



**Agence Technique de l'Information
sur l'Hospitalisation**

Service Financement des Etablissements de Santé
Pôle Allocation de Ressources aux Etablissements de Santé

Principaux résultats Etude Adéquation Financement « Charges »

Ce document présente les principaux résultats issus d'une étude réalisée par l'agence en réponse à la problématique de la comparaison des coûts et des tarifs. En effet, a été identifié un besoin de pouvoir comparer les tarifs des GHM (les GHS) aux coûts issus de l'Etude Nationale des coûts ; les origines de ce besoin étant multiples (demande des fédérations, des corps de contrôles (IGAS...) et des pouvoirs publics dans le cadre de la construction tarifaire, etc.)

Cependant, la comparaison directe entre les coûts et les tarifs n'est pas possible dans la mesure où ces deux sources de données 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.

Une méthodologie alternative à la comparaison directe des coûts et des tarifs est donc proposée : elle consiste à mesurer par GHS l'adéquation entre le niveau de recettes actuellement versées et le niveau des recettes, qui seraient perçues dans le cas où la hiérarchie des tarifs serait strictement identique à celle des coûts. Cette méthodologie permet de mesurer les distorsions entre l'échelle de tarifs actuelle et l'échelle de « **Tarifs Issus des Coûts** »¹. Cette comparaison peut s'effectuer par couple GHM/GHS, mais peut se faire aussi sur un niveau de détail plus large (catégories d'activité, GHM soumis à des mesures de santé publique etc.).

Il convient de noter que cette étude ne permet pas d'établir une comparaison directe entre une charge et un financement, autrement dit elle ne permet pas d'évaluer un taux de marge.

¹ TIC : Tarifs Issus des Coûts. Un document méthodologique est disponible explicitant les étapes de calcul conduisant à l'élaboration de ces tarifs

1. Périmètre et objectif de l'étude	4
1.1 Périmètre de l'étude	4
1.2 Objectif de l'étude	4
2. Présentation globale des résultats	5
2.1 Distribution de l'écart entre le tarif et le tarif issu des coûts	5
2.2 Analyse par catégories d'activités de soins.....	7
2.3 Analyse par niveaux de sévérité	9
2.4 Analyse par Catégories majeures de diagnostics (CMD)	11
3. Résultats détaillées en fonction des mesures de campagne	13
3.1 GHS soumis à la convergence ciblée 2010-2011.....	13
3.2 Chirurgie Ambulatoire	14
3.3 Activités spécifiques	16
Conclusion :.....	17

Préambule :

Les propriétés de l'échelle de tarifs issus des coûts (TIC) sont les suivantes :

- ✓ Les coûts sont ajustés à la masse tarifaire, afin de lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les tarifs issus des coûts. Par conséquent, globalement la masse distribuée par les tarifs issus des coûts est égale à celle distribuée par les tarifs. Ces deux masses sont comparables GHM par GHM ;
- ✓ les coûts utilisés pour obtenir cette échelle sont calculés à partir des données de coûts issus de l'ENCC sur plusieurs années (2006/2007/2008/2009 pour le secteur ex DG, 2006/2007/2009 pour le secteur ex OQN) afin d'obtenir une estimation plus robuste du coût réel.

Toutefois, il convient de noter que cette échelle est basée sur des données antérieures aux données tarifaires. Ainsi, les coûts ne traduisent pas les éventuelles mises aux normes ou évolutions de pratiques récentes pouvant impacter la valeur des coûts mesurés par l'ENC. Il convient de garder en mémoire ce décalage temporel dans l'interprétation des résultats.

Pour plus de précisions sur les propriétés de l'échelle de tarifs issus des coûts, il convient de se reporter à la note méthodologique sur le calcul des tarifs issus des coûts.

Au niveau de l'analyse des résultats, il est considéré qu'un GHM est² :

- ✓ En situation de « sur financement » relatif lorsque la valorisation au tarif GHS est supérieure de plus de 5% à celle des tarifs issus des coûts.
- ✓ En situation de « sous financement » relatif lorsque la valorisation au tarif GHS est inférieure de plus de 5% à celle des tarifs issus des coûts.
- ✓ En situation de « financement adéquat » lorsque la valorisation au tarif est comprise entre - 5% et +5% à celle des tarifs issus des coûts.

Note de lecture :

Pour alléger la lecture du document, les termes « sous financement » « sur financement », « financement adéquat » seront utilisés. Il convient de bien noter que ces notions traduisent l'écart entre le tarif et le tarif issu du coût. Aussi, par « sur financement » il convient d'entendre : le tarif est au-dessus de la valeur qui aurait été fixé si l'échelle tarifaire respectait strictement la hiérarchie des coûts. A l'inverse, le terme « sous financement » signifie que le tarif est en dessous de la valeur qui aurait été fixée si l'échelle tarifaire respectait la hiérarchie des coûts.

² 5% est considéré comme la marge d'erreur

1. Périmètre et objectif de l'étude

1.1 Périmètre de l'étude

Cette étude repose sur les données d'activité 2010 groupées selon la version 11c de la classification.

Pour les GHS dont l'effectif de séjours est faible dans l'ENCC³, la robustesse de la mesure n'est pas suffisante. Dans ce cas, le tarif issu des coûts n'a pas été calculé puisqu'il repose sur une donnée peu fiable. Ainsi, seuls les GHS présentant un nombre de séjours supérieur à 30 séjours sont traités dans cette étude.

L'activité de radiothérapie n'est également pas présente dans l'étude, en raison de l'incapacité de grouper les données d'activités 2010 en version 11c de la classification (le changement de codage des actes nécessaire à la nouvelle classification est intervenu en 2011)⁴.

Tableau 1 : Périmètre de l'étude

	secteur ex DG		secteur ex QON	
	GHS dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHS dont l'effectif ENC est suffisant	GHS dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHS dont l'effectif ENC est suffisant
Nombre de GHS	1 871	77.0%	974	44.4%
Nombre de séjours nationaux	14 409 729	90.6%	6 953 318	98.2%
Masse tarifaire (M€)	26 253	97.6%	6 349	96.3%

L'étude porte sur 77% des GHS du secteur ex-DG. Pour le secteur ex-QON, le périmètre est beaucoup plus restreint, l'étude ne portera que sur 44% des GHS. Il convient toutefois de noter que ces GHS sont totalement représentatifs de l'activité puisqu'ils représentent autour de 97% de la masse de chaque secteur et entre 91% et 98% des séjours.

1.2 Objectif de l'étude

Pour chaque couple GHM/GHS sont disponibles :

- les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs 2011
- les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs issus des coûts

La comparaison de ces deux recettes permet d'observer la distorsion entre les GHS et les tarifs issus des coûts.

Ces distorsions s'expliquent par les constructions tarifaires intervenues lors des différentes campagnes. En effet, pour les tarifs issus des coûts, la masse tarifaire est répartie de manière uniforme sur l'ensemble des GHM en fonction de la hiérarchie des coûts, alors que les tarifs GHS sont soumis à des mesures ciblées, dont l'impact s'impute uniquement sur certains GHS.

³ GHS dits « robustes »

⁴ Compte tenu de la non disponibilité des coûts, la fixation des tarifs selon la nouvelle classification a été réalisée à partir d'expertises.

2. Présentation globale des résultats

L'étude indique que l'application stricte des tarifs issus des coûts entraînerait :

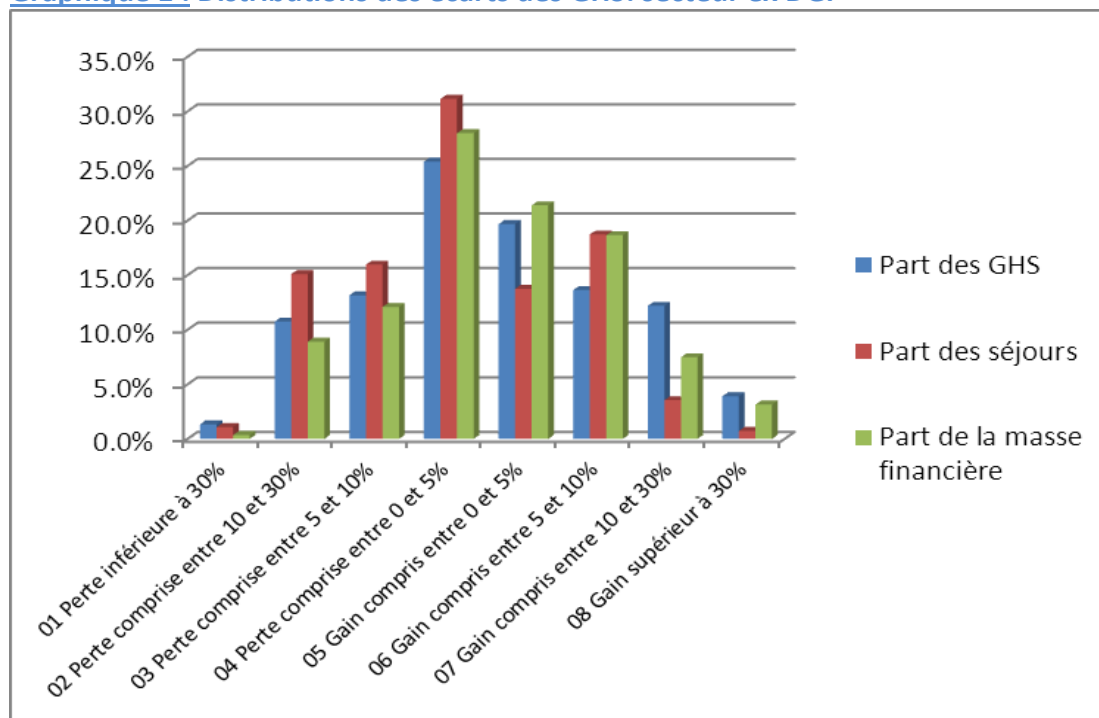
- ✓ Une redistribution de l'ordre de 950 M€ entre les établissements du secteur ex DG (soit 3,6% de la masse tarifaire de ce secteur) ;
- ✓ Une redistribution de l'ordre de 353 M€ entre les établissements du secteur ex OQN (soit 5,6% de la masse tarifaire de ce secteur).

Les écarts sont donc plus marqués pour le secteur ex-OQN que pour le secteur ex-DG.

2.1 Distribution de l'écart entre le tarif et le tarif issu des coûts

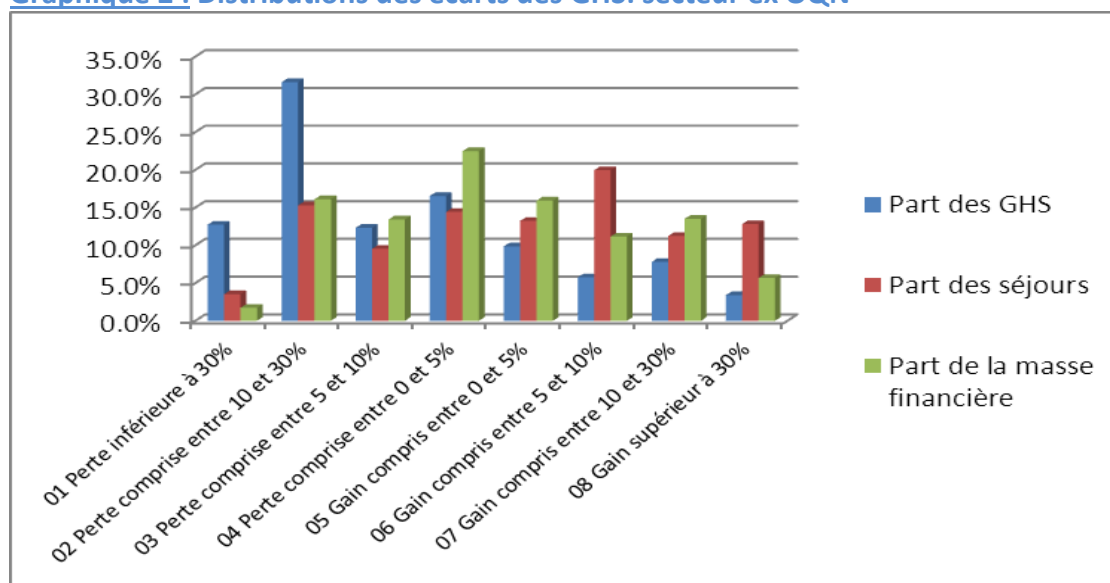
Les graphiques suivants présentent pour chaque secteur la distribution des écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts par GHS.

Graphique 1 : Distributions des écarts des GHS: secteur ex DGF



Sur les 1 871 GHS de l'étude, 45% des GHS (soit 843 GHS) présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financière des tarifs issus des coûts. Ainsi, pour 45% des séjours, soit 49% de la masse tarifaire du secteur, les deux notions tarifaires présentent un écart de moins de 5%.

Graphique 2 : Distributions des écarts des GHS: secteur ex OQN



Sur les 974 GHS de l'étude, 26% des GHS (soit 257 GHS) présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financières des tarifs issus des coûts. Ainsi, pour 28% des séjours, soit 38% de la masse tarifaire, les deux notions tarifaires sont similaires à 5% près.

Les GHS présentant un écart entre les deux notions supérieur à 30%, représentent 12,8% des séjours mais 6% de la masse financière compte tenu de la présence des séances de chimiothérapie pour tumeur (dont le poids est élevé en nombre mais plus faible en masse).

D'une façon similaire, les GHS pour lesquels l'écart est compris entre +5 et +10%, représente 20% des séjours et 11% de la masse financière en raison des séjours d'Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie (en ambulatoire et inférieure à 2 jours) dont le tarif est inférieur à 500€.

D'une manière générale les GHS présentant un sous financement important sont relativement nombreux mais représentent une part plus faible en nombre de séjours et en masse financière.

Sur le secteur ex DGF, la distorsion entre les tarifs 2011 et les tarifs issus des coûts est plus faible que celle constatée sur le secteur ex OQN. Cette différence entre les deux secteurs s'explique par le mode de construction des tarifs au moment de la mise en place de la tarification à l'activité :

- pour le secteur ex DG, les données de coûts ont été la donnée centrale pour le calcul du tarif ;
- pour le secteur ex OQN, en l'absence de données de coûts disponibles, les tarifs ont été élaborés sur la base des tarifs historiques des prix de journée.

S'agissant des GHS avec des écarts importants entre les deux tarifs sur les deux secteurs, les écarts peuvent pour certains s'expliquer par les mesures de campagne. Pour ces GHS, une analyse détaillée est présente dans la suite du document.

2.2 Analyse par catégories d'activités de soins

Ce paragraphe analyse les écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts par catégories d'activité de soins.

Tableau 2 : Résultats par catégories d'activité : secteur ex DGF

Catégorie d'Activité de Soins	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K €) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	595 910	669 371	-1.2%	8 071
Chirurgie avec sévérité légère	1 421 975	5 076 623	-3.1%	162 606
Chirurgie avec sévérité lourde	172 527	2 255 070	5.6%	119 787
CHIRURGIE	2 190 412	8 001 063	-0.6%	50 890
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	422 334	312 365	-8.7%	29 720
Techniques peu invasives avec sévérité légère	478 195	778 960	-1.7%	13 335
Techniques peu invasives avec sévérité lourde	15 858	138 991	4.8%	6 382
TECHNIQUES PEU INVASIVES	916 387	1 230 316	-2.9%	36 674
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	1 974 752	1 158 046	-6.0%	73 653
Sans acte classant avec sévérité légère	3 358 243	6 878 575	-1.7%	120 017
Sans acte classant avec sévérité lourde	807 664	5 029 459	6.6%	311 874
SANS ACTE CLASSANT	6 140 658	13 066 081	0.9%	118 204
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	96 807	43 129	-11.0%	5 349
Obstétrique avec sévérité légère	694 140	1 535 859	0.1%	1 375
Obstétrique avec sévérité lourde	45 978	209 353	6.8%	13 291
OBSIETRIQUE	836 925	1 788 341	0.5%	9 317
Néonatalogie ambulatoire ou de courte durée	2 120	1 207	0.2%	3
Néonatalogie avec sévérité légère	605 585	681 093	-6.2%	44 960
Néonatalogie avec sévérité lourde	38 877	105 106	2.2%	2 276
NEONATALOGIE	646 582	787 406	-5.1%	42 681
SEANCES	3 652 578	1 351 487	-0.1%	1 460
Décès	26 186	28 519	17.2%	4 184

Sur le secteur ex DG, les séjours de chirurgie apparaissent dans l'ensemble correctement financés, le sous financement de 3,1% de la chirurgie avec sévérité légère est compensé par le sur financement de 5,5% de la chirurgie avec sévérité lourde. Le sous financement de la sévérité légère s'explique en partie par des mesures de campagne (convergence ciblée, mise en place du tarif unique). Pour la chirurgie ambulatoire ou de courte durée, le léger sous financement s'explique par la mesure de convergence ciblée mise en place en 2010 et portant sur certains GHM de chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne les séjours sans acte classant, les techniques peu invasives et l'obstétrique, ceux relevant de sévérité lourde apparaissent plutôt bien financés, alors que les séjours de courte durée ou d'ambulatoire apparaissent sous financés.

Pour la néonatalogie, ce sont les séjours avec sévérité légère pour lesquels est observé un sous financement (-6%), en raison de la convergence ciblée de 2010 ayant porté sur le GHM 15Z05A (Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif ; -14%). Enfin les séances sont à l'équilibre.

Tableau 3 : Résultats par catégories d'activité: secteur ex OQN

Catégorie d'Activité de Soins	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K €) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
Chirurgie ambulatoire ou de courte durée	1 407 389	851 758	10.2%	79 090
Chirurgie avec sévérité légère	1 537 142	2 580 680	-4.4%	119 689
Chirurgie avec sévérité lourde	72 023	376 052	0.0%	186
CHIRURGIE	3 016 554	3 808 491	-1.1%	40 785
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	1 147 389	445 359	4.4%	18 614
Techniques peu invasives avec sévérité légère	633 342	497 135	6.5%	30 423
Techniques peu invasives avec sévérité lourde	3 129	11 815	0.8%	94
TECHNIQUES PEU INVASIVES	1 783 859	954 309	5.4%	49 131
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	284 772	83 916	-25.4%	28 593
Sans acte classant avec sévérité légère	511 220	511 697	-16.0%	97 325
Sans acte classant avec sévérité lourde	69 312	209 122	-1.1%	2 398
SANS ACTE CLASSANT	865 303	804 735	-13.8%	128 316
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	21 526	4 502	-21.3%	1 219
Obstétrique avec sévérité légère	265 153	356 749	-6.8%	26 086
Obstétrique avec sévérité lourde	10 275	26 008	-0.5%	135
OBSIETRIQUE	296 954	387 259	-6.6%	27 440
Néonatalogie ambulatoire ou de courte durée				
Néonatalogie avec sévérité légère	229 860	164 860	-0.2%	289
Néonatalogie avec sévérité lourde	6 975	7 055	3.3%	225
NEONATALOGIE	236 834	171 915	0.0%	64
SEANCES	753 813	222 281	47.5%	71 576

Sur le secteur ex OQN, les séjours de chirurgie apparaissent dans l'ensemble correctement financés, le sous financement de 3,1% de la chirurgie avec sévérité légère est compensé par le sur financement de 10% de la chirurgie ambulatoire. Le sous financement de la sévérité légère s'explique par la mise en place du tarif unique qui a pour conséquence directe un surfinancement des prises en charge en ambulatoire et un sous financement du niveau 1.

Le tarif finançant les techniques peu invasives est au-dessus de celui issu des données de coûts (+5,4%) contrairement à celui rémunérant les séjours sans acte classant (-13,8%) et aux tarifs d'obstétrique (-6,6%). Pour l'obstétrique, le sous financement s'explique par la perte observée sur le GHM 14C02A⁵ (Césariennes, sans complication significative ; -27%). L'activité de néonatalogie est quant à elle à l'équilibre. Enfin, il est observé un sur financement très important des séances (pour les séances de chimiothérapie pour tumeur l'écart entre les deux notions tarifaires est de +54%).

⁵ Le tarif de cette activité est fixé en cohérence avec celui des accouchements par voie basse

2.3 Analyse par niveaux de sévérité

Tableau 4 : Résultats par niveaux de sévérité: secteur ex DGF

Niveau	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
1	3 210 207	6 688 976	-3.8%	- 266 316
2	1 166 232	4 995 533	-0.2%	- 7 997
3	742 631	4 677 577	4.4%	196 505
4	183 125	2 119 112	6.4%	127 293
A	986 812	1 600 818	-4.4%	- 74 484
B	223 534	488 701	5.8%	26 787
C	80 767	310 058	5.6%	16 407
D	6 325	25 562	1.0%	260
E	27 408	31 764	17.0%	4 604
J	1 024 765	963 419	-3.5%	- 34 763
T	2 067 157	1 220 699	-6.3%	- 82 027
Z (Hors séances)	1 038 188	1 779 509	5.7%	95 191
Séances	3 652 578	1 351 487	-0.1%	- 1 460

Sur le secteur ex DG, les GHS de niveau 1 présentent un léger sous financement de -3.8%. Une partie de cet écart s'explique par les mesures de convergence ciblée qui ont principalement concerné des séjours de sévérité légère. De même, la mise en place du tarif unique en chirurgie entraîne une baisse du tarif de niveau 1 afin de permettre l'augmentation du niveau J, si bien que le tarif pour les séjours du niveau 1 peut être en dessous du tarif issu de coût.

L'écart négatif sur le niveau A s'explique par la mesure de convergence ciblée qui a concerné les tarifs des Nouveaux-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif et les tarifs des césariennes.

Pour les GHS de niveau de sévérité élevé, les tarifs présentent de manière générale un écart positif par rapport aux tarifs issus des coûts.

En revanche, les tarifs des GHM d'ambulatoire et de courte durée sont en moyenne en dessous des tarifs issus des coûts. Pour les GHM d'ambulatoire, les tarifs en situation de sous financement par rapport aux tarifs issus des coûts sont ceux impactés par la mesure de convergence 2010 d'une part et ceux relatifs aux techniques peu invasives d'autre part.

Tableau 5 : Résultats par niveaux de sévérité: secteur ex OQN

Niveau	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Écart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Écart de masse (en K€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
1	1 756 163	2 272 232	-5.3%	- 126 186
2	396 816	1 044 561	-4.7%	- 51 378
3	109 400	393 229	-4.9%	- 20 090
4	15 753	106 008	5.4%	5 399
A	388 435	418 371	-5.4%	- 23 990
B	80 651	87 298	-2.1%	- 1 833
C	16 974	32 694	0.0%	2
D	275	369	31.0%	87
J	2 533 484	1 278 564	8.3%	98 127
T	327 590	106 972	-22.0%	- 30 235
Z (Hors séances)	573 962	386 411	0.7%	2 621
Séances	753 813	222 281	47.5%	71 576

Sur le secteur ex OQN, les GHS de niveaux 1, 2 et 3 présentent un sous financement par rapport aux tarifs issus des coûts de l'ordre de 5%. Cet écart négatif entre les deux notions tarifaires est principalement constaté pour les séjours sans acte classant de ces niveaux de sévérité. En revanche, le niveau 4 est en moyenne en situation de sur financement (+5.4%).

Les GHM d'ambulatoire (+8.3%) sont très bien financés en raison des mesures incitatives à la chirurgie ambulatoire. A l'inverse, les GHM de courte durée sont en situation de perte (-22%) mais représentent peu de séjours. Enfin le sous financement du niveau A s'explique la perte observé sur le GHM 14C02A.

2.4 Analyse par Catégories majeures de diagnostics (CMD)

Sur le secteur ex DG, les CMD présentant un écart entre les deux notions tarifaires le plus élevé sont :

- ✓ CMD 27 : Transplantations d'organes (+29.6%)
- ✓ CDM 22 : Brûlures (+18.2%).
- ✓ CMD 17 : Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus (+7.3%)

Il convient de noter que ces CMD représentent une faible part de l'activité. De plus, cet écart s'explique par le fait que ce sont des activités dites spécifiques qui ont fait l'objet de mesures consistant à maintenir le niveau de financement depuis la mise en place de la V11.

La seule CMD qui a un sous financement relatif significatif (-12.1%) est la CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin). En effet dans cette CMD, les tarifs de 17 GHS sur les 63 GHS de la CMD ont été impactés par les mesures de convergence ciblée en 2010 ou en 2011. De plus, certains GHM non concernés par une mesure de convergence affiche des écarts négatifs importants comme le GHM 13K02Z (Endoscopies génito-urinaires thérapeutiques et anesthésie) avec une perte de 30% par rapport au tarif issu des coûts, soit un montant de 10M€.

Tableau 6 : Résultats par CMD: secteur ex DGF

CMD	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K €) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
01	Affections du système nerveux	821 521	2 096 687	2.5%	51 725
02	Affections de l'oeil	278 434	424 360	3.3%	13 515
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	370 041	602 616	-2.9%	- 17 784
04	Affections de l'appareil respiratoire	724 505	2 211 263	0.3%	6 549
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 050 745	3 072 898	0.6%	17 543
06	Affections du tube digestif	1 068 759	2 344 918	-3.6%	- 86 378
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	308 196	924 170	-0.7%	- 6 554
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 009 849	3 006 139	-1.0%	- 31 746
09	Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	413 891	873 542	0.6%	5 570
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	381 580	775 705	-2.8%	- 22 523
11	Affections du rein et des voies urinaires	425 278	964 562	0.0%	- 169
12	Affections de l'appareil génital masculin	127 752	257 310	-4.6%	- 12 377
13	Affections de l'appareil génital féminin	262 018	492 261	-12.1%	- 67 597
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	860 183	1 802 865	0.5%	8 885
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	647 299	789 078	-5.1%	- 42 577
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	175 201	425 682	-0.7%	- 2 960
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	283 318	724 594	7.3%	49 099
18	Maladies infectieuses et parasitaires	133 129	352 977	0.3%	1 164
19	Maladies et troubles mentaux	250 019	500 426	2.2%	10 595
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	186 729	250 375	-3.0%	- 7 769
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	189 587	281 287	-0.6%	- 1 802
22	Brûlures	12 139	85 937	18.2%	13 245
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	748 504	1 214 055	4.7%	53 982
25	Maladies dues à une infection par le VIH	10 986	55 313	5.1%	2 679
26	Traumatismes multiples graves	8 292	94 842	3.9%	3 603
27	Transplantations d'organes	9 194	277 863	29.6%	63 541
28	Séances	3 652 578	1 351 487	-0.1%	- 1 460

Sur le secteur ex OQN, les CMD présentant l'écart le plus élevé entre les GHS et les TIC sont les séances (+47.5%) et la CMD 02 (Affections de l'œil ; +13.1%). Pour la CMD 02, cet écart s'explique principalement par le tarif du GHM 02C05J⁶ (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ; +18%).

Les CMD ayant le sous financement moyen le plus élevé sont

- CDM 22 : Brûlures (- 64.8%). Un seul GHM de la CMD est présent dans l'étude avec 169 séjours au niveau national.
- CMD 19 : Maladies et troubles mentaux diffus (-39.7%). Deux GHM de la CMD sont présents dans l'étude avec pour chaque GHM environ 500 séjours au niveau national.

Vu le faible nombre de séjours au niveau national et donc par conséquent le faible nombre de séjours dans l'ENCC, les résultats sur ces GHM sont à prendre avec toute la précaution nécessaire.

En revanche, pour les séjours de la CMD 04 (Affections de l'appareil respiratoire ; -15.2%) la perte semble significative. Les GHM avec les plus lourdes pertes sur cette CMD sont les « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées » de niveau 1 et 2 (- 4M€), et les « Pneumonies et pleurésies banales » de niveau 2 et 3 (-4.4M€). Enfin, comme sur le secteur ex DGF, la CMD 13 présente un sous financement de 7.3%, soit 18M€.

Tableau 7 : Résultats par CMD: secteur ex OQN

CMD	Libellé	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
01	Affections du système nerveux	180 715	144 711	-6.2%	- 9 519
02	Affections de l'œil	605 586	497 703	13.1%	57 648
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	536 772	284 400	6.7%	17 861
04	Affections de l'appareil respiratoire	101 403	138 414	-15.2%	- 24 732
05	Affections de l'appareil circulatoire	537 817	822 436	0.1%	1 092
06	Affections du tube digestif	1 495 121	1 018 965	-3.0%	- 31 763
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	114 289	168 368	-4.4%	- 7 803
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	851 384	1 243 568	-4.4%	- 56 606
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	272 589	195 959	-5.0%	- 10 215
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	69 136	109 629	-9.2%	- 11 164
11	Affections du rein et des voies urinaires	223 415	240 255	-6.3%	- 16 172
12	Affections de l'appareil génital masculin	181 616	189 307	0.4%	676
13	Affections de l'appareil génital féminin	238 361	233 009	-7.3%	- 18 326
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	313 923	391 935	-6.4%	- 26 761
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	236 834	171 915	0.0%	- 64
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	31 737	33 322	-16.6%	- 6 641
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33 791	37 060	-0.8%	- 306
18	Maladies infectieuses et parasitaires	5 925	8 530	-18.5%	- 1 934
19	Maladies et troubles mentaux	976	794	-39.7%	- 523
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	4 481	5 255	2.7%	140
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	23 596	27 763	-2.4%	- 695
22	Brûlures	169	19	-64.8%	- 36
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	139 870	163 392	-1.0%	- 1 634
28	Séances	753 813	222 281	47.5%	71 576

⁶ Ce GHM a fait l'objet d'une baisse de tarif lors de la campagne 2011. Cette mesure s'est reproduite lors de la campagne 2012.

3. Résultats détaillées en fonction des mesures de campagne

Les distorsions entre le tarif actuel et le tarif issu des coûts s'expliquent en partie par les mesures de campagne effectuées lors des constructions tarifaires.

Ainsi, dans la suite de l'analyse, les résultats seront présentés par type de mesure de campagne (convergence ciblée, chirurgie ambulatoire, activités spécifiques, etc.).

3.1 GHS soumis à la convergence ciblée 2010-2011

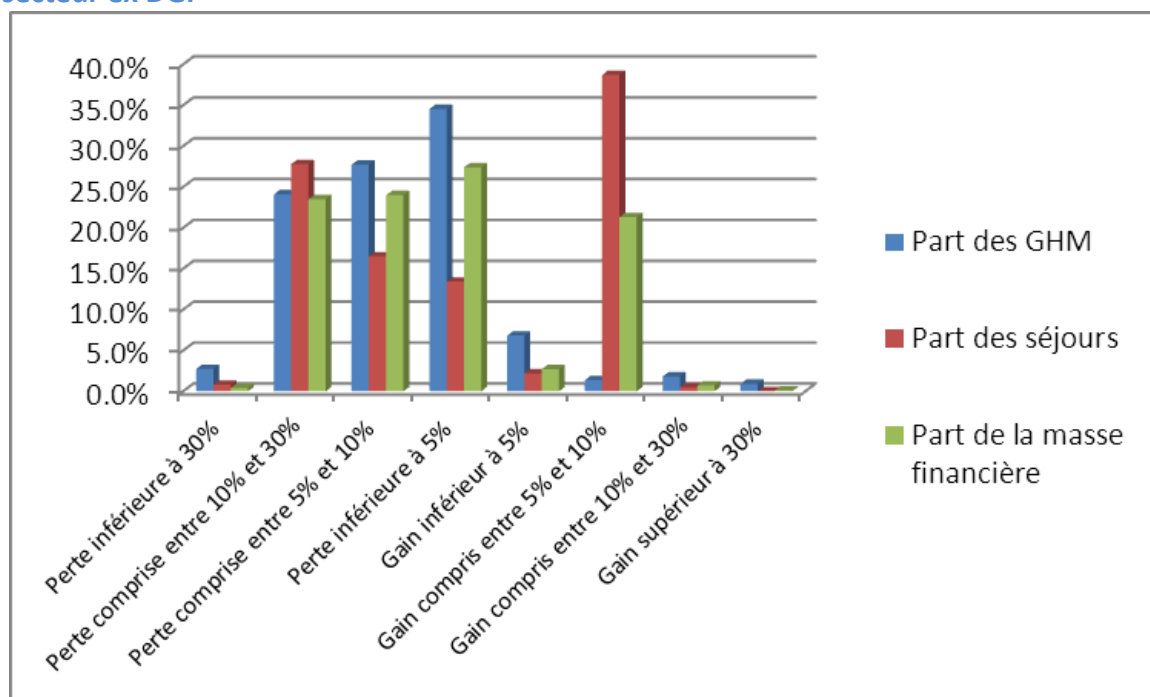
Pour mémoire, seuls les tarifs du secteur ex DGF ont été impactés par les mesures de convergence ciblée en 2010 et en 2011. En 2010, la mesure de convergence a concerné les tarifs de 35 GHS, dont 20 pour un rapprochement total entre les tarifs des deux secteurs. En 2011, les tarifs de 193 GHS ont été concernés par la mesure de convergence, dont 8 qui étaient déjà en convergence partielle en 2010. Au final sur les deux années 220 GHS sont concernés.

Tableau 8 : GHS soumis à la convergence ciblée : secteur ex DGF

Secteur Ex-DGF	Nombre de GHS v11c	Masse financière des tarifs (en milliers d'€)	Ecart entre les tarifs et les tarifs issus des coûts (en milliers d'€)
GHS dont le tarif est inférieur au tarif issu du coût	196	4 864 504	-518 454
GHS dont le tarif est supérieur au tarif issu du coût	24	1 595 175	105 148
Total	220	6 459 678	-413 307

Pour ces GHS, la masse financière des tarifs est très inférieure à la masse financière des tarifs issus des coûts. L'écart est d'environ 413 M€, soit 6% de la masse financière des tarifs, cet écart s'expliquant par les mesures d'économies liées à la convergence ciblée en 2010 et en 2011.

Graphique 3 : Distributions des écarts des GHS concernés par les mesures de campagne: secteur ex DGF



Etant donné l'impact financier de la mesure de convergence sur le secteur, une très grande majorité de GHS présente une perte entre le tarif actuel et le tarif issu des coûts. S'agissant des 3 GHS qui ont un écart compris entre 5% et 10% et qui représentent 39% des séjours, la présence du GHS de chimiothérapie pour tumeur (écart de +5,2%) et des accouchements par voie basse sans complication (écart de +8,7%) explique le poids en nombre de séjours de cette catégorie.

3.2 Chirurgie Ambulatoire

Pour l'activité de chirurgie ambulatoire, deux focus sont proposés.

Le premier focus porte sur les 19 racines en tarif unique entre le niveau 1 et le niveau J (pour mémoire, 9 de ces racines sont soumis à la convergence ciblée). Pour rappel, le tarif unique permet de rémunérer à la même hauteur le niveau 1 d'hospitalisation complète et les séjours pris en charge en ambulatoire (GHM en J) à travers un financement issu de la moyenne pondérée. Cette fixation du tarif à la moyenne a pour conséquence d'inciter financièrement à la prise en charge en ambulatoire en désincitant financièrement les séjours classés dans le niveau 1 de l'hospitalisation complète.

Tableau 9 : GHS de chirurgie en tarif unique : secteur ex DGF

		Nombre de GHS v11c	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart (en milliers d'€)
19 Racines	Niveau 1	19	229 292	-41 748
	Niveau J	19	438 866	-13 243
	Total	38	668 158	-54 991
dont Racines hors GHM convergence	Niveau 1	10	126 316	-13 360
	Niveau J	10	251 691	21 704
	Total	20	378 008	8 345

Sur le secteur ex DG, il convient dans un premier temps de distinguer les racines en tarif unique soumis à la convergence ciblée et celles non soumises à la convergence ciblée. En effet, le sous financement relatif des 19 racines, notamment sur le niveau J, s'explique par la mesure de convergence ciblée sur 9 de ces racines, malgré l'incitatif tarifaire sur l'ambulatoire. En revanche, sur les 10 autres racines le gain sur les GHS en J compense bien la perte sur le niveau 1.

Pour certains GHS de chirurgie ambulatoire, l'écart est très positif :

- ✓ Autres interventions sur la main (écart +11% soit 3M€)
- ✓ Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans (écart +35% soit 2,7M€)
- ✓ Interventions sur la région anale et périanale (écart + 35% soit 1,2M€)
- ✓ Biopsies et excisions locales pour des affections malignes du sein (+27% soit 0,7M€).

Tableau 10 : GHS de chirurgie en tarif unique : secteur ex OQN

		Nombre de GHS v11c	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart (en milliers d'€)	Masse Tarifs issu des coûts
19 Racines	Niveau 1	19	202 007	-19 703	221 710
	Niveau J	19	731 472	91 837	639 635
	Total	38	933 479	72 134	861 345

Sur le secteur ex OQN, tous les GHM en J sont financés au minimum au tarif issu du coût puisque le secteur n'a pas été concerné par la mesure sur la période étudiée (i.e. : précédent 2012). Pour certains GHM, l'écart est très important :

- ✓ Interventions sur la région anale et périanale (écart +43% soit 1,1 M€)
- ✓ Biopsies et excisions locales pour des affections malignes du sein (écart +19% soit 0,2M€)
- ✓ Interventions sur le cristallin (écart +18% soit 53M€).

S'agissant des niveaux 1 correspondant aux GHM ambulatoires en tarif unique, le tarif actuel est globalement inférieur au tarif issu des coûts. Toutefois le gain sur les GHS en J compense cette perte.

Le second focus porte sur les GHM en J (i.e. ambulatoire), non soumis à la convergence et hors tarif unique. Pour rappel lors de la campagne 2011, tous ces GHM ont vu leur tarif ramené à hauteur du tarif issu des coûts lorsque le sous financement est de plus de 5%.

Tableau 11 : Autres GHS de chirurgie ambulatoire

Secteur ex DGF	Nombre de GHS v11c	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart (en %)	Ecart (en milliers d'€)
Niveau J	65	220 367	1.8%	3 999
Secteur ex OQN	Nombre de GHS v11c	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart	Ecart (en milliers d'€)
Niveau J	53	192 710	-3.6%	7 131

Cette liste comprend 65 GHM **sur le secteur ex DG**. Globalement la masse tarif est au-dessus de la masse tarifs issus des coûts et seulement 10 GHS ont un sous financement de plus de 5% :

- ✓ 2 GHS qui n'ont pas fait l'objet de la modulation en 2011 car le sous financement éventuel ne dépassait pas les 5% (critère de la modulation)
- ✓ 4 GHS qui ont fait l'objet de la modulation en 2011, avec un écart entre le tarif et le tarif issu du coût s'étant largement réduit, mais celui-ci reste légèrement négatif de plus de 5% (effet seuil).
- ✓ 2 GHS avec un sous financement relatif assez important.

S'agissant des deux derniers, le premier n'était pas dans la précédente étude, donc par conséquent la mesure de campagne ne pouvait lui être appliquée. En ce qui concerne le deuxième GHS, il a fait l'objet de la modulation tarifaire en 2011, mais son coût a augmenté de manière importante.

Cette liste comprend 53 GHM **sur le secteur ex OQN**. Bien que globalement la masse tarif soit en dessous de la masse tarifs issus des coûts, 21 GHM ont un sous financement de plus de 5% :

- ✓ 11 GHS qui n'ont pas fait l'objet de la modulation en 2011 car le sous financement éventuel ne dépassait pas les 5% (critère de la modulation)
- ✓ 8 GHS qui ont fait l'objet de la modulation en 2011, avec un écart entre le tarif et le tarif issu du coût s'étant largement réduit, mais celui-ci reste légèrement négatif de plus de 5% (effet seuil).
- ✓ 2 GHS ont fait l'objet d'une modulation mais le coût a de nouveau augmenté.

3.3 Activités spécifiques

Les activités spécifiques sont les activités de cancer, d'activités lourdes, de soins palliatifs, d'AVC⁷ et de périnatalogie. Les mesures de campagne sur ces activités ont pour objectif de préserver un certain niveau de recettes des établissements sur ces activités. Toutefois pour l'activité de périnatalogie, La mesure consiste à fixer un ratio entre les tarifs d'accouchement par voie basse et les césariennes. Ces mécanismes expliquent les distorsions observées entre le tarif de 2011 et le tarif issu des coûts.

Tableau 12 : Activités spécifiques : secteur ex DGF

Activités spécifiques	Effectif national 2010	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart (en %)	Ecart (en milliers d'€)
AVC	106 038	483 338	3.2%	15 179
CANCER	1 742 324	1 802 277	4.7%	81 181
<i>dont séances</i>	1 440 469	529 159	5.1%	25 795
<i>hors séances</i>	301 855	1 273 117	4.5%	55 386
Soins Palliatifs	68 171	542 916	21.4%	95 689
Activité lourde	256 147	2 337 549	10.5%	222 083
Périnatalogie	607 185	1 532 729	0.3%	4 693

Les activités spécifiques sont globalement très bien financées par les tarifs actuels par rapport aux tarifs issus des coûts sur le secteur ex DG, notamment s'agissant des soins palliatifs et des activités lourdes. Pour le cancer, la mesure de la campagne 2011 consistant à réduire le sur financement des séances au profit de l'hospitalisation complète est bien constatée. Les GHS de périnatalogie sont correctement financé, excepté les césariennes sans complication (-26%) en raison d'une part de la convergence ciblée⁸ et d'autre part de l'équilibre tarifaire fixé par rapport au tarif de l'accouchement par voie basse. Pour les mêmes raisons l'accouchement par voie basse sans complication est en situation de sur financement de 8,7%.

Tableau 14 : Activités spécifiques : secteur ex OQN

Activités spécifiques	Effectif national 2010	Masse tarifaire (en milliers d'€)	Ecart (en %)	Ecart (en milliers d'€)
AVC	3 212	4 941	-16.1%	-948
CANCER	825 770	462 212	19.3%	74 925
<i>dont séances</i>	711 611	210 288	53.6%	73 361
<i>hors séances</i>	114 159	251 924	0.6%	1 564
Soins Palliatifs	19 504	97 833	14.3%	12 217
Activité lourde	61 141	331 863	5.8%	18 071
Périnatalogie	234 992	350 325	-6.4%	-24 117

Les activités spécifiques sont globalement aussi bien financées sur le secteur ex OQN par rapport à un financement aux tarifs issus des coûts, excepté les activités des AVC et périnatalogie. Pour le cancer, la mesure de la campagne 2011 consistant à réduire le sur financement des séances au profit de l'hospitalisation complète est bien constatée. Pour les soins palliatifs, qui étaient en sous financement avec les tarifs 2010, la mesure a consisté à revaloriser les tarifs au tarif issu des coûts. Or l'écart est bien au-delà puisqu' en même temps s'est opérée une baisse des coûts constatés. Les GHS de périnatalogie sont dans l'ensemble en situation de sous financement relatif, en raison principalement des césariennes sans complication (-26.6%). En revanche l'accouchement par voie basse sans complication a un sur financement relatif de l'ordre de 2%.

⁷ La mesure de campagne ne concerne que le secteur ex DGF

⁸ GHS qui a convergé à 100% en 2010

Conclusion :

Cette étude mesure les distorsions entre deux échelles de tarifs : les tarifs actuels d'une part et ceux obtenus par la stricte application de la hiérarchie issue des coûts.

Elle ne permet pas d'établir une comparaison directe entre une charge et un financement, autrement dit elle ne permet pas d'évaluer un taux de marge.

Globalement, *Sur le secteur ex DGF, la distorsion entre les tarifs 2011 et les tarifs issus des coûts est plus faible que celle constatée sur le secteur ex OQN. Cette différence entre les deux secteurs s'explique par le mode de construction des tarifs au moment de la mise en place de la tarification à l'activité :*

- *pour le secteur ex DG, les données de coûts ont été la donnée centrale pour le calcul du tarif ;*
- *pour le secteur ex OQN, en l'absence de données de coûts disponibles, les tarifs ont été élaborés sur la base des tarifs historiques des prix de journée.*

L'analyse des activités spécifiques montrent l'effet des constructions tarifaires, ces effets pouvant provenir d'une politique d'incitation tarifaire ou de gestion des effets revenus.

Annexe : Analyse des GHM non concernés par des mesures spécifiques de campagne

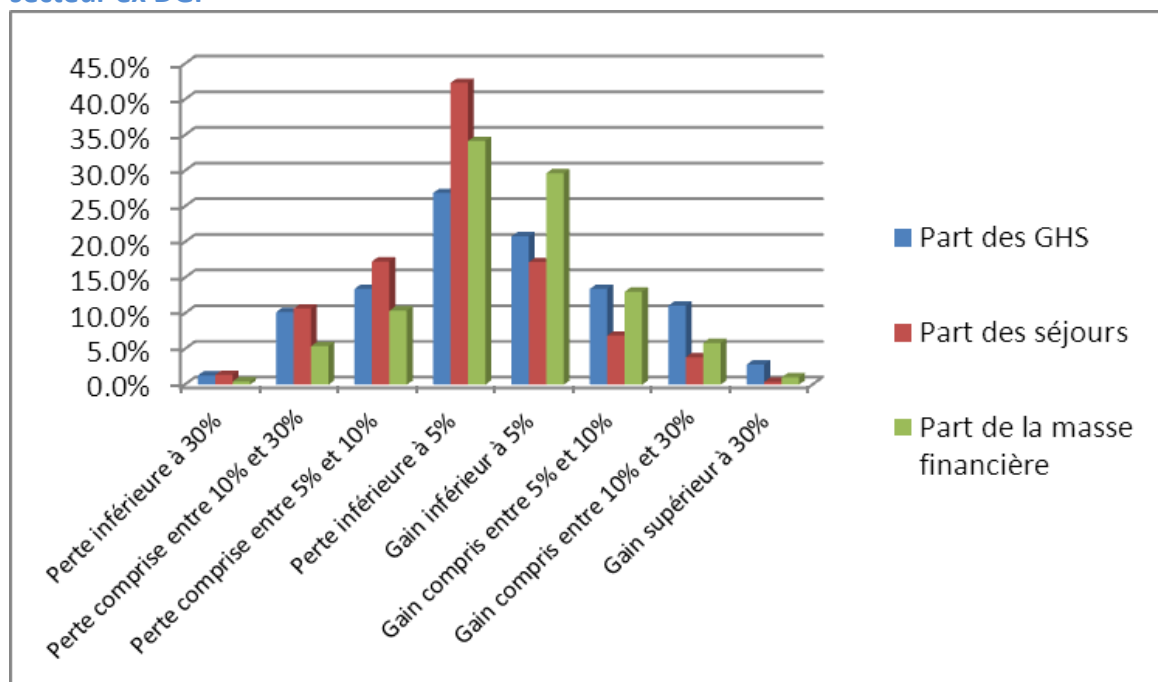
Sont exclus de ce paragraphe les tarifs des GHM impactés par les mesures de campagne à savoir :

- ✓ GHM soumis à la convergence ciblée (uniquement secteur ex DGF)
- ✓ GHM activités spécifiques (activités lourdes, soins palliatifs, cancer, etc.)
- ✓ GHM de chirurgie en tarif unique (niveau 1 et niveau J)
- ✓ GHM de chirurgie ambulatoire
- ✓ GHM de périnatalogie (uniquement les GHM qui ont fait l'objet de mesures de campagne en 2009 et 2010⁹)

a. Analyse par tranches d'écart entre les tarifs et les tarifs issus des coûts

Les graphiques suivants vont permettre d'analyser pour chaque secteur la distribution des écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts par GHS.

Graphique 4 :: Distributions des écarts des GHS non ciblés par des mesures de campagne: secteur ex DGF



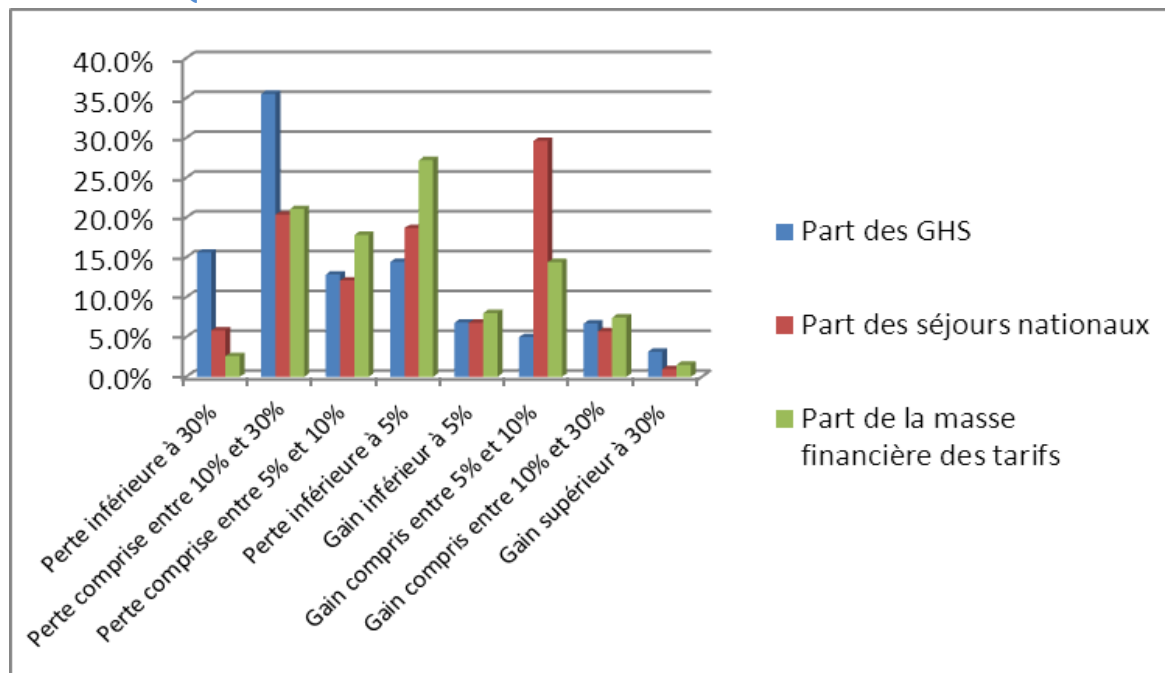
Sur les 1 235 GHS non concernés par les mesures de campagne, 48% des GHS (soit 589 GHS) présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financière des tarifs issus des coûts. Ces GHS représentent 60% des séjours et 64% de la masse tarifaire.

⁹ Construction des tarifs repères lors des campagnes 2009 et 2010.

S'agissant des tarifs dont l'écart est compris entre -30% et -5%, il convient de noter la présence du GHM de chimiothérapie pour affection non tumorale (-7.6%) et du GHM 23M06T « Autres facteurs influant sur l'état de santé » (-17.5%).

Pour les tarifs dont l'écart avec le tarif issu du coût est supérieur à 30%, il faut noter que ces derniers concentrent peu de séjours (moins de 5 000 séjours par an) en dehors de deux GHS (Explorations et surveillance pour affections de l'œil, Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 11).

Graphique 45: Distributions des écarts des GHS non ciblés par des mesures de campagne: secteur ex OQN



Sur les 763 GHS non concernés par les mesures de campagne, 162 GHS présentent un écart inférieur de 5% en valeur absolue entre la masse financière des tarifs et la masse financières des tarifs issus des coûts, soit 25% des séjours et 35% de la masse tarifaire.

Parmi les tarifs présentant un écart inférieur au tarif issu du coût à 5%, les GHS représentant le plus de séjours sont les suivants :

- ✓ GHM 11C051 « Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1 » (-9,4%)
- ✓ GHM 08C371 « Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 » (-7%)
- ✓ GHM 08C401 « Arthroscopies d'autres localisations, niveau 1 » (-10%)

A noter également la présence des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale (-11,4%), ce qui explique que la tranche des écarts compris entre -30% et -10% représentent 20% des séjours et de la masse financière.

Pour les tarifs des GHM qui sont supérieurs à plus de 30% du tarif issu des coûts, seulement deux GHS représentent plus de 6 000 séjours, à savoir les « séjours comprenant une endoscopie oto-rhino-laryngologique, en ambulatoire » (+34.3%) et les « séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03, en ambulatoire » (+35.6%).

Comme souligné dans l'analyse portant sur tous les GHM, la distorsion entre les deux échelles est moindre sur le secteur ex DG que sur le secteur ex OQN ce qui s'explique par les méthodes de construction des tarifs au moment de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

b. Analyse par catégorie d'activités

Tableau 15 : Résultats par catégorie d'activités sur les GHS non ciblés par des mesures de campagne : secteur ex DGF

Catégorie d'Activité de Soins	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
Chirurgie de courte durée	40 080	48 231	-16.6%	- 9 613
Chirurgie avec sévérité légère	281 482	1 094 569	0.1%	1 424
Chirurgie avec sévérité lourde	77 372	883 143	5.1%	42 976
CHIRURGIE	398 934	2 025 944	1.7%	34 788
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	272 814	190 844	-4.0%	- 7 903
Techniques peu invasives avec sévérité légère	340 080	591 699	-0.6%	- 3 348
Techniques peu invasives avec sévérité lourde	13 185	113 703	3.7%	4 052
TECHNIQUES PEU INVASIVES	626 079	896 246	-0.8%	- 7 199
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	1 600 231	928 986	-5.7%	- 55 631
Sans acte classant avec sévérité légère	2 757 122	5 463 601	-1.8%	- 97 573
Sans acte classant avec sévérité lourde	638 470	3 488 460	3.1%	105 553
SANS ACTE CLASSANT	4 995 823	9 881 047	-0.5%	- 47 651
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	91 336	37 139	-11.9%	- 5 011
Obstétrique avec sévérité légère	138 405	218 473	4.6%	9 635
Obstétrique avec sévérité lourde				
OBSTETRIQUE	229 741	255 611	1.8%	4 624
Néonatalogie ambulatoire ou de courte durée	2 120	1 207	0.2%	3
Néonatalogie avec sévérité légère	159 469	263 866	6.2%	15 333
Néonatalogie avec sévérité lourde	38 877	105 106	2.2%	2 276
NEONATALOGIE	200 466	370 179	5.0%	17 612
SEANCES	2 066 024	731 428	-2.4%	- 17 676
Décès	25 794	22 205	14.9%	2 876
TOTAL	8 542 861	14 182 659	-0.1%	- 12 626

Sur le secteur ex DG, les séjours de chirurgie apparaissent correctement financés, à l'exception des séjours de courte durée (GHM en T ; un focus spécifique est réalisé sur la chirurgie ambulatoire). Les séjours avec sévérité lourde apparaissent plutôt bien financés quel que soit l'activité. Le constat inverse peut être fait sur les séjours de courtes durées ou d'ambulatoires (hors chirurgie). Les séances sont en sous financement relatif de 2,4%, en raison de la chimiothérapie pour affection non tumorale (-7.6%). Les séances de chimiothérapie pour affection tumorale ne sont pas présentes dans les résultats ci-dessus, car faisant l'objet de mesures de campagnes, un focus spécifique est réalisé dans la suite du document.

Tableau 16 : Résultats par catégorie d'activités sur les GHS non ciblés par des mesures de campagne : secteur ex OQN

Catégorie d'Activité de Soins	Effectif national 2010	Valorisation des tarifs en K€	Ecart de masse (en %) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts	Ecart de masse (en K€) entre les tarifs et les tarifs issus des coûts
Chirurgie de courte durée	41 875	17 610	-14.4%	- 2 954
Chirurgie avec sévérité légère	1 164 677	1 965 925	-5.4%	- 112 066
Chirurgie avec sévérité lourde	58 982	275 350	-3.3%	- 9 323
CHIRURGIE	1 265 533	2 258 885	-5.2%	- 124 343
Techniques peu invasives ambulatoire ou de courte durée	944 775	355 326	4.7%	15 951
Techniques peu invasives avec sévérité légère	614 815	488 616	7.2%	32 825
Techniques peu invasives avec sévérité lourde	3 129	11 815	0.8%	94
TECHNIQUES PEU INVASIVES	1 562 720	855 756	6.1%	48 869
Sans acte classant ambulatoire ou de courte durée	272 806	79 742	-26.0%	- 27 975
Sans acte classant avec sévérité légère	480 070	461 947	-17.4%	- 97 421
Sans acte classant avec sévérité lourde	46 958	100 473	-13.0%	- 15 007
SANS ACTE CLASSANT	799 835	642 162	-17.9%	- 140 403
Obstétrique ambulatoire ou de courte durée	19 956	3 498	-24.3%	- 1 124
Obstétrique avec sévérité légère	42 006	33 435	-6.2%	- 2 200
Obstétrique avec sévérité lourde				
OBSTETRIQUE	61 962	36 933	-8.3%	- 3 324
Néonatalogie ambulatoire ou de courte durée				
Néonatalogie avec sévérité légère	229 860	164 860	-0.2%	- 289
Néonatalogie avec sévérité lourde	6 975	7 055	3.3%	225
NEONATALOGIE	236 834	171 915	-0.04%	- 64
SEANCES	42 202	11 993	-13.0%	- 1 785
TOTAL	3 969 086	3 977 644 224	-5.3%	- 221 049 024

Sur le secteur ex OQN, les séjours de chirurgie apparaissent relativement sous financés, particulièrement la chirurgie de courte durée (GHM en T ; un focus spécifique est réalisé sur la chirurgie ambulatoire) mais également les séjours de niveaux de sévérité légère (s'explique par la mise en place du tarif unique). En moyenne, le financement des techniques peu invasives semble élevé. Les activités sans acte classant apparaissent largement pénalisées par les tarifs actuels. L'activité d'obstétrique quant à elle apparaît plutôt sous-financée, notamment en ce qui concerne les séjours de courte durée. Les séances de chimiothérapie pour affection non tumorale (-11,4%) et les séances de transfusion (-13.9%) apparaissent fortement sous financées.