011. Cette activité n'est pas présente dans l'échantillon ex-OQN.

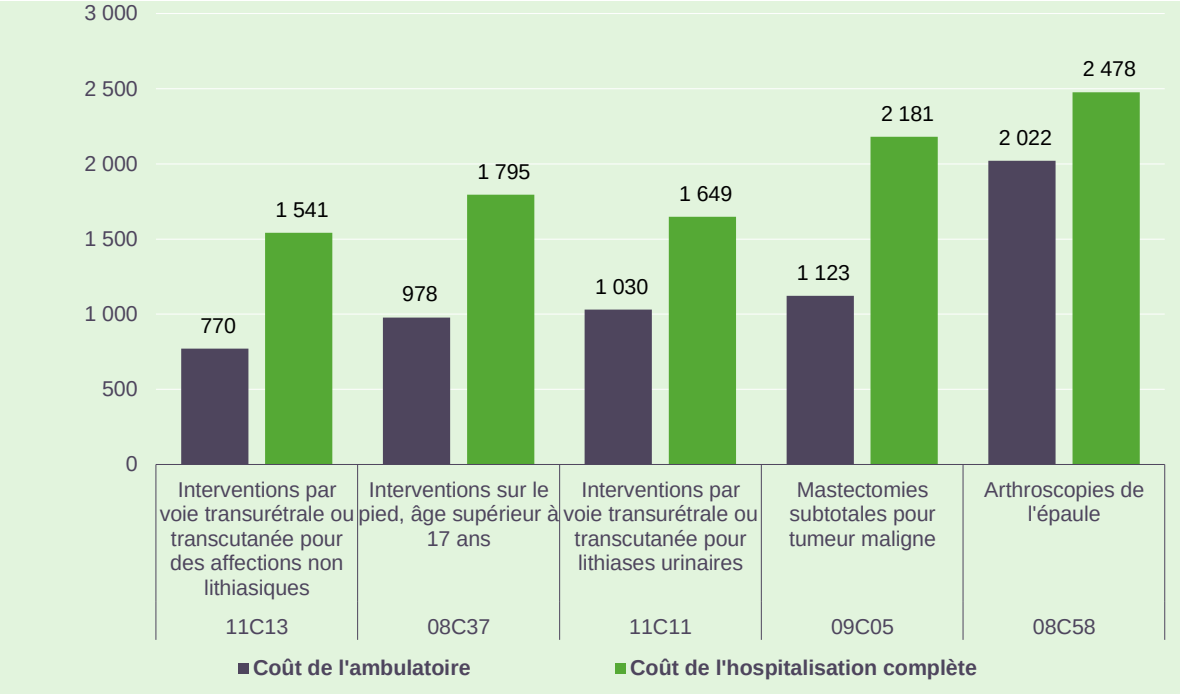
Les **« Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans** » coûtent 1 750€ dans le secteur ex-DG, en baisse de 2,5% par rapport à 2011. Le coût s'élève à 978€ dans le secteur ex-OQN et est stable par rapport à 2011.

Les **« Mastectomies subtotales pour tumeur maligne »** ont un coût moyen de 2 384€ dans le secteur ex-DG, dont la moitié est constituée de coûts de bloc et d'anesthésie mais également de coûts d'imagerie et de laboratoire (respectivement 164€ et 283€), ce qui est rarement le cas dans les autres prises en charge ambulatoires. Le coût augmente de 6,3% par rapport à 2011, suite à une hausse des coûts des actes techniques. Le coût de cette activité est de 1 123€ dans le secteur ex-OQN.

F 13 I Coût moyen des 5 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-DG



F 14 I Coût moyen des 5 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-OQN



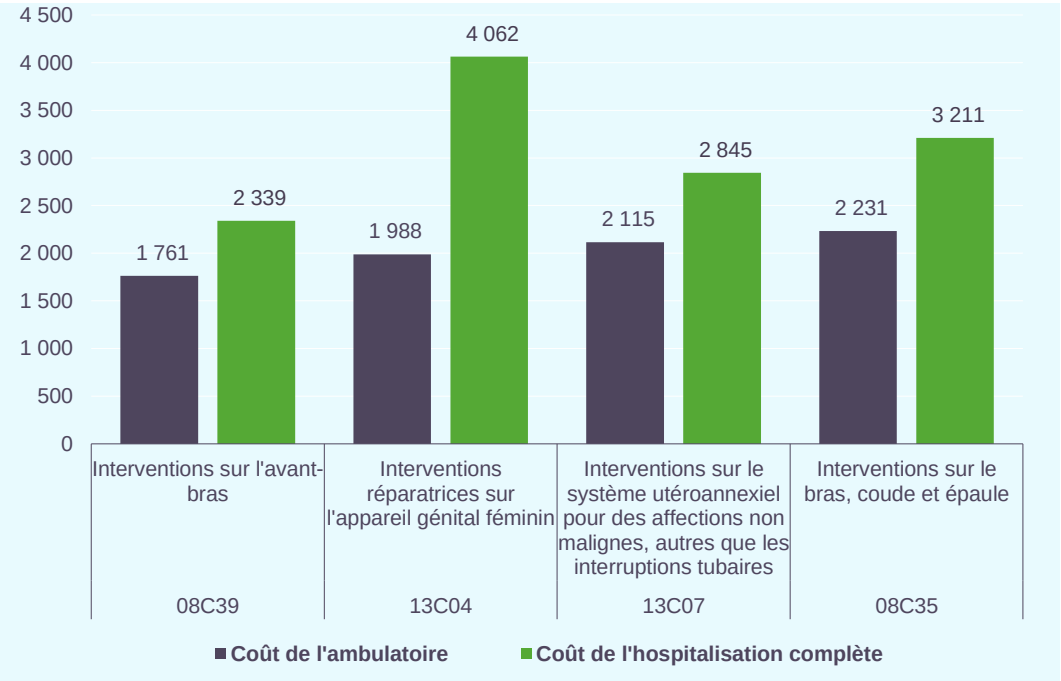
Les écarts de coûts en fonction du mode de prise en charge sont plus importants que sur les activités où le développement de l'ambulatoire est très élevé (classe 1) ou déjà avancé (classe 2).

Les mastectomies subtotales présentent un écart de coût important suivant le type de prise en charge, et ce pour les deux secteurs.

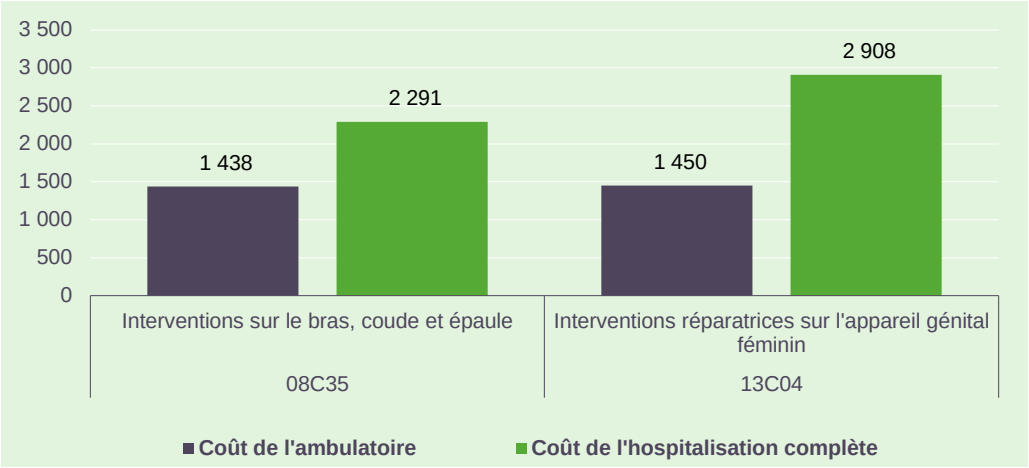
3.1.7. Coûts des activités dont le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est le plus important

Lorsque le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%, la prise en charge en ambulatoire présente un potentiel fort de développement. Ces activités sont réalisées par quelques établissements seulement, il peut donc être difficile d'évaluer le coût moyen sur celles-ci, notamment lorsque le taux de sondage est faible.

F 15 I Coût moyen des 4 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-DG



F 16 I Coût moyen des 2 activités majeures selon le type de prise en charge – Secteur ex-OQN



Quel que soit le secteur, le coût des prises en charge en ambulatoire pour ces activités est élevé par rapport à la moyenne constatée sur l'ensemble des séjours en ambulatoire (pour rappel : 1 315€ dans le secteur ex-DG et 898€ dans le secteur ex-OQN).

Des écarts de coûts conséquents peuvent exister entre les deux types de prise en charge, comme c'est le cas pour les « Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin » où la prise en charge conventionnelle est deux fois plus élevée que la prise en charge ambulatoire.

3.2. Cancer

3.2.1. Contexte et enjeux

La lutte contre le cancer constitue un enjeu de santé publique majeur depuis de nombreuses années. Dans ce cadre, une succession de plans Cancer ont été mis en œuvre depuis 2003, visant notamment à caractériser les risques environnementaux et comportementaux et à renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.

Cette partie présente un focus sur les différents coûts de prise en charge du cancer dans l'univers hospitalier[13], en distinguant les séjours et les séances.

Ce focus porte notamment sur les coûts de chimiothérapie et sur ceux des activités de chirurgie et de médecine (hors chimiothérapie) les plus pratiquées par les deux secteurs (public et privé). Toute l'activité de cancérologie n'est pas ici couverte.

3.2.2. Couverture de l'activité de cancer par l'échantillon ENC

Les données de l'ENC ne permettent pas d'estimer le coût de l'activité de radiothérapie pour l'ensemble des structures réalisant cette activité dans la mesure où les structures privées de ville ne participent pas à l'ENC. Une enquête de coûts spécifique est actuellement en cours de réalisation. Les résultats seront publiés prochainement.

La couverture des activités de cancérologie (hors radiothérapie) par les données de l'ENC est parfois faible.

Sur les chimiothérapies en séances (GHM 28Z07Z), le taux de sondage est de 4,5% sur le secteur ex-OQN et de 19,5% sur le secteur ex-DG.

S'agissant de la chimiothérapie en hospitalisation complète, la couverture de cette activité dans l'ENC est la suivante :

- la racine 17M05 « Chimiothérapie pour leucémie aigüe », possède des taux de sondage variant de 35% à 43% selon le niveau de sévérité en ex-DG, mais ne contient aucun séjour sur le secteur ex-OQN ;
- la racine 17M06 « Chimiothérapie pour autres tumeurs » présente des taux de sondage entre 20% et 25% sur le secteur ex-DG. Sur le secteur ex-OQN, les taux de sondage sont faibles (entre 4 et 7%) sur les séjours de très courte durée et les séjours

[13] Les GHM analysés ne regroupent pas exclusivement des soins de cancérologie mais au moins 80% de leurs séjours présentent un diagnostic de cancer.

de niveaux de sévérité légère. Le coût n'est pas mesurable par manque de données dans l'échantillon pour les niveaux de sévérité lourde.

En raison de la faible représentativité des hospitalisations complètes de chimiothérapie en ex-OQN, les coûts de cette activité ne sont décrits que sur le secteur ex-DG.

Enfin, les activités de chirurgie et de médecine hors chimiothérapie possèdent des taux de sondage globaux d'environ 23% chacune en ex-DG et de respectivement 9% et 6,2% sur l'ex-OQN.

3.2.3. Panorama sur les coûts de chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux, par voie orale ou par intraveineuse, visant à détruire les cellules cancéreuses. La prise de ce traitement peut se dérouler sous la forme de séances à périodicité variable (quotidiennes, hebdomadaires…) ou via une hospitalisation complète[14].

Le coût des séances de chimiothérapie diminue entre 2011 et 2012, surtout dans le secteur ex-OQN

En 2012, le coût moyen d'une séance de chimiothérapie (GHM 28Z07Z) s'élève à 922€ (-4,7% par rapport à 2011) sur le secteur ex-DG, 823€ (-13,2% par rapport à 2011) sur le secteur ex-OQN.

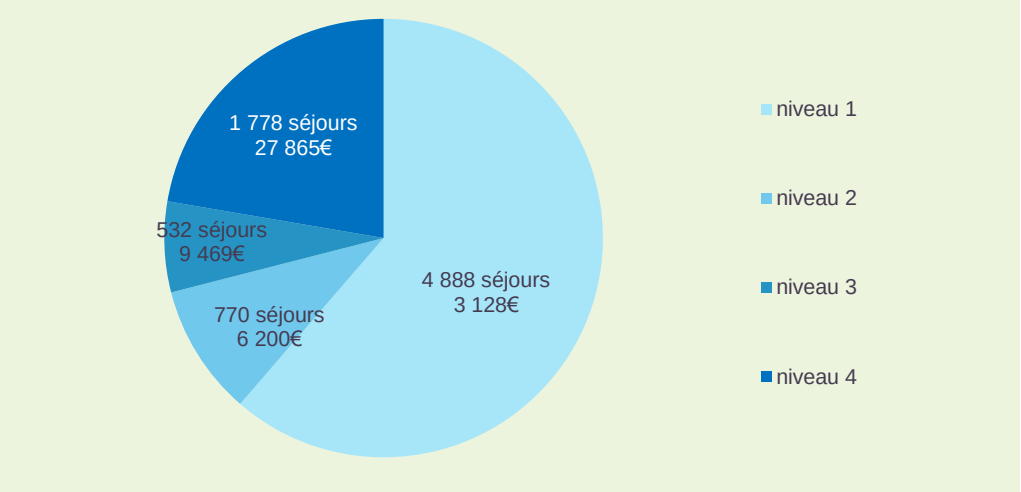
Les deux tiers du coût sont des dépenses de médicaments (64% du coût en ex-DG, 72% en ex-OQN), dont les plus coûteux sont ceux inscrits sur la liste en sus (59% en ex-DG, 69% en ex-OQN), globalement en baisse sur les deux secteurs (-5,4% en ex-DG, -18,5% en ex-OQN).

[14] Dans ce cas, le patient passe au moins une nuit à l'hôpital.

Un séjour de chimiothérapie pour leucémie aigüe (racine 17M05) de niveau 4 coûte 9 fois plus cher qu'un séjour sans sévérité.

En hospitalisation complète, sur le secteur ex-DG, le coût moyen d'une **chimiothérapie pour leucémie aigüe** (racine 17M05) s'élève à 9 368€ en 2012 (stable par rapport à 2011). Pour les cas les moins sévères (60% de cette activité), le coût moyen d'un séjour est de 3 128€. Pour les cas les plus lourds (22%), il est de 27 865€. Pour ces deux niveaux de sévérité, les dépenses sont en légère hausse par rapport à 2011 (+0,8% et +3,6%), alors qu'elles sont en baisse de manière importante sur les niveaux 2 et 3 (respectivement 13,2% et 14,8%)

F 17 I Effectifs et coûts des GHM de la racine 17M05 dans le secteur ex-DG



Sur cette racine, la structure des coûts est la même quel que soit le niveau de sévérité. Un tiers des dépenses correspond aux médicaments, aux produits sanguins labiles et aux autres consommables administrés lors du séjour (les spécialités pharmaceutiques facturables en sus représentent 12% et les autres spécialités pharmaceutiques, 9%). Le second tiers est dû aux soins prodigués au lit du patient et le reste est principalement constitué des charges de fonctionnement de l'établissement, et dans une mesure moindre des dépenses liées aux actes techniques.

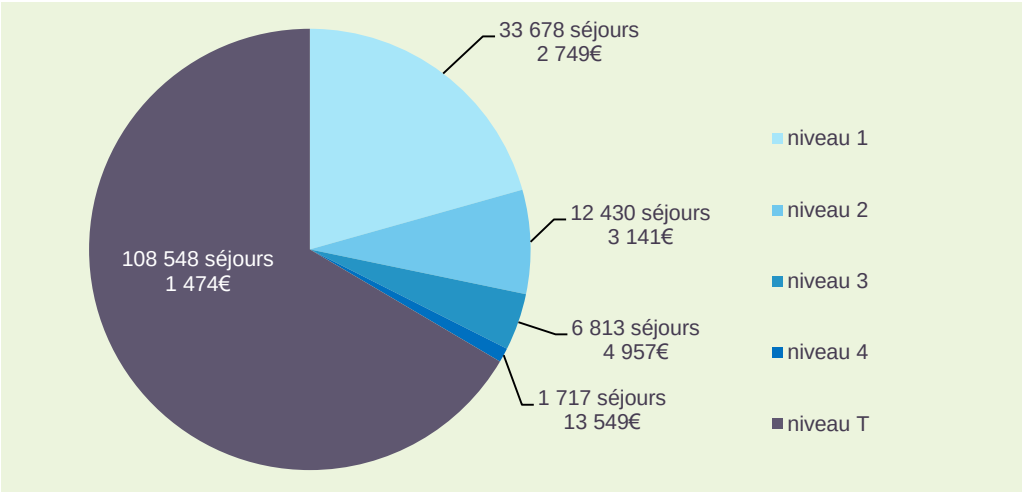
Les coûts de spécialités pharmaceutiques sont en baisse sur les niveaux 1 à 3 (respectivement -19,4%, -22,9% et -24,7% pour les spécialités de la liste en sus et -1,6%, -6,5% et -10,3% pour les autres spécialités) mais sont globalement en hausse pour les séjours les plus sévères (-0,2% pour les spécialités facturables en sus mais +17,5% pour les autres spécialités).

Par rapport à 2011, les dépenses de soins au lit du patient diminuent sur les niveaux 2 et 3 (de -13% et -17%) mais augmentent légèrement sur les niveaux 1 et 4 (respectivement +1,7% et +2%).

Le coût moyen d'une **chimiothérapie pour autres tumeurs** (racine 17M06) est de 2 136€ en 2012 (-3% par rapport à 2011). La grande majorité des cas est traitée en courte durée et le

coût moyen est alors de 1 474€. Les dépenses engagées sur les prises en charge les plus lourdes s'élèvent à 13 549€ en moyenne.

F 18 I Effectif et des coûts des GHM de la racine 17M06 dans le secteur ex-DG



Pour les prises en charge de très courte durée, les médicaments ont une place prépondérante dans les dépenses totales : 48% (dont 42% pour les spécialités pharmaceutiques facturables en sus). Les dépenses de soins au lit du malade représentent environ 27% du coût.

Pour les hospitalisations de plus longue durée, la part que représentent les dépenses de médicaments est moindre : les spécialités pharmaceutiques facturables en sus représentent environ 15% du coût complet, et les autres spécialités, un peu plus de 5%. A contrario les dépenses de soins au lit du malade représentent une part plus importante du coût qu'en courte durée (environ 40%).

Sur les séjours de courte durée, les dépenses sont en baisse par rapport à 2011 (-5,4%), ces diminutions se constatent sur l'ensemble des postes de dépenses, à l'exception des soins cliniques (+1,6%). Le coût des spécialités pharmaceutiques facturables en sus diminue de 4,7% et celui des autres spécialités, de 36%.

Sur les niveaux de sévérité 1 et 2, les constats sont similaires, la diminution des dépenses liées aux spécialités pharmaceutiques entraine une diminution globale du coût (respectivement -1,9% et -5,3%).

Sur les niveaux les plus sévères (i.e. : 3 et 4), les coûts sont en hausse (respectivement +3% et +6,8%). Les dépenses liées aux spécialités pharmaceutiques augmentent respectivement de 3,1% et 14,3% pour les spécialités facturables en sus et de 8,4% et 18,4% pour les autres spécialités.

3.2.4. Panorama sur les coûts d'interventions chirurgicales

Ce panorama porte sur les racines chirurgicales de chaque secteur, dont l'activité a été la plus importante en 2012 parmi l'ensemble des racines chirurgicales typées cancer.

Sur le secteur ex-DG les trois racines sélectionnées représentent 47,2% de l'activité des racines de chirurgie en cancérologie :

- **09C05** : « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne » (29 mille séjours, soit 28,1% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer) ;
- **09C04** : « Mastectomies totales pour tumeur maligne » (12 mille séjours, soit 11,3% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer) ;
- **11C02** : « Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale » (8 mille séjours, soit 7,8% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer).

Sur le secteur ex-OQN, les racines suivantes ont été sélectionnées, elles représentent 62,7% de l'activité des racines de chirurgie en cancérologie :

- **09C05** : « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne » (23 mille séjours, soit 32,6% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer) ;
- **12C11** : « Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes » (13 mille séjours, soit 18,8% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer) ;
- **11C02** : « Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale » (8 mille séjours, soit 11,3% de l'activité totale des racines chirurgicales typées cancer).

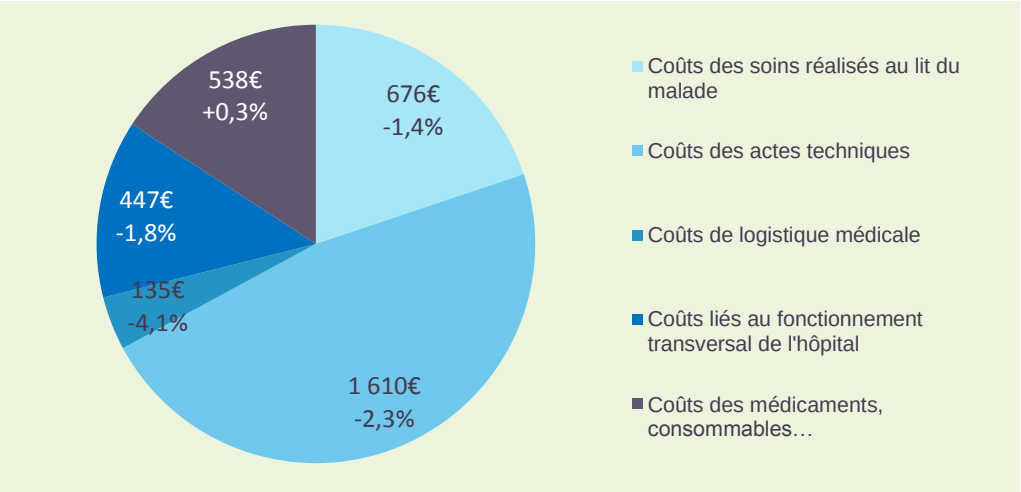
Focus sur les racines chirurgicales les plus pratiquées en ex-DG :

Le coût de la racine 09C05 « **Mastectomies subtotales pour tumeur maligne** » s'élève à 3 406€. L'essentiel de l'activité est constitué de séjours sans sévérité (niveau 1) pour un coût moyen de 3 467€ et de prise en charge en ambulatoire (respectivement 75% et 15% de l'activité nationale 2012), à 2 384€. Pour une prise en charge plus lourde, le coût moyen s'élève à 5 726€.[15]

Le coût moyen des séjours de la racine est globalement en baisse de 1,7% et est pour moitié constitué de charges médico-techniques dont le coût a diminué de 2,3% par rapport à 2011.

L'autre moitié est principalement composée de dépenses de soins au lit du patient, de médicaments, consommables… et de charges de logistique. Tous ces postes de dépenses affichent une baisse par rapport à 2011.

F 19 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne » 09C05 dans le secteur ex-DG



[15] Coût du GHM de niveau 3, aucun coût n'ayant été estimé sur le niveau 4 pour cause de sous-effectif.

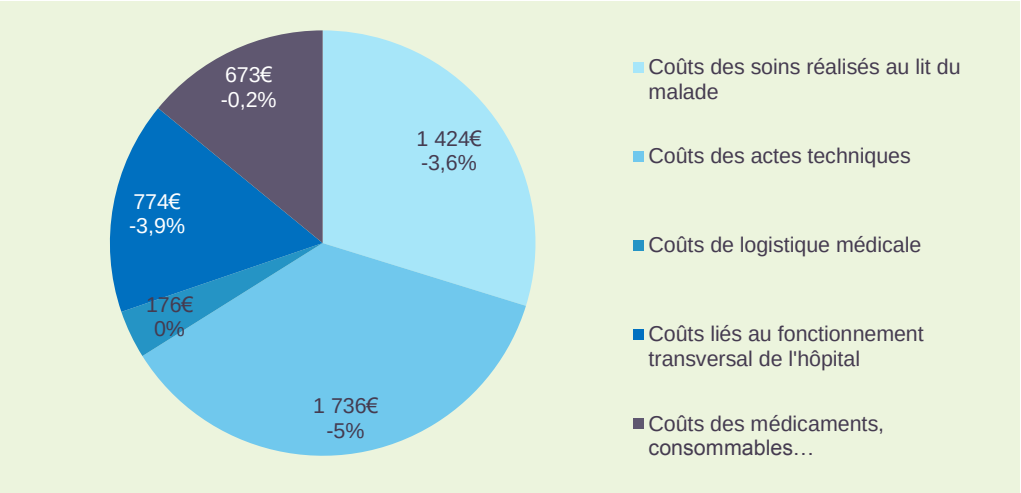
Les mastectomies totales pour tumeur maligne (racine 09C04) sont un peu plus coûteuses. Le coût moyen des séjours s'élève à 4 782€ (-3,6% par rapport à 2011).

La majorité de l'activité nationale (72%) correspond à des séjours sans sévérité, avec un coût complet de 4 528€. Pour une prise en charge avec sévérité plus lourde, le coût moyen s'élève à 6 837€[16]

La part des dépenses dues aux actes techniques est moins importante que pour les mastectomies subtotales, à contrario, les dépenses de soins réalisés au lit du patient représentent une part plus importante du coût complet.
Pour les autres postes de dépenses, la structure est similaire à celle des mastectomies subtotales.

Cette différence de structure du coût s'explique par une présence plus importante de séjours pris en charge en ambulatoire pour les mastectomies subtotales (existence d'un GHM en J).

F 20 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Mastectomies totales pour tumeur maligne » 09C04 dans le secteur ex-DG

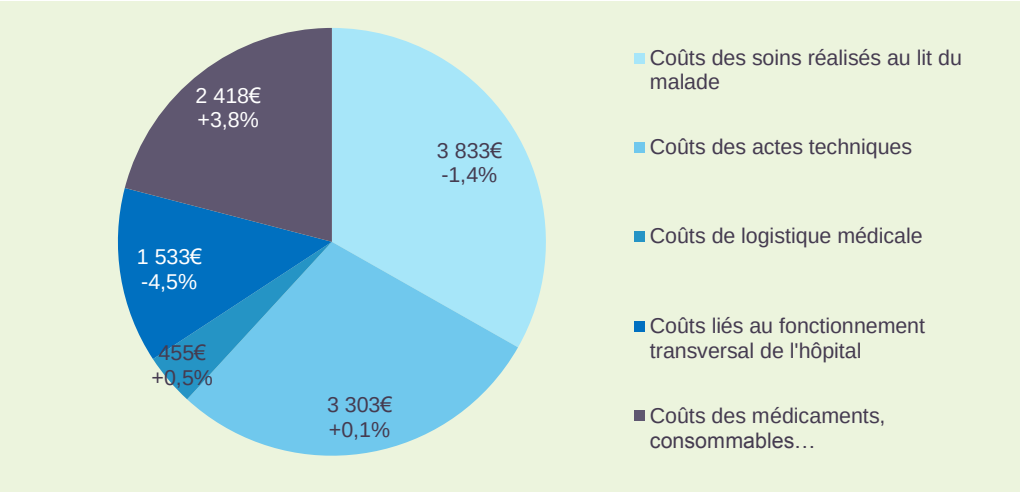


[16] Coût du GHM de niveau 3, aucun coût n'ayant été estimé sur le niveau 4 pour cause d'absence de séjour.

La racine 11C02 « **Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale** » a un coût qui s'établit à 11 542€ en 2012. 44% des séjours sont sans sévérité, le coût de ces séjours s'élève en moyenne à 7 380€. Les prises en charge les plus sévères affichent un coût moyen de 28 608€.

Le coût global de la racine est stable par rapport à 2011, il est principalement constitué de dépenses des soins prodigués au lit du malade, d'actes techniques et de médicaments, consommables….

F 21 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale » 11C02 dans le secteur ex-DG



Focus sur les racines chirurgicales les plus pratiquées en ex-OQN :

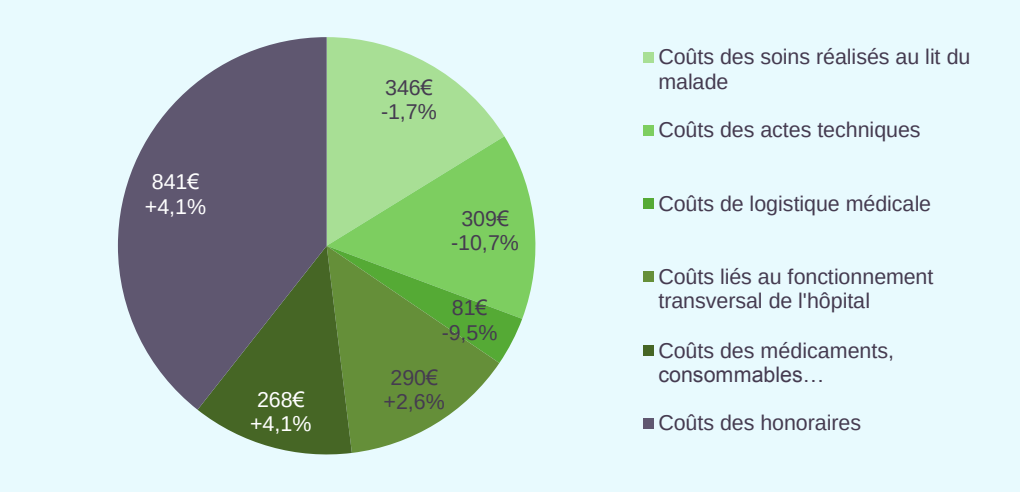
Le coût affiché des **mastectomies subtotales pour tumeurs malignes** (09C05) est moins élevé que sur le secteur ex-DG. En effet, sur ce secteur, la part des séjours avec sévérité lourde est moindre. Or ce sont sur ces séjours que la consommation de ressources est la plus importante.

Le coût s'établit en moyenne à 2 136€ et est stable par rapport à 2011.

La majorité des prises en charge ont une sévérité légère (82% des séjours) et environ 8% des séjours sont pris en charge en ambulatoire. Le coût complet varie de 1 123€ pour une prise en charge en ambulatoire à 2 773€ pour une prise en charge de niveau de sévérité 2[17].

Le coût complet de la racine est principalement constitué d'honoraires médicaux. Leur hausse (de 4,1%) est compensée par la diminution des dépenses de soins réalisés au lit du patient et d'actes techniques (respectivement -1,7% et -10,7%).

F 22 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Mastectomies subtotales pour tumeurs malignes » 09C05 dans le secteur ex-OQN

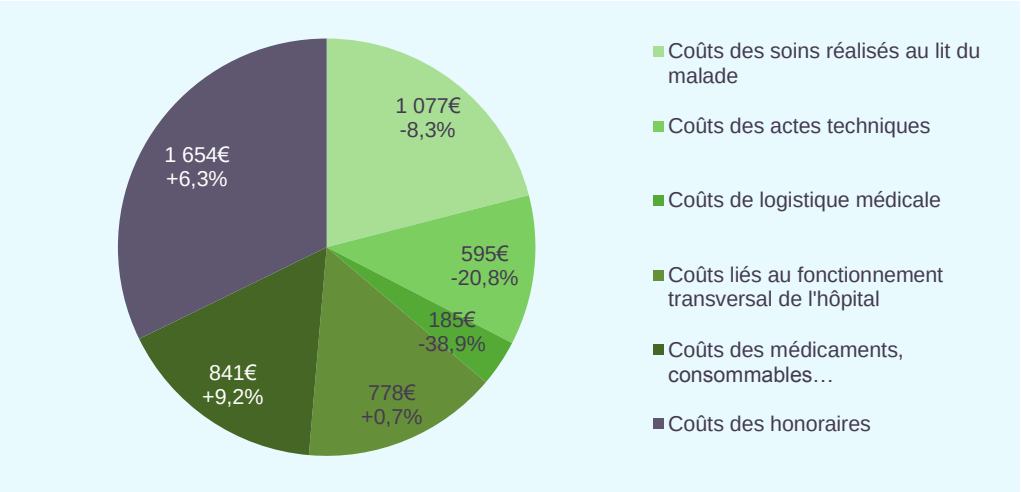


[17] Les coûts des niveaux 3 et 4 n'ont pas pu être estimés pour cause de sous-effectif

Pour **les interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes** (racine 12C11), le coût hospitalier s'établit à 5 131€. L'essentiel de l'activité est concentrée sur le GHM de niveau 1 (72%). Les honoraires et les dépenses de soins réalisés au lit du malade constituent les deux principaux postes de charges. Les hausses des honoraires et du coût des consommables (respectivement +6,3% et +9,2%) sont en partie contrebalancées par les diminutions des dépenses de soins réalisés au lit du patient (-8,3%) et des dépenses liées aux actes techniques pratiqués lors du séjour (-20,8%).

Globalement, le coût complet enregistre une baisse de 3,7% sur un an.

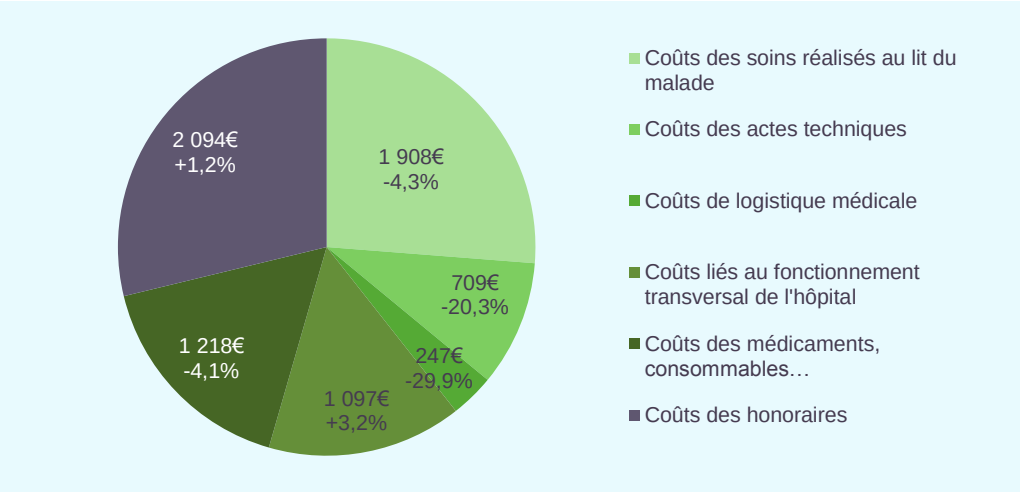
F 23 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes » 12C11 dans le secteur ex-OQN



Le coût de la racine 11C02 « **Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale** » s'élève à 7 274€ en 2012. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2011, de 4,8%.

Comme pour les deux autres racines étudiées, les honoraires et les coûts des soins au lit du malade représentent plus de la moitié du coût. La baisse s'explique notamment par une diminution des charges cliniques et des médicaments, consommables...

F 24 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale » 11C02



3.2.5. Panorama sur les coûts de médecine, hors chimiothérapie

Ce panorama porte sur les racines de médecine de chaque secteur, dont l'activité a été la plus intense en 2012 parmi l'ensemble des racines de médecine typées cancer.

Sur le secteur ex-DG les trois racines concentrant la plus grosse part de l'activité de médecine pour cancer hors chimiothérapie (42,5%) sont les suivantes :

- **04M09** : « Tumeurs de l'appareil respiratoire » (38 mille séjours, soit 17,3% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer) ;
- **07M06** : « Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas » (33 mille séjours, soit 14,8% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer) ;
- **17M12** : « Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques » (23 mille séjours, soit 10,4% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer).

Sur le secteur ex-OQN, les racines suivantes concentrent 73,7% de l'activité de médecine pour cancer (hors chimiothérapie) :

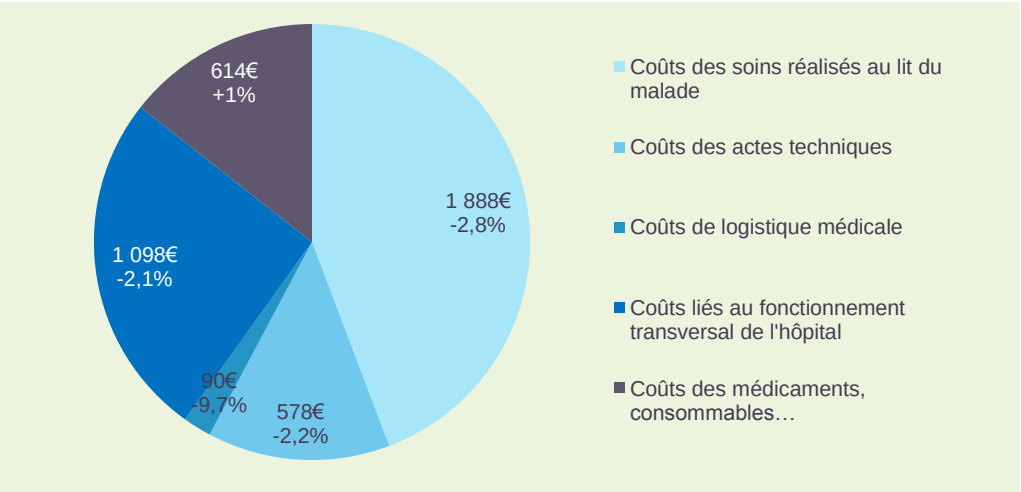
- **06M05** : « Autres tumeurs malignes du tube digestif » (10 mille séjours, soit 28% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer) ;
- **07M06** : « Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas » (9 mille séjours, 25,2% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer) ;
- **04M09** : « Tumeurs de l'appareil respiratoire » (7 mille séjours, soit 20,5% de l'activité totale des racines de médecine typées cancer).

Focus sur les racines de médecine hors chimiothérapie, les plus pratiquées en ex-DG :

Le coût moyen d'un séjour de médecine pour **tumeur de l'appareil respiratoire** (racine 04M09) s'élève à 4 268€, en baisse de 2,2% par rapport à 2011. Au national, 30% de l'activité de cette racine se concentre sur le niveau 3 de sévérité dont le coût moyen s'élève à 6 973€ (près de 9 fois le coût d'un séjour de très courte durée : 802€).

Le coût des soins réalisés au lit du patient et le coût de fonctionnement transversal de l'hôpital représentent la majorité des dépenses sur la racine. La forte part de ce type de dépenses s'explique principalement par la durée moyenne des séjours : 9,3 jours, variant de 4,6 jours pour les séjours non sévères à 23,6 jours pour les prises en charge les plus lourdes. Ces deux postes ont un coût en baisse de respectivement 2,8% et 2,1%.

F 25 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Tumeur de l'appareil respiratoire » 04M09 dans le secteur ex-DG

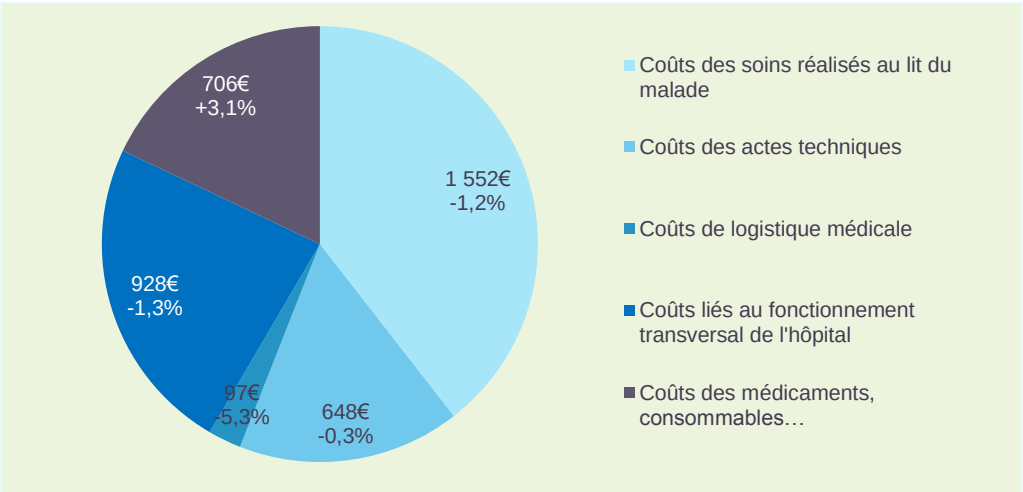


Les soins pour **affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas** (racine 07M06) ont un coût qui s'établit à 3 930€ en 2012. Au national, l'activité est équitablement répartie sur les niveaux de cette racine, seul le plus haut niveau de sévérité concentre un peu moins de séjours. Le coût varie de 831€ pour une prise en charge de très courte durée à 10 882€ en moyenne pour les prises en charge les plus lourdes.

Le coût racine est stable par rapport à l'année 2011. Il est principalement composé de dépenses de soins réalisés au lit du patient et du coût de fonctionnement transversal de l'hôpital, ces dépenses diminuant respectivement de 1,2% et de 1,3%.

Les séjours de cette racine durent en moyenne 7,6 jours (hors niveau 4) : environ 4 jours lorsqu'il s'agit de séjours non sévères, et 20,7 jours pour des prises en charge lourdes.

F 26 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas » 07M06 dans le secteur ex-DG



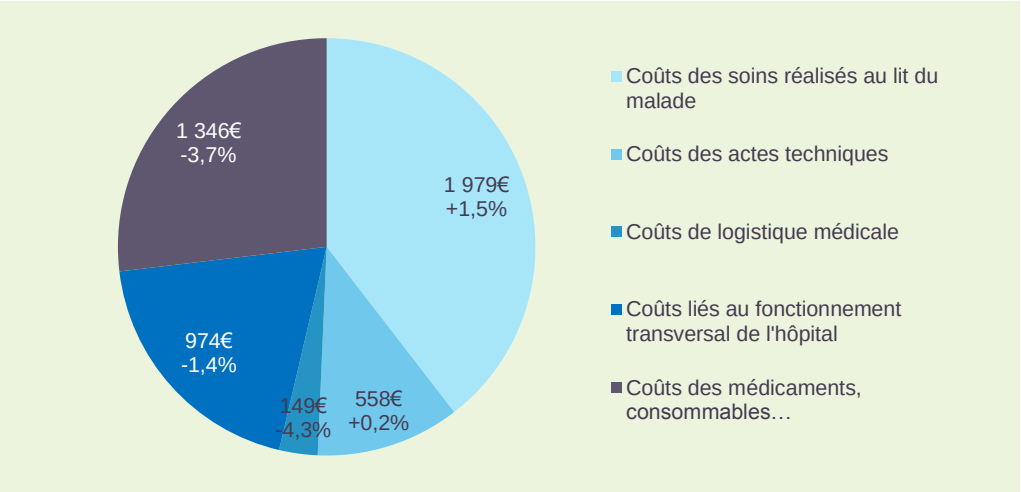
Les coûts médicaux dans les cas de soins pour **lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques** (racine 17M12) s'établissent à 5 006€. Ce coût varie de 869€ pour les prises en charge de très courte durée à 18 597€ pour les prises en charge les plus lourdes. De manière globale, il est en baisse de 0,8% par rapport à 2011.

Un séjour sur cette racine dure en moyenne 7,6 jours (hors niveau 4), variant de 2,8 jours pour les prises en charge non sévères à 26 jours pour les cas les plus lourds.

Les principales dépenses s'effectuent sur les soins réalisés au lit du malade et sur les coûts de médicaments.

La hausse des dépenses de soins au lit du malade est compensée par la baisse des coûts de fonctionnement transversal de l'établissement et des médicaments, consommables, ….

F 27 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques » 17M12 dans le secteur ex-DG

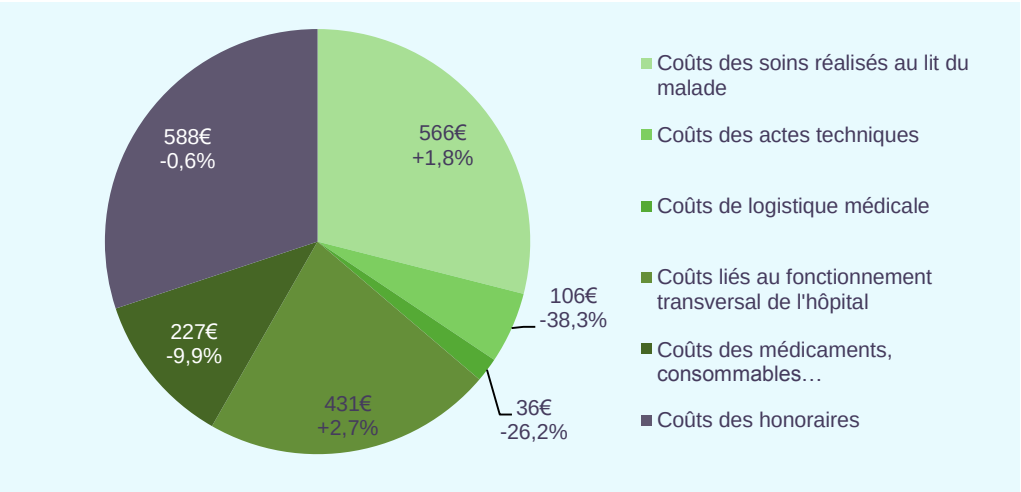


Focus sur les racines de médecine hors chimiothérapie, les plus pratiquées en ex-OQN :

Les séjours pour les « **autres tumeurs malignes du tube digestif** » (racine 06M05) ont en moyenne un coût de 1 954€, variant de 662€ pour les prises en charge de très courte durée à 4 958€ pour les prises en charge les plus lourdes. Ce coût est en baisse de 4,2% par rapport à 2011. Il est majoritairement constitué de dépenses de soins réalisés au lit du malade, d'honoraires et de dépenses de fonctionnement. La baisse globale s'explique notamment par une diminution forte des coûts des actes techniques et des autres consommables (respectivement -38,3% et -9,9%), ainsi que par une baisse plus relative des honoraires médicaux (-0,6%).

La durée moyenne d'un séjour est de 4,4 jours pour cette racine (hors niveau 4), pouvant varier de 2,5 jours à environ 13 jours pour des prises en charge avec un haut degré de sévérité (niveau 3).

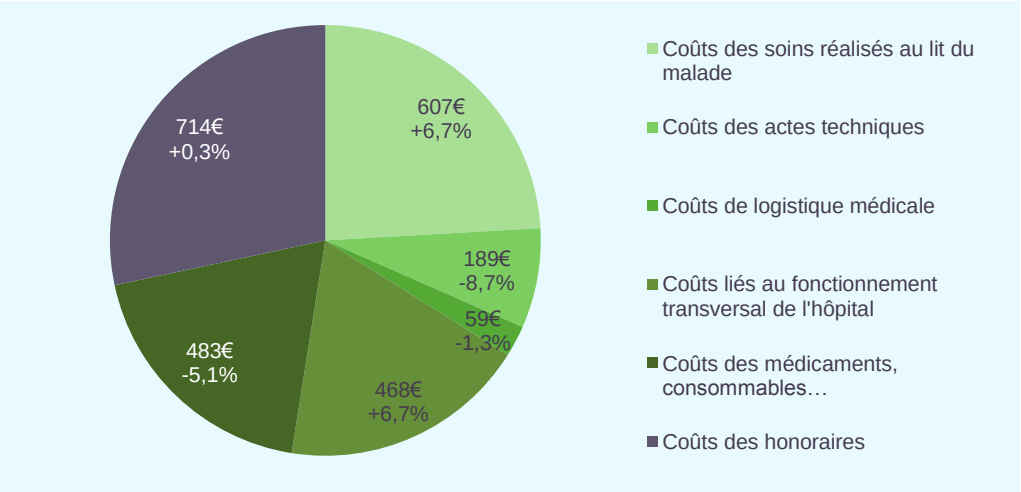
F 28 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « autres tumeurs malignes du tube digestif » 06M05 dans le secteur ex-OQN



Pour les **affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas** (racine 07M06), le coût du séjour médical varie de 660€ pour les prises en charge de très courte durée à 5 453€ pour les prises en charge les plus lourdes. Le coût moyen des séjours de la racine s'élève à 2 521€, ce coût est hausse de 1%. Les dépenses de soins prodigués au lit du patient et les honoraires représentent les deux plus gros postes de dépenses. Ils sont en hausse de respectivement 6,7% et 0,3%.

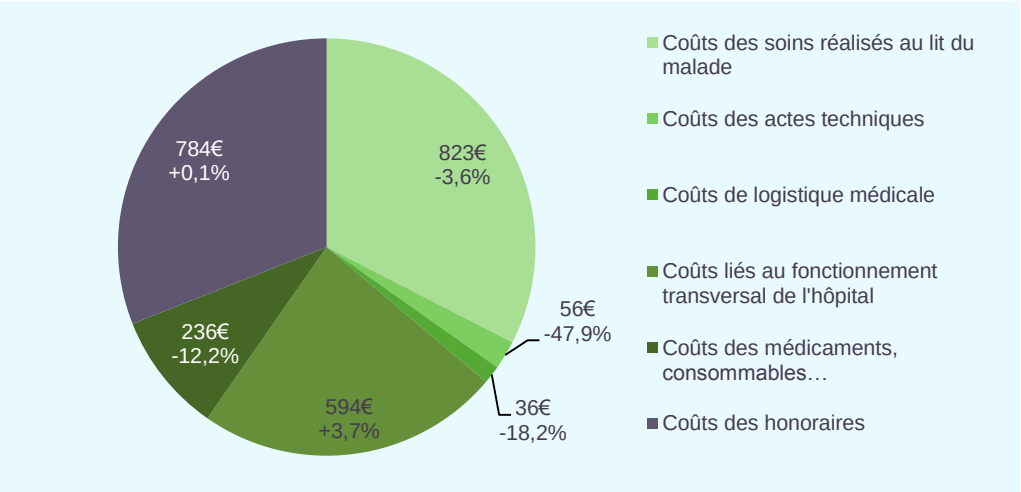
Les dépenses de soins réalisés au lit du patient résultent principalement de la durée de séjours : 4,7 jours en moyenne sur la racine (hors niveau 4), variant de 3 jours pour les prises en charge non sévères à 13,6 jours pour des prises en charge avec un plus haut degré de sévérité (niveau 3).

F 29 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas » 07M06 dans le secteur ex-OQN



Un séjour de soins pour **tumeurs de l'appareil respiratoire** (racine 04M09) coûte en moyenne 2 529€ pour les établissements du secteur ex-OQN. Ce montant varie de 570€ pour les prises en charge de très courte durée à 5 318€ pour les prises en charge les plus lourdes. Le coût moyen de cette activité est en baisse de 3,8% par rapport à l'année 2011. Il est principalement constitué de dépenses cliniques (en baisse de -3,6%), d'honoraires et de coûts de fonctionnement transversal de l'hôpital liés notamment à la durée moyenne de séjour (6,1 jours en moyenne sur la racine).

F 30 I Décomposition du coût complet 2012 de la racine « Tumeurs de l'appareil respiratoire » 04M09 dans le secteur ex-OQN



3.3. Périnatalité

La périnatalité est la période entre le 6ème mois de grossesse et le 8ème jour suivant la naissance. Elle regroupe principalement les activités de l'accouchement et les activités de naissances et suites de naissance qui sont pratiquées dans les maternités. Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés.

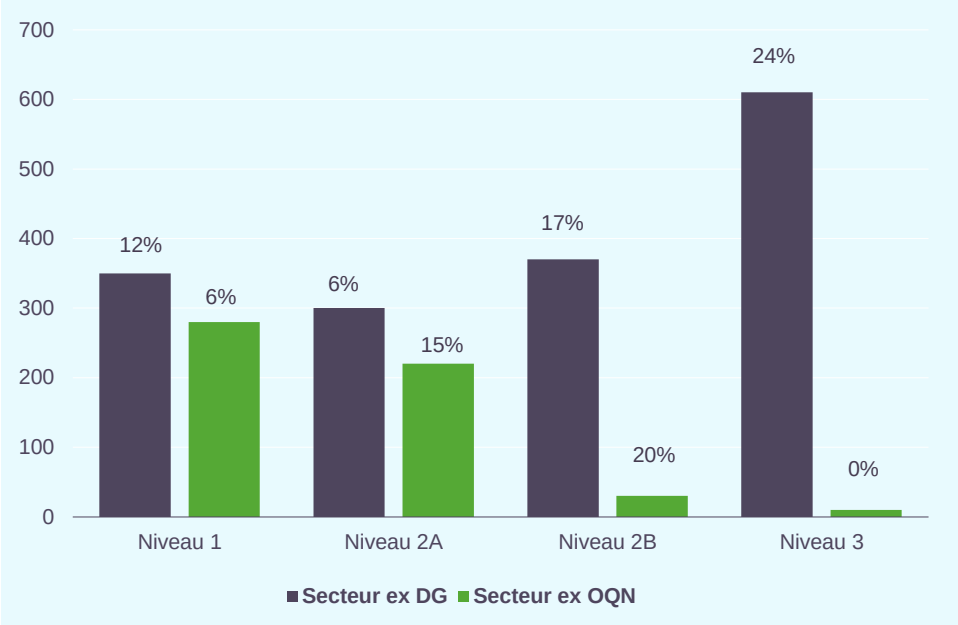
- Niveau 1 : Prise en charge des grossesses normales. Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité ➔ Elles disposent d'une unité d'obstétrique ;
- Niveau 2[18] : Prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation ➔ Elles disposent d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie ;
- Niveau 3 : Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves ➔ Elles disposent d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie et d'une unité de réanimation médicale.

Les activités de périnatalogie sont identifiables dans la classification médicale via les CMD 14 « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » et 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale ». En 2012, ces deux catégories majeures regroupent 101 GHM soit 10% des séjours nationaux dans le secteur ex-DG, et 6% dans le secteur ex-OQN.

[18] Les maternités de niveau 2 sont également classées en deux sous catégories, le niveau 2A et 2B. Le sous niveau B impose de disposer d'une unité de soins intensifs située au sein d'une unité de néonatalogie dans le même bâtiment ou à proximité immédiate.

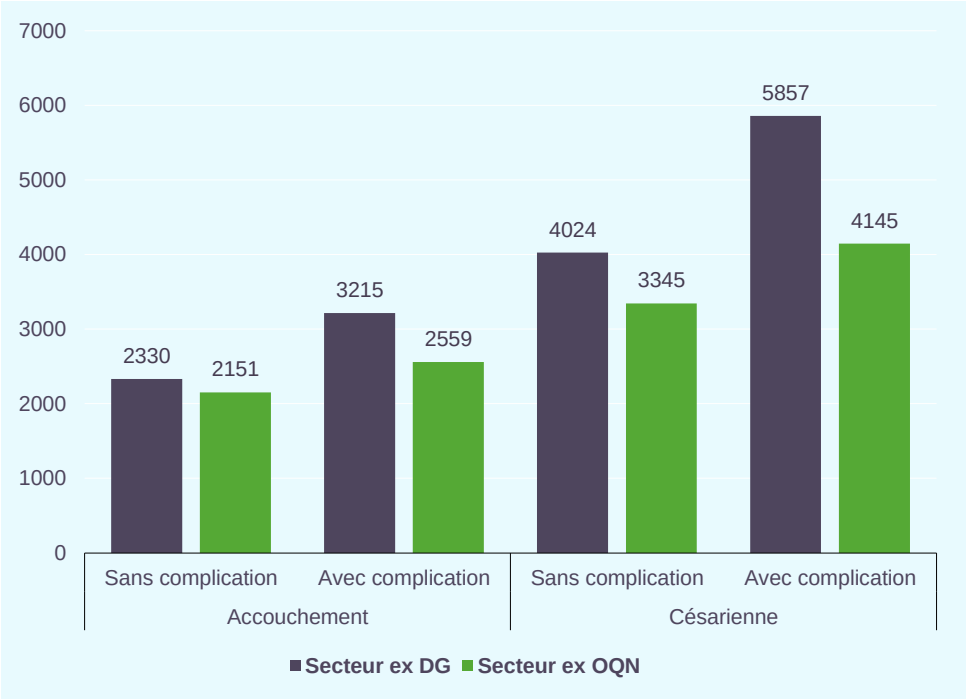
A partir des données de l'ENC, le coût peut être estimé sur 91 GHM dans le secteur ex-DG et 40 GHM dans le secteur ex-OQN, soit 99% de l'activité d'obstétrique et de néonatalogie sur chaque secteur. Les taux de sondage sur ce périmètre d'activité sont respectivement selon le secteur de 17% et 11%, aussi bien pour la CMD 14 que pour la CM 15.

F 31 I Nombre de séjours nationaux (en milliers) et taux de sondage par niveau de maternité



Les maternités de niveau élevé sont bien représentées dans le secteur ex-DG avec des taux de sondage plus important sur les maternités de niveau 2B et de niveau 3. Sur le secteur ex-OQN, l'activité nationale est concentrée sur les maternités de niveau 1 et 2A ; la représentativité de l'échantillon est faible (taux de sondage de 6%) sur le niveau 1 mais le nombre de séjours est suffisamment important pour que l'estimation du coût moyen soit robuste.

F 32 I Coût moyen pour les accouchements et césariennes avec ou sans complications



Les coûts de prise en charge varient de manière importante entre les activités avec ou sans complications. Pour les accouchements par voie basse, le coût moyen varie de 2 330€ sans complication à 3 215€ avec complications sur le secteur ex-DG. Sur le même secteur, pour les césariennes la prise en charge coûte 4 024€ sans complication et 5 857€ avec complications. L'écart est moins important sur le secteur ex-OQN avec un différentiel de 400€ pour les accouchements par voie basse et de 800€ pour les césariennes.

Les écarts de coûts entre les deux secteurs sont plus importants sur les séjours avec complications que sur les séjours sans complication. En effet, les maternités de niveau élevé sont très majoritairement situées dans des établissements anciennement sous dotation globale. Ainsi, si la nature d'activité est très proche entre les deux secteurs en ce qui concerne les séjours sans complication, pour les séjours avec complications, les grossesses à haut risque sont prises en charge dans le secteur public, et plus particulièrement dans les CHU.

Ce constat vaut également pour les suites de naissance, où le coût moyen des séjours avec complications est de 5 572€ sur le secteur ex-DG et de 1 181€ sur le secteur ex-OQN. Quant à la chirurgie néonatale, activité très onéreuse (en moyenne 34 328€ en 2012), elle est réalisée pratiquement uniquement dans les maternités de niveau élevé du secteur ex-DG.

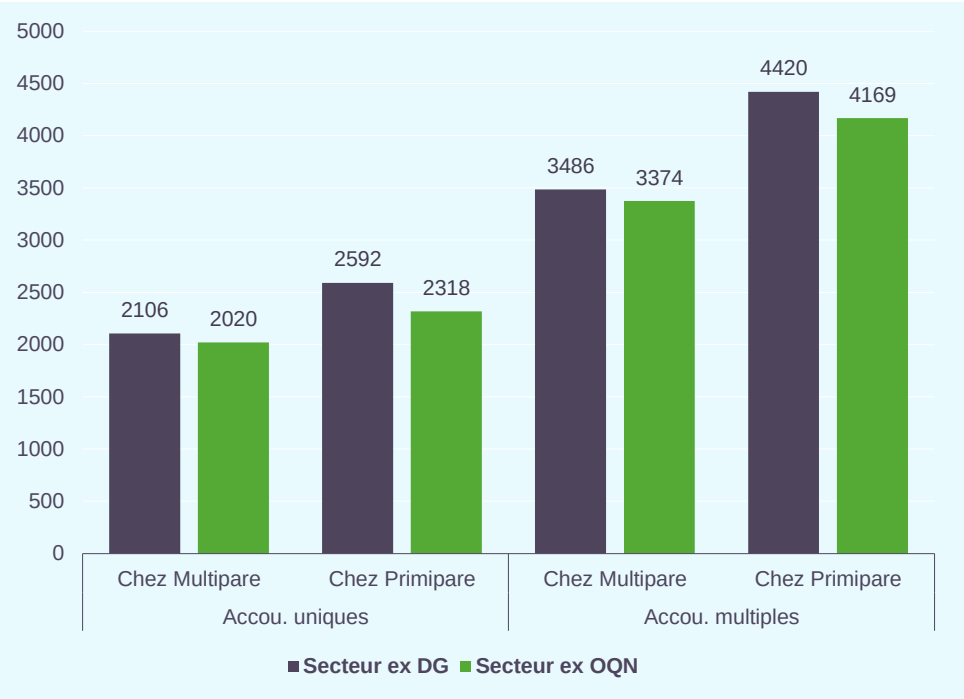
3.3.1. Les coûts de prise en charge des activités sans complication

Les activités sans complication, à savoir les accouchements (par voie basse et césarienne), les naissances et suites de naissance regroupent 58% de l'activité d'obstétrique et de néonatalogie dans le secteur ex-DG et 66% dans le secteur ex-OQN.

Accouchement par voie basse sans complication (4 GHM[19]) :

Ces activités représentent 89% de séjours d'accouchements dans le secteur ex-DG, avec un taux de sondage ENC s'élevant à 16% ; dans le secteur ex-OQN, ces activités représentent 93% des accouchements avec un taux de sondage de 11%.

F 33 I Coûts des accouchements par voie basse sans complication



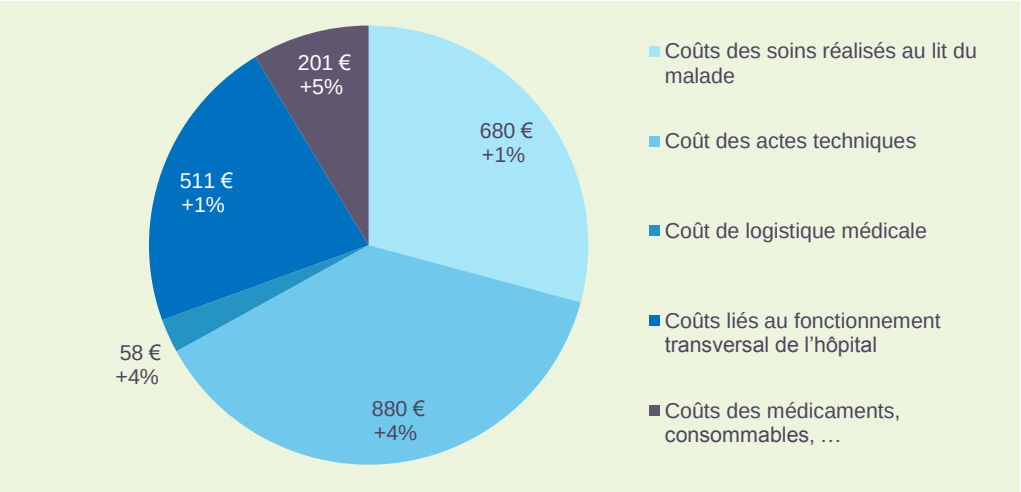
Les accouchements pour un enfant unique représentent 99% des accouchements sans complication par voie basse. Les coûts de prise en charge sont en moyenne plus importants pour une première naissance (i.e. : primipare) (2 592€ secteur ex-DG ; 2 318€ secteur ex-OQN), la durée du travail étant plus longue. Dans les cas, où un premier accouchement a déjà eu lieu (i.e. : multipare), les coûts sont légèrement inférieurs (2106€ secteur ex-DG ; 2 020€

[19] **14Z11A** Accouchements multiples par voie basse chez une primipare, sans complication significative, **14Z12A** Accouchements multiples par voie basse chez une multipare, sans complication significative, **14Z13A** Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative, **14Z14A** Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative

secteur ex-OQN). Pour ces accouchements, les coûts augmentent entre 2% et 3% sur le secteur ex-DG et de 1% sur le secteur ex-OQN.

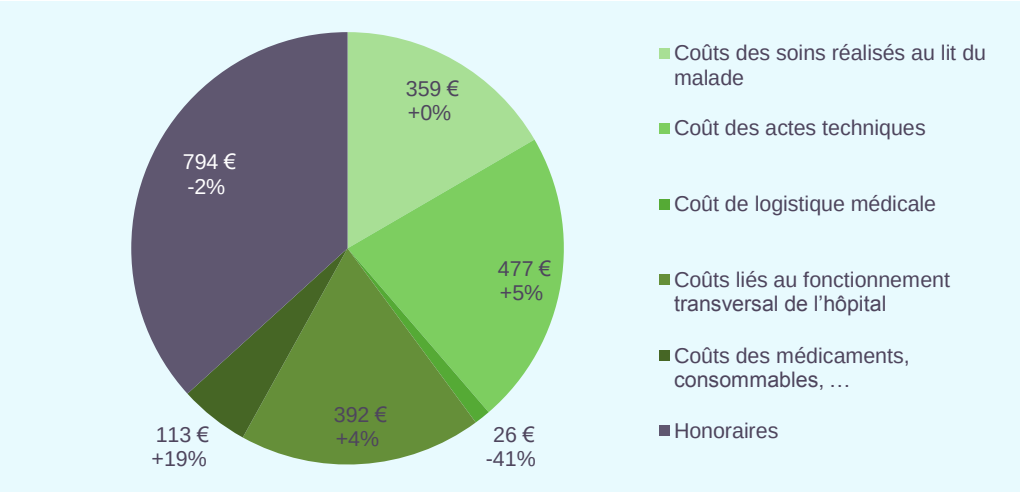
Les accouchements multiples présentent également des coûts plus élevés dans le cas d'une première grossesse (4 420€ en moyenne contre 3 486€ pour un accouchement chez une multipare sur le secteur ex-DG et 4 169€ contre 3 374€ sur le secteur ex-OQN). L'évolution du coût est relativement stable sur les deux secteurs, avec des variations inférieures à 1% pour chacune de ces activités.

F 34 I Décomposition du coût moyen des accouchements sans complication – Secteur ex-DG



Le coût des actes techniques est le poste de dépense le plus important, suivi de près des coûts des soins réalisés aux lits du malade et des coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital. Les coûts de logistique médicale et les charges directes (médicaments, consommables) représentent une part plus faible du coût. Tous les postes de charges augmentent légèrement par rapport à 2011.

F 35 I Décomposition du coût moyen des accouchements sans complication – Secteur ex-OQN



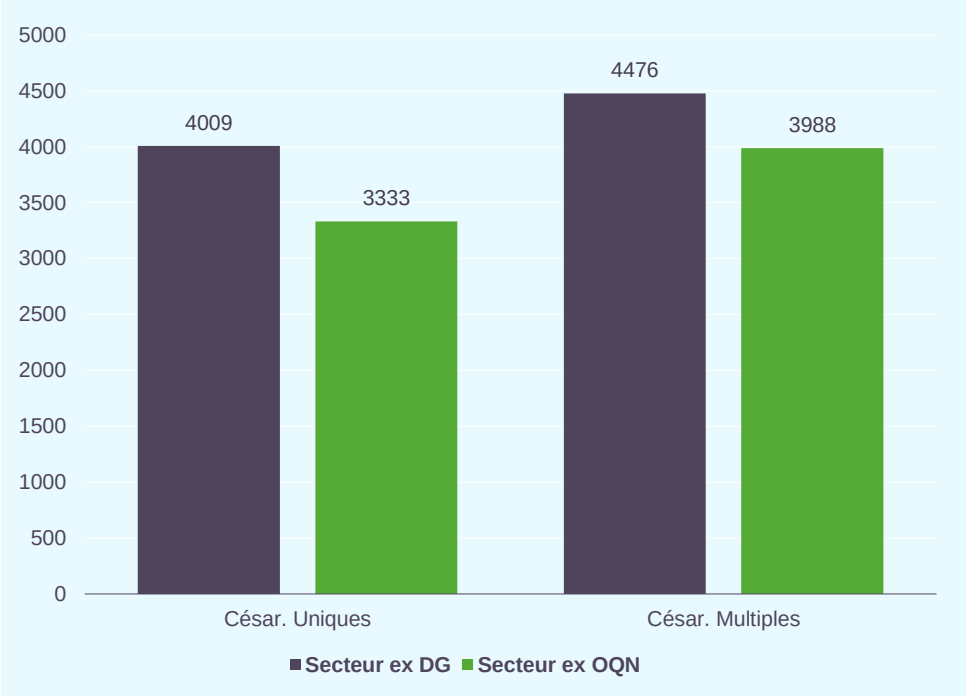
Les honoraires constituent la part la plus importante du coût de la prise en charge (presque 40% du coût total), même s'ils diminuent de 2% par rapport à 2011. Le reste des dépenses se répartit à peu près équitablement entre des charges issues des actes techniques, des coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital et des coûts des soins réalisés au lit du malade. En dehors des soins réalisés au lit, les autres dépenses augmentent par rapport à 2011.

Césariennes sans complication (2 GHM[20])

Ces interventions représentent 80% de l'ensemble des césariennes dans le secteur ex-DG, avec un taux de sondage de 16%. Dans le secteur ex-OQN, les séjours sans complication représentent 90% de l'activité avec un taux de sondage de 10%.

[20] **14C07A** Césariennes pour grossesse multiple, sans complication significative, **14C08A** Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative

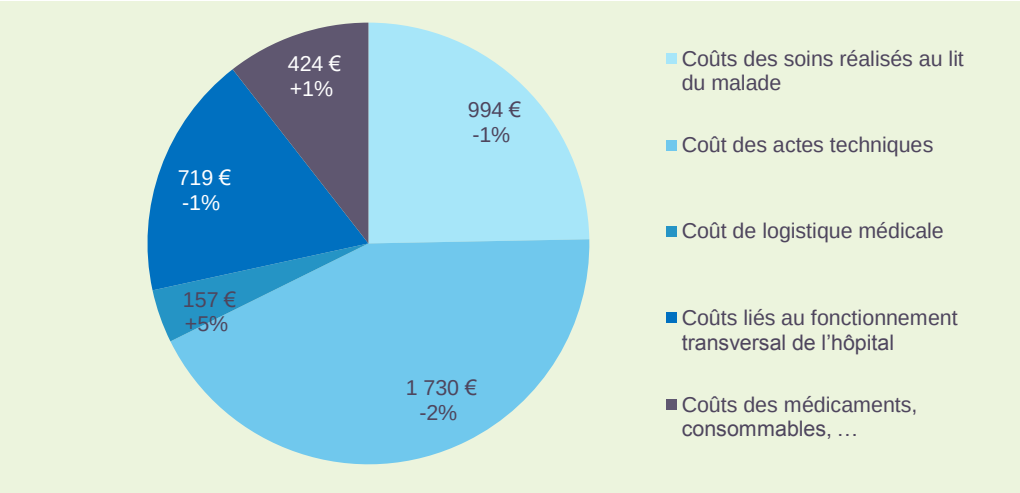
F 36 I Coûts des césariennes sans complication



Les césariennes pour grossesse unique, qui représentent 97% des accouchements avec intervention chirurgicale sans complication, ont un coût de prise en charge de 4 009€ sur le secteur ex-DG et de 3 333€ sur le secteur ex-OQN. Ce coût n'a pas évolué depuis 2011.

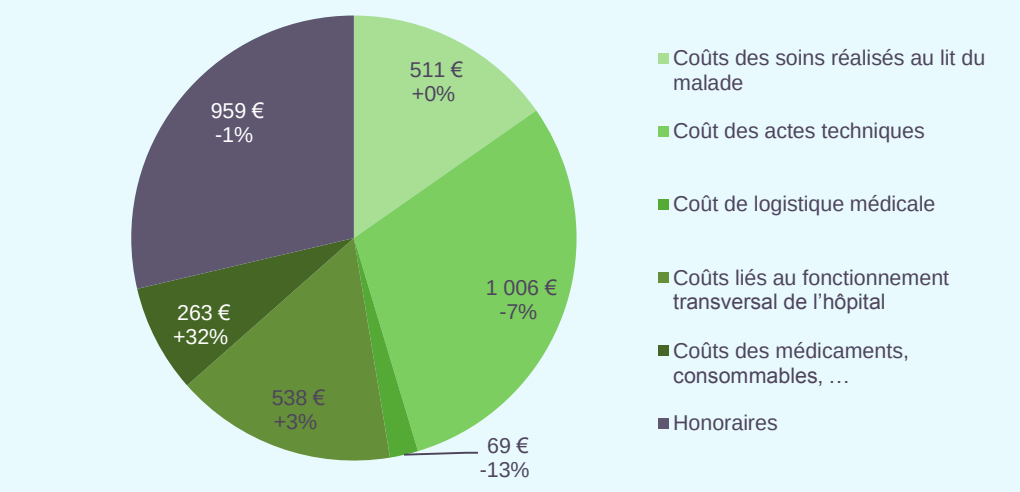
Les césariennes pour grossesse multiple ont des coûts plus élevés de l'ordre de 500€ ou 600€ selon le secteur de financement. Les coûts sur le secteur ex-OQN ont connu une hausse de 7% par rapport à 2011, en raison d'une augmentation de 31% des dépenses liées aux actes techniques. Ce poste recouvre principalement sur ce secteur les coûts d'amortissement et d'entretien du bloc opératoire. En revanche les coûts évoluent à la baisse sur le secteur ex-DG (-3%) du fait d'une diminution des coûts des actes techniques et des coûts des soins réalisés aux lits du malade.

F 37 I Décomposition du coût moyen des césariennes sans complication – Secteur ex-DG



L'écart constaté sur le coût global par rapport au coût des accouchements sans complication se retrouve sur tous les postes de charges, notamment pour les actes techniques avec un différentiel de plus de 800€. Cet écart traduit le recours au bloc opératoire dans le cas de césariennes.

F 38 I Décomposition du coût moyen des césariennes sans complication – Secteur ex-OQN



Les actes techniques d'une césarienne coûtent en moyenne 500€ de plus que ceux réalisés dans le cas d'un accouchement par voie basse. En ajoutant les 200€ d'écart qui portent sur les honoraires, la différence de coûts observée entre les césariennes et les accouchements par voie basse sans complication est similaire à celle mesurée dans le secteur ex-DG.

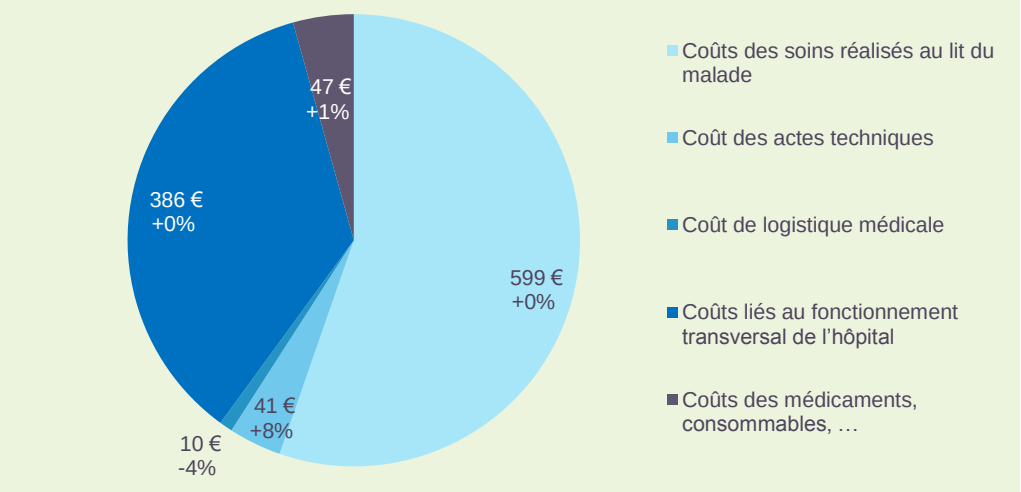
Nouveaux nés normaux[21]

Les nouveau-nés normaux représentent 68% des séjours de naissances et suites de naissance dans le secteur ex-DG, avec un taux de sondage de 16% ; dans le secteur ex-OQN, cette activité représente 69% des naissances pour un taux de sondage de 11%.

Les coûts de prise en charge sont évalués au total à 1 083€ sur le secteur ex-DG et de 634 € sur le secteur ex-OQN. Si les coûts sont stables sur le secteur ex-DG, ils sont en légère baisse de 2% sur le secteur ex-OQN.

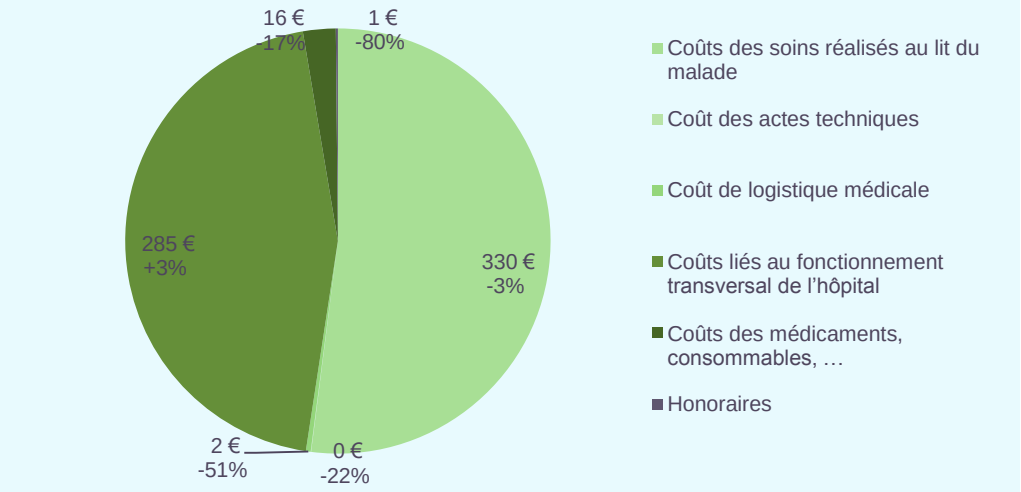
Dans les deux secteurs, les coûts de prise en charge des nouveau-nés normaux sont composés essentiellement des coûts des soins réalisés au lit du malade et des coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital. Ces deux postes de charges n'évoluent pas par rapport à 2011.

F 39 I Décomposition du coût moyen des nouveau-nés normaux – secteur ex-DG



[21] **15M05A** Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif

F 40 I Décomposition du coût moyen des nouveau-nés normaux – secteur ex-OQN



3.3.2. Les coûts de prise en charge des activités avec complications

Les activités avec complications, à savoir les accouchements (par voie basse et césarienne), les naissances et suites de naissance regroupe 15% de l'activité d'obstétrique et de néonatalogie sur chaque secteur.

Accouchement par voie basse avec complications

Les accouchements par voie basse avec complications représentent 9% de séjours des accouchements dans le secteur ex-DG, pour un taux de sondage de 20% ; dans le secteur ex-OQN, ces activités représentent 5% des accouchements avec un taux de sondage de 14%.

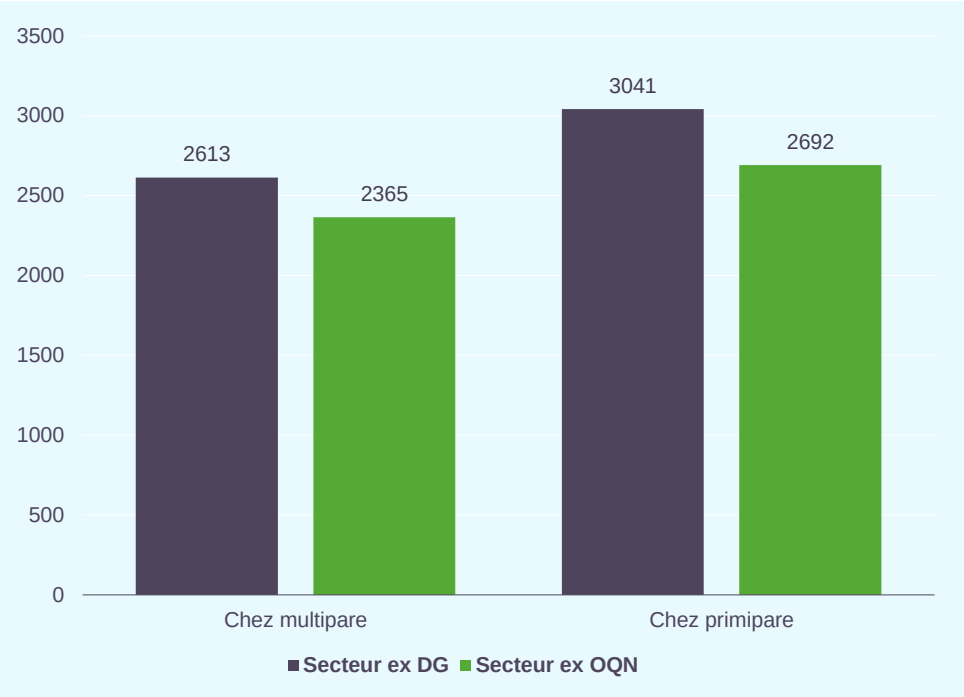
Le coût moyen de cette activité est de 3 215€ sur le secteur ex-DG et de 2 659€ en 2012 sur le secteur ex-OQN. Par rapport à 2011, ces coûts augmentent de +3% pour chaque secteur.

Sur le secteur ex-DG, les coûts varient entre 2 613€ pour les accouchements uniques chez une multipare avec autres complications à 6 299€ dans le cas d'un accouchement multiple primipare avec complications majeures. Pour les accouchements multiples chez une primipare le coût augmente de manière significative par rapport à 2011 (+13%) ; cette hausse s'explique par la hausse des coûts des soins réalisés aux lits et des coûts de fonctionnement transversal de l'hôpital qui représentent chacun presque un tiers du coût global du séjour.

Sur le secteur ex-OQN, les variations de coûts sont moindres allant de 2 356€ pour les accouchements uniques chez une multipare avec autres complications à 3 205€ pour les accouchements uniques chez une primipare avec complications majeures.

Les accouchements pour enfant unique par voie basse avec autres complications[22] sont les activités les plus fréquentes (74% des accouchements avec complications).

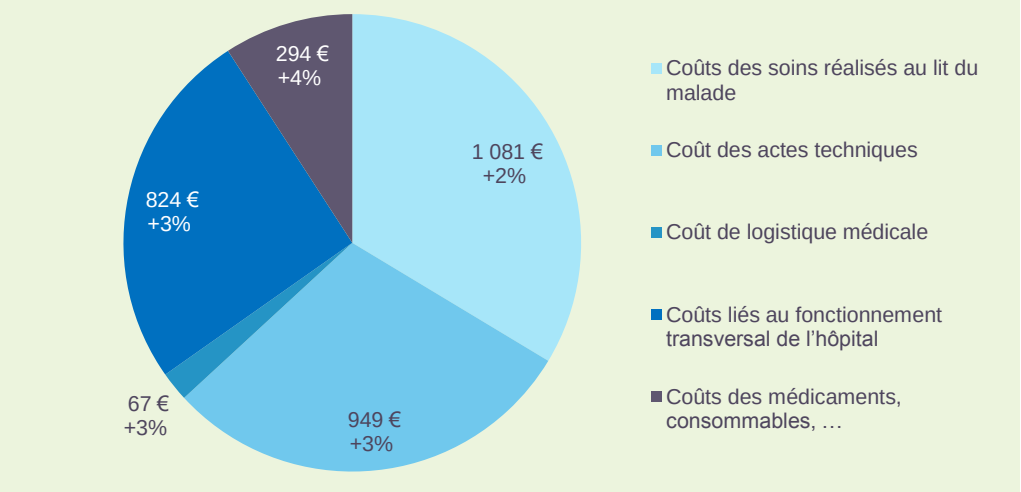
F 41 I Coûts des accouchements avec complications de niveau B (correspondant aux autres complications)



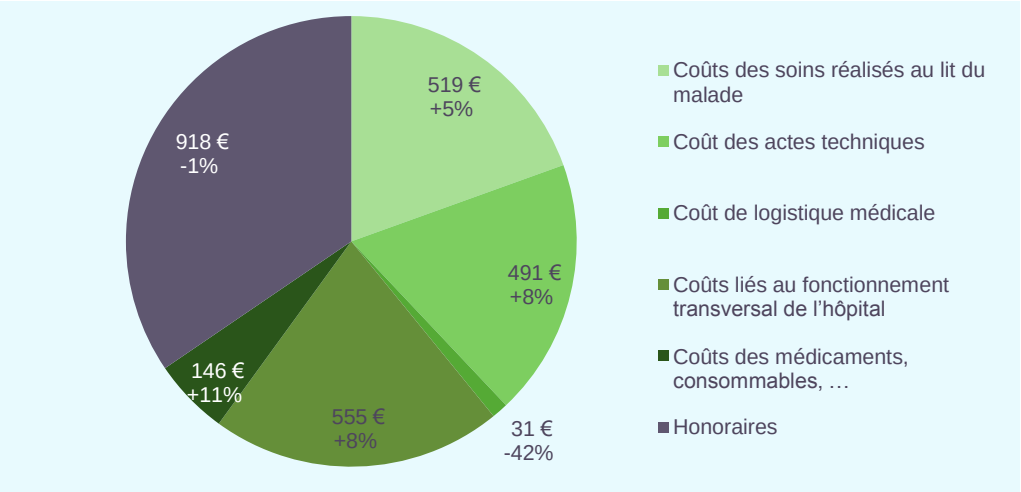
Les coûts de prise en charge sont, comme pour les accouchements sans complication, plus élevés dans le cas d'une première grossesse (3 041€ secteur ex-DG et 2 692€ secteur ex-OQN). Par rapport à 2011, les coûts de ces activités augmentent entre 1 et 5%.

[22] **14Z13B** Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, avec autres complications, **14Z14B** Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, avec autres complications

F 42 I Décomposition du coût moyen des accouchements avec complications – secteur ex-DG



F 43 I Décomposition du coût moyen des accouchements avec complications – secteur ex-OQN



La hiérarchie entre les postes de charges qui composent le coût complet est identique à celle observée sur les coûts des accouchements sans complication.

Césariennes avec complications

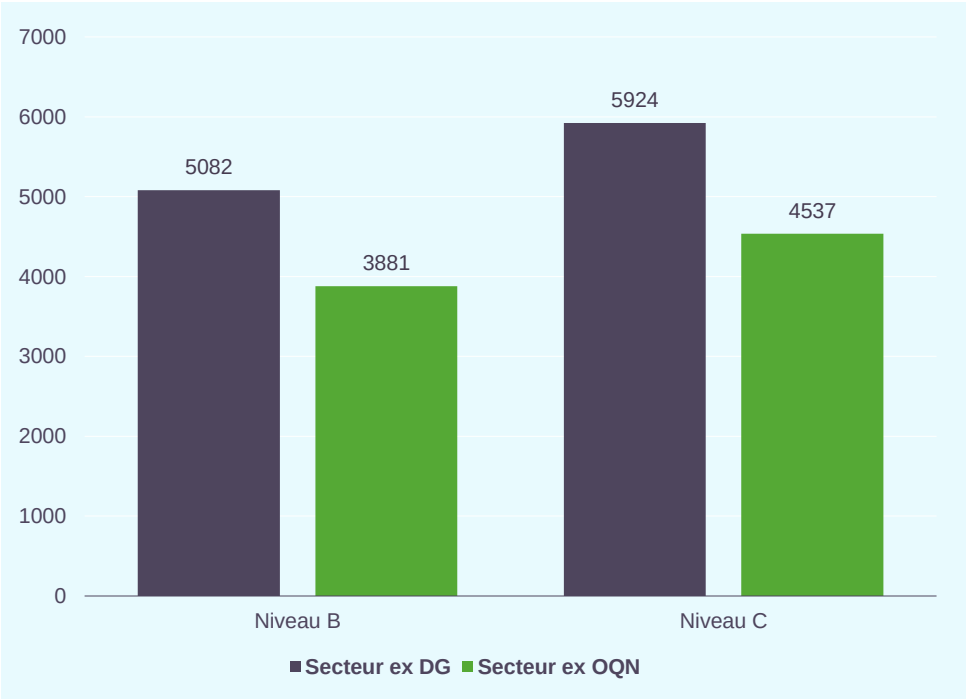
Ces activités représentent 20% des séjours de césariennes dans le secteur ex-DG, pour un taux de sondage de 22% ; dans le secteur ex-OQN, ces activités représentent 10% des césariennes avec un taux de sondage de 10%.

Le coût moyen de cette activité est de 5 867€ en 2012 sur le secteur ex-DG et de 4 146€ sur le secteur ex-OQN. Les coûts sont stables sur le secteur ex-DG et augmentent de +2% sur le secteur ex-OQN.

Ce coût varie, sur le secteur ex-DG, de 5 082€ (Césariennes pour grossesse unique, avec autres complications) à 11 139€ (Césariennes pour grossesse unique, avec complications sévères). Sur le secteur ex-OQN, la variation des coûts est moindre, de 3 880€ (Césariennes pour grossesse unique, avec autres complications) à 4 537€ (Césariennes pour grossesse unique, avec complications majeures).

Les activités les plus fréquentes sont les césariennes pour grossesse unique avec autres complications et avec complications majeures (soit 80% des césariennes avec complications).

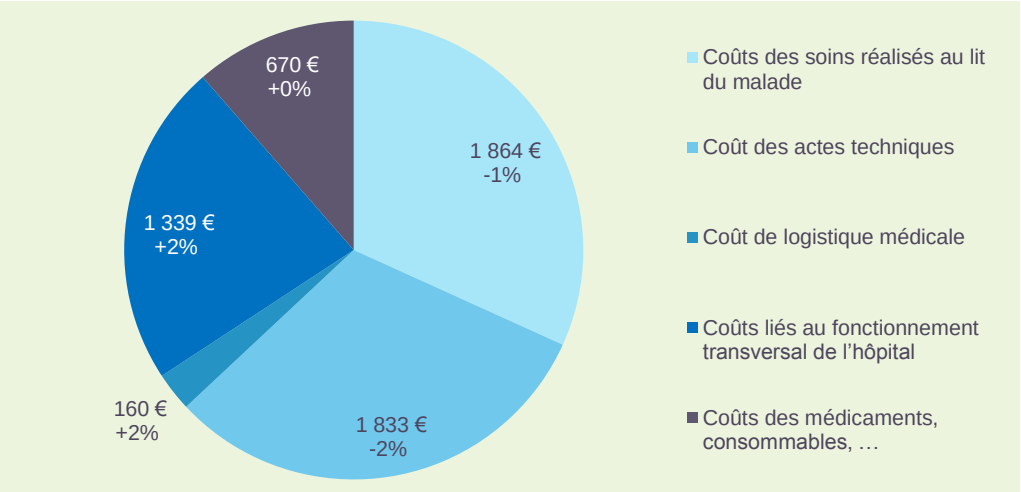
F 44 I Coûts des césariennes pour grossesse unique avec complications de niveau B (autres complications) et C (complications majeures)



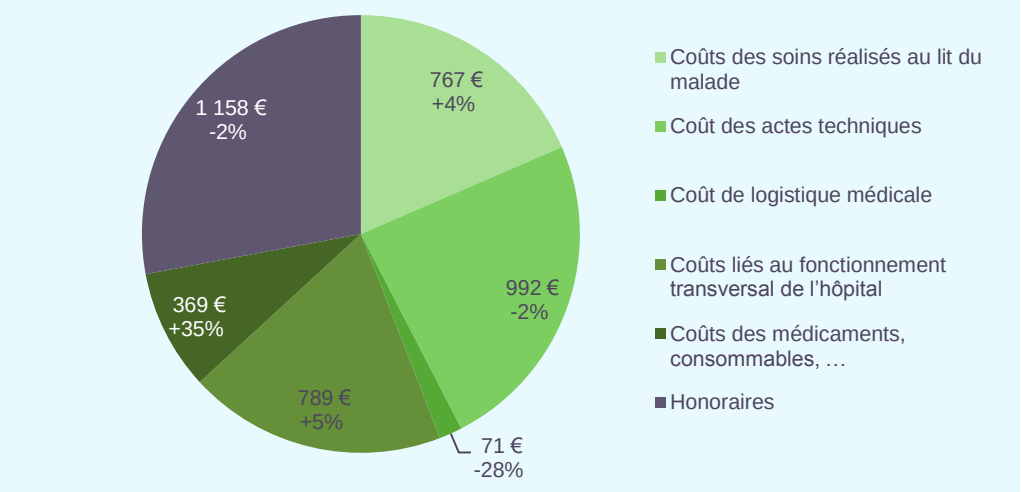
Les coûts de ces activités sont stables. Les autres complications (niveau B) ont un coût moyen dans le secteur ex-DG de 5 082€ en 2012, et de 3 881€ sur le secteur ex-OQN. Les

complications majeures (niveau C) ont respectivement sur chaque secteur un coût moyen de 5 924€ et de 4 537€.

F 45 I Décomposition du coût moyen des césariennes avec complications – secteur ex-DG



F 46 I Décomposition du coût moyen des césariennes avec complications – secteur ex-OQN



La hiérarchie des postes de charges reste inchangée par rapport aux césariennes sans complication.

Nouveaux nés avec complications

Le terme « Nouveau-nés avec complications » renvoie aux nouveau-nés du groupe 1 (Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés) ayant un problème significatif ainsi qu'aux nouveau-nés des groupes 2 et plus (Nouveau-nés de 2400g et âge gestationnel de 38 SA et assimilés) avec ou sans problème significatif. Ainsi, ce terme regroupe aussi bien des séjours de nouveau-nés avec complications que des séjours de nouveau-nés sans problème significatif mais dont le poids est faible ou la naissance précoce.

Les nouveau-nés avec complications représentent 32% de séjours de naissances dans le secteur ex-DG, pour un taux de sondage ENC s'élevant à 18% ; dans le secteur ex-OQN, ces activités représentent 31% des naissances pour un taux de sondage de 10%.

Le coût moyen de cette activité est très différent selon le secteur en 2012, soit 5 572€ sur le secteur ex-DG et 1 181€ sur le secteur ex-OQN. Cet écart s'explique par une structure d'activité différente entre les deux secteurs. Les établissements anciennement sous dotation globale ont une part d'activité plus importante sur l'activité avec complications sévères, autrement dit vers les prises en charge les plus mobilisatrices en termes de consommation de moyens. Les coûts sont en hausse sur les deux secteurs par rapport à 2011, à savoir +6% sur le secteur ex-DG et +4% sur le secteur ex-OQN.

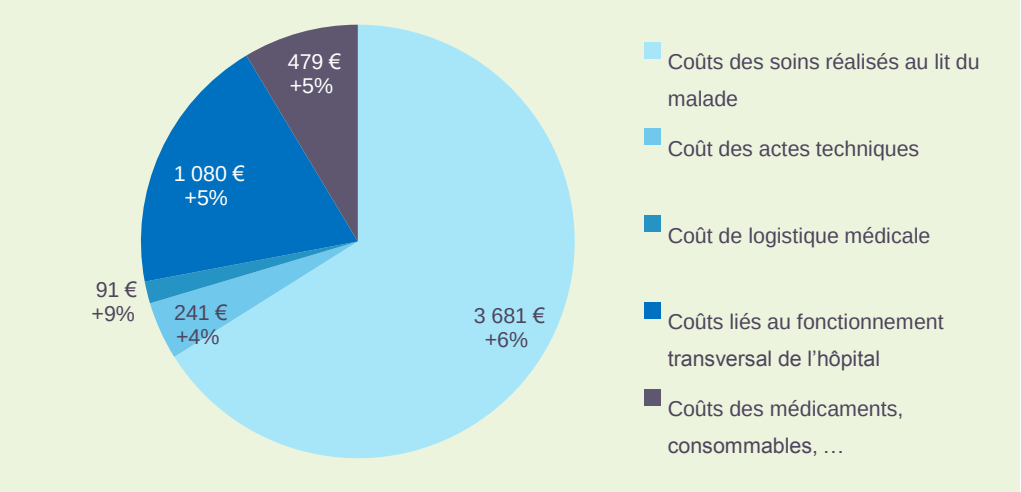
En 2012 sur le secteur ex-DG, les coûts des GHM au sein de cette activité varient de 1 373€ (Nouveau-nés de 2400g et âge gestationnel de 38 SA et assimilés {groupe nouveau-nés 2}, sans problème significatif) à 52 383€. (Nouveau-nés de 800g et âge gestationnel de 28SA et assimilés {groupe nouveau-nés 10}, avec problème significatif.

Sur le secteur ex-OQN, les coûts varient de 829€ (Nouveau-nés de 2400g et âge gestationnel de 38 SA et assimilés {groupe nouveau-nés 2}, sans problème significatif) à 4 901€. (Nouveau-nés de 1800g et âge gestationnel de 36 SA et assimilés {groupe nouveau-nés 5}, sans problème significatif).

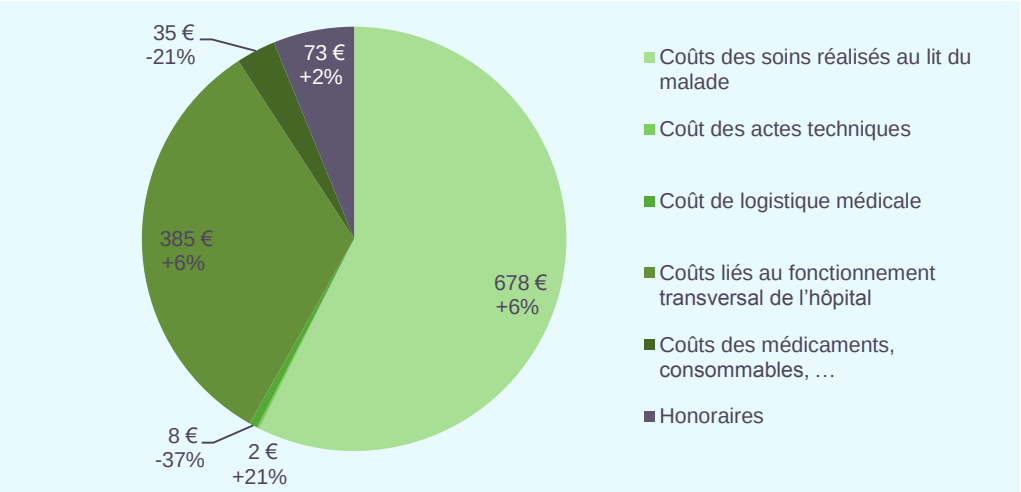
Les nouveaux nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés {groupe nouveau-nés 1}, avec autre problème significatif sont les suites de naissance les plus nombreuses au niveau national (50% des naissances avec complications sur le secteur ex-DG, 66% sur le secteur ex-OQN). Le coût est de 1 811€ sur le secteur ex-DG et de 989€ sur le secteur ex-OQN. Le coût est en légère baisse sur le secteur ex-DG (-1%) alors qu'il augmente sur le secteur ex-OQN (+3%).

Le GHM avec les effectifs les plus important au niveau national est le GHM 15M05B (Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés {groupe nouveau-nés 1}, avec autre problème significatif) qui représentent 50% des naissances avec complications dans le secteur ex-DG et 66% dans le secteur ex-OQN. Le coût de ce GHM est stable. Il évolue de -1% dans le secteur ex-DG en passant de 1 828€ en 2011 à 1 811€ en 2012, et de +3% dans le secteur ex-OQN en passant de 961€ à 989€.

F 47 I Décomposition du coût moyen des naissances avec complications – secteur ex-DG



F 48 I Décomposition du coût moyen des naissances avec complications – secteur ex-OQN



Comme pour les nouveaux nés normaux, les coûts sont composés essentiellement des coûts des soins réalisés au lit du malade et des coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital. L'évolution de ces deux postes de charges est en hausse de +5% par rapport à 2011 sur chaque secteur. Les coûts des actes techniques sont moindres sur le secteur ex-DG et quasi-nuls sur le secteur ex-OQN, à l'inverse des activités d'accouchement, où ce poste de charges est le plus important.

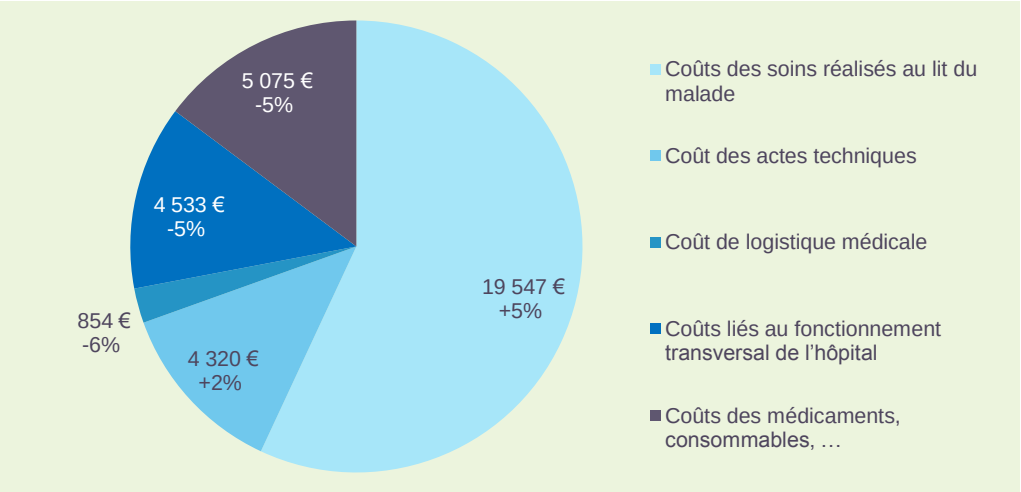
3.3.3. Les coûts de prise en charge de l'activité chirurgicale sur les nouveaux nés

La chirurgie néonatale représente 0,5% de séjours de néonatalogie dans le secteur ex-DG, pour un taux de sondage ENC s'élevant à 57%. L'activité de chirurgie sur le secteur ex-OQN

se limite à un nombre très faible de séjours. Cette activité est donc très rare au niveau national, mais assez bien représentée dans l'échantillon de l'ENC sur le secteur ex-DG. En revanche sur le secteur ex-OQN, le nombre de séjours dans l'échantillon de l'ENC est trop faible pour mesurer de manière fiable les coûts de prise en charge.

Le coût moyen de cette activité est de 34 328€ en 2012 avec une évolution de +1,3% par rapport à 2011. Les coûts varient par activité en 2012 de 11 051€ (Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative) à 76 992€ (Interventions chirurgicales, groupe nouveau-nés 10, avec complications).

F 49 I Décomposition du coût moyen de la chirurgie néonatale - Secteur ex-DG



Les charges les plus importantes sont les coûts des soins réalisés au lit du malade, soit 57% du coût total. Hormis les coûts de logistique médicale, les autres postes représentent chacun 15% du coût total.

3.4. Activités phares de chaque secteur

Les activités majeures correspondent aux GHM qui contribuent le plus aux dépenses des établissements de santé. Leur sélection repose sur l'observation des masses-coût. Celles-ci sont calculées en multipliant le coût moyen des GHM par leur effectif national 2012.

3.4.1. Les activités majeures du secteur ex-DG

Sur le secteur **ex-DG**, ce sont les séances de chimiothérapies tumorales qui concentrent une partie importante des dépenses. En effet, 1,45 millions de séances ont été recensées en 2012 avec un coût de 922€ en moyenne. Les coûts de la chimiothérapie sont présentés dans le focus « Cancer ». De même, parmi les activités majeures peut être citée l'activité liée à la naissance et qui est détaillée dans le focus sur la périnatalité.

Cette partie présente les coûts, ainsi que leurs évolutions pour les GHM suivants :

- 28Z17Z : Chimiothérapies pour affections non tumorales, en séances ;
- 28Z04Z : Hémodialyse en séances ;
- 23Z02Z : Soins palliatifs avec ou sans actes ;
- 05M092 : Insuffisances cardiaques et état de choc circulatoire, niveau 2 ;
- 05M093 : Insuffisances cardiaques et état de choc circulatoire, niveau 3.

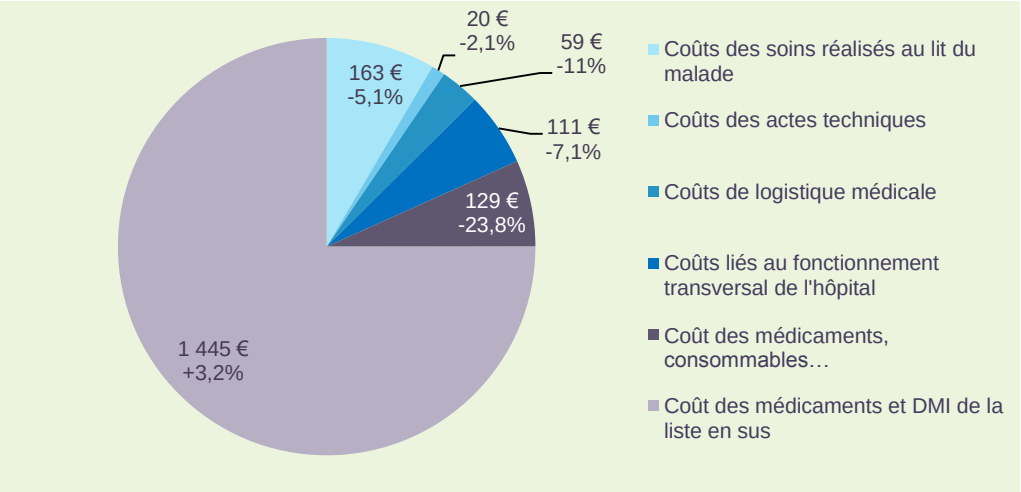
Les coûts de l'ensemble des activités majeures (représentant 50% de la masse coût totale du secteur) sont disponibles en annexe 6.

3.4.1.1. Chimiothérapies pour affections non tumorales, en séances

En 2012, le coût moyen d'une séance de chimiothérapie pour affection non tumorale (28Z17Z) s'élève à 1 927€. Avec 382 mille séances produites par les établissements du secteur ex-DG, cette activité représente 2,1% des dépenses globales du secteur.

75% du coût des séances sont dues aux médicaments de la liste en sus. Leur coût est en hausse de 3,2%. Pourtant, le coût moyen de ces séances baisse de 1,1%, conséquence de la diminution des dépenses sur les autres postes de charges.

F 50 I Décomposition du coût 2012 d'une séance de chimiothérapie pour affection non tumorale, secteur ex-DG

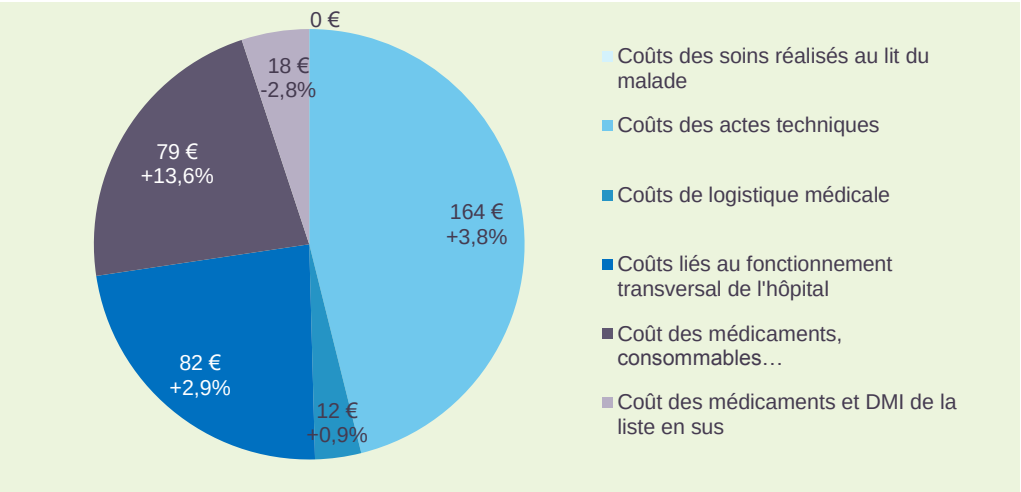


3.4.1.2. Hémodialyse en séances

En 2012, 1,5 millions de séances d'hémodialyse (28Z04Z) ont été réalisées par les établissements du secteur ex-DG. Le coût moyen de cette activité s'élève à 356€, en hausse de 5,1% par rapport à 2011.

Les dépenses proviennent principalement des actes techniques (46%, en hausse de 3,8%), mais aussi des consommables administrés (27%, en hausse de 13,6%) et du fonctionnement transversal de l'établissement (23%, en hausse de 2,9%).

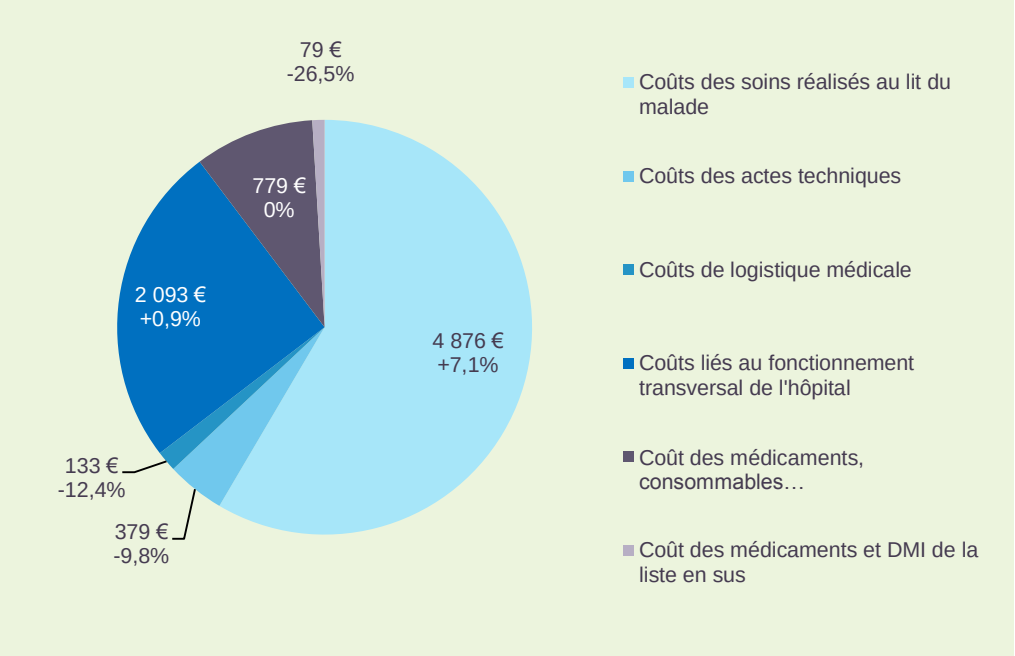
F 51 I Décomposition du coût 2012 d'une séance d'hémodialyse, secteur ex-DG



3.4.1.3. Soins palliatifs avec ou sans actes

Les soins palliatifs (23Z02Z) sont des soins visant à soulager la douleur des personnes atteintes d'une maladie grave. Les dépenses sont donc essentiellement liées aux soins au lit du patient et aux coûts de fonctionnement transversal de l'établissement. Le coût moyen d'un séjour pour soins palliatifs est de 8 340 € en 2012. Il affiche une hausse de 3,1%, conséquence de l'augmentation de 7,1% des dépenses de soins au lit du patient.

F 52 I Décomposition du coût 2012 d'un séjour de soins palliatifs, secteur ex-DG

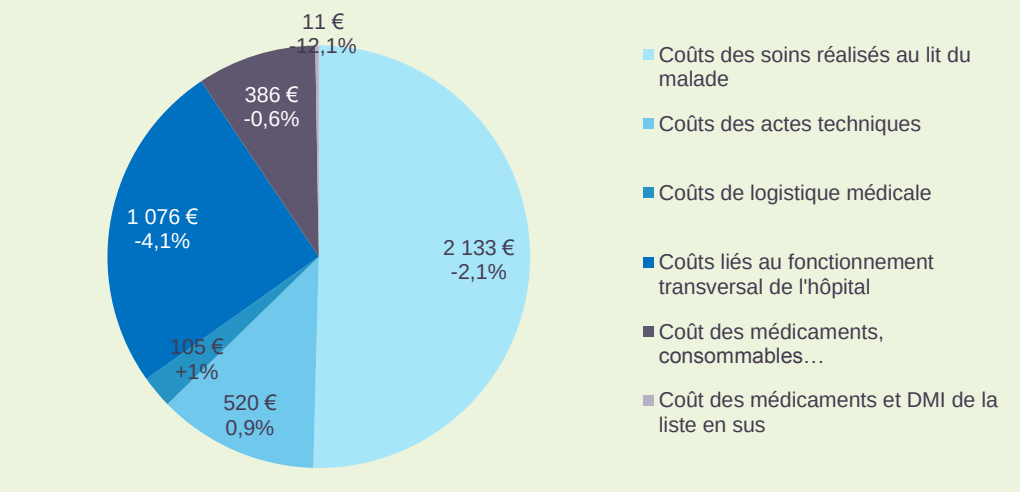


3.4.1.4. Insuffisances cardiaques et état de choc circulatoire, niveaux 2 et 3

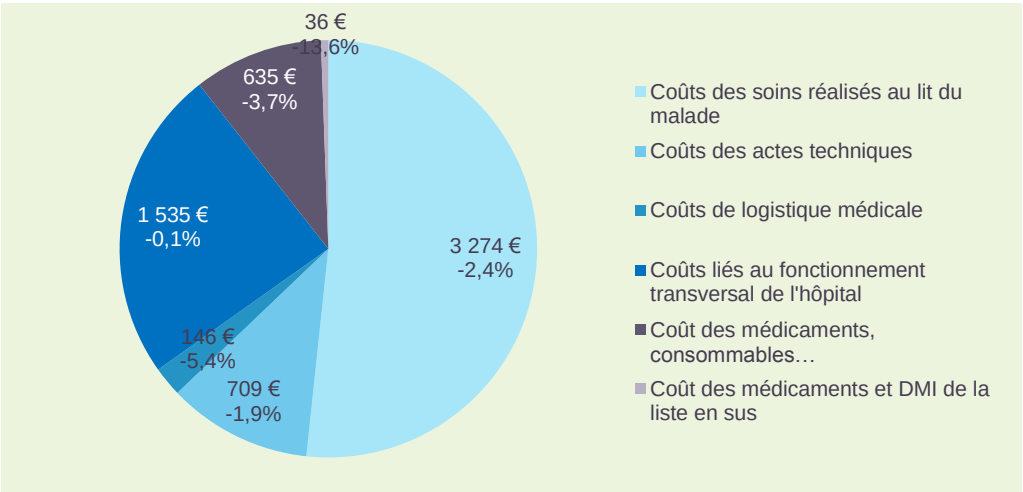
Dans le secteur ex-DG, les soins médicaux pour insuffisances cardiaques correspondent à 59 mille séjours de niveau 2 et 39 mille séjours de niveau 3. Un séjour moyen de niveau 2 a un coût de 4 230€ (-2,1%) correspondant notamment à des soins au lit du malade et à des dépenses de fonctionnement de l'établissement. Cette structure des coûts se retrouve sur les séjours de niveau 3, pour lesquels le coût moyen est de 6 334€ (-2,1%).

Pour ces deux niveaux, la diminution du coût complet s'explique principalement par la baisse des dépenses de soins réalisés au lit du malade (-2,1% pour le niveau 2 et -2,4% pour le niveau 3).

F 53 I Décomposition du coût 2012 d'un séjour pour insuffisance cardiaque, niveau 2, secteur ex-DG



F 54 I Décomposition du coût 2012 d'un séjour pour insuffisance cardiaque, niveau 3, secteur ex-DG



3.4.2. Les activités majeures du secteur ex-OQN

Pour les cliniques du secteur **ex-OQN**, une part importante des dépenses se situe également sur les séances de chimiothérapie pour tumeurs (701 mille séances en 2012 avec un coût moyen de 823€).

C'est également le cas des interventions chirurgicales sur le cristallin pratiquées en ambulatoire (1 147€ en moyenne pour 467 477 séjours en 2012).

Ces deux activités font l'objet d'une étude détaillée dans les focus précédents.

Cette partie présente les coûts, ainsi que les évolutions de coûts des GHM suivants :

- 28Z04Z : Hémodialyse en séances ;
- 06K04J : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire ;
- 06K02Z : Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours ;
- 08C481 : Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1 ;
- 05K061 : Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1.

Comme pour le secteur ex-DG, les coûts des activités majeures du secteur sont détaillés en annexe 6.

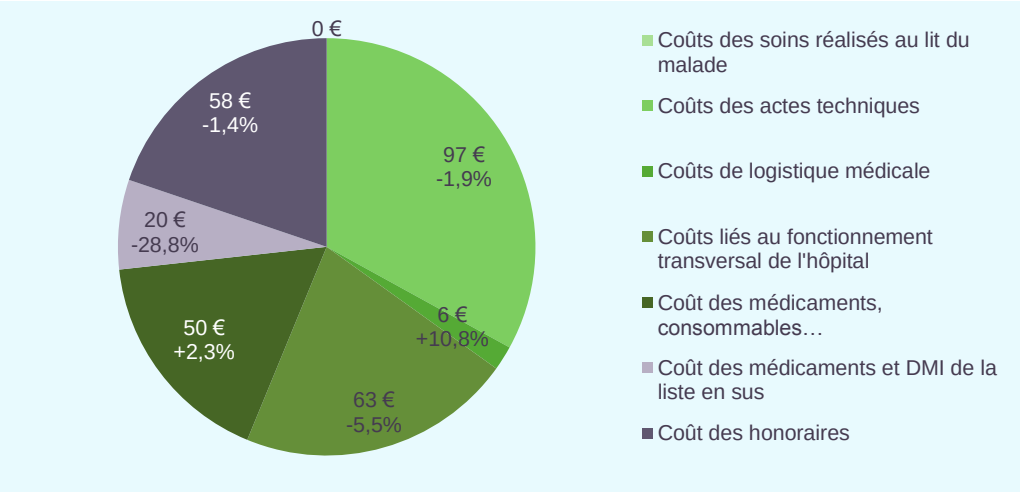
3.4.2.1. Hémodialyse en séances

L'activité d'hémodialyse (28Z04Z) représente 2 millions de séances en 2012 avec un coût moyen de 294€.

Les dépenses liées aux actes techniques représentent environ un tiers du coût complet, elles sont en baisse de 1,9%. Les dépenses d'honoraires, d'organisation et de médicaments de la liste en sus sont également en baisse (respectivement -1,4%, -5,5% et -28,8%).

De manière globale, ces baisses induisent une baisse moyenne du coût de 4,2% en 2012.

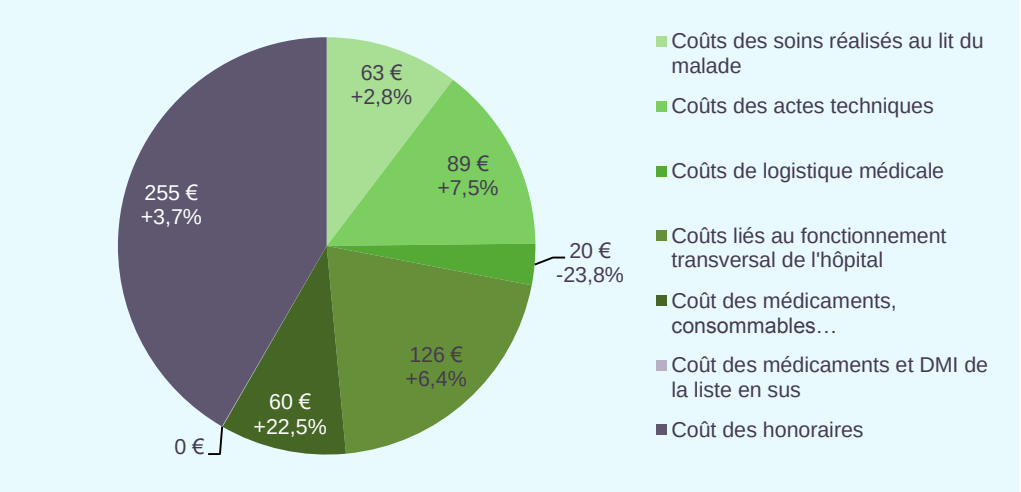
F 55 I Décomposition du coût 2012 d'une séance d'hémodialyse, secteur ex-OQN



3.4.2.2. Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire

Le coût moyen d'une endoscopie digestive (06K04J) s'élève à 613€ en 2012, ce coût est en hausse de 5%. Il est principalement constitué de dépenses liées aux honoraires (41%) qui affichent une hausse de 3,7% en 2012.

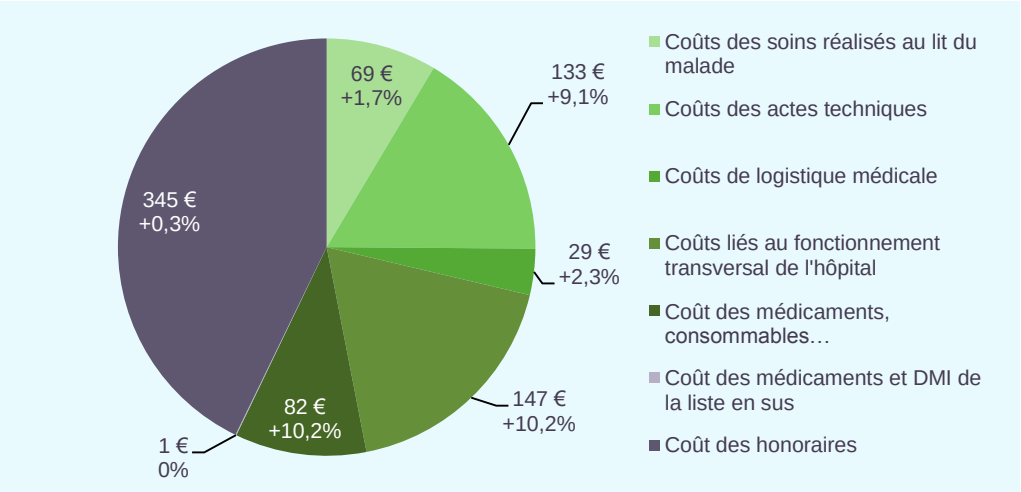
F 56 I Décomposition du coût 2012 d'une endoscopie digestive diagnostique, secteur ex-OQN



3.4.2.3. Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours

Les séjours de moins de 2 jours pour une endoscopie digestive thérapeutique (06K02Z) ont un coût moyen de 805€, en hausse de 4,5%. La structure des coûts est similaire à celle des endoscopies digestives diagnostiques puisque les honoraires constituent la plus grosse part des dépenses (43%). Les dépenses liées aux actes techniques et au fonctionnement transversal de l'établissement sont également significatives. Sur ces trois postes de charges, le coût est en augmentation de respectivement 0,3%, 9,1% et 10,2%, ce qui explique la hausse globale observée.

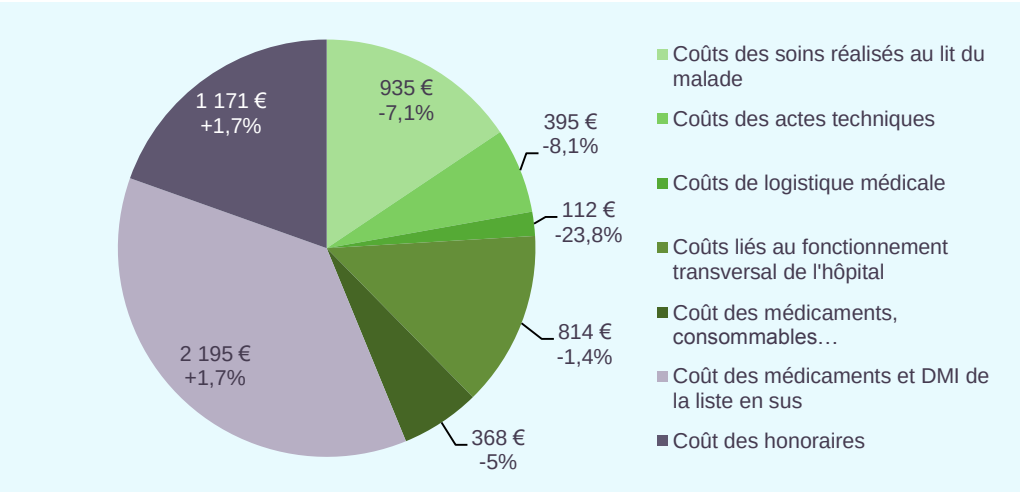
F 57 I Décomposition du coût 2012 d'une endoscopie digestive thérapeutique, secteur ex-OQN



3.4.2.4. Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1

En 2012, le coût du GHM 08C481 s'élève à 5 990€ et reflète principalement le coût des DMI de la liste en sus (37%) et les dépenses d'honoraires (19,5%). Sur ces deux postes, les coûts ont augmenté de 1,7% par rapport à 2011. Cependant, la diminution des dépenses sur tous les autres postes de charges engendre une baisse globale du coût complet (-1,9%).

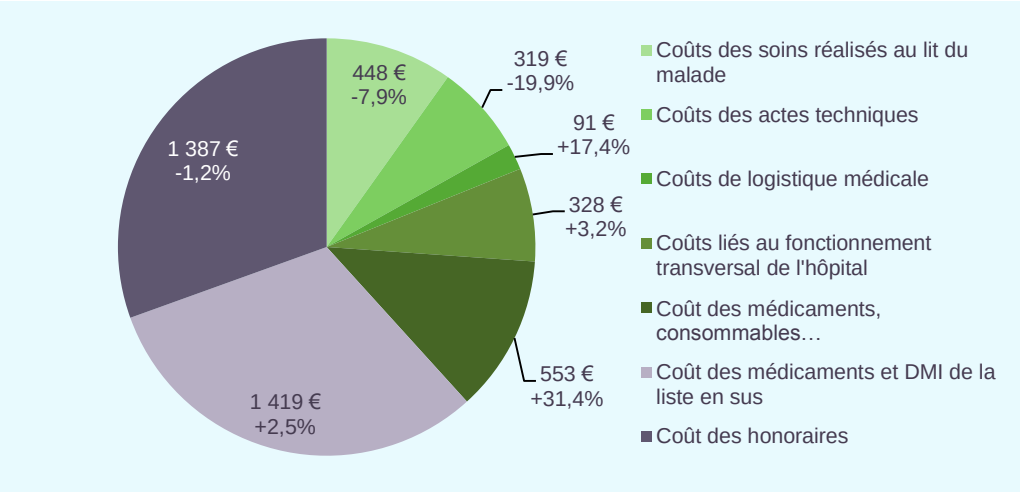
F 58 I Décomposition du coût 2012 d'un séjour pour prothèse de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents (niveau 1), secteur ex-OQN



3.4.2.5. Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1

50 mille séjours pour endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde avec un niveau de sévérité 1 (05K061) ont été réalisés en 2012 par les établissements du secteur ex-OQN. Le coût moyen s'élève à 4 547€, en hausse de 1,3% par rapport à 2011. Il est principalement lié à des dépenses de DMI de la liste en sus (1 419€ soit 31%) et d'honoraires (1 387€, soit 30,5%).

F 59 I Décomposition du coût 2012 d'un séjour pour endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (niveau 1), secteur ex-OQN



4. Analyse sur quelques CMD spécifiques du secteur ex-DG

Cette analyse porte sur les coûts des CMD qui n'ont pas été étudiés lors des focus précédents. Seules quatre CMD sont concernées : CMD 22 « brûlures », 25 « maladies dues au VIH », 26 « traumatismes multiples graves », 27 « transplantations d'organes ». Ces activités ne concernent que les établissements du secteur ex-DG.

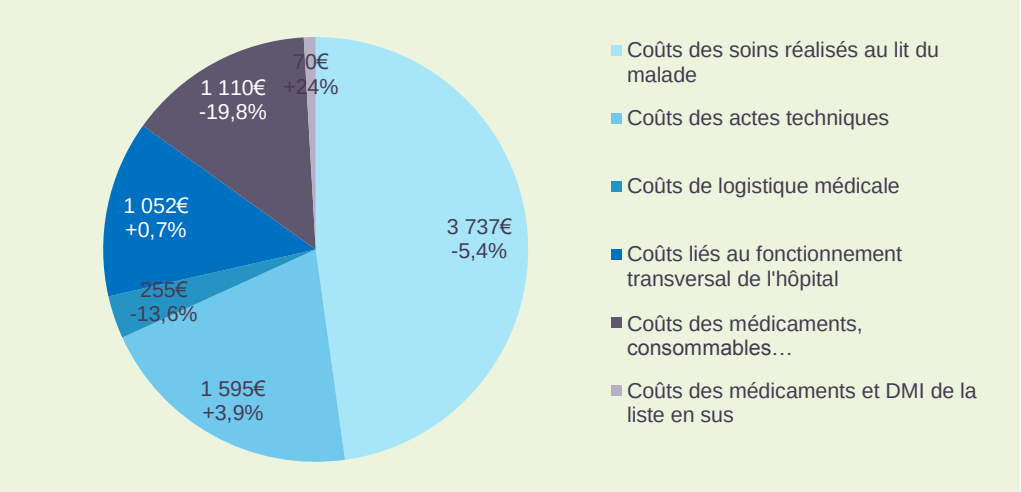
4.1. CMD 22 : Brûlures

4.1.1. Coût global

Le coût moyen des séjours des brûlés s'élève à 7 818€ en 2012. Ce coût est en baisse de 5,4% par rapport à 2011 :

- les dépenses de soins réalisés au lit du malade représentent près de la moitié du coût complet d'un séjour. Elles sont en baisse de 5,4% par rapport à 2011 ;
- les dépenses liées aux actes techniques, au fonctionnement transversal de l'hôpital et aux médicaments constituent l'essentiel de la seconde moitié du coût. Ces dépenses connaissent des évolutions respectives de +3,9%, +0,7% et -19,8% par rapport à 2011.

F 60 I Décomposition du coût complet 2012 et évolution par rapport à 2011 pour la CMD 22 « Brûlures »



4.1.2. Analyse des activités majeures

L'essentiel des dépenses du secteur se concentre sur le ***GHM 22Z024 « Brûlures étendues, niveau 4 »***. Le coût moyen d'un séjour dans ce GHM s'élève à 108 245€ (en hausse de 5,2%). 204 séjours ont été recensés en 2012 au national. La moitié des dépenses sont des dépenses de soins réalisés au lit du patient. Elles sont en hausse de 13,7% par rapport à 2011 et expliquent en partie l'augmentation du coût complet. Les médicaments de la liste en sus représentent 2,7% du coût complet et les autres médicaments et consommables, 18,2%.

Le coût des médicaments de la liste en sus a fortement augmenté par rapport à 2011 pour ces séjours (+142%). Il est possible qu'il s'agisse d'un effet échantillon étant donné le faible nombre de séjours pour ce GHM dans l'ENC (96).

Les ***GHM 22C021 « Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 1 » et 22C024 « Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 4 »*** concentrent également une grosse part des dépenses sur la CMD. 1 277 séjours sont recensés sur le premier en 2012 avec un coût moyen de 9 373€ et 258 séjours sur le second, avec un coût moyen de 38 772€.

Sur ces deux GHM, la structure des coûts est similaire à celle du GHM 22Z024, avec une prépondérance des dépenses liées aux soins réalisés au lit du patient. La part des dépenses de consommables est toutefois moindre, celle des médicaments de la liste en sus étant quasi-nulle. A contrario, les dépenses liées au fonctionnement transversal de l'établissement sont plus importantes.

Le coût global des brûlures non étendues avec greffe cutanée, sans sévérité, stagne entre 2011 et 2012 (-0,3%) tandis que le niveau 4 enregistre une forte baisse, conséquence de la diminution des dépenses de la plupart des postes de charges.

T 6 Décomposition des coûts 2012 des GHM ayant la plus forte masse coût

	22Z024 "Brûlures étendues, niveau 4"	22C021 "Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 1"	22C024 "Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 4"
Part de la masse-coût CMD	25,2%	13,7%	11,4%
Nb séjours nationaux 2012	204	1 277	258
Coût complet	108 245€ (5,2%)	9 373€ (-0,3%)	38 772€ (-37,3%)
Soins réalisés au lit du patient	54 414€ (13,7%)	4 444€ (-2,6%)	18 381€ (-41,4%)
Actes techniques	20 785€ (-2,7%)	1 949€ (11%)	8 061€ (-20,9%)
Logistique médicale	3 354€ (-2,7%)	327€ (-13,3%)	1 352€ (-36,8%)
Fonctionnement transversal de l'établissement	7 009€ (2,8%)	1 385€ (5,2%)	5 729€ (3,1%)
Médicaments, consommables	19 708€ (-11%)	1 246€ (-9,5%)	5 156€ (-56,8%)
Médicaments de la liste en sus	2 975€ (142,2%)	23€ (60,7%)	93€ (-85%)

4.2. CMD 27 : Transplantations d'organes

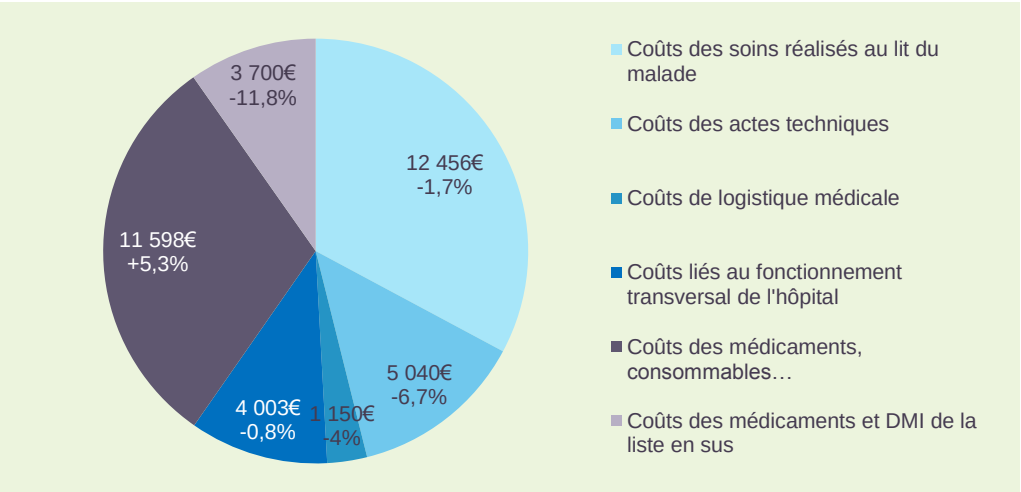
4.2.1. Coût global

Le coût moyen des séjours de la CMD 27 s'élève à 37 947€ en 2012. Ce coût est en baisse de 1,5% par rapport à 2011.

Les dépenses de soins réalisés au lit du malade représentent environ un tiers des dépenses totales. Le second tiers correspond à des dépenses de médicaments, de consommables, de produits sanguins labiles… Enfin, le dernier tiers des dépenses correspond aux coûts des actes techniques, des médicaments de la liste en sus et du fonctionnement transversal de l'établissement.

Toutes ces dépenses sont en baisse par rapport à 2011. Seuls les coûts de médicaments et de consommables enregistrent une hausse (+5,3%), mais elle ne compense pas totalement les diminutions sur les autres postes de charges.

F 61 I Décomposition du coût complet 2012 et évolution par rapport à 2011 pour la CMD 27 « Transplantations »



4.2.2. Analyse des activités majeures

Le GHM 27Z024 « **Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4** » concentre la plus grosse part des dépenses de la CMD. Le coût moyen d'un séjour dans ce GHM s'élève à 93 128€ et est en hausse de 6,5% par rapport à 2011. Cette augmentation se retrouve sur l'essentiel des postes de dépenses à l'exception des médicaments de la liste en sus dont le coût diminue de 9,2%.

Les dépenses de médicaments, consommables, produit sanguin et sous traitance représentent plus d'un tiers des dépenses, les soins prodigués au lit du patient représentent quant à eux environ 30% du coût complet.

Le GHM 27Z03Z « **Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques** » correspond à 2 869 séjours au national en 2012 avec un coût moyen de 20 261€, en baisse de 1%.

L'essentiel des dépenses se situe dans les médicaments et consommables et dans les soins réalisés au lit du patient. Le coût des médicaments et consommables diminue en 2012 (-1,5% pour les médicaments pris en charge dans les tarifs et -23% pour ceux de la liste en sus) tandis que les dépenses de soins au lit du patient augmentent (+5,3%).

Le GHM 27C024 « **Transplantations hépatiques, niveau 4** » affiche un coût de 88 246€ en 2012, pour 491 séjours réalisés au national. Le coût global est en baisse de 9,2%. Cette diminution se retrouve sur la plupart des postes de dépenses.

En particulier, les dépenses de soins réalisés au lit du patient et les dépenses de médicaments et consommables, qui représentent l'essentiel des dépenses, enregistrent une baisse respective de 6,9% et 12,4%.

T 7 Décomposition des coûts 2012 des GHM ayant la plus forte masse coût

	27Z024 "Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4"	27Z03Z "Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques"	27C024 "Transplantations hépatiques, niveau 4"
Masse coût	18,5%	16,4%	12,2%
Nb séjours nationaux 2012	702	2 869	491
Coût complet 2012	93 128 € (6,5%)	20 261 € (-1%)	88 246 € (-9,2%)
Soins réalisés au lit du patient	27 733 € (2,1%)	7 837 € (5,3%)	32 504 € (-6,9%)
Actes techniques	6 777 € (5,6%)	1 492 € (-9,5%)	15 347 € (-11,1%)
Stérilisation, gestion de la pharmacie interne	2 452 € (3,6%)	689 € (-9,3%)	2 218 € (-16,2%)
Fonctionnement transversal de l'établissement	8 222 € (0,5%)	2 959 € (1,6%)	8 539 € (5%)
Consommables	34 523 € (21,1%)	6 213 € (-1,5%)	20 644 € (-12,4%)
Consommables de la liste en sus	13 421 € (-9,2%)	1 071 € (-23,1%)	8 995 € (-15,9%)

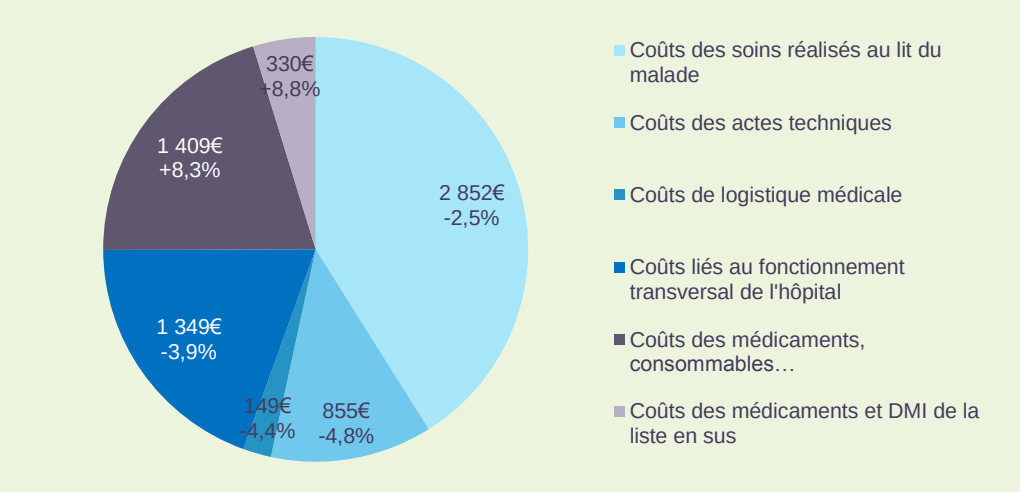
4.3. CMD 25 : Maladies dues au VIH

4.3.1. Coût global

Le coût moyen des séjours de la CMD 25 s'élève à 6 945€ en 2012. Ce coût est en baisse de 0,6% par rapport à 2011. L'essentiel des dépenses porte sur :

- les soins réalisés au lit du malade qui représentent environ 40% des dépenses totales. Le coût de ces soins est en baisse de 2,5% par rapport à 2011 ;
- le coût des médicaments, consommables… qui s'élève à 1 409€ en moyenne sur un séjour et qui affiche une hausse de 8,3% sur un an ;
- le fonctionnement transversal de l'établissement, dont le coût moyen s'élève à 1 349€ (environ 20% des dépenses). Ce type de dépenses est néanmoins en recul par rapport à 2011 (-3,9%).

F 62 I Décomposition du coût complet 2012 et évolution par rapport à 2011 pour la CMD 25 « Maladies dues au VIH »



4.3.2. Analyse des activités majeures

Les GHM concentrant l'essentiel des dépenses de la CMD sont ceux de la racine 25M02, plus particulièrement les niveaux A, B et C dont les coûts s'élèvent respectivement à 4 296€ (-11,3%), 6 495€ (+1,2%) et 13 189€ (-4,5%).

La structure des coûts est quasi-identique sur ces trois GHM. L'essentiel des dépenses porte sur les soins réalisés au lit du malade (environ 40%). Viennent ensuite les coûts de fonctionnement de l'établissement (environ 20%) et les médicaments (environ 20%).

Sur le niveau C, la diminution des coûts s'observe sur l'essentiel des postes de dépenses à l'exception des médicaments, consommables… dont le coût augmente de 2% (+51,5% pour les médicaments de la liste en sus).
Sur le niveau B, la forte hausse du coût des médicaments (+19,6%) explique en grande partie la hausse globale.

Enfin, sur le niveau A, la plupart des postes de dépenses diminue. Seuls les coûts liés au fonctionnement transversal de l'établissement n'affichent pas de baisse (+0,6%).

T 8 Décomposition des coûts 2012 des GHM ayant la plus forte masse coût

	25M02C "Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses"	25M02B "Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse"	25M02A "Autres maladies dues au VIH"
Part de la masse-coût CMD	41%	26%	14%
Nb séjours nationaux 2012	2 076	2 638	2 212
Coût complet 2012	13 189€ (-4,5%)	6 495€ (1,2%)	4 296€ (-11,3%)
Soins réalisés au lit du patient	5 406€ (-8,7%)	2 721€ (-1,4%)	1 886€ (-5,3%)
Actes techniques	1 451€ (-16,1%)	823€ (4,3%)	519€ (-5,7%)
Logistique médicale	288€ (-6,9%)	131€ (-3,5%)	94€ (-8%)
Fonctionnement transversal de l'établissement	2 580€ (-4,2%)	1 401€ (-7,3%)	1 021€ (0,6%)
Médicaments, consommables	2 717€ (2%)	1 233€ (19,6%)	677€ (-16,9%)
Médicaments de la liste en sus	747€ (51,3%)	186€ (-2,9%)	99€ (-73,2%)

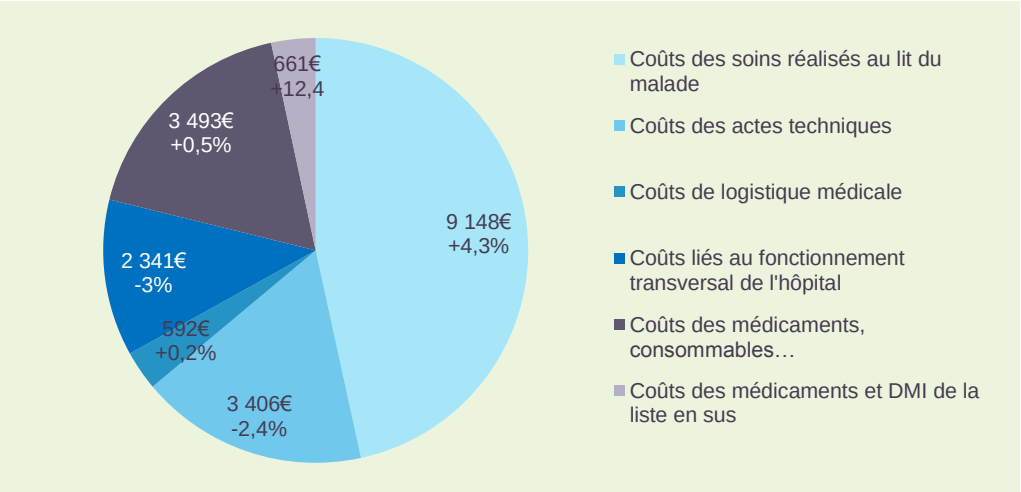
4.4. CMD 26 : Traumatismes multiples graves

4.4.1. Coût global

Le coût moyen des séjours de la CMD 26 s'élève à 19 642€ en 2012. Ce coût est en hausse de 1,6% par rapport à 2011 :

- les dépenses de soins réalisés au lit du malade représentent près de la moitié des dépenses totales. Elles sont en hausse de 4,3% par rapport à 2011 ;
- le coût des actes techniques s'élève à 3 406€ (17% du coût complet). Ce coût diminue de 2,4% par rapport à 2011 ;
- les dépenses de médicaments, consommables, produits sanguins sont similaires (environ 17%), ces dépenses sont en légère hausse (0,5%) ;
- enfin, les charges de fonctionnement transversal s'élèvent en moyenne à 2 341€ sur un séjour, elles sont en baisse de 3% par rapport à 2011.

F 63 I Décomposition du coût complet 2012 et évolution par rapport à 2011 pour la CMD 26 « Traumatismes multiples graves »



4.4.2. Analyse des activités majeures

Le GHM 26C024 « **Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 4** » concentre l'essentiel des dépenses de la CMD. Le coût moyen d'un séjour dans ce GHM s'élève à 50 894€, il est en hausse de 4,5% par rapport à 2011.

Les soins réalisés au lit du patient concentrent la moitié des dépenses avec des coûts en hausse de 9,6% par rapport à 2011. Le coût des médicaments, consommables, DMI, produits sanguins… s'élève à 9 197€, soit 18% du coût complet, en légère augmentation par rapport à 2011.

Sur les niveaux inférieurs, la part des charges de soins réalisés au lit du patient est moindre (43% sur le niveau 3 et 38% sur le niveau 2). A contrario, les dépenses liées aux actes techniques pratiqués représentent une part plus importante du coût complet dans les niveaux de sévérité moins élevés (respectivement 20% et 24% dans les niveaux de sévérité 3 et 2 contre 14% dans le niveau 4).

Pour les autres charges, la structure est similaire quel que soit le niveau de sévérité. En particulier, les dépenses de médicaments, consommables, DMI, produits sanguins… représentent environ 20% du coût complet.

T 9 Décomposition des coûts 2012 des GHM ayant la plus forte masse coût

	26C024 "Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 4"	26C023 "Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 3"	26C022 "Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 2"
Part de la masse-coût CMD	41%	21%	9%
Nb séjours nationaux 2012	1 385	1 404	980
Coût complet 2012	50 894€ (4,3%)	25 918€ (1,9%)	16 035€ (-1,2%)
Soins réalisés au lit du patient	26 093€ (9,6%)	11 271€ (3,8%)	6 029€ (-3,2%)
Actes techniques	7 153€ (-3,6%)	5 068€ (1,8%)	3 771€ (1,9%)
Logistique médicale	1 586€ (4,8%)	817€ (-1,8%)	557€ (-1,6%)
Fonctionnement transversal de l'établissement	5 309€ (-3,3%)	2 885€ (-5,9%)	2 076€ (1,7%)
Médicaments, consommables…	9 197€ (0,6%)	4 892€ (5,3%)	3 039€ (0%)
Médicaments de la liste en sus	1 555€ (8%)	986€ (-7,5%)	564€ (-12,7%)

Annexes

Annexe 1 : Liste des 48 établissements participant à l'ENC en 2012 pour le secteur ex-DG

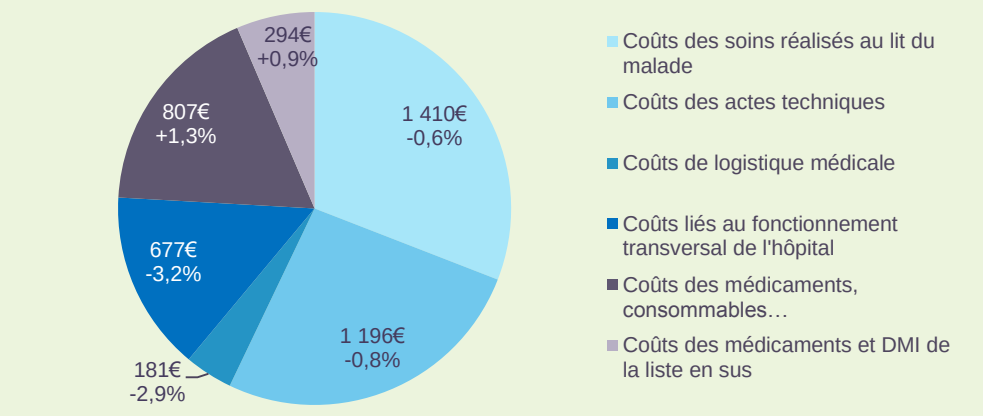
FINESS	Raison sociale	FINESS	Raison sociale
120780085	Centre Hospitalier de Decazeville	600100713	Centre Hospitalier de Beauvais
130785652	Hôpital Saint-Joseph	620003350	Polyclinique Riaumont de Lievin
130786049	Assistance publique - Hôpitaux de Marseille	620003376	Polyclinique d'Henin-Beaumont
170023279	Groupe Hospitalier de la Rochelle - RE - AUNIS	670000025	Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg
210780581	Centre Hospitalier Universitaire de Dijon	670780337	Centre Hospitalier de Haguenau
290020700	Centre Hospitalier intercommunal de Cornouaille	670780543	Centre Hospitalier de Wissembourg
300780038	Centre Hospitalier Universitaire de Nimes	680000973	Hôpital Civil de Colmar
300780053	Centre Hospitalier Bagnols sur Cèze	690781810	Hospices Civils de Lyon
310782347	Institut Claudius Regaud	690805361	Centre Hospitalier ST Joseph - ST Luc
330781196	Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux	750100208	Hôpital Necker AP-HP
340780477	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	750803454	Hôpital Robert Debré AP-HP
340780642	Clinique Beau Soleil	760024042	Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers
350000139	Clinique Mutualiste La Sagesse	790000012	Centre Hospitalier de Niort
370000481	Centre Hospitalier Universitaire de Tours	820004950	Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac
380012658	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	840006597	Centre Hospitalier d'Avignon
380780049	Centre Hospitalier Pierre Oudot	860780980	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers
380780080	Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	870000015	Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
420780033	Centre Hospitalier de Roanne	880780077	Centre Hospitalier de Saint-Dié
430000018	Centre Hospitalier Emile Roux	900000365	Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard
440000289	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	920000684	Centre Chirurgical Marie Lannelongue
540003019	Centre de Lutte Contre le Cancer Alexis Vautrin - Vandoeuvre	920026374	Centre Hospitalier de Neuilly Courbevoie
560002933	Clinique Mutualiste porte de L'orient	940000664	Institut Gustave Roussy
590780193	Centre Hospitalier Universitaire de Lille	950110049	Centre Hospitalier de Gonesse
590785374	Clinique Teissier	970421038	Centre Hospitalier Gabriel Martin

Annexe 2 : Liste des 25 établissements participant à l'ENC en 2012 pour le secteur ex-OQN

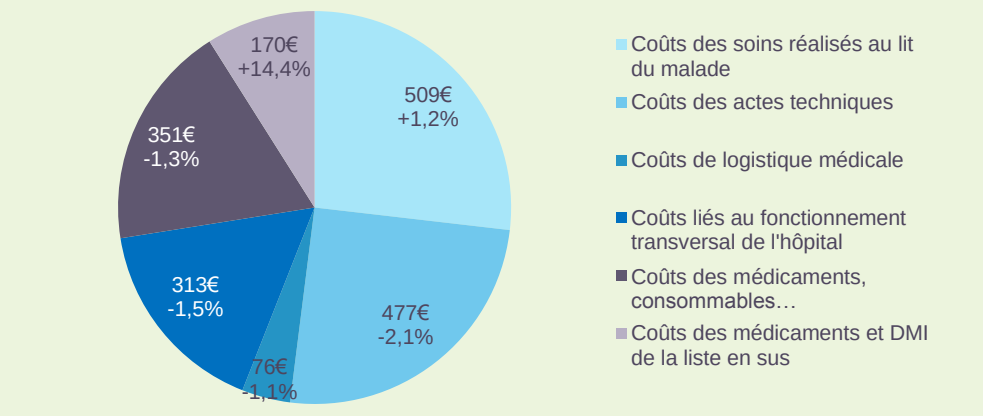
FINESS	Raison sociale
190000224	Centre Medico-Chirurgical les Cèdres
300788502	Polyclinique du Grand-Sud
330780511	Clinique Sainte-Anne
340009885	Polyclinique Champeau
340780675	Clinique Clementville
340780683	Polyclinique Saint-Roch
440000404	Clinique Sainte Marie
440041580	Nouvelles Cliniques Nantaises
450012968	Clinique de Montargis
490007929	Clinique Chirurgicale de La Loire
530031962	Polyclinique du Maine
540013224	Polyclinique Majorelle
600100754	Polyclinique Saint Come
630781839	Clinique Chataigneraie - Beaumont
680000494	Maison du Diaconat
690780390	Clinique Lyon Nord
690793468	Clinique Protestante
750300154	Clinique de Turin
750300493	Clinique Arago
760025312	Clinique Mathilde
800009920	Clinique Victor Pauchet
850000118	Clinique Saint Charles
850000134	Clinique chirurgicale / Porte océane
870000411	Clinique des Emailleurs
870002060	Clinique du Colombier

Annexe 3 : Décomposition des coûts par CAS et évolution par rapport à 2011 – secteur ex-DG

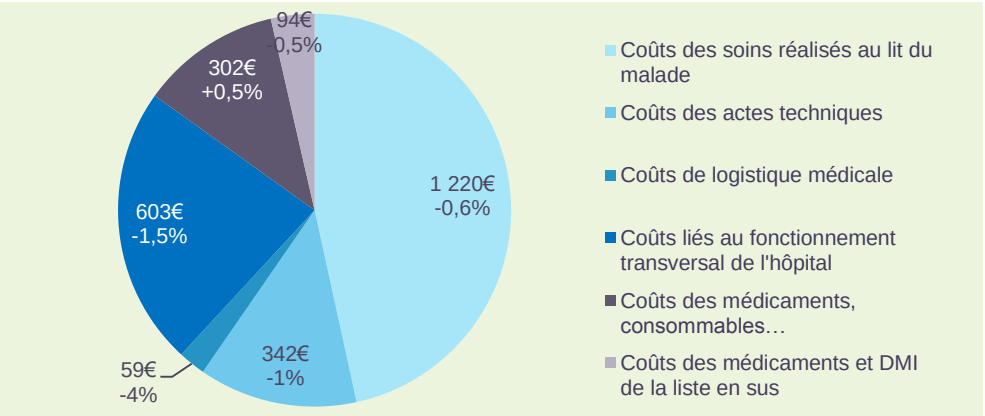
F 64 I Décomposition du coût de chirurgie et évolution par rapport à 2011



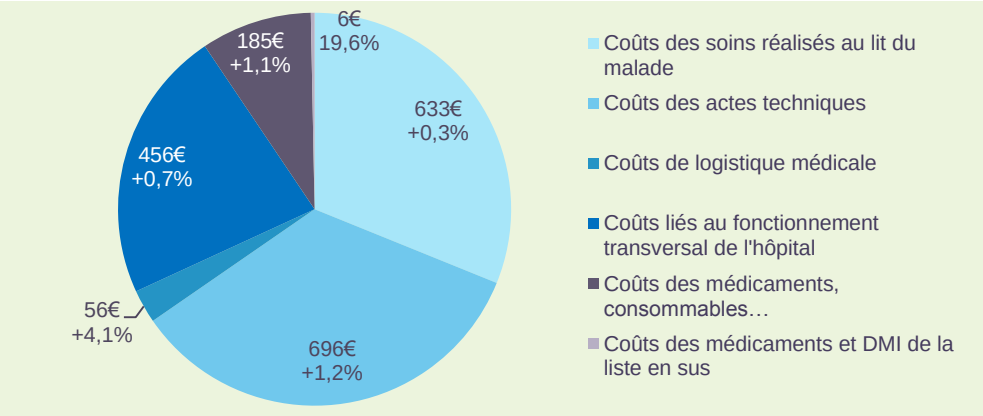
F 65 I Décomposition du coût des techniques interventionnelles et évolution par rapport à 2011



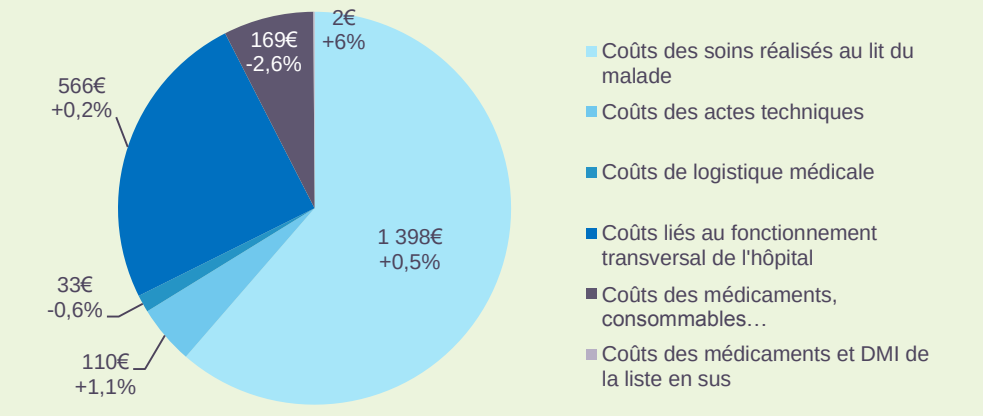
F 66 I Décomposition du coût de médecine et évolution par rapport à 2011



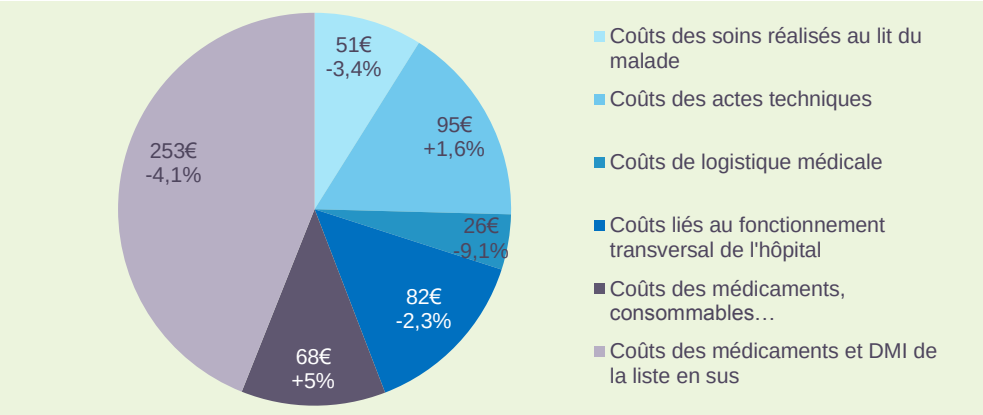
F 67 I Décomposition du coût d'obstétrique et évolution par rapport à 2011



F 68 I Décomposition du coût de néonatologie et évolution par rapport à 2011

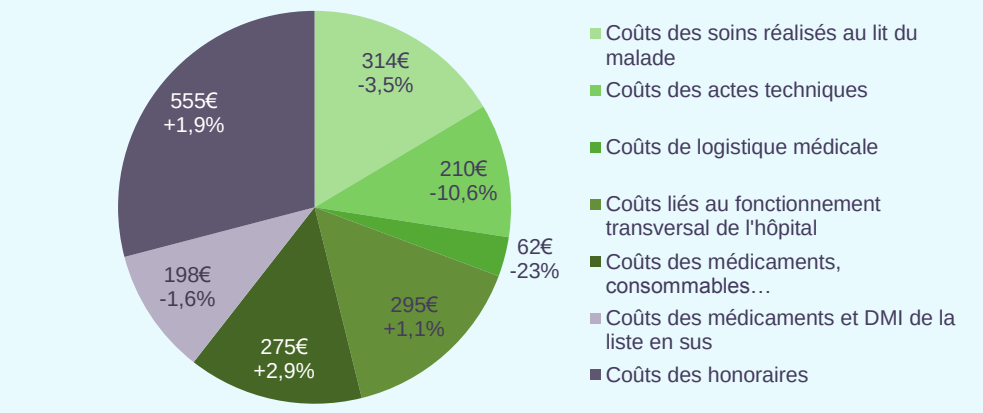


F 69 I Décomposition du coût des séances et évolution par rapport à 2011

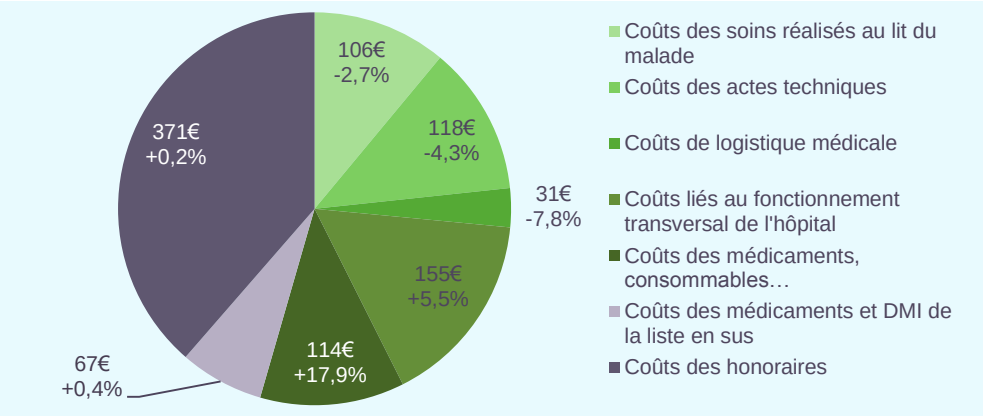


Annexe 4 : Décomposition des coûts par CAS et évolution par rapport à 2011 – secteur ex-OQN

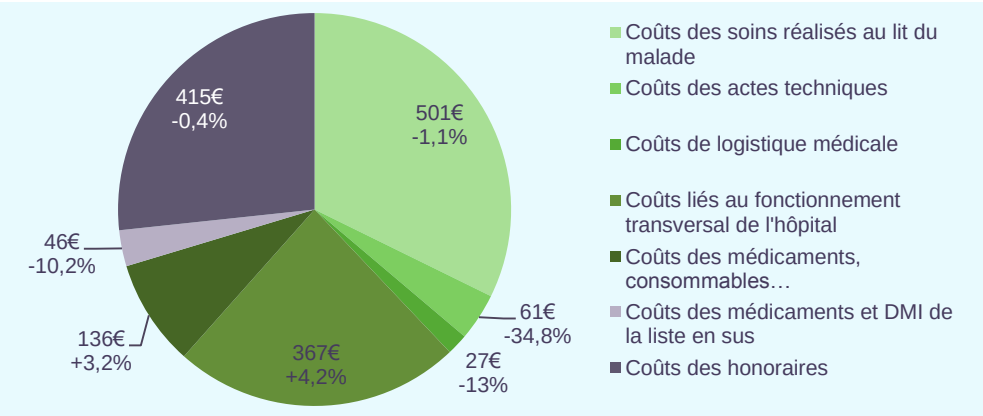
F 70 I Décomposition du coût de chirurgie et évolution par rapport à 2011



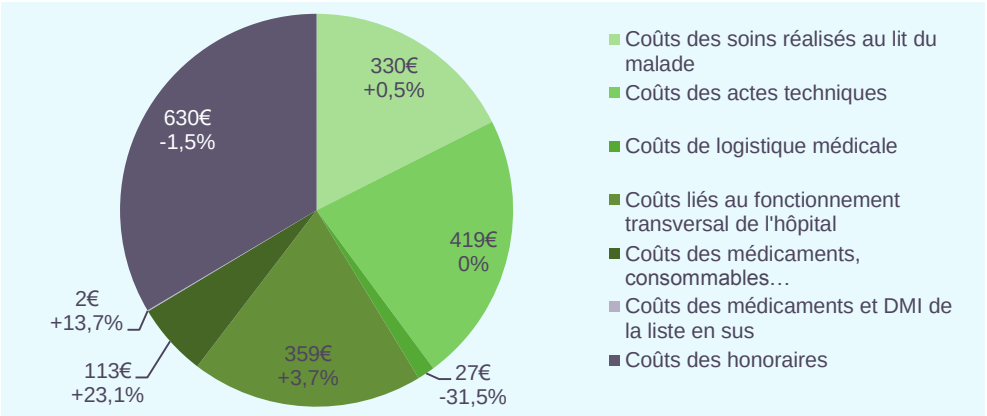
F 71 I Décomposition du coût des techniques interventionnelles et évolution par rapport à 2011



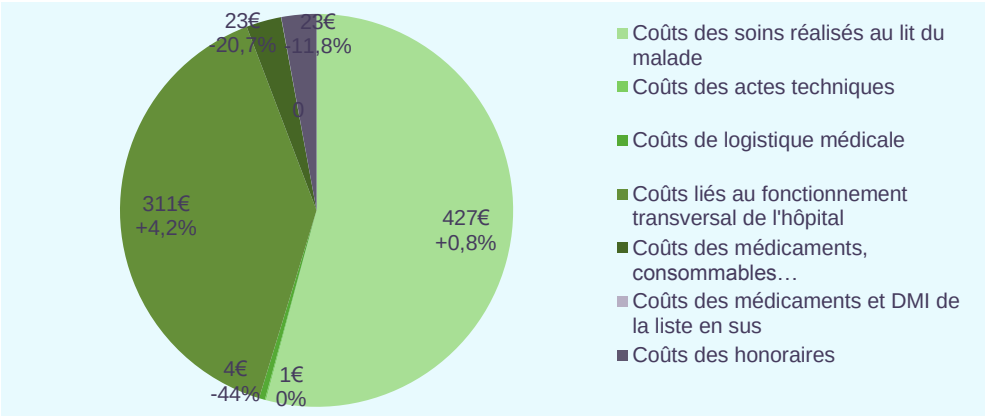
F 72 I Décomposition du coût de médecine et évolution par rapport à 2011



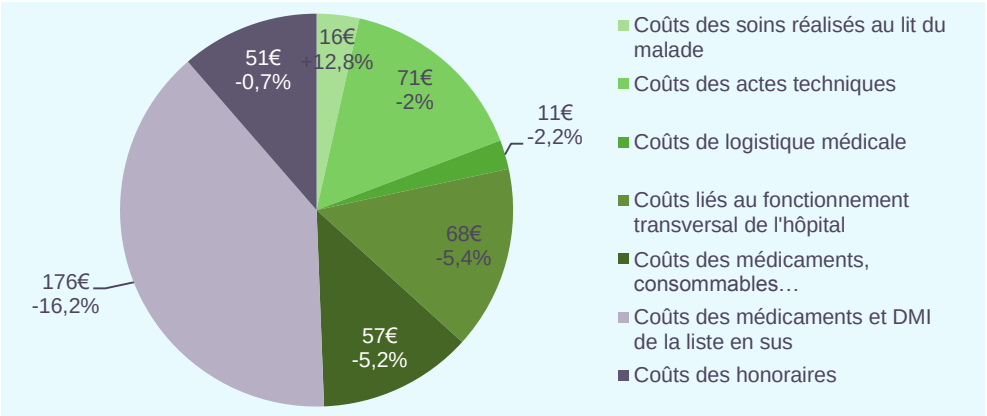
F 73 I Décomposition du coût d'obstétrique et évolution par rapport à 2011



F 74 I Décomposition du coût de néonatalogie et évolution par rapport à 2011

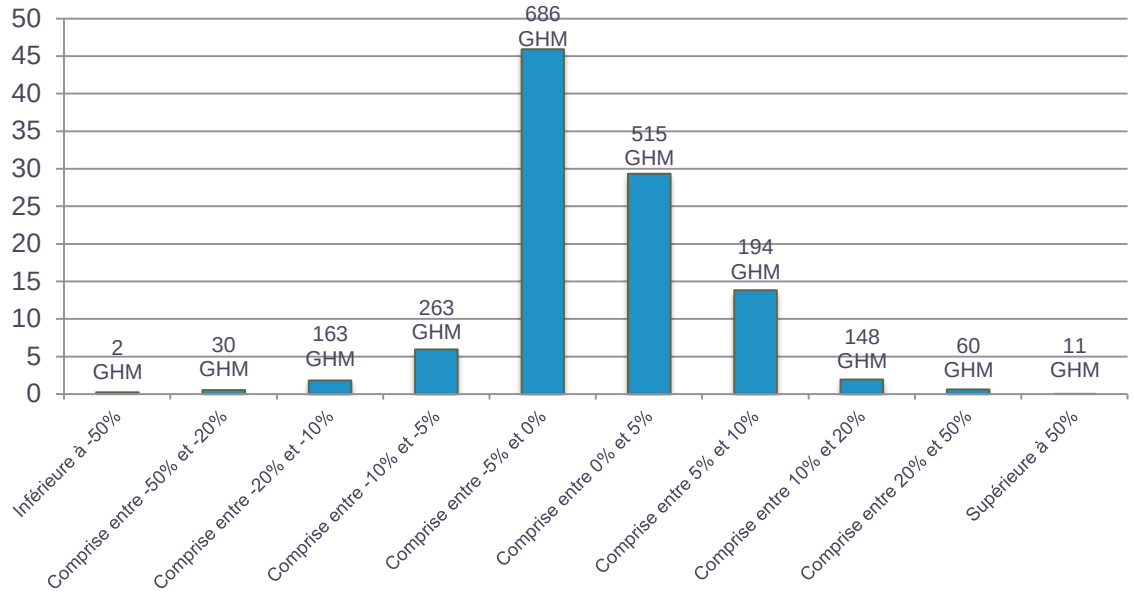


F 75 I Décomposition du coût des séances et évolution par rapport à 2011

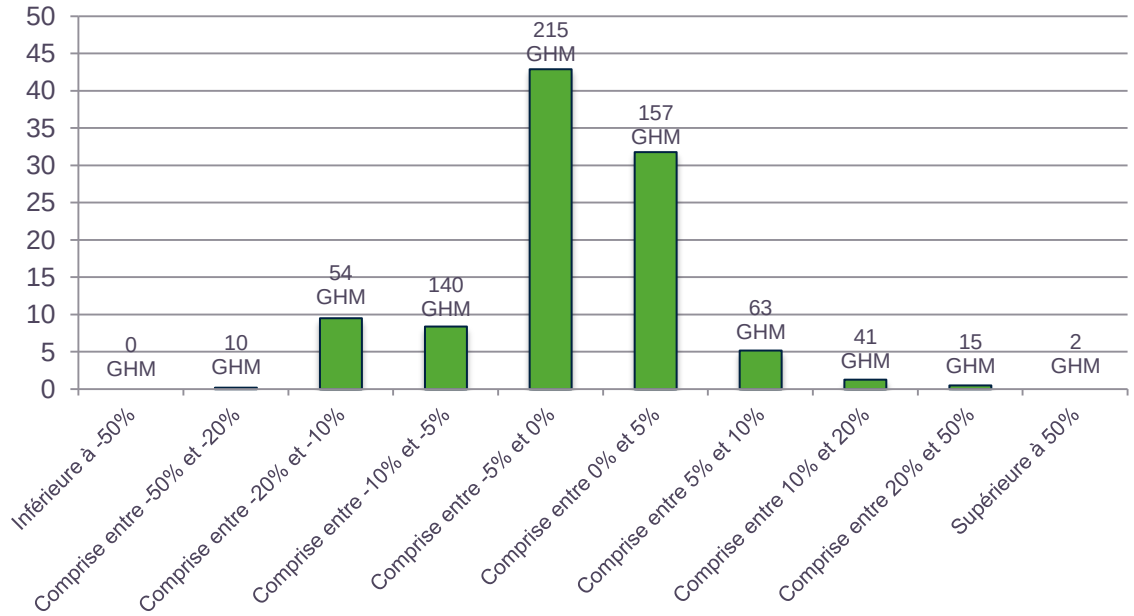


Annexe 5 : Répartition de l'activité nationale 2012 par tranche d'évolution des coûts des GHM

F 76 I **Répartition de l'activité nationale 2012 par tranche d'évolution des coûts – ex-DG:**



F 77 I **Répartition de l'activité nationale 2012 par tranche d'évolution des coûts – ex-OQN:**



Annexe 6 : Les coûts des activités phares de chaque secteur

T 10 Détails des coûts des GHM représentant les plus grosses masses-coûts sur le secteur ex-DG

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'étab,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	3,8%	3,8%	922	129	13	55	100	546	79
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	2,1%	5,9%	1 927	163	20	59	111	1 445	129
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	1,6%	7,5%	356	0	164	12	82	18	79
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	1,5%	9,0%	2 106	625	784	52	465	3	175
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1,4%	10,4%	8 340	4 876	379	133	2 093	79	779
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1,3%	11,7%	2 592	743	996	66	560	7	219
15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	1,3%	13,0%	1 083	599	41	10	386	0	47
14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	1,0%	14,0%	4 009	988	1 730	158	713	8	412
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	0,8%	14,8%	6 334	3 274	709	146	1 535	36	635
05M092	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	0,7%	15,5%	4 230	2 133	520	105	1 076	11	386
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,6%	16,2%	5 567	2 774	646	103	1 463	32	549
23M20Z	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	0,6%	16,8%	2 648	1 217	386	60	659	38	288
04M134	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	0,6%	17,4%	23 113	13 210	2 474	702	2 795	395	3 536
06C044	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	0,6%	18,1%	28 107	12 818	4 972	953	3 632	612	5 119

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	0,6%	18,7%	1 470	232	461	69	295	1	412
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	0,6%	19,2%	12 766	4 981	2 912	465	2 125	129	2 154
04M052	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,5%	19,8%	3 910	1 867	517	75	1 067	15	369
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	0,5%	20,3%	4 318	817	887	152	392	1 264	805
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	0,5%	20,8%	928	192	308	41	209	3	175
15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	0,5%	21,3%	1 811	1 064	78	22	546	0	101
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	0,5%	21,8%	6 967	3 640	793	132	1 771	32	599
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	0,5%	22,3%	2 145	665	566	99	338	18	458
17M06T	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	0,5%	22,8%	1 474	392	65	34	204	620	159
08C481	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	0,4%	23,2%	7 129	1 732	1 462	285	967	1 943	741
08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,4%	23,6%	6 359	2 068	1 709	314	1 086	28	1 155
04M133	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	0,4%	24,0%	9 025	4 855	1 116	235	1 630	87	1 103
05M094	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	0,4%	24,4%	13 457	7 024	1 533	347	2 298	294	1 962
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	0,4%	24,8%	8 275	1 801	1 765	361	1 019	2 411	920
28Z14Z	Transfusions, en séances	0,4%	25,1%	828	158	24	57	115	53	420
01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,3%	25,5%	36 719	18 886	5 216	1 112	4 894	1 164	5 448
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	0,3%	25,8%	4 868	2 446	623	92	1 273	25	410
06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	0,3%	26,1%	1 166	199	443	52	236	5	231

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
04M054	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,3%	26,4%	12 377	6 767	1 274	304	2 109	206	1 717
04M203	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3	0,3%	26,7%	5 775	3 049	633	113	1 439	17	524
01M301	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1	0,3%	27,0%	3 505	1 686	569	71	841	27	312
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	0,3%	27,3%	13 003	7 164	1 322	286	2 809	103	1 318
01M34Z	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	0,3%	27,6%	3 721	1 877	373	52	1 143	16	260
08C321	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,3%	27,9%	3 869	1 040	1 337	214	583	87	607
20Z041	Ethylisme avec dépendance, niveau 1	0,3%	28,2%	3 311	1 709	276	63	1 054	4	205
28Z23Z	Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances	0,3%	28,5%	155	0	97	7	48	0	2
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	0,3%	28,8%	7 074	1 194	662	146	564	4 018	490
23M20T	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	0,3%	29,0%	725	247	173	27	161	14	105
04M132	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 2	0,3%	29,3%	5 641	2 971	772	138	1 114	31	615
05M091	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 1	0,3%	29,6%	3 280	1 665	416	89	838	10	262
08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,3%	29,8%	7 240	2 483	1 774	328	1 294	40	1 322
08C242	Prothèses de genou, niveau 2	0,3%	30,1%	9 007	2 017	1 746	366	1 129	2 656	1 094
17M094	Leucémies aigües, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,3%	30,4%	38 370	12 298	2 992	1 180	4 328	5 641	11 931
17M061	Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 1	0,3%	30,6%	2 749	1 157	149	79	572	395	396
05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2	0,3%	30,9%	17 229	4 136	4 074	599	1 709	762	5 948
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,3%	31,2%	6 582	3 292	716	122	1 648	108	696

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	0,3%	31,4%	5 168	2 719	344	58	1 729	6	313
10M163	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,3%	31,7%	4 623	2 323	489	88	1 281	25	417
05K051	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 1	0,3%	31,9%	5 236	1 464	1 143	170	545	1 070	844
23M091	Chimiothérapie pour affections non tumorales, niveau 1	0,3%	32,2%	2 501	427	61	35	228	1 629	121
14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	0,3%	32,4%	558	244	103	17	150	1	42
11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,2%	32,7%	5 839	2 952	598	100	1 594	36	560
05C191	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 1	0,2%	32,9%	16 124	1 072	701	158	575	1 726	11 892
04M202	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 2	0,2%	33,2%	3 800	1 879	487	75	1 025	8	326
16M112	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,2%	33,4%	3 981	1 640	478	78	917	83	785
08C482	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2	0,2%	33,6%	7 700	1 993	1 497	312	1 069	1 926	903
08C391	Interventions sur l'avant-bras, niveau 1	0,2%	33,9%	2 339	528	967	143	277	16	408
06C041	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	0,2%	34,1%	6 903	2 098	2 222	311	985	35	1 251
13C031	Hystérectomies, niveau 1	0,2%	34,3%	3 904	1 111	1 516	206	523	17	531
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	34,5%	8 644	3 143	1 948	374	1 645	76	1 457
28Z20Z	Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV	0,2%	34,8%	1 115	0	796	24	272	2	21
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües, niveau 1	0,2%	35,0%	2 848	669	1 097	164	354	25	539
04M074	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,2%	35,2%	14 498	7 803	1 397	361	2 475	409	2 053
04M093	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	0,2%	35,4%	6 973	3 222	734	138	1 886	211	782
09C051	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne, niveau 1	0,2%	35,6%	3 467	698	1 683	143	383	14	546

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
28Z24Z	Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	0,2%	35,9%	98	0	59	3	35	0	2
06C042	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 2	0,2%	36,1%	8 517	2 991	2 267	348	1 373	41	1 496
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	0,2%	36,3%	7 239	2 196	1 546	288	1 138	1 271	801
06C091	Appendicectomies non compliquées, niveau 1	0,2%	36,5%	2 551	952	781	100	389	7	322
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0,2%	36,7%	1 310	208	526	87	295	2	193
14Z16Z	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	0,2%	36,9%	1 998	970	168	25	675	1	159
04M033	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	37,1%	4 159	2 081	514	76	1 132	11	345
26C024	Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 4	0,2%	37,3%	50 894	26 093	7 153	1 586	5 309	1 555	9 197
06M031	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,2%	37,5%	1 876	787	375	48	445	9	211
06M042	Hémorragies digestives, niveau 2	0,2%	37,7%	4 450	1 713	680	96	926	176	858
06M032	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,2%	37,9%	3 229	1 463	459	70	845	25	367
18M073	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	38,1%	8 129	3 828	916	184	1 774	246	1 181
16M113	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	38,3%	5 734	2 533	585	112	1 425	84	994
20Z051	Ethylisme aigu, niveau 1	0,2%	38,5%	675	290	165	10	163	0	46
09M053	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	38,7%	4 791	2 443	446	94	1 339	38	431
08C271	Autres interventions sur le rachis, niveau 1	0,2%	38,9%	4 167	1 070	1 281	196	643	237	740
23M06T	Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	0,2%	39,1%	902	226	65	35	138	286	152
15M12A	Nouveau-nés de 1300g et âge gestationnel de 32 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 8), sans problème significatif	0,2%	39,3%	17 506	12 227	646	270	2 815	8	1 540
04C024	Interventions majeures sur le thorax, niveau 4	0,2%	39,4%	39 205	17 362	6 480	1 159	4 725	2 128	7 352

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'étab,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
05K062	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 2	0,2%	39,6%	6 988	1 883	1 324	235	870	1 560	1 116
05K102	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 2	0,2%	39,8%	4 994	2 054	932	187	1 003	38	781
27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4	0,2%	40,0%	93 128	27 733	6 777	2 452	8 222	13 421	34 523
08C371	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,2%	40,2%	2 747	633	1 055	170	354	36	501
10C121	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1	0,2%	40,4%	3 132	726	1 271	154	383	13	583
08C472	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2	0,2%	40,6%	8 086	2 617	1 611	312	1 335	1 299	913
04M051	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,2%	40,7%	2 441	1 107	427	49	622	5	230
15M14B	Nouveau-nés de 800g et âge gestationnel de 28SA et assimilés (groupe nouveau-nés 10), avec problème significatif	0,2%	40,9%	52 383	33 916	2 375	1 289	8 155	55	6 594
05C104	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 4	0,2%	41,1%	31 779	12 898	5 833	1 031	3 943	1 856	6 217
10M13Z	Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques	0,2%	41,3%	747	255	135	20	178	71	88
04M103	Embolies pulmonaires, niveau 3	0,2%	41,4%	6 088	3 013	736	134	1 549	40	617
10M021	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	0,2%	41,6%	2 013	1 025	177	28	613	5	165
06M021	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	0,2%	41,8%	1 731	1 104	171	24	331	2	100
27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	0,2%	41,9%	20 261	7 837	1 492	689	2 959	1 071	6 213
13C071	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, niveau 1	0,2%	42,1%	2 845	711	1 210	144	363	12	405
10M022	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 2	0,2%	42,3%	2 730	1 400	214	41	840	8	227
06M18Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	0,2%	42,4%	2 324	1 155	310	48	592	20	199
01M201	Commotions cérébrales, niveau 1	0,2%	42,6%	816	351	223	13	171	2	57
08C351	Interventions sur le bras, coude et épaule, niveau 1	0,2%	42,7%	3 211	823	1 193	175	417	105	497
14C08C	Césariennes pour grossesse unique, avec complications majeures	0,2%	42,9%	5 924	1 963	1 770	153	1 422	35	581

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	0,2%	43,1%	40 835	14 836	7 489	1 339	4 089	2 214	10 868
05M13T	Douleurs thoraciques, très courte durée	0,2%	43,2%	866	250	348	14	173	1	80
05M081	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 1	0,2%	43,4%	1 965	962	336	52	439	15	160
06M033	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	43,5%	5 195	2 414	627	105	1 392	60	597
11C111	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, niveau 1	0,2%	43,7%	2 354	549	969	115	287	4	432
07M063	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	0,2%	43,8%	6 672	2 914	843	148	1 736	151	880
18M074	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	0,2%	44,0%	14 944	7 086	1 447	368	2 390	1 122	2 530
11M043	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,2%	44,1%	4 015	1 993	438	75	1 103	28	378
08C563	Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 3	0,2%	44,3%	10 801	4 461	1 689	313	2 457	403	1 478
05M082	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 2	0,2%	44,4%	3 124	1 574	438	82	769	18	243
07C131	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aigües, niveau 1	0,1%	44,6%	3 646	1 032	1 291	191	523	6	603
02C051	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1	0,1%	44,7%	1 843	633	495	91	191	2	430
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	0,1%	44,9%	581	270	111	13	144	1	42
01M252	Epilepsie, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,1%	45,0%	3 823	1 796	692	75	912	28	319
01C043	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0,1%	45,2%	14 191	5 798	2 825	459	2 399	555	2 155
02C021	Interventions sur la rétine, niveau 1	0,1%	45,3%	3 112	674	1 303	168	270	10	687
08C473	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 3	0,1%	45,5%	9 200	3 207	1 657	334	1 673	1 290	1 039
05K052	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde, niveau 2	0,1%	45,6%	7 114	2 457	1 327	240	902	1 131	1 056

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
01C041	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,1%	45,8%	6 443	1 832	1 987	280	993	223	1 130
06M043	Hémorragies digestives, niveau 3	0,1%	45,9%	6 464	2 719	871	142	1 435	110	1 187
14M03A	Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale, sans complication significative	0,1%	46,1%	1 046	483	133	17	321	4	87
01C042	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	0,1%	46,2%	8 830	2 885	2 390	338	1 494	299	1 426
17M054	Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 4	0,1%	46,3%	27 865	9 940	1 600	990	3 348	3 483	8 505
07M022	Affections des voies biliaires, niveau 2	0,1%	46,5%	4 077	1 713	702	102	975	109	475
05C052	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2	0,1%	46,6%	12 690	3 893	3 422	523	1 563	304	2 983
08C222	Interventions pour reprise de prothèses articulaires, niveau 2	0,1%	46,8%	10 595	2 625	2 334	432	1 428	2 127	1 649
05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	0,1%	46,9%	23 268	6 477	5 201	838	2 293	1 307	7 152
08C14J	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	0,1%	47,0%	1 240	208	488	64	300	3	177
21M10T	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0,1%	47,2%	673	271	187	10	150	1	54
04C022	Interventions majeures sur le thorax, niveau 2	0,1%	47,3%	10 450	3 217	3 143	360	1 647	72	2 012
14C08B	Césariennes pour grossesse unique, avec autres complications	0,1%	47,4%	5 082	1 488	1 787	155	1 090	30	532
20Z042	Ethylisme avec dépendance, niveau 2	0,1%	47,6%	4 558	2 383	396	82	1 329	5	363
13K02Z	Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie : séjours de la CMD 13 et de moins de 2 jours	0,1%	47,7%	1 619	215	635	87	327	165	191
05C152	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 2	0,1%	47,9%	9 057	2 202	952	216	999	3 986	702
05C192	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 2	0,1%	48,0%	18 501	1 903	923	210	959	2 326	12 180

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ,	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicament, DMI, consommables …
28Z18Z	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	0,1%	48,1%	153	0	95	4	51	0	2
06C081	Appendicectomies compliquées, niveau 1	0,1%	48,3%	3 430	1 371	917	130	579	7	425
11C131	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1	0,1%	48,4%	2 143	715	610	78	361	46	333
01M32Z	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	0,1%	48,5%	1 015	290	147	36	191	204	146
06C121	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,1%	48,7%	1 935	490	696	101	258	12	378
17M123	Lymphomes et autres affections malignes hématopoiètiques, niveau 3	0,1%	48,8%	8 176	3 356	774	229	1 702	909	1 206
05C103	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 3	0,1%	48,9%	14 837	5 042	3 278	510	2 227	1 094	2 686
05C064	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 4	0,1%	49,0%	64 606	20 217	9 588	1 584	5 224	14 633	13 359
14Z13B	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, avec autres complications	0,1%	49,2%	3 041	957	1 007	69	732	8	268
23M061	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1	0,1%	49,3%	2 080	844	154	33	437	286	327
08C564	Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 4	0,1%	49,4%	17 981	7 794	2 689	522	3 788	459	2 730
05M083	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, niveau 3	0,1%	49,6%	4 345	2 193	538	106	1 080	45	384
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	0,1%	49,7%	2 401	935	530	69	521	49	297
11M063	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 3	0,1%	49,8%	6 198	3 104	634	127	1 537	77	719
11M062	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 2	0,1%	49,9%	3 939	1 940	447	80	972	39	460

T 11 Détails des coûts des GHM représentant les plus grosses masses-coûts sur le secteur ex-OQN

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ.	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicaments, DMI, consommables …	Honoraires
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	5,5%	5,5%	294	0	97	6	63	20	50	58
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	5,4%	10,9%	823	56	0	26	81	565	64	31
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	5,0%	15,9%	1 147	66	139	36	173	0	315	418
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	4,2%	20,1%	613	63	89	20	126	0	60	255
06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	2,4%	22,5%	805	69	133	29	147	1	82	345
08C481	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1	2,2%	24,7%	5 990	935	395	112	814	2 195	368	1 171
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	2,1%	26,8%	4 547	448	319	91	328	1 419	553	1 387
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	2,1%	28,9%	7 039	1 039	515	155	836	2 716	500	1 278
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	1,7%	30,6%	2 020	335	431	24	367	0	103	760
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	1,6%	32,2%	770	71	131	42	155	0	91	280
08C242	Prothèses de genou, niveau 2	1,5%	33,7%	7 474	1 141	529	157	900	2 833	549	1 365
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1,5%	35,1%	2 318	385	529	29	420	2	122	831
14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	1,3%	36,4%	3 333	509	1 005	69	535	0	263	953
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	1,2%	37,6%	2 149	342	162	57	260	12	350	968
23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1,1%	38,7%	6 339	2 600	41	74	1 653	97	511	1 363
08C482	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 2	1,0%	39,8%	6 262	1 090	380	119	869	2 116	439	1 248
08C581	Arthroscopies de l'épaule, niveau 1	0,9%	40,7%	2 478	303	403	117	252	300	302	802

GHM	Libellé	Part de la masse coût totale	Part cumulée de la masse coût totale	Coût total 2012	Soins réalisés au lit du patient	Actes techniques	Stérilisation, gestion de la pharmacie interne…	Fonctionnement transversal de l'établ.	Médicaments et DMI de la liste en sus	Médicaments, DMI, consommables …	Honoraires
08C371	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	0,9%	41,6%	1 795	335	271	77	277	21	320	493
15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	0,9%	42,4%	634	330	0	2	285	0	16	1
02C051	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1	0,8%	43,3%	1 227	157	149	40	141	0	306	434
05C151	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1	0,8%	44,1%	6 177	514	220	82	372	3 965	246	777
08C341	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1	0,8%	44,9%	2 618	423	269	78	347	548	245	708
08C271	Autres interventions sur le rachis, niveau 1	0,7%	45,6%	2 311	494	272	84	393	84	254	729
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	0,7%	46,3%	8 914	2 653	615	237	1 597	16	1 407	2 389
08C44J	Autres interventions sur la main, en ambulatoire	0,6%	46,9%	938	77	136	37	185	6	99	398
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	0,6%	47,5%	935	72	154	41	179	0	147	341
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	0,6%	48,1%	4 283	749	399	137	497	1	1 366	1 135
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües, niveau 1	0,6%	48,7%	1 935	338	286	86	288	1	292	644
08C521	Autres interventions majeures sur le rachis, niveau 1	0,5%	49,2%	5 682	731	625	193	589	1 563	570	1 411
08C45J	Méniscectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	0,5%	49,7%	811	72	137	38	161	9	100	294

Les coûts des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique

2012

Depuis 1998, l'étude nationale des coûts (ENC) permet de disposer des coûts de prise en charge en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs. Etendue en 2006 aux cliniques privées, cette étude dresse un panorama complet des coûts dans l'ensemble des établissements de santé. L'enjeu de la connaissance des coûts est en effet important, ces données servent notamment de base pour la construction des tarifs hospitaliers et la classification médico-économique des séjours.
Cette publication complète la diffusion du référentiel de coûts 2012.

Le rapport commence par décrire les objectifs, les modalités de réalisation de l'ENC ainsi que les caractéristiques des établissements participants.
L'analyse des coûts selon la nature de l'activité fait apparaître une grande disparité des coûts selon le type de prise en charge : hospitalisation complète, ambulatoire, séances… et selon la sévérité des cas. L'évolution des coûts par rapport à 2011 est analysée et les facteurs explicatifs de cette évolution développés.
Des focus sont réalisés sur des activités majeures au niveau national ou impactées par des politiques de santé publique, comme les activités de chirurgie ambulatoire, du cancer et de périnatalité. Ainsi, ce document présente un panorama complet des coûts de toutes les activités phares des établissements de santé.

ATIH 117, bd Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
Tél. 04 37 91 33 10
Fax 04 37 91 33 67
www.atih.sante.fr