



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale

ANNEXE VI Modèles économiques de l'hospitalisation

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**
Charles-Henry **GLAISE**
Matthieu **LECLERCQ**
Nicolas **SALEILLE**
Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**
Paul-Marie **ATGER**
Pierre **RICORDEAU**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale des
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

RAPPORT

FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE Annexe VI Modèles économiques de l'hospitalisation

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Data scientist

MOUAD **EL ISSAMI**
Data scientist

Sous la supervision de
ANNE **PERROT**
Inspectrice générale des
finances

MATHIAS **ALBERTONE**
Inspecteur général des affaires
sociales

PIERRE **RICORDEAU**
Inspecteur général des affaires
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**
Inspecteur des affaires
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

ANNEXE VI

Modèles économiques de l'hospitalisation

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. EN 2019, LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS LUCRATIFS BÉNÉFICIAIENT D'UNE INCITATION ÉCONOMIQUE PLUS FORTE À DÉVELOPPER LES ACTIVITÉS AMBULATOIRES QUE LES ÉTABLISSEMENTS EX-DG, LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DE CES DERNIERS SE REDRESSANT GRÂCE AUX SÉJOURS DE SÉVÉRITÉ ÉLEVÉE | 3 |
| 1.1. En 2019, le positionnement en MCO engendrait pour les EPS un effet case-mix défavorable avec un écart aux tarifs issus des coûts de -0,4 pt par rapport à la moyenne des établissements ex-DG | 4 |
| 1.2. Le modèle économique des activités ambulatoires était plus défavorable que la moyenne pour les établissements publics et privés non lucratifs, en particulier sur l'interventionnel (-11,9 % d'écart aux TIC) et la médecine (-2,2 % d'écart aux TIC) | 0 |
| 1.3. Les séances présentaient, en 2019, un modèle économique plus attractif que les autres activités, leur écart aux TIC étant supérieur à +4 % quel que soit le secteur de financement | 4 |
| 1.4. L'hospitalisation complète n'était attractive que sur les séjours médico-chirurgicaux de niveaux de sévérité 2 à 4 et seulement pour les établissements publics ou privés non lucratifs (+2,5 % par rapport aux TIC) | 5 |
| 2. SI LE DÉVELOPPEMENT DE L'HAD ET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A ÉTÉ SOUTENU PAR LEUR MODÈLE ÉCONOMIQUE, L'ÉQUILIBRE ENTRE TARIFS ET COÛTS DEMEURE INCERTAIN SUR LES HÔPITAUX DE JOUR DE MÉDECINE EN L'ABSENCE D'ENC RÉCENTE | 10 |
| 2.1. L'hospitalisation partielle concentrant le recours aux produits de santé en médecine et aux plateaux techniques en chirurgie, elle présente, en 2023, un coût journalier de 1 561 €, +64 % supérieur à celui de l'hospitalisation complète | 10 |
| 2.2. Le taux de couverture des coûts par les recettes versées par l'assurance maladie en hôpital de jour de médecine est compris entre 47 % et 83 %, une fourchette basse par rapport aux autres activités, ce qui peut poser la question du modèle économique du virage ambulatoire en médecine | 18 |
| 2.3. En 2023, les recettes de l'assurance maladie couvrent intégralement les coûts des établissements en HAD, ce qui assoit la rentabilité économique de cette modalité de prise en charge | 20 |

Annexe VI

Au cours des années 2010, le virage ambulatoire mis en œuvre par les établissements de santé a constitué un gisement d'efficacité et d'économies pour l'ensemble du système de santé (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Régulation de l'ONDAM pendant les années 2010 et mesures d'efficacité hospitalière associées

« Après la crise de 2008, les pouvoirs publics ont réussi à maintenir la soutenabilité du système de financement de l'Assurance maladie en atteignant un quasi-équilibre de la branche maladie avant 2020, après un point bas de près de 12 Md€ de déficit atteint en 2010. [...] Pour parvenir à ce redressement financier lors de la décennie 2010-2019, une régulation des dépenses ambitieuse a permis de contenir l'évolution moyenne de l'ONDAM au même rythme que celle du produit intérieur brut. Ainsi, durant cette période, les dépenses du champ de l'ONDAM ont vu leur part dans le PIB en valeur rester stable, autour de 8,2 %.

Pour y parvenir, des efforts importants ont pesé sur les acteurs du système de santé en s'appuyant sur un éventail large de mesures de régulation agissant à la fois sur les prix et les volumes : des mesures fortes d'efficacité, des accords pluriannuels de régulation prix-volume des dépenses de certaines professions, une politique ambitieuse de régulation de la croissance des dépenses de médicaments et des tarifs hospitaliers...

Concernant les établissements de santé, le projet PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats responsables), lancé fin 2011 a permis de mutualiser les achats hospitaliers et ainsi dégager plus de 400 M€ d'économies par an sur la période. Cette période a été également marquée par le développement de la chirurgie ambulatoire avec une progression de plus de 16 points de pourcentage entre 2010 et 2019 pour atteindre une part des séjours en chirurgie ambulatoire à 59,2 % en 2019. Ce virage a permis d'une part de réduire des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour et d'autre part de substituer des soins médicaux et paramédicaux en ville à des prises en charge réalisées à l'hôpital, soit parce que le séjour hospitalier a été évité, soit parce qu'il a été raccourci, mais accompagné d'un suivi organisé en ville. [...] L'ensemble de cette régulation a permis de faire de la France le pays de l'OCDE qui a connu l'évolution la plus faible de ses dépenses de santé entre 2015 et 2019. Ainsi, d'après les données de l'OCDE, les dépenses de santé par tête ont évolué de 0,7 % en France sur la période 2015-2019 contre 3,4 % en moyenne en Europe (2,8 % en Allemagne). Cette croissance a été largement supérieure dans les trois années suivantes puisque d'après ces données, les dépenses de santé par tête ont cru de 2,2 % en moyenne par an en France, restant toutefois en retrait par rapport à la moyenne européenne (3,6%) ».

Source : Assurance maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026, juin 2025.

L'équilibre médico-économique de la poursuite du virage ambulatoire suscite, en revanche, des interrogations récurrentes chez les acteurs hospitaliers parmi lesquels les fédérations hospitalières dont la Fédération hospitalière de France (FHF) (cf. encadré 2).

Encadré 2 : Limites médico-économiques du virage ambulatoire d'après la FHF

- « En termes d'effectifs médicaux, la bascule du conventionnel vers l'ambulatoire est généralement sans effet : l'activité ambulatoire nécessite souvent une intensification du temps médical en journée, alors même que la présence médicale en dur la nuit est limitée en secteur conventionnel. Cela n'a par ailleurs aucune influence sur les charges fixes d'énergie, d'entretien et de maintenance des locaux et des plateaux techniques » ;
- « Le transfert vers l'ambulatoire génère paradoxalement un sous-financement des unités d'hospitalisation complète, qui se concentrent sur les prises en charge les plus lourdes, les plus complexes et les plus coûteuses » ;
- « Le transfert vers l'ambulatoire génère des pertes de recettes associées : pas de facturation de FJH, baisse du ticket modérateur, calculé sur une base journalière, baisse des recettes de chambre particulière ».

Source : FHF, contribution à la mission.

Annexe VI

Dans ce contexte, cette annexe propose un éclairage sur les modèles économiques hospitaliers et leurs équilibres par secteur, type de prise en charge afin d'évaluer notamment l'impact médico-économique que pourrait avoir la poursuite du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur les établissements de santé. Elle s'appuie notamment sur les données de la dernière étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENC) et le retraitements comptable (RTC).

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les coûts moyens des groupes homogènes de malades (GHM) et groupes homogènes de séjours (GHS) calculés à partir de l'ENC 2020 n'ont pas valeur de référence du fait de la crise sanitaire. Une rupture dans les coûts ayant été observée entre 2019 et 2021, il est considéré que le référentiel n'a plus valeur de référence d'une activité dite « standard » depuis 2020.

Ainsi pour les données 2021 et suivantes, les coûts de l'année précédente n'ont plus été communiqués car non comparables. La mission n'a ainsi exploité que les tarifs issus des coûts 2020, se fondant sur les coûts 2016-2018. Les dernières données du RTC de l'année 2023 ont toutefois pu être mobilisées. **Compte tenu de l'ancienneté des données et des limites inhérentes à ces outils rappelées dans cette annexe, il convient donc de considérer et interpréter les analyses restituées avec prudence.**

Préalablement aux analyses, il peut être rappelé les conclusions du rapport de la Cour des comptes sur la tarification à l'activité (T2A) en 2023 quant aux apports de ce mode de financement et aux modalités de fixation des tarifs en lien avec les coûts des établissements et les objectifs de santé publique (cf. encadré 3).

Encadré 3 : La T2A comme vecteur de meilleure connaissance et de la maîtrise des coûts et outil des politiques de santé publique

« La tarification à l'activité est un vecteur de meilleure connaissance et de maîtrise des coûts, en même temps qu'un outil d'orientation des pratiques médicales au service d'une politique de santé publique.

La T2A a pour but d'inciter les établissements dont les coûts se situent au-dessus du tarif à des efforts d'efficacité et de productivité.

La première vertu de la T2A, reconnue par tous les acteurs, est de rendre plus objective la connaissance des coûts des établissements grâce à une nomenclature médico-économique et, sur cette base, de rendre plus équitable la répartition des financements entre établissements

Les établissements de santé publics et privés ont donc été incités à développer des outils de pilotage budgétaire et de mesure des coûts, de manière à adapter leur organisation et leur gestion aux recettes d'activité tirées des séjours des patients. Cependant, la comptabilité analytique des hôpitaux présente encore des limites difficilement conciliables avec les exigences de gestion qu'implique la tarification à l'activité. Elle peut être significativement améliorée pour rendre possible une meilleure connaissance de l'activité médicale et des coûts, en répondant à des objectifs de standardisation des normes et d'harmonisation entre les établissements.

La T2A a, malgré tout, contribué, par l'incitation à la maîtrise des charges d'exploitation qu'elle a entraînée, à faire progresser l'organisation des soins et le pilotage des établissements de santé. Par ailleurs, les tarifs ont été parfois utilisés, via des augmentations ou des baisses ciblées, au service d'objectifs de santé publique (lutte contre le cancer, soins palliatifs, pathologies lourdes, accidents vasculaires cérébraux), d'organisation (développement de la chirurgie ambulatoire) ou d'évolution des pratiques (par exemple, privilégier l'accouchement par voie basse plutôt que la césarienne) ».

Source : Cour des comptes, rapport « la tarification à l'activité », 2023.

1. En 2019, les établissements privés lucratifs bénéficiaient d'une incitation économique plus forte à développer les activités ambulatoires que les établissements ex-DG, le modèle économique de ces derniers se redressant grâce aux séjours de sévérité élevée

Cette première partie croise, d'une part, les écarts entre tarifs appliqués et les tarifs issus des coûts 2020 portant sur les coûts des années 2016-2018 et, d'autre part, les volumes d'activité 2019 des différents secteurs. Ce croisement doit permettre d'**identifier les éventuelles distorsions entre l'échelle des tarifs et l'échelle de tarifs issus des coûts (TIC) et ainsi les éventuels effets case-mix sur les équilibres économiques des différents secteurs et modes de prise en charge en 2019** (cf. encadré 4). En revanche, cette partie ne prend pas en compte les évolutions des profils d'activité, les modifications des modèles de financement intervenues depuis 2020 telles que les évolutions tarifaires annuelles ou encore la circulaire frontière¹ qui a redéfini le périmètre de l'hospitalisation de jour.

Encadré 4 : Méthodologie et modalités d'exploitation de l'ENC

L'ENC répond à un besoin identifié de comparaison des GHS aux coûts. Elle collecte, en effet, les coûts d'un échantillon d'établissements de santé privés et publics. À partir de ces données, des coûts moyens nationaux par GHM/GHS et par secteur de financement (ex-DG et ex-OQN²) sont calculés.

La comparaison de ces coûts avec les GHS ne permet toutefois pas d'estimer un taux de marge par GHS du fait de différences de périmètre. Les tarifs financent, pour partie, les charges de structure que les coûts n'intègrent pas dans la présentation de l'ENC. De même, dans les coûts sont présentes des charges qui sont pour partie couvertes par des recettes ne provenant pas des tarifs. Ainsi, le périmètre couvert par les tarifs est différent de celui couvert par les coûts et la comparaison directe de ces deux notions ne peut se faire dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts.

Par conséquent, l'ATIH a développé une méthodologie alternative à la comparaison directe des coûts et des tarifs et mesure, par GHM, l'adéquation entre le niveau de recettes actuellement versées et le niveau des recettes, qui seraient perçues dans le cas où les tarifs respecteraient strictement la hiérarchie des coûts. Pour ce faire, une échelle dite « échelle de coûts ajustés à la masse tarifaire » ou « tarifs issus des coûts » (TIC) est calculée. Cet ajustement permet de lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les coûts et d'évaluer la distorsion entre l'échelle de tarifs actuelle et l'échelle de TIC.

Dans le détail, les coûts qui résultent de l'étude nationale de coûts sont retravaillés par l'ATIH pour être ramenés au plus près du périmètre des tarifs, puis ajustés à la masse tarifaire totale de chaque secteur. Cet ajustement vise à lisser les écarts résiduels de périmètre entre les tarifs et les coûts.

Du fait de cet ajustement, il ne s'agit plus réellement de coûts, mais de « tarifs issus des coûts ».

Le calcul des tarifs issus des coûts est donc l'aboutissement d'une méthodologie destinée à mesurer, GHS par GHS, l'adéquation entre le niveau de recettes actuellement versées et le niveau de recettes qui seraient perçues si les tarifs respectaient strictement la hiérarchie des coûts, à masse tarifaire constante.

Si elle n'autorise pas le calcul des taux de marge, cette comparaison entre le tarif issu des coûts et tarif permet d'identifier les GHM en situation de sur ou de sous-financement critique par rapport à un tarif réputé neutre, le TIC. Elle permet également de comparer deux à deux les niveaux de financement de différents GHM. Un GHM dont le tarif réel est supérieur à son TIC est ainsi considéré comme ayant une tarification plus favorable par rapport à son coût que les autres GHM et inversement.

Source : ATIH, guide méthodologique de l'ENC, décembre 2020 et Cour des comptes, rapport S2023-0851 « la tarification à l'activité », 2023.

¹ Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020.

² Les établissements ex-DG sont les établissements financés, avant la tarification à l'activité, par dotation globale soit les établissements publics et établissements privés non lucratif participant au service public hospitalier : ils sont financés selon la grille tarifaire ex-DG. Les établissements ex-OQN, financés anciennement via un objectif quantifié national, sont principalement les cliniques privées lucratives : ils sont financés selon la grille tarifaire ex-OQN.

1.1. En 2019, le positionnement en MCO engendrait pour les EPS un effet case-mix défavorable avec un écart aux tarifs issus des coûts de -0,4 pt par rapport à la moyenne des établissements ex-DG

Le croisement des case-mix 2019 des établissements publics de santé (EPS), des établissements privés à but non lucratif (EBNL) avec les distorsions tarifaires entre tarifs et TIC 2020 indique un effet case-mix qui était défavorable pour les EPS par rapport aux EBNL. Les EPS étaient, en effet, plus positionnés sur des GHM et GHS avec des tarifs inférieurs aux TIC 2020.

48,7 % des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), incluant les séances, des EPS relevaient de GHM et GHS présentant des tarifs inférieurs aux TIC et 51,3 % de GHM et GHS avec des tarifs supérieurs ou égaux aux TIC. L'activité des EBNL n'est positionnée qu'à 29,7 % sur des GHM et GHS plus défavorables aux établissements et 70,3 % sur des GHM et GHS plus favorables.

Parmi les exemples extrêmes, les EBNL étaient positionnés à hauteur de 9,7 % de leur case-mix vs. 1,6 % pour les EPS sur les séances de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité³ (GHM 28Z18Z / GHS 9625), qui présentaient un écart de +116 % entre tarifs et TIC.

Il en était de même pour :

- ◆ les séances de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (GHM 28Z18Z / GHS 9622) avec un écart de +13 % sur lesquelles les EBNL réalisent 6,2 % de leur activité vs. 1,9 % pour les EPS.
- ◆ les techniques spéciales d'irradiation externe (GHM 28Z11Z / GHS 9621) avec un écart de +126 % sur lesquelles les EBNL réalisent 1,1 % de leur activité vs. 0,1 % pour les EPS.

Les EPS étaient plus représentés sur les GHM et GHS présentant les écarts défavorables les plus importants :

- ◆ les césariennes pour grossesse unique, sans complication (GHM 14C08A / GHS 5326) avec un écart entre TIC et tarifs de -26 % qui représentaient 0,5 % de l'activité des EPS et 0,3 % de l'activité des EBNL ;
- ◆ les séances de chimiothérapies pour affection non tumorale (GHM 28Z17Z / GHS 9616) avec un écart de -24 % qui représentaient 3,9 % de l'activité des EPS et 1,4 % de l'activité des EBNL ;
- ◆ les nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 semaines d'aménorrhée et assimilés (GHM 15M05A / GHS 5903) avec un écart de -16 % qui représentaient 2,3 % de l'activité des EPS et 1,2 % de l'activité des EBNL.

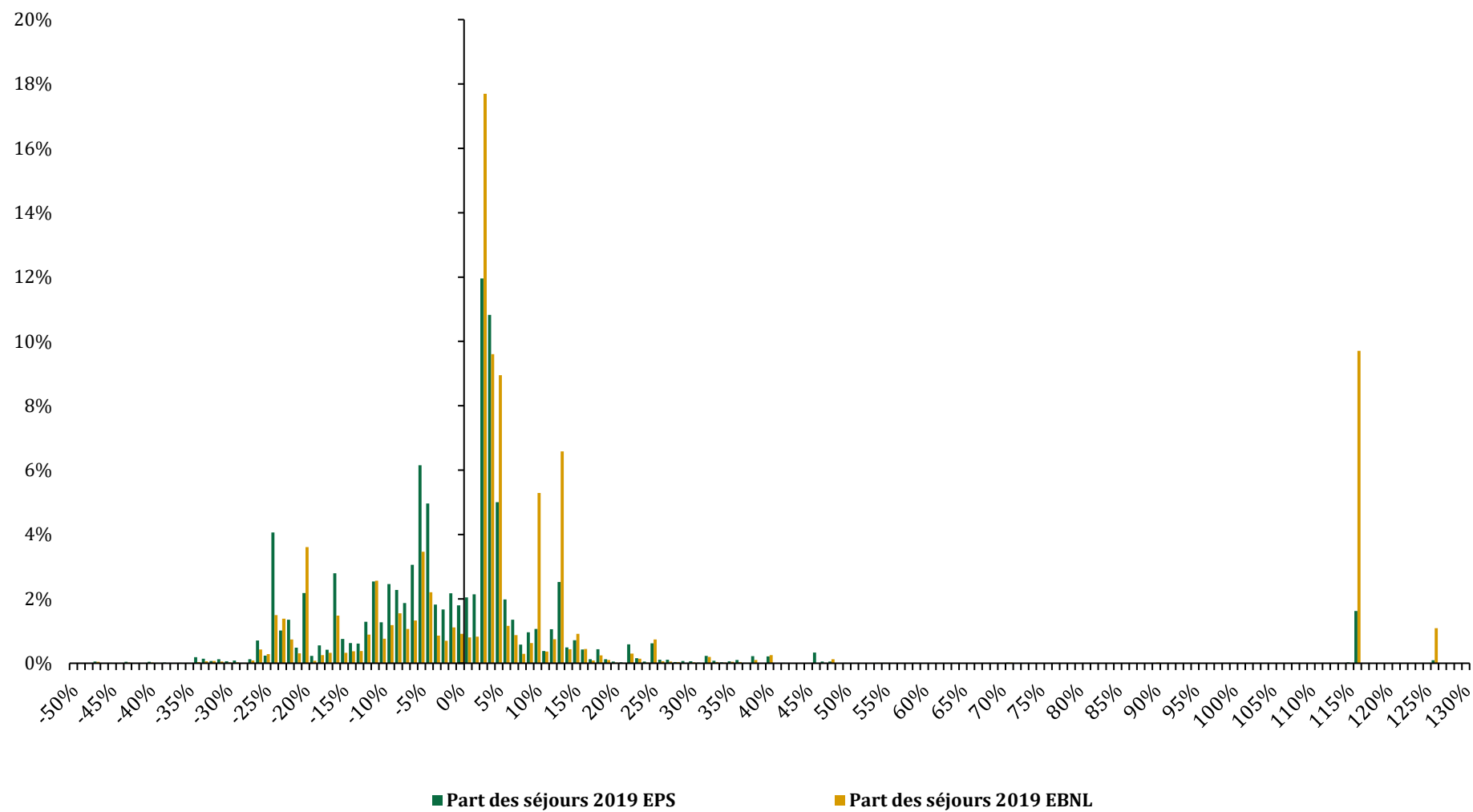
À l'inverse, le positionnement plus important des EPS sur les séances d'hémodialyse (GHM 28Z04Z / GHS 9605) en écart de +4,0 % et moins important sur les endoscopies digestives diagnostiques et anesthésies, en ambulatoire (GHM 06K04J / GHS 2121) en écart de -20 % leur était plus favorable.

Au total, cet effet case-mix 2019 jouait à hauteur de -0,4 pt pour les EPS et +0,4 pt pour les EBNL, sur l'ensemble de la masse tarifaire des établissements ex-DG, anciennement en dotation globale (cf. graphique 1).

³ Technique de radiothérapie consistant à faire varier la forme du faisceau d'irradiation au cours d'une même séance pour s'adapter aux contraintes de forme et de volume de l'organe à traiter.

Annexe VI

Graphique 1 : Répartition des séjours de 2019 des EPS et EBNL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.2. Le modèle économique des activités ambulatoires était plus défavorable que la moyenne pour les établissements publics et privés non lucratifs, en particulier sur l'interventionnel (-11,9 % d'écart aux TIC) et la médecine (-2,2 % d'écart aux TIC)

Les séjours médico-chirurgicaux ambulatoires ou de très courte durée⁴ constituaient, en 2019, 81 % des séjours sans nuitée, le reste des séjours sans nuitée étant intégré dans les séjours de niveau de sévérité 1 et des GHM sans niveau de sévérité (sévérité codée Z). Ces séjours avec un suffixe T ou J intègrent toutefois 14 % de séjours d'un ou deux jours.

1.2.1. Sur la chirurgie ambulatoire, les établissements privés lucratifs bénéficiaient, en 2019, d'un écart aux TIC de +2,9 % alors que l'écart était de -1,7 % sur cette activité pour les établissements ex-DG

L'activité chirurgicale ambulatoire ou de très courte durée⁵ représentait, en 2019, 5,4 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 6,9 % pour les EBNL et 16,4 % pour les EBL.

Depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la chirurgie ambulatoire a fait l'objet de nombreuses mesures incitatives, notamment des mesures de valorisation économique, pour soutenir son développement (cf. encadré 5).

Encadré 5 : Incitations économiques à la chirurgie ambulatoire et à la RAAC

À partir de 2009, des « tarifs uniques » ont été mis en place pour certaines prises en charge chirurgicales permettant aux établissements de recevoir le même tarif si un séjour de faible gravité se fait en ambulatoire ou s'il a lieu dans le cadre d'une hospitalisation complète. Cela s'est traduit, sur ces racines, par l'unification des tarifs des GHM de niveau J et de niveau 1 ou la suppression de la borne basse du GHM de niveau 1. Ces tarifs uniques ont d'abord été ciblés sur quelques pathologies, puis ont peu à peu été élargis à quasiment l'ensemble des pathologies susceptibles d'être traitées en chirurgie ambulatoire.

Les évolutions tarifaires mises en œuvre lors des campagnes tarifaires sur l'activité de chirurgie se sont aussi inscrites dans le cadre d'un objectif de « neutralité tarifaire », soit une réduction des écarts entre tarifs et TIC. Cet objectif a concerné l'ensemble des séjours de chirurgie, qu'il s'agisse des GHM en tarif unique ou de l'activité de chirurgie en HC.

D'après l'étude menée par A. Cazenave-Lacrouz et E. Yilmaz en 2019, la politique du tarif unique n'a généralement pas eu d'impact significatif sur le taux de chirurgie ambulatoire des racines de GHM étudiées dans le secteur privé. En revanche, le tarif unique a eu un impact significatif dans le secteur public pour les racines de GHM incitées en 2008 ou 2009.

Plus largement, depuis la campagne tarifaire 2019, une mesure de soutien au développement de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) a été mise en place pour favoriser le rétablissement précoce des patients et la réduction de la durée de leurs séjours. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée.

Source : Instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 et A. Cazenave-Lacrouz et E. Yilmaz, « Dans quelles mesures les incitations tarifaires et la procédure de mise en sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire », Dossiers de la DREES d'août 2019.

⁴ Entendus ici comme les GHM avec suffixe J ou T.

⁵ Entendue ici comme les GHM en C avec un suffixe en J ou T.

Annexe VI

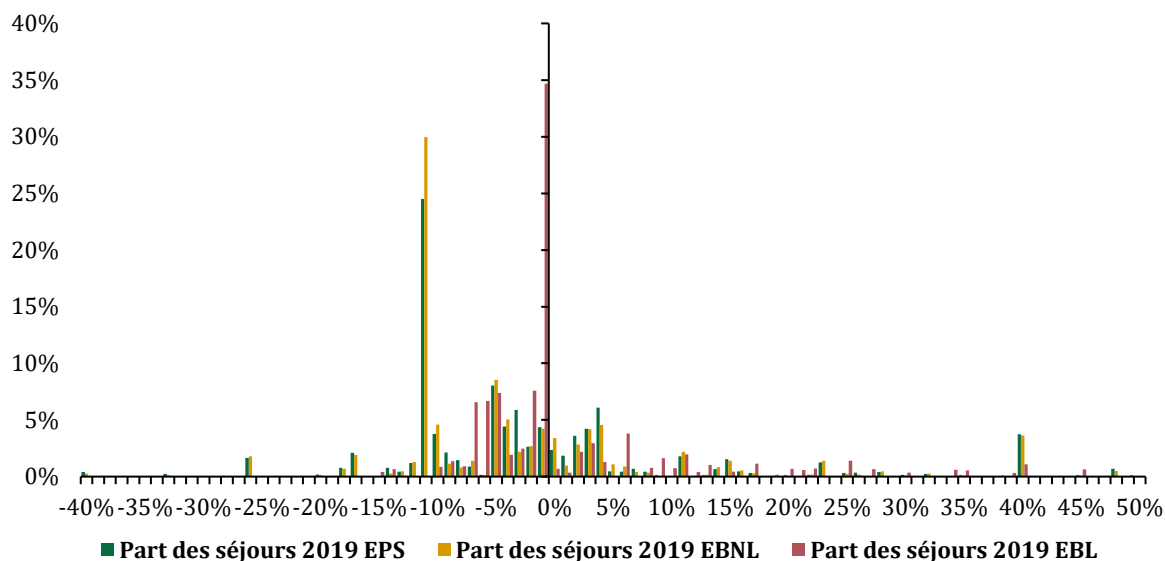
66,1 % des séjours des EPS et 67,7 % des séjours des EBNL relevaient de GHS et GHM ayant des tarifs inférieurs aux TIC, donc de GHS et GHM dont la tarification réelle est moins favorable par rapport à leurs coûts que la moyenne des GHS et GHM. Si c'était aussi le cas de 71,7 % des séjours des EBL, 34,7 % de ces séjours étaient apparentés à des GHS et GHM ne présentant qu'un écart de -1 % aux TIC.

Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire (GHM 02C05J et GHS 0424) qui représentent respectivement 22,6 % et 28,9 % des séjours chirurgicaux de très courte durée ou ambulatoire pour les EPS et EBNL étaient en écart de -11 % par rapport à leur TIC dans la tarification ex-DG. L'écart aux TIC ne s'élevait, pour les EBL, qu'à -1 % pour ces mêmes interventions qui constituent 30,0 % de leur activité chirurgicale de très courte durée ou ambulatoire.

La tarification des prélèvements d'ovocytes en ambulatoire (GHM 13C16J et GHS 4982) est, quant à elle, plus favorable avec un écart de +40 %, pour les EPS et EBNL et +25 % pour les EBL.

La tarification de la chirurgie ambulatoire ou de très courte durée était moins favorable que celle des autres types de séjours pour les EPS et les EBNL mais s'avérait plus attractive pour les EBL, compte tenu de leurs case-mix respectifs. En moyenne, l'écart moyen aux TIC des séjours de chirurgie ambulatoire s'établissait à +2,9 % de la masse tarifaire ex-OQN (anciennement sous objectif quantifié national) de ces séjours pour les EBL et -1,7 % pour les EPS et EBNL de la masse tarifaire ex-DG sur ces séjours (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des séjours chirurgicaux de très courte durée ou ambulatoire de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.2.2. Les hôpitaux de jour de médecine avaient une tarification défavorable par rapport aux autres séjours, avec un écart par rapport à leurs TIC de -2,6 % à -2,2 %

L'activité médicale ambulatoire ou de très courte durée⁶ représentait, en 2019, 13,4 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 6,3 % pour les EBNL et 2,6 % pour les EBL.

En ce qui concerne ce type d'activités, le niveau de tarification était inférieur aux tarifs issus des coûts pour les trois types d'établissements et indiquait ainsi une tarification moins favorable comparativement aux autres types de séjours. Respectivement 79,7 %, 68,7 % et 70,4 % de l'activité des secteurs publics, privés non lucratifs et lucratifs étaient rattachés à des GHM et GHS en écart négatif par rapport à leurs TIC.

L'écart moyen des tarifs des séjours médicaux en hospitalisation de jour à leurs TIC atteignait -2,2 % pour les établissements ex-DG et -2,6 % pour les établissements ex-OQN, soit une tarification moins attractive, par rapport aux coûts, que la moyenne des séjours.

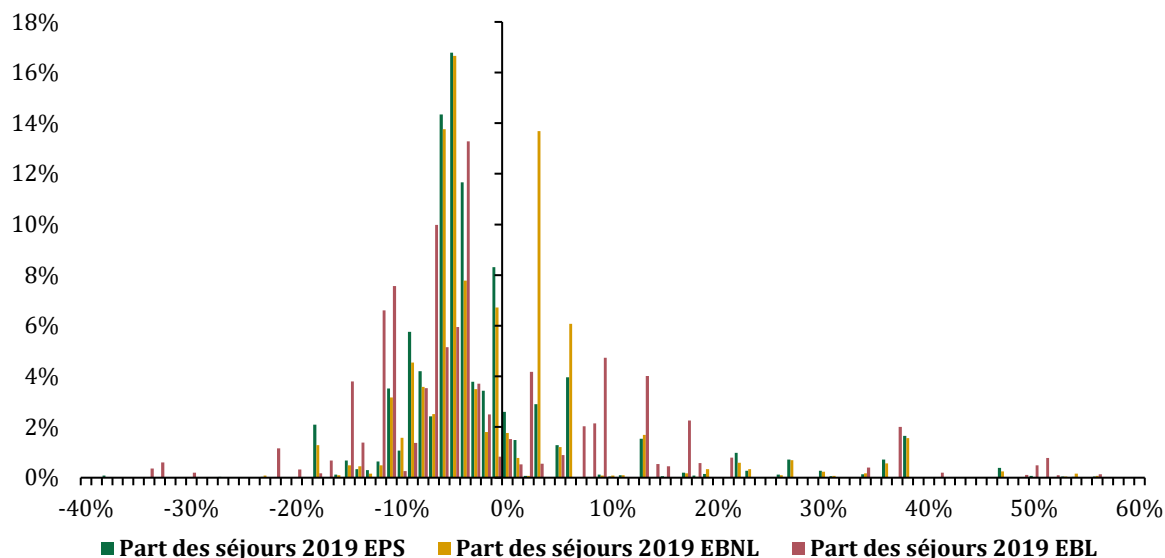
Pour les EPS et EBNL, on comptait, par exemple, près de 384 000 séjours, soit 16,8 % de l'activité de l'hospitalisation de jour de médecine, situés à un écart de -5 % de leurs TIC et répartis sur 32 GHM tels que :

- ◆ autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée (GHM 16M11T et GHS 6186) ;
- ◆ autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, très courte durée (GHM 06M03T et GHS 2133) ;
- ◆ épilepsie, âge supérieur à 17 ans, très courte durée (GHM 01M25T et GHS 0294) ;
- ◆ syncopes et lipothymies, très courte durée (GHM 05M05T et GHS 1813) ;
- ◆ autres affections de l'appareil circulatoire, très courte durée (GHM 05M17T et GHS 1794) ;
- ◆ troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, très courte durée (GHM 19M06T et GHS 7073).

Pour le secteur privé lucratif, l'écart le plus dénombré dans son case-mix était de -4 % porté par sept GHM dont les GHM 16M11T / GHS 6186 et GHM 06M03T / GHS 2133 mentionnés *supra* ainsi que les affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale, très courte durée (GHM 14M03T et GHS 5481) (cf. graphique 3).

⁶ Entendue ici comme les GHM en M avec un suffixe en J ou T.

Graphique 3 : Répartition des séjours médicaux de très courte durée ou ambulatoire de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.2.3. Le modèle économique des activités interventionnelles ambulatoires était défavorable pour les établissements ex-DG avec un écart de -11,9 % et plus attractif pour les établissements privés lucratifs avec un écart de +4,4 %

Enfin, l'activité interventionnelle de très courte durée ou ambulatoire⁷ représentait, en 2019, 3,3 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 4,7 % pour les EBNL et 10,4 % pour les EBL.

Sur ce périmètre, la tarification était avantageuse pour les EBL par rapport aux autres séjours et plus défavorable pour les EPS et EBNL.

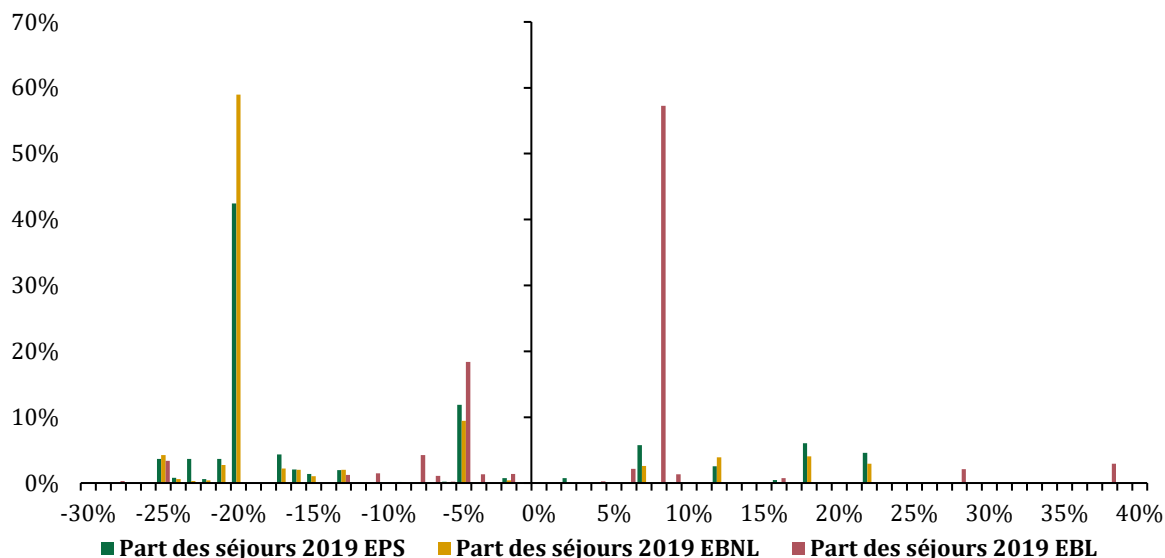
33,0 % des séjours interventionnels ambulatoires ou de très courte durée seulement pâtissaient de tarifs inférieurs aux TIC pour le secteur privé lucratif alors que 79,9 % et 86,4 % étaient dans cette configuration pour les EPS et EBNL.

Le GHM le plus codé sur ce versant d'activité était l'endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire (GHM 06K04J et GHS 2121) en écart de -20 % pour le secteur public et le secteur privé non lucratif. Il rassemblait 39,2 % et 57,4 % de l'activité du périmètre de ces deux secteurs. L'écart de tarification sur ce même GHM, qui fonde 57,2 % de l'activité interventionnelle de très courte durée des EBL, était de +8,0 %.

Considérant le case-mix 2019 de chaque secteur, les activités interventionnelles ambulatoires ou de très courte durée étaient ainsi tarifées avec un écart de +4,4 % par rapport aux TIC pour le secteur privé lucratif et de -11,7 % pour les EPS et EBNL (cf. graphique 4).

⁷ Entendue ici comme les GHM en K avec un suffixe en J ou T.

Graphique 4 : Répartition des séjours interventionnels de très courte durée ou ambulatoire de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.3. Les séances présentaient, en 2019, un modèle économique plus attractif que les autres activités, leur écart aux TIC étant supérieur à +4 % quel que soit le secteur de financement

Les séances⁸ représentaient, en 2019, 31,5 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 53,0 % pour les EBNL et 25,1 % pour les EBL.

Alors que les séances de dialyse ont connu des réductions tarifaires depuis 2015 pour limiter leurs surfinancements⁹, **les séances présentaient encore, par rapport aux autres séjours, un profil d'écarts de tarifs aux TIC positif pour tous les types d'établissements.**

82,9 % de l'activité des EPS, 95,0 % de l'activité des EBNL était réalisée sur des GHM en écart positif par rapport aux TIC. Les différentes techniques de radiothérapie, les chimiothérapies pour tumeur et les hémodialyses avaient ainsi, dans le secteur de financement ex-DG, un écart positif de tarification. Seules les transfusions et les chimiothérapies pour affection non tumorale présentaient un écart négatif, compris entre -24 % et -22 %.

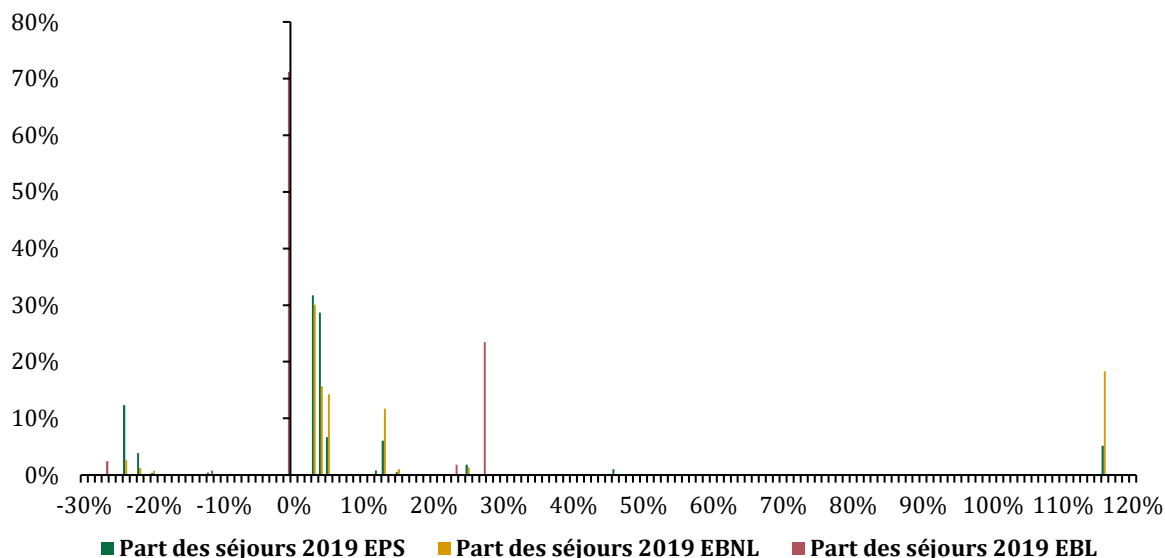
Pour les EBL, 25,3 % des séances enregistraient un écart positif, sachant que 71,2 % des séances n'étaient qu'en faible écart de -1 %.

Au total, le secteur de financement ex-DG a bénéficié, sur son case-mix de séances, d'un écart moyen aux TIC de +4,9 %. Quant au secteur ex-OQN, l'écart moyen sur son case-mix atteignait +4,7 %, grâce aux chimiothérapies pour tumeur affichant un écart de +27 % (cf. graphique 5).

⁸ Entendues ici comme les GHM de la catégorie majeure de diagnostic 28.

⁹ -10,5 % pour le secteur ex-DG et -6,2 % pour le secteur ex-OQN pour les dialyses en centre et +0,1 % pour le secteur ex-DG et -3,5 % pour le secteur ex-OQN pour les dialyses en unité de dialyse médicalisée entre 2015 et 2019 d'après le rapport de la Cour des Comptes sur l'insuffisance rénale chronique de 2020.

Graphique 5 : Répartition des séances de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

Par ailleurs, les forfaits de dialyse constituant 0,7 %, 0,6 % et 23,8 % de l'activité en EPS, EBNL et EBL étaient également en écart aux TIC de l'ordre de +10 % par rapport aux autres prises en charge.

1.4. L'hospitalisation complète n'était attractive que sur les séjours médico-chirurgicaux de niveaux de sévérité 2 à 4 et seulement pour les établissements publics ou privés non lucratifs (+2,5 % par rapport aux TIC)

1.4.1. Réalisés à 94 % en hospitalisation complète, les séjours de niveau de sévérité 1 étaient valorisés sous leurs TIC à hauteur de -4,1 % pour les établissements ex-DG et -3,4 % pour les établissements ex-OQN

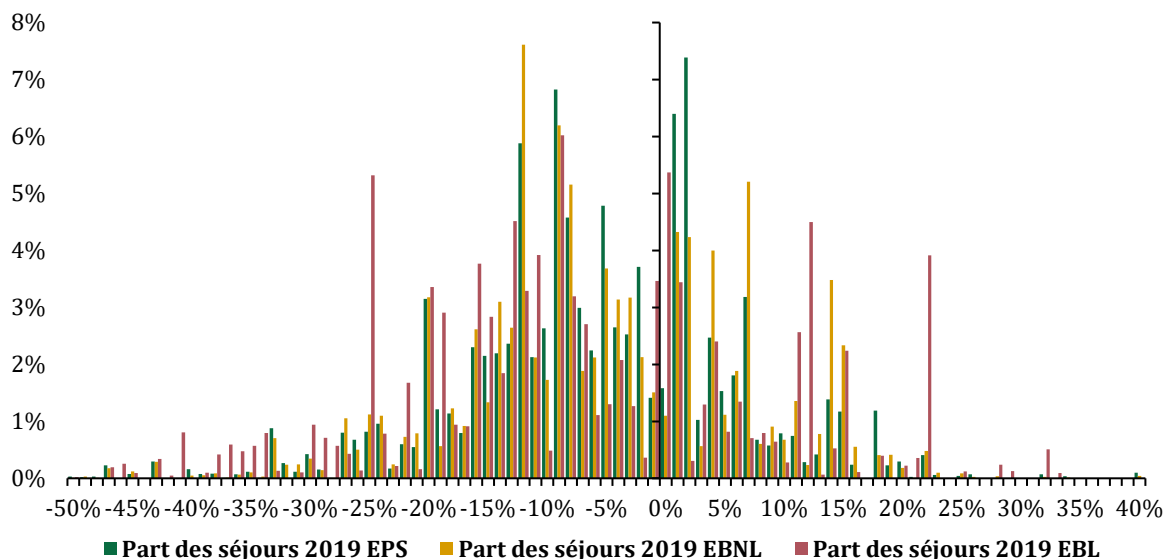
Les séjours médico-chirurgicaux de sévérité 1 comprenaient, en 2019, 94 % séjours avec nuitée. Ils représentaient, en 2019, 14,3 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 7,6 % pour les EBNL et 9,6 % pour les EBL.

Le profil de valorisation de ces séjours révèle un écart négatif par rapport aux TIC pour l'ensemble des secteurs, comparativement aux autres séjours.

Pour le secteur de financement ex-DG, c'étaient les hystérectomies de niveau 1 (GHM 13C031 et GHS 4922) et les endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde de niveau 1 (GHM 05K061 et GHS 1697) qui tiraient le plus à la baisse la valorisation de ces séjours avec des écarts de -25 % et -12 %. Et pour le secteur ex-OQN, il s'agissait des actes diagnostiques par voie vasculaire de niveau 1 (GHM 05K101 et GHS 1702) et les traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire de niveau 1 (GHM 05K191 et GHS 1817) avec leurs écarts de -25 % et -16 %.

Sur les séjours de sévérité 1, l'écart moyen avec les TIC atteignait -4,1 % pour les EPS et EBNL et -3,4 % pour les EBL. Cet écart plus défavorable que sur la médecine¹⁰ et la chirurgie ambulatoires agit ainsi comme une incitation à la bascule des séjours de sévérité 1 en hospitalisation partielle.

Graphique 6 : Répartition des séjours de niveau de sévérité 1 de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.4.2. Les établissements ex-DG bénéficiaient d'un écart favorable aux TIC de +2,5 % sur les séjours de niveaux de sévérité 2 à 4

Les séjours médico-chirurgicaux de niveaux de sévérité 2 à 4 relèvent de l'hospitalisation complète. Ils représentaient, en 2019, 16,6 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 7,6 % pour les EBNL et 3,9 % pour les EBL. Cependant, **la valorisation de ces séjours constituait 50,4 % de la masse tarifaire totale de l'activité MCO des établissements ex-DG et seulement 19,6 % pour les établissements ex-QQN.**

Ces séjours étaient mieux tarifés pour les EPS et EBNL que dans le secteur privé lucratif, tenant compte des case-mix des différents types d'établissements.

62,8 % de ces séjours pour les EPS et 66,8 % pour les EBNL étaient positionnés sur des GHM et GHS bénéficiant de tarifs supérieurs aux TIC. Cette proportion tombait à 34,6 % pour les EBL.

¹⁰ Sauf les activités interventionnelles pour les EPS et EBNL pour lesquelles l'écart des tarifs aux TIC était de -11,7 %.

Annexe VI

Parmi les GHM et GHS ayant le plus contribué à la valorisation favorable sur les séjours de ces niveaux de sévérité pour les EPS et EBNL, on compte :

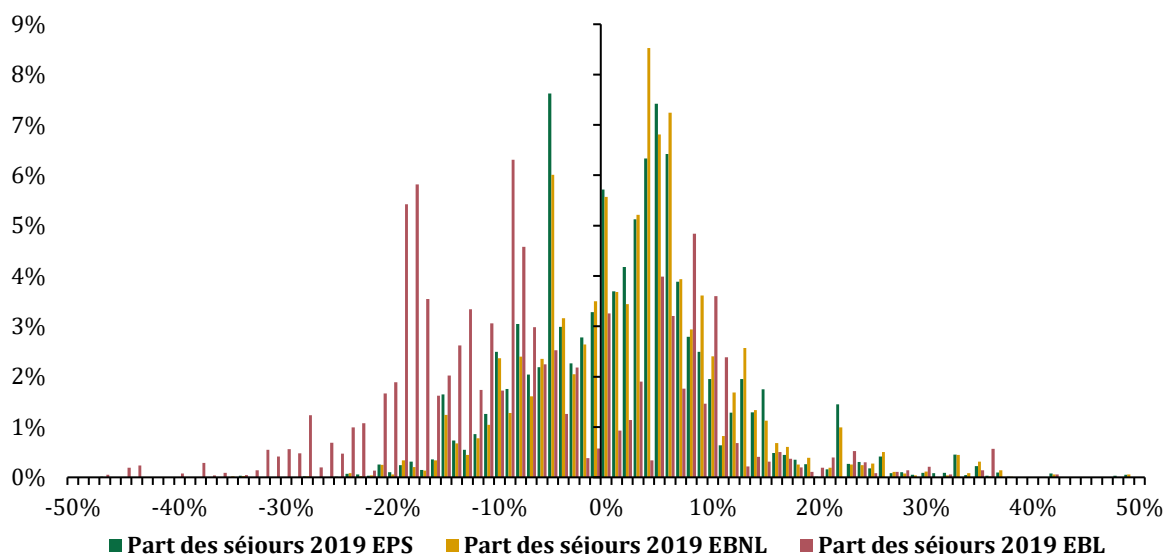
- ◆ les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques de niveau 4 (GHM 27Z024 et GHS 8973) en écart de +49 % ;
- ◆ les accidents vasculaires intracérébraux non transitoires de niveau 3 (GHM 01M303 et GHS 0318) en écart de +15 % ;
- ◆ les accidents vasculaires intracérébraux non transitoires de niveau 2 (GHM 01M302 et GHS 0315) en écart de +22 % ;
- ◆ les infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans de niveau 3 (GHM 04M073 et GHS 1153) en écart de +13 % ;
- ◆ les craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans de niveau 2 (GHM 01C042 et GHS 0027) en écart de +33 % ;
- ◆ et les craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 (GHM 01C043 et GHS 0028) en écart de +35 %.

Pour ces mêmes établissements, les insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire de niveau 3 (GHM 05M093 et GHS 1755) modéraient, par exemple, l'écart positif global avec un écart de -5 %. Pour le secteur privé lucratif, l'écart de ce GHM avec son TIC était de -19 %.

Autre illustration pour les EBL avec les pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans de niveau 3 (GHM 04M053 et GHS 1144) dont l'écart de -18 % contribue à la tarification moins favorable du case-mix des EBL sur les séjours médico-chirurgicaux de niveaux de sévérité 2 à 4.

En valorisation, l'écart moyen s'établissait ainsi +2,5 % sur les séjours de niveaux de sévérité 2 à 4 pour les EPS et EBNL et -4,2 % pour les EBL (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Répartition des séjours de niveaux de sévérité 2 à 4 de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.4.3. Les prises en charge périnatales constituaient des activités économiquement peu attractives, les écarts moyens aux TIC allant de -7,8 % à -13,4 % selon l'activité et le secteur

En dépit du soutien apporté aux tarifs d'obstétrique et notamment des accouchements par voie basse dans les campagnes tarifaires 2016 et suivantes¹¹, **les activités d'obstétrique et de néonatalogie¹², réalisées à 86 % en hospitalisation complète, restaient défavorablement tarifées, par rapport à leurs TIC et aux autres séjours et ce pour tous les types d'établissements.** Ces séjours représentaient, en 2019, 8,5 % des séjours (séances incluses) en MCO pour les EPS, 3,7 % pour les EBNL et 2,9 % pour les EBL.

En particulier, les césariennes pour grossesse unique, sans complication significative (GHM 14C08A et GHS 5326), représentant 6,1 et 7,3 % des séjours de CMD 14 ou 15 pour les EPS et EBNL, présentaient des tarifs -26 % inférieurs aux TIC. Pour les EBL, l'écart était moindre et s'établissait -19 %. L'écart aux TIC était également plus modéré pour les accouchements uniques par voie basse, sans complication (GHM 14Z13A et GHS 5490 et GHM 14Z14A et GHS 5495) soit -5 % à -4 % pour les établissements ex-DG ainsi que pour les établissements ex-OQN avec -11 % à -4 %.

Les séjours de nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 semaines d'aménorrhée et assimilés sans problème significatif (GHM 15M05A et GHS 5903) constituant 27,3 et 31,2 % des séjours de CMD 14 ou 15 pour les EPS et EBNL, présentaient un écart tarifaire de -16 %. Pour les EBL, l'écart était également moindre : -12 %. Les nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 semaines d'aménorrhée et assimilés, avec autre problème significatif (GHM 15M05B et GHS 5904) comptaient parmi les rares types de séjours de CMD 14 ou 15 à bénéficier de tarifs supérieurs aux TIC à hauteur de +5 % et ce, seulement pour les EPS et EBNL.

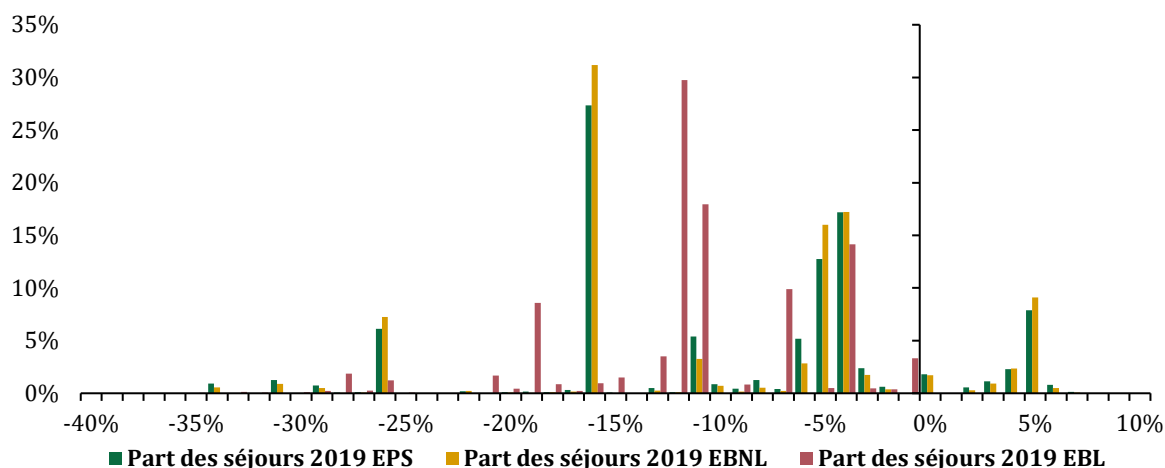
Sur les activités d'obstétrique, l'écart moyen aux TIC atteignait -10,1 % pour les établissements ex-DG et -13,4 % pour les établissements ex-OQN. Sur la néonatalogie, l'écart aux TIC était mais restait négatif : -7,8 % pour les établissements ex-DG et -12,4 % pour les établissements ex-OQN (cf. graphique 8).

¹¹ Circulaire N° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé et circulaire N° DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé.

¹² Entendues ici comme les séjours des catégories majeures de diagnostic 14 et 15.

Annexe VI

Graphique 8 : Répartition des séjours d'obstétrique et néonatalogie de 2019 des EPS, EBNL et EBL en fonction des écarts entre tarifs et TIC 2020



Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

1.4.4. Les établissements ex-OQN ont bénéficié d'une incitation économique plus forte à développer les activités ambulatoires que les établissements ex-DG en 2019.

En effet, sur les différents champs étudiés, la **majorité des séjours des établissements ex-DG, à savoir les séjours ambulatoires, de très courte durée ou de sévérité 1, étaient positionnés sur des prises en charge pour lesquelles les tarifs étaient inférieurs aux TIC.** Ce sont **les séjours de sévérité supérieure**, bien que ne représentant que 8,9 % de leur case-mix, qui **contribuaient à redresser le modèle économique** de ces établissements du fait de leur valorisation plus importante et donc de leur poids dans la masse tarifaire. **Pour les établissements ex-OQN, les équilibres étaient inversés** : les activités ambulatoires, notamment chirurgicales, compensaient, par leur volume et leur écart positif aux TIC, le modèle économique plus défavorable des hospitalisations complètes. Les établissements privés lucratifs se sont positionnés, par conséquent, plus fortement sur la chirurgie ambulatoire (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Part dans le case-mix, la valorisation et écart moyen aux TIC par type de prise en charge et par secteur en 2019-2020

| Type de prise en charge | Secteur | Part dans le case-mix MCO | Part dans la valorisation MCO | Écart moyen aux TIC |
|---|---------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Chirurgie ambulatoire ou de très courte durée | Ex-DG | 5,7 % | 5,0 % | -1,7 % |
| | Ex-OQN | 16,4 % | 17,6 % | +2,9 % |
| Médecine ambulatoire ou de très courte durée | Ex-DG | 11,7 % | 4,7 % | -2,2 % |
| | Ex-OQN | 2,6 % | 1,7 % | -2,6 % |
| Interventionnel ambulatoire ou de très courte durée | Ex-DG | 3,6 % | 1,8 % | -11,7 % |
| | Ex-OQN | 10,4 % | 7,5 % | +4,4 % |
| Séances (hors forfaits dialyse) | Ex-DG | 37,4 % | 8,1 % | +4,9 % |
| | Ex-OQN | 25,1 % | 10,4 % | +4,7 % |
| Séjours de sévérité 1 | Ex-DG | 13,2 % | 16,2 % | -4,1 % |
| | Ex-OQN | 9,6 % | 22,5 % | -3,4 % |
| Séjours de sévérité 2 à 4 | Ex-DG | 14,8 % | 50,4 % | +2,5 % |
| | Ex-OQN | 3,9 % | 19,6 % | -4,2 % |
| Obstétrique et néonatalogie | Ex-DG | 7,4 % | 7,9 % | -9,3 % |
| | Ex-OQN | 2,9 % | 5,3 % | -13,1 % |

Source : ATIH (tarifs issus des coûts 2020), traitements et calculs de la mission.

2. Si le développement de l'HAD et de la chirurgie ambulatoire a été soutenu par leur modèle économique, l'équilibre entre tarifs et coûts demeure incertain sur les hôpitaux de jour de médecine en l'absence d'ENC récente

En l'absence de données récentes issues de l'ENC, cette seconde partie étudie, à la maille des principales modalités et disciplines de prise en charge, les coûts des séjours et journées d'hospitalisation sur le fondement du RTC 2023 et les met en regard de la valorisation assurance maladie 2023 de ces mêmes séjours et journées. Il s'agit ainsi d'identifier un ordre de grandeur de niveau de couverture des coûts d'hospitalisation par des recettes assurance maladie en 2023. À l'instar de la première partie (cf. encadré 4), les périmètres entre coûts et recettes ne sont pas identiques, les charges mesurées par le RTC étant, pour partie, couvertes par d'autres recettes que celles versées par l'assurance maladie.

2.1. L'hospitalisation partielle concentrant le recours aux produits de santé en médecine et aux plateaux techniques en chirurgie, elle présente, en 2023, un coût journalier de 1 561 €, +64 % supérieur à celui de l'hospitalisation complète

Le référentiel national de coûts des unités d'œuvre est calculé à partir des données nationales du retraitement comptable (RTC) des établissements publics et privés à but non lucratif issues de la comptabilité analytique des établissements. Il fournit des coûts d'unités d'œuvre des activités de soins mais aussi des fonctions médico-techniques, techniques et supports. Les coûts exposés *infra* sont les coûts des services d'hospitalisation majorés des coûts des fonctions techniques, techniques et supports qui leur sont rattachés (cf. encadré 6).

Encadré 6 : Présentation et méthodologie du RTC

Les données du RTC sont recueillies annuellement auprès de l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif ex-DG. Ces données permettent le calcul d'un référentiel de coûts des UO pour les activités de soins et des fonctions support, notamment :

- le coût par journée des services cliniques HAD, MCO, psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation ;
- le coût des plateaux médico-techniques (blocs opératoires, blocs gynéco-obstétricaux, anesthésiologie, laboratoires, imagerie, médecine nucléaire, plateaux d'exploration ;
- le coût des activités de logistique générale (restauration, blanchisserie, services administratifs, services hôteliers, entretien-maintenance, transports des patients) ;
- le coût de la logistique médicale (pharmacie, stérilisation, génie biomédical, hygiène hospitalière et vigilances) ;
- et le coût de la structure (coûts financiers, coûts immobiliers).

Les coûts des fonctions médico-techniques, techniques et supports sont ensuite ventilés, grâce à des clés de ventilation, sur les fonctions de soins pour obtenir les coûts journaliers des hospitalisations majorées par les charges de ces fonctions médico-techniques, techniques et supports.

Source : ATIH, guide méthodologique du RTC 2024.

2.1.1. En 2023, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation partielle en MCO (1 561 €) est +64 % plus élevé qu'en hospitalisation complète (950 €)

Le coût moyen d'une journée en MCO est +64 % plus élevé en hospitalisation partielle (HDJ/ambu) qu'en hospitalisation complète (HC) pour les établissements ex-DG, les modalités ambulatoires concentrant la prise en charge et les soins sur une seule journée. En 2023, le coût d'une journée d'hospitalisation partielle, et donc d'un séjour ambulatoire, atteignait 1 561 € tandis que le coût d'une journée en HC MCO s'établissait à 950 €.

Un séjour MCO ambulatoire demeure, en moyenne, moins coûteux qu'un séjour en hospitalisation complète, le coût d'une journée en hospitalisation étant inférieur au double d'une journée en HC. En effet, le coût d'un séjour ambulatoire équivaut au prix d'une journée soit 1 561 € en moyenne et un séjour en hospitalisation complète au moins 1 900 €, considérant qu'un séjour en HC dure, par définition, *a minima* deux jours.

Les coûts journaliers des établissements sont plus dispersés en ambulatoire qu'en HC. En HC MCO, le premier quartile des établissements ex-DG présente un coût à la journée de 567 € et le troisième quartile de 872 €, la médiane se situant à 735 €. En hospitalisation partielle MCO, le coût journalier du premier quartile des établissements est de 1 058 €, celui de l'établissement médian 1 400 € et celui du troisième quartile 1 661 €. Le coefficient de variation¹³ était de donc 39 % pour l'ambulatoire et de 32 % pour l'HC.

En chirurgie, le différentiel de coûts entre les modalités ambulatoire et HC est plus faible avec un coût +18 % plus élevé d'un séjour ambulatoire qu'une journée d'HC. Le coût d'une journée d'HC était, en 2023, de 1 273 € vs. 1 497 € pour un séjour de chirurgie ambulatoire. La dispersion des coûts est moindre que sur l'ensemble du champ MCO et similaire entre les modalités ambulatoire et HC, les coefficients de variation étant respectivement de 29 % et 26 %.

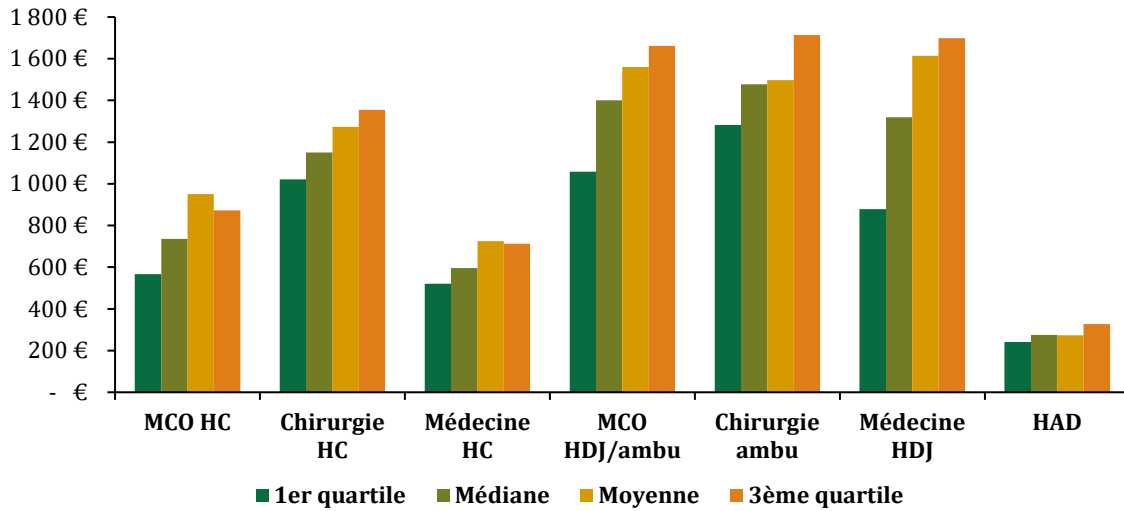
En médecine, en revanche, le coût d'un séjour en hôpital de jour (HDJ), 1 614 € en 2023, représente plus du double de celui d'une journée d'hospitalisation complète de 725 €. Les coûts des hôpitaux de jour de médecine sont aussi plus dispersés au sein des établissements ex-DG, le coefficient de variation associé s'élevant à 51 % avec un premier quartile de 878 € et un troisième quartile de 1 699 €.

Avec un coût moyen à la journée de 274 € en 2023, l'HAD est la modalité présentant le coût journalier le plus faible. Il est toutefois à noter une hétérogénéité des coûts entre établissements, le premier quartile s'établissant à 241 €, le troisième quartile à 327 € et le coefficient de variation à 31 % (cf. graphique 9).

¹³ Calculé comme le rapport entre l'écart interquartile par la moyenne.

Annexe VI

Graphique 9 : Coût d'une journée d'hospitalisation en établissement ex-DG selon les modalités de prise en charge en 2023



Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

Le type d'établissement ex-DG constitue un facteur participant à la dispersion des coûts entre établissements. Du fait de leur positionnement sur les prises en charge plus lourdes et mobilisant des traitements plus coûteux, **les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) présentent des coûts journaliers supérieurs à la moyenne sur les différentes modalités de prise en charge étudiées. Les coûts journaliers des centres hospitaliers (CH) sont, quant à eux, inférieurs à la moyenne.**

En 2023, les coûts d'une journée MCO en HC et hospitalisation partielle s'établissent ainsi à :

- ◆ 1 207 € (+21 % par rapport à la moyenne) et 1 879 € (+17 %) pour les CLCC ;
- ◆ 1 184 € (+20 %) et 1 697 € (+8 %) pour les CHU ;
- ◆ 789 € (-20 %) et 1 437 € (-9 %) pour les CH ;
- ◆ et 932 € (-2 %) et 1 250 € (-25 %) pour les autres EBNL.

En médecine, les coûts d'une journée en HC et hospitalisation partielle sont de :

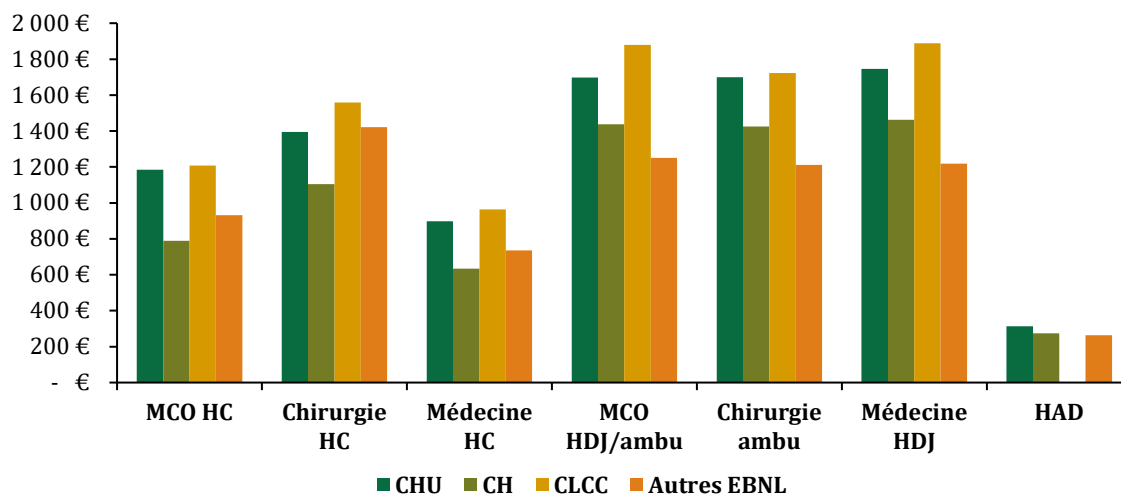
- ◆ 964 € (+25 % par rapport à la moyenne) et 1 889 € (+15 %) pour les CLCC ;
- ◆ 898 € (+19 %) et 1 746 € (+8 %) pour les CHU ;
- ◆ 634 € (-14 %) et 1 463 € (-10 %) pour les CH ;
- ◆ et 735 € (+1 %) et 1 219 € (-32 %) pour les autres EBNL.

En chirurgie, ces mêmes données signalent également des coûts journaliers supérieurs à la moyenne en CHU et CLCC et inférieurs à la moyenne en CH :

- ◆ 1 559 € (+18 % par rapport à la moyenne) et 1 723 € (+13 %) pour les CLCC ;
- ◆ 1 395 € (+9 %) et 1 699 € (+12 %) pour les CHU ;
- ◆ 1 104 € (-15 %) et 1 425 € (-5 %) pour les CH ;
- ◆ et 1 421 € (+10 %) et 1 212 € (-24 %) pour les autres EBNL.

Enfin, concernant l'HAD, le coût d'une journée des CHU s'élève à 313 € (+12 %), 274 € pour les CH (0 %) et 263 € (-4 %) en EBNL (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Coût moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement ex-DG et selon les modalités de prise en charge en 2023



Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

2.1.2. Le coût journalier supérieur des prises en charge ambulatoires est lié à la concentration du recours aux produits de santé en médecine et aux plateaux médico-techniques en chirurgie

Comparativement à l'HC, les prises en charge ambulatoire se caractérisent, d'une part, par une plus grande place des charges à caractère médical (+28,8 pt), des charges des plateaux médico-techniques (+4,1 pt) et, d'autre part, une part moindre des charges de personnel des services d'hospitalisation (-27,1 pt) et des charges de logistique générale (-7,3 pt).

Que ce soit en HC ou en ambulatoire, les CHU se distinguent des CH par une part des charges de personnel dans les coûts journaliers MCO moindre mais une part des dépenses à caractère médicale supérieure (cf. tableau 2).

En chirurgie, les principaux écarts dans la décomposition des coûts journaliers des établissements ex-DG entre HC et ambulatoire sont relevés sur :

- ◆ les charges de plateaux médico-techniques (+20,9 pt pour l'ambulatoire) ;
- ◆ les charges de personnel des services d'hospitalisation (-14,0 pt) ;
- ◆ les charges de logistique générale (-4,5 pt) ;
- ◆ et les charges à caractère médical (-1,5 pt).

Sur les prises en charge chirurgicales, on retrouve, dans les CHU, une part moindre des dépenses de personnel et une plus grande part des charges de plateaux médico-techniques et des charges à caractère médical que dans les CH (cf. tableau 3).

En médecine, s'observent les mêmes tendances de différentiel dans la décomposition des coûts journaliers des établissements ex-DG plus prononcées encore sur les charges à caractère médical, les charges de personnel et les charges de logistique général :

- ◆ les charges à caractère médical (+43,5 pt pour l'hôpital de jour) ;
- ◆ les charges de personnel (-32,4 pt) ;
- ◆ et les charges de logistique générale (-10,9 pt).

Annexe VI

Les charges à caractère médical (872 € par jour) constituent 54,0 % des charges en hôpital de jour de médecine pour les établissements ex DG, dont 41,9 % pour les molécules en sus (675 €), 5,3 % pour les molécules sous autorisation temporaire d'utilisation (85 €) et 0,3 % pour les dispositifs médicaux en sus (5 €).

Les différences de structure de coûts entre CHU et CH se concentrent sur la part des charges de personnel, moindre en CHU et celle des plateaux médico-techniques, moindre en CH. Les structures de coûts des hôpitaux de jour de médecine demeurent cependant similaires entre CHU et CH (cf. tableau 4).

Par rapport à l'HC, les prises en charge ambulatoire concentrent ainsi les charges à caractère médical (médicaments, dispositifs médicaux notamment) en médecine et le recours aux plateaux médico-techniques (blocs opératoires, imagerie notamment) en chirurgie. En regard, ce sont les charges de personnel des services de soins et de logistique générale qui sont plus représentées en HC qu'en ambulatoire.

Annexe VI

Tableau 2 : Décomposition des coûts journaliers d'une prise en charge MCO par type d'établissement en 2023 (en %)

| Charges | MCO HC Ex-DG | MCO HDJ/ambu Ex-DG | MCO HC CHU | MCO HDJ/ambu CHU | MCO HC CH | MCO HDJ/ambu CH |
|--|-----------------|--------------------------|---------------|------------------------|--------------|-----------------------|
| Charges de personnel | 43,0 | 15,9 | 39,3 | 15,5 | 47,6 | 16,8 |
| <i>Dont personnel médical</i> | 11,4 | 5,2 | 9,7 | 4,9 | 13,0 | 5,0 |
| <i>Dont sages-femmes</i> | 0,9 | 0,2 | 0,6 | 0,2 | 1,3 | 0,2 |
| <i>Dont personnel non médical</i> | 30,7 | 10,6 | 29,0 | 10,5 | 33,3 | 11,7 |
| Charges à caractère médical | 9,9 | 38,7 | 12,2 | 41,1 | 6,9 | 34,2 |
| Charges à caractères général et hôtelier | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,6 |
| Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 0,2 | 0,6 | 0,2 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES | 53,7 | 55,2 | 52,1 | 57,0 | 55,4 | 51,8 |
| Produits déductibles | -0,7 | -0,3 | -0,5 | -0,3 | -0,9 | -0,3 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES NETTES | 52,9 | 54,9 | 51,6 | 56,7 | 54,5 | 51,5 |
| Logistique médicale | 1,4 | 3,8 | 1,2 | 3,3 | 1,6 | 4,9 |
| Plateaux médico-techniques | 21,5 | 25,6 | 23,8 | 23,9 | 19,0 | 28,3 |
| Logistique générale | 20,5 | 13,2 | 19,7 | 13,4 | 21,3 | 12,9 |
| Structure | 3,8 | 2,5 | 3,8 | 2,8 | 3,6 | 2,5 |
| TOTAL CHARGES | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

Annexe VI

Tableau 3 : Décomposition des coûts journaliers d'une prise en charge chirurgicale par type d'établissement en 2023 (en %)

| Charges | Chirurgie HC Ex-DG | Chirurgie ambulatoire Ex-DG | Chirurgie HC CHU | Chirurgie ambulatoire CHU | Chirurgie HC CH | Chirurgie ambulatoire CH |
|--|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| Charges de personnel | 30,7 | 16,7 | 29,6 | 15,1 | 33,7 | 17,4 |
| <i>Dont personnel médical</i> | 8,8 | 5,3 | 8,1 | 3,9 | 10,2 | 5,0 |
| <i>Dont sages-femmes</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| <i>Dont personnel non médical</i> | 21,9 | 11,4 | 21,5 | 11,2 | 23,5 | 12,5 |
| Charges à caractère médical | 7,8 | 6,3 | 7,4 | 7,7 | 7,2 | 4,5 |
| Charges à caractères général et hôtelier | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 0,4 | 0,5 |
| Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,2 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES | 39,1 | 23,7 | 37,4 | 23,5 | 41,6 | 22,6 |
| Produits déductibles | -0,5 | -0,3 | -0,4 | -0,2 | -0,7 | -0,3 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES NETTES | 38,6 | 23,4 | 37,0 | 23,4 | 40,9 | 22,3 |
| Logistique médicale | 1,1 | 0,9 | 0,7 | 0,7 | 1,5 | 1,0 |
| Plateaux médico-techniques | 40,5 | 61,4 | 42,2 | 62,7 | 38,0 | 61,8 |
| Logistique générale | 16,7 | 12,2 | 16,9 | 11,0 | 16,7 | 12,8 |
| Structure | 3,2 | 2,2 | 3,2 | 2,3 | 2,9 | 2,2 |
| TOTAL CHARGES | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

Annexe VI

Tableau 4 : Décomposition des coûts journaliers d'une prise en charge de médecine par type d'établissement en 2023 (en %)

| Charges | Médecine HC Ex-DG | Médecine HDJ Ex-DG | Médecine HC CHU | Médecine HDJ CHU | Médecine HC CH | Médecine HDJ CH |
|--|----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Charges de personnel | 47,2 | 14,8 | 42,5 | 14,8 | 51,3 | 15,6 |
| <i>Dont personnel médical</i> | 12,5 | 4,8 | 10,9 | 4,9 | 13,6 | 4,6 |
| <i>Dont sages-femmes</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| <i>Dont personnel non médical</i> | 34,6 | 10,0 | 31,6 | 10,0 | 37,6 | 10,9 |
| Charges à caractère médical | 10,5 | 54,0 | 12,9 | 52,4 | 7,6 | 53,4 |
| Charges à caractères général et hôtelier | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,7 |
| Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles | 0,4 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,6 | 0,2 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES | 58,4 | 69,2 | 56,0 | 67,5 | 59,7 | 69,9 |
| Produits déductibles | -0,9 | -0,3 | -0,7 | -0,3 | -1,0 | -0,3 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES NETTES | 57,5 | 68,9 | 55,3 | 67,2 | 58,8 | 69,6 |
| Logistique médicale | 1,5 | 5,3 | 1,2 | 4,1 | 1,6 | 7,4 |
| Plateaux médico-techniques | 12,5 | 9,9 | 14,9 | 12,0 | 11,1 | 7,9 |
| Logistique générale | 24,3 | 13,4 | 24,1 | 13,8 | 24,6 | 12,7 |
| Structure | 4,3 | 2,7 | 4,6 | 2,9 | 3,9 | 2,6 |
| TOTAL CHARGES | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

Annexe VI

Du fait d'un faible recours aux plateaux médico-techniques mais aussi de frais de structure moindres, l'HAD présente la part la plus élevée en charges directement associées aux services de soins de l'ensemble des prises en charge. Les charges de personnel constituent ainsi 39,2 % des coûts et les charges à caractère médical 36,3 %.

Comme sur le reste du champ MCO, la structure de coûts diffèrent entre CHU et CH sur les charges de personnel avec une part moindre en CHU qu'en CH et les charges à caractère médical avec une part moindre en CH qu'en CHU (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Décomposition des coûts journaliers d'une prise en charge en HAD par type d'établissement en 2023 (en %)

| Charges | Ex-DG | CHU | CH |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Charges de personnel | 39,2 | 37,0 | 47,9 |
| <i>Dont personnel médical</i> | <i>5,1</i> | <i>3,1</i> | <i>6,9</i> |
| <i>Dont sages-femmes</i> | <i>0,7</i> | <i>2,0</i> | <i>0,4</i> |
| <i>Dont personnel non médical</i> | <i>33,4</i> | <i>31,9</i> | <i>40,6</i> |
| Charges à caractère médical | 36,3 | 41,0 | 28,4 |
| Charges à caractères général et hôtelier | 3,2 | 0,9 | 2,2 |
| Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles | 0,8 | 0,5 | 0,9 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES | 79,6 | 79,3 | 79,4 |
| Produits déductibles | -0,9 | -0,4 | -1,5 |
| TOTAL CHARGES DIRECTES NETTES | 78,6 | 78,9 | 77,9 |
| Logistique médicale | 3,1 | 2,6 | 3,3 |
| Plateaux médico-techniques | 0,7 | 0,5 | 1,1 |
| Logistique générale | 15,8 | 15,7 | 15,7 |
| Structure | 1,8 | 2,4 | 2,1 |
| TOTAL CHARGES | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023).

2.2. Le taux de couverture des coûts par les recettes versées par l'assurance maladie en hôpital de jour de médecine est compris entre 47 % et 83 %, une fourchette basse par rapport aux autres activités, ce qui peut poser la question du modèle économique du virage ambulatoire en médecine

La mission a croisé les coûts journaliers par modalité de prise en charge et par type d'établissement ex-DG issus du RTC avec la valorisation assurance maladie des séjours rapportée au nombre de journées d'hospitalisation issue de Diamant pour l'année 2023.

Il apparaît que **les recettes assurance maladie couvrent une part plus importante des coûts en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle à l'échelle de l'ensemble des activités MCO** alors que des recettes annexes plus importantes, via le forfait journalier hospitalier et la facturation de chambres particulières, participent à la couverture des coûts en HC.

Le taux de couverture des coûts par les recettes assurance maladie s'établit à **75 % en hospitalisation complète** (713 € de recettes assurance maladie par jour pour 950 € de coût journalier) et à **61 % en hospitalisation partielle** (958 € de recettes assurance maladie par jour pour 1 561 € de coût journalier) en 2023.

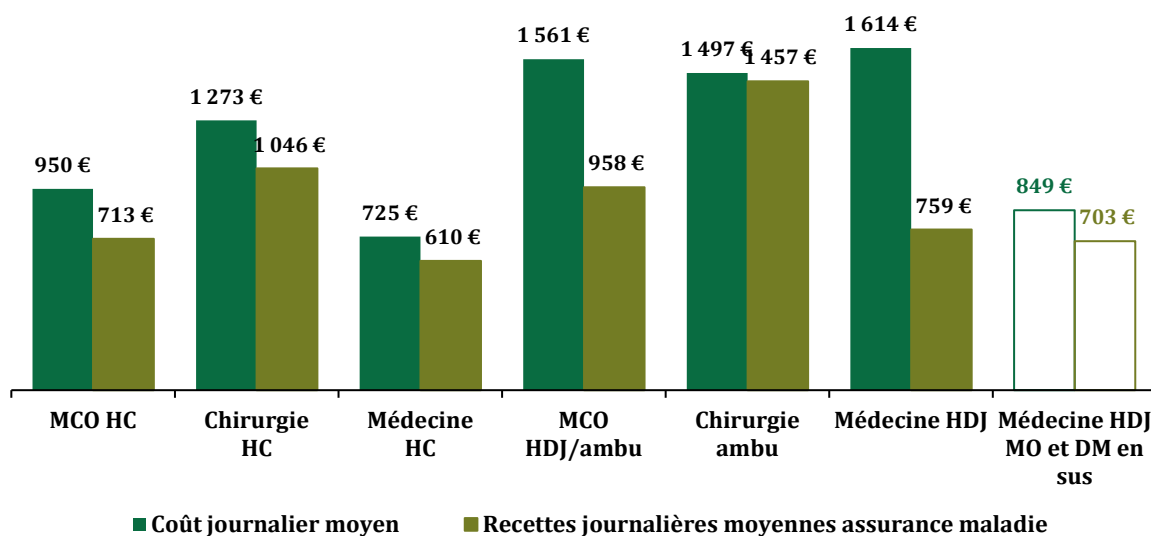
En hospitalisation complète de médecine ou de chirurgie¹⁴, les taux de couverture atteignent respectivement 84 % et 82 % pour les établissements ex-DG en 2023.

¹⁴ En excluant les activités d'obstétrique.

Annexe VI

En hospitalisation partielle, si le taux de couverture des prises en charge chirurgicales est évalué à 97 %, il n'est que de 47 % pour les prises en charge en hôpital de jour de médecine. Ce différentiel entre recettes journalières versées par l'assurance maladie et coûts journaliers **interroge a priori l'équilibre du modèle économique des hôpitaux de jour de médecine.** En réalité, ce différentiel provient principalement d'écarts entre recettes et coûts liés aux molécules onéreuses issus de deux sources différentes (Diamant et RTC). **Hors molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux (DM) implantables en sus, le taux de couverture des coûts par les recettes assurance maladie atteint 83 % en hôpital de jour de médecine** (cf. graphique 11).

Graphique 11 : Recettes assurance maladie et coût pour une journée d'hospitalisation pour les établissements ex-DG selon les modalités de prise en charge en 2023



Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023) et DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Pour tous les types d'établissements ex-DG, le taux de couverture des coûts par les recettes de l'assurance maladie est supérieur en hospitalisation complète MCO par rapport à l'hospitalisation partielle MCO avec un différentiel de +16 pt pour les CHU, +11 pt pour les CH, +15 pt pour les CLCC et +8 pt pour les autres EBNL. La chirurgie ambulatoire est l'activité bénéficiant des taux de couverture les plus élevés en 2023, allant de 90 % pour les autres EBNL à 113 % pour les CLCC tandis que les taux de couverture sont les plus bas pour les hôpitaux de jour de médecine, de 48 % pour les CHU et les CH à 57 % pour les CLCC. Par ailleurs, les CLCC se distinguent des CHU, des CH et des autres EBNL par des taux de couverture plus favorables en hospitalisation complète, notamment en médecine, et les activités ambulatoire (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Taux de couverture des coûts par les recettes assurance maladie par type d'établissement ex-DG en 2023 (en %)

| Modalités de prise en charge | CHU | CH | CLCC | Autres EBNL | Ex-DG |
|------------------------------|-----|-----|------|-------------|-------|
| MCO HC | 75 | 76 | 87 | 76 | 75 |
| Chirurgie HC | 84 | 81 | 81 | 76 | 82 |
| Médecine HC | 86 | 83 | 101 | 77 | 84 |
| MCO HDJ/ambulatoire | 59 | 65 | 72 | 68 | 61 |
| Chirurgie ambulatoire | 99 | 104 | 113 | 90 | 97 |
| Médecine HDJ | 48 | 48 | 57 | 54 | 47 |
| Médecine HDJ hors MO et DMI | 77 | 89 | 143 | 82 | 83 |

Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023) et DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

2.3. En 2023, les recettes de l'assurance maladie couvrent intégralement les coûts des établissements en HAD, ce qui assoit la rentabilité économique de cette modalité de prise en charge

Pour ce qui est de l'HAD, la mission a reconstitué les recettes en s'appuyant sur les données de journées valorisées en 2023 issues de Diamant et les paramètres de la campagne tarifaire 2023 tels que les groupes homogènes de tarifs (GHT), les coefficients géographiques et les coefficients complémentaires appliqués aux EBNL¹⁵ (cf. encadré 7).

Encadré 7 : Modalités de valorisation de l'HAD et méthodologie de reconstitution pour l'année 2023

Le modèle tarifaire de l'HAS se fonde sur des travaux de l'IRDES¹⁶.

Les séjours en HAD sont classés en groupes homogènes de prise en charge (GHPC), ces GHPC étant la résultante de la combinaison de trois variables :

- le mode de prise en charge principal ;
- le mode de prise en charge associé ;
- et l'indice de Karnofsky, mesurant le niveau de dépendance du patient.

À chaque GHPC est associé un indice de pondération intermédiaire (IPI). Au sein de chaque séquence de soins, des tranches de tarifs dégressifs sont appliquées et un deuxième indice de pondération est appliqué à quatre tranches de durée de séquence :

- une pondération de 1 est appliqué aux quatre premiers jours de la séquence,
- une pondération de 0,7613 à partir du 5^{ème} jour,
- une pondération de 0,6765 à partir du 10^{ème} jour,
- et une pondération de 0,63 à partir du 31^{ème} jour.

L'indice de pondération totale (IPT), obtenu par le produit l'IPI et de la pondération affectée à la durée de la séquence, est regroupé dans un GHT. En HAD, 31 GHT donnent un tarif journalier publié chaque année dans le cadre de la campagne tarifaire MCO/HAD.

Pour reconstituer les recettes en HAD, la mission a appliqué les tarifs de GHT de la campagne tarifaire 2023 sur les journées valorisées disponibles dans Diamant, en prenant en compte :

- les coefficients géographiques 2023 pour les régions concernées (Corse, Guadeloupe, Guyane, Île-de-France, Martinique, Mayotte, et la Réunion) ;
- le coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux en vigueur pour les EBNL en 2023 ;
- et le coefficient de modulation des revalorisations du Ségur en vigueur pour les EBNL en 2023.

De plus, depuis 2007, les GHT étant minorés de 13 % pour les prises en charge des patients hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et, depuis 2018, de 7 % dans le cas des patients bénéficiaires d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un coefficient général de 0,99 est appliqué pour tenir compte de la provenance médico-sociale de 6 % des patients en 2023 (cf. annexe III). Les recettes de molécules onéreuses restituées dans Diamant et celles de sécurisation modulée à l'activité (SMA) transmises par la DGOS ont enfin été ajoutées. Le coefficient prudentiel n'a pas été retenu, la réserve prudentielle ayant été restituée aux établissements à la fin de la campagne 2023.

Source : ATIH (guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile 2024) et mission.

¹⁵ Arrêté du 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et instruction N° DGOS/R1/2023/48 du 6 avril 2023 relative aux coefficients applicables aux tarifs des établissements de santé mentionnés au d et au e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

¹⁶ L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, M. Perronnin, T. Renaud. Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé. N° 69. Juillet 2003 (CREDES/IRDES).

Annexe VI

Sur le secteur de financement ex-DG, la valorisation des GHT est évaluée à 1 405 M€ en 2023, à laquelle s'ajoutent le financement des molécules onéreuses en sus pour 117 M€ et la sécurisation modulée à l'activité pour 17 M€.

Rapportées aux 5,5 millions de journées valorisées en HAD, les recettes journalières moyennes versées par l'assurance maladie s'élèvent, en 2023, à 276 € pour l'ensemble des établissements ex-DG : 333 € pour les CHU, 278 € pour les CH, 325 € pour les CLCC et 267 € pour les autres EBNL (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Évaluation des recettes assurance maladie journalières en HAD par type d'établissement ex-DG en 2023

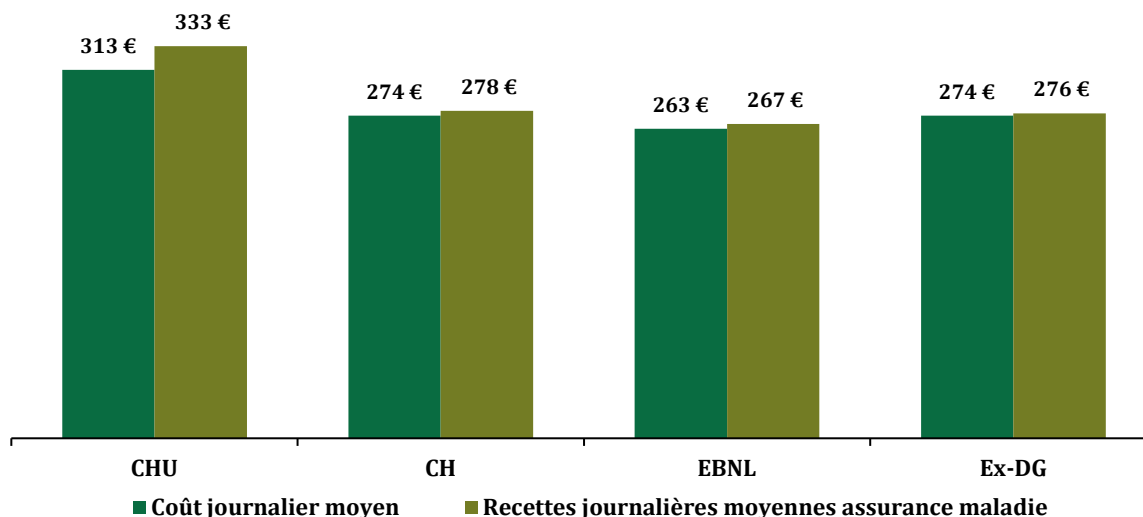
| Type d'établissement | Journées valorisées | Valorisation GHT reconstituée | Molécules en sus | SMA | Recettes par jour |
|----------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| CHU | 464 434 | 111 911 154 € | 38 892 061 € | 3 650 116 € | 333 € |
| CH | 1 081 026 | 274 984 905 € | 15 412 677 € | 10 275 704 € | 278 € |
| CLCC | 99 251 | 27 112 211 € | 5 100 478 € | - | 325 € |
| Autres EBNL | 3 940 769 | 990 680 875 € | 57 919 663 € | 2 906 060 € | 267 € |
| TOTAL EX-DG | 5 585 480 | 1 404 689 144 € | 117 324 880 € | 16 831 880 € | 276 € |

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun) et arrêté du 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, traitements et calculs de la mission.

Le taux de couverture des coûts par les recettes d'assurance maladie s'établit, en 2023, à 101 % considérant un coût journalier de 274 € et des recettes assurance maladie journalières de 276 €. Ce taux est supérieur à 100 % quel que soit le type d'établissements ex-DG :

- ◆ 106 % pour les CHU ;
- ◆ 101 % pour les CH et les EBNL (cf. graphique 12).

Graphique 12 : Recettes assurance maladie et coût pour une journée d'HAD pour les établissements ex-DG en 2023



Source : ATIH (référentiel national de coût des unités d'œuvre 2023) et DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.