

# INFO en SANTÉ

lettre n° 17  
Janvier 2010

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAL  
GÉRARD VINCENT,  
BERNARD GARRIGUES

## ARTICLE ORIGINAL

La notion de sévérité introduite en version 11 des GHM concerne-t-elle de la même façon tous les établissements ?  
STÉPHANE FINKEL

P. 1

## ARTICLE ORIGINAL

La campagne budgétaire 2009 et la V11

BERNARD GARRIGUES - YVES GAUBERT

P. 3

## ARTICLE ORIGINAL

Étude nationale de coûts à méthodologie commune :

apports et limites

JEAN-CLAUDE MOISDON

P. 1

## ARTICLE ORIGINAL

V11 des Groupes homogènes de malades : une troisième étape d'adaptation à la T2A

MARION MENDELSON

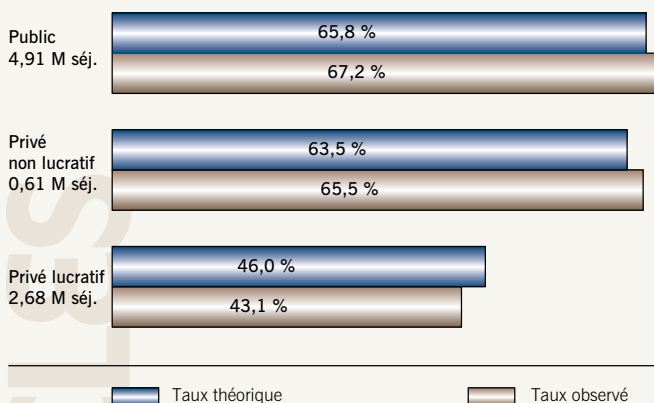
P. 8

STÉPHANE FINKEL

## La notion de sévérité introduite en version 11 des GHM concerne-t-elle de la même façon tous les établissements ?

### Taux de séjours de l'année 2007 avec CMA (liste v11)

Voir méthodologie



Sources : PMSI 2007 - ATIH - FHF - BDHF - 26/01/2009

### Méthodologie

**Taux observé :** appréciation du taux de séjours ayant au moins un diagnostic dans la liste des CMA v11. Hors CMD 14 et 15, hors patients de moins de 18 ans, hors séjours de zéro nuit et hors séances.

**Taux théorique :** taux que devrait avoir la catégorie si elle se comportait comme la moyenne nationale au niveau du GHM-5-digits\* en v10 (\* les moyennes nationales sont évaluées par regroupements de GHM au niveau des 5 premiers caractères - notamment pour éliminer l'effet GHM avec ou sans CMA en v10). À noter : la présence d'un diagnostic de la liste des CMA v11 ne préjuge pas sur son classement dans une des catégories de niveau 2-3-4 des GHM v11 puisque les règles d'affectation sont plus complexes (exclusions/position du diagnostic, etc.).

### Commentaires

Les établissements du secteur public ont beaucoup plus de séjours avec des diagnostics considérés comme sévères (67,2 % contre 43,1 % dans le secteur commercial) : ceci exprime d'une part que les deux secteurs ne sont très probablement pas du tout sur les mêmes créniaux, et d'autre part cela confirme que le créneau du privé est plus généralement orienté sur les pathologies à plus faible risque économique du fait d'une moindre sévérité des pathologies prises en charge.

Par ailleurs les écarts entre les taux théoriques et observés, expriment qu'au sein des pathologies traitées (pathologie = GHM-5-digits ; voire méthodologie), le secteur public (différence positive) prend en charge des cas plus sévères (au sens de la présence de CMA) que le secteur privé (différence négative).

# La classification V11

L'année 2009 a été marquée par des évolutions importantes dans le mode de financement des hôpitaux.

En effet, plusieurs réformes ont été conduites simultanément, parfois dans une certaine précipitation et sans toute la transparence souhaitée. Celles-ci se sont traduites pour les hospitaliers par une inquiétude et une grande incertitude dans la construction budgétaire de l'exercice 2009.

Cependant, si nous regrettons que ces évolutions aient beaucoup tardé, nous ne pouvons que nous réjouir de l'identification des coûts de la permanence des soins, des coûts de la précarité, de la mise en œuvre d'une nouvelle échelle de coûts et d'une nouvelle classification (Version 11 des GHM), prenant mieux en compte la sévérité des patients, et donc plus équitables.

Tous ces éléments doivent être encore améliorés afin de mieux objectiver la réalité de l'activité hospitalière et de justifier de manière plus fine des ressources qu'exigent ces missions.

GÉRARD VINCENT

BERNARD GARRIGUES

# INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jean Leonetti

RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues

COMITÉ DE RÉDACTION

Stéphane Finkel, Yves Gaubert, Frédéric Kletz, Cédric Lussiez, Patrick Médée, Michel Naiditch, Jean Ruiz

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION

Noémie Brazier, Isabelle Hollinger

MAQUETTE, FABRICATION édition Héral, Boops

IMPRIMEUR Oudin

CORRESPONDANCE Bernard Garrigues [bgarrigues@ch-aix.fr](mailto:bgarrigues@ch-aix.fr)

Fédération  
hospitalière  
de France

1 bis rue Cabanis  
75014 Paris

Tél. : 01 44 06 84 44

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)

Site : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

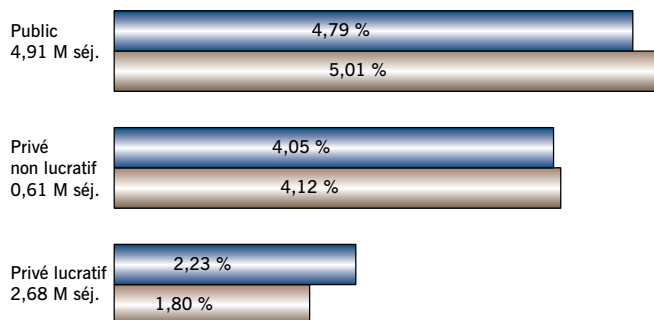
[www.hopital.fr](http://www.hopital.fr)



## La notion de sévérité introduite en version 11 des GHM concerne-t-elle de la même façon tous les établissements ?

### Taux de séjours de l'année 2007 avec diagnostics du groupe 4 des CMA v11

Voir méthodologie



Taux théorique

Taux observé

Sources : PMSI 2007 - ATIH - FHF - BDHF - 26/01/2009

### Méthodologie

**Taux observé :** appréciation du taux de séjours ayant au moins un diagnostic dans la liste des CMA v11 de niveau 4 (les plus sévères). Hors CMD 14 et 15, hors patients de moins de 18 ans, hors séjours de zéro nuit et hors séances.

**Taux théorique :** taux que devrait avoir la catégorie si elle se comportait comme la moyenne nationale au niveau du GHM-5-digits\* en v10 (\* les moyennes nationales sont évaluées par regroupements de GHM au niveau des 5 premiers caractères - notamment pour éliminer l'effet GHM avec ou sans CMA en v10).

**À noter :** la présence d'un diagnostic de la liste des CMA v11 de niveau 4 ne préjuge pas sur son classement dans la catégorie de niveau 4 des GHM v11 puisque les règles d'affectation sont plus complexes (exclusions/position du diagnostic, etc.).

### Commentaires

Tout comme pour les CMA en général, lorsque l'on s'intéresse aux diagnostics les plus sévères, on constate que les établissements du secteur public sont beaucoup plus concernés par ces prises en charges (presque 3 fois plus fréquemment quand bien même on annule l'effet des prises en charges ambulatoires notamment - voir méthodologie).

Il s'agit d'un élément supplémentaire pour montrer qu'il est illusoire de vouloir à tout prix comparer ces deux secteurs qui ne sont pas du tout positionnés sur les mêmes créneaux.

Par ailleurs, ici encore, les écarts entre les taux théoriques et observés, expriment également qu'au sein des pathologies traitées (pathologie = GHM-5-digits ; voir méthodologie), le secteur public (différence positive) prend en charge les cas les plus sévères (au sens de la présence de CMA de niveau 4) encore plus souvent qu'attendu en standardisant par la pathologie, que le secteur privé (différence négative).

### Quelques résultats individuels choisis

taux de séjours avec  
des diag. de la liste  
des CMA en v11\*

Finess	Etablissement	Nb séjours concernés	Secteur	Observé	Théorique	Commentaire
970100228	CHU POINTE-A-PITRE	13 967	CHU	60,5 %	64,6 %	CHU avec le taux observé le plus bas et avec la plus grande différence négative entre le taux observé et le théorique
130786049	AP MARSEILLE	82 342	CHU	62,0 %	64,9 %	choisi pour sa taille
690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	119 292	CHU	67,1 %	66,2 %	choisi pour sa taille
750712184	AP-HP	378 445	CHU	67,9 %	67,9 %	choisi pour sa taille
330781196	CHU DE BORDEAUX	81 925	CHU	72,4 %	65,6 %	CHU avec le taux observé le plus élevé et avec la plus grande différence positive entre le taux observé et le théorique
020000063	CH DE SAINT-QUENTIN	17 410	CH	57,3 %	60,9 %	CH de taille importante (sur les 10 % plus gros) avec la plus grande différence négative entre le taux observé et le théorique
340780055	CH BEZIERS	15 567	CH	76,8 %	68,7 %	CH de taille importante (sur les 10 % plus gros) avec le taux observé le + élevé et avec la plus grande différence positive entre le taux observé et théorique
750160012	INSTITUT CURIE PARIS	7 444	CLCC	68,6 %	63,4 %	CLCC avec le taux observé le plus bas
440001113	CRLCC RENE GAUDUCHEAU	4 940	CLCC	76,6 %	76,8 %	seul CLCC à posséder un taux observé inférieur au taux théorique
760780247	CLCC BECQUEREL ROUEN	4 251	CLCC	81,9 %	70,1 %	CLCC ayant la plus grande différence positive entre le taux observé et le théorique
940000664	INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	13 020	CLCC	85,4 %	78,6 %	choisi pour sa taille
130001647	INSTITUT PAOLI-CALMETTES	9 817	CLCC	85,9 %	80,3 %	CLCC avec le taux observé le plus élevé
940300452	CLIN. DE DIETETIQUE VILLECRESNES	2 966	Lucratif	14,2 %	78,4 %	Clinique de taille significative (au moins 1000 séjours concernés) avec la plus grande différence négative entre le taux observé et le théorique
420782591	CLIN. NOUVELLE DU FOREZ	1 585	Lucratif	53,4 %	37,1 %	Clinique de taille significative (au moins 1000 séjours concernés) avec la plus grande différence positive entre le taux observé et le théorique
440041580	NOUVELLES CLIN. NANTAISES	21 114	Lucratif	51,2 %	48,0 %	choisi pour sa taille

### Commentaires

Cette liste n'a pas de caractère scientifique puisqu'elle résulte de choix subjectifs. On constate néanmoins que les CLCC ont des taux très élevés de façon mécanique puisque les diagnostics de tumeurs sont généralement dans la liste des CMA. On rappelle néanmoins que les séances ne sont pas concernées par ces calculs.

BERNARD GARRIGUES  
YVES GAUBERT

*La campagne 2009 marque une nouvelle étape dans l'évolution du financement des activités MCO.*

# La campagne budgétaire 2009 et la V11

**En** effet, trois évolutions majeures sont à souligner. La première a consisté à ouvrir la voie à l'identification des charges incluses dans les tarifs du secteur public.

Cette démarche a concerné la permanence<sup>1</sup> des soins et la précarité. Cette évolution s'est traduite par une débasage de près de 900 millions d'euros en année pleine. Il s'agit de la part la plus importante de l'évolution tarifaire.

Il est vrai que la transparence sur les modalités de mise en œuvre n'a pas été de mise et que les modalités de redistribution des enveloppes précarité au niveau public et privé posent encore question.

Sur le plan de l'organisation sanitaire, cette modalité est de nature à permettre une rationalisation de l'offre et sur le plan du dossier de la convergence. Ce transfert d'enveloppe réduit significativement l'écart entre les secteurs privés et publics.

La progression de l'enveloppe médicaments et dispositifs de la « liste en sus » des tarifs est évaluée à près de 300 millions d'euros et pèse environ 1/2 point d'ONDAM hospitalier. Le volume de la progression d'activité est arrêté à 1,7 % et l'effet codage à 0,5 %. La nouvelle échelle de coût a un impact financier compris entre 50 et 200 millions et celui de la V11 a été estimé dans une fourchette assez proche.

Malgré ces évolutions a priori positives, la nouvelle classification a dans un premier temps focalisé toutes les inquiétudes sur l'insuffisance de financement des hôpitaux.

1- Il s'agit d'une première étape de distinction explicite des activités programmées et non programmées. Elle consiste à retirer des tarifs les lignes budgétaires de gardes et d'astreintes de permanence des soins en les distinguant de celles en rapport avec la continuité des soins assurant le suivi des seuls malades déjà hospitalisés. Cette distinction étant difficile dans un certain nombre de cas.

En tout état de cause, la classification V11 répond d'abord au souci d'une meilleure description mais elle n'avait pas vocation à bouleverser globalement le financement, dans la mesure où son application s'est faite au sein de chaque secteur.

Si la réalité de l'amélioration descriptive est indiscutable, des difficultés de lecture sont apparues du fait de l'ampleur des modifications (par exemple la lecture comparée d'une année sur l'autre des extrêmes bas, dont la nature et la définition ont fondamentalement changé). L'enjeu de l'amélioration descriptive et donc et surtout de la meilleure prise en compte des cas les plus lourds, notamment médicaux pris en charge essentiellement par les hôpitaux publics, compense néanmoins très largement ces difficultés d'interprétation.

Dans une véritable fongibilité public/privé, elle aurait pu se traduire par une valorisation positive au bénéfice des hôpitaux publics. L'ensemble de ces éléments aurait d'ailleurs dû être traité avant la mise en œuvre de la réforme du financement, ce qui aurait permis d'éviter la sous-estimation des missions d'intérêt général et dans une approche idéologique de convergence.

Cependant, en dépit de ces limites, cette nouvelle classification a fait l'objet d'un soutien de la Fédération hospitalière de France parce qu'elle est de nature à mieux décrire l'activité, en particulier sur la médecine, par une description et une prise en compte de la sévérité des patients ; d'autant que, par ailleurs, faute de CCAM Clinique, la description et la prise en compte, et donc la production des actes techniques, restent privilégiées.

Enfin, dans le contexte de la remise en cause par les contrôles de l'Assurance-maladie d'un certain nombre de prises en charge en hôpital de jour médical, et de leur trans-

fert vers des prises en charge en « externe », on ne peut que regretter l'absence de CCAM Clinique. La Sécurité sociale et les médecins libéraux n'ont toujours pas réellement entamé les travaux de construction de celle-ci, si bien que la description d'actes à l'aide de la CCAM, continue de privilégier la production d'actes techniques, aux dépens de la médecine clinique en hospitalisation exercée très majoritairement en hôpital public.

La campagne 2009 a pourtant été souvent réduite à la V11 dont les effets s'avèrent au moins globalement neutres, voire plutôt légèrement positifs. Les débasages au profit des MIGAC ont eu un effet déformant ; par ailleurs, la prise en compte « préventive » d'une part, d'un effet volume important (+ 1,7 %), d'autre part d'une amélioration du codage (+ 0,5 %), réduit de manière significative la part restante pour les tarifs. Le niveau des rallonges est aujourd'hui le même que la variation tarifaire et la projection 2010 nous fait craindre un solde tarifaire proche de 0.

En conclusion, les dotations de la campagne 2009 ont représenté un avancement dans la correction des insuffisances de la loi de 2003 sur la T2A. Les travaux doivent être complétés par les études préconisées par le rapport IGAS de 2006 sur la convergence, notamment la distinction entre l'urgent et le programmé, l'amélioration de la prise en compte de la précarité, l'étude de l'effet de gamme, ou l'influence des périmètres respectifs de l'hospitalisation et de la péri-hospitalisation (par ex : la réalisation des actes médico-techniques [biologie, imagerie...]) avant une hospitalisation programmée.



Dans le cadre de  
**HOPITAL  
 EXPO**  
**INTER  
 MEDICA**

- 750 exposants – 25 000 visiteurs
- Le salon leader des technologies et services de santé

# Hit Paris 2010

## HealthInformationTechnologies

### Technologies de l'Information et Santé

### Le Congrès européen des Technologies de l'Information en Santé

Les grands chantiers de la santé intègrent un volet systèmes d'information. **Et vous, vous en êtes où ?**

Processus de soins et technologies de l'information, performance et pilotage des organisations, gouvernance du système d'information de santé.

Des explications d'experts, des outils et des méthodologies, des témoignages de professionnels et des retours d'expérience...

**Toutes les clés pour comprendre les implications des systèmes d'information en santé et conduire la modernisation des soins**

**1400** congressistes

**120** exposants

Un **programme complet** de formation

**18/21 mai 2010**

**Paris Expo**

**PORTE DE VERSAILLES – PAVILLON 1**

**www.Health-IT.fr**



JEAN-CLAUDE MOISDON  
Professeur émérite à l'Ecole des Mines de Paris

# Étude nationale de coûts à méthodologie commune : Apports et limites

*L'Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) tire son libellé étrange du fait que, depuis longtemps, était réclamé un outil de calcul des coûts hospitaliers visant à la fois les établissements publics et privés (plus rigoureusement ex-DG et ex-OQN). Mais malgré cette méthodologie commune, il était admis, en tout cas provisoirement, que deux échelles de coûts distincts seraient établies, compte tenu des différences d'activité entre les deux secteurs. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a engagé en 2006 un travail de fond destiné à élaborer cette méthodologie commune. Ceci s'est traduit par la rédaction d'un premier manuel – pour le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO), en mai 2007. L'ENCC proprement dite a connu sa première version au début de l'année 2009, toujours pour le champ MCO, fondée sur les données 2006. On attend actuellement les résultats MCO pour 2007, et ceux concernant le champ soins de suite et réadaptation (SSR). Il sera uniquement question dans cet article de l'ENCC MCO.*

## Les grands principes

L'ATIH en a profité pour réviser assez profondément les modalités de calcul de l'ENC précédente (publique, l'ENC privée étant fondée sur de tout autres principes), qui n'avaient que peu évolué depuis sa première version, en 1995.

L'architecture générale n'a pas changé : il s'agit d'une opération lourde et complexe qui consiste à sélectionner des établissements volontaires, et à leur demander de transmettre un ensemble d'informations permettant d'appliquer le modèle classique de comptabilité analytique (dit « en sections homogènes ») aboutissant à des coûts complets par séjour. Ces coûts sont ensuite traités de façon à obtenir des résul-

tats plus globaux, tels les coûts moyens par GHS, qui vont servir de point de départ à l'élaboration des tarifs de la T2A. À ce titre, il faut se féliciter du fait que les polémiques sur le choix du modèle (comptabilité analytique par section versus comptabilité par activité) ont quasiment disparu : lorsque l'on veut calculer des coûts de produit, les différences conceptuelles entre méthodes deviennent peu intéressantes.

## Apports et évolutions de l'ENCC

L'édifice ENCC constitue un net progrès, sur plusieurs aspects : l'ATIH a réussi (ce n'était

pas évident *a priori*) à mettre sur pied un outil qui permet de surmonter l'obstacle des spécificités des deux secteurs (honoraires et redevances par exemple pour les ex-OQN, traitement des activités subsidiaires, etc.), d'appliquer les principes de la méthode publique au privé et donc d'autoriser (on verra dans certaines limites) les comparaisons de coûts entre hôpitaux et cliniques. Elle en a profité pour préciser un certain nombre de points sur lesquels pouvaient peser des ambiguïtés dans la version précédente (notamment au niveau du découpage initial en sections d'analyse, du traitement des budgets annexes, ou encore de la cascade de ventilation des dépenses logistiques entre les différents champs en cause, MCO, SSR, psychiatrie, etc.) et pour améliorer le traitement statistique de la base (redressements). Elle a pris acte enfin de quelques insuffisances du modèle existant, soulignées par de nombreux acteurs. Deux d'entre elles me paraissent particulièrement significatives :

## La ventilation des dépenses de logistique générale

Dans le modèle précédent, après avoir affecté aux séjours, grâce à des unités d'œuvre ad hoc, leur part de dépenses des services cliniques et du plateau technique, on répartissait sur ces mêmes séjours, au prorata des journées, les dépenses hôtelières et administratives, constituées par la restauration, la blanchisserie et le « reste » (administration, transports, admissions, informatique, entretien, etc.), ce « reste » pouvant représenter jusqu'à 30 % des dépenses totales de l'établissement.

Tant qu'il s'agissait d'établir un indicateur d'efficacité global (la



# Étude nationale de coûts à méthodologie

valeur du point ISA) qui n'avait pas la prétention d'une précision excessive, une telle ventilation « à la louche », prenant acte par ailleurs de la difficulté de trouver des unités d'œuvre totalement convaincantes pour ces activités administratives, n'était pas trop gênante. Ce n'est plus le cas lorsque l'on passe à une tarification dont la sanction est un chiffre d'affaires, et donc un résultat comptable. Par ailleurs, les médecins des établissements se plaignaient régulièrement du fait qu'on les contrôle étroitement sur leurs résultats économiques, alors que dans ces résultats apparaissait une charge importante sur laquelle ils n'avaient pas prise, et qu'ils n'étaient pas en mesure d'interpréter. L'ATIH a profondément changé ce système. La logistique générale est maintenant déclinée, dans l'ENCC, en onze sections (blanchisserie, restauration, administration, gestion du personnel, gestion des malades, services hôteliers, etc.) avec pour chacune une unité d'œuvre spécifique.

## **Les modalités de calcul des coûts (ambulatoire et séances)**

Les dépenses de logistique générale, dont on vient de voir qu'on a d'abord précisé leur description et leur découpage, étaient auparavant ventilées systématiquement à la journée sur les séjours. Cela conduisait à de véritables curiosités, comme par exemple des coûts de séance de radiothérapie constitués pour la moitié de dépenses logistiques ! On prenait en effet en compte une journée par séance, alors que cette dernière ne durait que quelques dizaines de minutes. Ce calcul, certes critiquable (mais à partir du moment où les systèmes d'information n'utilisaient que ce paramètre « journées », comment choisir l'unité d'œuvre pour ce type d'activité infra-quotidienne ?) a été dans l'ENCC radicalement changé, via la mobilisation du concept d'« euro direct » (on utilise comme unité d'œuvre les dépenses cliniques déjà comptabilisées pour ces activités).

Cette modification n'a rien d'anodin : elle a conduit à des coûts pour les séances et le « vrai » ambulatoire (zéro nuit) sensiblement différents de ce qu'ils étaient dans les versions ENC précédentes, et in fine, à des

problèmes potentiels d'équilibre financier pour les établissements comme les centres de lutte contre le cancer, qui pratiquent massivement ce type d'activité. La solution adoptée paraît beaucoup plus réaliste.

Ces évolutions, ainsi que de nombreuses autres, se situant à un niveau de détail plus fin, ont été décidées en concertation avec l'ensemble des fédérations et l'administration. Ceci n'est pas systématique, loin s'en faut, pour les autres briques du majestueux dispositif PMSI/ENC/T2A.

Au total, on peut considérer que l'on a abouti à un modèle rigoureux, précis et cohérent. Ce qui ne signifie pas qu'il est incontestable : cette caractéristique est de toute façon inatteignable pour tout calcul se fondant sur une comptabilité analytique.

## **Limites de l'outil**

Voyons maintenant quelques limites de l'outil. Ces limites sont à rapporter aux usages qui peuvent être faits de l'ENCC et aux capacités de cette dernière à servir efficacement ces usages. Or, son utilisation s'étend sur plusieurs registres : décider des tarifs T2A, fournir des références pour la gestion interne des établissements, permettre des comparaisons, par exemple des coûts des mêmes GHS entre secteurs public et privé, ou entre établissements de taille et d'activité comparables...

Concernant la fixation des tarifs, on sait à présent que l'ENCC est limitée, en quelque sorte de façon consubstantielle : elle ne sert que de point de départ à l'élaboration de la T2A. Les coûts qu'elle calcule (coûts bruts hors coûts liés à l'enseignement et à la recherche) subissent toute une série de modifications d'ordre à la fois technique et politique : diminution des dépenses médicalementes et dispositifs médicaux implantables (DMI) payables à part, suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue, forfaits, débasage permanence des soins et précarité, instauration de règles supplémentaires du type « bornes basses, bornes hautes », prise en compte de priorités de santé publique, etc.

Cette alchimie, où se mélangent calculs savants et considérations qualitatives, est

complexe. Et, il faut bien le dire, plutôt opaque pour l'ensemble des acteurs du système. Cette complexité a en effet connu une évolution spectaculaire avec l'irruption de la V11 de la tarification à l'activité.

De telles modifications ne sont pas sans répercussions sur les outils dérivés à usage de gestion interne. Ainsi, l'élaboration des tableaux coûts case-mix (TCCM) qui permet de comparer les coûts d'un établissement ou d'un pôle à un établissement « moyen » de la base ENCC disposant du même case mix, ne peut plus, par exemple, se contenter d'utiliser simplement les coûts bruts issus de l'ENC. De multiples corrections sont à effectuer et de multiples chausse-trappes à éviter, heureusement fort bien répertoriées par les manuels édités à ce sujet par l'École des hautes études en santé publique.

Ces difficultés d'usage ne sont pas à mettre au débit de l'ENCC elle-même. Elles relèvent de l'ensemble du processus de financement des établissements de soins et existaient auparavant, à un degré de moindre complexité. Si l'on revient à l'ENCC et à ces spécificités techniques, trois remarques peuvent être avancées :

## **Le modèle comptable**

Malgré les progrès effectués et évoqués, ce modèle est toujours très critiquable quant à la ventilation des dépenses de personnel des services cliniques : de l'ordre de 30 à 40 % des dépenses totales.

Depuis 1995, cette ventilation s'effectue à la journée, avec l'hypothèse corrélative et problématique que la charge en soins quotidienne, dans un même service, ne varie pas selon le groupe homogène de séjours (GHS), quelles que soient les caractéristiques des patients. On sait qu'il est difficile de passer à une autre modalité de ventilation (faible diffusion des soins infirmiers individualisés à la personne par exemple). Mais en tout état de cause, on aboutit à un phénomène de lissage susceptible de diminuer artificiellement les coûts des activités de soins lourdes, au bénéfice des autres. Trouver la solution à ce problème ardu pourrait modifier les échelles de coûts dans des proportions sans doute supérieures à ce que l'on obtient par un changement de classification, type V11.

# commune : Apports et limites

## La représentativité statistique

Malgré les redressements sophistiqués opérés sur les coûts de l'ENCC, on peut se poser légitimement des questions sur les possibilités de comparaison, par exemple public/privé, entre un nombre non négligeable de GHS. Certes, les deux bases sont « joufflues » : plus de 1 500 000 séjours pour 42 établissements ex-dotation globale, et 600 000 séjours environ pour 32 établissements ex-objectif quantifié national ! Mais les GHS sont évidemment représentés dans ces chiffres de façon très variée.

Ainsi, en V10C, 60 GHS n'ont aucun séjour pour les ex-objectifs quantifiés nationaux (sur 800 environ). En V11, la situation est naturellement pire : la base ex-dotation globale présente des effectifs nuls pour environ 80 GHS (sur 2 300 GHS environ). Mais ce même indicateur s'élève à plus de 500 pour la base ex-objectif quantifié national. Comment calculer des coûts sur des échantillons de taille nulle ? Si l'on étend le doute aux petits échantillons, le résultat est encore plus problématique : en ex-Dotation globale, 900 GHS environ sont représentés par moins de 50 séjours. En ex-objectif quantifié national, ce chiffre s'élève à 1 600 !

La plupart de ces groupes homogènes de séjour à faibles effectifs correspondent en effet à des GHS aux niveaux de gravité élevés, sans doute peu fréquents dans la population nationale. Il est également certain que la barque de l'ATIH est lourde. Il faut ajouter pour l'équipe en charge de l'ENC celle des soins de suite et de réadaptation (SSR) et bientôt de la psychiatrie. En tout état de cause, conserver ce dispositif d'estimation des coûts (ce pour quoi personnellement j'aurais tendance à militer), invite à réfléchir : par quelles façons concrètes pourraient être sensiblement augmentées la taille des bases de données obtenues ?

## Les difficultés de comparaison public/privé

Un des enjeux de l'ENCC réside, on l'a vu, dans l'homogénéité du calcul effectué, quel que soit le secteur considéré, et donc dans les perspectives qu'elle offre de nourrir les débats sur la convergence. Dans la suite du paragraphe précédent, il

me semble qu'il convient tout d'abord de limiter cette comparaison à des GHS d'effectif suffisant, de part et d'autre. D'où l'idée de prendre un seuil classique en matière statistique et de comparer les résultats de l'étude pour les GHS qui totalisent au moins mille séjours, à la fois dans la base ex-DG et dans la base ex-OQN. Ils sont au nombre de quatre-vingt-quinze en V10C, et quatre-vingt-huit en V11.

Le problème n'est pas entièrement résolu pour autant. S'il est possible de confronter des coûts globaux, le plus intéressant consiste à tenter de comprendre les écarts en étudiant la décomposition de ces coûts. Cela, l'ENCC le permet. Elle montre par là son extraordinaire richesse, comme cela est possible depuis la création de l'ENC, qui affiche et diffuse des coûts décomposés. Cette opération est toutefois limitée par le fait que la nomenclature des rubriques n'est pas exactement semblable entre les secteurs public et privé (et ne peut pas être la même). Par exemple, les dépenses de personnel médical apparaissent globalisées pour les ex-OQN, du fait du financement des médecins par honoraires. Alors que pour les ex-DG, ces dépenses sont ventilées sur les différents postes des coûts décomposés : services cliniques, réanimation, soins intensifs, laboratoires, blocs, etc.

Pire, il faut comprendre qu'en ex-OQN, une part très importante du plateau technique est sous-traitée. Les frais correspondants sont compris dans les honoraires, qui couvrent non pas les seules rémunérations des médecins, mais l'ensemble des dépenses des entités qu'ils animent (les laboratoires par exemple). Dans une première version des résultats 2006, retirée par la suite, les coûts des établissements ex-OQN faisaient apparaître une masse d'honoraires indifférenciée, recouvrant aussi bien les actes techniques (consultations, interventions...) pratiqués sur les malades, que les dépenses de laboratoire, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles, etc. (les coûts décomposés « laboratoires » étaient tous nuls). La comparaison terme à terme était impossible, sauf pour un petit nombre d'éléments, comme les dépenses en personnel paramédical des services cliniques. Heureusement,

la version suivante a représenté un progrès notable. Elle a différencié les honoraires ex-OQN en grandes rubriques - laboratoires, imagerie, honoraires chirurgie, honoraires autres, etc. - ce qui permet d'augmenter le nombre de postes comparables, mais ne permet pas, malgré tout, une confrontation exhaustive.

## Conclusion

Ceux qui se sont livrés à l'étude des apports et limites de l'ENCC ont pu constater des différences de coûts importantes entre les deux secteurs, souvent à l'avantage du privé. Mais pas systématiquement. Rappelons par ailleurs qu'il s'agit des coûts bruts qui ne prennent pas en compte les spécificités d'activité actuellement en débat. Ces différences sont telles, parfois, qu'elles laissent perplexe : comment expliquer, par exemple, que sur un GHS représenté par plusieurs milliers de séjours, apparaissent cinq fois plus de dépenses pour un plateau technique ex-dotation globale ?

En l'état actuel du dossier, il convient donc de faire preuve d'une extrême prudence. Mais il manque manifestement une boucle de retour au système : un dispositif d'analyse rattaché au terrain, aux établissements et à leurs pratiques et qui permettrait d'expliquer, ou de relativiser, les résultats observés.

C'est à cette dernière condition que l'ENCC saura trouver et prouver son utilité. Car il ne s'agit pas seulement de servir de base à une fixation de tarifs. L'ENCC vise également à constituer un dispositif irremplaçable de création de connaissances : l'aller et retour permanent, en quelque sorte, entre une architecture de calcul codifiée, et les pratiques concrètes des organisations de soins.

# V11 des Groupes homogènes de malades : Une troisième étape d'adaptation à la T2A

***Troisième étape d'adaptation des groupes homogènes de malades à la T2A, la V11 modifie en profondeur la description médico-économique de l'activité des établissements. Mais ses effets sur les revenus des établissements ne sont pas encore très visibles dans le cadre de la campagne 2009. Cette campagne intègre l'utilisation de l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et le calcul des tarifs sur des données historiques (secteur ex-OQN). Elle intègre également les plans de santé publique et autres modifications propres à la campagne 2009 : nouvelle valorisation des bornes basses, contraintes fortes permettant de limiter les effets revenus, etc.***

**Les** classifications médico-économiques de séjours de patients ont un objectif de valorisation de l'activité décrite qui repose sur des modèles variables d'un pays à l'autre, et quelquefois au sein d'un même pays, quand il y a plusieurs payeurs. La maintenance de ces classifications repose sur quelques principes. Certains sont à caractère « éthique » quand il s'agit, par exemple, de techniques innovantes ou en phase de diffusion, ou encore d'affecter un caractère marqueur à des actes sans risque pour les patients.

La version 11 (V11) est la troisième étape d'adaptation des groupes homogènes de malades (GHM) à la tarification à l'activité (T2A). Il aurait été souhaitable que la V11 soit la version initiale de cette réforme, mais la montée en charge du taux de T2A étalée sur plusieurs années (secteur ex-DGF), et l'existence d'un coefficient de transition pour atténuer les effets revenus (secteur ex-OQN) auraient, de toute façon, fortement atténué l'effet de la classification. La mise au point de la version 11 a permis de tenir compte de l'évolution des pratiques due au changement du mode de financement des établissements de santé, des modes de prises en charge et des pratiques médicales.

La V11 modifie profondément la description médico-économique de l'activité des établissements, mais ses effets sur leurs revenus

ne sont pas encore très visibles dans le cadre de la campagne 2009. Cette campagne a intégré d'autres facteurs : l'utilisation de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) qui remplace l'étude nationale des coûts (ENC) dans le secteur ex-DGF et le calcul des tarifs sur des données historiques pour le secteur ex-OQN. Elle intègre également les plans de santé publique et autres modifications propres à la campagne 2009 : nouvelle valorisation des bornes basses, contraintes fortes permettant de limiter les effets revenus, etc.

## Classifications médico-économiques

La classification des GHM est issue des classifications de type DRG<sup>1</sup>. Ces classifications médico-économiques de séjours de patients ont un objectif de valorisation de l'activité décrite qui repose sur des modèles variables d'un pays à l'autre, et quelquefois au sein d'un même pays quand il y a plusieurs payeurs, en fonction d'un certain nombre de critères.

L'un d'entre eux est d'ordre politico-économique, mais il n'a pas fait l'objet de débats en France : opte-t-on pour une classification redistributive, ou pour un paiement au plus proche des coûts des activités décrites par les groupes constitués ? Dans la plupart des

1- *Diagnosis related group* (DRG) : classification de séjours de patients mise au point dans les années 70 par le Pr Robert Fetter. Elle a été adoptée par de nombreux pays avec différentes déclinaisons et adaptations. Demeure encore un tronc commun, très comparable et reconnaissable.



pays, l'évolution des GHM s'est clairement faite vers une classification de moins en moins redistributive.

## Classification redistributive

Une classification redistributive comprend moins de groupes et moins de niveaux de sévérité. Ainsi, le tarif du groupe correspond à un forfait couvrant une palette plus large de cas : les cas les plus lourds d'un GHM, en général pris en charge dans les gros établissements, sont insuffisamment rémunérés ; les cas les plus légers, généralement traités en centres hospitaliers de moindre taille, sont bien, voire très bien, valorisés (cette partition est caricaturale pour les besoins de la démonstration)<sup>2</sup>. Ce mode de classification permet la redistribution de ressources financières à de petits établissements quand on estime qu'ils sont indispensables alors que leur activité ne couvre pas leurs dépenses, sur des critères d'activité (par opposition à des financements de type mission d'intérêt général, par exemple).

## Aux États-Unis

Aux États-Unis, le système de DRG utilisé par *Medicare* et *Medicaid*<sup>3</sup> comprend beaucoup moins de groupes que les systèmes de DRG des gros assureurs. Il s'agit de faciliter, avec d'autres mesures, l'offre de soins sur un territoire qui présente, par sa configuration et son étendue, des zones désertiques ou plus difficiles d'accès qu'en France.

## En France

Une configuration semblable aurait pu voir le jour dans l'Hexagone avec la classification des GHM. Si celle-ci avait servi à rémunérer les établissements avant que la réanimation soit sortie des coûts par GHM (complètement au début, partiellement ensuite),

on aurait insuffisamment valorisé la réanimation dans les établissements disposant d'unités de réanimation, et « versé » une partie des coûts de réanimation à des établissements qui n'en avaient pas<sup>4</sup>. Cela peut paraître injuste du point de vue de l'établissement. Mais ce peut être aussi une décision économique, au même titre qu'un plan de santé publique quand il consiste à valoriser des activités au-dessus de leurs coûts observés, à masse financière constante, ou que le supplément de moyens pour des activités ciblées est réparti, via les tarifs, sur des critères insuffisamment discriminants pour ne payer que les établissements qui « mériteraient » ce supplément. En France, où les politiques de santé sont conduites sur les tarifs plutôt que sur la classification, l'efficacité d'une nouvelle classification peut s'en trouver affaiblie.

## Principes d'évolution de la classification des GHM

Deux principes ont guidé chaque évolution de la classification des GHM<sup>5</sup> :

- On ne crée pas de nouveau GHM pour une pratique médicale nouvelle avant qu'elle soit considérée comme « diffusée », voire stabilisée dans ses coûts. Ceci afin de ne pas inciter à des choix économiques aux dépens des choix médicaux, pour être sûr qu'il s'agit d'une technique qui va perdurer, et afin de ne pas avoir un coût moyen trop élevé comme base de tarif (ce qui est en général le cas dans une phase d'apprentissage et de diffusion) ; en revanche, ce principe nécessite d'autres moyens de financement de l'innovation ;
- Un acte qui ne présente pas ou peu de risque pour un patient ne peut pas être catégorisé en acte « classant ». Le fait d'être classant signifie qu'il existe un GHM « avec cet acte » et un GHM « sans cet

acte » ; l'innocuité de l'acte pourrait alors entraîner un comportement inflationniste. Le fait de ne pas être classant ne veut pas dire que l'acte n'est pas payé. Il est payé à la moyenne de son utilisation. Dans le cadre d'un paiement forfaitaire, cela oblige à limiter les indications de ces actes aux cas qui le nécessitent.

## Objectifs de la V11

### Généralités

La version 11 des GHM est l'aboutissement d'une évolution en trois étapes pour adapter la classification des GHM à la T2A (tarification à l'activité). La version 8 a été jugée inadaptée à financer correctement les établissements « à l'activité », que ce soit en intra-sectoriel ou en inter-sectoriel, dans la problématique de convergence.

La version 11 aurait dû être la première à s'appliquer au démarrage de la T2A. Mais il s'est avéré impossible de conduire les travaux nécessaires à sa réalisation avec une date de mise en route « T2A » déjà arrêtée. Le fait que les données du PMSI MCO aient été assez peu utilisées, avant la T2A, pour le financement des établissements, était un frein évident à toute modification en profondeur de la classification des GHM : qui dit changement important, dit modification des règles de codage, de hiérarchisation, de format, de recueil. Et la charge de travail pour les départements d'information médicale n'est pas négligeable. Ceux-ci éprouvent des difficultés à trouver les soutiens nécessaires de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers, quand il n'y a pas d'enjeu économique.

Le délai entre la mise en place de la T2A et l'adoption de la V11 n'a pas eu d'inconvénients majeurs pour les raisons suivantes :

2- Les grands centres hospitaliers déploient en général toute la palette des activités. Les séjours lourds et légers se compensent en grande partie.

3- Couvertures médicales des personnes âgées et des indigents aux USA.

4- L'introduction d'une valorisation en points ISA (indice synthétique d'activité) pour moduler le budget global a rapidement généré une demande de sortie des coûts de réanimation de la valorisation des GHM.

5- Ces principes sont issus de la lecture du *Federal Register* (Journal Officiel des États-Unis) au début des années 90, quand la maintenance de la classification des GHM a été confiée au PERNN (Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé). Toutes les propositions de modifications de la classification des DRG de *Medicare* et *Medicaid* sont soumises au Congrès au printemps, et les avis sont rendus à l'automne. L'ensemble est publié dans le *Federal Register* ; les arguments retenus pour expliquer le refus d'une modification sont particulièrement intéressants.



# V11 des Groupes homogènes de malades :

- **le taux d'application de la T2A est demeuré assez faible dans le secteur ex-DGF les deux premières années** ce qui permet de tolérer un certain niveau d'imperfection de la classification des GHM ; à l'inverse, une version sophistiquée n'aurait eu que peu d'effet sur les finances des établissements et aurait généré une certaine frustration, comme cela a été le cas avec la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les spécialités fortement gagnantes ;
- **les premiers tarifs du secteur ex-OQN basés sur des tarifs historiques et l'application d'un coefficient limitant les effets revenus des établissements suscitent les mêmes commentaires**, même si la T2A est d'emblée à 100 %. Par ailleurs, tant qu'il y a deux échelles de tarifs, des contenus différents, en termes de séjours, entre les deux secteurs, pour une même activité, n'ont pas d'incidence puisque les tarifs sont basés sur le contenu réel de chaque secteur.

Ce délai a même été profitable, pour deux raisons :

- **dans la mesure où les nouveaux tarifs des deux secteurs devaient s'appuyer sur l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), mieux valait attendre ces données pour appliquer une version aboutie des GHM** ; il était attendu que les tarifs du secteur ex-DGF soient peu perturbés par l'ENCC dans la mesure où la valorisation des établissements était basée sur des coûts, via l'ENC (étude nationale des coûts du secteur ex-DGF) depuis de nombreuses années, qu'il s'agisse des points ISA<sup>6</sup> ou des premiers tarifs T2A ; en revanche, on pouvait s'attendre, pour

le secteur ex-OQN, à des écarts, pour certaines activités, entre coûts ENCC et tarifs historiques, non nationaux et négociés.

- **mieux valait concevoir la phase finale de l'adaptation à la T2A avec des données codées.** Il est évident que l'effet T2A sur le revenu des établissements a été rapidement perçu par les gestionnaires et que leur implication dans les processus de recueil des données PMSI est devenue réalité ; on reste néanmoins étonné de constater que certains établissements « tolèrent » une perte évidente de revenus, à travers un sous-codage significatif des diagnostics associés.

## Apports de la version 11 des GHM sur la description

### Méthodologie et travaux

Les deux premières étapes d'adaptation des GHM à la T2A (version 9 et version 10) ont visé à réduire certaines disparités intersectorielles<sup>7</sup> et à prendre en compte quelques spécificités du secteur ex-OQN qui peut avoir des établissements très spécialisés, éventuellement mis en difficulté si les tarifs de leurs activités sont moins rémunérateurs que les anciens sans avoir suffisamment d'activités gagnantes pour compenser les pertes<sup>8</sup>.

Au vu des données recueillies au cours des premières années de la T2A, il paraissait nécessaire d'améliorer la classification à la fois sur le plan de la description des activités, et sur la mesure de la sévérité des cas pour une même activité. La connaissance des classifications de DRG les plus élaborées (notamment la version australienne parce qu'elle fonctionne aussi pour

les séjours de très courte durée) a servi de modèle, mais de vrais travaux de fond sur les données françaises sont à l'origine de la version 11.

### Cohérence des modifications proposées

La plupart des modifications des deux premières étapes avaient surtout porté sur les activités « avec acte classant », qu'il soit de type « opératoire » pour la chirurgie ou « non opératoire » pour la radiologie interventionnelle, par exemple. La troisième étape avait pour sujet principal l'amélioration des groupes médicaux.

Dans le cadre des groupes médicaux, il existe bien un effet diagnostic principal (DP)<sup>9</sup> qui pourrait justifier la segmentation d'une activité en deux activités nouvelles. Cependant, il ne suffit pas à expliquer les différences de durée moyenne de séjour ou de coût. Celles-ci se caractérisent le plus souvent par des situations médicales connexes qui ont tendance à augmenter avec l'âge et la gravité de l'affection. Ces situations particulières sont repérées par des pathologies associées. Elles constituent les comorbidités.

Dans les versions antérieures à la V11, les morbidités supplémentaires étaient décrites et valorisées à travers les complications et morbidité associées (sévères) (CMA[S]), appliquées de manière non systématique aux différentes activités médicales. Le premier inconvénient de cette segmentation, non systématique et insuffisante en nombre de niveaux de sévérité, était de regrouper dans un même GHM « avec CMA » des affections à « surcoûts » très variables payées à la moyenne. Le deuxième inconvénient est de regrouper dans un même GHM « avec CMAS » des activités différentes<sup>10</sup> à « coûts » très variables payées à

6- Les points ISA ont été utilisés, dans le secteur ex-DGF, pour rééquilibrer certaines dotations régionales et, de manière inégale, afin de rééquilibrer certaines dotations d'établissements au sein d'une région.

7- Notamment par la segmentation de nombreux GHM sur la présence d'une CMA. Cette segmentation, quelquefois inutile dans le secteur public parce que ses établissements reçoivent un taux assez semblable de cas avec et sans CMA, devient utile dans un objectif de convergence quand le secteur privé n'a pas la même répartition.

8- Toute évolution de la classification est étudiée à masse financière constante. Il s'agit donc de répartir avec plus de justesse la même somme en fonction de la lourdeur des différentes activités et de la sévérité des cas ; toute activité gagnante l'est aux dépens d'une activité qui devient « perdante » ; en fait, cette activité n'est pas perdante. Elle était « surpayée » dans la version précédente.

9- Un GHM médical est constitué de nombreux diagnostics comme un GHM chirurgical est constitué de nombreux actes. On constate que les diagnostics médicaux qui composent un GHM peuvent expliquer des consommations de ressources différentes, mais elles ne sont pas suffisamment reproductibles pour standardiser correctement un GHM sur le plan économique.

10- Comme il n'y avait qu'un seul GHM « avec CMAS » pour toute la partie chirurgicale ou pour toute la partie médicale d'une CMD, les séjours provenaient de tous les GHM de chacune de ces sous-CMD. Pour la chirurgie digestive, par exemple, le GHM chirurgical « avec CMAS » pouvait contenir des séjours avec colectomie totale ou avec cure de hernie inguinale. Seul point commun : la présence d'une CMAS parmi les diagnostics associés.

# une troisième étape d'adaptation à la T2A

la moyenne. L'efficacité de ces marqueurs de sévérité a été jugée insuffisante. Dans de nombreuses classifications de type DRG, les niveaux de sévérité sont plus nombreux (en général quatre en comptant le niveau sans CMA) et appliqués au niveau de chaque racine de GHM (niveau appelé « activité » dans la V11) dans les classifications les plus sophistiquées ; c'est la piste qui a été explorée dans le cadre des propositions V11. Cette modification a été considérée comme celle qui apporterait le plus de satisfaction dans l'amélioration de la valorisation des séjours médicaux à problèmes connexes, plus ou moins sévères.

## Autres modifications importantes

Les autres modifications importantes de la version 11 découlent de l'augmentation des niveaux de sévérité :

- **la refonte de la liste des CMA<sup>11</sup> était nécessaire parce qu'il fallait élargir la liste existante.** Objectif : obtenir trois groupes de « surcoûts » suffisamment différents entre eux afin de justifier l'existence de quatre niveaux (trois niveaux de sévérité plus un niveau sans sévérité)<sup>12</sup> ;
- **les règles de choix du diagnostic principal en vigueur jusqu'à la version 11 permettaient de choisir entre la maladie et sa complication en fonction de la consommation de ressources.** Cela n'a plus de sens quand on généralise les niveaux de sévérité et que l'objectif vise à payer la raison pour laquelle le patient est hospitalisé avec la racine du GHM d'une part, et la complexité (morbidité associée ou complication) avec le niveau de sévérité, d'autre part. C'est la raison pour laquelle

la définition du diagnostic principal a été adaptée. Le recueil par unité médicale avec production d'un résumé (RUM) est une spécificité française qui rend caduque n'importe quelle définition de DP puisqu'il faut, *in fine*, en choisir un, quand il y en a plusieurs pour un séjour, par des procédures automatiques et non intellectuelles ;

- **le niveau 1 de la V11 correspond toujours aux séjours sans CMA.** Les CMA étant plus nombreuses, la durée moyenne de séjour et le « coût » moyen du GHM sans CMA devenaient inférieurs à ce qu'ils étaient dans la version 10, puisqu'on enlève les cas les plus lourds. Beaucoup de niveaux 1 se rapprochaient des valeurs observées dans la CM 24 des « séjours de moins de deux jours » des versions précédentes de GHM, pour des activités équivalentes (chirurgie de la cataracte, amygdalectomie, etc.). C'est la raison pour laquelle la CM 24 a été supprimée et remplacée, pour les activités qui le justifiaient, par la création de groupes de prise en charge en ambulatoire (le numéro de GHM se termine par un J)<sup>13</sup> correspondant majoritairement à des activités « avec acte classant » ou la création de GHM de très courte durée (terminaison en T) plus fréquents dans les activités médicales<sup>14</sup>.

À la refonte des CMA, la création de quatre niveaux de sévérité, l'adaptation de la définition du DP et la suppression de la CM 24, il faut ajouter la création de nombreuses racines de GHM, y compris pour des activités chirurgicales, notamment pour séparer une activité opérée « à chaud » de celle qui est opérée « à froid »<sup>15</sup> (prothèses de

hanche pour fracture et prothèses pour arthrose, par exemple). Ce type de modification est effectué afin de continuer à préparer la classification en vue d'une convergence intersectorielle ou intra-sectorielle, dans l'éventualité où, demain, les urgences se trouvaient concentrées sur certains établissements.

## Apports de la version 11 sur la valorisation de l'activité

### Effets exclusivement V11

Ces effets resteront très théoriques en 2009, en raison des autres impacts de la campagne tarifaire (ENCC, plans de santé publique, nouvelles valorisations des bornes, contraintes sur les effets revenus, sortie de la précarité et de la PDSH des tarifs, etc.). À titre d'exemple, l'effet gagnant de la médecine, dans le secteur ex-OQN, est davantage le résultat de l'ENCC que celui de la V11.

Dans les commentaires qui suivent, les notions de « perdant » et de « gagnant » sont à distinguer de la situation financière des établissements. Un établissement « gagnant » à la version 11 peut rester déficitaire en fin d'année, et inversement, mais c'est une situation probablement plus rare. Il est évident que la notion de perdant ou de gagnant appliquée à un groupe d'établissements ne concerne qu'une tendance générale et qu'au sein de chaque groupe, il existe des établissements gagnants et d'autres perdants, compte tenu de la disparité inter-établissements observée.

Les activités de niveau 1 (sans CMA)<sup>16</sup> sont

11- C'est un travail effectué avec des méthodes statistiques tout à fait originales et facilité par l'existence d'une base de données nationale très volumineuse, constituée d'enregistrements normés sur le plan du recueil, comme du codage. Dans beaucoup de pays, la réalisation d'une telle base est rendue difficile par l'autonomie des régions, cantons, États etc.

12- De très nombreux codes ont été ajoutés à la liste des CMA, d'autres ont été supprimés. Les établissements qui focalisaient leur codage sur les CMA - au détriment de l'ensemble des diagnostics associés significatifs - ont plus de risques de ne pas être favorisés par la version 11, quand on effectue des simulations sur les bases codées initialement en version 10.

13- Il s'agit maintenant de vrais groupes d'activité ambulatoire (sans nuitée) et non plus des prises en charge chirurgicales sur moins de deux jours, comme c'était le cas dans la CM 24.

14- Comme les séjours de moins de deux jours de la CM 24, on peut dire qu'il s'agit de la partie des séjours qui met en échec les principes de la classification qui veulent qu'on explique la durée de séjour, ou les coûts, avec les autres données du résumé de séjour. Ici, on construit les groupes avec la durée de séjour par manque de marqueurs que l'on pourrait peut-être trouver dans les actes non médicaux, s'ils pouvaient être codés.

15- Termes utilisés pour ne pas entamer le débat sur l'activité programmée/non programmée ou programmable/non programmable.

16- On n'assimile pas les niveaux A (et donc B, C ou D) aux niveaux 1 (et donc 3 à 4) parce qu'il n'existe pas de modification dans les CMD qui relèvent de cette description de la sévérité (CMD 14 et 15 par exemple) hormis des conditions de durée de séjour pour accéder aux sévérités B, C ou D, inexistantes dans les versions précédentes.



# V11 des Groupes homogènes de malades :

plus proches d'un « standard » en raison de la création des nouvelles racines de GHM et de l'absence de comorbidités ou de complications significatives (ce qui n'était pas le cas des GHM non segmentés sur la présence d'une CMA dans les versions antérieures). Un établissement qui ne prend en charge que des activités très standardisées, à la fois sur le mode de prise en charge et le type de patient, aura beaucoup de difficultés à être gagnant à la V11, surtout si son éventail de cas est réduit.

L'exemple inverse n'a pas beaucoup de sens car il n'existe pas d'établissements qui ne prennent en charge que des cas non standards, et les effets seront fonction du taux d'activité standard/non standard de chaque établissement.

Dans le secteur ex-DGF, le cas des CH et CHU est caractérisé par un nombre d'activités différentes très élevé qui permet un effet de compensation entre activités perdantes et gagnantes. On observe cependant, là aussi, des disparités importantes plus faciles à comprendre dans le cas des CH, parce que leur case-mix est très lié à la taille de l'établissement.

Pour les CHU, l'effet attendu de cette version 11 des GHM peut sembler décevant, mais c'était aussi le cas de quelques versions précédentes alors qu'elles visaient à améliorer leur situation. Même s'il existe des CHU gagnants et d'autres perdants, l'effet moyen reste faible. À cela, plusieurs explications :

- qu'il s'agisse de **lourdeur d'activité ou de sévérité, toute amélioration de la description médicale est d'abord une redistribution interne**, puisque ces établissements présentent toutes les activités et situations ;
- les **CMA décrivant des complications (C) sont plus spécifiques des CHU** parce que les activités susceptibles de se compliquer y sont plus fréquentes<sup>17</sup>, mais cela représente une faible part de l'activité totale de ces établissements ; les CMA décrivant

les morbidités associées (MA) sont beaucoup plus liées à l'âge, et sont donc à la fois plus spécifiques des CH et surtout plus nombreuses en termes de séjours. Les CHU ont un taux de niveau 1 supérieur à celui des CH, en raison de la moyenne d'âge des populations respectives<sup>18</sup> ;

- **Les vrais gains et les vraies pertes ne seront connus qu'avec un codage V11 de bonne qualité.** Toutes les simulations ont été faites avec un regroupement en V11 de bases codées dans un objectif de groupement en V10. Une étude rapide montre que certains CHU ont un déficit de codage des diagnostics associés significatifs (DAS) : qui dit moins de DAS, dit moins de CMA V11 surtout si le déficit est dû à un codage orienté sur les CMA V10. Néanmoins, pour un taux équivalent de DAS codés, l'effet global de la V11 peut être différent.

## V11 et bornes basses

Il ne s'agit pas ici de discuter de la manière dont les bornes sont calculées, appliquées et valorisées (des améliorations sont toujours possibles et certaines sont en cours d'étude), mais de leur donner un sens médical, et de voir en quoi les bornes sont un complément ou un correcteur de la classification des GHM en général, et de la V11 en particulier. Le sens n'est pas différent de ce qu'il était dans les versions précédentes. Toutefois la suppression de la CM 24, et le nombre plus élevé de GHM, en raison de la segmentation en quatre niveaux de la quasi-totalité des racines de GHM, augmentent le nombre de GHM à borne basse. Les séjours de moins de deux jours étaient auparavant groupés en CM 24. Aussi faut-il une étude très minutieuse pour repérer correctement ceux qui sont moins bien ou mieux payés qu'en CM 24, quand ils sont en borne basse/V11. Les séjours en borne basse (niveaux 2 à 4) sont également souvent mieux payés avec un déclassement

de niveau à la place des 50 % du tarif en version 10.

Sur le plan du principe, il s'agit de définir, pour une activité donnée, les durées de séjour qui seront dans le GHS (groupe homogène de séjour, correspondant au tarif d'un GHM), donc payées au forfait, et celles qui seront payées autrement parce que jugées « hors normes », qu'il s'agisse de séjours trop longs ou trop courts. Pour valoriser ces cas, on utilise des moyens financiers dévolus aux séjours trop courts afin de mieux rémunérer les séjours trop longs. Si la répartition des trop longs et trop courts séjours était identique dans tous les établissements, les bornes ne seraient pas nécessaires<sup>19</sup>. C'est parce que la répartition est différente qu'il est plus juste de payer autrement ces séjours extrêmes.

Ce sont, pour l'essentiel, les bornes basses qui sont quelquefois vécues comme insuffisamment payées ou un frein à l'efficience, quand un praticien fait un effort pour diminuer la durée de séjour. Cela peut être vrai pour des prises en charge qui se trouvent être systématiquement dans le bas du forfait (cette activité est alors gagnante pour tous les séjours qui ne sont pas en borne basse), mais c'est un inconvénient qui ne peut pas être généralisé puisque le tarif couvre une large palette de durées de séjour dans chaque GHM. En effet, les bornes sont obtenues en divisant la DMS par 2,5 pour la borne basse et en la multipliant par 2,5 pour la borne haute. Cela veut dire que le tarif d'un GHM qui a une DMS de dix jours couvre tous les séjours de quatre à vingt-cinq jours. La marge de progrès dans la diminution des durées de séjour est donc suffisamment importante pour ne pas tomber dans une borne basse.

## CAS OÙ IL N'EXISTE PAS DE BORNES BASSES :

- quand la DMS d'un GHM est inférieure à 2,5 jours ;

17- Quand on calcule le taux de séjours qui sont classés dans un niveau 2 à 4, pour une racine de GHM donnée, on obtient les résultats suivants (données 2007 groupées en V11) 76,5 % pour la racine 05C02 (chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC et cathétérisme ou coronarographie), 51 % pour la 01M30 (accidents vasculaires cérébraux non transitoires), 20,5 % pour la 10C05 (Interventions sur les parathyroïdes), 1,1 % pour la 03C09 (rhinoplastie).

18- Sur la base 2007 regroupée en V11, on constate que le niveau 1 correspond à 57 % des séjours (âge moyen = 49,3 ans) dans les CH et 63,7 % (âge moyen = 47,5 ans) dans les CHU ; pour le niveau 2, on a 26,9 % (âge moyen = 70,2 ans) pour les CH et 21,2 % (âge moyen = 62,6 ans) pour les CHU ; un écart de huit ans pour le niveau 2 est une valeur élevée.

19- Si la distribution des activités, des pratiques médicales et des types de patients étaient la même dans tous les établissements, un seul GHM à l'intitulé « patient hospitalisé », et donc un seul tarif, serait suffisant.



# une troisième étape d'adaptation à la T2A

- elles ne s'appliquent pas quand le patient décède : un séjour de six jours, avec une CMA de niveau 4 dans un GHM dont la DMS est de trente-deux jours, est payé comme un séjour de soixante-quinze jours puisque le tarif du GHM couvre les séjours de douze à quatre-vingts jours ; mais ce sont toujours des exemples moins bien rémunérés qui sont produits pour démontrer « l'absurdité » des bornes basses ;
- les bornes basses qui sont à trois jours dans un niveau 2, quatre jours dans un niveau 3 et cinq jours dans un niveau 4 ne sont pas appliquées (bien que présentes dans l'arrêté prestation) puisque ces valeurs correspondent aux durées minimums pour accéder à ces niveaux.

## QUELQUES MÉCANISMES EN RELATION AVEC LE SUJET DES BORNES :

- garder un jour de plus les patients qui devraient relever d'un GHM T pour être payé en niveau 1, c'est prendre le risque

d'être en borne basse du niveau 1 et donc, d'être payé au tarif du GHM T. La journée supplémentaire n'est alors pas payée, ce qui revient à abaisser la DMS du niveau 1 et donc le tarif de l'année suivante, et à emboliser de très nombreux lits (compte tenu du nombre de séjours dans des GHM T) avec des patients qui ne relèvent d'aucune activité particulière (risque d'inadéquation) ;

- être payé en borne basse ne veut pas dire qu'on est systématiquement mal rémunéré : c'est même souvent le contraire. Un séjour de onze jours, qui est en borne basse d'un GHM de niveau 4 dont la DMS est égale à trente-deux jours, est payé en niveau 3 dont la DMS peut être de vingt et un jours (la somme qui figure dans la colonne des bornes basses est en fait la différence entre le niveau 4 et le niveau 3). Ce séjour n'est jamais déclassé une deuxième fois s'il était à nouveau en borne basse du niveau 3 comme ce serait le

cas d'un séjour de sept jours, au lieu de onze. On ne peut donc pas jouer sur la différence qui résulte entre le niveau 4 et le niveau 3 pour en déduire une perte de X milliers d'euros. La raison en est qu'une vingtaine de jours n'a pas été assumée dans le niveau 4 (éventuellement plus coûteux que la perte estimée) et que le séjour reste bien rémunéré dans le niveau 3. En revanche, le mode de présentation de la valorisation des « extrêmes bas » dans l'arrêté prestation peut donner une fausse image de la borne basse, en incitant à additionner des sommes négatives au lieu de tenir compte de la rémunération éventuellement positive du niveau 3.

Quand on analyse le contenu des RSA présents dans la partie basse des niveaux 2, 3 et 4, on constate que beaucoup de séjours relèvent de ces niveaux, non parce qu'ils présentent une CMA relevant du bon niveau, mais parce qu'ils concernent une tranche



**imagerie NTIC**  
**réseaux** système d'information  
**qualité**  
**hygiène** technologies médicales  
**soins** pharmacie  
**plateau technique** ingénierie  
**stérilisation** architecture  
**développement durable**  
**recherche** logistique  
**bimestriel**  
**sur abonnement en ligne**

[www.techniqueshospitalieres.fr](http://www.techniqueshospitalieres.fr)



# V11 des Groupes homogènes de malades :

d'âge qui sert d'équivalence à ce niveau. Lors de la mise au point de la V11, on a constaté un effet moyen de l'âge (moins de 2 ans, plus de 69 ans, plus de 79 ans) sur certaines activités. Tout se passe comme si la borne basse annulait l'effet de l'âge quand celui-ci n'a pas augmenté la durée du séjour parce que, par exemple, le patient était dans un état de santé plus proche de celui des patients du niveau de sa CMA que de celui de son surclassement.

Les bornes basses peuvent donc être perçues comme un correcteur de la classification (valorisation plus juste des cas extrêmes bas, atténuation d'un effet de surcodage, annulation d'une CMA sans effet sur la durée de séjour) ou un complément en évitant de créer trop de racines pour des effectifs insuffisants, quand il faut trouver un GHM d'accueil aux nombreux codes de diagnostics et d'actes très peu utilisés.

Bien sûr, de nombreux commentaires pourraient être formulés concernant les bornes hautes, mais elles suscitent moins de critiques. Le propos n'est pas de dire que les

bornes actuelles sont parfaites. Elles peuvent même provoquer quelques situations tout à fait anormales, et sont destinées à s'améliorer, mais elles sont nécessaires, et ont un sens médical. Il ne s'agit pas d'une solution purement technocratique destinée à récupérer des moyens financiers auprès des établissements les plus efficaces. La plupart du temps, la lecture des RSA en borne basse laisse planer un doute sur la qualité des données et, quand elles sont correctes, il s'agit très souvent de transferts pour lesquels il n'y a pas de raison de rémunérer des séjours complets.

## La V11 en 2009

La version 11 des GHM a été présentée par étapes au comité technique MCO<sup>20</sup> pendant presque trois ans. Elle a été annoncée depuis longtemps, à l'occasion de congrès ou de travaux accessibles sur le site Internet de l'ATIH. Les simulations strictement V11, utilisées pour vérifier les travaux et les tendances, s'appuyaient sur des données

ENC (et non ENCC), en coûts complets la plupart du temps. Même si les grandes tendances restent proches de celles qui ont été observées dans les simulations financières, les résultats présentés dans le cadre des travaux V11 présentent quelques différences avec ceux obtenus avec l'ENCC, et avec les modifications propres à la campagne 2009. L'effet ENCC, limité dans le secteur public, s'est avéré plus important dans le secteur ex-OQN et sans relation avec les effets V11. Devant les effets « revenus » prévisibles, les pouvoirs publics ont ajouté une contrainte pour les limiter, agissant à la fois sur les effets ENCC et V11<sup>21</sup>.

La version 11 n'a donc, pour l'instant, que des effets très limités, sauf exception, sur les revenus des établissements. Mais de fait, elle « endosse » tous les autres effets. Cette limitation a l'avantage de donner un peu de temps au temps pour vérifier les prévisions concernant l'évolution du codage, qui devrait accompagner le changement important de la liste des CMA. À partir du moment où l'on procède au diagnostic d'un sous-codage des

20- Ce comité comprend des représentants de la DHOS, de la DREES, de la HAS, des fédérations de l'hospitalisation, de l'assurance-maladie.

21- La forte contrainte sur les revenus est même à l'origine de l'inversion des tarifs des prothèses de hanche, avec tarif inférieur pour les prothèses sur fracture alors que les coûts montrent l'inverse.



**Revue**  
hospitalière de France

## Commande au numéro

Thématiques dossiers	n°	Nombres d'exemplaires commandés
Télémédecine : l'heure « H » ? – Télémédecine et gériatrie	532 - Janv-Fév10	
Réforme de la biologie médicale et accréditation – Pôles, gouvernance et stratégie territoriale	531 - Nov-Déc 09	
Précarité et T2A – Etats généraux de la bioéthique	529 - Juil-Août 09	
Attractivité des établissements et métiers - Formation : où en est-on ?	528 - Mai-Juin 09	
Géront Expo : Offre de soins gériatrique – Qualité et évaluation – Bien-être en établissement. Haute Information en santé	527 - Mars-Avril 09	
Gestion des pôles : quelle gouvernance ? - Filières de soins	526 - Jan-Fév 09	
Quel marketing à l'hôpital ? – Évaluation des pratiques professionnelles	525 - Nov-Déc 08	
Dialogue social : comment le réussir ? – Zoom sur les professionnels de santé	524 - Sept-Oct 08	

Je commande..... numéro(s) au prix de 29,86 € TTC l'unité, soit un total de ..... € TTC

**Les paiements par chèque sont à libeller à l'ordre de la Revue Hospitalière de France**

**Bulletin à retourner à :**

**Fédération Hospitalière de France** – Service abonnements RHF – 1 bis rue Cabanis – CS 41402 – 75993 PARIS Cedex 14  
Tél. : 01 44 06 84 35 Fax : 01 44 06 84 36 - E-mail : rhf.abonnements@fhf.fr

# une troisième étape d'adaptation à la T2A

diagnostics associés significatifs il faut envisager que les estimations du niveau 1 soient un peu surévaluées (un taux de séjours, difficile à mesurer, devrait se situer à un autre niveau s'ils étaient bien codés). En revanche, il n'y a pas de raison de mettre en doute l'évaluation des autres niveaux à partir du moment où les effectifs permettent de faire confiance aux mesures. Les DAS « oubliés » relèvent probablement plus volontiers des niveaux 2 (niveau le plus léger), et un peu du niveau 3, alors que ceux du niveau 4 relèvent de pathologies qui ne peuvent pas être oubliées compte tenu de leur lourdeur. On peut donc procéder à l'hypothèse que les données codées pour un groupage en V11 entraîneront une baisse des niveaux 1 par rapport à l'estimation faite avec un regroupage en V10, une légère augmentation du niveau 2 (peut-être du niveau 3) et une stabilité du niveau 4. Au moment de la rédaction de cet article, l'analyse des données des mois de mars et d'avril 2009, validées par les ARH, donne exactement ce résultat. Si les effets sur la valorisation sont limités, il n'en reste pas moins que cette version des GHM facilite beaucoup la lecture du cas-mix grâce à la suppression de la CM 24 et le rapatriement des GHM d'activité ambulatoire ou de très courte durée au niveau de chaque racine de GHM. Ces GHM ont été créés en cohérence avec l'activité médicale décrite, contrairement à ce qui existait dans la CM 24, où il n'y avait aucun obstacle au groupage d'un séjour pour pontage coro-

narien avec un retour à domicile après une journée d'hospitalisation et vivant (le GHM était du type « autres interventions de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours »). Ces cas ont été plus facilement objectivés quand ils sont arrivés dans la racine de GHM correspondant aux pontages coronariens. C'est la raison pour laquelle une confirmation de codage est maintenant demandée pour les séjours vraiment trop éloignés des durées habituelles, avec l'espoir que ces données seront corrigées quand il s'agit d'une erreur de date, de mode de sortie, d'acte ou de toute autre donnée puisque ces séjours ne seront pas payés, sauf avec une confirmation de codage (on préfère imaginer qu'en médecine, rien n'est impossible).

## La V11 demain ?

Si la version 11 des GHM ne donne pas encore sa pleine mesure parce qu'il faut d'abord absorber les effets revenus dus à l'ensemble de la campagne 2009, on peut espérer qu'après avoir levé les différentes contraintes tarifaires, elle répartira plus justement la part tarif des moyens consacrés à l'hospitalisation. Son principal avantage réside toutefois dans la marge d'évolution qu'elle comporte intrinsèquement, sans modification majeure du système de recueil. Des pistes sont explorées : les CMA pourraient ne plus se référer exclusivement à des diagnostics, mais aussi à des actes ou des médicaments ; il serait en outre possible de travailler sur le cumul de CMA d'un même

niveau ou de plusieurs niveaux (ces deux exemples étant pour mieux valoriser) ; de même, l'on pourrait tenir compte du mode de sortie « transfert » pour modifier les règles tarifaires (à la baisse) : Une remarque s'impose d'ores et déjà sur le sujet des actes à effet « CMA ». Ce rôle n'est pas envisagé pour les actes classants opératoires. Cette nouveauté ne pose pas de problème technique pour définir l'effet « CMA » d'un acte, mais, contrairement aux diagnostics patient/dépendants, les actes sont praticien/dépendants. On peut donc craindre un effet inflationniste, voire des indications limites, si avec un acte de faible coût et présentant un faible risque, on peut surclasser un séjour avec une différence de tarif susceptible de se révéler très importante. C'est toute la question que pose le rôle marqueur d'un acte non encore classant, et le rôle valorisant d'un acte qui le devient. Le taux de séjours avec transfert est souvent important dans certaines activités plutôt lourdes tirant la DMS (et donc le tarif) du niveau 1 vers le bas. C'est la raison pour laquelle une des premières modifications proposée pour la version suivante est d'augmenter de manière importante les GHM de transferts précoces, au niveau des racines de GHM qui le nécessitent. La version 11 des GHM devrait permettre une certaine stabilité que n'ont pas permise les versions précédentes, depuis que les données du PMSI MCO sont utilisées pour valoriser l'activité des établissements.



## Bulletin d'inscription Lettre **INFO** en SANTÉ sur le fichier nominatif de routage

Société / Établissement .....  
Destinataire .....  
Adresse d'expédition .....  
.....  
.....  
Tél. : ..... E-mail : .....

**Bulletin à retourner à :**  
**Fabien Viry**  
**LETTRE INFO EN SANTÉ - FHF**  
Tél. : 01 44 06 84 67  
Fax : 01 44 06 84 45  
E-mail : [f.viry@fhf.fr](mailto:f.viry@fhf.fr)

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la **Lettre Info en Santé**



HOPITAL  
EXPO

INTER  
MEDICA

18 ▶ 21 mai 2010

PARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

[www.hopitalexpo-intermedica.com](http://www.hopitalexpo-intermedica.com)

# LE RENDEZ-VOUS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Technologies - Services - Formation

ÉVÉNEMENT ASSOCIÉ

**Hit** Paris  
2010

Salon & congrès européen  
des technologies d'information de santé

Une manifestation

Organisation

