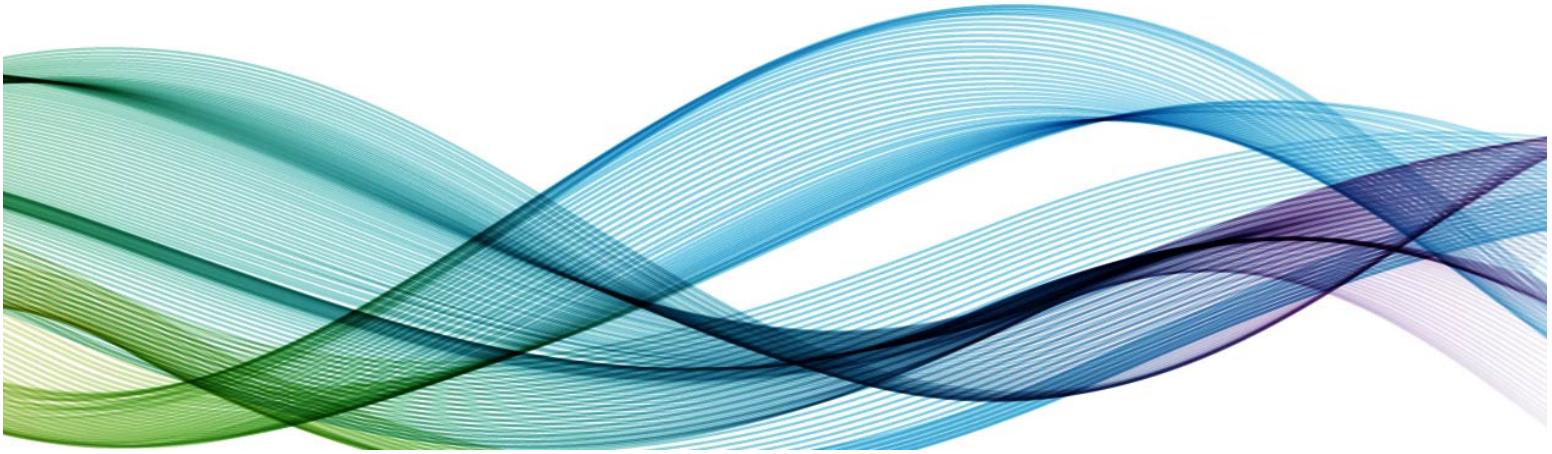


Etude comparative des financements et de l'efficience en hôpital public et établissements privés

Analyse menée par QuintilesIMS pour l'Union Collégiale

Version n°2 : 10 mars 2017

#1139119

Table des matières

Table des matières 2
Table des tableaux 4
1. Introduction 7
2. Objectifs de l'étude 9
4. Promoteur de l'étude 10
5. Méthodologie 11
5.1 Revue de la littérature 12
5.2 Présentation des bases de données 12
5.2.1 Le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) 12
5.2.2 Le PMSI 13
5.3 Méthodologie des analyses sur base de données 15
5.3.1 Financement des établissements de santé 15
5.3.1.1 Etude du financement et des coûts des établissements 15
5.3.1.2 Etude du financement de l'activité de l'Union Collégiale 19
5.3.2 Simulation de modification de la tarification 21
5.3.3 Détermination du poids de l'activité libérale au sein de l'hôpital public 22
5.3.4 Qualification des populations prises en charge et des effectifs médicaux 23
5.3.4.1 Comparaison des populations selon le type d'établissement 23
5.3.4.2 Poids des bénéficiaires de la CMU-C au sein de l'activité privée 23
5.3.4.3 Comparaison des effectifs médicaux selon le type d'établissement 23
6. Résultats 26
6.1 Financement à l'activité 26
6.1.1 Analyse quantitative de l'activité globale des établissements de santé 27
6.1.2 Analyse quantitative de l'activité sélectionnée 27
6.2 L'activité libérale à l'hôpital public 31
6.3 Autres sources de financement 32
6.3.1 Le Tarif Journalier de Prestation – TJP 32

6.3.2 Les dotations MIGAC 33
6.3.2.1 Les Missions d'Intérêt Général - MIG 34
6.3.2.2 Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation - MERRI 35
6.3.2.3 Les Aides à la Contractualisation - AC 36
6.3.2.4 Le poids des établissements privés dans la répartition des dotations MIGAC 37
6.3.3 Les enveloppes FIR et FMESPP 39
6.3.3.1 Le Fonds d'Intervention Régional - FIR 39
6.3.3.2 Le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés - FMESPP 40
6.3.4 La forme juridique des établissements et le financement par l'emprunt 42
6.4 Caractéristiques de la patientèle et des effectifs médicaux 43
6.4.1 Comparaison des populations prises en charge 43
6.4.2 Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C 44
6.4.3 Comparaison des effectifs médicaux 45
7. Synthèse et conclusion 47
7.1 Discussion 47
7.2 Limites de l'étude 49
Annexe 1 – Liste des 258 actes marqueurs 50

Table des tableaux

Tableau 1 – Grands postes de coûts présentés dans l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) 2014 pour les établissements de santé publics et privés 17
Tableau 2 - Répartition des actes sélectionnés selon la spécialité du praticien 20
Tableau 3 – Différentiel de coût des GHM entre secteur public et privé 26
Tableau 4 – Comparaison de la répartition de l'activité et des coûts (perspective « Tous Payeurs ») de l'ensemble des séjours entre établissement de santé publics et privés 27
Tableau 5 - Comparaison de la répartition de l'activité et des tarifs (perspective « Assurance Maladie ») de l'ensemble des séjours entre établissements de santé publics et privés 27
Tableau 6 - Poids de l'activité sélectionnée par le syndicat l'Union Collégiale (en nombre de séjours) 28
Tableau 7 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement sans dépassements d'honoraires 28
Tableau 8 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement avec inclusion des dépassements d'honoraires 28
Tableau 9 – Montant unitaire moyen des GHS selon le type d'établissement, avec et sans inclusion des dépassements 29
Tableau 10 – Durée Moyenne de Séjour et Participation Forfaitaire moyenne selon le secteur d'hospitalisation 29
Tableau 11 – Poids de la participation forfaitaire sur le montant total des GHS selon le secteur d'hospitalisation 29
Tableau 12 – Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les hôpitaux publics, par catégorie d'actes 30
Tableau 13 - Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les cliniques, par catégorie d'actes 30
Tableau 14 - Simulation de l'application des tarifs publics ou privés des GHS à l'ensemble des séjours et identification des économies potentielles 31
Tableau 15 – Poids de l'activité libérale à l'hôpital public en nombre de séjours et montants remboursés 32
Tableau 16 – Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) et dépense remboursée par la Sécurité Sociale et l'Etat en 2015 (en Md€) 33
Tableau 17- Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Analyse portant sur l'activité totale) 45
Tableau 18 – Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Focus sur l'activité sélectionné par l'Union Collégiale) 45
Tableau 19 - Comparaison du ratio « Activité / Effectifs » entre établissements de santé publics et privés en 2014 46

Table des figures

Figure 1 - Sources utilisées au cours de l'étude 11
Figure 2 - Origine des données du PMSI et du SNIIRAM 15
Figure 3 - Méthodologie utilisée pour l'analyse en perspective « Tous Payeurs » (1) et en perspective « Assurance Maladie » (2) de l'ensemble de l'activité hospitalière 19
Figure 4 – Méthodologie utilisée pour la comparaison des effectifs médicaux entre établissements publics et privés 24
Figure 5 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé 35
Figure 6 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé 36
Figure 7 - Répartition des montants alloués dans le cadre des Aides à la Contractualisation pour l'année 2010 36
Figure 8 – Répartition des aides à la contractualisation entre missions et selon le type d'établissement de santé 37
Figure 9 - Evolution de l'enveloppe MIGAC entre 2013 et 2015 38
Figure 10 – Simulation d'une répartition des dotations MIGAC entre les établissements selon leur volume d'activité 39
Figure 11 - Répartition des actions du FIR financées par l'Assurance Maladie en 2014 (en millions d'euros) 40
Figure 12 - Répartition du FMESPP selon le type d'établissement 41
Figure 13 - Simulation d'une répartition des enveloppes FIR et FMESPP entre les établissements selon leur volume d'activité 41
Figure 14 – Evolution de la rentabilité nette des cliniques 42
Figure 15 – Evolution de la rentabilité nette des hôpitaux publics 42
Figure 16 - Moyenne d'âge selon le type d'établissement 44
Figure 17 - Répartition homme/femme selon le type d'établissement 44
Figure 18 - Répartition de l'ensemble des financements selon le statut de l'établissement de santé 48

Table des abréviations

ALD : Affections Longue Durée
AMU : Aide Médicale Urgente
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AM : Assurance maladie
ARS : Agence Régionale de Santé
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies en version 10
CMU-C : Couverture maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DAMIR : Dépenses d'Assurance Maladie Inter-Régimes
DA : Diagnostic Associé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DP : Diagnostic Principal
DR : Diagnostic Relié
EGB : Echantillon Général des Bénéficiaires
ENC : Echelle Nationale des Coûts
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FJH : Forfait Journalier Hospitalier
GHM : Groupement Homogène de Malades
GHS : Groupement Homogène de Séjours
HAPI : HArmonisation et de Partage d'Information
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PF : Participation Forfaitaire
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
RSA : Résumé Standard Anonymisé
RSS : Résumé Standardisé de Sortie
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SAE : Statistique Annuel des Etablissements
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SNIREP : Système National d'Information Inter-Régimes des Etablissements Privés
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TM : Ticket Modérateur

1. Introduction

Le financement des soins chirurgicaux et obstétriques dans les établissements publics différaient du financement des mêmes soins dans les établissements privés[1]. Les premiers étaient financés au moyen de la dotation globale depuis 1983. Les soins dans les établissements privés étaient eux financés au moyen de prix de séjour pour les établissements et d'une tarification à l'acte pour les professionnels médicaux.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié profondément cette situation. Elle a institué un mode de financement quasi similaire pour l'ensemble des établissements reposant sur une tarification par séjour.

Néanmoins, la loi de 2004 maintenait un certain nombre de différences tant dans les mécanismes que dans le niveau de la tarification. Ainsi, les soins chirurgicaux et obstétriques dans les établissements publics sont financés uniquement à partir d'un tarif de séjour alors que les soins dans les établissements privés restent financés par un système dual : tarification des séjours pour les établissements et tarification des actes pour les professionnels médicaux. Par ailleurs, le financement des missions d'intérêt général et de l'accompagnement au moyen de forfaits (MIGAC) est presque exclusivement réservé aux établissements publics. Enfin, le niveau des tarifs des établissements publics sont généralement supérieurs à l'addition des tarifs du secteur privé et du tarif des actes correspondants.

La loi prévoyait en 2004 un processus de convergence tarifaire sur plusieurs années, du fait des différences initiales des financements par établissements et par secteur. Ce processus a été supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Il faut toutefois noter que cette convergence se limitait aux seuls tarifs des séjours et excluaient toutes les autres sources de financement.

En 2017, des différences importantes de financement des soins chirurgicaux et obstétriques subsistent malgré ces efforts de convergence et le travail de clarification des financements menés par l'Etat depuis 10 ans, notamment en ce qui concerne les MIGAC.

Différentes études ont mises en exergue ces différences en se concentrant principalement sur le financement de l'activité. Nous pouvons citer l'étude de l'ATIH de 2012 qui montrait la différence du coût moyen du GHS, cette différence étant liée au niveau des prix et aussi à la structure des activités et à la non inclusion des honoraires dans le secteur privé. L'étude publiée par le BLOC[2] met aussi en exergue pour les seuls actes de chirurgie et obstétrique cette différence entre le niveau de la tarification en ayant corrigé par les effets de structure et en ayant intégré les honoraires y compris les compléments d'honoraires encore appelés « dépassements ».

[1] Les établissements privés à but non lucratif ont, dans cette étude, été assimilés à des établissements publics dès lors que les règles de tarification à l'activité sont les mêmes pour ces deux types d'établissements. Néanmoins, il peut exister des différences sur les autres types de financement mais peu de données sont disponibles.

[2] Rapport HEVA « Etude nationale du poids des honoraires sur les coûts totaux des prises en charge hospitalière » (2013)

Les raisons de cet écart de financement sont liées à de nombreux facteurs parmi lesquelles les missions attribuées aux établissements, les statuts des professionnels, la patientèle mais aussi l'évolution historique des financements et probablement l'efficience des organisations et des établissements. L'étude la plus complète réalisée à ce jour pour comprendre l'impact de certains de ces facteurs est l'étude publiée dans Economie et Statistique en 2013 par Brigitte Dormont et Carine Milcent sur des données de 1998 à 2003, antérieures à la réforme T2A.

Le but de la présente étude, précisé ci-dessous, est de dresser un panorama le plus complet possible des différences de financement entre le secteur public et le secteur privé en ne se limitant pas au seul financement à l'activité.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de comparer l'ensemble des financements dédiés aux établissements de santé pour dresser le panorama le plus complet possible de potentielles disparités entre hôpitaux publics et cliniques privées. Ce panorama comprend les éléments liés à l'activité (niveaux des tarifs, honoraires et compléments d'honoraires) mais aussi les autres financements existant.

L'étude se concentre principalement sur l'activité de soins chirurgicaux et obstétriques décrites à partir de 258 actes. Ce choix correspond à l'activité principale des adhérents de l'Union Collégiale mais aussi à des activités qui sont réellement partagés entre public et privé. Néanmoins il faut noter qu'un certain nombre de financements sont liés à l'activité globale des établissements et ne peuvent que difficilement être discriminés en fonction des types d'activité.

4. Promoteur de l'étude

L'Union Collégiale,
25 rue du tendat
81 000 ALBI

Dr Jean MARTY, membre du SYNGOF
Dr Bertrand DE ROCHAMBEAU, Président du SYNGOF, Co-Président LE BLOC
Dr Philippe CUQ, Président de l'UCDF, Co-Président LE BLOC
Dr Jérôme VERT, Président de l'AAL, Co-Président LE BLOC

5. Méthodologie

L'approche mise en œuvre pour mener cette étude a été divisée en trois étapes (**Figure 1**):

1) La première partie de l'étude a consisté en une approche qualitative basée sur une revue de la littérature. Le principal objectif de cette phase a été d'évaluer le contexte actuel de financement des hôpitaux publics et des cliniques. L'étude de différentes publications et rapports publiés par les autorités de santé, fédérations d'hospitaliers et autres acteurs du secteur a permis d'identifier les différences de financement, que ce soit sur les sources, les montants alloués ou encore les critères d'éligibilités des établissements.
2) Une fois les sources de financement identifiées, une analyse quantitative portant sur l'activité globale des établissements de santé a été réalisée en se basant sur les données issues du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC). Cette étape a été l'occasion de procéder à une comparaison du nombre de séjours accomplis au sein de chaque type d'établissements et d'y associer les montants relatifs au financement à l'activité. Un focus sur la place de l'activité des spécialités de médecins membres de l'Union Collégiale a aussi été réalisé.
3) La suite de l'analyse s'est appuyée sur les données issues de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), à travers l'un de ses datamarts, le Système National d'Information Inter Régimes des Etablissements Privés (SNIREP), afin d'intégrer les montants des dépassements aux résultats identifiés en amont grâce au PMSI. L'objectif de cette dernière étape a donc été de mesurer le poids des compléments d'honoraires dans le financement de l'hospitalisation.

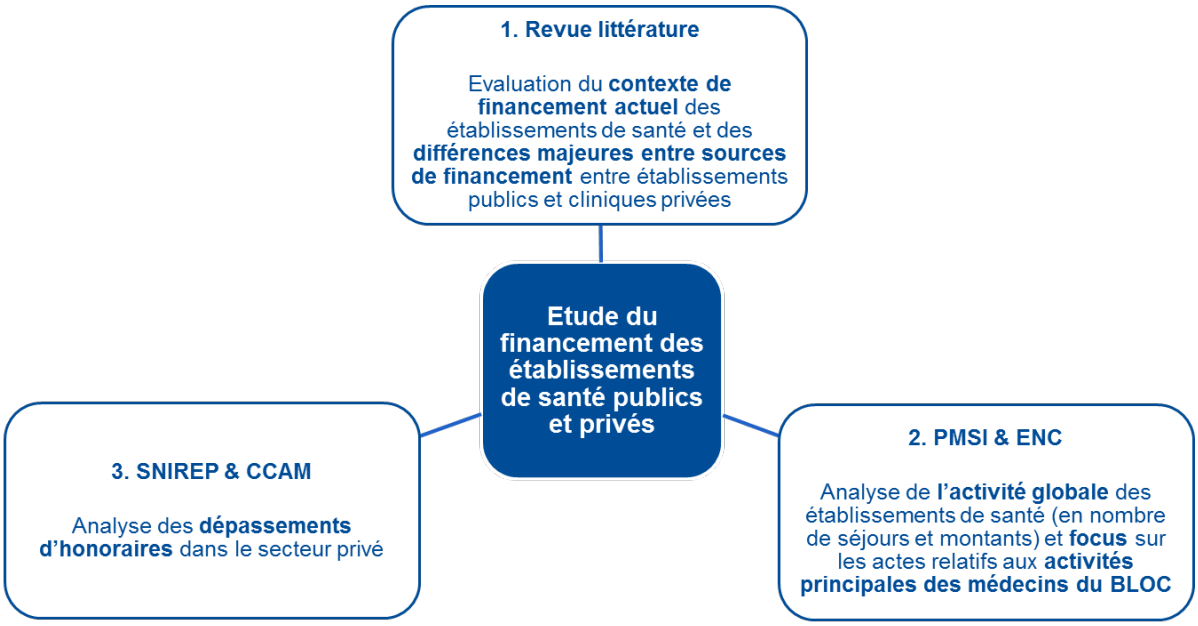


Figure 1 - Sources utilisées au cours de l'étude

5.1 Revue de la littérature

Afin d'identifier les sources de financement des établissements de santé français de la manière la plus exhaustive possible, une revue de la littérature a été menée. Des publications rédigées par les autorités, l'administration, les financeurs du système de soins ainsi que les fédérations d'hospitaliers ont ainsi été examinée.

Les éléments étudiés sont les suivants :

- Annexes de la LFSS (2017),
- Comptes de la Santé (2015 et 2016),
- Rapports de la Cour des Comptes sur le financement de la Sécurité Sociale (2015 et 2016),
- Sites internet de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) et de la Fédération Hospitalière de France (FHF),
- Rapport IGAS « L'Hôpital » (2012),
- Rapport 703 du Sénat fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé (2012),
- Circulaires DGOS (2015 et 2016),
- Rapports de la Commissions aux Comptes de la Sécurité Sociale (2015 et 2016),
- Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privé (2015),
- Rapport d'étape sur la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé (2016),
- Rapport HEVA « Etude nationale du poids des honoraires sur les coûts totaux des prises en charge hospitalière » (2013),
- Rapport du Bloc « Accès aux soins chirurgicaux et dépassements des tarifs » (2015)
- Série en date de remboursement de l'Assurance Maladie (2015 et 2016)
- Rapport ATIH « Analyse de l'activité hospitalière » (2012),
- Etude de B. Dormont, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire » (2012).

5.2 Présentation des bases de données

5.2.1 Le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)

Le SNIIRAM créé en 1998 par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), est une base nationale de données de remboursement (**Figure 2**) dont la gestion a été confiée à la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Le SNIIRAM remplit plusieurs objectifs, dont le principal est l'amélioration de la gestion de l'Assurance Maladie (AM) grâce à la connaissance des liquidations des principaux régimes (Régime Général, Mutualité Sociale Agricole et Régime Social des Indépendants) et l'analyse des dépenses publiques de santé. Ces données de remboursement de l'AM sont aussi un ensemble riche d'informations sur les parcours de soins des patients, la consommation de soins et la comparaison des pratiques par rapport aux référentiels.

Les données du SNIIRAM sont exhaustives sur tous les Régimes de l'AM en médecine de ville et hospitalisation et individualisées par bénéficiaire.
Il est difficile de faire une liste exhaustive des données présentes dans le SNIIRAM tant ses informations sont abondantes. Au niveau des assurés, nous pouvons citer les dates de naissance et de décès, le sexe, le statut de Couverture maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), les Affections Longue Durée (ALD), le département de résidence, etc. Pour les soins de ville, tous les actes remboursés sont présents avec le codage détaillé (consultations et visites, actes médicaux, dispositifs médicaux, médicaments, biologie), ainsi que les montants remboursés et des informations sur l'offre de soins (spécialités des professionnels de santé prescripteur et exécutant).

Le portail SNIIRAM permet ainsi l'accès à de nombreuses données dont la restitution se fait sous plusieurs formes[3] :

- Des données **sans individualisation des bénéficiaires** : C'est le cas des datamarts agrégés (sans individualisation des offreurs de soins) et des datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissements) où les données sont agrégées par thématiques afin de répondre à des problématiques particulières. Parmi les datamarts les plus connus, il est possible de citer les Dépenses d'Assurance Maladie Inter-Régimes (DAMIR) permettant le suivi des dépenses, l'analyse de l'Offre de Soins Libérale ou encore le SNIREP qui se concentre sur les établissements de santé privés.
- Des données **avec individualisation des bénéficiaires** :
    - L'Echantillon Général des Bénéficiaires (EGB) au 97ème de la population protégée, permet de réaliser des études longitudinales et d'analyser le parcours individuel de plus de 600 000 bénéficiaires en ville et à l'hôpital.
    - La base de données individuelles des bénéficiaires permettant de réaliser des études sur la consommation de soins.

Au cours de cette étude, les données issues d'un des datamart du SNIIRAM, le SNIREP, permettant ainsi d'obtenir des données individuelles sur les établissements privés ont été utilisées.

5.2.2 Le PMSI

Les données du SNIIRAM sont chainées aux données du PMSI, une base nationale exhaustive répertoriant l'ensemble des séjours hospitaliers de tous les établissements français de soins publics et privés (**Figure 2**). Elle est gérée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). D'abord utilisé en court séjour MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique), le PMSI est à présent utilisé pour les Soins de Suite et de Réadaptation (PMSI SSR) ainsi que la psychiatrie (PMSI PSY).
Un identifiant unique à chaque patient permet de tracer le parcours hospitalier du patient au cours du temps.

[3] http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/structure-du-sniiram.php

Depuis 2004, les données du SNIIRAM et celles du PMSI-MCO ont été chaînées au niveau de chaque identifiant patient, permettant ainsi un suivi longitudinal du parcours de soin d'un patient en ville et à l'hôpital, dans la mesure où le patient est hospitalisé dans un service de MCO.
Les données disponibles sont de différentes natures :

- **Démographique** : âge, sexe, lieu de résidence du patient, décès, etc.
- **Médicale** : diagnostics (principal, relié et associé(s)), actes médicaux pratiqués (dont actes chirurgicaux), durée de séjour, mois de sortie du patient.
- **Médicament et DMI en sus** : uniquement pour les établissements publics
- **Economique** : tarif associé à chaque séjour hospitalier, depuis 2008

Dans la pratique, le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics ainsi que les actes réalisés pendant le séjour. Les diagnostics sont codés dans la base selon la Classification Internationale des Maladies en version 10 (CIM-10) et les actes médicaux sont codés selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).
Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). Chaque unité médicale produit un Résume d'Unité Médicale (RUM) par patient. Deux parties composent ce RUM :

- ***une partie médicale*** : Cette partie renseigne les informations médicales de la prise en charge avec la liste des diagnostics codés en CIM10, d'une part, et des actes médicaux codés en CCAM, d'autre part. Les diagnostics sont hiérarchisés selon un diagnostic principal (DP), des diagnostics associés (DA), et des diagnostics reliés (DR). Le diagnostic principal justifie le motif de recours à l'hospitalisation, et les diagnostics associés complètent les informations relatives au diagnostic principal en désignant les pathologies concomitantes qui ont alourdi la prise en charge. Le rôle des diagnostics associés est essentiel dans le GHM puisqu'ils attribuent le niveau de sévérité. Enfin, les diagnostics reliés précisent la prise en charge du diagnostic principal en désignant les maladies chroniques ou de longue durée.
- ***une partie administrative*** : Les données administratives des patients issues du bureau des entrées et des sorties d'un établissement de santé viennent compléter les informations du RUM. Ces informations concernent l'identité du patient, notamment sa date de naissance, son type d'admission avec les dates d'entrée et de sortie, ses modalités d'entrée (depuis le domicile, par les urgences, etc.), et de sortie (retour domicile, décès, etc.).

À la sortie du patient, le RUM devient un RSS (Résumé Standardisé de Sortie) qui est alors classé dans un GHM avant d'être anonymisé pour produire les Résumé Standard Anonymisé (RSA). Chaque RSS est obligatoirement classé dans un seul GHM. L'ensemble des RSA produits par les établissements sont ensuite télétransmis sur une plateforme e-PMSI permettant ainsi leur facturation auprès de l'Assurance maladie. La base PMSI est alors consolidée au niveau national par l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière).

Ainsi, le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et les actes réalisés pendant le séjour.

Chaque GHM correspond à un ou plusieurs Groupement Homogène de Séjour (GHS), ce dernier introduisant une notion tarifaire en rapport permettant le financement des établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité.

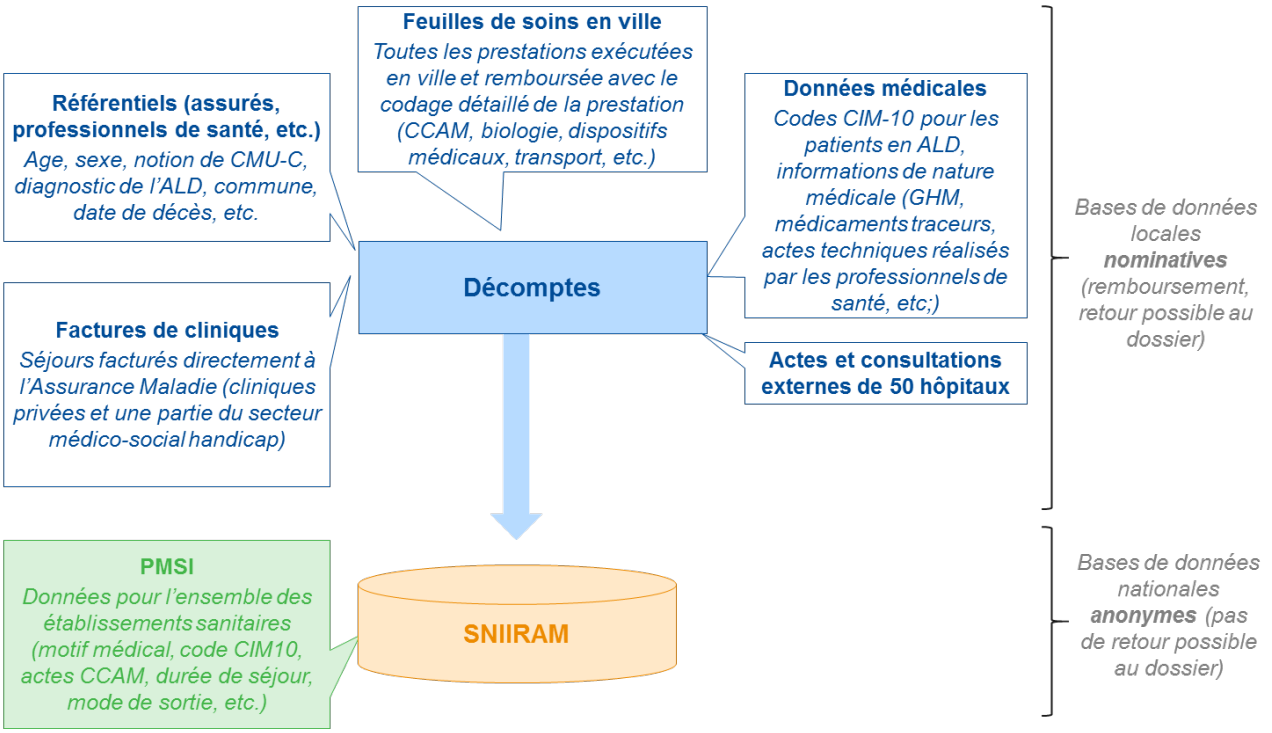


Figure 2 - Origine des données du PMSI et du SNIIRAM

5.3 Méthodologie des analyses sur base de données

5.3.1 Financement des établissements de santé

5.3.1.1 Etude du financement et des coûts des établissements

La première étape de l'étude a porté sur l'analyse des coûts et du financement global de l'hospitalisation grâce aux données du PMSI-MCO et de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) 2014[4]. L'objectif était de comparer de manière générale les activités relatives aux hôpitaux publics et cliniques, que ce soit en nombre de séjours ou en coûts. Pour cela, deux perspectives ont été utilisées :

[4] http://www.scansante.fr/r%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-co%C3%BBts-mco-2014

(1) Analyse des coûts des établissements (**Figure 3**)

L'analyse globale a tout d'abord été réalisée dans une perspective « Tous Payeurs », c'est-à-dire en prenant en compte l'ensemble des coûts des établissements.

La première partie de l'analyse des coûts a porté sur les variations des coûts unitaires public/privé des GHM (hors dépassements d'honoraires). Afin de travailler à périmètres comparables, les GHM pour lesquels au moins un séjour a été recensé en 2014 pour chaque secteur ont été sélectionnés. Pour chacun de ces GHM, les coûts affichés dans l'ENC dans le cadre d'une hospitalisation public et privé ont été identifiés lorsqu'ils étaient disponibles. Ces coûts ont ensuite été pondérés par le nombre de séjours afin que les montants soient comparés.

Par la suite, le coût total de l'hospitalisation par type de secteur a été calculé. Pour cela, chaque GHM s'est vu attribué le nombre de séjours réalisés en 2014 et ces données ont été multiplié par leur coût unitaire dans les hôpitaux publics et dans les cliniques à partir des données de l'ENC, permettant ainsi d'obtenir le coût total de chaque GHM pour chaque secteur. La totalité des montants identifiés ont été sommés afin d'obtenir le coût total de l'hospitalisation public et privé en 2014.
L'ENC présentant le détail du coût de chaque grand poste pour l'ensemble des GHM, l'analyse en perspective « Tous Payeurs » a aussi été l'occasion de s'intéresser aux différences de répartition de ces grands postes de coûts entre établissements publics et privés (**Tableau 1**).
Pour l'ensemble des GHM, le montant relatif à chaque grand poste de coût a été divisé par le coût total du GHM afin d'obtenir le poids des différents postes.

Cependant, en raison de variations au sein de l'ENC dans la façon de traiter les différents postes de coûts entre établissements publics et privés, une comparaison plus spécifique a dû être menée au sujet du poids des honoraires médicaux. En effet, alors que ces derniers sont présentés séparément pour les cliniques, ils sont dilués au sein des postes « Honoraires », « Dépenses cliniques » et « Dépenses médicotechniques » pour les hôpitaux publics.
Ainsi, pour chaque GHM relatif à un séjour en établissement public, les dépenses concernant le personnel médical et sa rémunération ont été isolées et sommées avant d'être divisées par le montant total du GHM permettant ainsi d'obtenir le poids des honoraires publics et de pouvoir le comparer avec le secteur privé :

$$Poids\ de\ la\ rémunération\ du\ personnel\ médical = \frac{\begin{array}{c} Montant\ des\ Honoraires + \\ Montant\ des\ dépenses\ cliniques\ "personnel\ médial\ " + \\ Montant\ des\ dépenses\ médico-techniques\ "personnel\ médical" \end{array}}{Montant\ total\ du\ GHM}$$

Afin que les résultats soient exploitables, les résultats obtenus pour chaque GHM ont été rassemblés par catégorie d'actes (**Tableau 2**) en pondérant le poids des honoraires par le nombre de séjours réalisés.

Tableau 1 – Grands postes de coûts présentés dans l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) 2014 pour les établissements de santé publics et privés

	Grand poste de coûts	*Public*	*Privé*
Dépense des activités cliniques	Dépenses cliniques	x	x
	Surveillance Continue (SC)	x	x
	Soins Intensifs (SI)	x	x
	Réanimation (REA)	x	x
Dépenses médico-techniques (MT)	Anesthésie	x	x
	Bloc opératoire	x	x
	Bloc-Gynéco-obstétrical	x	x
	Dialyse	x	
	Exploration fonctionnelle	x	
	Radiologie	x	
	Echographie	x	
	Médecine nucléraire	x	
	IRM	x	
	Imagerie interventionnelle	x	
	Autres techniques d'imagerie	x	
	Laboratoire B	x	
	Laboratoire génétique B	x	
	Laboratoire ICR	x	
	Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	x	
	Laboratoire génétique Hors nomenclature (BHN)	x	
	Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	x	
	Radiothérapie	x	
	SMUR terrestre	x	
	Urgences	x	x
	Caisson hyperbare	x	
	Autres MT	x	
Logisitque et Gestion générale	Blanchisserie	x	x
	Restauration	x	x
	Accueil et gestion des malades		x
	Services administratifs à caractère général	x	x
	Services administratifs liés au personnel	x	
	DSI	x	
	Entretien maintenance	x	x
	Services hoteliers	x	x
Logisitique Médicale	Pharmacie	x	x
	Stérilisation	x	x
	Génie Biomédical	x	x
	Hygiène et vigilance	x	
Charges directes hors honoraires	Spécialités pharmaceutiques facturables en sus	x	x
	Spécialités pharmaceutiques non facturables en sus	x	x
	DMI facturables en sus	x	x
	DMI non facturables en sus	x	x
	Autres consommables y compris liste traceurs	x	x
Honoraires	Honoraires médicaux - Laboratoires - Autres		x
	Honoraires médicaux - Imagerie		x
	Honoraires médicaux - Anesthésie		x
	Honoraires médicaux - Chirurgie		x
	Honoraires médicaux - Autres actes médicaux		x
	Honoraires et rémunération à l'acte	x	
Participation des salariés			x
Structure	Structure financier	x	x
	Structure immobilier	x	x

(2) *Analyse en perspective « Assurance Maladie et payeurs privés»* (**Figure 3**)

L'activité globale des établissements de santé a également été analysée selon une perspective « Assurance Maladie », où seuls les financements apportés par la Sécurité Sociale à travers le tarif des GHS ont été étudiés. Cependant, contrairement aux GHM qui sont directement comparables entre établissements publics et privés, plusieurs ajustement ont été nécessaire afin de travailler sur des périmètres équivalents et ainsi d'apprécier les différences entre les deux types d'établissements. Les écarts lissés lors de l'analyse sont les suivants :

- **La participation forfaitaire** (PF) : bien qu'elle soit de 18€ pour les deux types d'établissements[5], la PF est corrélée à la durée de séjour qui peut être variable entre établissements de santé,
- **Les honoraires** : les tarifs privés des GHS ne comprennent pas les honoraires contrairement aux tarifs publics.

Ainsi, après avoir identifié le tarif public et le tarif privé ainsi que la Durée Moyenne de Séjour (DMS) par type d'établissement pour chaque GHS grâce à l'ENC 2014, la PF a été retirée des tarifs unitaires grâce à la formule suivante :

$$Tarif\ hors\ PF = Tarif - (18\ x\ DMS\ moyenne)$$

Suite à cela, l'intégration des honoraires aux tarifs des GHS privés a nécessité de s'appuyer sur l'analyse en perspective « Tous Payeurs » réalisée en amont. En effet, l'ENC détaille le coût de chaque GHM par grand poste de coût (dépenses des activités cliniques, dépenses médio-techniques, logistique et gestion générale, logistique générale, charges directes dont honoraires et coûts de structures), permettant ainsi d'estimer le poids des honoraires médicaux pour chacun d'entre eux. Ainsi, par définition, le poids des honoraires des GHM a pu être intégré au tarif des GHS correspondant, tels que:

$$Tarif\ hors\ PF\ avec\ HON = \frac{\text{Tarif hors Participation Forfaitaire}}{(1 - \text{Poids honoraires})}$$

[5] http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php

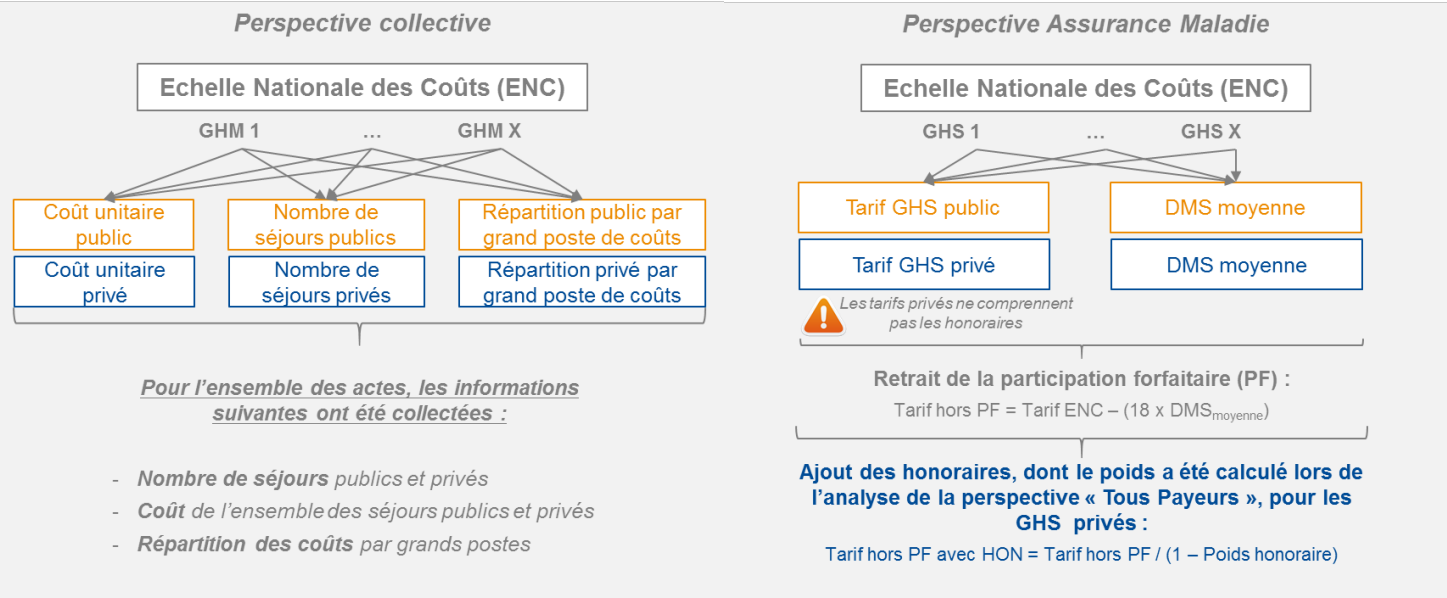


Figure 3 - Méthodologie utilisée pour l'analyse en perspective « Tous Payeurs » (1) et en perspective « Assurance Maladie » (2) de l'ensemble de l'activité hospitalière

5.3.1.2 Etude du financement de l'activité de l'Union Collégiale

L'étude s'est concentrée sur l'activité des adhérents de l'Union Collégiale afin de pouvoir mieux comparer les financements sur une activité réalisée par les deux secteurs en part équivalente.
L'intégration des compléments honoraires n'a ainsi porté que sur une sélection d'interventions résumant l'essentiel de l'offre de soins chirurgicale. En effet, étant donné que les dépassements d'honoraires ne sont pas accessibles au sein du PMSI, que ce soit à travers le coût des GHM ou le tarif des GHS, il a été nécessaire d'intégrer les données du SNIIRAM dans l'analyse.

L'Union Collégiale, en accord avec les syndicats et les sociétés savantes, a sélectionné un échantillon de 48 interventions chirurgicales et obstétriques représentatives de la pratique sur lesquels la suite de l'analyse s'est concentrée. Ces 48 interventions sont liées à 258 actes marqueurs, chaque acte étant lui-même associé à une spécialité médicale. De cette manière, l'étude a pu couvrir les dépassements d'honoraires pour un total de 11 spécialités médicales présentées dans le **Tableau 2.**

Tableau 2 - Répartition des actes sélectionnés selon la spécialité du praticien

Catégorie d'actes	Nombre d'actes	Etablissements publics	Etablissements privés
Chirurgie Gynéco-obstétrique	45	5,7%	2,0%
Chirurgie ORL	45	0,8%	0,4%
Chirugie Urologique + Chirurgie Vasculaire	10 + 13	1,1%	1,1%
Chirurgie Générale	22	1,8%	0,9%
Chirurgie Orthopédique	5	1,2%	1,2%
Ophtalmologie	13	1,0%	1,9%
Chirurgie infantile	7	0,3%	0,1%
Chirurgie maxillo-faciale	57	0,1%	0,1%
Neurochirugie	14	0,4%	0,4%
Chirurgie cardio-thoracique	27	1,1%	0,4%
Total	**258**	**13%**	**9%**

Suite à leur sélection, une extraction de la base CCAM a permis de disposer d'informations en structure de dépense et en volume d'activité des établissements privés pour chacun de ces actes, à savoir :

- *Code actes* : plusieurs actes peuvent être réalisés au sein d'un même séjour (actes de radiologies, actes d'imagerie, etc.). Pour chaque séjour, l'ensemble de ces actes sont renseignées grâce à un code CCAM spécifique.
- *Base de remboursement (BR) :* La BR correspond au montant pris en considération par l'Assurance Maladie avant application du taux de remboursement. Il s'agit du tarif conventionnel pour les Professionnels de Santé.
- *Montant remboursé*
- *Dépassements :* Ils apparaissent supérieurs à 0 lorsque les prix pratiqués par les Professionnels de Santé sont supérieurs aux tarifs de convention fixés pour chaque acte médical par la Sécurité Sociale.
- *Quantité :* nombre d'actes réalisés

Etant donné l'absence d'informations relatives aux compléments d'honoraires dans le PMSI, l'ajout des dépassements aux montants totaux des GHS précédemment calculés a été réalisé grâce aux données issues de la CCAM. Pour cela, les montants des dépassements relatifs aux actes (actes et anesthésie) réalisés au sein d'établissements privés ont été sommés pour chacun des actes sélectionnés par l'Union Collégiale. Le total des dépassements a ensuite été calculé en rapportant le résultat trouvé par la CCAM au nombre de séjours réalisés au sein de cliniques en 2014 puis en divisant le résultat obtenu par le nombre de séjours issus de la CCAM. Le total obtenu a ensuite été ajouté au montant global des GHS (honoraires compris) pour l'activité sélectionnée, montant précédemment identifié grâce au PMSI.

5.3.2 Simulation de modification de la tarification

Afin d'évaluer le potentiel d'économies générées par l'application des tarifs GHS publics ou privés à l'ensemble des séjours, une simulation de modification de la tarification a été réalisée sur l'activité sélectionnée par l'Union Collégiale.

Pour cela, les **tarifs publics** des GHS précédemment calculés ont été appliqués à l'ensemble des séjours réalisés au sein d'établissements de santé en 2014, qu'il s'agisse d'hôpitaux publics ou de cliniques. Cette simulation a été qualifiée de « 100% public » :

$$
\begin{aligned}
&Simulation\ tarifaire\ 100\%\ public \\
&\quad = Tarif\ public\ GHS1\ x\ (Nombre\ de\ séjours\ GHS1\ réalisés\ en\ hôpitaux\ publics \\
&\quad + Nombre\ de\ séjours\ GHS1\ réalisés\ en\ cliniques\ ) \\
&\quad + \cdots \\
&\quad + \ Tarif\ public\ GHSn\ x\ (Nombre\ de\ séjours\ GHSn\ réalisés\ en\ hôpitaux\ publics \\
&\quad + Nombre\ de\ séjours\ GHSn\ réalisés\ en\ cliniques)
\end{aligned}
$$

La même méthodologie a été utilisée en s'appuyant sur les **tarifs privés** des GHS. Cette simulation a été qualifiée de « 100% privé » :

$$
\begin{aligned}
&Simulation\ tarifaire\ 100\%\ privé \\
&\quad = Tarif\ privé\ GHS1\ x\ (Nombre\ de\ séjours\ GHS1\ réalisés\ en\ hôpitaux\ publics \\
&\quad + Nombre\ de\ séjours\ GHS1\ réalisés\ en\ cliniques) \\
&\quad + \cdots \\
&\quad + \ Tarif\ privé\ GHSn\ x\ (Nombre\ de\ séjours\ GHSn\ réalisés\ en\ hôpitaux\ publics \\
&\quad + Nombre\ de\ séjours\ GHSn\ réalisés\ en\ cliniques)
\end{aligned}
$$

Afin de mesurer le surcoût ou l'économie potentielle généré par l'application des tarifs privés ou publics à l'ensemble des séjours, le montant des dépenses actuelles (répartition réelle public-privé) a été soustrait dans un premier temps à la simulation « 100% public » puis « 100% privé » :

$$
\begin{aligned}
&Surcoût\ potentiel\ généré\ par\ une\ tarification\ 100\%\ public \\
&\quad = \ (Coût\ de\ l'activité\ sélectionnée\ avec\ une\ tarification\ 100\%\ public) \\
&\quad - (Coût\ de\ l'activité\ sélectionée\ avec\ une\ répartition\ réelle\ de\ la\ tarification)
\end{aligned}
$$

$$
\begin{aligned}
&Surcoût\ potentiel\ généré\ par\ une\ tarification\ 100\%\ privé \\
&\quad = \ (Coût\ de\ l'activité\ sélectionnée\ avec\ une\ tarification\ 100\%\ privé) \\
&\quad - (Coût\ de\ l'activité\ sélectionée\ avec\ une\ répartition\ réelle\ de\ la\ tarification)
\end{aligned}
$$

5.3.3 Détermination du poids de l'activité libérale au sein de l'hôpital public

Certains praticiens exerçant à temps plein au sein d'hôpitaux publics sont autorisés à pratiquer une activité libérale au sein de leur établissement d'exercice[6]. Dans ce cadre, un contrat d'activité libérale est conclu entre l'hôpital et le professionnel de santé, précisant notamment les activités autorisées (consultations externes, actes médicotechniques et soins en hospitalisation). Afin de compenser le service rendu par l'établissement au praticien (utilisation des locaux, du matériel d'imagerie, etc.), ce dernier s'engage à reverser une redevance à l'établissement. Cette redevance, fixée par la circulaire interministérielle DHOS-M3 n°2008-313 du 16 octobre 2008, représente un pourcentage des honoraires perçus par le praticien, en intégrant les éventuels dépassements. Les taux de redevances sont les suivants :

- Consultations :
  - 16 % pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU),
  - 15 % pour les centres hospitaliers (CH).
- Actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie :
  - 25 % pour les CHU,
  - 16 % pour les CH.
- Actes d'imagerie (autres que les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z), de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie :
  - 60 % pour les CHU et les CH.
- Actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z :
  - 40 % pour les CHU,
  - 20 % pour les CH.

Dans le cadre de notre analyse, le montant total des actes réalisés par un praticien libéral au sein d'un établissement public a été déterminé grâce aux données issues de la CCAM. Cette base de donnée fournie notamment la nature de l'exercice avec un code spécifique pour les actes réalisés par des praticiens libéraux au sein d'établissements publics (Nature d'exercice 4). Cette nature d'exercice a ainsi été utilisée comme clé d'entrée sur l'ensemble des actes relatifs à l'activité des praticiens de l'Union Collégiale en 2014 et les montants des remboursements associés ont été isolés et sommés afin d'obtenir l'ensemble de la dépense associée.

Le montant obtenu n'étant relatif qu'à l'activité des praticiens de l'Union Collégiale, soit aux 258 actes retenus, une revalorisation a été réalisée pour obtenir une estimation du montant de l'activité libérale à l'hôpital pour la totalité de l'activité hospitalière de 2014.

[6] Règle de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - Activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé - 12/11/09

5.3.4 Qualification des populations prises en charge et des effectifs médicaux

5.3.4.1 Comparaison des populations selon le type d'établissement

La comparabilité des populations prises en charge dans les deux secteurs d'activité a été étudiée sur l'activité sélectionnée par l'Union Collégiale. Pour cela, une analyse portant sur les informations disponibles dans le PMSI a été réalisée, à savoir la moyenne d'âge et de la répartition par sexe :

- ***Moyenne d'âge*** : la moyenne d'âge des patients a été calculée de manière globale, puis par sexe, en pondérant à chaque fois par le nombre de séjours. La comparaison statistique a été réalisée selon la loi de Student au risque 1%.

- ***Répartition par sexe*** : Tout comme pour la moyenne d'âge, la répartition par sexe a été pondérée par le nombre de séjours. Un test de comparaison de proportion a été réalisé au risque 1% selon une loi de CHI-2.

5.3.4.2 Poids des bénéficiaires de la CMU-C au sein de l'activité privée

En parallèle de la comparaison des populations prises en charge dans les hôpitaux publics et les cliniques, une analyse du taux d'actes réalisés auprès de patients bénéficiaires de la CMU-C au sein des établissements privés a été réalisée. Le PMSI ne fournissant pas d'informations sur l'attribution ou non du statut « bénéficiaire de la CMU-C » aux patients traités au sein des établissements de santé, cette étude n'a pas pu être étendue aux actes réalisés au sein d'hôpitaux publics.

Ainsi, une extraction de l'ensemble des actes de la CCAM réalisés au cours de l'année 2014 a été réalisée afin d'obtenir l'information pour l'ensemble du secteur privé MCO. Pour s'assurer de l'obtention de résultats représentatifs du secteur privé, un filtre a été appliqué sur la nature de l'exercice afin d'écarter les actes réalisés au sein d'un établissement public dans le cadre d'une activité libérale (nature d'exercice n°4). Le poids des actes réalisés au cours de la prise en charge d'un patient bénéficiaire de la CMU-C a ainsi pu être mesuré.

5.3.4.3 Comparaison des effectifs médicaux selon le type d'établissement

Afin de comparer la répartition des effectifs de médecins entre les établissements publics et les cliniques, une analyse portant sur le personnel des spécialités chirurgicales relatives aux catégories d'actes étudiées a été réalisée (**Figure 4**).

Pour ce faire, les effectifs relatifs aux 11 spécialités chirurgicales présentées dans le **Tableau 2**Tableau 2 - Répartition des actes sélectionnés selon la spécialité du praticien ont été extraits de la base Statistique Annuel des Etablissements (SAE) 2015 qui est une enquête administrative obligatoire réalisée auprès de l'ensemble des établissements de santé français par la DREES afin de recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnel médicaux et non-médicaux[7].

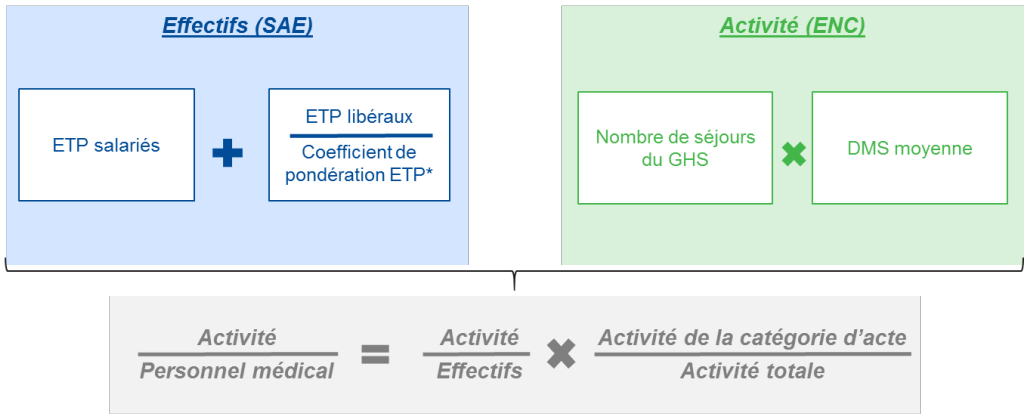
La base SAE permet d'obtenir une information détaillée par établissement en termes d'effectifs médicaux mais également sous forme d'Equivalents Temps Pleins (ETP) salariés et libéraux. Le personnel médical libéral ne travaillant généralement pas à temps plein au sein des établissements de santé, comme cela peut être le cas pour le personnel médical salarié, et la base SAE ne fournissant pas les ETP pour les praticiens libéraux, il a été nécessaire dans un premier temps de pondérer le poids de ces derniers en appliquant aux effectifs réels un coefficient calculé de la manière suivante :

$$Coefficient\ de\ pondération\ ETP = \frac{Effectif\ total}{ETP\ moyen\ annuel}$$

Les ETP ainsi obtenus ont ensuite été ramenés à l'activité réalisée au sein des établissements de santé, c'est-à-dire au nombre séjours, grâce à la formule suivante :

$$\frac{Activité}{Personnel\ médical} = \frac{Activité}{Effectifs} \times \frac{Activité\ de\ la\ catégorie\ d'acte}{Activité\ total}$$

Le ratio obtenu a ensuite été comparé pour chaque catégorie d'acte, et donc pour chaque spécialité, entre hôpitaux publics et cliniques (**Figure 4**).



Le coefficient de pondération ETP correspond au rapport (Effectifs salariés / ETP salariés)

Figure 4 – Méthodologie utilisée pour la comparaison des effectifs médicaux entre établissements publics et privés

[7] http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae

Nous n'avons pu aller au-delà de cette analyse car nous ne disposions pas de données équivalentes aux données d'activité des professionnels libéraux. Il serait sûrement intéressant pour mieux comprendre les différences de fonctionnement entre le secteur public et le secteur privé d'obtenir des données d'activité plus précises par praticien hospitalier. L'exploitation des données de codage pourrait permettre de produire une première analyse de ce type.

6. Résultats

La revue de la littérature réalisée en amont de l'analyse quantitative a permis d'identifier quatre éléments générateurs d'écarts de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques, à savoir :

- La tarification à l'activité (T2A)
- Les dotations MIGAC
- Les enveloppes FIR et FMESPP
- Le statut des établissements

L'analyse quantitative réalisée sur les tarifs GHS et les coûts des GHM grâce aux données du PMSI et du SNIIRAM seront traitées dans un premier temps avant d'aborder les trois autres éléments d'un point de vue quantitatif.

6.1 Financement à l'activité

La principale différence de rétribution observée dans le financement des établissements de santé est le financement à l'activité appliqué aux établissements selon leur statut. En effet, les tarifs des GHS ne couvrent pas le même périmètre entre le public et le privé. Alors que le tarif public couvre l'ensemble de la prestation réalisée par l'établissement, celui du privé ne rémunère que la clinique et le personnel non médical. Ainsi, les honoraires du personnel médical et certains examens sont financés en sus du tarif des GHS.

La FHP a mis en avant des différences de tarifs entre hôpitaux publics et cliniques avec une moyenne inférieure de 26%[8] pour les actes réalisés au sein d'établissements privés.
Dans le cadre de cette étude, une analyse des coûts a été menée afin de valider ces résultats grâce aux données du PMSI-MCO et de l'ENC 2014. Ainsi, à périmètre comparable (sélection des GHM, avec des séjours enregistrés dans les secteurs privé et public en 2014 et tarifs disponibles dans l'ENC pour les deux secteurs). Les résultats obtenus présentés dans le Tableau 3 – Différentiel de coût des GHM entre secteur public et privé**Tableau 3** confirment les variations observées par la FHP entre établissements publics et privés, mais cette fois sur le coût des GHM avec un différentiel de 31% en faveur des hôpitaux publics (hors dépassements d'honoraires).

Tableau 3 – Différentiel de coût des GHM entre secteur public et privé

	Coût unitaire
Secteur public	2 255,44 €
Secteur privé	1 557,03 €
Différentiel public/privé	***31%***

L'écart de 5% est relativement faible et peut s'expliquer tant par des effets de structures au sein des GHM que par les résultats financiers différents des établissements : alors que les établissements privés sont

[8] http://www.bridge-communication.com/2011/06/10/assurance-maladie-la-fhp-mco-denonce-laccumulation-irresponsable-de-deficits-colossaux/

généralement en excédent les établissements publics sont globalement en déficit. Ainsi, il apparaît normal que l'écart des coûts soient légèrement plus élevé que l'écart des tarifs.

6.1.1 Analyse quantitative de l'activité globale des établissements de santé

L'un des objectifs de l'analyse quantitative réalisée ci-après était de mesurer le poids de l'intégration des honoraires médicaux dans les écarts de tarification entre les secteurs public et privé.

Pour cela, une comparaison de l'activité entre établissements de santé privés et publics selon une perspective coût ou « tous payeurs » (**Tableau 4**) et une perspective « Assurance Maladie » (**Tableau 5**) a tout d'abord été réalisée. Ainsi, quelle que soit la perspective utilisée, la différence de financement entre établissements publics et privés ne semble pas corrélée à l'activité 2014 mesurée en nombre de séjours. Alors que les cliniques prennent en charge 40% des séjours, elles ne perçoivent qu'un quart des financements liés à l'activité.

Tableau 4 – Comparaison de la répartition de l'activité et des coûts (perspective « Tous Payeurs ») de l'ensemble des séjours entre établissement de santé publics et privés

	Nombre de séjours	%	Coûts *(perspective Tous payeurs)*	%
Etablissements publics	16 894 955	**60%**	38 893 498 191 €	**76%**
Cliniques privées	11 186 937	**40%**	12 083 120 049 €	**24%**

Tableau 5 - Comparaison de la répartition de l'activité et des tarifs (perspective « Assurance Maladie ») de l'ensemble des séjours entre établissements de santé publics et privés

	Nombre de séjours	%	*Tarifs*	%
Etablissements publics	16 894 955	**60%**	27 931 445 388 €	**75%**
Cliniques privées	11 186 937	**40%**	9 254 008 665 €	**25%**

6.1.2 Analyse quantitative de l'activité sélectionnée

La suite de l'analyse a porté sur la seule activité de chirurgie et d'obstétrique retracée à travers les 258 actes marqueurs présentés en **Annexe 1.**

Il est à noter que ces 258 actes représentent respectivement 9% et 15% de l'activité des établissements publics et des cliniques en 2014 (**Tableau 6**). Ainsi, si l'activité est réellement partagée entre les deux secteurs, les résultats ci-dessous ne portent que sur 11% de l'activité totale des établissements de santé.

Tableau 6 - Poids de l'activité sélectionnée par le syndicat l'Union Collégiale (en nombre de séjours)

	Nombre de séjours *Activité globale*	*Nombre de séjours Activité sélectionnée*	%
Etablissements publics	16 894 955	1 498 310	**8,9 %**
Cliniques privées	11 186 937	1 672 742	**15,0 %**
TOTAL	28 081 892	3 171 052	**11,3 %**

Pour les actes de chirurgie et d'obstétrique sélectionnés, la part des cliniques dans la prise en charge hospitalière est équivalente à celle des hôpitaux publics, avec juste un peu plus de la moitié des séjours en cliniques privés. Le montant des financements attribué aux établissements privés s'établit à 42% et n'aboutit pas à une répartition public/privé équivalente au poids de l'activité, et cela que ce soit avant ou après inclusion des dépassements d'honoraires (**Tableau 7** et **Tableau 8**).

Tableau 7 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement sans dépassements d'honoraires

Sans dépassements	Nombre de séjours	%	Montant total des GHS *(perspective Assurance Maladie)*	%
Etablissements publics	1 498 310	**47%**	3 932 018 782 €	**59%**
Cliniques privées	1 672 742	**53%**	2 767 607 090 €	**41%**

Tableau 8 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement avec inclusion des dépassements d'honoraires

Avec dépassements	Nombre de séjours	%	Montant total des GHS *(perspective Assurance Maladie)*	%
Etablissements publics	1 498 310	**47%**	3 932 018 782 €	**56%**
Cliniques privées	1 672 742	**53%**	3 072 353 649€	**44%**

En rapportant les montants totaux des GHS précédemment obtenus au nombre de séjours réalisés par chaque typologie d'établissements (**Tableau 9**), le montant unitaire des GHS ainsi est environ 60% plus élevé dans les hôpitaux publics.

Tableau 9 – Montant unitaire moyen des GHS selon le type d'établissement, avec et sans inclusion des dépassements

	Montant unitaire des GHS sans dépassements	Montant unitaire des GHS avec dépassements
Etablissements publics	2 624 €	2 624 €
Cliniques privées	1 655 €	1 837 €

Cet écart s'explique par le niveau des tarifs mais surtout par la différence de structure de l'activité y compris pour les actes sélectionnés. Les écarts du tarif moyen des GHS sont parfois un peu trompeurs comme cela a été constaté dans l'étude publiée par l'ATIH en 2012. Néanmoins, l'écart subsiste après la correction de l'effet structure comme le montre l'analyse ci-dessous.

Comme cela a été abordé dans la méthodologie, il a été nécessaire de soustraire le montant de la participation forfaitaire (PF) des tarifs des GHS afin de travailler à périmètre comparable entre secteur public et privé, notamment en raison de Durées Moyennes de Séjour (DMS) variables entre les deux secteurs hospitaliers. Les résultats obtenus, présentés dans le **Tableau 11**, montrent des variations entre hôpitaux et cliniques. En effet, la PF fixée à 18€ pour l'ensemble des établissements a un poids plus conséquent au sein des GHS privés (3,5%) que publics où ils atteignent 2,7%. Cependant, bien que le poids de la PF soit plus important, il est intéressant de noter que la DMS moyenne reste 2 fois plus élevée en durée et en valeur dans les établissements publics par rapport aux cliniques (**Tableau 10**).
La sévérité des cas de prise en charge est une première piste pouvant potentiellement expliquer les différences observées entre les deux secteurs. Une autre explication réside dans les techniques opératoires et notamment le recours plus fréquents dans les cliniques à la chirurgie ambulatoire.

Tableau 10 – Durée Moyenne de Séjour et Participation Forfaitaire moyenne selon le secteur d'hospitalisation

	Nombre de séjours	DMS moyenne	PF moyenne par séjour
Secteur public	1 498 310	4,0	72
Secteur privé	1 672 742	2,3	42

Tableau 11 – Poids de la participation forfaitaire sur le montant total des GHS selon le secteur d'hospitalisation

	Montant total de la PF	Montant total avec PF	Poids de la PF
Public	107 145 332 €	4 039 164 114 €	2,7%
Privé (sans honoraires)	69 711 985 €	1 940 065 368 €	3,6%
Privé (avec honoraires)	69 711 985 €	2 004 909 569 €	3,5%

Un focus a ensuite été réalisé sur le poids des honoraires du personnel médical et les variations pouvant exister entre établissements publics et privés (**Tableau 12** et **Tableau 13**). Le poids des honoraires médicaux au sein des GHS est globalement deux fois plus élevé pour les cliniques que pour les hôpitaux publics. En comparant les spécialités entre elles, il est à noter que l'ordonnancement des catégories

d'actes, et donc des spécialités médicales, est dans son ensemble comparable entre secteurs publics et privés excepté pour la chirurgie maxillo-faciale qui arrive en première place dans le public, mais seulement en 7ème position dans le privé.

Tableau 12 – Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les hôpitaux publics, par catégorie d'actes

	Public - Avec structure				
	Poids honoraires	Poids dépenses cliniques "Personnel médical"	Poids dépenses médico-techniques "Personnel médical"	Poids Honoraires + Rémunération	*Ranking*
Chirurgie Maxillo-faciale	1,7%	5,5%	11,5%	18,7%	**1**
Chirurgie ORL	1,5%	5,6%	11,1%	18,2%	**2**
Ophtalmologie	5,2%	3,0%	10,0%	18,1%	**3**
Gybécologie - Obstétrique	0,8%	5,6%	11,3%	17,7%	**4**
Chirurgie	2,7%	5,9%	8,8%	17,4%	**5**
Chirurgie Générale	1,5%	6,5%	9,3%	17,3%	**6**
Chirurgie Infantile	1,5%	5,6%	10,1%	17,2%	**7**
Chirurgie Cardiaque	1,8%	5,8%	7,3%	14,9%	**8**
Chirurgie Orthopédique	1,9%	4,1%	8,3%	14,3%	**9**
Neurochirurgie	0,8%	5,5%	7,3%	13,6%	**10**

Tableau 13 - Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les cliniques, par catégorie d'actes

	Privé - Avec structure				
	Poids honoraires	Poids dépenses cliniques "Personnel médical"	Poids dépenses médico-techniques "Personnel médical"	Poids Honoraires + Rémunération	*Ranking*
Gybécologie - Obstétrique	30,4%	2,8%	7,1%	40,2%	**1**
Ophtalmologie	34,7%	0,0%	0,2%	35,0%	**2**
Chirurgie ORL	34,6%	0,1%	0,1%	34,8%	**3**
Chirurgie Cardiaque	34,0%	0,1%	0,0%	34,1%	**4**
Chirurgie Infantile	31,0%	0,0%	0,2%	31,2%	**5**
Chirurgie	30,5%	0,1%	0,1%	30,7%	**6**
Chirurgie Maxillo-faciale	30,4%	0,1%	0,1%	30,6%	**7**
Chirurgie Générale	29,7%	0,1%	0,1%	30,0%	**8**
Neurochirurgie	25,3%	0,1%	0,1%	25,5%	**9**
Chirurgie Orthopédique	23,8%	0,1%	0,1%	24,1%	**10**

Afin d'évaluer le potentiel d'économies générées par l'application des tarifs GHS publics ou privés à l'ensemble des séjours, une simulation de modification de la tarification a été réalisée (**Tableau 14**Tableau 14 - Simulation de l'application des tarifs publics ou privés des GHS à l'ensemble des séjours et identification des économies potentielles).

Ainsi, l'application des tarifs publics à l'ensemble des séjours relatifs à l'activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée conduirait à une dépense supplémentaire de plus de 300M€. Au contraire, l'application des tarifs privés (avec dépassements d'honoraires) à l'activité sélectionnée, soit seulement 11% de l'activité hospitalière totale, permettrait une économie de plus de 320M€. Les tarifs des cliniques privées, dépassements compris, s'établissent à 91,8% du tarif des hôpitaux publics sur l'activité sélectionnée.

Tableau 14 - Simulation de l'application des tarifs publics ou privés des GHS à l'ensemble des séjours et identification des économies potentielles

	Activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée (avec dépassements privés) *Perspective Assurance Maladie*
Dépenses actuelles pour les séjours sélectionnés	7 004 099 951 €
Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifés au tarif public	7 333 556 999 €
Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifés au tarif privé	6 679 820 621 €
(100% public) – (100% privé)	**653 736 378 €**
Dépense supplémentaire si les tarifs publics étaient adoptés pour les séjours privés	**329 457 048 €**
Economie réalisée si les tarifs privés étaient adoptés pour les séjours publics	**- 324 279 330 €**

6.2 L'activité libérale à l'hôpital public

En parallèle de l'activité à proprement parler des établissements publics et privés, un focus a été réalisé sur l'activité libérale de certains praticiens au sein des hôpitaux publics. Cette activité est assez particulière car elle conduit les établissements publics à pratiquer un mode de tarification proche de celui du secteur privé : les établissements facturent les séjours et les professionnels médicaux leurs honoraires.

L'établissement public a un double avantage dans ce type d'activité par rapport à l'activité publique standard : il reçoit le GHS à taux plein alors qu'il ne verse pas de salaire au professionnel médical et perçoit une redevance du praticien en fonction de ses honoraires.
Il est difficile de mesurer l'impact financier de cette activité sur les établissements de santé faute de données sur les coûts médicaux évités par les établissements. Néanmoins, nous pouvons extraire du SNIREP l'ensemble des actes de chirurgie et d'obstétriques sélectionnés et réalisés dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital. Ainsi, 75 949 actes réalisés au sein d'hôpitaux publics dans le cadre d'une activité libérale ont été identifiés en 2014. La somme des montants remboursés dans le cadre de cette activité particulière s'élève ainsi à 37,9M€ (**Tableau 15**).

Cependant, l'activité libérale sélectionnée dans le cadre de cette étude ne représentant que 15% de l'activité totale de 2014, le montant précédemment obtenu a été extrapolé linéairement à l'ensemble de l'activité du secteur privé, relevant ainsi le poids de l'activité libérale à l'hôpital à 252,8M€ (**Tableau 15**).

Tableau 15 – Poids de l'activité libérale à l'hôpital public en nombre de séjours et montants remboursés

	Activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée	Extrapolation à l'activité hospitalière totale
Etablissements publics	75 949	506 327
Cliniques privées	37 917 974 €	252 786 493 €

6.3 Autres sources de financement

6.3.1 Le Tarif Journalier de Prestation – TJP

Avant la réforme de la Tarification à l'activité (T2A), la participation des patients aux charges des établissements de santé se faisait de deux manières :

- Par le biais du paiement du Forfait Journalier Hospitalier (FJH) déterminé à un niveau national comme indiqué ci-dessous
- A travers le ticket modérateur (TM) hospitalier de 20 % appliqué aux tarifs journaliers de prestations (TJP) déterminé par chaque établissement, pour les séjours liés à des actes dont le tarif est inférieur au seuil entrainant l'exonération du ticket modérateur tant pour le séjour que pour les actes liés.

Avec l'arrivée de la T2A et la mise en place des GHS, il a été nécessaire de trouver un moyen de maintenir à niveau les recettes du titre II, à savoir la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers. Pour cela, il a été décidé de maintenir le TM à 20% des TJP et de l'appliquer à un tarif plus large dans le secteur public, finançant à présent toutes les composantes de la T2A, y compris les MIGAC et les forfaits annuels d'urgence et de greffes.

Par conséquent, une différence majeure existe entre secteur public et privé au sujet du TM étant donné que ce dernier est calculé en se basant sur le TJP pour le secteur public alors que pour les cliniques, ce sont les tarifs des GHS qui sont utilisés comme base. Ainsi, les patients hospitalisés dans un établissement publics participent aux prestations qui leurs sont dispensées, mais aussi aux MIGAC et autres forfaits annuels[9].

D'autre part, des inégalités existent aussi entre hôpitaux publics étant dont donné que, bien que le montant du TM est déterminé légalement, chaque établissement est libre de fixer le montant du TJP.

Bien que les autorités de santé aient connaissances de grandes disparités existantes à ce jour et qu'elles souhaitent une harmonisation des TJP appliqués au sein des établissements publics, aucune réelle mesure d'ajustement n'a encore été mise en place. En effet, l'article 48 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016 a reporté à 2020 la réforme du mode de calcul de la participation financière des assurés aux frais d'hospitalisation.

[9] Rapport de la Cour des Comptes 2009 – Chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

D'après les résultats des comptes de la santé (**Tableau 16**), les montants totaux du ticket modérateur, du forfait journalier et l'ensemble des participations forfaitaires et franchises s'élèvent à 5,1Md€ en 2015 pour les établissements publics de santé et 0,8Md€ pour les cliniques pour l'ensemble de leur activité.

Tableau 16 – Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) et dépense remboursée par la Sécurité Sociale et l'Etat en 2015 (en Md€)

	Dépense de base remboursée (Sécurité Sociale + Etat) (1)	Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, franchises (2)	Dépense reconnue (3) = (1) + (2)	Dépassements (4)	Dépense présentée au remboursement (5) = (3) + (4)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7) = (5) + (6)
Soins hospitaliers	**83,4**	**5,9**	**89,3**	**1**	**90,3**	**0,5**	**90,8**
Soins hospitaliers - Secteur public	65,0	5,1	70,1	0,0	70,1	0,0	70,1
Soins hospitaliers - Secteur privé	18,4	0,8	19,2	1,0	20,1	0,5	20,7

Toutefois, dans le cadre de cette étude portant sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique, les tarifs journaliers ne semblent pas avoir d'impact car le montant unitaire des actes conduit dans la quasi-totalité des cas à une exonération du ticket modérateur.

6.3.2 Les dotations MIGAC

En parallèle de la tarification de l'activité hospitalière, les Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation (MIGAC) présentent aussi des variations de financements entre les secteurs public et privé. L'objectif des dotations finançant les MIGAC est de compenser les charges liées à la réalisation de missions d'enseignement et de recherche, de missions d'intérêt général et à la contractualisation par une dotation complémentaire. Une circulaire édictée chaque année par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) présente la liste des missions éligibles à ces dotations. L'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont éligibles à ces dotations à partir du moment où certains critères sont respectés. Il est par exemple possible de citer pour certaines missions :

- La signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le cas des MIG,
- L'obtention d'une autorisation pour certaines activités telles que les urgences avec une autorisation d'Aide Médicale Urgente (AMU),
- Une justification par analyse de l'activité de l'établissement qu'il existe un besoin non couvert,
- La capacité de l'établissement à prendre en charge la mission sans nécessité d'investissement majeur (formation de personnel, aménagement des locaux, etc.)

Les MIGAC se répartissent en 3 grands types de missions :

- Les Missions d'Intérêt Général (MIG),
- Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation (MERRI),
- Les Aides à la Contractualisation (AC).

6.3.2.1 Les Missions d'Intérêt Général - MIG

Les MIG sont des activités spécifiques difficiles à financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel, soit en raison de l'absence de GHS ou de codifications adaptées dans la CCAM, soit parce qu'elles peuvent difficilement être rattachées à un patient donné.

La liste des MIG (autres que MERRI), telle que fixée depuis l'arrêté du 9 mars 2011, recouvre les activités suivantes des établissements de santé :

- ***La participation aux missions de santé publique :***
  - vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence,
  - formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires,
  - aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR),
  - Etc.

- ***La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques :***
  - politique hospitalière (ex : participation à l'étude nationale de coûts),
  - dialogue social dans les établissements de santé publics et privés.

- ***La participation aux dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques :***
  - prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires),
  - prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé,
  - prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Ces missions sont financées grâce à une enveloppe de 1,7Md€ en 2015, en légère augmentation depuis 2013. La grande majorité (98,8%) de cette enveloppe est attribuée à des projets réalisés au sein d'établissements publics, ne laissant ainsi que 21M€ de dotations aux cliniques (**Figure 5**).

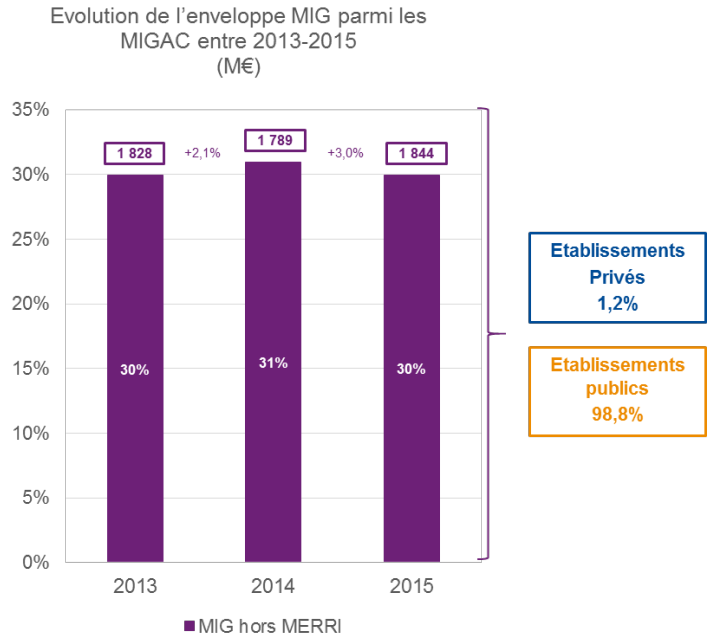


Figure 5 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé

6.3.2.2 Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation - MERRI

Les établissements qui participant aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) peuvent bénéficier des financements relatifs à cette dotation. Ainsi, l'enveloppe MERRI couvre les champs suivants :

- la **recherche médicale et l'innovation**, notamment la recherche clinique (ex : programme hospitalier de recherche clinique national),
- **l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux** (ex : remboursement de la rémunération des internes),
- la **recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées** ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares),
- les **activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs** (ex : laboratoires de génétique).

Depuis 2013, le montant alloué aux MERRI ne cesse d'augmenter pour atteindre près de 3Md€ en 2015. Cependant, les établissements de santé ne sont pas égaux face à l'attribution des dotations MERRI étant donné que la quasi-totalité de l'enveloppe (99,8%) revient aux établissements de santé publics (**Figure 6**).

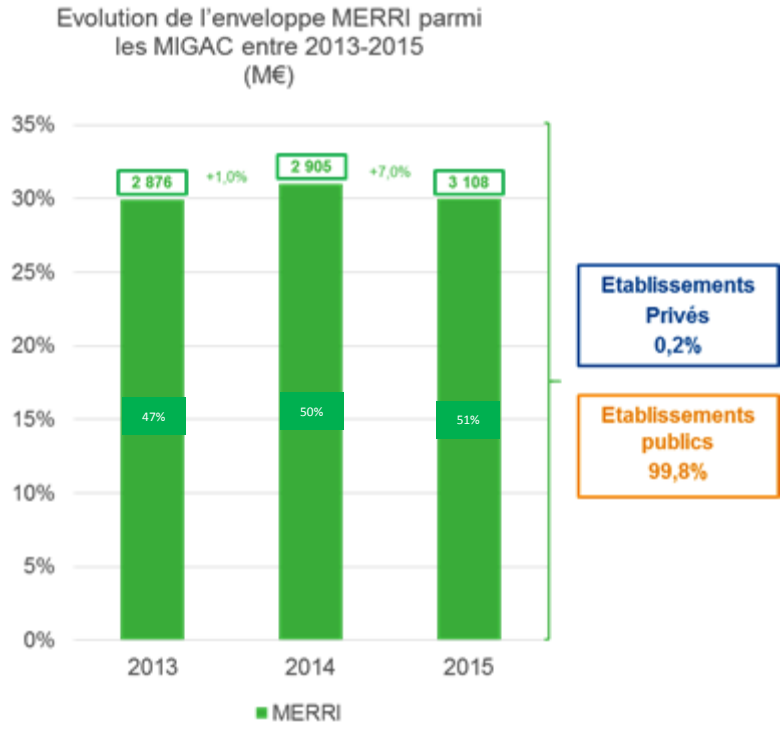


Figure 6 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé

6.3.2.3 Les Aides à la Contractualisation - AC

Les aides à la contractualisation (AC) ont été conçues de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour l'accompagnement de la montée en charge du modèle de financement T2A.

Il existe à ce jour 6 catégories d'aide à la contractualisation dont la répartition est présentée en **Figure 7**.

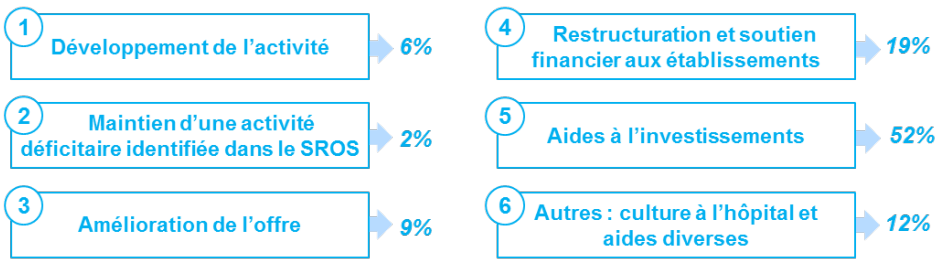


Figure 7 - Répartition des montants alloués dans le cadre des Aides à la Contractualisation pour l'année 2010

Après une chute en 2014, les aides à la contractualisation se stabilisent à environ 20% de la totalité de l'enveloppe MIGAC en 2015, soit un peu plus d'un milliard d'euros. Comme pour les MIG et MERRI, les aides à la contractualisation sont inégalement réparties entre établissements publics et privés étant donné que les cliniques ne touchent que 3,5% de la totalité de cette dotation (**Figure 8**).

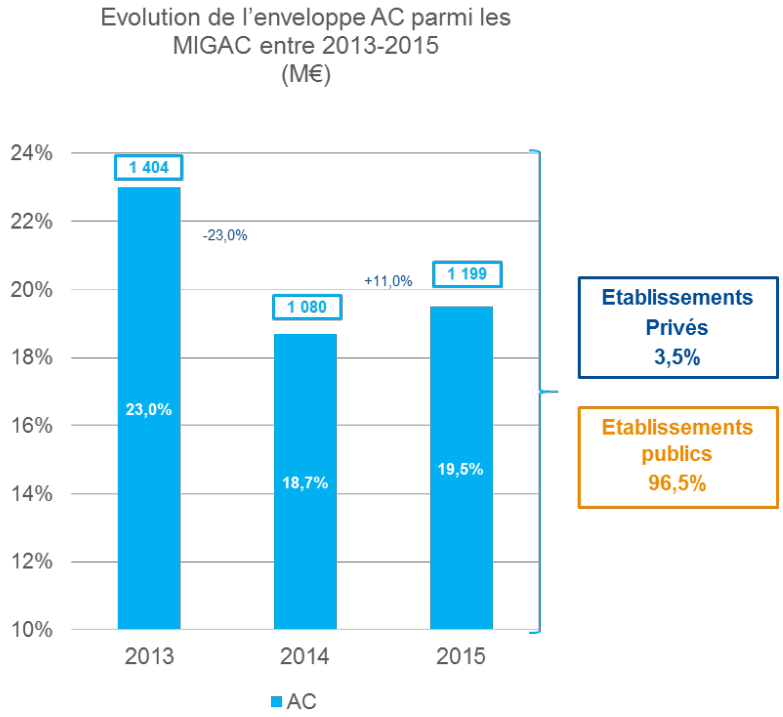


Figure 8 – Répartition des aides à la contractualisation entre missions et selon le type d'établissement de santé

6.3.2.4 Le poids des établissements privés dans la répartition des dotations MIGAC

En 2014, les établissements publics ont perçu 5 827M€ au titre des dotations MIGAC contre 68M€ pour les cliniques. Par conséquent, seuls 1,15% de l'enveloppe MIGAC ont été versés aux établissements privés, contre 0,8% en 2013 (**Figure 9**).

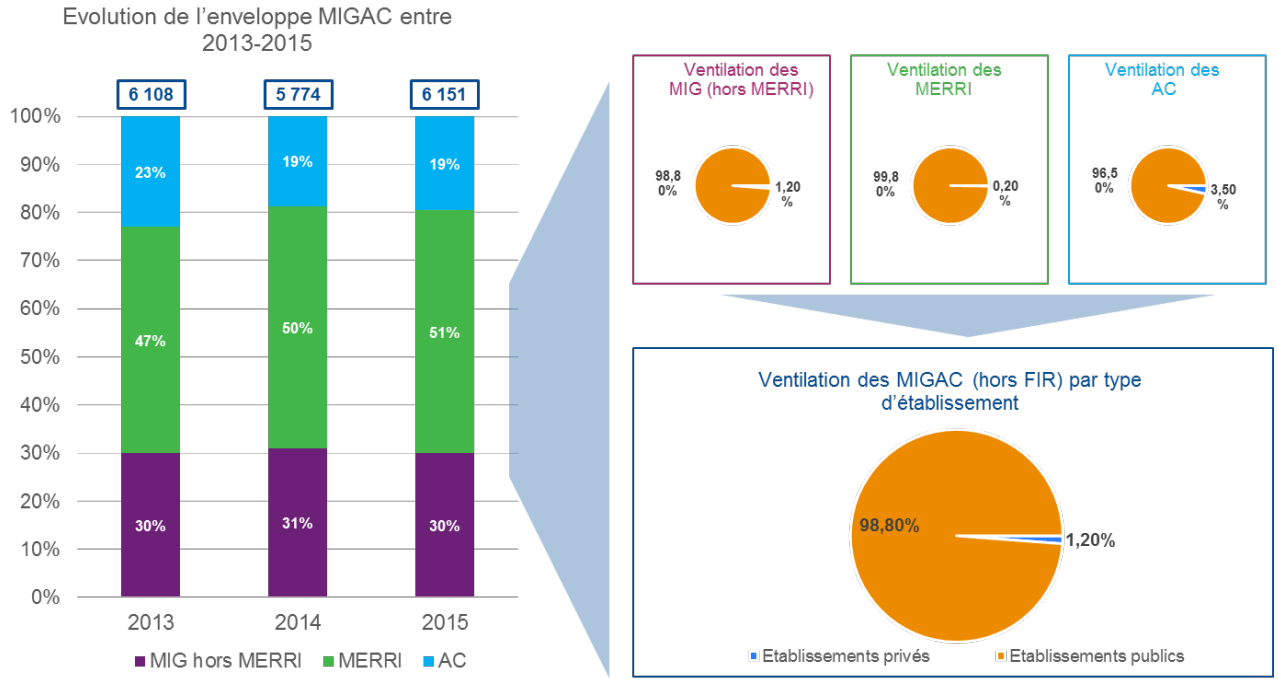


Figure 9 - Evolution de l'enveloppe MIGAC entre 2013 et 2015

Une simulation de la répartition des montants actuellement alloués aux différentes dotations (MIG, MERRI et AC) a été réalisée en se concentrant sur l'activité sélectionnée par l'Union Collégiale, soit 8,9% de l'activité des établissements publics et 15% des cliniques (**Figure 10**). Une répartition basée sur l'activité des établissements diviserait par 2 les montants issus des MIGAC alloués aux hôpitaux et multiplierait par un facteur **47** ceux actuellement dirigés vers les établissements privés.

Néanmoins cette simulation doit être prise avec précaution. En effet, les MIG et les MERRI financent des activités qui ne sont en généralement pas réalisés par les établissements privés dans le cadre des textes en vigueur que ces établissements soient ou non volontaires pour les réaliser. Ainsi, un changement de répartition de ces financements passerait par la réalisation de ces missions par les établissements privés et donc un accroissement de leurs coûts qui conduiraient probablement en contrepartie à une réduction des coûts des établissements publics.

Les financements liés à l'accompagnement sont un peu différents dans leur nature car ils ne sont en général pas liés à une mission mais à des opérations d'investissement ou à des difficultés financières ou économiques. La disparité des financements actuels peut être considérée sur ces sujets comme plus discutable.

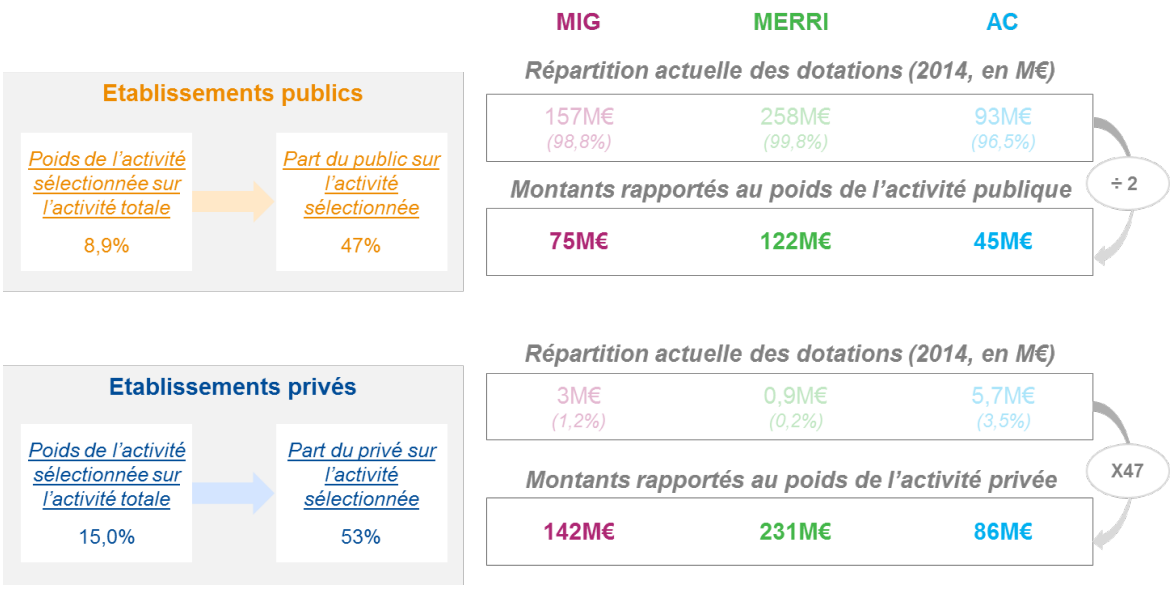


Figure 10 – Simulation d'une répartition des dotations MIGAC entre les établissements selon leur volume d'activité

6.3.3 Les enveloppes FIR et FMESPP

6.3.3.1 Le Fonds d'Intervention Régional - FIR

Tout comme les MIGAC, le fond d'intervention régional (FIR) a pour but de financer des projets non soutenus par la tarification à l'activité. Créé par la LFSS de 2012, le FIR regroupe des moyens auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. Une partie des dotations attribuées au FIR étaient antérieurement fléchées vers certaines MIG ainsi que des AC destinées à favoriser la performance et les restructurations hospitalières[10].

La gestion du FIR a été déléguée aux Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont donc décisionnaires de l'allocation de cette enveloppe à un niveau régional. Pour les aider dans l'attribution de cette ressource, un système d'information d'Harmonisation et de Partage d'Information (HAPI) a été déployé[11]. Il couvre l'ensemble des dépenses du FIR ainsi que les autres enveloppes financières allouées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et permet une allocation la plus juste possible de l'enveloppe entre établissements. Tout comme pour les MIGAC, l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont éligibles au FIR.

Sur l'enveloppe de 3,135Md€ mise à disposition des acteurs de soins en 2014, seuls 81M€ ont été fléchés vers des cliniques, soit 3% des montants (**Figure 11**).

[10] Circulaire N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014
[11] Circulaire N° SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016

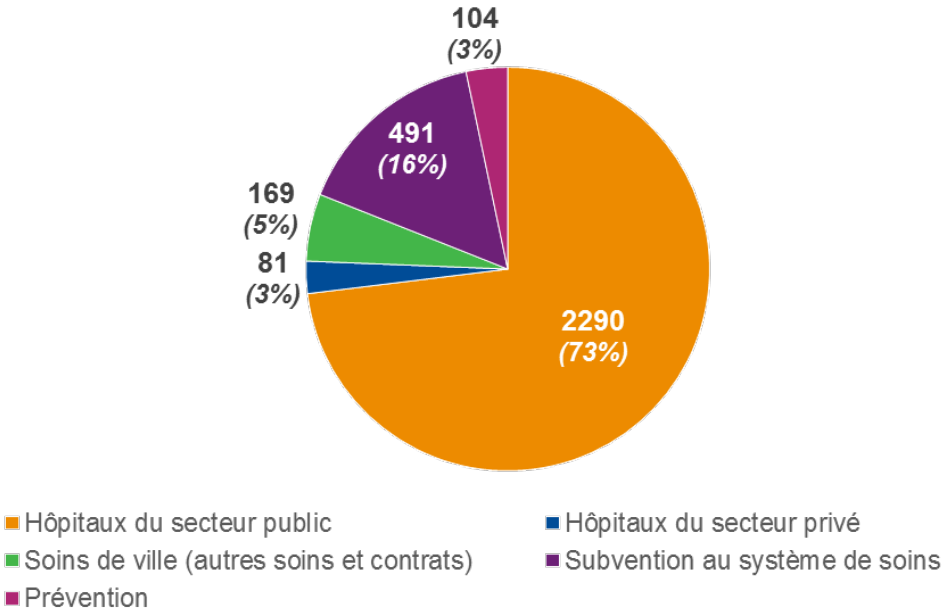


Figure 11 - Répartition des actions du FIR financées par l'Assurance Maladie en 2014 (en millions d'euros)

6.3.3.2 Le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés - FMESPP

Le Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), géré par la Caisse des Dépôts, a été créé en 2002. Suite à la création du FIR en 2012, son périmètre a été revu et une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR. Depuis 2012, l'action du FMESPP est concentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements et des missions d'expertise au bénéfice des établissements de santé, confiés à l'ATIH et depuis 2013 à l'ASIP.

Bien que les financements attribués aux cliniques soient inférieurs à ceux fléchés vers les hôpitaux publics, le FMESPP est le financement en sus de la tarification à l'activité pour lequel la répartition se rapproche le plus de l'activité réelle des établissements, avec 17% de l'enveloppe fléchée vers les établissements privés en 2014 (**Figure 12**).

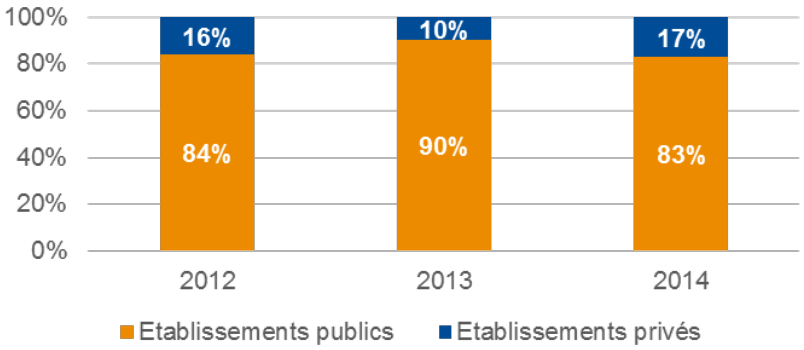


Figure 12 - Répartition du FMESPP selon le type d'établissement

Tout comme pour les dotations MIGAC, une simulation d'attribution des enveloppes FIR et FMESPP a été réalisée en s'appuyant sur l'activité de chaque type d'établissement (**Figure 13**). Cette affectation conduirait à accroître fortement la dotation des cliniques.

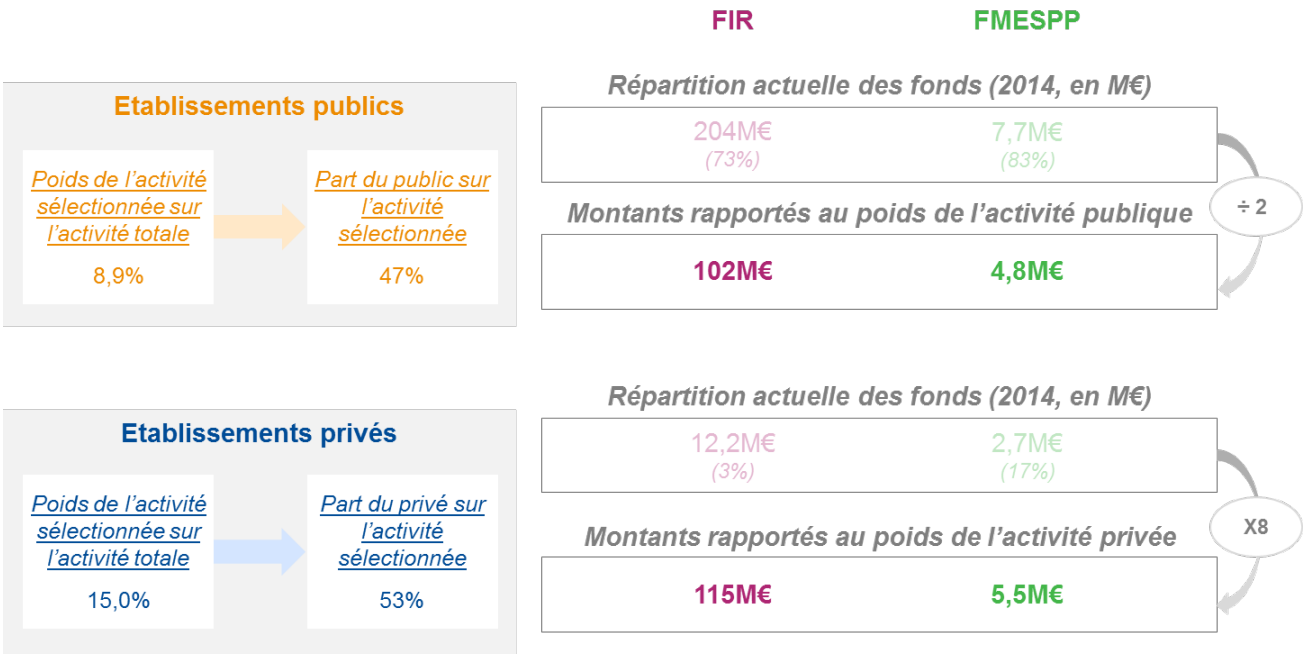


Figure 13 - Simulation d'une répartition des enveloppes FIR et FMESPP entre les établissements selon leur volume d'activité

Cependant, à l'instar des dotations MIGAC, la lecture des résultats de cette simulation doit se faire avec prudence. Là encore, l'investissement des établissements de santé dans des activités hors tarification est variable et ces fluctuations n'ont pas été prises en compte dans cette analyse. Par ailleurs, il est possible que l'investissement des établissements dans les missions financées par le FIR ou les besoins pour les missions financées par le FMESPP expliquent en réalité cette différence globale de financement.

6.3.4 La forme juridique des établissements et le financement par l'emprunt

En parallèle de la tarification et des différentes enveloppes et dotations, le statut privé ou public des établissements a aussi un impact sur les financements.

En 2014, les cliniques MCO ont dégagé des excédents financiers avec une rentabilité nette positive affichée à 3% (**Figure 14**). Cependant, cette situation économique masque de fortes disparités. En effet, en 2014, un cinquième des cliniques étaient en déficit, dont 23% des cliniques en MCO contre 10% en psychiatrie.

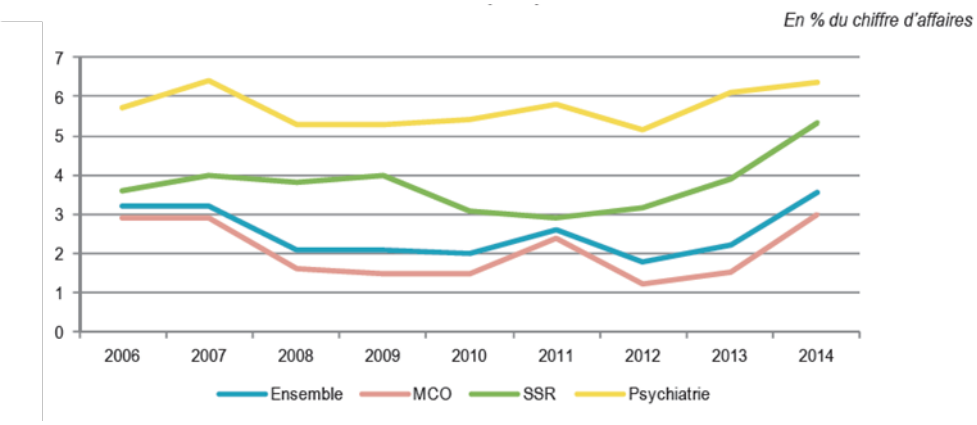


Figure 14 – Evolution de la rentabilité nette des cliniques

Au contraire, en 2015, les établissements publics présentaient une rentabilité nette négative de – 0,6%, produisant ainsi un déficit cumulé de 807M€ imputable à 25 hôpitaux environ (**Figure 15**). Ce déficit a en partie été contrebalancé par un excédent cumulé de 396M€, ramenant le déficit total des hôpitaux publics à 411M€.

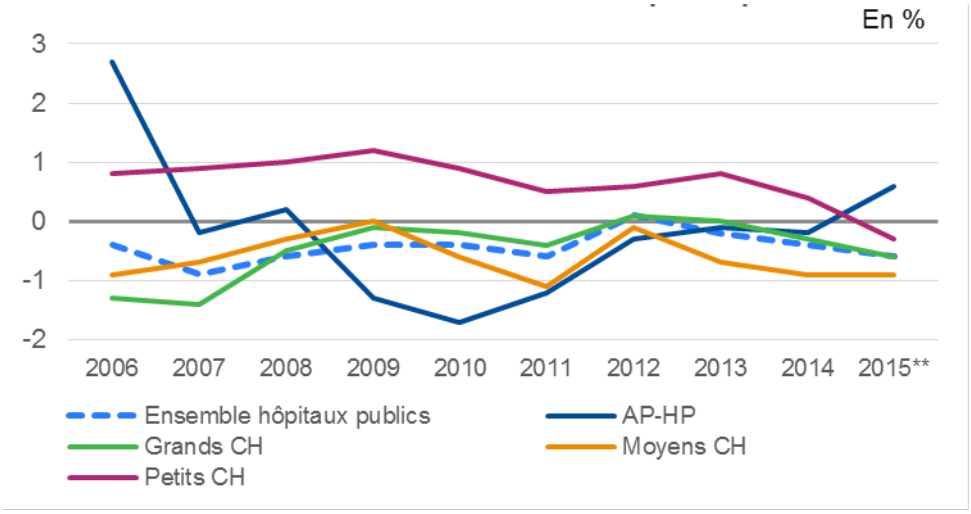


Figure 15 – Evolution de la rentabilité nette des hôpitaux publics

La persistance de ce déséquilibre des établissements n'est possible que parce que ces derniers bénéficient d'une garantie implicite des emprunts par l'Etat comme cela a été souligné notamment par la Cour des Comptes
Les cliniques privées présentant une rentabilité nette négative, comme c'est le cas de près d'un quart des cliniques privées, ne peuvent espérer poursuivre leurs activités dans les mêmes conditions et doivent trouver les moyens de redresser leurs comptes financiers ou clore leurs activités.

Ces différences de situation financière conduisent à une vraie différence dans le financement des investissements. La Capacités d'Autofinancement (CAF) des établissements privés progresse depuis 2013 et atteint près de 5,6% du chiffre d'affaires des cliniques MCO en 2014, les établissements privés se finançant ainsi à partir des ressources tirés de leur activité. Les établissements publics voient en revanche leur CAF chuter depuis 2009 et tombe à -5,9% en 2014.

Cette capacité des établissements publics à s'endetter plus facilement, pour financer leurs investissements et leurs éventuels déficits opérationnels au moyen d'une garantie implicite de l'Etat, peut apparaître comme un avantage donné aux établissements publics par rapport à leurs homologues privés même s'il est difficile d'en évaluer très précisément l'impact. Dans d'autres secteurs économiques, ces sujets avaient été soulevés, notamment lors de l'ouverture à la concurrence de monopoles publics ou dans des contentieux internationaux.

6.4 Caractéristiques de la patientèle et des effectifs médicaux

6.4.1 Comparaison des populations prises en charge

La comparaison des populations soignées dans les établissements publics et privés, sur la base de l'activité de chirurgie et d'obstétrique, montre des différences statistiquement significatives au niveau de l'âge et de la répartition hommes/femmes (significativité à 1%).

Les patients pris en charge dans le secteur privé sont ainsi globalement plus âgés, avec une différence de plus de 10 ans chez les femmes (**Figure 16**Figure 16 - Moyenne d'âge selon le type d'établissement). Il est à noter qu'une population plus âgée présente potentiellement plus de comorbidités et donc nécessite des soins qui différent de ceux procurés à une population plus jeune.

D'autre part, la part d'hommes pris en charge dans les établissements publics est plus faible que celle des établissements privés (29% vs. 44%) (**Figure 17**).

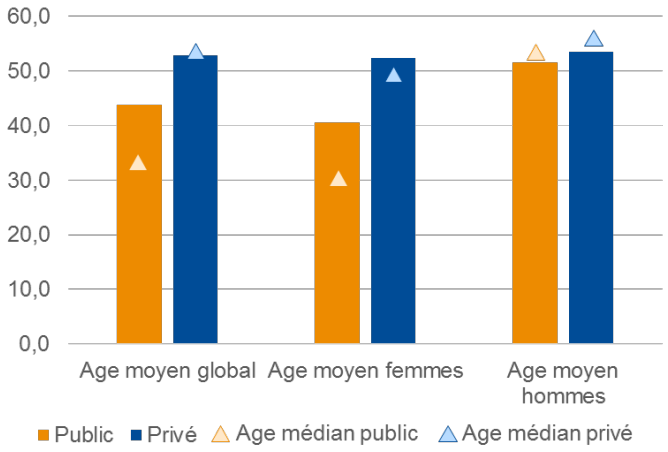


Figure 16 - Moyenne d'âge selon le type d'établissement

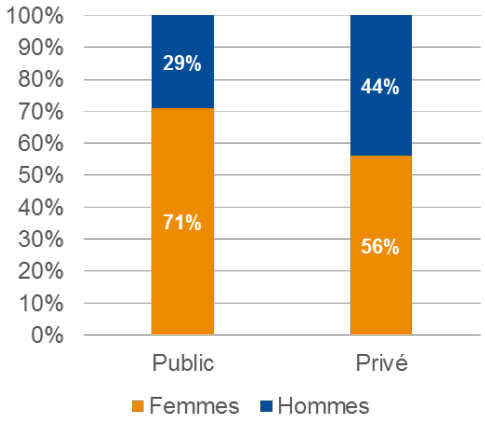


Figure 17 - Répartition homme/femme selon le type d'établissement

Néanmoins, il est difficile de déduire l'existence d'un impact sur les coûts de ces différences de populations ainsi que de le quantifier en l'absence de données publiées sur le coût de prise en charge selon l'âge et le sexe des patients.

De plus, il est important de rappeler que cette analyse ne porte que sur 11% de l'activité des établissements de santé et il serait intéressant d'appliquer la même méthodologie à l'ensemble de la population prise en charge à l'hôpital et en clinique en 2014 afin d'évaluer la conformité de ces résultats.

6.4.2 Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C

Tout comme au sein des hôpitaux publics, la CMU-C permet à ses bénéficiaires une prise en charge de la part non prise en charge par l'AM au cours d'une hospitalisation au sein du secteur privé. Ainsi, le poids des actes réalisés par les cliniques auprès de cette population précaire est un indicateur intéressant à mesurer dans l'optique d'une comparaison avec le secteur public.

Ainsi, 5,6% de la totalité des actes issus du SNIREP réalisés en 2014 par le secteur privé sont relatifs à des bénéficiaires de la CMU-C (**Tableau 17**). Ce taux baisse légèrement et atteint 5,1% pour les actes caractéristiques de l'activité de l'Union Collégiale (**Tableau 18**). Ces résultats sont sensiblement inférieurs à la proportion de bénéficiaires de la CMU-C observée la même année en France, à savoir 7,7%[12].

Cependant, il est important d'analyser ces résultats avec précaution étant donné que le périmètre de l'analyse est difficilement comparable avec la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en France. En effet, le calcul réalisé grâce à la CCAM porte sur un compte d'actes alors que le taux de bénéficiaires de la CMU-C porte sur un nombre de patients.

Tableau 17- Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Analyse portant sur l'activité totale)

		Nombre d'actes	Age moyen
Non CMU	94,5%	156 315 940	55,1
CMU	5,6%	9 316 701	39,3
Total	***100%***	***165 459 982***	***54,2***

Tableau 18 – Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Focus sur l'activité sélectionné par l'Union Collégiale)

		Nombre d'actes	Age moyen
Non CMU	94,9%	1 648 884	57,3
CMU	5,1%	88 131	32,9
Total	***100%***	***1 737 015,00***	***56,1***

Un redressement par âge et sexe aurait peu de valeur dès lors que les données sur les actes réalisés par les établissements publics pour cette population n'est pas publique. L'ouverture des données de santé avec notamment la possibilité d'utiliser le SNIRAM devrait permettre de combler cette lacune.

6.4.3 Comparaison des effectifs médicaux

Une étude menée par la FHP évalue à 37% le poids du personnel soignant dans le secteur hospitalier privé, contre 17% à l'hôpital public[13].
Afin de comparer les capacités de prise en charge des patients pour chaque catégorie d'acte étudiée, une analyse portant sur les effectifs médicaux disponibles au sein des hôpitaux et des cliniques a été réalisée.

Cette analyse dont les résultats sont présentés dans le **Tableau 19** pourrait conduire à conclure que, sur le périmètre d'actes étudiés, les effectifs médicaux du privé prennent en charge près de 3 fois plus d'actes que les effectifs médicaux publics. Néanmoins, des données plus précises sur l'activité des professionnels

[12] Population française : 66,3M (Source Insee), Bénéficiaires de la CMU-C : 5,09M (Source : cmu.fr)
[13] http://www.bridge-communication.com/2011/06/10/assurance-maladie-la-fhp-mco-denonce-laccumulation-irresponsable-de-deficits-colossaux/

en établissements publics seraient nécessaires pour confirmer ces conclusions, notamment parce que ces derniers réalisent un nombre important d'activités de type non GHS, coûteuses en temps médical, mais non intégrées à l'étude. Il serait donc intéressant pour finaliser cette analyse d'injecter des données plus fines, notamment sur le mix d'activité des établissements.

Par conséquent, la non-publication de données précises sur le mix d'activité et l'implication en temps des effectifs médicaux selon le type d'activités (activité de type GHS, non GHS, etc.) ne permet pas de conclure aujourd'hui sur la comparaison des effectifs entre les établissements publics et privés.

Tableau 19 - Comparaison du ratio « Activité / Effectifs » entre établissements de santé publics et privés en 2014

Catégorie d'actes	Ratio Activité / Effectifs Etablissements publics	Ratio Activité / Effectifs Cliniques privées
Gynécologie - Obstétrique	108	1136
Chirurgie	41	56
Chirurgie Thoracique et Cardiaque	31	90
Chirurgie Générale	11	4
Chirurgie Infantile	110	429
Chirurgie Maxillo-faciale	623	231
Chirurgie ORL	1	4
Neurochirurgie	164	1031
Ophtalmologie	5	29
Orthopédie	2	6
TOTAL	**1095**	**3016**

7. Synthèse et conclusion

7.1 Discussion

La disparité de financement entre établissements publics et privés reste assez importante plus de dix ans après la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). L'impact des dépassements qui est souvent mis en exergue reste relativement faible par rapport à l'ensemble des autres différences.

Malgré l'existence de dépassements d'honoraires au cours des hospitalisations majoritairement attribuables aux cliniques, le coût des séjours au sein des établissements de santé public reste plus élevé que dans le secteur privé avec un rapport moyen privé/public de 91,8% (compléments d'honoraires compris). Cet écart s'explique notamment par la différence de tarification entre hôpitaux et cliniques.

En parallèle des écarts de tarifs GHS publics et privés, trois autres éléments sont à l'origine de variations dans les financements des établissements de santé :

- **Les dotations MIGAC** : sur l'ensemble des montants alloués aux dotations MIG, MERRI et AC, 1,15% ont été fléchés vers des établissements privés en 2014. Cela est notamment lié aux différences des missions auxquelles participent les établissements. La plupart des missions d'intérêt général et d'enseignement sont réalisés par les hôpitaux publics que ce soit le résultat des textes réglementaires ou de la pratique des différentes autorités. La répartition des financements de l'accompagnement pourrait être jugée plus discutable dès lors que ces financements ne sont pas majoritairement liés à des missions dévolues aux établissements publics.
- **Les enveloppes FIR/FMESPP** : sur la totalité des enveloppes FMESPP et FIR, respectivement 17% et 3% ont été alloués au financement des cliniques en 2014. La répartition du FIR est liée aux missions réalisées par les établissements, notamment dans le cadre de la permanence des soins.
- **Le statut des établissements** : Les établissements publics connaissent un déficit chronique depuis quelques années même si certains demeurent excédentaires. Les établissements privés connaissent une situation contraire, ne serait-ce que parce que l'existence d'un déficit chronique risquerait de conduire à une cessation d'activité.

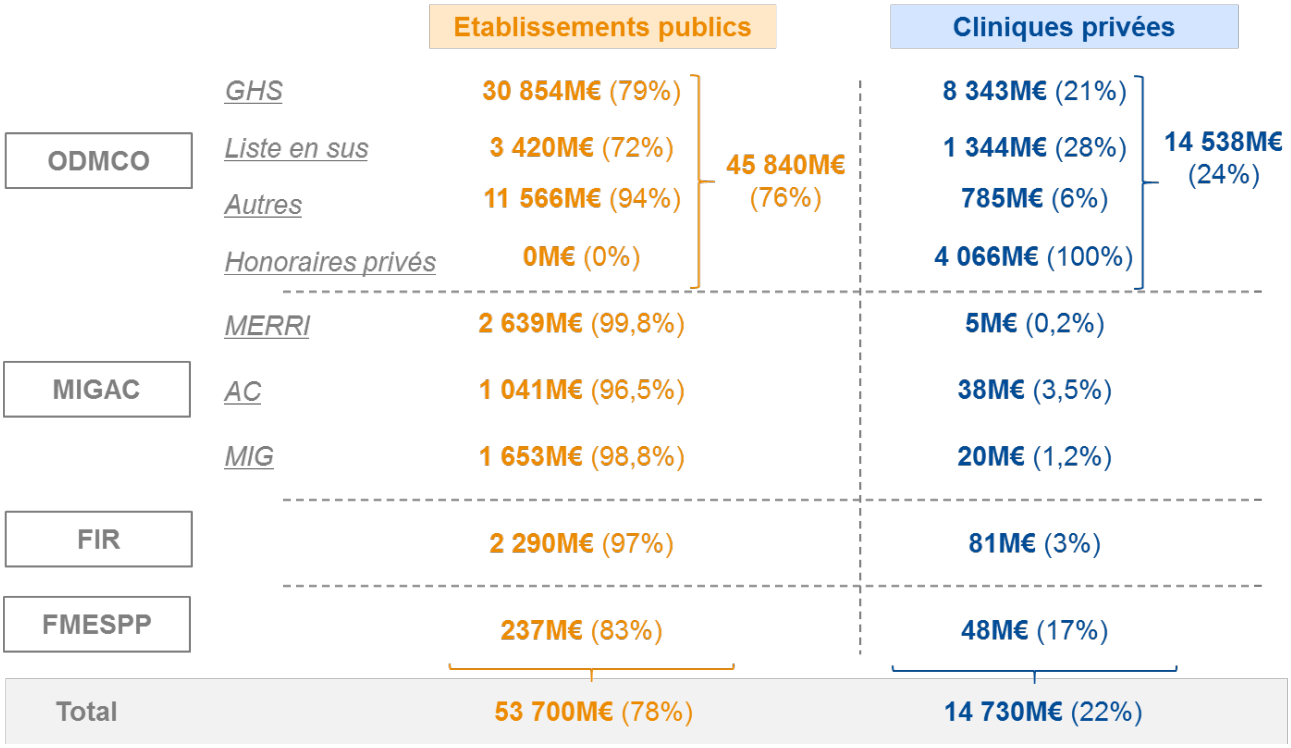


Figure 18 - Répartition de l'ensemble des financements selon le statut de l'établissement de santé

Par ailleurs, l'existence du secteur privé à l'hôpital correspond à un avantage financier de quelques dizaines de millions d'euros sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée.

Au final, l'écart de tarif observé entre les deux secteurs de 8% s'accroît à 12% si l'on intègre le secteur privé et les missions d'accompagnement. L'intégration des autres financements serait du même ordre mais conduirait à un accroissement des coûts des établissements et des professionnels suite à la réalisation des missions qu'ils financeraient.

L'analyse des populations réalisée en parallèle de l'analyse des données portant sur le coût et la tarification de l'hospitalisation en France a montré que les cliniques semblent prendre en charge une proportion plus importante de femmes et de patients plus âgés que dans les hôpitaux publics pour les actes de chirurgie et d'obstétrique sélectionnés.

D'autre part, il semblerait que la part de patients bénéficiaires de la CMU-C pris en charge au sein d'établissements privés soit légèrement plus faible que dans la population générale.

Néanmoins, il est difficile d'en déduire un impact sur les coûts. Les différences étant finalement assez faibles, sachant par ailleurs que les tarifs de la T2A essaient de tenir compte notamment des différences de coûts liées aux comorbidités et à l'âge.

7.2 Limites de l'étude

Plusieurs limites rendent difficiles l'interprétation de certains résultats présentés dans cette étude :

- ***Echantillon des actes sélectionnés*** : l'analyse des dépassements d'honoraires, des effectifs médicaux et des populations prises en charge, n'a porté que sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique. Ce choix est justifié par une activité significative des deux secteurs, publics et privés, dans ce domaine, puisque chaque secteur réalise approximativement la moitié de l'activité. Néanmoins, les financements autres que ceux directement liés à l'activité ne peuvent que rarement être séparés entre les différentes activités. Par ailleurs, il n'existe pas de données précises de l'activité des professionnels à l'hôpital public à l'instar de ce qui existe avec la CCAM pour les professionnels libéraux.

- ***Mix d'activité des établissements*** : La répartition de la pratique éligible/non éligible à la tarification à l'activité réalisée au sein de chaque type d'établissement n'a pas été prise en compte au cours de l'étude, notamment en raison de l'absence de données publiées. En effet, comme cela a été abordé auparavant, il semblerait que les établissements publics réalisent une part non négligeable d'activités non éligibles à la tarification à l'activité qui sont alors financés grâces aux enveloppes et dotations listées au paragraphe 6.3. Cette activité n'étant pas comparable entre établissements publics et privés, il est difficile de tirer une conclusion définitive quant à la répartition équitable des montants des enveloppes FIR et FMESPP ainsi que des dotations MIGAC.

- **En ce qui concerne le fondement des différences de financement et notamment la question de l'efficience**, l'étude ne permet pas de conclure complètement sur les questions de patientèles, les caractéristiques des patients étant insuffisamment détaillées. L'utilisation des données du SNIIRAM qui devrait être possible très prochainement pourrait combler en partie ce manque. L'étude réalisée par Mmes Dormont et Milcent apparaissent comme l'étude la plus complète réalisée sur l'efficience des établissements. Les données utilisées datent néanmoins de plus d'une dizaine d'années. L'étude montre que la différence d'efficience entre secteur public et secteur privé dépend de la patientèle, ce qui est pris au moins partiellement en compte dans la structure de la tarification, et en majeure partie de variables liés à l'organisation des établissements.

Annexe 1 – Liste des 258 actes marqueurs

Acte	Spécialité	Pathologie	Libellé CCAM
JQGD010	GYNECO_OBST	Accouchement	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare
JQGD012	GYNECO_OBST	Accouchement	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
FAFA010	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur
FAFA013	CHIR ORL	Amygdalectomie	Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale
FAFA014	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection
FAFA015	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie
DGPA005	CHIR	Anevrysme Aorte	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement
DGPA012	CHIR	Anevrysme Aorte	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec
HHFA001	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque
HHFA011	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par laparotomie
HHFA016	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par
HHFA020	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigüe généralisée, par
HHFA025	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aigüe généralisée, par
AHPA009	ORTHO	Canal Carpien	Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct
AHPC001	ORTHO	Canal Carpien	Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéochirurgie
EBFA002	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie
EBFA006	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie
EBFA008	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par
EBFA012	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie
EBFA015	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par
EBFA016	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie
BFGA004	OPHTALMO	Cataracte	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de
JQGA002	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie
JQGA003	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
JQGA004	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie
JJFA002	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Résection partielle de l'ovaire, par laparotomie
JJFA003	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie
JJFA005	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie
JJFA008	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne, par laparotomie
JJFA010	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne transpariétale, par laparotomie avec préparation par
JJFC003	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par coelioscopie
JJFC004	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Résection partielle de l'ovaire, par coelioscopie
JJFC008	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie
JJFC009	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie
JJFC010	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie
HHFA002	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
HHFA006	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
HHFA017	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
FCFA008	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet unilatéral, par cervicotomie
FCFA013	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet bilatéral, par cervicotomie
FCFA016	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical partiel unilatéral, par cervicotomie
FCFA028	CHIR ORL	CurageGanglionn	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique du cou à visée thérapeutique, par
BGDA008	OPHTALMO	décollement	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire sans
BGFA001	OPHTALMO	décollement	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine
BGFA010	OPHTALMO	décollement	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec coagulation de la rétine et
JHEA002	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par
JHEA001	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et
JHEA004	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par coelioscopie et par
LAFA017	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec sphénoïdotomie, par endoscopie

LAFA018	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec sphénoïdotomie, par endoscopie
LAFA019	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdotomie, par
LAFA021	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie antérieure, par endoscopie
LAFA022	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale, par endoscopie
LAFA024	CHIR ORL	Ethmoidectomie	Ethmoïdectomie totale unilatérale, par endoscopie
MCEP001	CHIR INFANTILE	Fracture 1/4	Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité
HCFA001	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie]
HCFA002	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial
HCFA003	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Exérèse de glande sublinguale, par abord direct
HCFA004	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie partielle sans dissection du nerf facial
HCFA005	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec exérèse du prolongement [processus] parapharyngien, par
HCFA006	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale élargie au méat acoustique externe [conduit auditif externe]
HCFA007	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
HCFA008	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie partielle avec dissection et conservation du nerf facial
HCFA009	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec dissection et conservation du nerf facial
HCFA010	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial et réparation immédiate par suture
HCFA011	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie], par
HCFA012	CHIR MAXILO	Glandes_Saliv	Exérèse de récidive de tumeur de la glande parotide avec dissection et conservation du
BEFA008	OPHTALMO	Glaucome	Trabéculectomie [Sclérectomie transfixiante]
BGFA014	OPHTALMO	Glaucome	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, sans
ABJA002	NEUROCHIR	Hématome sous-	Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie
ABJA003	NEUROCHIR	Hématome sous-	Évacuation d'un hématome subdural chronique unilatéral, par craniotomie
LFFA002	NEUROCHIR	Hernie Discale	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou
LFFA003	NEUROCHIR	Hernie Discale	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord
LMMA001	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
LMMA002	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale de hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
LMMA008	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
LMMA012	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
LMMA016	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale,
LMMA017	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale
LMMA018	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale
LMMA019	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par
LMMC001	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéochirurgie
LMMC002	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéochirurgie
LMMC003	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéochirurgie
LMMC004	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéochirurgie
JKFA001	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension
JKFA002	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord
JKFA003	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Exérèse d'un hémiutérus malformé [Hémihystérectomie], par laparotomie
JKFA004	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension
JKFA005	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
JKFA006	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et
JKFA007	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et
JKFA012	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus
JKFA013	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA014	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus
JKFA015	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par laparotomie
JKFA018	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal
JKFA020	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal
JKFA021	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et
JKFA023	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal
JKFA024	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale, par laparotomie
JKFA025	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord
JKFA026	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par abord vaginal
JKFA027	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie
JKFA028	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFA029	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension
JKFA032	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC002	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale, par coelioscopie
JKFC003	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie

JKFC005	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par coelioscopie
JKFC006	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
JNFA001	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie
LFFA001	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale bilatérale, par abord postérieur
LFFA005	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale unilatérale avec ostéosynthèse, par
LFFA006	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrale totale unilatérale sans ostéosynthèse, par
JANM001	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
JANM002	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique
JCNM001	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
JCNM002	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique
QEFA004	GYNECO_OBST	Mastectomie	Tumorectomie du sein
QEFA008	GYNECO_OBST	Mastectomie	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire
QEFA017	GYNECO_OBST	Mastectomie	Mastectomie partielle
FCFC002	CHIR CARDIO	Médiastinoscopie	Exérèse de noeud [ganglion] lymphatique du médiastin, par thoracoscopie ou par
GHQC001	CHIR CARDIO	Médiastinoscopie	Exploration du médiastin, par médiastinoscopie
NFFC004	ORTHO	Méniscectomie	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
CAMA009	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA015	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA016	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA018	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CBMA005	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec ossiculoplastie, sans exploration mastoïdoatticale
CBMA007	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec ossiculoplastie et exploration mastoïdoatticale
CBMA008	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie sans décollement du lambeau tympanoméatal
CBMA009	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanoméatal, sans exploration
CBMA011	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanoméatal et exploration
MCCB004	ORTHO	Ostéosynthèse	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un
LBFA023	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm
LBFA030	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de
LBPA001	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la
LBPA002	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA003	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Décortication de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA004	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA005	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par
LBPA006	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord
LBPA007	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par
LBPA008	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal
LBPA009	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal
LBPA010	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillozygomatique sans mobilisation de la pyramide nasale, par abord
LBPA011	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA012	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou
LBPA013	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA014	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par
LBPA015	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement
LBPA016	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par
LBPA017	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal
LBPA018	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sousalvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA019	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA020	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA021	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA022	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal
LBPA023	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA024	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie d'un segment du maxillaire pour correction d'une malposition
LBPA025	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct
LBPA026	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA027	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec
LBPA028	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire de type Le Fort I pour séquelle d'une fente orofaciale, par abord
LBPA029	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord
LBPA030	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par
LBPA031	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal
LBPA032	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord

LBPA033	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA034	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule
LBPA035	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal
LBPA036	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA037	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal
LBPA038	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillonasale type Le Fort II, par abord direct
LBPA039	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA040	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA041	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial
LBPA042	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA043	CHIR MAXILO	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord
CAMA013	CHIR ORL	Otoplastie	Plastie bilatérale d'oreille décollée
HPSA001	CHIR INFANTILE	Pathologie du	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par abord inguinal
JHMA001	CHIR INFANTILE	Pathologie	Plastie du prépuce du pénis [Posthoplastie]
JHFA009	CHIR INFANTILE	Pathologie	Posthectomie
GDFA005	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie totale
GDFA008	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie supraglottique étendue à la base de langue
GDFA014	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie supraglottique
HDFA003	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Pharyngolaryngectomie totale étendue à la base de langue
HDFA005	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Pharyngolaryngectomie totale
GFFA001	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec exérèse totale de la plèvre [Pleuropneumonectomie], par
GFFA004	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose ou réimplantation de bronche, par
GFFA007	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par
GFFA008	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus
GFFA011	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par
GFFA012	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
GFFA013	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire, par thoracotomie
GFFA016	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou
GFFA019	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Exérèse de lobe pulmonaire restant [Totalisation de pneumonectomie], par
GFFA022	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par
GFFA024	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie, par thoracotomie
GFFA026	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par
GFFA027	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie
GFFA030	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus
GFFA033	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte, de vertèbre, de vaisseau
DDMA005	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3
DDMA006	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par
DDMA009	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 4
DDMA011	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 2
DDMA015	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec une anastomose distale, par
DDMA018	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 3
DDMA020	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 2 anastomoses distales, par
EECA001	CHIR	Pontage fémoro-	Pontage artériel fémoropoplité au-dessus de l'interligne articulaire du genou, par
EECA003	CHIR	Pontage fémoro-	Pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou, par
JDFA024	CHIR	Prostatectomie	Vésiculo-prostato-cystectomie totale, par laparotomie
JGFA006	CHIR	Prostatectomie	Vésiculoprostatectomie totale, par laparotomie
JGFC001	CHIR	Prostatectomie	Vésiculoprostatectomie totale, par coelioscopie
NEKA020	ORTHO	Remplacement	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
GFFC005	CHIR CARDIO	résection bulle	Résection de bulle pulmonaire avec abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par
GFFC006	CHIR CARDIO	résection bulle	Résection de bulle pulmonaire, par thoracoscopie
JGFA015	CHIR	Résection	Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie
JDFE001	CHIR	Résection Tumeur	Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie
JDFE002	CHIR	Résection Tumeur	Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie
GAMA007	CHIR ORL	Septoplastie	Septoplastie nasale
GAME001	CHIR ORL	Septoplastie	Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale,
LFDA001	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans
LFDA002	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec
LFDA005	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans
LFDA006	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal avec
LFDA007	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans

LFDA008	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec
LFDA009	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec
BJDA001	OPHTALMO	strabisme	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
BJMA003	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle
BJMA004	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle
BJMA005	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles
BJMA006	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles
BJMA007	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles
BJMA008	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles
KCFA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Lobectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA002	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection partielle de cartilage du larynx, par cervicotomie
KCFA003	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection non interruptrice de la trachée, par cervicotomie
KCFA004	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Isthmectomie de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA005	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale, par cervicotomie
KCFA006	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection interruptrice et anastomose de la trachée, par
KCFA007	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale, par cervicothoracotomie
KCFA008	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA009	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie subtotale, par cervicothoracotomie
KCFA010	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie subtotale, par cervicotomie
KCMA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Totalisation secondaire de thyroïdectomie, par cervicotomie
KDFA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie totale avec réimplantation immédiate de parathyroïde
KDFA002	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par
KDFC001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par
DBKA006	CHIR CARDIO	Valve aortique	Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse avec
EJGA001	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
EJGA002	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
EJGA003	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par
HMFC001	CHIR GENERALE	Vésicule	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par
HMFC004	CHIR GENERALE	Vésicule	Cholécystectomie, par coelioscopie