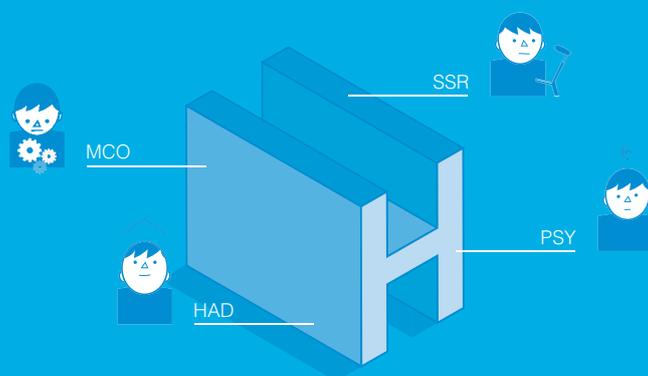


L'essentiel Analyse de l'activité hospitalière 2013



atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Sommaire

Préambule	3
Activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	9
1. Panorama de l'activité	11
1.1. Chirurgie : une croissance portée par les activités phares de la chirurgie ambulatoire	14
1.2. Médecine : une activité moins centrée sur l'ambulatoire et une part importante de séjours avec sévérité	16
1.3. Obstétrique : diminution de l'activité	19
1.4. Interventionnel : une croissance dynamique liée aux endoscopies	19
1.5. Les affections du tube digestif et de l'appareil musculosquelettique à l'origine d'un séjour sur quatre	21
1.6. Le développement de l'ambulatoire se confirme sur des activités ciblées	22
1.7. Poursuite de la croissance des séjours des patients de 65 ans et plus	24
1.8. Recours accru aux séances pour le traitement des tumeurs par chimiothérapie et de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse	25
2. Analyse de l'activité selon les secteurs de financement	27
2.1. Répartition des parts de marché	27
2.1.1. Le secteur « public » couvre davantage les prises en charge en médecine, le secteur « privé » la chirurgie et l'interventionnel	27
2.1.2. Le secteur « public » couvre la majorité des séances de chimiothérapie, alors que le « privé » se spécialise sur la dialyse	29
2.2. Panorama de chaque secteur, et analyse en volume économique	30
2.2.1. Secteur ex-DG	31
2.2.2. Secteur ex-OQN	34
Activité d'hospitalisation à domicile (HAD)	37
1. Les soins palliatifs à l'origine d'une prise en charge sur quatre	40
2. Des patients de plus en plus fragiles d'après l'indice de Karnofsky	42
3. Deux tiers des journées réalisées par les établissements associatifs ou privés lucratifs	44
4. Légère augmentation des transferts vers le MCO	45
5. Quatre patients sur dix ont 75 ans ou plus	47
6. Montée en charge des interventions dans le secteur médico-social	48
Activité de soins de suites et réadaptation (SSR)	49
1. Deux tiers de l'activité concentrés sur trois catégories majeures	53
1.1. L'arthrose du genou : 10% de traumatismes articulaires	54
1.2. AVC et Alzheimer représentent la moitié de la prise en charge pour affections du système nerveux	54
1.3. La moitié des affections circulatoires concernent les coronaropathies et les insuffisances cardiaques	55
2. Hospitalisation partielle, une prise en charge minoritaire mais en forte augmentation	56
3. Une patientèle plutôt âgée et féminine	58
3.1. Deux tiers de la croissance expliquée par les séjours des patients âgés de 80 ans et plus	58
3.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes	60
4. Une croissance portée par les établissements sous OQN	61

5. Une majorité d'établissements avec une autorisation pour adultes mais sans mention spécialisée	62
--	-----------

Activité de psychiatrie **65**

1. Les prises en charge à temps complet sont stables	68
1.1. La moitié des journées concernent la schizophrénie et les troubles de l'humeur	68
1.2. Une journée sur cinq en soins sans consentement parmi les hospitalisations à temps plein	70
1.3. Prise en charge d'une patientèle adulte et masculine	71
1.3.1. Peu d'enfants sont pris en charge en psychiatrie à temps complet	71
1.3.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes	72
1.4. Le nombre de journées des établissements sous OQN en hausse	73
2. L'activité en ambulatoire affectée par les modalités de codage des CATT	74

Annexes **77**

Annexe 1 : Suivi des financements – analyse détaillée	79
1. Principaux résultats	80
2. Activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	82
2.1 Établissements du secteur ex-DG	83
2.1.1 Bilan définitif de l'exercice 2011	83
2.1.2 Bilan définitif de l'exercice 2012	84
2.1.3 Estimation de l'exercice 2013	85
2.2 Établissements du secteur ex-OQN	86
2.2.1 Révision de l'exercice 2012	86
2.2.2 Estimation de l'exercice 2013	87
3. Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)	89
3.1 Évolution des crédits MIGAC	90
3.1.1 Financement au premier euro pour certaines MIG	90
3.1.2 Analyse des mesures nouvelles	91
3.2 Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique	91
3.3 L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations	93
4. Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie	94
4.1 Établissements du secteur OQN	94
4.1.1 Révision de l'exercice 2012	94
4.1.2 Estimation de l'exercice 2013	95
4.2 Établissements du secteur sous DAF	96
5. Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)	97
Annexe 2 : Tableaux relatifs au financement	98

Glossaire **109**

Préambule

Le suivi des dépenses : le point de départ de l'analyse de l'activité

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie aux établissements de santé repose pour partie sur des données recueillies par l'ATIH, notamment celles du PMSI.

Ces données font l'objet de **traitements statistiques** visant à éclairer les acteurs sur la dynamique des dépenses, les niveaux probables de l'exécution finale, les origines et la nature des évolutions pluriannuelles. Ce suivi porte uniquement sur le **champ régulé** des dépenses.

Le bilan officiel des objectifs repose quant à lui sur des données **comptables** diffusé par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Par leur nature, les éléments présentés relèvent d'**estimations**.

Les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement fixe l'ensemble des financements versés par l'assurance maladie pour le système de soins : médecine de ville, établissements de santé, médico-social, etc. Cet objectif se décline en six sous objectifs dont deux concernent les établissements de santé publics et privés :

- le sous objectif des « établissements de santé tarifés à l'activité » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (**ODMCO**) correspondant à la prise en charge des patients en médecine chirurgie obstétrique ;
 - l'objectif des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**).
- le sous objectif des « autres dépenses des établissements de santé » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses assurance maladie (**ODAM**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur public et privé d'intérêt collectif payées en dotations annuelles de financement (**DAF**), et aux soins de longue durée (**SLD**) ;
 - l'objectif quantifié national (**QON**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur privé commercial ;
 - les dépenses relatives au fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**).

Le fonds d'intervention régional (FIR)

Le FIR a été créé pour donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion des crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

Les crédits alloués dans le cadre de ce fond **ne font pas l'objet d'un suivi statistique par l'ATIH**. Ceux qui sont rattachés à l'objectif des MIGAC sont donc déduits de la comparaison à l'objectif et ne sont pas inclus dans les taux d'évolution.

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie en 2013 aux établissements de santé conduit à une évolution annuelle des financements de **+1,7%** décomposée en :

- +1,7% globalement sur l'ODMCO et les MIGAC ;
- +1,8% sur les autres dépenses (ODAM et OQN).

T 1 | Estimation des réalisations 2013 – suivi statistique de l'ONDAM hospitalier*

Montants en M€	Objectifs arrêtés 2013	Estimation des réalisations (avant neutralisation FIR)	Écart réalisations estimées / objectifs arrêtés après neutralisation FIR	Taux d'évolution des réalisations estimées 2012/2013 après neutralisation FIR
TOTAL	75 621	73 104	-54	+1,7%
ODMCO/MIGAC	56 605	54 305	+162	+1,7%
ODMCO	48 020	48 185	+165	+2,3%
MIGAC	8 585	6 120	-3	-2,0%
ODAM/OQN	19 015	18 799	-216	+1,8%
ODAM	16 319	16 093	-226	+1,4%
OQN	2 696	2 706	+10	+4,6%

* Y compris régime d'Alsace Moselle

Le rapport a pour objet d'analyser l'activité hospitalière des établissements de santé.

Les éléments repris dans ce préambule sont une synthèse du suivi des financements plus détaillé et présenté en annexe. Ils portent uniquement sur les prises en charges de MCO et d'HAD. En effet, la tarification à l'activité a introduit un lien direct entre les financements versés par l'AM aux établissements et l'activité produite.

Pour les activités de SSR et de psychiatrie, les modalités de financement sont des crédits budgétaires sous forme de dotation pour les établissements sous DAF ou des tarifs déclinés par discipline et mode de traitement pour les établissements sous OQN.

S'agissant de l'activité de MCO des établissements ex-DG, l'évolution annuelle des financements est évaluée à +2,6% et se décompose comme suit :

- +1,9% pour la part tarifs ;
- +8,9% pour les médicaments et DM facturables en sus ;
- +1,4% pour les forfaits annuels.

La progression des financements de l'ensemble des activités à la part tarifs (activité des séjours, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile) correspond à **un volume d'activité** de +2,8% et se décompose en :

- +2,5% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +5,2% l'activité des consultations et actes externes ;
- +5,7% pour l'hospitalisation à domicile.

Cette évolution comporte toutefois l'incidence d'un effet calendaire puisque l'année 2012 était bissextile. En effet, si l'année 2013 avait compté le même nombre de jours ouvrés que l'année 2012 l'augmentation de l'activité aurait été de +3,3 % (pour estimer une évolution après correction des jours ouvrés (CJO), il convient d'ajouter 0,5 point aux évolutions mesurées entre 2012 et 2013).

L'évolution annuelle des financements de **l'activité MCO des établissements du secteur ex-OQN** est estimée à +1,1%, dont :

- +0,5% au titre de la part tarifs ;
- +3,1% pour les dépenses de médicaments et DM facturables en sus ;
- -2,7% pour les forfaits annuels.

La progression des financements des activités des séjours, de dialyse et d'hospitalisation à domicile correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +0,9% et se décompose en :

- +0,5% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +2,9% l'activité de dialyse ;
- +1,8% pour l'hospitalisation à domicile.

Si l'année 2013 avait compté le même nombre de jours ouvrés que l'année 2012 l'augmentation de l'activité aurait été de +1,4 %.

L'étude des séjours de MCO est réalisée à classification constante, et ce afin de pouvoir distinguer ce qui relève d'une **évolution du nombre de séjours** et ce qui relève d'un changement de structure de l'activité, à classification constante. Cet **effet structure** est induit principalement par la hausse du codage de CMA entraînant le changement de niveau à l'intérieur d'une racine (effet niveau de sévérité), ou le changement de racine (effet racine), ou encore l'évolution du nombre de journées induisant une modification des séjours extrêmes (autres effets). Ces effets sont toutefois atténués par la distorsion de l'activité entre l'hospitalisation complète, l'ambulatoire et les séances (effet mode de prise en charge).

Activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Données & Méthodes

Source : PMSI MCO 2011-2012-2013 y compris LAMDA 2011 et 2012 et SNIR EP traité en complément du PMSI pour les séances de dialyse ex-OQN

Classification des GHM : v11e

Valorisation : dépense encadrée tarifs 2013, hors suppléments et hors séances en sus

Champ des établissements : Secteur ex-DG T2A et secteur ex-OQN

Les transmissions d'activité par les établissements de santé peuvent être marquées par une montée en charge du recueil de l'information médicale. Ainsi l'évolution de l'ensemble de l'activité transmise reflète également ce phénomène

Afin d'évaluer l'évolution de l'activité réellement prise en charge, pour l'analyse de l'activité, seuls les établissements ayant transmis toutes leurs périodes d'activité sont retenus.

Activité 2013	Nombre d'établissements	Nombre de séjours/séances (en milliers)
ayant transmis en 2013	1196	24 596,8
inclus dans l'analyse	1192	24 553,7
% inclus dans l'analyse	99,7%	99,8%

1. Panorama de l'activité

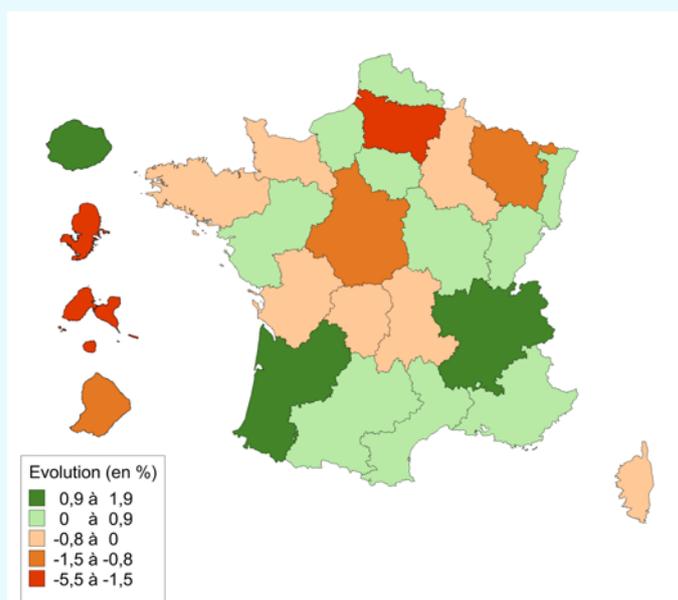
Cette synthèse présente une photographie globale de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2013 pour l'ensemble des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité. Les deux secteurs d'établissements étant financés par des tarifs présentant des périmètres différents, l'analyse du volume économique n'est pas pertinente. Ce panorama porte exclusivement sur les effectifs.

Une faible évolution du nombre de séjours en apparence, à nuancer par un effet calendaire

En 2013, 11,4 millions de patients ont été hospitalisés générant ainsi 17,3 millions de séjours (hors séances), soit une activité relativement stable par rapport à l'année précédente : le nombre de séjours augmente de +0,3% en 2013. Cette évolution comporte toutefois l'incidence d'un effet calendaire puisque l'année 2012 était bissextile. En effet, si l'année 2013 avait compté le même nombre de jours ouvrés que l'année 2012 l'augmentation de l'activité aurait été de +0,8 % (pour estimer une évolution après correction des jours ouvrés (CJO) il convient d'ajouter 0,5 point aux évolutions mesurées entre 2012 et 2013).

La croissance globale des séjours est portée par les établissements du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) qui réalisent 64% des séjours hospitaliers. Leur activité augmente de +0,7% tandis que dans les cliniques privées (secteur ex-OQN), le nombre de séjours diminue légèrement de -0,4%.

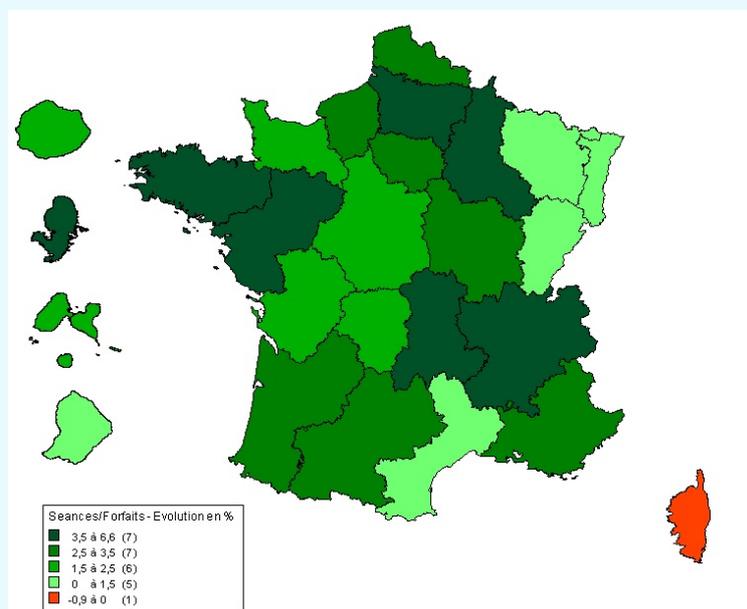
F 2 I Évolution du nombre de séjours (hors séances) entre 2012 et 2013



Le dynamisme des séances : hétérogène selon le type de séances et le secteur de financement

10,9 millions de séances/forfaits ont été réalisés en 2013, dont 2,5 millions correspondent à de la dialyse hors centre. Pour les 8,4 millions de séances autres que de la dialyse hors centre cela représente 440 000 patients. Cette activité est globalement équi-répartie selon le secteur de financement. Toutefois la répartition et le dynamisme varient selon le type de séances considéré. Les séances de chimiothérapie sont essentiellement prodiguées par les établissements du secteur ex-DG alors que la dialyse est essentiellement assurée par des établissements du secteur ex-OQN.

F 3 I Évolution du nombre de séances/forfaits (hors séances) entre 2012 et 2013



T 2 I Description de l'activité 2013

	Total	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Activité de séjours			
Nombre de séjours 2013 (en milliers)	17 295,17	11 011,19	6 283,98
Répartition des séjours	100,0%	63,7%	36,3%
Évolution 2012/2013	+0,3%	+0,7%	-0,4%
Activité de séances et forfaits			
Nombre de séances/forfaits (en milliers)	10 917,50	5 625,11	5 292,39
Répartition des séances/forfaits	100,0%	51,5%	48,5%
Évolution 2012/2013	+3,0%	+2,6%	+3,5%

Séjours /séances en milliers

L'étude détaillée de l'activité hospitalière de MCO porte principalement sur les séjours. Les séances, relevant de modalités de prise en charge particulières, font l'objet d'une analyse spécifique.

Les séjours hospitaliers se répartissent selon différentes catégories de soins. 40,8% des séjours sont concentrés sur l'activité de médecine, dont 30,5% sur la médecine sans nuitée. La chirurgie représente 31,2% des séjours, les techniques peu invasives 16,9% et l'obstétrique 11,2%. En termes d'évolutions, les séjours chirurgicaux et les techniques peu invasives sont en hausse (respectivement +0,5% et +2,6%), tandis que l'activité baisse pour la médecine et l'obstétrique (respectivement -0,5% et -1,0% de séjours).

T 3 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 des séjours par catégories d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2013	Part en séjours 2013	Evolution nombre de séjours 2011/2012	Evolution nombre de séjours 2012/2013
Chirurgie ambulatoire	2 299,26	13,3%	+4,9%	+5,2%
Chirurgie non ambulatoire	3 092,37	17,9%	-0,6%	-2,7%
Total Chirurgie	5 391,63	31,2%	+1,6%	+0,5%
Médecine ambulatoire	1 770,66	10,2%	+1,6%	-1,8%
Médecine non ambulatoire	5 277,49	30,5%	+0,7%	-0,1%
Total Médecine	7 048,15	40,8%	+1,0%	-0,5%
Obstétrique mère	1 105,59	6,4%	-0,6%	-1,0%
Obstétrique enfant	834,46	4,8%	+0,0%	-1,1%
Total Obstétrique	1 940,05	11,2%	-0,3%	-1,0%
Techniques peu invasives	2 915,34	16,9%	+3,1%	+2,6%
Total hors séances	17 295,17	100,0%	+1,3%	+0,3%

Séjours en milliers

1.1. Chirurgie : une croissance portée par les activités phares de la chirurgie ambulatoire

En 2013, 5,4 millions de séjours, soit 31% des séjours hospitaliers, sont chirurgicaux et pris en charge, pour 57% d'entre eux, en hospitalisation complète. L'activité de chirurgie est en hausse de +0,5%. Cette hausse est due à la dynamique des séjours ambulatoires (+5,2%), tandis que les séjours de chirurgie en hospitalisation complète diminuent.

Alors que l'activité de chirurgie se répartit sur 225 racines de GHM (C en 3eme position, hors obstétrique), la moitié des séjours **chirurgie ambulatoire** est concentrée sur 7 racines et notamment :

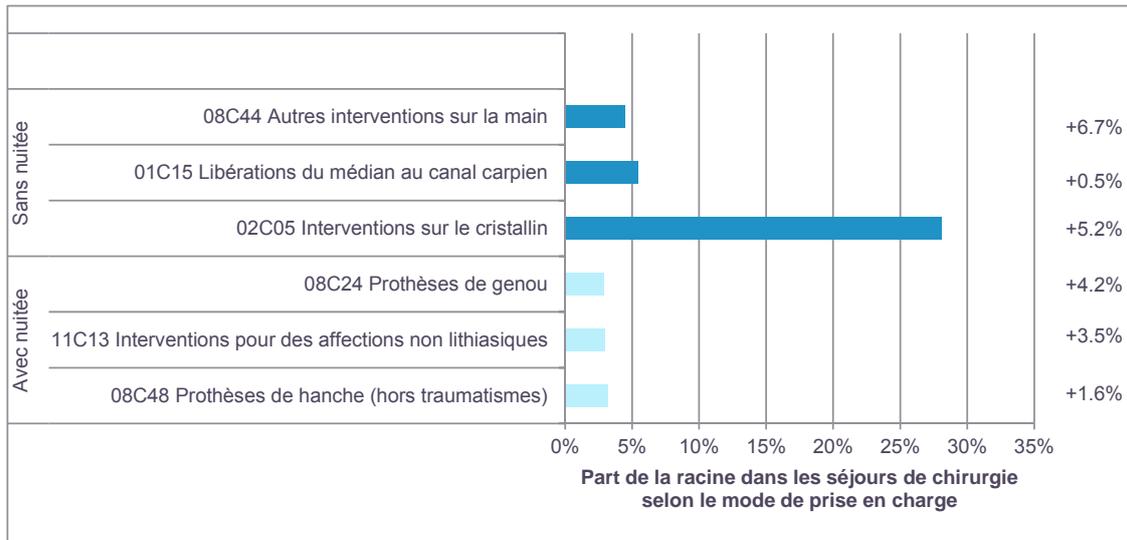
- les "interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie" (racine 02C05), qui concentrent à elles seules 28% des séjours de cette catégorie ;
- les "libérations du médian au canal carpien" (racine 01C15), qui concentrent 5,1% des séjours de cette catégorie ;
- les "autres interventions sur la main" (racine 08C44) qui concentrent 4,5% des séjours de cette catégorie.

Avec un taux de croissance supérieur à +5%, les interventions sur le cristallin et les autres interventions sur la main sont les activités contribuant le plus à la croissance des séjours de chirurgie ambulatoire, au côté des interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales (racine 06C12).

L'activité de **chirurgie en hospitalisation complète** se répartit sur un nombre important de racines : la moitié des séjours est classée dans 28 racines. Les "prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents" (racine 08C48) sont les séjours d'hospitalisation complète les plus nombreux mais ceux-ci représentent seulement 3% de l'ensemble des prises en charges chirurgicales d'au moins une nuitée.

En termes d'évolution, le nombre de séjours de chirurgie non ambulatoires baisse dans 140 racines. Les "interventions sur le cristallin" (racine 02C05) et les "interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales" (racine 06C12) sont les deux activités contribuant majoritairement à la diminution des séjours non ambulatoires. Pour ces deux activités, il y a donc véritablement une évolution des pratiques médicales, et un transfert partiel de prise en charge de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire. Les "interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale" (racine 09C06) contribuent également la baisse du nombre des séjours d'au moins une nuit.

F 4 I **Activité 2013 et évolutions 2012/2013 des racines représentant la part la plus importante de séjours de chirurgie selon le mode de prise en charge**

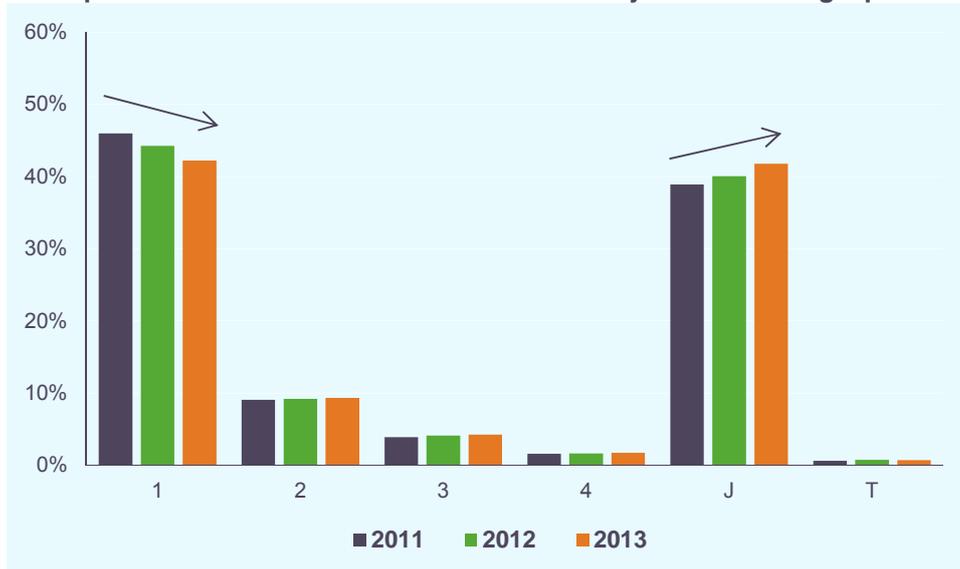


Lecture : Parmi les séjours de chirurgie avec nuitée(s), 3,2% sont liés à des prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents (racine 08C48). Cette racine a augmenté de +1.6% entre 2012 et 2013.

L'analyse de la sévérité des séjours de chirurgie montre que les séjours sans sévérité (niveau 1) et les séjours en ambulatoire (niveau J) concentrent chacun plus de 40% des séjours. La part des séjours sans sévérité a tendance à diminuer au profit des séjours en ambulatoire et, dans une moindre mesure, au profit des séjours avec sévérité (niveaux 2, 3 et 4).

La hausse des séjours ambulatoires s'explique notamment par un transfert des séjours de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire mais également par un développement de l'activité en tant que telle. Par exemple, pour la chirurgie de la cataracte les séjours ambulatoires augmentent de 32 000 séjours alors que les séjours sans sévérité ne diminuent que de 15 000 séjours.

F 5 I **Répartition des niveaux de sévérité sur les séjours de chirurgie par année**



1.2. Médecine : une activité moins centrée sur l'ambulatoire et une part importante de séjours avec sévérité

La médecine, ou plus précisément les séjours sans acte classant, comptabilise 7,0 millions de séjours, soit 41% de l'activité. 75% de ces séjours sont réalisés en hospitalisation complète, vs 25% en ambulatoire. Le nombre des séjours médicaux baisse de -0,5% en 2013. Cette diminution est plus marquée en ambulatoire, qu'en hospitalisation complète. Ce constat doit être nuancé du fait que, pour certaines activités, les prises en charge en hospitalisation complète sont rattachées à la médecine alors que les séjours en ambulatoire peuvent être rattachés aux techniques peu invasives. C'est le cas par exemple des affections digestives avec une activité ambulatoire d'endoscopie.

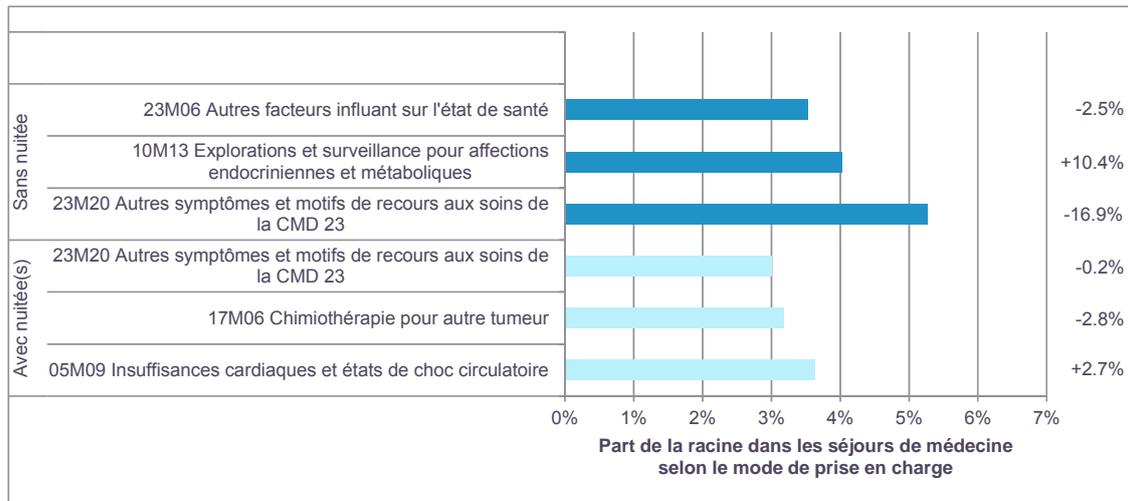
Alors que l'activité de **médecine** se répartit sur 342 racines de GHM (M ou Z en 3^{ème} position, hors obstétrique), les séjours **de médecine sans nuitée** sont répartis sur 31 racines. Les trois racines principales concentrant entre 3 et 6% des séjours de médecine ambulatoire sont les "explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques" (racine 10M13) qui augmentent, les "autres motifs de recours aux soins de la CMD 23 (racine 23M20) et les "autres facteurs influant sur l'état de santé (racine 23M06)" qui sont en diminution.

La baisse du nombre de séjours dans cette dernière racine contribue fortement à la décroissance des séjours de médecine réalisés en ambulatoire. Cette diminution est pour partie liée à l'amélioration du codage réalisée par les établissements.

La moitié des séjours de **médecine avec nuitée(s)** est classée dans 35 racines. Les trois premières pathologies les plus fréquentes en nombre représentent chacune plus de 3% des séjours de médecine en hospitalisation complète : les "insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire" (racine 05M09) qui augmentent, les "chimiothérapies pour autre tumeur que la leucémie" (racine 17M06) et les "autres motifs de recours aux soins de la CMD 23" (racine 23M20) qui sont en diminution.

Outre la chimiothérapie, la diminution d'autres prises en charge contribue au recul des séjours en 2013 : il s'agit des "œdèmes pulmonaires et détresse respiratoire" (racine 04M13) et les "bronchiolites" (racine 04M18), ceci étant sans doute lié à une moindre épidémie de grippe en 2013, et des "effets toxiques des médicaments et substances biologiques" (racine 21M10).

F 6 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 des racines représentant la part la plus importante de séjours de médecine selon le mode de prise en charge



Lecture : Parmi les séjours de médecine avec nuitée(s), 3,6% sont liés à des insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire (racine 05M09). Cette racine a augmenté de +2.7% entre 2012 et 2013

L'analyse de la sévérité des séjours de médecine montre que les séjours se répartissent à part égale avec un tiers de séjours de courte durée (GHM en T), un tiers de séjours sans sévérité (niveau 1) et un tiers des séjours avec sévérité (niveaux 2,3 et 4). Les séjours avec sévérité progressent plus rapidement, +3,6% entre 2012 et 2013. Cette tendance s'explique en partie par l'augmentation du codage des comorbidités en tant que diagnostic associé, ce qui entraîne le « classement » d'un séjour vers des niveaux de sévérité plus élevés. A ce jour, cette augmentation des comorbidités traduit à la fois une hausse de la qualité du codage, une meilleure description de l'activité, et une hausse de la lourdeur des pathologies prises en charge. Des analyses du codage sont actuellement en cours pour examiner l'existence ou non de réelles atypies dans les pratiques de codage des comorbidités au sein des établissements.

Parmi les GHM qui contribuent fortement à la baisse des séjours de médecine sans sévérité ou de très courte durée peuvent être cités :

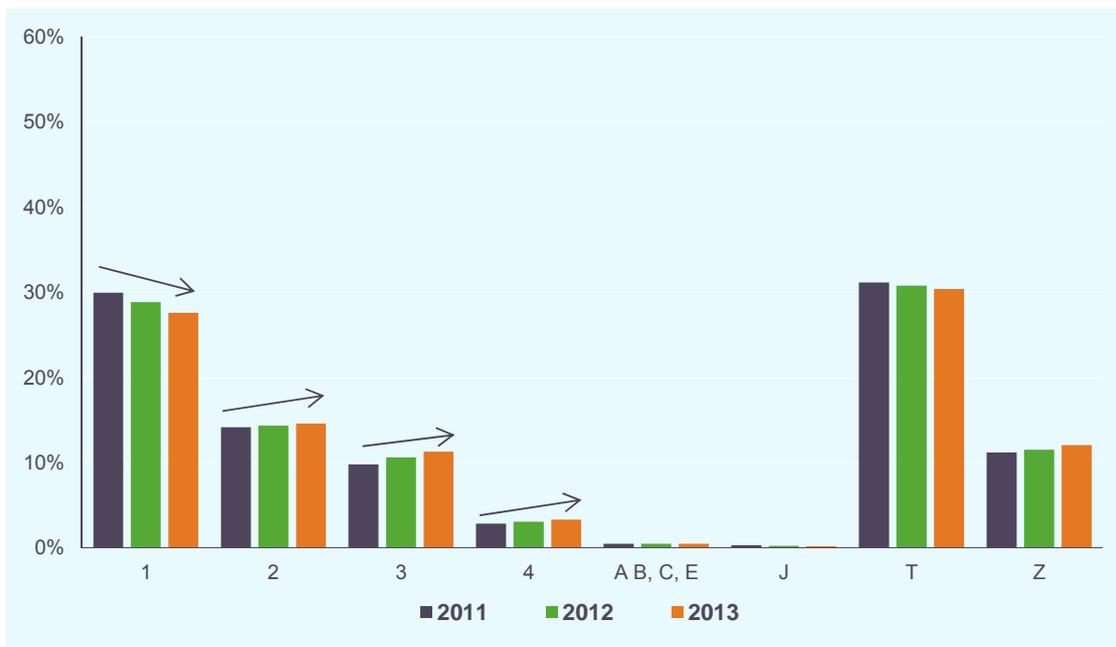
- la "procréation médicale assistée" (GHM 13M081) ;
- les "autres facteurs influant sur l'état de santé" (GHM 23M06T) ;
- les "chimiothérapies pour autre tumeur que la leucémie" (GHM 17M06T).

Hors ces GHM, la baisse du nombre des séjours sans sévérité n'est pas pour autant accompagnée d'une hausse compensatrice dans les niveaux plus sévères de la racine.

L'augmentation des séjours de niveaux 2, 3 et 4 résulte de la dynamique d'autres GHM :

- les "insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire" (GHM 05M093) ;
- les "bronchopneumopathies chroniques surinfectées" (GHM 04M203) ;
- les "accidents vasculaires intracérébraux non transitoires" (GHM 01M303).

F 7 I Répartition des niveaux de sévérité sur les séjours de médecine par année



1.3. Obstétrique : diminution de l'activité

Près de 2 millions de séjours d'obstétrique ont été réalisés en 2013, soit 11% de l'activité de séjours hospitaliers. 57% de ces séjours concernent les femmes, le reste étant constitué des séjours des bébés. En 2013 l'activité d'obstétrique se caractérise par une diminution en nombre de séjours de -1,0%. Cette diminution concerne les femmes comme les bébés selon un rythme similaire.

S'agissant des séjours relatifs à **la femme**, plus de la moitié des séjours concernent des "accouchements uniques par voie basse" (racines 14Z13 et 14Z14). Ce type d'accouchement est en baisse, contribuant ainsi à la baisse globale des séjours d'obstétrique. Les "césariennes pour grossesse unique" (racine 14C08) diminuent également. Le taux de césarienne (césarienne sans complication parmi les accouchements sans complication) est de 19%, et est stable depuis 2011. Ce taux est légèrement plus élevé dans les cliniques privées (22%) que dans les établissements du secteur ex-DG (18%).

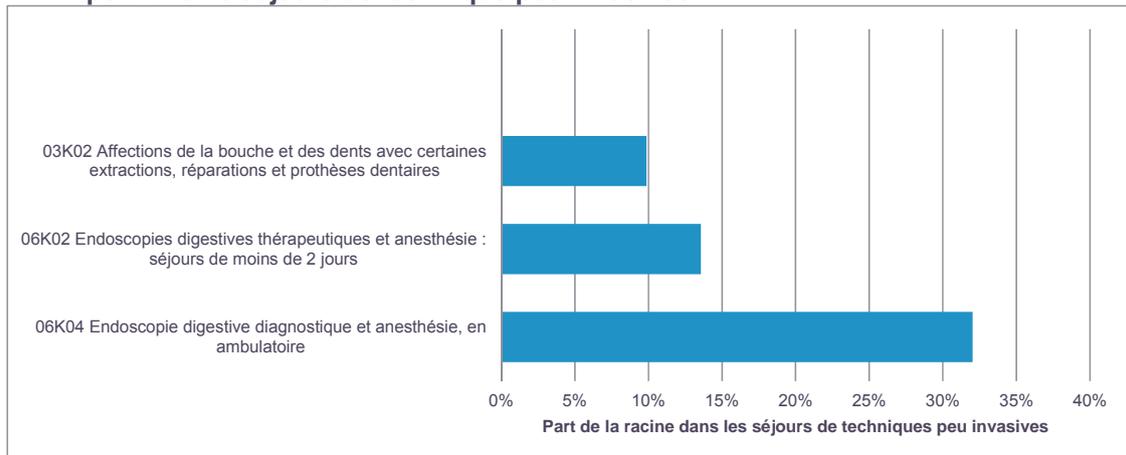
En **ce qui concerne les séjours des nouveau-nés**, 85% des séjours correspondent à la prise en charge des nouveau-nés de plus de 3,3 kg et d'âge gestationnel de 40 SA et assimilés (racine 15M05). Comme les accouchements, ces séjours sont également en baisse.

1.4. Interventionnel : une croissance dynamique liée aux endoscopies

Les techniques peu invasives, ou interventionnelles, représentent 2,9 millions de séjours, soit 17% de l'activité. Le nombre de séjours concernant ce type d'activité a augmenté de +2,6% en 2013. C'est une des catégories d'activités de soins les plus dynamiques après la chirurgie ambulatoire.

La moitié des séjours pour techniques peu invasives concerne deux activités : les "endoscopies digestives" (racine 06K04 et 06K02) et les "affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires" (racine 03K02). Pour ces trois racines, plus de 90% des séjours sont réalisés en ambulatoire. Les endoscopies digestives (ambulatoires ou non) contribuent fortement à la croissance des séjours en interventionnel, ainsi que les explorations nocturnes et apparentées (racine 23K02).

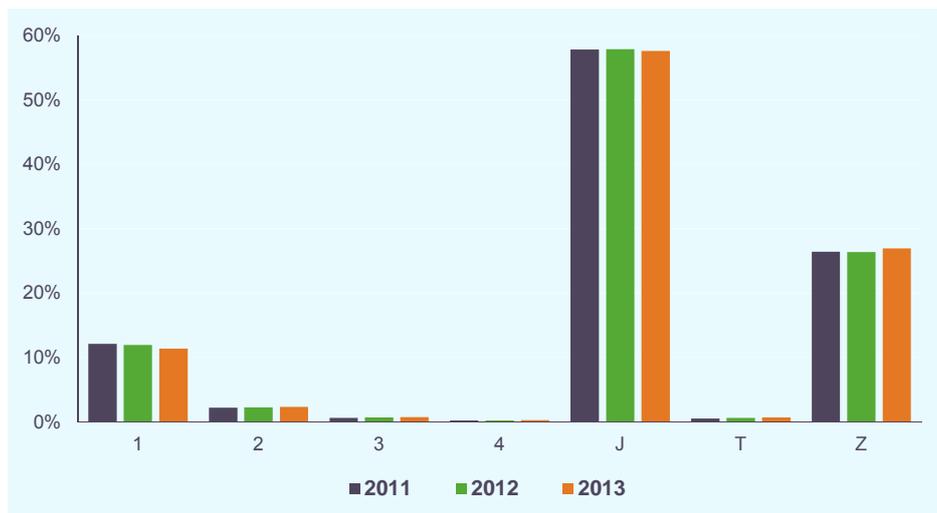
F 8 I **Activité 2013 et évolutions 2012/2013 des racines représentant la part la plus importante de séjours de technique peu invasives**



Lecture : Parmi les séjours pour techniques peu invasives sans nuitée, 32% sont liés à des endoscopies digestives (racine 06K04). Cette racine a augmenté de +1,6% entre 2012 et 2013.

La plupart des racines d'interventionnel ne propose pas de distinction en niveau de sévérité (sur l'ensemble des racines, soit 54 racines, seules 21 racines ont des niveaux de sévérité). L'activité interventionnelle ne nécessite généralement pas d'hospitalisation longue puisque plus de la moitié des séjours sont pris en charge en ambulatoire (58%). Les autres séjours sont classés dans des GHM indifférenciés (pour 25% d'entre eux) ou dans le niveau sans sévérité.

F 9 I **Répartition des niveaux de sévérité sur les séjours de techniques peu invasives par année**



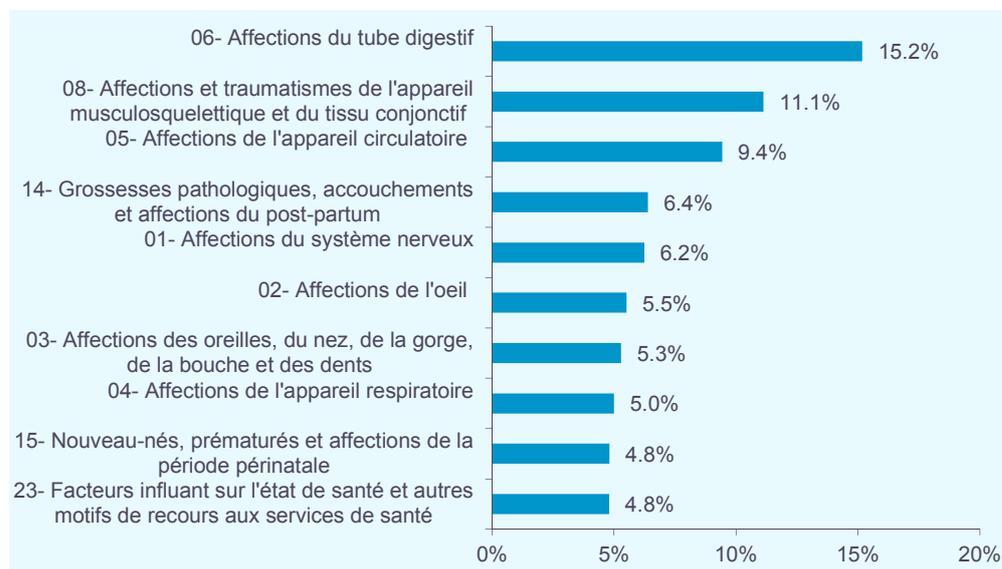
1.5. Les affections du tube digestif et de l'appareil musculosquelettique à l'origine d'un séjour sur quatre

Les séjours sont regroupés dans 26 catégories majeures, 24 d'entre elles étant des catégories majeures de diagnostics (CMD) : la moitié des séjours sont classés dans 6 CMD, 80% dans 12 CMD.

Les trois CMD concentrant le plus de séjours sont :

- les affections du tube digestif (CMD 6), en raison de la prépondérance des endoscopies digestives (racine 06K04 et 06K02) représentant plus de la moitié des séjours de la CMD ;
- les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8). Pour cette CMD, la répartition des séjours par racines est bien plus dispersée. Les « autres interventions sur la main » (racine 08C44), racine ayant le plus de séjours dans cette CMD, concentre moins de 7% des séjours ;
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5). Les « insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » (racine 05M09) et les « actes diagnostiques par voie vasculaire » (racine 05K10) représentent chacun plus de 10% des séjours de cette CMD.

F 10 I Top 10 des CMD représentant le plus de séjours 2013, hors séances



Compte tenu de leur volumétrie importante, les affections du tube digestif (CMD 6) et les « affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » (CMD 8) contribuent à la croissance des séjours. Toutefois, ce sont les « affections du système nerveux » (CMD 1) qui participent le plus à la croissance globale. Parmi ces affections, trois activités peuvent être citées de par leur dynamique :

- les « douleurs chroniques rebelles » (racine 01M21) ;
- les « explorations et surveillance pour affections du système nerveux » (racine 01M32) ;
- les « injections de toxine botulique, en ambulatoire » (racine 01K04).

1.6. Le développement de l'ambulatoire se confirme sur des activités ciblées

Plus d'un séjour sur trois est réalisé en ambulatoire, soit un total de 6,5 millions de séjours en 2013. Ce type de prise en charge est en nette progression et s'accompagne d'une diminution des séjours en hospitalisation complète.

Le développement de l'ambulatoire est plus marqué pour des activités spécifiques :

- les affections de l'œil (CMD 2), dont 80% des séjours sont réalisés en ambulatoire. Dans cette CMD, l'ambulatoire constitue le mode de prise en charge par excellence pour les "interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie" (racine 02C05) ;
- les affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (CMD 3) : certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (racine 03K02) sont réalisées en majorité en ambulatoire.
- les affections du tube digestif (CMD 6), avec les "endoscopies digestives" (racine 06K02 et 06K04) qui contribuent à la prépondérance de l'ambulatoire dans cette catégorie.

A l'inverse, d'autres CMD sont moins concernées par les prises en charge en ambulatoire, telles que :

- les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4) ;
- les affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus (CMD 17) ;
- les maladies dues à une infection par le VIH (CMD 25).

La faiblesse des taux peut s'expliquer pour partie par la lourdeur des interventions et/ou de la pathologie concernée (affections respiratoires lourdes, chimiothérapie pour tumeur, traitements liés au VIH...).

T 4 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par CMD selon le type d'hospitalisation

Catégorie majeure de diagnostic		Part de l'ambulatoire en 2012	Part de l'ambulatoire en 2013	Evolution 2012/2013 de l'ambulatoire	Evolution 2012/2013 de l'hospitalisation complète
02	Affections de l'oeil	77,1%	79,6%	+5,1%	-9,2%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	61,1%	62,5%	+1,1%	-4,7%
04	Affections de l'appareil respiratoire	17,0%	16,9%	-2,3%	-1,8%
06	Affections du tube digestif	58,9%	60,2%	+3,1%	-2,4%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	17,5%	15,7%	-13,7%	-1,6%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	14,9%	13,7%	-10,7%	-1,5%
Total hors séances		36,7%	37,5%	+2,3%	-0,9%

Après une baisse tendancielle, la durée moyenne des séjours en hospitalisation complète semble se stabiliser. En 2013, elle vaut en moyenne de 5,7 jours, mais est plus élevée dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (6,1 vs 4,5 jours).

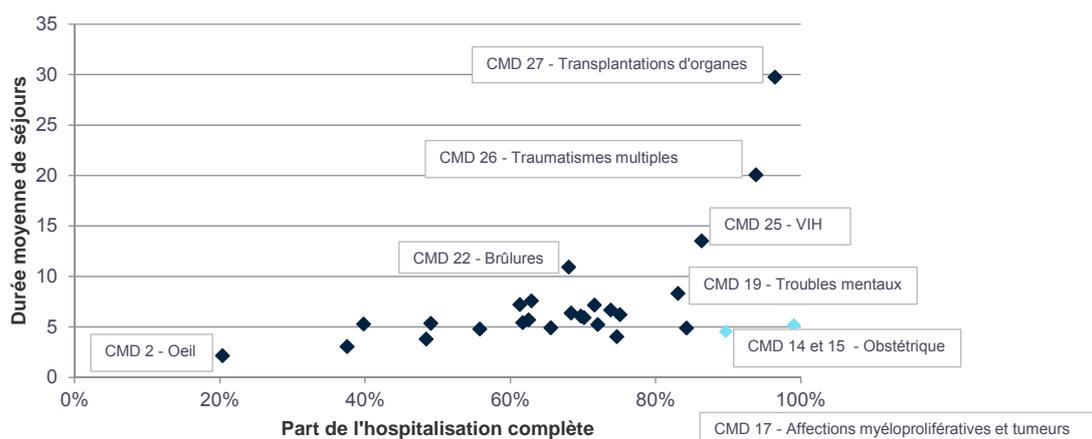
Les durées moyennes sont assez variables d'une pathologie à l'autre.

Dans les CMD dont la prise en charge en ambulatoire est prépondérante, les durées moyennes des séjours en hospitalisation complète sont inférieures à la durée moyenne globale.

Pour les CMD au sein desquelles la prise en charge en hospitalisation complète dépasse 80%, la durée moyenne de séjours est assez variable :

- proche de la moyenne nationale en ce qui concerne l'obstétrique (CMD 14 et 15) et les affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus (CMD 17) ;
- bien supérieure à la moyenne nationale sur les transplantations d'organes (CMD 27), les traumatismes multiples graves (CMD 26) et la prise en charge du VIH (CMD 25).

F 11 | Durée moyenne de séjours en hospitalisation complète par CMD, en fonction de la part de séjours réalisés en hospitalisation complète sur la CMD en 2013



Lecture : 20% de séjours liés aux affections de l'œil (CMD 2) sont pris en charge en hospitalisation complète. Pour ces séjours, la durée moyenne de séjours est d'environ 2,5 journées.

1.7. Poursuite de la croissance des séjours des patients de 65 ans et plus

Près d'un tiers des séjours concerne des patients âgés entre 40 et 64 ans, et plus d'un tiers des patients âgés de plus de 65 ans, avec environ 6 millions de séjours pour chacune de ces deux tranches d'âge.

Avec une évolution de +2,3% en 2013, les séjours des patients de plus de 65 ans contribuent le plus à la croissance de l'ensemble des séjours, et ce quel que soit le secteur de financement. Pour la tranche d'âge « 65-69 ans », l'effet « papy-boom » s'atténue avec une légère diminution de l'entrée des personnes nées lors du « baby-boom » dans cette classe d'âge.

Si les séjours associés aux patients de plus de 65 ans expliquent la majorité de la croissance des séjours hospitaliers la dynamique de ces séjours est cependant moins marquée qu'entre 2012 et 2011.

T 5 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de séjours 2013	Part en séjours 2013	Evolution nombre de séjours 2011/2012	Evolution nombre de séjours 2012/2013
0-19 ans	2 637,25	15,2%	-0,6%	-1,3%
20-39 ans	3 089,73	17,9%	+0,4%	-1,5%
40-64 ans	5 394,60	31,2%	+0,3%	-0,2%
65 ans et plus	6 173,59	35,7%	+3,7%	+2,3%
Total hors séances	17 295,17	100,0%	+1,3%	+0,3%

Séjours en milliers

La prise en charge en hospitalisation complète est plus fréquente pour les patients de plus de 65 ans: 67% des séjours vs 60% pour les patients ayant moins de 65 ans.

Il s'agit essentiellement de séjours sans acte classant avec nuitée(s), autrement dit de médecine, représentant 43% des séjours des patients de plus de 65 ans (vs 24% pour les patients de moins de 65 ans). Pour ces séjours, les motifs de prise en charge les plus courants sont :

- les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4), notamment les "pneumonies et pleurésies banales" (racine 04M05) ;
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5), en particulier les "insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire" (racine 05M09) ;
- les affections du sang et des organes hématopoïétiques (CMD 16), notamment les "autres troubles de la lignée érythrocytaire" (racine 16M11).

1.8. Recours accru aux séances pour le traitement des tumeurs par chimiothérapie et de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse

En 2013, 10,9 millions de séances/forfaits ont été réalisés correspondant aux prises en charge de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie (du secteur ex DG uniquement).

T 6 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par type de séances

Type de séance	Nombre de séances/forfaits 2013	Evolution nombre de séances/forfaits 2011/2012	Evolution nombre de séances/forfaits 2012/2013
Dialyse en centre	3 630,13	+2,4%	+1,5%
Dialyse hors centre *	2 470,09	+5,4%	+5,7%
Ensemble dialyse	6 100,22	+3,5%	+3,2%
Chimiothérapie	2 676,13	+5,0%	+4,3%
Radiothérapie	1 883,84	+0,9%	+0,3%
Autres séances	257,31	+5,4%	+6,7%

Séances et forfaits en milliers * Nombre de forfaits D

La chimiothérapie comptabilise 2,7 millions de séances, soit une augmentation de + 4,3% par rapport à 2012. 72% des séances de chimiothérapie sont réalisées par le secteur ex-DG. Les chimiothérapies pour tumeurs contribuent à plus de 60% de la croissance des séances de chimiothérapie.

La radiothérapie concerne 1,9 millions de séances, uniquement réalisée dans les établissements du secteur ex-DG. En effet, l'activité de radiothérapie réalisée par les cabinets libéraux n'est pas prise en compte ici, car elle est rattachée aux soins de ville et non aux établissements de santé. Le nombre de séances a faiblement augmenté en 2013 (+0,3%).

L'activité de dialyse représente 6,1 millions de séances/forfaits, dont 74% sont réalisées par des établissements appartenant au secteur ex-OQN (pour autant, ces établissements sont à la fois des établissements privés à but non lucratifs et des cliniques à but commercial). L'activité a cru de +3,5%. Pour l'ensemble de la dialyse, 3,6 millions de séances sont réalisées en centre, et 2,5 millions sont réalisées hors centre.

Prise en charge de dialyse

L'insuffisance rénale chronique est traitée par épuration extra-rénale par deux techniques : l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. La prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques peut se faire selon deux modalités :

- la **dialyse en centre** correspond à la prise en charge par un centre de dialyse, i.e. une unité de dialyse accueillant des patients nécessitant des soins plus importants et la présence constante d'un néphrologue pendant les séances de dialyse ;
- la **dialyse hors centre** correspond à la prise en charge en unité de dialyse médicalisée (UDM), à l'auto dialyse et à la dialyse à domicile.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, une partie de l'activité de dialyse en centre anciennement financée en forfaits est dorénavant financée en GHS depuis mars 2013.

2. Analyse de l'activité selon les secteurs de financement

L'analyse globale de l'activité, tous secteurs confondus, masque des disparités entre les établissements. Cette partie complète le panorama global par une analyse de la répartition des séjours entre les deux secteurs de financement, ainsi qu'un examen respectif de l'activité de chacun des secteurs de financement. Cette étude spécifique pour chaque secteur permet notamment d'appréhender la notion de volume économique par l'analyse de la dynamique en masse financière.

2.1. Répartition des parts de marché

Comme dans la partie précédente, l'analyse est menée distinctement pour les séjours d'une part et pour les séances d'autre part.

2.1.1. Le secteur « public » couvre davantage les prises en charge en médecine, le secteur « privé » la chirurgie et l'interventionnel

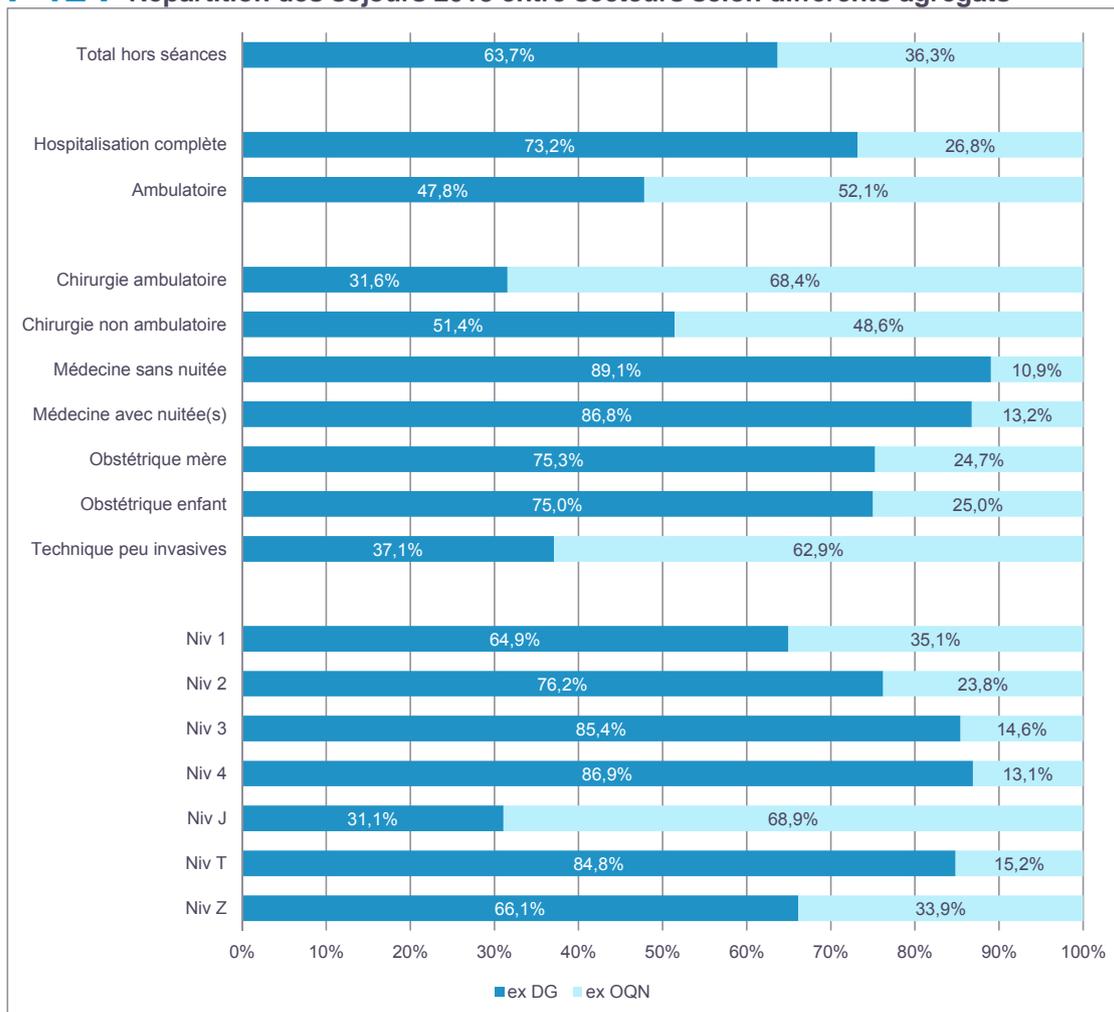
Au global, près de deux séjours sur trois sont réalisés par des établissements appartenant au secteur ex-DG.

L'activité de ces établissements se caractérise principalement par des prises en charge en hospitalisation complète pour des séjours médicaux ou d'obstétrique. Ainsi, la part du secteur ex-DG est plus élevée pour l'hospitalisation complète (73%), les séjours de médecine avec ou sans nuitée (respectivement 87% et 89% des séjours) et l'obstétrique (75%).

Concernant les niveaux de sévérité, les établissements du secteur ex-DG couvrent plus de 80% des séjours les plus sévères (niveaux 2, 3 et 4) et des séjours de très courte durée (niveau T).

Le secteur ex-OQN, qui représente 36% des séjours totaux, concentre en revanche 52% de l'activité ambulatoire, et en particulier 68% des séjours de chirurgie ambulatoire. Plus globalement la part de la chirurgie est de 49%, et elle atteint 63% pour les techniques peu invasives. En raison de la prépondérance de l'ambulatoire dans ce secteur, les cliniques privées réalisent 69% des séjours de niveau J.

F 12 I Répartition des séjours 2013 entre secteurs selon différents agrégats

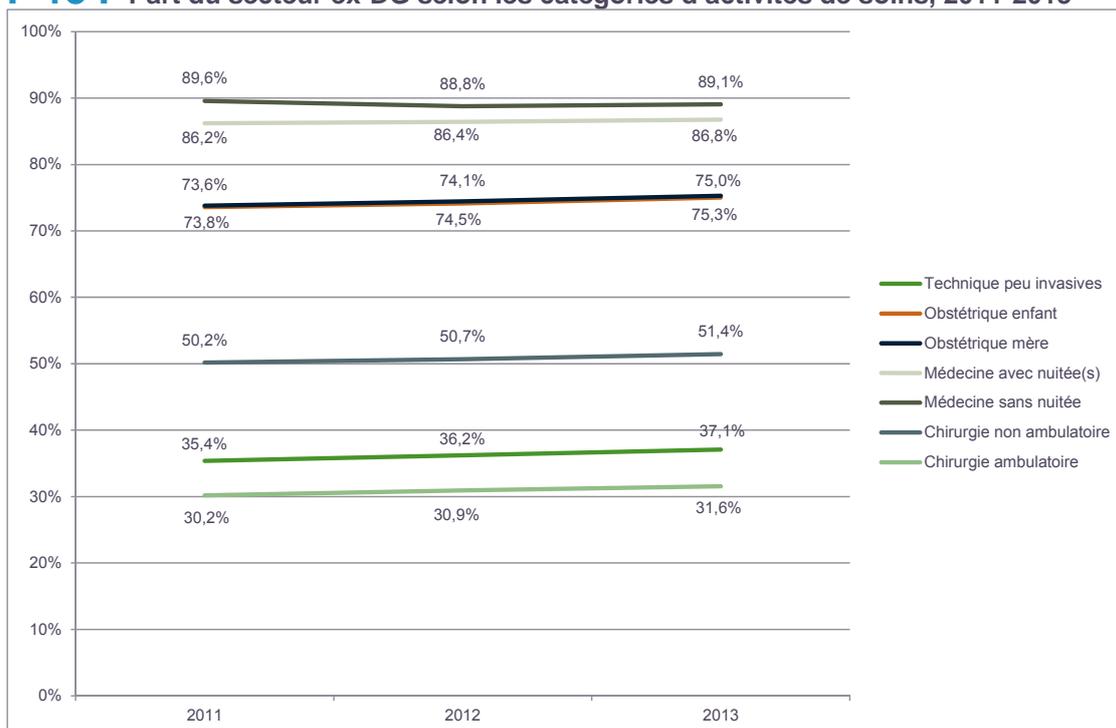


L'analyse des parts de marché et de l'évolution de l'activité entre secteur de financement est complexe à réaliser. Elle nécessite en effet un historique important et doit être réalisée sur un maillage géographique adéquat (en effet, conclure à des transferts de part de marché entre secteurs suppose d'avoir étudié l'offre de soins sur un territoire donné et de s'assurer de la présence des différents types d'établissements).

Malgré ces précautions, les dynamiques d'évolution d'activités différenciées selon les secteurs de financement entraînent des modifications sur la part de l'activité produite par un secteur.

Ainsi, en trois ans, la part des séjours chirurgicaux réalisée par les établissements du secteur ex-DG a augmenté de plus d'un point. Pour les techniques peu invasives, l'augmentation atteint presque deux points.

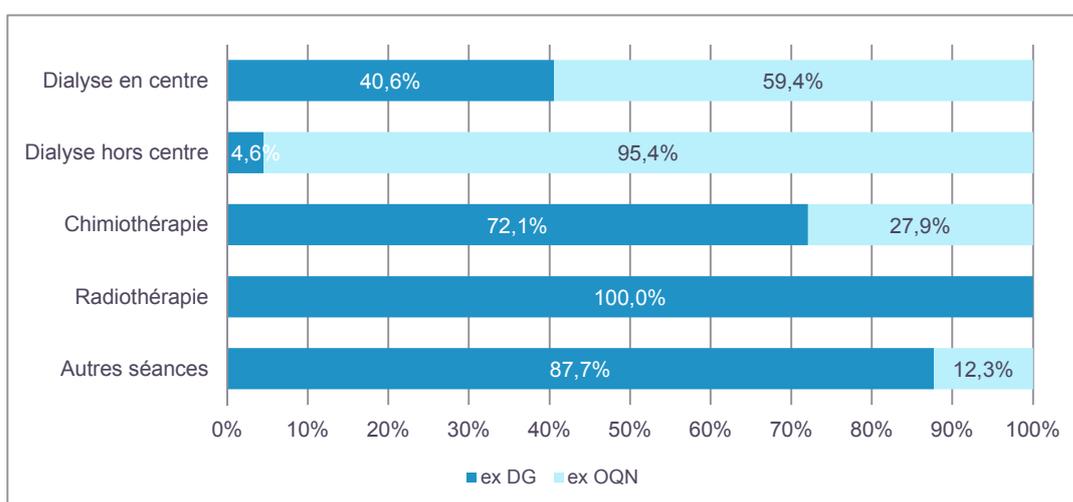
F 13 I Part du secteur ex-DG selon les catégories d'activités de soins, 2011-2013



2.1.2. Le secteur « public » couvre la majorité des séances de chimiothérapie, alors que le « privé » se spécialise sur la dialyse

La répartition des séances selon le secteur de financement diffère en fonction du type de séances. La majorité des séances de chimiothérapie (72%) est réalisée par des établissements ex-DG. La part du secteur ex-OQN est élevée sur l'activité de dialyse : 59% pour les séances de dialyse en centre, et 95% pour la dialyse hors centre rémunérée en forfaits.

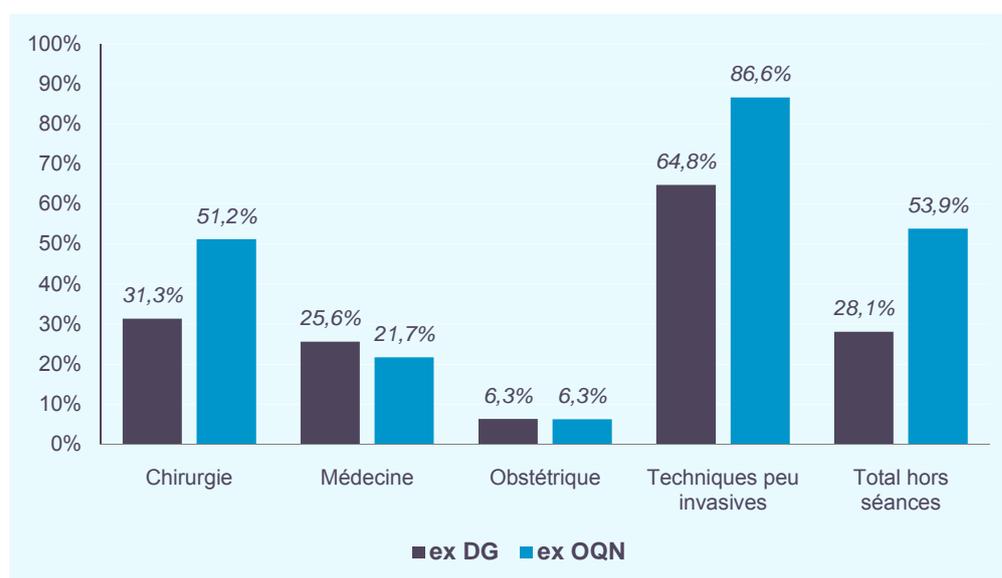
F 14 I Répartition des séances/forfaits 2013 entre secteurs



2.2. Panorama de chaque secteur, et analyse en volume économique

L'activité entre les secteurs de financement se différencie selon plusieurs caractéristiques. Pour l'activité en séjours, la médecine représente 56% des séjours du secteur ex-DG, vs 14% dans le secteur ex-OQN. Ce dernier concentre l'essentiel de son activité sur la chirurgie et les techniques peu invasives (respectivement 49% et 29% des séjours du secteur ex-OQN). Cette répartition différente des séjours entre les catégories de soins explique en partie la prépondérance de l'ambulatoire dans le secteur ex-OQN. En médecine et en obstétrique, la part d'ambulatoire est similaire dans les deux secteurs.

F 15 I Part des séjours 2013 pris en charge en ambulatoire par catégorie de soins et par secteur de financement



La répartition des séjours selon les tranches d'âge est quasi-identique entre les deux secteurs.

Pour les séances et forfaits, le secteur ex-DG concentre deux tiers de son activité à la chimiothérapie et la radiothérapie. 85% des séances/forfaits du secteur ex-OQN concerne la dialyse.

La suite de l'analyse traite les deux secteurs séparément afin d'évoquer la dynamique du volume économique.

2.2.1. Secteur ex-DG

En 2013, le secteur ex-DG a réalisé 11 millions de séjours, correspondant à 7,1 millions de patients et 5,6 millions de séances/forfaits. Cette activité représente un volume économique global de 29 milliards d'euros. Entre 2012 et 2013, le nombre de séjours/séances/forfaits a augmenté de +1,3%, et le volume économique de +2,1%.

L'exercice 2013 a été marqué par :

- une contribution à la croissance toujours forte des patients âgés de plus de 65 ans mais accompagnée d'un ralentissement de la croissance des séjours relatifs aux personnes âgées de plus de 80 ans ;
- la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire et l'augmentation des séances ;
- une croissance du volume économique de l'hospitalisation complète due à un fort effet structure.

T 7 I Activité globale 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-DG

Type d'hospitalisation	Nombre de séjours 2013	Volume économique 2013	Evolution volume économique 2012/2013	Evolution nombre de séjours 2012/2013	Effet structure 2012/2013
Séjours	11 011,19	27 098,02	+2,0%	+0,7%	+1,3%
Séances / forfaits	5 625,11	1 902,19	+4,4%	+2,6%	+1,7%
Total ex-DG	16 636,29	29 000,22	+2,1%	+1,3%	+0,8%

Séjours et séances en milliers, montants en M€

Si en nombre, l'activité des séances représente 34% de l'ensemble des séjours/séances réalisés par les établissements ex-DG, le constat est tout autre en volume économique puisque les séances ont un poids économique faible. Ainsi, l'hospitalisation complète représente 85% du volume économique total, l'ambulatoire 9%, les séances/forfaits 6%. Compte tenu de sa prédominance, l'hospitalisation complète explique 70% de la croissance des séjours/séances de ce secteur, même si les séjours en ambulatoire et les séances/forfaits augmentent de façon plus dynamique.

La suite de l'analyse de l'activité est focalisée sur les séjours, les séances faisant l'objet d'un paragraphe spécifique incluant les forfaits de dialyse.

Hors séances, la moitié de l'activité du secteur ex-DG est réalisée dans les **centres hospitaliers (CH)**, que ce soit en nombre de séjours ou en volume économique.

Avec un taux de croissance du volume économique de +2,1%, les centres hospitaliers contribuent à plus de la moitié de la croissance du volume du secteur. L'activité dans les **centres de lutte contre le cancer (CLCC), représentant environ 9% des séjours**, connaît une croissance soutenue (+2,2% en volume et +0,9% en séjours).

Plus de 60% des séjours réalisés par le secteur ex-DG concerne des patients âgés de moins de 65 ans. En revanche, que ce soit en volume économique comme en nombre, les séjours concernant les **patients âgés de plus de 65 ans** progressent plus rapidement que la moyenne (+3,7% en volume et +2,5% en nombre de séjours). Ainsi, la croissance de l'activité pour ces patients explique près de 90% de la croissance globale du volume économique.

Plus de la moitié de l'activité du secteur (55%) correspond à des séjours sans acte classant, c'est-à-dire de médecine, et plus particulièrement avec nuitée(s). Le volume économique des séjours sans acte classant avec nuitée(s) augmente de +2,2%, du fait d'un fort effet structure (+1,9%). Cette catégorie d'activité de soins contribue ainsi à 55% de la croissance globale du volume économique. Cependant, la hausse du volume économique est plus soutenue pour la **chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives** (+9,2% resp. +4,8%) imputable principalement une augmentation du nombre de séjours.

T 8 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-DG, par catégories d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2013	Volume économique 2013	Part en séjours 2013	Part en volume économique 2013	Evolution volume économique 2012/2013	Evolution nombre de séjours 2012/2013	Effet structure 2012/2013
Chirurgie ambulatoire	725,66	946,32	6,6%	3,5%	+9,2%	+7,3%	+1,7%
Chirurgie non ambulatoire	1 590,70	7 953,98	14,4%	29,4%	+1,1%	-1,2%	+2,4%
Total chirurgie	2 316,36	8 900,31	21,0%	32,8%	+1,9%	+1,3%	+0,6%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 576,83	976,02	14,3%	3,6%	-0,8%	-1,4%	+0,6%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 578,75	13 134,10	41,6%	48,5%	+2,2%	+0,3%	+1,9%
Total séjour sans acte classant	6 155,59	14 110,12	55,9%	52,1%	+2,0%	-0,2%	+2,2%
Obstétrique mère (*)	832,16	1 733,32	7,6%	6,4%	+0,1%	+0,1%	+0,0%
Obstétrique enfant (**)	626,00	857,29	5,7%	3,2%	+0,9%	+0,1%	+0,8%
Total Obstétrique	1 458,16	2 590,60	13,2%	9,6%	+0,3%	+0,1%	+0,2%
Techniques peu invasives	1 081,08	1 497,00	9,8%	5,5%	+4,8%	+5,0%	-0,2%
Total ex-DG hors séances	11 011,19	27 098,02	100,0%	100,0%	+2,0%	+0,7%	+1,3%

Séjours et séances en milliers, montants en M€

En volume économique comme en nombre, les séjours avec sévérité progressent plus fortement contribuant ainsi à la moitié de la croissance globale. La croissance soutenue du nombre de séjours ambulatoire en démontre le développement.

Dans les catégories majeures de diagnostics (CMD), les affections de l'**appareil circulatoire (CMD 5) et les affections du système digestif (CMD 6)** représentent chacune plus de 10% des séjours et plus de 12% en volume économique.

En matière d'évolution du volume économique, cinq catégories majeures de diagnostics (CMD) expliquent à elles seules 60% de la croissance globale :

- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) ;
- les affections et traumatismes musculosquelettiques et du tissu conjonctif (CMD 8) ;
- les affections du système nerveux (CMD 1) ;
- les affections du tube digestif (CMD 6) ;
- les affections du rein et des voies urinaires (CMD 11).

La CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire », qui faisait partie des activités les plus contributrices à la croissance depuis 2008, se caractérise par une diminution du nombre de séjours en 2013. Cette baisse s'observe notamment dans deux racines : la racine 04M13 « Œdème pulmonaire et détresse respiratoire » et la racine 04M18 « Bronchiolites ».

La CMD 11 « Affections du rein et des voies urinaires », fait en revanche son entrée dans les CMD les plus contributrices à la croissance. Trois racines contribuent fortement à la croissance du volume dans cette CMD : la racine 11M04 « Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans », la racine 11C13 « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques » et la racine 11C11 « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires ».

La dynamique des **séances/forfaits** sur le secteur ex-DG est contrastée selon le type d'activité. La chimiothérapie est celle qui contribue le plus à la croissance du volume économique. Les séances de radiothérapie augmentent également de façon très dynamique avec une progression du volume économique de +6,1%. S'agissant de la dialyse, l'essentiel des prises en charges est réalisé en centre.

Pour compléter le panorama, l'activité de dialyse prise en charge hors centre est également présentée et se caractérise par une forte progression en 2013.

T 9 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-DG, par type de séances

Types de séances	Nombre de séances/forfaits 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique 2012/2013	- dont évolution du nombre de séjours 2012/2013	- dont effet structure 2012/2013
Dialyse en centre	1 473,65	509,05	+1,3%	+1,4%	-0,0%
Dialyse hors centre *	112,48	29,53	+6,7%	+8,1%	-1,4%
Chimiothérapie	1 929,42	762,25	+5,1%	+5,2%	-0,0%
Radiothérapie	1 883,84	455,17	+6,1%	+0,3%	+5,8%
Autres séances	225,71	146,18	+5,3%	+5,6%	-0,3%

Séjours et séances en milliers, montants en M€

* Nombre de forfaits D, souvent hebdomadaires ils correspondent à plusieurs séances

2.2.2. Secteur ex-OQN

En 2013, le secteur ex-OQN a réalisé 6 millions de séjours, correspondant à 5 millions de patients et 5 millions de séances/forfaits. Cette activité représente un volume économique global de près de 8 milliards d'euros. Entre 2012 et 2013, le nombre de séjours/séances/forfaits a augmenté de +1,3% et le volume économique de +0,8%.

L'exercice 2013 a été marqué par :

- la légère baisse de l'activité de séjours (hors séances et forfaits de dialyse),
- une baisse pour toutes les catégories de soins, exceptées la chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives ;
- une forte dynamique des séjours des patients âgés de plus de 65 ans.

T 10 I Activité globale 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-OQN

Types d'hospitalisation	Nombre de séjours 2013	Volume économique 2013	Evolution volume économique 2012/2013	Evolution nombre de séjours 2012/2013	Effet structure 2012/2013
Séjours	6 283,98	6 704,51	+0,2%	-0,4%	+0,7%
Séances / forfaits	5 292,39	1 500,23	+3,4%	+3,5%	-0,1%
Total ex-OQN	11 576,37	8 204,73	+0,8%	+1,3%	-0,5%

Séjours et séances en milliers, montants en M€

L'activité du secteur ex-OQN se répartit de manière identique entre les séjours et les séances. La majorité des séjours sont réalisés en ambulatoire. Ce type de prise en charge augmente notablement, que ce soit en volume économique ou en nombre de séjours (+4,3% en volume, et +2,4%). L'activité d'hospitalisation d'au moins une nuit en nombre de séjours diminue, induisant mécaniquement une baisse sur l'ensemble des séjours compte tenu de son poids (i.e. : en volume économique, l'hospitalisation complète représente 60% de l'activité).

La suite de l'analyse de l'activité est focalisée sur les séjours, les séances faisant l'objet d'un paragraphe spécifique, incluant les forfaits de dialyse.

64% des séjours du secteur concerne des patients âgés de moins de 65 ans, représentant 55% du volume économique du secteur. Néanmoins, les séjours de cette classe d'âge sont en baisse, contribuant ainsi à la baisse des séjours et au ralentissement du rythme de croissance du volume économique global. A l'inverse, les prises en charges relatives aux **patients âgés de plus de 65 ans** sont en forte augmentation (+2,3% en volume économique, et +2,0% en nombre de séjours).

Le secteur ex-OQN partage les trois quarts de ses séjours entre la chirurgie ambulatoire, la chirurgie en hospitalisation complète et les techniques peu invasives. En volume économique, la chirurgie en hospitalisation complète représente 47% de l'activité. En 2013, le volume économique baisse pour quasiment toutes les catégories d'activités de soins du fait de la diminution du nombre de séjours.

Deux catégories font exception : la **chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives**. Le volume économique de la chirurgie ambulatoire progresse de +6,3%, grâce à une augmentation du nombre de séjours de +4,3%. Les techniques peu invasives affichent une hausse du volume économique de +1,8%, dont une augmentation du nombre de séjours de +1,2%.

T 11 | Activité 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-OQN, par catégories d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2013	Volume économique 2013	Part en séjours 2013	Part en volume économique 2013	Evolution volume économique 2012/2013	Evolution nombre de séjours 2012/2013	Effet structure 2012/2013
Chirurgie ambulatoire	1 573,60	1 081,00	25,0%	16,1%	+6,3%	+4,3%	+2,0%
Chirurgie non ambulatoire	1 501,67	3 127,46	23,9%	46,6%	-1,2%	-4,1%	+3,1%
Total chirurgie	3 075,27	4 208,46	48,9%	62,8%	+0,6%	-0,0%	+0,7%
Séjour sans acte classant sans nuitée	193,82	60,56	3,1%	0,9%	-2,9%	-4,2%	+1,4%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	698,74	913,26	11,1%	13,6%	-0,1%	-2,5%	+2,5%
Total séjour sans acte classant	892,56	973,82	14,2%	14,5%	-0,3%	-2,9%	+2,7%
Obstétrique mère (*)	273,43	351,26	4,4%	5,2%	-5,0%	-4,2%	-0,9%
Obstétrique enfant (**)	208,46	162,60	3,3%	2,4%	-4,3%	-4,5%	+0,2%
Total Obstétrique	481,89	513,86	7,7%	7,7%	-4,8%	-4,3%	-0,5%
Techniques peu invasives	1 834,26	1 008,36	29,2%	15,0%	+1,8%	+1,2%	+0,7%
Total ex-OQN hors séances	6 283,98	6 704,51	100,0%	100,0%	+0,2%	-0,4%	+0,7%

Séjours en milliers, montants en M€

Concernant les CMD, près d'un séjour sur quatre est lié aux **affections du système digestif (CMD 6)**. Les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) et les affections de l'œil (CMD 2) concentrent chacune plus de 10% des séjours. Sur les 25 CM du secteur, 12 affichent une hausse du volume économique. L'activité des autres catégories majeures est en revanche en baisse. En volume économique, les CMD les plus contributrices à la hausse globale de l'activité sont :

- les affections et traumatismes musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) ;
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) ;
- les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (CMD 10) ;
- les affections du rein et des voies urinaires (CMD 11) ;
- les affections de l'œil (CMD 2).

Pour ce secteur la majeure partie des séances est constituée de la dialyse. La dialyse hors centre affiche notamment un taux de croissance très dynamique (+5,6%).

T 12 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 du secteur ex-OQN, par type de séances

Type de séances	Nombre de séances/forfaits 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique 2012/2013	- dont évolution du nombre de séjours 2012/2013	- dont effet structure 2012/2013
Dialyse en centre	2 156,48	629,55	+1,6%	+1,6%	+0,0%
Dialyse hors centre *	2 357,61	638,75	+5,6%	+5,6%	+0,0%
Chimiothérapie	746,71	222,35	+2,0%	+2,0%	+0,0%
Autres séances	31,59	9,58	+9,0%	+14,9%	-5,1%

Séjours et séances en milliers, montants en M€ * Nombre de forfaits D

Activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

Données & Méthodes

Source : PMSI HAD 2007-2013

Champ des établissements : Secteur ex-DG T2A et secteur ex-OQN

Champ de l'activité : deux notions de journées d'hospitalisation sont disponibles pour mesurer l'activité en HAD :

- le nombre journées valorisées qui correspond au nombre de journées facturées ;
- le nombre journées hors erreur qui correspond au nombre de journées présentées dans les résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) après exclusion des journées groupées dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC) 9999.

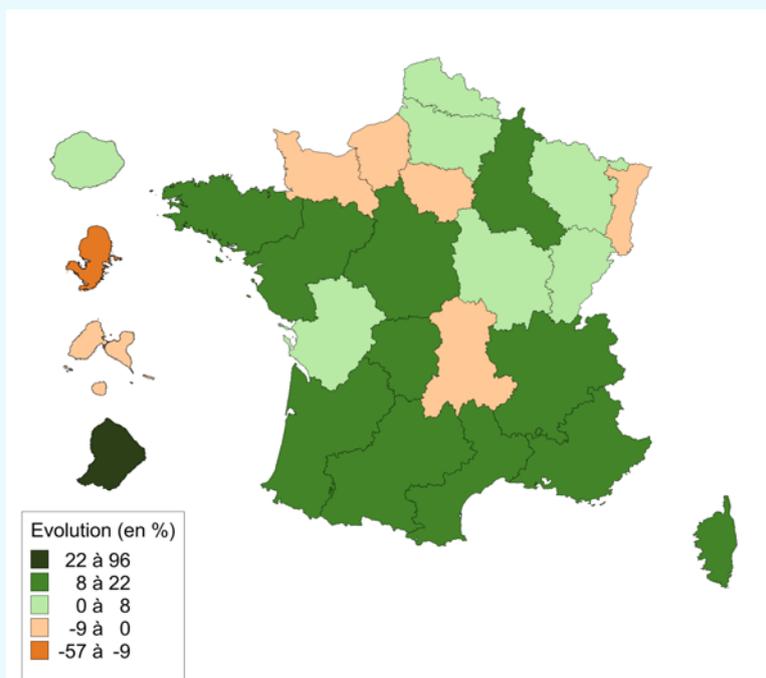
Activité 2013	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
ayant transmis en 2013	311	4 366,7
inclus dans l'analyse (journées hors erreur)	311	4 318,1
% inclus dans l'analyse	100,0%	98,9%

Une évolution du nombre de journées moins forte en 2013 qu'entre 2012

En 2013, 104 000 patients ont bénéficié de soins en HAD générant 4,3 millions de journées effectuées à part égale dans les établissements ex-DG et ceux du secteur ex-OQN.

La progression entre 2012 et 2013 se stabilise autour de +5%, et ce quel que soit le secteur, alors qu'elle était de 11% entre 2011 et 2012.

F 16 I Évolution du nombre de journées entre 2012 et 2013



Avertissement : l'étude est réalisée sur les données d'activité recueillies via le PMSI. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ces données servent de support à la facturation pour les établissements ex-DG. Pour ces derniers, l'exhaustivité des données est certainement très élevée. En revanche, les cliniques anciennement sous OQN facturent directement les soins à l'assurance maladie et transmettent en parallèle les données médicalisées.

Les évolutions observées à la fois en nombre de journées et en nombre d'établissements traduisent pour partie l'amélioration de l'exhaustivité. Les interprétations de ces évolutions doivent donc tenir compte de cet effet.

1. Les soins palliatifs à l'origine d'une prise en charge sur quatre

Le **mode de prise en charge principal** (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources, ce deuxième est le **mode de prise en charge associé** (MPA). S'il existe plusieurs modes associés, celui qui est retenu est celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

En 2013, huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles concentrent 81,5% de l'activité d'HAD. Les deux premiers MPP représentent la moitié de l'activité, répartie quasiment à parts égales entre les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques. Les soins de nursing lourds constituent le troisième mode de prise en charge principal le plus fréquent avec 10,6% des journées. Ce classement est similaire pour les deux secteurs d'établissements, avec des parts plus élevées pour les cliniques ex-OQN.

Les évolutions de ces modes de prises en charge sont soutenues entre 2012 et 2013 notamment pour les pansements complexes et soins spécifiques (+9,3%, en journées) et les soins de nursing lourds (+24,4%). Les journées relatives à la chimiothérapie anticancéreuse progressent également très fortement (+21,8%).

Si au global l'ensemble de séjours d'hospitalisation à domicile progresse de +5%, c'est que ces fortes évolutions sont contrastées par la stabilité, voire la diminution du nombre de journées d'autres MPP.

Les modes de prise en charge associés (MPA) les plus fréquents en 2013 sont :

- pas de protocole associé, avec près de 1,6 millions de journées, soit 36,9% ;
- soins de nursing lourds, avec près de 360 000 journées, soit 8,3% ;
- pansements complexes et soins spécifiques avec près de 300 000 journées, soit 6,9% ;
- prise en charge de la douleur avec environ 290 000 journées, soit 6,7%.

Le MPA « 00- Pas de protocole associé » est plus codé dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (44,1% contre 29,1% en 2013).

Ce MPA est de plus en plus renseigné et ce quel que soit le secteur (+10,6% de journées). Les journées ayant pour MPA l'assistance respiratoire augmentent également de +28,2%.

En 2013, les quatre principales associations (MPP X MPA) représentant 28% de l'activité en journées sont les suivantes :

- pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X pas de protocole associé ;
- soins palliatifs X pas de protocole associé ;
- pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X soins de nursing lourds ;
- soins de nursing lourds X rééducation neurologique.

La part de ces associations de prises en charge est similaire quel que soit le secteur d'établissements.

2. Des patients de plus en plus fragiles d'après l'indice de Karnofsky

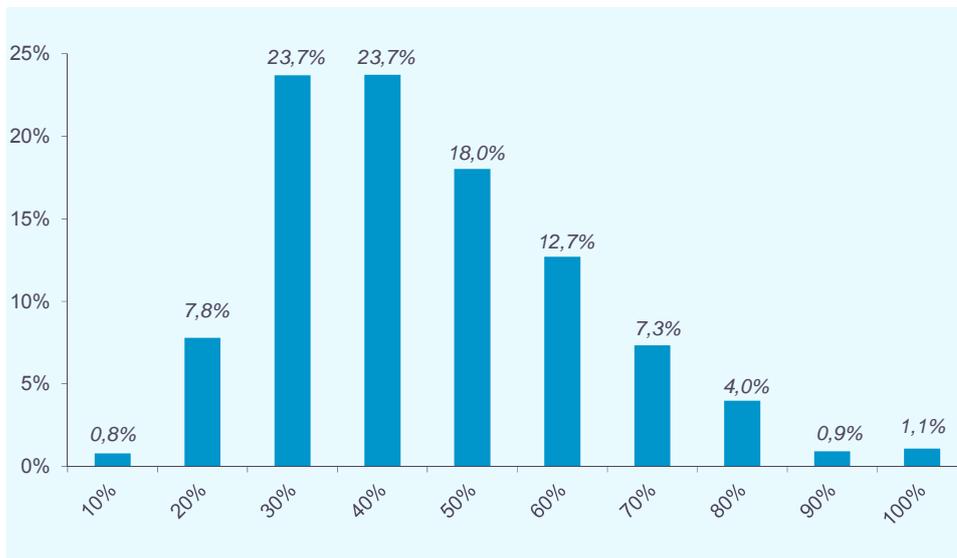
L'**indice de Karnofsky (IK)** décrit, sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100 % (aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

Le rapport restitue l'activité d'HAD selon cet indice compte tenu de son utilisation pour classer l'activité dans les GHPC. Pour autant d'autres indicateurs peuvent être cités lorsqu'il s'agit de mesurer la dépendance des patients tels que l'activité de la vie quotidienne (AVQ). Ainsi, l'AVQ détaille les incapacités des patients champ par champ avec un AVQ physique composé de plusieurs items et un champ cognitif. L'IK est beaucoup moins détaillé que l'AVQ.

Quelle que soit l'année, les prises en charge d'HAD concernent en majorité des patients nécessitant des soins importants avec un IK compris entre 10% et 40% (56,0% des journées en 2013).

Les journées des patients présentant un indice de Karnofsky à 10% et à 30% progressent fortement (respectivement +31,2% et +15,0%). Toutefois, pour les patients dont l'indice est à 20%, la progression est bien moins forte qu'en 2012 (+6,2% de journées). Ainsi, l'HAD concerne des patients dont l'état de santé est de plus en plus fragile.

F 17 | Répartition du nombre de journées 2013 selon l'IK



Pour les établissements du secteur ex-DG, la répartition des journées selon l'état de santé du patient a peu évolué. Elle tend vers une légère augmentation des journées consacrées à des patients nécessitant une aide importante avec un IK valant 30 ou 40% pour 47,4% des journées.

La répartition est également stable dans les établissements du secteur ex-OQN. La particularité de ce secteur est de réaliser près de 60% des journées pour des patients nécessitant une aide importante (IK à 30 ou 40%). La part des journées pour des patients en absence totale d'autonomie ou moribonds (IK entre 10 et 20%) est en légère augmentation et atteint 11,1% en 2013.

S'agissant de l'état de santé des patients en fonction de l'âge, par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né à risque (*MPP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque*), la cotation de l'IK est toujours 100%, ce qui explique que les journées de prise en charge des enfants de moins d'un an soient pour plus de 40% avec un IK à 90% ou 100%.

Pour près de 70% des journées réalisées pour des patients âgés entre 1 et 17 ans, une aide occasionnelle, suivie ou fréquente est requise (IK entre 30% et 60%). Pour la classe d'âge des adultes de 18 à 74 ans, cette part atteint 75% avec un pourcentage de journées plus important pour des patients avec un handicap (IK entre 30 et 40) (40,2% contre 28,7% chez les patients de 1 à 17 ans).

La dépendance augmente en moyenne, puisque les patients pris en charge sont de plus en plus âgés. En effet, les journées d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans portent essentiellement (60,1%) sur des patients nécessitant une aide importante (IK 30% à 40%).

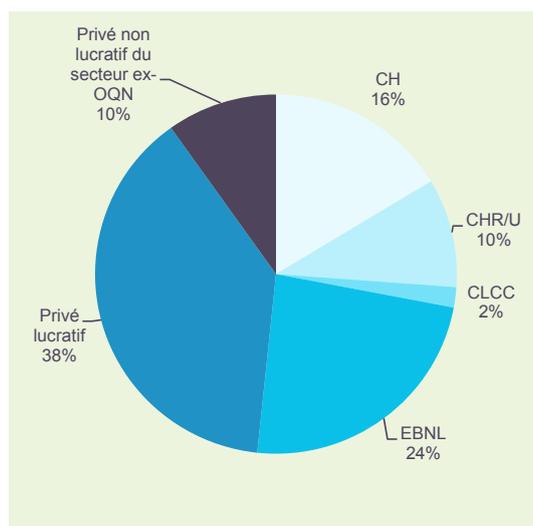
3. Deux tiers des journées réalisées par les établissements associatifs ou privés lucratifs

L'activité d'HAD est assez équitablement répartie entre les établissements des deux secteurs avec un peu plus de 2 millions de journées pour les 157 établissements ex-DG comme pour les 154 établissements ex-OQN.

Sur l'ensemble des deux secteurs, 72% des journées sont prises en charge soit par des établissements associatifs (privés non lucratifs et EBNL) soit par des établissements privés lucratifs.

Au sein du secteur ex-DG, la prise en charge à domicile est assurée en majorité par les établissements à but non lucratif (EBNL) et les centres hospitaliers généraux (CH).

F 18 | Répartition du nombre de journée par catégorie d'établissements en 2013



Entre 2012 et 2013, la plus forte progression du nombre de journées (i.e. : +8,2%) concerne les établissements non lucratifs du secteur ex-OQN (10% de l'ensemble HAD).

Pour le secteur ex-DG, depuis 2007 l'activité progresse de +8,4% en moyenne annuelle. Après une accélération en 2012 (+11,9%), l'augmentation en 2013 s'atténue (+4,8%).

L'activité du secteur ex OQN, augmente en moyenne annuelle de +15,7% depuis 2007. La progression n'est toutefois pas linéaire puisque l'activité a plus fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+32% de journées) puis en 2010 pour suivre une évolution plus continue jusqu'en 2012. En 2013, comme pour le secteur ex-DG, la hausse du nombre de journées ralentit (+5,0%) Pour ce secteur, ces sauts de progression traduisent pour partie l'amélioration de l'exhaustivité de l'information.

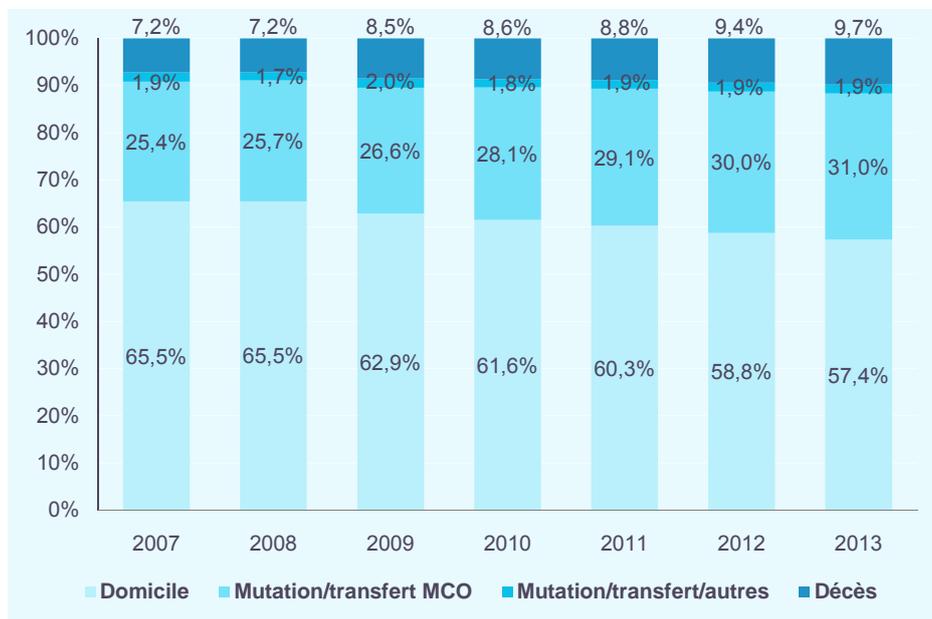
4. Légère augmentation des transferts vers le MCO

Lors d'une hospitalisation à domicile, le patient peut être pris en charge directement depuis son domicile ou bien suite à une mutation ou un transfert après un séjour dans un autre établissement. Deux tiers des prises en charge à domicile font suite à une mutation ou à un transfert après un séjour en MCO.

Les modes de sortie possibles sont les mêmes que pour l'entrée en HAD auxquels s'ajoute le cas de décès du patient.

Pour la majorité des séjours d'HAD (environ 60%), les patients restent à leur domicile suite à leur hospitalisation. Sur la période 2007-2013 la proportion de séjours suivis d'une mutation ou d'un transfert en MCO a progressé de presque six points. Au cours de la même période la proportion des séjours avec une sortie par décès a augmenté de plus de deux points. Ainsi, la part des patients restant à domicile après leur hospitalisation diminue depuis 2007

F 19 I Évolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2013 (proportions sur la base du nombre de séjours terminés)



L'analyse des trajectoires montre qu'un patient hospitalisé en HAD entré par « transfert/mutation depuis le MCO » ou provenant de son « domicile » reste majoritairement chez lui à l'issue de l'hospitalisation. Ce constat se vérifie davantage pour les séjours des personnes hospitalisées à partir de leur domicile (68,0% demeurent à domicile) que pour les séjours des patients venant du MCO (53,7% restent à domicile).

Les prises en charges à domicile se terminent plus fréquemment par une hospitalisation en MCO si la trajectoire du patient a débuté par une hospitalisation en MCO (36,3% des cas), en SSR (33,6% des cas) qu'à domicile (19,5% des cas).

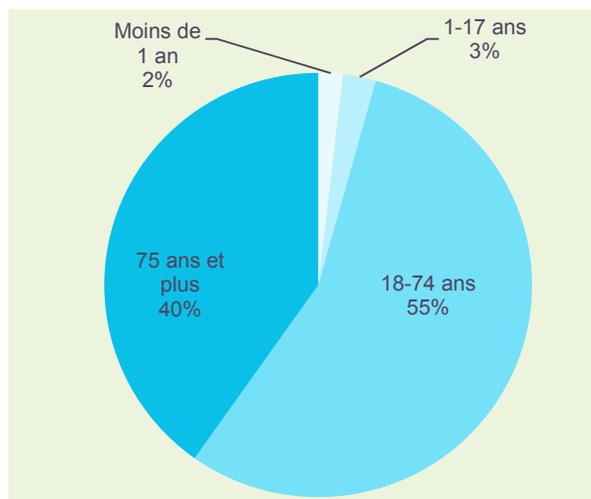
Enfin, la part des séjours se terminant par un décès est légèrement supérieure pour les séjours des patients provenant de leur « domicile » (11,4%) que pour ceux transférés ou mutés du MCO et SSR (respectivement 8,9% et 10,5%).

5. Quatre patients sur dix ont 75 ans ou plus

Les hospitalisations à domicile concernent essentiellement des patients adultes, 95,7% des journées leur étant consacrées en 2013. Ainsi, 4 patients sur 10 (40,2%) sont âgés de plus de 75 ans. La durée moyenne de séjour est plus élevée pour ces derniers (39,7 jours) que la moyenne nationale (27,3 jours).

L'activité pédiatrique (patient jusqu'à 17 ans) représente seulement 4,3% des journées d'HAD. Bien qu'ils contribuent moins au nombre de journées, les enfants de moins d'un an représentent 71,4% des patients hospitalisés à domicile au sein de l'activité pédiatrique. En effet, le nombre de séjours (terminés dans l'année) par patient est presque trois fois plus important pour les enfants ayant entre 1 et 17 ans (2,9 séjours par patient) que celui des enfants de moins d'un an (1,2 séjour par patient).

F 20 I Répartition du nombre de journées 2013 selon l'âge des patients



6. Montée en charge des interventions dans le secteur médico-social

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le recueil de cette information est en place depuis mars 2007. Or, en 2013, le mode de recueil a évolué permettant aux établissements de santé d'HAD de coder plus précisément le type de structures médico-sociales dans lesquelles ils intervenaient. Ainsi, depuis mars 2013, trois catégories sont décrites : les EHPAD, les EMS hors EHPAD, et les établissements sociaux.

Le nombre de journées réalisées pour des personnes hébergées en EHPAD ne cesse de croître depuis 2007. En 2008, cette activité représente 1% du total de journée d'HAD et plus de 4% en 2013 (190 000 journées). Cette évolution traduit également la montée en charge du codage de cette activité.

La durée moyenne des séjours concernant des personnes hébergées en EHPAD a fortement augmenté depuis 2007 atteignant 36 jours en 2013 contre 25 jours en 2007. Entre 2008 et 2013 l'âge moyen des patients pris en charge en HAD a augmenté de 3 ans, soit 84,5 ans en 2013.

Depuis le 1er septembre 2012, l'intervention de l'HAD a été élargie aux établissements sociaux et médicosociaux (EMS) hors EHPAD. L'évolution du recueil a permis de montrer que près de 7 000 journées ont été réalisées par 81 établissements entre le 1er mars et le 31 décembre 2013. Près de la moitié des journées ont été réalisées dans les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), et près d'un tiers dans des Logement Foyers et Maisons de Retraites.

Quatre régions réalisent plus de la moitié de l'ensemble des journées d'hospitalisation en EMS hors EHPAD : Rhône-Alpes (14,1%), Nord-Pas-de-Calais (14,0%), Aquitaine (14,0%) et Bretagne (10,6%).

L'ensemble de ces données traduit pour partie la montée en charge du recueil.

Activité de soins de suites et réadaptation (SSR)

Données & Méthodes

Source : PMSI SSR 2012-2013

Champ des établissements : Secteur DAF, hors SSA et OQN

Les transmissions d'activité par les établissements de santé sont marquées par une montée en charge du recueil de l'information médicale, surtout pour les activités de SSR et psychiatrie. Ainsi l'évolution de l'ensemble de l'activité reflète également ce phénomène.

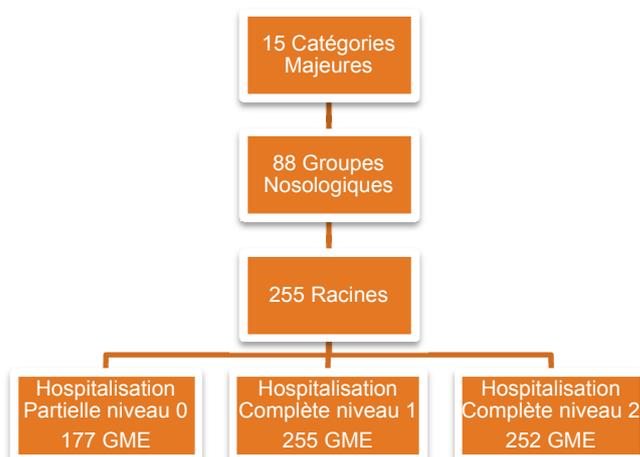
Afin d'évaluer l'évolution de l'activité réellement prise en charge, pour le présent rapport, seuls les établissements ayant transmis toutes leurs périodes d'activité sont retenus.

Activité 2013	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
ayant transmis en 2013	1610	36 546,5
inclus dans l'analyse	1596	36 493,8
% inclus dans l'analyse	99,1%	99,9%

Dans le cadre des travaux préparatoires à la réforme du financement en SSR, de nouveaux outils ont été déployés en 2013 : une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et une nouvelle classification médico-économique.

Mise en place d'une nouvelle classification médico-économique

Cette classification en groupes médico-économiques (GME) a remplacé la classification en groupe de morbidité dominante (GMD). Elle comporte 684 GME et se décline en :



La classification en GME se fonde sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation à temps partiel.

L'activité SSR est analysée :

- en suites de RHA portant le même numéro de séjour SSR (assimilables à un séjour administratif) pour l'hospitalisation complète, ainsi qu'en nombre de journées ;
- en nombre de journées pour l'hospitalisation à temps partiel.

Trois scores sont utilisés (plus ces scores sont élevés plus le patient est dépendant pour les activités de la vie quotidienne ou mobilise des activités de rééducation-réadaptation):

- le **score de dépendance physique** est calculé en additionnant la cotation des 4 variables de dépendance physique du RHS : « habillage », « alimentation », « déplacement » et « continence ». Le score minimal est de quatre et le score maximal de seize ;
- le **score de dépendance cognitive** est calculé en additionnant la cotation des 2 variables de dépendance cognitive du RHS : « relation-communication » et « comportement ». Le score minimal est de deux et le score maximal de huit ;
- le **score d'activité de rééducation-réadaptation (RR)** résulte de l'addition du nombre d'activités de rééducation-réadaptation distinctes en fonction du nombre de jour de présence, et de la pondération des actes codés. Chaque acte possède une pondération en fonction de la consommation de ressources qu'il représente.

Ces scores sont ceux obtenus par le patient à l'entrée de son séjour.

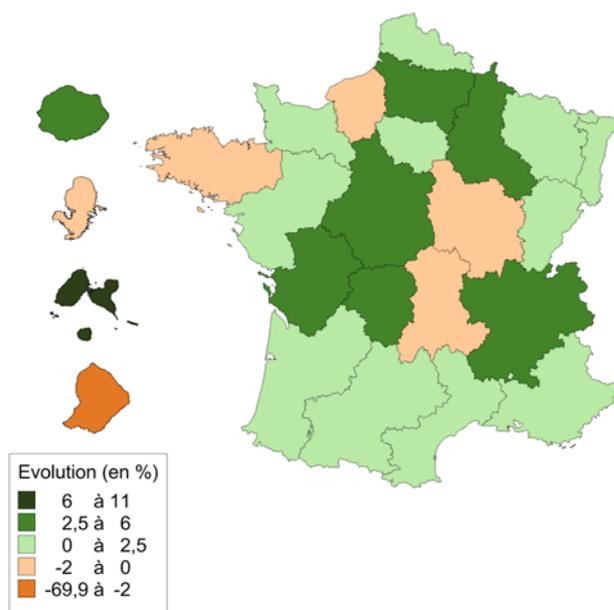
En 2013, 36,5 millions de journées sont réalisés pour des soins de suite et de réadaptation (SSR), pour 967 000 patients pris en charge. La prise en charge en hospitalisation complète représente 1 million de séjours¹ et celle en hospitalisation partielle, 3,2 millions de journées.

Une croissance du nombre de journées dynamisée par le secteur OQN

L'ensemble de l'activité de SSR augmente de +1,5% entre 2012 et 2013. Cette croissance est notamment portée par les établissements appartenant au secteur sous Objectif Quantifié National (OQN) dont l'activité évolue de +3,1%, et qui représente 35% des journées.

Les évolutions sont différenciées selon les régions. Ainsi, la Guadeloupe connaît une forte augmentation alors que le nombre de journées diminue à la Réunion.

F 21 | Evolution du nombre de journées SSR entre 2012 et 2013 par région



Point méthodologique sur la classification

L'année 2013 a été réellement codée et groupée en GME par les établissements alors que l'année 2012 a été codée en groupée en GMD par les établissements puis regroupée en GME par l'ATIH.

De par ce changement de codage, les évolutions au niveau détaillé des GME sont délicates à interpréter car elles ne traduisent pas nécessairement des évolutions d'activité et ne sont donc pas présentées.

¹ Par séjour, il convient d'entendre suites de RHA

1. Deux tiers de l'activité concentrés sur trois catégories majeures

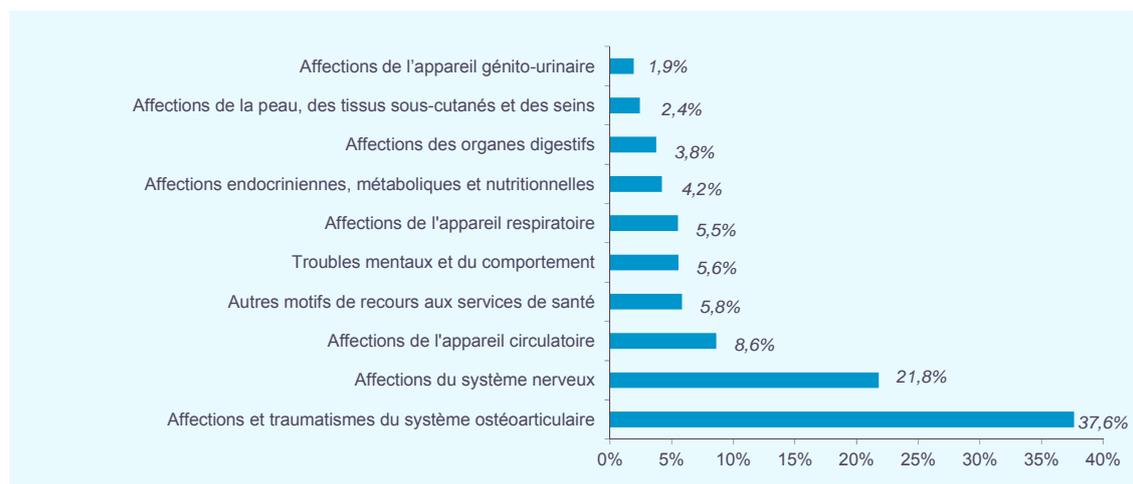
Trois catégories majeures représentent les deux tiers de l'activité :

- CM 08 : Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (37,6%) ;
- CM 01 : Affections du système nerveux (21,8%) ;
- CM 05 : Affections de l'appareil circulatoire (8,6%).

Ces mêmes catégories majeures (CM) contribuent le plus à l'évolution globale du nombre de journées. Les affections du système nerveux (CM 01) et les affections et traumatismes ostéoarticulaires (CM 08) évoluent modérément, de l'ordre de +2%. En revanche, les journées pour les affections de l'appareil circulatoire (CM 05) augmentent significativement (+6,5%).

Dans deux de ces CM, la moyenne d'âge de la patientèle est différente. Les patients soignés pour des affections de l'appareil circulatoire (CM 05) ont en moyenne 65 ans contre 56 ans pour les personnes prises en charges sur le système nerveux (CM 01). Par contre pour ces trois types d'affections, les patients sont peu dépendants que ce soit physiquement ou cognitivement.

F 22 I Part en nombre de journées des 10 CM les plus importantes en 2013



Pour chacune de ces CM, les groupes nosologiques, les racines et finalement les groupes médico-économiques (GME) les plus fréquents sont ciblés.

1.1. L'arthrose du genou : 10% de traumatismes articulaires

Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08) représentent 38% de l'activité de SSR. Cette catégorie majeure est composée de 21 groupes nosologiques. Les arthroses du genou avec implant articulaire (0841) constituent le groupe nosologique le plus fréquent avec 10% des journées de la catégorie majeure.

Plus de deux tiers des prises en charge pour arthrose du genou sont rattachées à la racine 0841A, correspondant à des patients dont la dépendance physique est faible (score de dépendance physique ≤ 8). Près de 83% des journées de cette racine sont classés dans le GME de niveau 1 (0841A1).

1.2. AVC et Alzheimer représentent la moitié de la prise en charge pour affections du système nerveux

Les affections du système nerveux (CM 01) représentent 22% de l'activité de SSR. Cette catégorie majeure est composée de 16 groupes nosologiques. Deux groupes nosologiques représentent la moitié des journées de cette catégorie majeure :

- les accidents vasculaires cérébraux (0112), avec 33% des journées de la CM 01 ;
- les maladies d'Alzheimer et démences apparentées (0127), soit 20% des journées.

Le nombre de journées pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) est en hausse de +1,1%, et contribue le plus à la croissance de la catégorie majeure. 15% des journées pour AVC sont rattachées à la racine 0112A, correspondant à des patients âgés de moins de 75 ans et dont la dépendance physique est faible (score de dépendance physique ≤ 8). Les journées sont réparties équitablement entre les trois niveaux de GME, et sont également en forte hausse sur les trois niveaux.

Concernant les maladies d'Alzheimer et démences apparentées, 60% des journées sont rattachées à la racine 0127A, correspondant à des patients dont la dépendance physique est faible ou modérée (score de dépendance physique ≤ 12). Le nombre de journées de cette racine augmente de +0,9%. Deux tiers des journées sur cette racine sont réalisées sur le GME de niveau 1.

1.3. La moitié des affections circulatoires concernent les coronaropathies et les insuffisances cardiaques

Les affections de l'appareil circulatoire (CM 05) représentent près de 9% des journées réalisées en SSR. Cette catégorie majeure est composée de 7 groupes nosologiques. Deux groupes nosologiques représentent la moitié des journées de cette catégorie majeure :

- les insuffisances cardiaques (0512), avec 30% des journées de la CM 05 ;
- les coronaropathies, à l'exclusion de celles avec pontage (0509), soit 21% des journées de la CM 05.

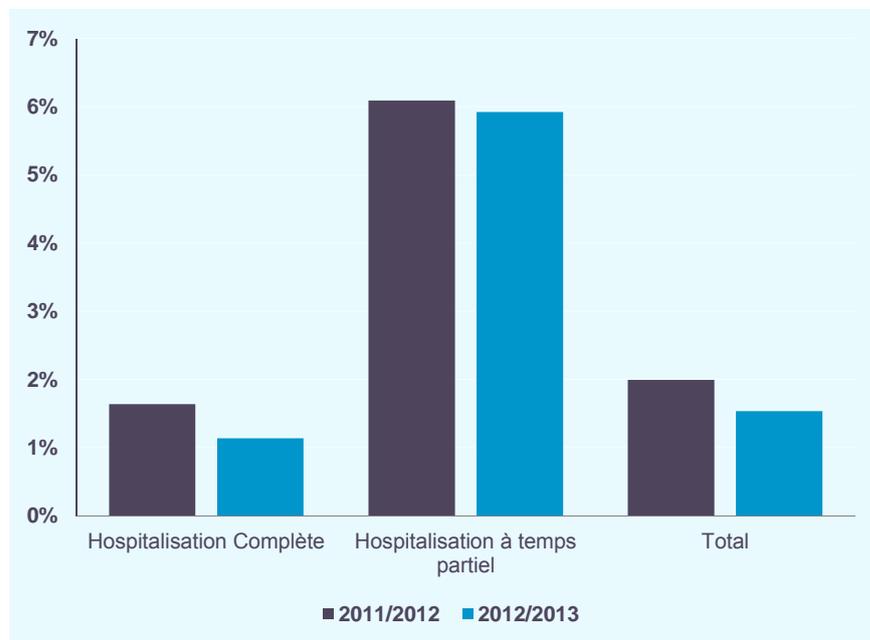
58% des journées pour coronaropathie sans pontage sont réalisées dans la racine 0509A, c'est-à-dire pour des patients dont la dépendance physique est faible (score ≤ 8) et le score d'activité de rééducation et de réadaptation est faible (score ≤ 90). Les journées sont équiréparties sur les deux premiers niveaux de sévérité.

Les journées relatives à la prise en charge des insuffisances cardiaques augmentent de +1,7%. 72% des journées sont réalisées dans la racine 0512A, sur des patients dont la dépendance physique est faible ou modérée (score de dépendance physique ≤ 12). La hausse d'activité pour cette racine est de +0,9%. La quasi-totalité des journées de cette racine sont réalisées sur le premier niveau de sévérité (niveau 1).

2. Hospitalisation partielle, une prise en charge minoritaire mais en forte augmentation

En soins de suite et de réadaptation, le type de prise en charge qui prévaut est l'hospitalisation complète (91% du nombre de journées). Aussi, l'hospitalisation à temps partiel représente uniquement 9% de l'activité.

F 23 I Évolution du nombre de journées entre 2011/2012 et 2012/2013

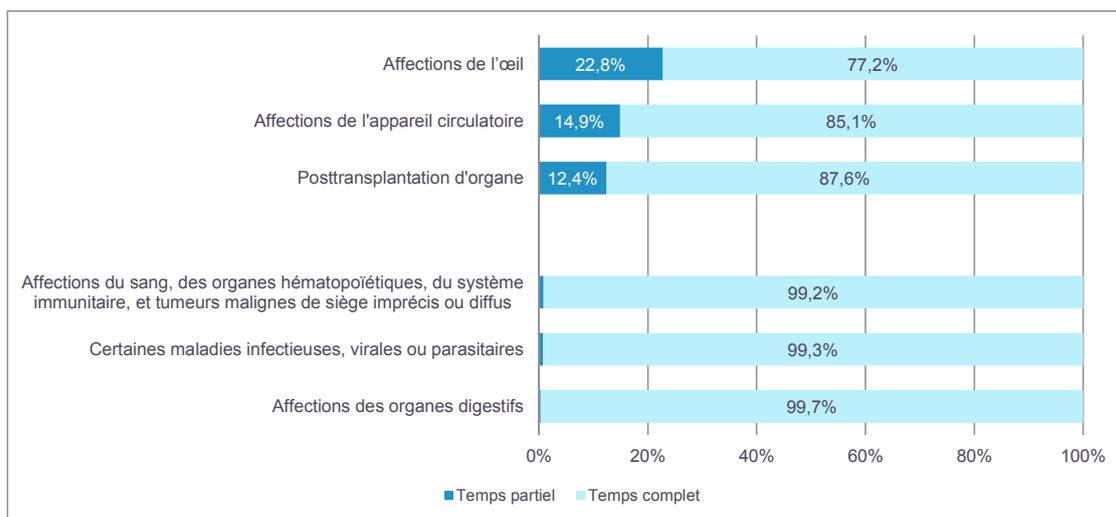


Cependant, l'hospitalisation à temps partiel évolue plus rapidement (+5,9% entre 2012 et 2013) que l'hospitalisation complète (+1,1%).

La durée de prise en charge des patients admis en hospitalisation à temps partiel est plus faible, de l'ordre de 17 jours, que ceux admis en hospitalisation complète, environ 40 jours.

Suivant les catégories majeures (CM), la part des journées en hospitalisation à temps partiel varie. En effet pour 11 des 16 catégories majeures, cette prise en charge représente moins de 10% de l'activité, voire est quasiment nulle pour certaines (par exemple la CM 06 : Affections des organes digestifs). Pour les trois CM contribuant le plus à l'augmentation des journées à temps partiel, cette modalité représente plus de 15% des prises en charge.

F 24 I Part de l'hospitalisation à temps partiel : les trois CM ayant la part la plus élevée les trois CM ayant la part la plus faible



3. Une patientèle plutôt âgée et féminine

3.1. Deux tiers de la croissance expliquée par les séjours des patients âgés de 80 ans et plus

L'activité de soins de suite et de réadaptation se caractérise par une patientèle âgée : en 2013, plus de la moitié des journées concernent des patients âgés de plus de 75 ans. Ceux âgés de plus de 80 ans représentent à eux seuls 40% des journées. Les plus jeunes (0-17 ans) quant à eux concernent moins de 4% de l'activité.

En termes d'évolution, les journées augmentent pour toutes les classes d'âge, excepté pour les plus jeunes (0-17 ans). La variation la plus marquée concerne l'activité relative aux patients ayant plus de 80 ans (+2,6%). L'évolution de la prise en charge en hospitalisation à temps partiel des patients ayant plus de 80 ans est particulièrement importante (+11,1%), comme pour les patients âgés de 65 à 79 ans (+11,3%).

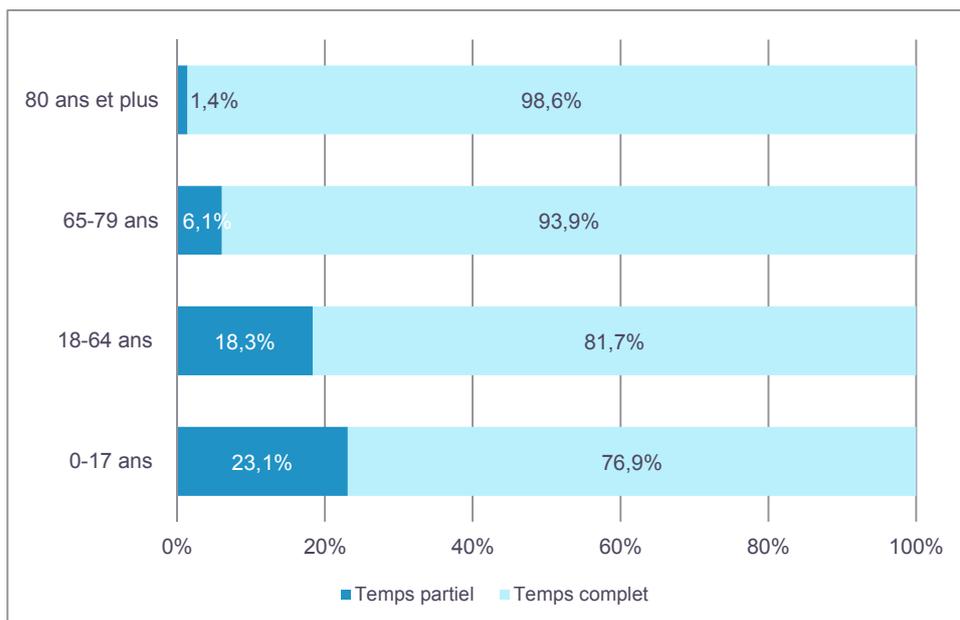
T 13 | Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de journée de présence en 2013	Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète entre 2012 et 2013	Evolution du nombre de journées en hospitalisation partielle entre 2012 et 2013	Evolution du nombre de journées de présence entre 2012 et 2013	Contribution à la croissance 2012-2013	Part en nombre de journée
0-17 ans	1,3	-4,3%	-2,3%	-3,8%	-9,3%	3,5%
18-64 ans	10,9	-0,5%	+5,2%	+0,7%	13,6%	29,8%
65-79 ans	9,9	+0,9%	+11,3%	+1,6%	29,3%	27,2%
80 ans et plus	14,4	+2,4%	+11,1%	+2,6%	66,4%	39,5%
Total	36,5	+1,0%	+5,9%	+1,5%	100,0%	100,0%

Journées en millions

Néanmoins, la part de l'hospitalisation à temps partiel est bien plus faible pour les patients âgés de plus de 80 ans : 1,3% sur cette classe d'âge, vs 24% chez les patients de moins de 17 ans. Ce phénomène se traduit par un nombre de journées par patient très différent : 30 journées pour les enfants ayant entre 6 et 11 ans en 2013, et 40 jours pour les patients de plus de 80 ans.

F 25 I Part de l'hospitalisation à temps partiel et complète par classe d'âge



La prise en charge des personnes âgées de plus de 80 ans concerne principalement trois catégories majeures, comme pour l'ensemble de la patientèle en SSR. Ainsi, trois CM représentent 67% de leurs journées de soins de suites et de réadaptation :

- CM 08 : Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire ;
- CM 01 : Affections du système nerveux ;
- CM 05 : Affections de l'appareil circulatoire.

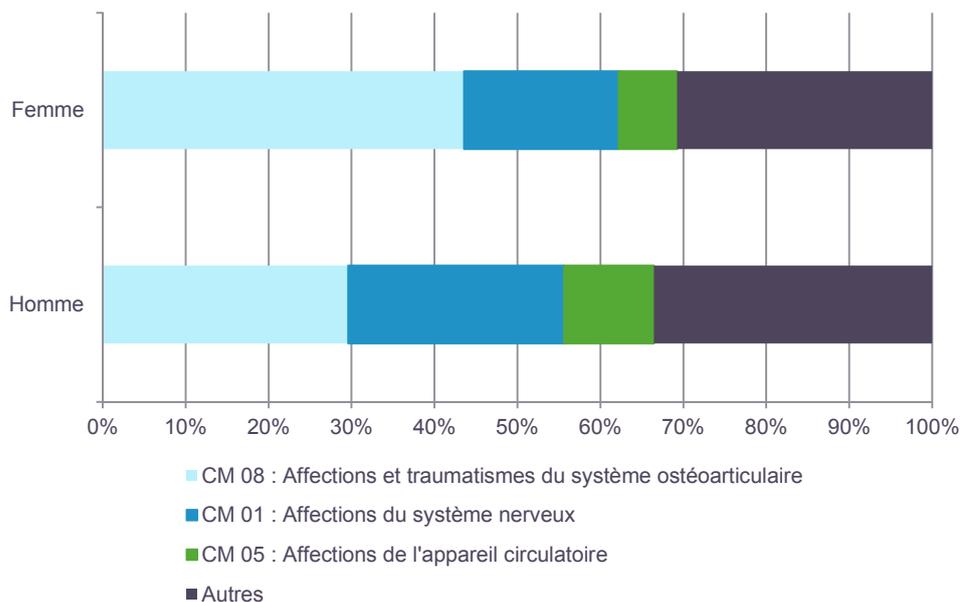
3.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes

La prise en charge des femmes est légèrement majoritaire puisqu'elle représente 57% des journées de SSR. Pour autant, l'activité de SSR évolue de manière similaire quel que soit le sexe du patient (+1,9% pour les hommes, +1,3% pour les femmes). En revanche, le recours à l'hospitalisation à temps partiel est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes traduisant des besoins différents.

Parmi les catégories majeures principales, les motifs de recours n'ont pas la même fréquence selon le sexe des patients :

- les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08) sont plus fréquentes chez les femmes (44% des journées) que chez les hommes (30%) ;
- les affections de l'appareil circulatoire (CM 05) sont, à l'inverse, plus fréquentes chez les hommes (11% des journées des hommes) que chez les femmes (7%).

F 26 I Part des catégories majeures selon le sexe des patients



4. Une croissance portée par les établissements sous OQN

Pour les soins de suite et de réadaptation, deux secteurs coexistent et se distinguent par le mode de financement : le secteur sous dotation annuelle de financement est financé par dotation (DAF) et le secteur sous objectif quantifié national est financé selon des prix de journées déterminés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

Les établissements sous DAF réalisent les deux tiers de l'activité (en nombre de journées). Néanmoins, l'activité du secteur OQN évolue trois fois plus vite que celle du secteur sous DAF depuis 2011. Ainsi, la proportion de journées réalisées dans les cliniques privées est passée de 34,1% en 2011 à 35,1% en 2013.

T 14 | Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par secteur de financement

Secteur de financement	2013				Évolution 2012/2013			
	Nombre de suites de RHA en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journées de présence	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre de journées de présence	Part en nombre de journées
DAF	700,8	21,7	2,0	23,7	+0,3%	+4,3%	+0,7%	64,9%
OQN	365,5	11,7	1,2	12,8	+2,5%	+8,8%	+3,1%	35,1%
Total	1 066,3	33,3	3,2	36,5	+1,1%	+5,9%	+1,5%	100,0%

Suites de RHA en millions – Journées en millions

Pour les deux secteurs de financement, l'activité réalisée en hospitalisation à temps partiel évolue beaucoup plus rapidement que l'hospitalisation complète.

967 000 patients ont eu recours à des soins de SSR en 2013, dont 645 000 dans le secteur sous DAF. Le nombre moyen de journées par patient est similaire entre les deux secteurs de financement et se situe autour de 37 jours.

Enfin, pour les cliniques privées, la hausse de l'activité provient pour partie de l'augmentation du nombre de journées par patient (36,3 en 2011 à 37,2 en 2013).

5. Une majorité d'établissements avec une autorisation pour adultes mais sans mention spécialisée

Le décret de 2008 considère une seule activité de « soins de suite et réadaptation » mais distingue les différentes spécialités médicales mises en œuvre sur le champ SSR.

Il structure l'activité SSR en un tronc commun : SSR polyvalent adulte avec possibilité de mentions. Les établissements peuvent être autorisés pour une catégorie d'âge de leurs patients (adultes, juvéniles, ou enfants) et pour une ou plusieurs des neuf affections listées ci-dessous :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections cardio-vasculaires ;
- affections respiratoires ;
- affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ;
- affections onco-hématologiques ;
- affections des brûlés ;
- affections liées aux conduites addictives ;
- affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.

41% des journées de SSR sont réalisées en SSR polyvalent. Le nombre de journées sans mention codée diminue en 2013. Cependant, ces évolutions sont certainement entachées de biais de codage ce qui rend délicate leur interprétation.

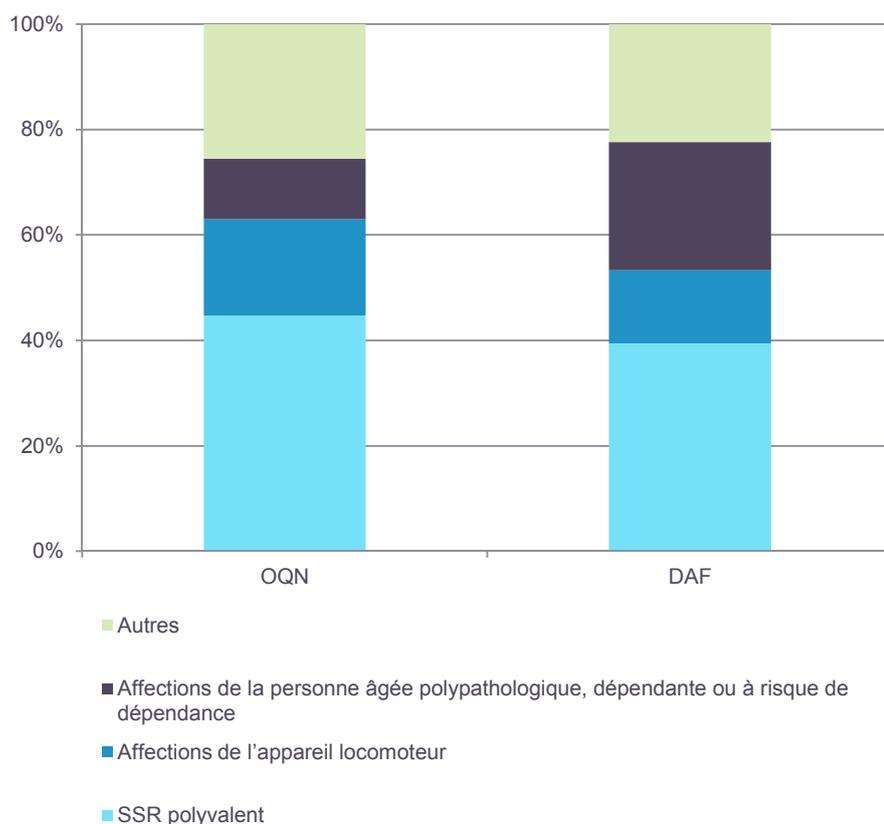
Parmi les journées avec mentions spécialisées, les trois mentions les plus courantes sont :

- affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ;
- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux.

Suivant le secteur de financement, la part des journées de SSR polyvalent diffère légèrement : 40% dans le secteur sous DAF vs 45% pour les établissements sous OQN.

Les établissements sous DAF ont une part plus importante de journées avec une mention pour affections de la personne âgée polyvalente, dépendante ou à risque de dépendance. Leur part de journées avec une mention pour affections de l'appareil locomoteur est moindre en revanche.

F 27 I Part des journées suivant les mentions spécialisées et le secteur de financement



Activité de psychiatrie

Données & Méthodes

Source : RIM-P 2011-2013

Champ des établissements : Secteur DAF, hors SSA et OQN
Les transmissions d'activité par les établissements de santé sont marquées par une montée en charge du recueil de l'information médicale, surtout pour les activités de SSR et psychiatrie. Ainsi l'évolution de l'ensemble de l'activité transmise reflète également ce phénomène.

Afin d'évaluer l'évolution de l'activité réellement prise en charge, pour le présent rapport, seuls les établissements ayant transmis toutes leurs périodes d'activité sont retenus.

Activité 2013	Nombre d'établissements	Nombre de journées (en milliers)
ayant transmis en 2013	578	20 282,1
inclus dans l'analyse	530	20 055,9
% inclus dans l'analyse	91,7%	98,9%

Une évolution du nombre de journées à temps complet et à temps partiel marquée par le changement de codage de l'activité en centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)

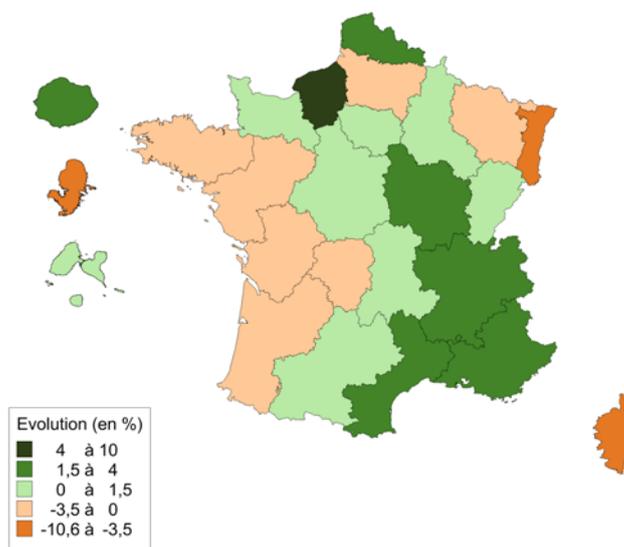
En 2013, 407 000 patients ont eu recours à des soins de psychiatrie à temps complet ou à temps partiel générant 25 millions de journées. Les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) réalisent 80% de ces journées auxquelles s'ajoutent 20 millions d'actes en ambulatoire pour 1,9 millions de patients. Les actes et consultations externes du secteur sous OQN ne sont pas identifiés dans ce rapport puisque relevant de l'enveloppe des soins de ville.

Les journées d'hospitalisation diminuent en 2013, alors que le nombre d'actes et consultations externes augmente de +11,1%. **Ces évolutions sont dues aux modifications de codage des activités en centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) (cf. encadré ci-dessous).** Le nombre de journées à temps complet est stable.

A partir de 2013, l'activité en CATTP n'est plus décrite au travers de Résumés par Séquence (RPS) mais par des Résumés d'Activité Ambulatoire (RAA). Le recueil de cette activité change de ce fait de nature de prise en charge et de forme d'activité. En effet, les journées réalisées en CATTP, autrefois décrites comme de l'hospitalisation à temps partiel, sont maintenant codées en actes au sein de l'activité ambulatoire.

Pour cette raison le graphique ci-après et la suite du rapport ne portent que sur l'évolution de l'hospitalisation à temps complet. Cette évolution diffère d'une région à l'autre. Par exemple, en Haute-Normandie, Bourgogne et à la Réunion, l'activité, en nombre de journées, augmente significativement alors qu'en Alsace, Corse et Poitou-Charentes, moins de journées ont été dispensées en 2013.

F 28 I Évolution du nombre de journées à temps complet en psychiatrie entre 2012 et 2013 par région



1. Les prises en charge à temps complet sont stables

Hors actes dispensés en ambulatoire, la prise en charge en psychiatrie se fait soit à temps complet soit à temps partiel. 80% des journées en psychiatrie sont réalisées à **temps complet** et 20% à **temps partiel**.

Les journées à temps partiel peuvent être réalisées en « hospitalisation de jour » (HDJ) ou en ateliers ; elles diminuent fortement en 2013 du fait de l'évolution des modalités de recueil de l'activité en CATTP des établissements sous DAF (cf. encadré supra). Ainsi cette apparente diminution est en réalité due à une bascule au profit des actes en ambulatoire. Cette forte baisse des journées à temps partiel entraîne de facto une baisse apparente des journées en hospitalisation -5,1%. Pour autant, le nombre de journées à temps complet est stable entre 2011 et 2013.

Une prise en charge à temps complet dure en moyenne 56 jours en 2013 alors que celle à temps partiel s'effectue en 43 jours environ.

L'apparente baisse de l'hospitalisation étant due à des modifications des modalités de codage, du temps partiel vers l'ambulatoire, la suite de cette première partie concernera exclusivement les prises en charge à temps complet.

1.1. La moitié des journées concerne la schizophrénie et les troubles de l'humeur

En 2013, le diagnostic principal est renseigné pour 96% des journées de prise en charge à temps complet.

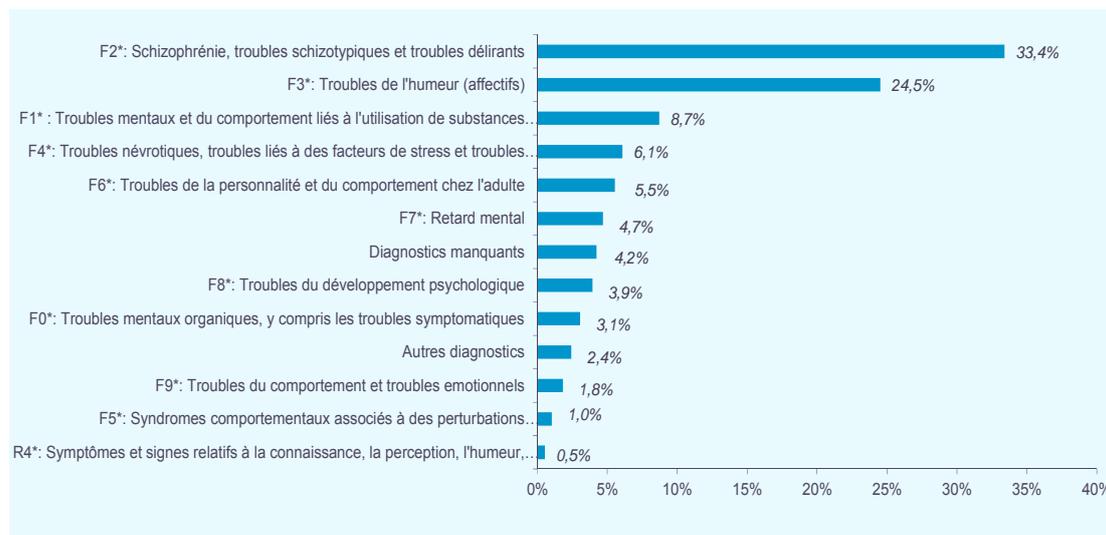
La moitié des journées concernent deux regroupements de diagnostics principaux :

- la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) ;
- les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*).

Le nombre de journées correspondant à ces deux regroupements est stable en 2013, voire en légère baisse (-0.7% pour la schizophrénie), ces évolutions pouvant s'expliquer en partie par les changements de pratique de codage.

121 000 patients sont soignés pour troubles de l'humeur et 78 000 pour schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants. La durée moyenne de prise en charge à temps complet pour les troubles de l'humeur est de 40 journées, celle pour schizophrénie est de 82 jours.

F 29 | Répartition des journées à temps complet 2013 selon les 10 premières catégories de diagnostics principaux



Les troubles névrotiques et somatoformes (F4*) ainsi que les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6*) correspondent aux regroupements de diagnostics contribuant le plus à la croissance du nombre de journées à temps complet. Le nombre de journées pour ces deux regroupements est en hausse de plus de +2%, ce qui peut refléter en partie l'amélioration du codage.

Sur l'ensemble des diagnostics, le nombre moyen de journées à temps complet par patient varie fortement selon les catégories de diagnostics principaux : de 25 jours pour les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) à 132 jours pour les retards mentaux (F7*).

1.2. Une journée sur cinq en soins sans consentement parmi les hospitalisations à temps plein

Parmi les différentes formes d'activité à temps complet, l'hospitalisation à temps plein est largement majoritaire par rapport aux autres formes (séjours thérapeutique, hospitalisation à domicile, placement familial ...). Dans le secteur OQN, la quasi-totalité des journées correspondent à des hospitalisations à temps plein. Ce mode de prise en charge diminue néanmoins légèrement dans le secteur sous DAF.

20% des journées à temps plein sont réalisées en soins sans consentement ; 2% sont réalisées en isolement thérapeutique.

Le nombre de journées en soins **sans consentement** a diminué de -4,2% entre 2011 et 2012 puis a augmenté fortement (+9,0%) entre 2012 et 2013. Ces fluctuations proviennent de la modification des règles de déclaration des soins sans consentement intervenue en 2012 rendant leur interprétation délicate. Le nombre moyen de journées à temps plein de ces patients est stable, et se situe autour de 50 jours.

Environ 23 000 patients ont eu au moins une journée **en isolement thérapeutique** en 2013. Ces journées augmentent depuis 2011, avec tout de même un ralentissement en 2013 (+1,0%). La durée de prise en charge en isolement thérapeutique est stable, et se situe autour de 15 jours.

1.3. Prise en charge d'une patientèle adulte et masculine

1.3.1. Peu d'enfants sont pris en charge en psychiatrie à temps complet

La quasi-totalité des journées à temps complet de psychiatrie réalisées en 2013 concernent des patients adultes (de 18 ans et plus). Seulement 4% des patients sont des enfants mais leur évolution en nombre de journées à temps complet est importante (+21,1%). Le nombre de journée concernant des patients âgés de 65 ans et plus est en légère diminution.

T 15 I Activité 2013 et évolutions 2012/2013 par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de journées 2011	Nombre de journées 2012	Nombre de journées 2013	Évolution nombre de journées 2011/2012	Évolution nombre de journées 2012/2013	Part en journées 2013
0-17 ans	0,80	0,73	0,88	-9,2%	+21,1%	4,4%
18-64 ans	16,49	16,39	16,39	-0,6%	+0,0%	81,7%
65 ans et plus	2,68	2,84	2,78	+6,0%	-1,9%	13,9%
Total hospitalisation à temps complet	19,97	19,96	20,06	-0,1%	+0,5%	100,0%

Journées en millions

La durée de prise en charge moyenne par patient est de 56 jours ; elle est très différente selon l'âge : elle est plus courte pour les enfants de 12 à 17 ans (environ 39 jours) ainsi que pour les personnes âgées de plus de 80 ans (environ 42 jours), et plus longue pour les moins de 5 ans (85 jours).

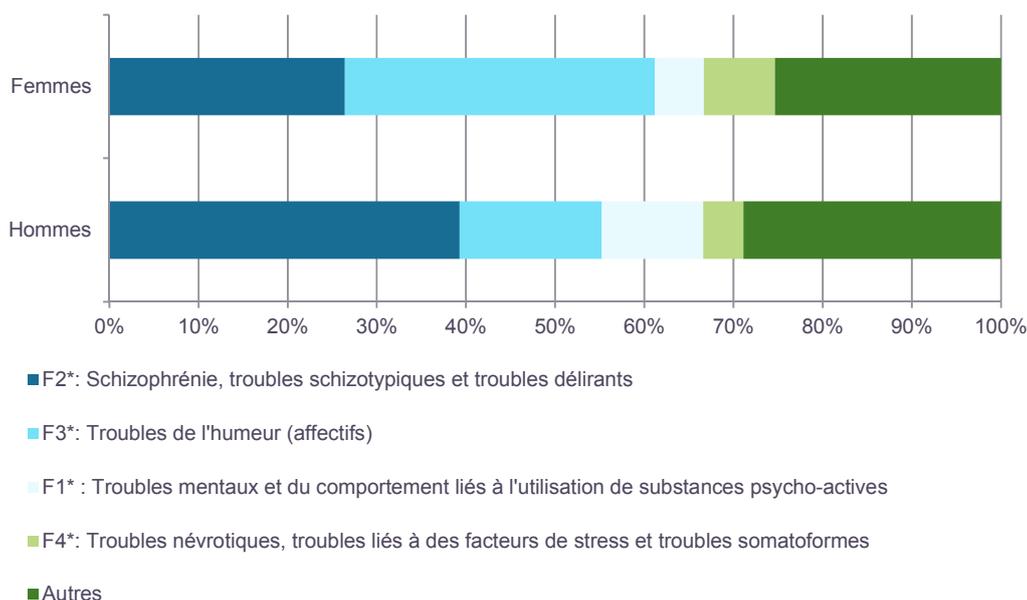
1.3.2. Des motifs de recours différents entre les hommes et les femmes

Les journées à temps complet de psychiatrie réalisées en 2013 concernent plus souvent des hommes (56%). La part prépondérante de la prise en charge des hommes en psychiatrie s'explique en partie par le fait qu'elle dure en moyenne dix jours de plus que pour les femmes.

Parmi les regroupements de diagnostics principaux, les motifs de recours n'ont pas la même fréquence selon le sexe des patients :

- la schizophrénie (F2*) est plus fréquente pour les hommes (40% des journées) que pour les femmes (36%) ;
- les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*) sont à l'inverse plus fréquents pour les femmes (35% des journées chez les femmes) que pour les hommes (16%).

F 30 I Part des regroupements de diagnostics selon le sexe des patients

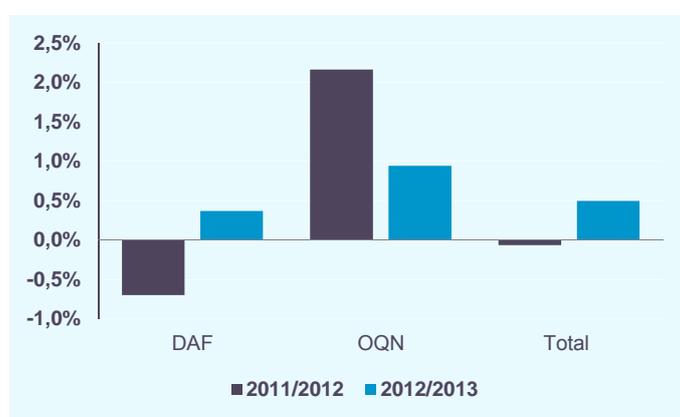


1.4. Le nombre de journées des établissements sous OQN en hausse

Comme pour les soins de suite et réadaptation, les établissements dispensant des soins en psychiatrie se distinguent selon deux modes de financement : la **dotation annuelle** de financement (DAF) et l'objectif quantifié national (OQN). Ce dernier repose sur des **prix de journées** fixés par discipline médico-tarifaire et mode de traitement.

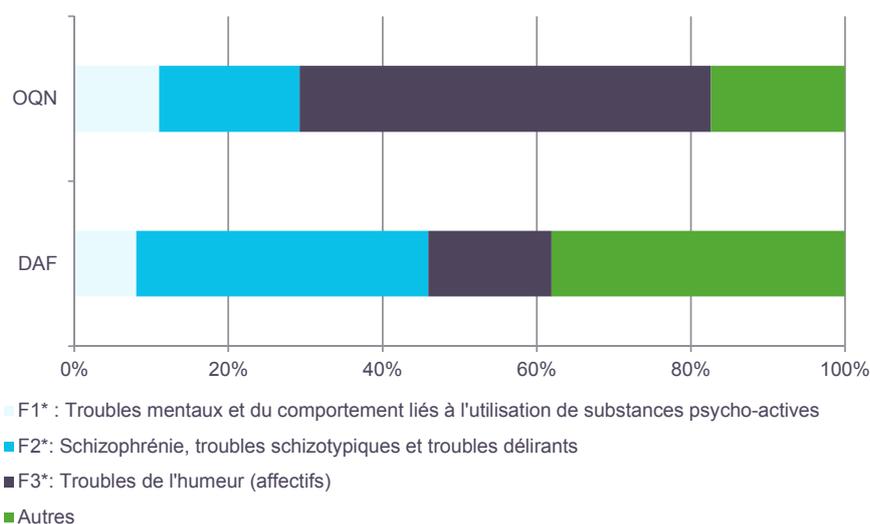
Les établissements sous DAF réalisent environ 80% des journées à temps complet et ceux du secteur OQN seulement 20% mais leur évolution est plus rapide.

F 31 I Evolution des journées de psychiatrie à temps complet entre 2011 et 2013 selon le secteur de financement



En termes de pathologies prises en charges, plus de la moitié des journées à temps complet du secteur sous OQN relèvent des troubles de l'humeur (F3*). Pour le secteur sous DAF, les journées sont plus dispersées sur les différents regroupements de diagnostics mais le motif principal de recours concerne les troubles schizotypiques et les troubles délirants (38% des journées).

F 32 I Répartition des journées de psychiatrie à temps complet par regroupement de diagnostics selon le secteur de financement



2. L'activité en ambulatoire affectée par les modalités de codage des CATT

Pour mémoire, la prise en charge en ambulatoire ne concerne que l'activité des établissements sous DAF.

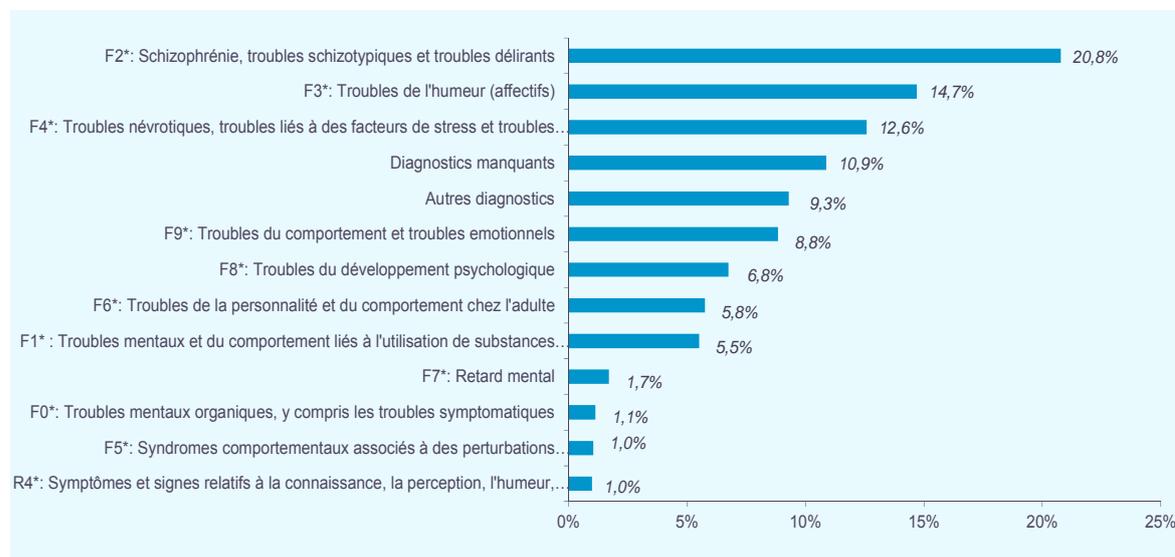
En 2013, près de 20 millions d'actes en ambulatoire ont été réalisés par les établissements de ce secteur. Ainsi, près de 1,9 millions de patients ont bénéficié d'au moins un acte. Ces actes sont en hausse depuis 2011 avec une nette accélération en 2013 (+11,1%). Cette hausse est d'une part due aux modifications de codage de l'activité en CATT, qui était auparavant décrite par des venues à temps partiel et qui est maintenant décrite par des actes ambulatoires. D'autre part, l'amélioration de l'exhaustivité du codage RIM-P par les établissements explique probablement une part de cette évolution.

Le diagnostic principal n'est pas systématiquement renseigné lorsqu'il s'agit de l'activité ambulatoire. Cette information est indisponible pour 11% des résumés d'actes ambulatoires (R3A) en 2013.

Comme pour les prises en charge à temps complet, les deux regroupements de diagnostics principaux les plus courants en ambulatoire sont :

- la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) ;
- et les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*).

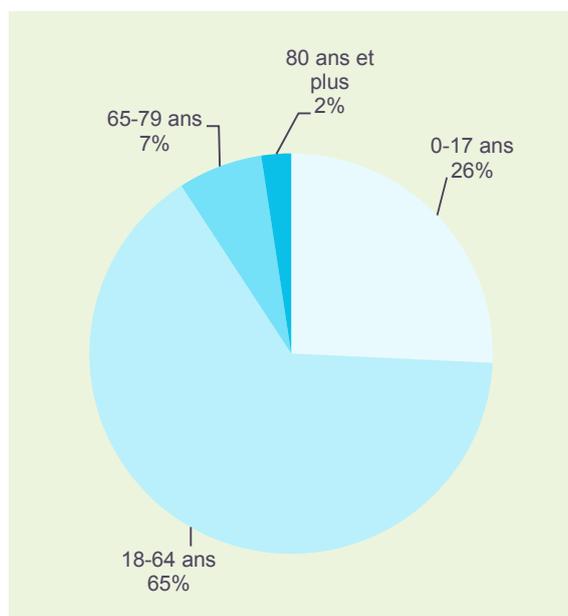
F 33 | Répartition du nombre d'actes par regroupement de diagnostics principaux en 2013



Le nombre d'actes moyen par patient est très différent d'une catégorie de diagnostics à l'autre : de 6 actes pour les symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception... (R4*) à 21 actes pour la schizophrénie... (F2*). Le nombre d'actes codés pour les symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception... (R4*) évolue de manière rapide et constante entre 2011 et 2013.

Les actes de psychiatrie réalisés en ambulatoire concernent principalement des patients âgés de 18 à 64 ans (65%). Cependant, les enfants (moins de 18 ans) concentrent un quart des actes alors ils ne représentent que 4% des journées à temps complet.

F 34 I Répartition du nombre d'actes par classe d'âge en 2013



Le nombre d'actes est en baisse uniquement pour les patients de 80 ans et plus alors qu'il était en hausse entre 2011 et 2012. La situation est inverse pour les moins de 6 ans qui affichent la plus forte évolution en 2013 (+37,3% contre -17,7% en 2012).

Les patients les plus âgés ont moins d'actes par patient et par an. Ce sont les patients de 6 à 11 ans qui totalisent le plus d'actes par patient (12,6 en moyenne).

En 2013, les hommes sont plus concernés que les femmes par les actes de psychiatrie en ambulatoire (53,5% des actes). Ils sont cependant légèrement moins nombreux en termes de nombre de patients. La progression du nombre d'actes est un peu plus élevée pour les hommes, le nombre moyen d'actes par patient également.

Annexes

Annexe 1 : Suivi des financements – analyse détaillée

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie aux établissements de santé est le résultat de **traitements statistiques** visant à éclairer les acteurs sur la dynamique des dépenses, les niveaux probables de l'exécution finale, les origines et la nature des évolutions pluriannuelles. Ce suivi porte uniquement sur le **champ régulé** des dépenses.

Le bilan officiel des objectifs repose quant à lui sur des données **comptables** diffusé par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Sources de données

Les financements par l'assurance maladie relatifs à l'activité MCO et HAD des **établissements du secteur ex-DG** soumis à la tarification à l'activité sont issus du PMSI. Les données complémentaires d'activité de soins de 2011 et 2012 ont été transmises en 2013 grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du **secteur ex-OQN** utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues via le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source complète les données PMSI disponibles à l'ATIH pour réaliser l'analyse de l'activité de ces établissements. Ces données de facturation sont utilisées pour assurer l'exhaustivité des données PMSI.

En revanche, sur ce secteur seules les données du SNIIRAM sont pour l'instant mobilisées pour l'analyse des versements réalisés pour financer les activités de psychiatrie et de soins de suite et de la réadaptation (SSR) des cliniques du **secteur OQN**.

Les **dotations annuelles (MIGAC, DAF, USLD)** sont suivies via l'outil ARBUST : cet outil a été développé par l'ATIH et permet aux agences régionales de santé de saisir les montants délégués aux établissements au titre des dotations annuelles et également au titre des **forfaits annuels** (urgence, greffe et prélèvement d'organes).

Les informations d'ARBUST sont régulièrement confrontées aux versements mensuels des caisses d'assurance maladie centralisés par la direction financière et comptable de la CNAMTS, notamment en fin d'exercice. Dans l'immense majorité des cas, les deux constats sont cohérents établissement par établissement, et les écarts résiduels ne sauraient remettre en cause les résultats présentés ici. Le constat présenté dans ce rapport se veut donc **exhaustif** au titre de l'exercice 2013.

1. Principaux résultats

Les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement fixe l'ensemble des financements versés par l'assurance maladie pour le système de soins : médecine de ville, établissements de santé, médico-social, etc. Cet objectif se décline en six sous objectifs dont deux concernent les établissements de santé publics et privés :

- le sous objectif des « établissements de santé tarifés à l'activité » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (**ODMCO**) correspondant à la prise en charge des patients en médecine chirurgie obstétrique ;
 - l'objectif des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**).
- le sous objectif des « autres dépenses des établissements de santé » décliné selon :
 - l'objectif de dépenses assurance maladie (**ODAM**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur public et privé d'intérêt collectif payées en dotations annuelles de financement (**DAF**), et aux soins de longue durée (**SLD**) ;
 - l'objectif quantifié national (**OQN**) relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (**SSR**) du secteur privé commercial ;
 - les dépenses relatives au fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**).

Le fonds d'intervention régional (FIR)

Le FIR a été créé pour donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion des crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

Les crédits alloués dans le cadre de ce fonds **ne font pas l'objet d'un suivi statistique par l'ATIH**. Ceux qui sont rattachés à l'objectif des MIGAC sont donc déduits de la comparaison à l'objectif et ne sont pas inclus dans les taux d'évolution.

Le suivi conjoncturel des financements versés par l'assurance maladie en 2013 aux établissements de santé conduit au bilan suivant :

- une évolution annuelle des financements de **+1,7%** décomposée en :
 - +1,7% globalement sur l'ODMCO et les MIGAC ;
 - +1,8% sur les autres dépenses (ODAM et OQN).

- un écart global aux objectifs arrêtés pour l'exercice 2013 (dans le cadre du vote de l'ONDAM) de **-57 M€** décomposé en :
 - +162 M€ pour les dépenses de l'ODMCO et des MIGAC ;
 - -216 M€ sur les autres dépenses (ODAM et OQN).

T 16 I Estimation des réalisations 2013 – suivi statistique de l'ONDAM hospitalier*

Montants en M€	Objectifs arrêtés 2013	Estimation des réalisations (avant neutralisation FIR)	Ecart réalisations estimées / objectifs arrêtés après neutralisation FIR	Taux d'évolution des réalisations estimées 2012/2013 après neutralisation FIR
TOTAL	75 621	73 104	-54	+1,7%
ODMCO/MIGAC	56 605	54 305	+162	+1,7%
ODMCO	48 020	48 185	+165	+2,3%
MIGAC	8 585	6 120	-3	-2,0%
ODAM/OQN	19 015	18 799	-216	+1,8%
ODAM	16 319	16 093	-226	+1,4%
OQN	2 696	2 706	+10	+4,6%

* Y compris régime d'Alsace Moselle

Par leur nature, les éléments présentés relèvent d'estimations. Plusieurs hypothèses de travail sont élaborées afin de construire un intervalle d'estimations. Pour chaque secteur de financement (ex-DG, ex-OQN et OQN), seule l'hypothèse haute de l'intervalle est présentée dans le tableau ci-dessus. Le détail des intervalles est développé dans l'analyse qui suit.

2. Activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

L'objectif ODMCO

Il est composé de trois enveloppes financières :

- **la part tarifs** comprend les prestations relatives aux séjours hospitaliers, les actes, les consultations et autres prestations hospitalières réalisées en externe ainsi que les journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- les **médicaments et DM (dispositifs médicaux) en sus** correspondent aux dépenses engagées par les établissements de santé au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- les **forfaits annuels** délégués sur la base du volume d'activité de l'année antérieure financent pour partie l'activité des urgences hospitalières ainsi que les activités de coordination, prélèvement et greffes d'organes.

Les établissements de santé réalisant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont rattachés à l'un des **deux secteurs de financement** possédant chacun sa propre échelle tarifaire de valorisation de l'activité. Le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) regroupe les établissements publics de santé et des établissements privés non lucratifs. Le secteur des établissements antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) rassemble les cliniques privées ainsi que des établissements privés non lucratifs.

Pour chaque secteur, plusieurs notions sont présentées :

- **l'estimation des financements** de l'assurance maladie² relatifs aux prestations de soins réalisées en 2013 ;
- l'écart à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs ;
- **l'évolution annuelle** des financements entre 2012 et 2013 ;
- l'évolution du **volume** d'activité.

² Ces financements comprennent l'ensemble des versements réalisés par les différents régimes (régime général, agricole, des indépendants, etc.)

La notion de volume : un raisonnement à champ constant

Les taux d'évolution annuelle intègrent des effets qu'il convient d'annuler pour estimer l'évolution du volume :

- la neutralisation des mouvements de crédits opérés au sein de l'ODMCO entre enveloppes (ex : des forfaits vers les tarifs), et de l'ODMCO vers d'autres objectifs (ex : vers l'enveloppe MIGAC), afin de raisonner à périmètre tarifaire constant ;
- la correction de l'évolution tarifaire.

La notion de **volume** est plus étendue que la simple évolution du nombre de séjours. Elle traduit également l'évolution de la structure de l'activité, soit celle de la lourdeur de l'activité prise en charge.

2.1 Établissements du secteur ex-DG

Les versements relatifs à l'activité de soins produits en 2011 et 2012 sont désormais achevés. Ceux relatifs à 2013 feront l'objet de transmissions en 2014 grâce au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

2.1.1 Bilan définitif de l'exercice 2011

A l'issue des travaux d'estimation et d'ajustement publiés en 2012, l'écart à la prévision initiale était évaluée à +320 M€. Au vu des transmissions complémentaires réalisées en 2013, les versements relatifs à l'ODMCO public de l'exercice 2011 s'établissent finalement à 35 812 M€, soit un écart par rapport à la prévision initiale de +314 M€ décomposé en :

- + 435 M€ sur la part tarifs ;
- – 88 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- – 33 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2010 et 2011 s'établit à +2,0%.

T 17 I Bilan des réalisations 2011 – secteur ex-DG

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2010/2011	Prévision de dépenses 2011 (Objectifs)	Écart
Activités à la part tarifs	32 107	32 105	+2,2%	31 670	+435
Médicaments et DM payés en sus	2 725	2 720	-0,3%	2 809	- 88
Forfaits Annuels	987	987	+0,4%	1 020	- 33
Total ODMCO	35 818	35 812	+2,0%	35 499	+314

Le financement de l'activité des séjours, des actes et consultations externes et de l'hospitalisation à domicile augmente de +2,2% entre 2010 et 2011, ce qui correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +3,0%. Avec le décalage calendaire observé entre 2011 et 2012, l'effet jour ouvré est estimé à +0.2 point et porte l'évolution du volume d'activité à +3.2% en CJO.

La correction des jours ouvrés (CJO)

L'analyse de l'activité de court-séjour MCO selon le type de jour (ouvré, week-end, jour férié) montre que :

- il est pertinent de distinguer l'activité selon deux types de jours : jour ouvré (semaine) et jour non ouvré (jour férié et week-end) ;
- l'activité moyenne par jour est moindre les jours non ouvrés : l'activité moyenne d'un jour non ouvré représente en volume économique 49,0% de l'activité d'un jour ouvré.

A partir de ce coefficient, il est possible de calculer pour chaque période un nombre de jours d'activité pondéré = nb jours ouvrés + 0,49 * nb jours non ouvrés.

En année pleine entre 2010 et 2011 l'écart est évalué à -0,5 « jour d'activité pondéré ».

Sur une période de 308,4 jours d'activité, cet écart pèse 0,2%.

2.1.2 Bilan définitif de l'exercice 2012

A l'issue des travaux d'estimation et d'ajustement publiés en 2012, l'écart à la prévision initiale était évaluée à +483 M€ en hypothèse basse et +512 Me en hypothèse haute. Au vu des transmissions complémentaires réalisées en 2012, les versements relatifs à l'ODMCO public de l'exercice 2012 s'établissent finalement à 36 955 M€. L'écart par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs atteint donc +480 M€ décomposé en :

- + 387 M€ sur la part tarifs ;
- + 53 M€ sur les médicaments et DMI facturables en sus ;
- + 40 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2011 et 2012 est évaluée à +3,2%.

T 18 I Révision des réalisations 2012 – secteur ex-DG

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Évolution 2011/2012	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Écart
Activités à la part tarifs	33 107	33 079	+3,0%	32 692	+387
Médicaments et DM payés en sus	2 821	2 818	+3,6%	2 765	+53
Forfaits Annuels	1 058	1 058	+7,2%	1 018	+40
Total ODMCO	36 987	36 955	+3,2%	38 475	+480

Le financement de l'activité des séjours, des actes et consultations externes et de l'hospitalisation à domicile progresse finalement de +3,0% entre 2011 et 2012, ce qui correspond à une évolution du **volume d'activité** de +3,2%. Avec le décalage calendaire observé entre 2011 et 2012, l'effet jour ouvré est estimé à -0,2 point et porte l'évolution du volume d'activité à +3,0% en CJO.

2.1.3 Estimation de l'exercice 2013

En 2013, les financements concernant l'activité MCO des établissements du secteur ex-DG sont supérieurs à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs pour un montant d'**environ +350 M€** (estimation comprise entre +318 M€ et +353 M€).

T 19 I Estimation des réalisations 2013 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Évolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Écart
Hypothèse basse	37 889	+3,2%	37 571	+318
Hypothèse haute	37 924	+2,6%	37 571	+353

Le niveau des financements dépend de la capacité des établissements à transmettre une activité de soins après sa clôture. Le tableau ci-dessus présente des estimations construites à partir de traitements statistiques. Compte tenu des historiques, l'hypothèse haute est celle qui est privilégiée et détaillée par la suite.

L'évolution annuelle des financements de l'activité MCO est évaluée à +2,6% et se décompose comme suit :

- +1,9% pour la part tarifs, soit un écart de +29 M€ par rapport à la prévision réalisée au moment de la construction des objectifs et +118 M€ en incluant le reversement des crédits réservés par le dispositif du coefficient prudentiel ;
- +8,9% pour les médicaments et DM facturables en sus, soit +240 M€ de plus que la prévision initiale ;
- +1,4% pour les forfaits annuels, soit -5 M€ d'écart à la prévision initiale.

T 20 I Détail de l'estimation des réalisations 2013 – secteur ex-DG

Montants en M€	Estimation des réalisations	Évolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Écart
Activités à la part tarifs	33 694	+1,9%	33 665	+29
Médicaments et DM payés en sus	3 068	+8,9%	2 828	+240
Forfaits Annuels	1 073	+1,4%	1 078	-5
Dégel du coefficient prudentiel	89			+89
Total ODMCO	37 924	+2,6%	37 571	+353

La progression des financements de l'ensemble des activités à la part tarifs (activité des séjours, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile) correspond à un **volume d'activité** de +2,8% et se décompose en :

- +2,5% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +5,2% l'activité des consultations et actes externes ;
- +5,7% pour l'hospitalisation à domicile.

Avec le décalage calendaire observé entre 2012 et 2013, l'effet jour ouvré est estimé à +0,5 point et porte l'évolution du volume d'activité à +3,3% en CJO.

2.2 Établissements du secteur ex-OQN

Contrairement aux établissements publics, les cliniques privées du secteur ex-OQN utilisent un circuit de facturation directe vers les caisses d'assurance maladie. Les données de facturation sont connues par le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM). Cette source s'ajoute aux données PMSI disponibles à l'ATIH pour analyser l'activité de ces établissements.

Ces données de facturation sont utilisées pour assurer, le cas échéant, l'exhaustivité des données PMSI.

2.2.1 Révision de l'exercice 2012

L'exploitation des dernières informations disponibles entraîne une révision légèrement à la baisse du niveau des versements assurance maladie³ pour l'exercice 2012. Compte tenu de l'existence d'une incertitude sur ces données (facturation possible deux ans après le soin), les extrapolations statistiques conduisent à estimer le montant de l'ODMCO privé à 10,15 milliards d'euros.

³ Il s'agit des versements tous régimes confondus.

Cette hypothèse correspond à un écart se situant à –168 M€ par rapport à la prévision réalisée à la construction des objectifs. Cet écart se décompose en :

- –66 M€ sur la part tarifs ;
- –83 M€ sur les médicaments et DM facturables en sus ;
- –20 M€ sur les forfaits annuels.

L'évolution annuelle des financements entre 2011 et 2012 est évaluée à +1,8%.

T 21 I Révision des réalisations 2012 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Évolution 2011/2012	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Écart
Activités à la part tarifs	8 759	8 750	+2,1%	8 816	–66
Médicaments et DM payés en sus	1 315	1 316	–0,3%	1 399	–83
Forfaits Annuels	84	84	–43,1%	103	–20
Total ODMCO	10 158	10 150	+1,8%	10 318	–168

Le financement de l'activité des séjours, de la dialyse et de l'hospitalisation à domicile progresse de +2,1% entre 2011 et 2012, soit un **volume d'activité** en augmentation de +1,7%. Avec le décalage calendaire observé entre 2011 et 2012, l'effet jour ouvré est estimé à -0,2 point et porte l'évolution du volume d'activité à +1,5% en CJO.

2.2.2 Estimation de l'exercice 2013

En 2013, le financement par l'assurance maladie de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des cliniques privées du secteur ex-OQN est inférieur à la prévision arrêtée lors de la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier. Pour cet exercice, l'écart à la prévision initiale se situe **entre –189 et –204 millions environ**.

T 22 I Estimation des réalisations 2013 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Évolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Écart
Hypothèse basse	10 246	+0,9%	10 449	–204
Hypothèse haute	10 260	+1,1%	10 449	–189

Selon l'hypothèse haute, l'évolution annuelle des financements de l'activité MCO des établissements du secteur ex-OQN est estimée à +1,1%, dont :

- +0,5% au titre de la part tarifs (hors dégel), soit un écart de –202 M€ par rapport à la prévision faite au moment de la construction des objectifs ;
- +3,1% pour les dépenses de médicaments et DM facturables en sus, soit 11 M€ de plus que le montant initialement prévu ;
- –2,7% pour les forfaits annuels, soit –24 M€ d'écart.

T 23 I Détail de l'estimation des réalisations 2013 – secteur ex-OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Évolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Écart
Activités à la part tarifs	8 796	+0,5%	8 998	-202
Médicaments et DM payés en sus	1 357	+3,1%	1345	+11
Forfaits Annuels	81	-2,7%	105	-24
Dégel du coefficient prudentiel	26			+26
Total ODMCO	10 258	+1,1%	10 449	-189

La progression des financements des activités des séjours, de dialyse et d'hospitalisation à domicile correspond à une augmentation du **volume d'activité** de +0,9% et se décompose en :

- +0,5% pour les séjours (y compris suppléments journaliers) ;
- +2,9% l'activité de dialyse ;
- +1,8% pour l'hospitalisation à domicile.

Avec le décalage calendaire observé entre 2012 et 2013, l'effet jour ouvré est estimé à +0,5 point et porte l'évolution du volume d'activité à +1,4% en CJO.

3. Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)

En 2013 les ARS ont délégué 6 120 M€ de crédits aux établissements de santé pour financer les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC).

Hors régions

Sans dépendre d'une agence régionale de santé (ARS), les dotations MIGAC et DAF du service de santé des armées (SSA) sont comptabilisées dans les bilans ci-après.

T 24 I Evolution annuelle des MIGAC

Montants en M€	Financement 2010	Financement 2011	Financement 2012	Financement 2013	Évolution annuelle 2013/2012
MIGAC ex-DG	7 717	8 019	7 578	6 069	-10,2%
MIGAC ex-OQN	82	101	93	51	-42,3%
Total MIGAC	7 799	8 120	7 671	6 120	-20,2%

L'allocation des crédits aux établissements du secteur ex-DG représente 99,2% du montant global de l'enveloppe, cette proportion valait presque 98,2% en 2011 et 2012. L'amointrissement de la cote part des établissements ex-OQN s'explique par la poursuite des transferts de la dotation MIGAC vers le fonds d'intervention régional (FIR) en 2013. Cette année, les crédits transférés relèvent particulièrement des aides à la contractualisation (AC) qui représentent une part plus importante dans le secteur ex-OQN.

En plus des 729 M€ versés vers le FIR en 2012, 1,4 milliard supplémentaire ont été transférés au 1^{er} janvier 2013. Ces mouvements sont à l'origine de la baisse faciale de l'enveloppe de -20%.

Après neutralisation de ce transfert, les crédits MIGAC ont globalement **diminué de -2,7%** entre 2012 et 2013.

3.1 Évolution des crédits MIGAC

3.1.1 Financement au premier euro pour certaines MIG

Gestion de certaines MIG en mode « justification au premier euro » (JPE)

Depuis 2011, une part importante de la sous-enveloppe MIG (missions d'intérêt général) fait l'objet d'une gestion selon la règle de la « justification au premier euro » (JPE). Ce mode de gestion fait disparaître les notions de base et de mesures nouvelles. Il s'apparente à un forfait annuel révisé chaque année en fonction des règles ou du modèle de détermination du montant des missions concernées.

Les missions concernées par cette gestion sont notamment les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI**) et les missions relatives à la prise en charge des patients en situation de **précarité** par des équipes hospitalières. En 2013 ce mode de gestion concerne **plus de deux tiers** du montant des MIG, soit 3 236 M€.

T 25 | Montants des financements 2013 justifiés au premier euro (JPE) de certaines missions d'intérêt général

Montants en M€	MIG JPE ex-DG	MIG JPE ex-OQN	TOTAL
Part fixe des MERRI	386,57	0,00	386,57
Part modulable des MERRI	1 273,81	0,00	1 273,81
Part recours exceptionnel des MERRI	46,01	3,99	50,00
Au titre de la recherche médicale et de l'innovation	187,34	0,73	188,07
Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux	366,20	1,27	367,48
Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées	216,50	0,00	216,50
Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs	417,20	0,16	417,36
Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise	20,58	0,00	20,58
Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	18,30	0,41	18,72
Au titre de la mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	4,33	0,00	4,33
Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques	7,20	0,00	7,20
Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	63,87	2,48	66,34
Au titre de l'aide médicale urgente	2,65	0,03	2,67
Au titre de la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	61,93	2,22	64,14
Au titre de la prise en charge des patients en situation de précarité	145,82	6,45	152,27
TOTAL	3 218,32	17,73	3 236,05

3.1.2 Analyse des mesures nouvelles

En dehors des crédits JPE pour les MIG concernées, près de 863 M€ ont été délégués par les ARS, au titre des différentes mesures nouvelles (reconductibles et non reconductibles) hors transferts. Ce décompte dépasse les délégations nationales inscrites en circulaire qui ne comptabilisent pas en tant que mesures nouvelles les crédits non reconductibles **régionaux** pourtant alloués par les ARS en mesures nouvelles aux établissements.

En ce qui concerne le mode d'allocation de ces mesures nouvelles, presque 90% des mesures nouvelles de cette enveloppe sont allouées à titre non pérenne.

T 26 I Montants des mesures nouvelles (hors JPE) par mode de délégation

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
MIGAC ex-DG	86,7	757,8	844,5
MIGAC ex-OQN	1,3	17,7	18,9
TOTAL	88,0	775,5	863,5

3.2 Principales missions d'intérêt général : recherche, urgences et santé publique

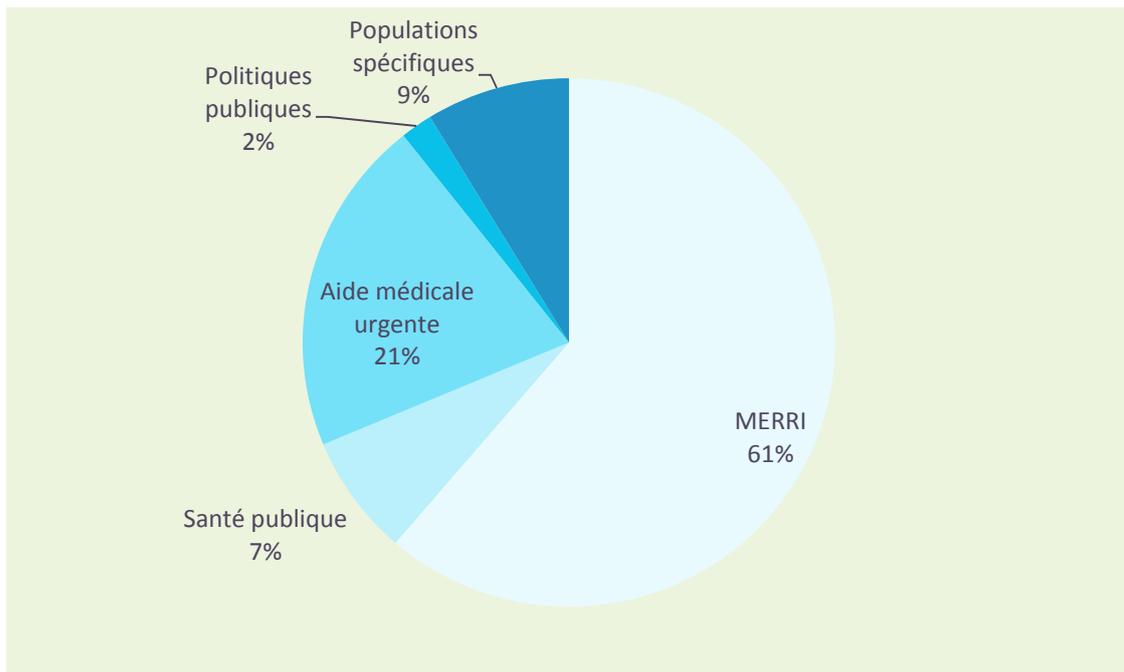
Les missions d'intérêt général ont été regroupées selon cinq grandes catégories⁴ :

- Les MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation ;
- Les missions de participation aux missions de santé publique ;
- L'aide médicale urgente ;
- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques ;
- Les activités de soins dispensés à des populations spécifiques.

A l'issue de la campagne budgétaire 2013, la ventilation des financements par grande catégorie de missions conserve une **hiérarchisation similaire à celle observée depuis plusieurs années**. Malgré le mode de l'allocation essentiellement non reconductible ou l'introduction du mode JPE, il existe donc une **stabilité dans les répartitions des crédits par grande nature de mission**.

⁴ Sous-tendues par les articles et les alinéas de l'arrêté du 2 mars 2012 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale.

F 35 I Répartition des crédits MIG en 2013



Ainsi, les missions relatives à la **recherche médicale et à l'innovation (MERRI)** représentent environ 61% (contre 56% en 2012) des financements accordés à l'ensemble des missions d'intérêt général.

Vient ensuite l'**aide médicale d'urgence** qui représente près de 21% (18% en 2012) des missions d'intérêt général avec les financements relatifs au fonctionnement des SMUR et du SAMU.

L'ensemble des missions de **santé publique** (vigilance, veille, prévention, équipes pluridisciplinaires, etc.) représente 7%. Les missions relatives à la prise en charge des populations spécifiques (notamment la précarité) pèsent 9%.

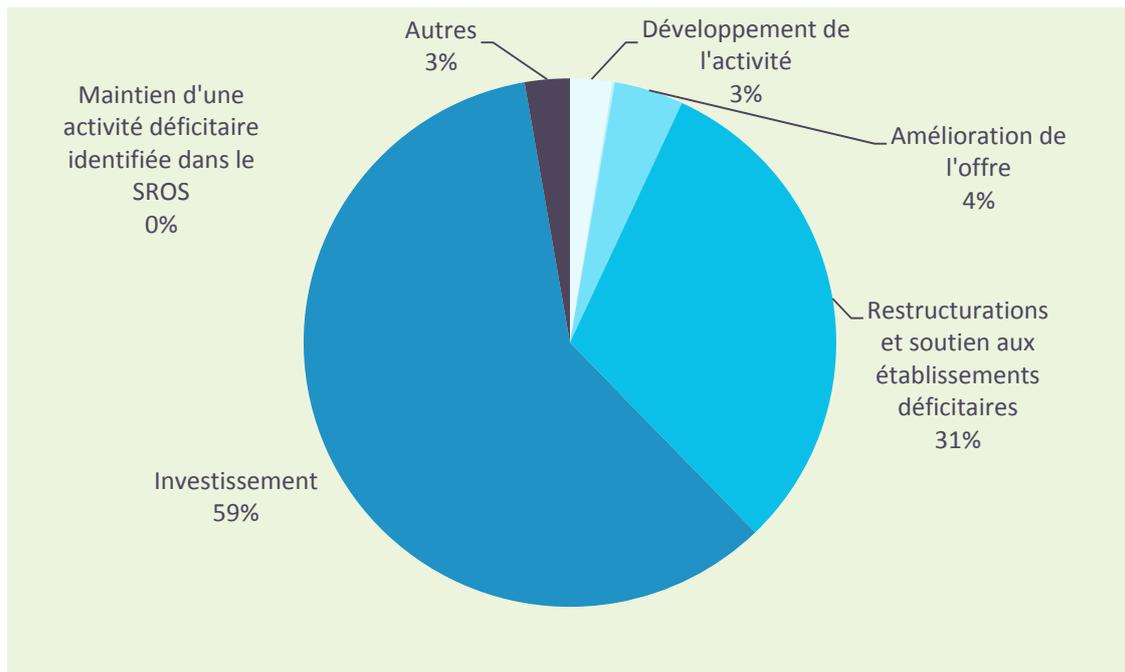
Cette ventilation des financements est assez similaire d'une région à l'autre. La Corse présente une situation un peu atypique puisque l'essentiel des crédits MIG sert à financer l'aide médicale d'urgence (part de cette catégorie de 85% en 2013, 68% en 2012). De même, en Guyane, ce sont les missions de santé publique qui sont les plus importantes.

En analysant exclusivement les financements accordés aux cliniques du secteur ex-OQN, la catégorie de missions relatives à la santé publique est prédominante (36% du total des MIG en 2013).

3.3 L'aide à la contractualisation : prédominance de l'investissement et des restructurations

Une typologie permet aux régions de classer les financements accordés au titre de l'aide à la contractualisation en six catégories, elles-mêmes subdivisées selon plusieurs libellés, 37 au total.

F 36 I Répartition des crédits AC en 2013



Neuf dixièmes des financements concernent soit des **investissements pour 59%**, soit des **restructurations et du soutien aux établissements déficitaires pour 31%**. S'agissant des **investissements**, les crédits sont presque uniquement délégués en mesures nationales. Pour les **restructurations**, il s'agit essentiellement de crédits alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires (hors Plans de Retour à l'Equilibre) avec 77%.

L'**amélioration de l'offre de soins existante** totalise 4% des crédits AC en 2013, dont la quasi-totalité identifiés à l'aide du libellé « **Soutien à la démographie des professionnels de santé hors oncologie** ».

S'agissant des établissements MCO ex-OQN, les financements AC vont pour plus de la moitié à l'**investissement** et pour un cinquième au **développement de l'activité**. La catégorie « **restructuration et soutien financier aux établissements** » ne représente que 13%. La catégorie « **Autres** » reste toujours assez importante avec 9% des crédits AC en 2013.

4. Activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie

Les activités de SSR et de psychiatrie sont financées selon deux modalités différentes :

- un financement alloué par les régions intégralement en dotation, via la **dotation annuelle de financement (DAF)**. Les établissements financés selon cette modalité appartiennent au secteur public ou sont des structures privées à but non lucratif ;
- un financement alloué à l'activité à l'aide des **tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire**. Cette modalité de financement concerne principalement des cliniques privées du secteur commercial même si certains établissements sont privés à but non lucratif.

Les établissements financés sous dotation sont dits appartenant au secteur « sous DAF », les autres appartenant au secteur OQN.

4.1 Établissements du secteur OQN

Seules les données du système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM) sont mobilisables pour l'analyse des financements des activités de SSR et de psychiatrie des cliniques du secteur OQN.

4.1.1 Révision de l'exercice 2012

Les dernières informations conduisent à réviser à la baisse l'estimation des versements réalisés aux cliniques pour l'exercice 2012.

T 27 I Bilan des réalisations 2012 – secteur OQN

Montants en M€	Précédente estimation	Révision des réalisations	Evolution 2011/2012	Prévision de dépenses 2012 (Objectifs)	Ecart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	1 979	1 954	+5,5%		
Psychiatrie (PSY)	639	634	+4,0%		
Total OQN PSY/SSR	2 617	2 588	+5,3%	2 548	+40

Les financements de l'activité de SSR progressent de +5,5% soit une croissance du volume d'activité de +5,2%.

Pour la psychiatrie, les financements sont en augmentation de +4,0% correspondant à une progression du volume d'activité de +3,6%.

4.1.2 Estimation de l'exercice 2013

Les estimations en date de soins des réalisations de l'exercice 2013 conduisent à un financement des cliniques supérieur à l'objectif pour un montant **compris entre +10 M€ et +33 M€**

Selon l'hypothèse basse, le niveau des financements est évalué à 2 706 M€ soit une progression de +5,0% par rapport à l'exercice précédent.

T 28 I Détail de l'estimation des réalisations 2013 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations	Évolution 2012/2013	Prévision de dépenses 2013 (Objectifs)	Écart
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	2 052	+5,0%		
Psychiatrie (PSY)	655	+3,2%		
Total OQN PSY/SSR	2 706	+4,6%	2 696	+10

La dynamique des financements est plus marquée pour les activités de SSR. Leur progression de +5,0% correspond à un volume d'activité en augmentation de +5,5%.

Pour la psychiatrie, l'évolution des financements de +3,2% correspond à un volume d'activité en augmentation de +3,6%.

4.2 Établissements du secteur sous DAF

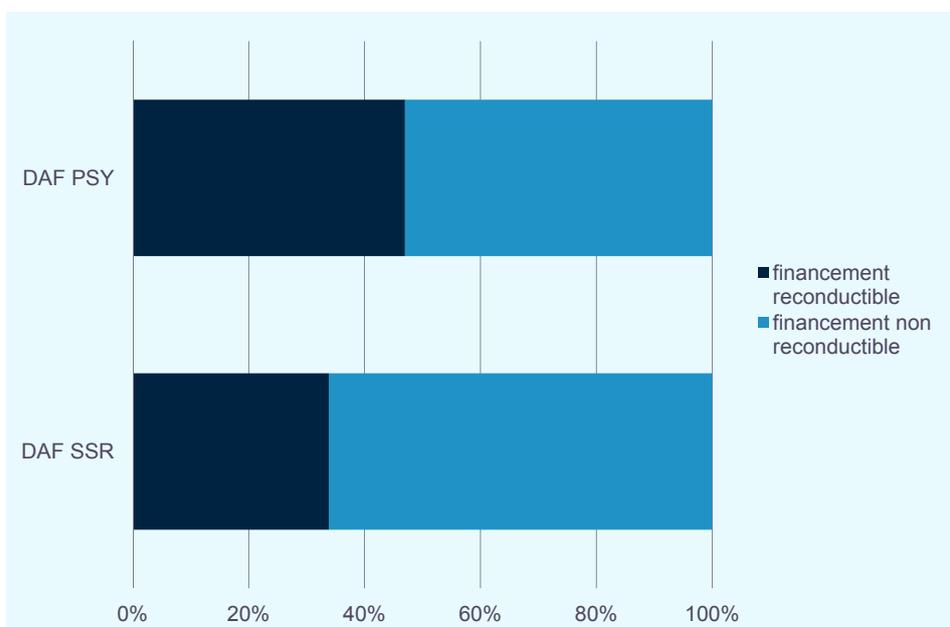
En plus des activités de SSR et de psychiatrie, la DAF finance également les activités MCO des établissements non soumis à la tarification à l'activité, essentiellement les anciens hôpitaux locaux (HL). Les crédits détaillés ici portent uniquement sur les activités de SSR et de psychiatrie incluant celles des anciens HL.

T 29 | Financement DAF des activités de SSR et PSY

Montants en M€	Financement 2011	Financement 2012	Financement 2013	Évolution annuelle 2013/2012
Soins de suite et de réadaptation	5 841,9	5 924,8	6 005,0	+1,4%
Psychiatrie	8 398,1	8 525,8	8 678,4	+1,8%
Total DAF pour SSR et PSY	14 239,9	14 450,6	14 683,4	+1,6%
Poids des crédits SSR/PSY dans l'ensemble de la DAF	97,4%	97,4%	97,5%	

Les crédits attribués pour financer les activités de SSR et de psychiatrie ont augmenté de +1,6% entre 2012 et 2013. Cette évolution est similaire à celle observée en 2012 (+1,5%).

T 30 | Financement DAF des activités de SSR et PSY selon le caractère reconductible



Si pour la psychiatrie, les crédits relèvent majoritairement d'un financement pérenne (56%), en revanche pour les activités SSR, plus des deux tiers (72%) des crédits nouveaux en 2012 présentent un caractère non pérenne.

5. Les ex hôpitaux locaux et les unités de soins longue durée (USLD)

La France compte environ 300 anciens hôpitaux locaux (HL) répartis sur ton territoire, essentiellement dans les zones rurales ou difficiles d'accès. En 2013, 270 d'entre eux sont financés par une dotation annuelle de financement (DAF) au titre de leurs activités de SSR ou de MCO. Parmi ces établissements, 179 réalisent en 2013 une activité de MCO.

Au titre de l'exercice 2013, ces établissements ont perçu une DAF totale de 702 M€, **dont 223 M€ au titre des activités MCO**, le reste finançant les activités SSR. Seule la part MCO de la DAF est analysée ci-dessous. Outre les ex HL, la DAF finance également quelques établissements publics ou associatifs non soumis à la tarification à l'activité. Le centre hospitalier de Mayotte, rattaché à l'ARS Océan Indien, est dans ce cas.

Le financement des activités MCO des ex HL diminue régulièrement depuis 2011. La baisse est de -4,7% en 2013. Cette diminution s'explique par la restructuration en cours de ces activités au profit d'activités de SSR ou de soins de longue durée (SLD).

Les unités de soins de longue durée (USLD) reçoivent une dotation appelée dotation de soins. Les financements de ces structures diminuent de -0,4% en 2013.

T 31 | Financement DAF de l'activité MCO et USLD

Montants en M€	Financement 2011	Financement 2012	Financement 2013	Évolution 2012/2013
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des ex HL	242,7	233,6	222,6	-4,7%
DAF Médecine, Chirurgie, Obstétrique des autres établissements (dont Mayotte depuis 2011)	134,4	150,5	154,6	+2,7%
Poids dans le total de la DAF	2,6%	2,6%	2,5%	
Dotation de soins USLD	1 013,9	1 008,2	1 004,3	-0,4%

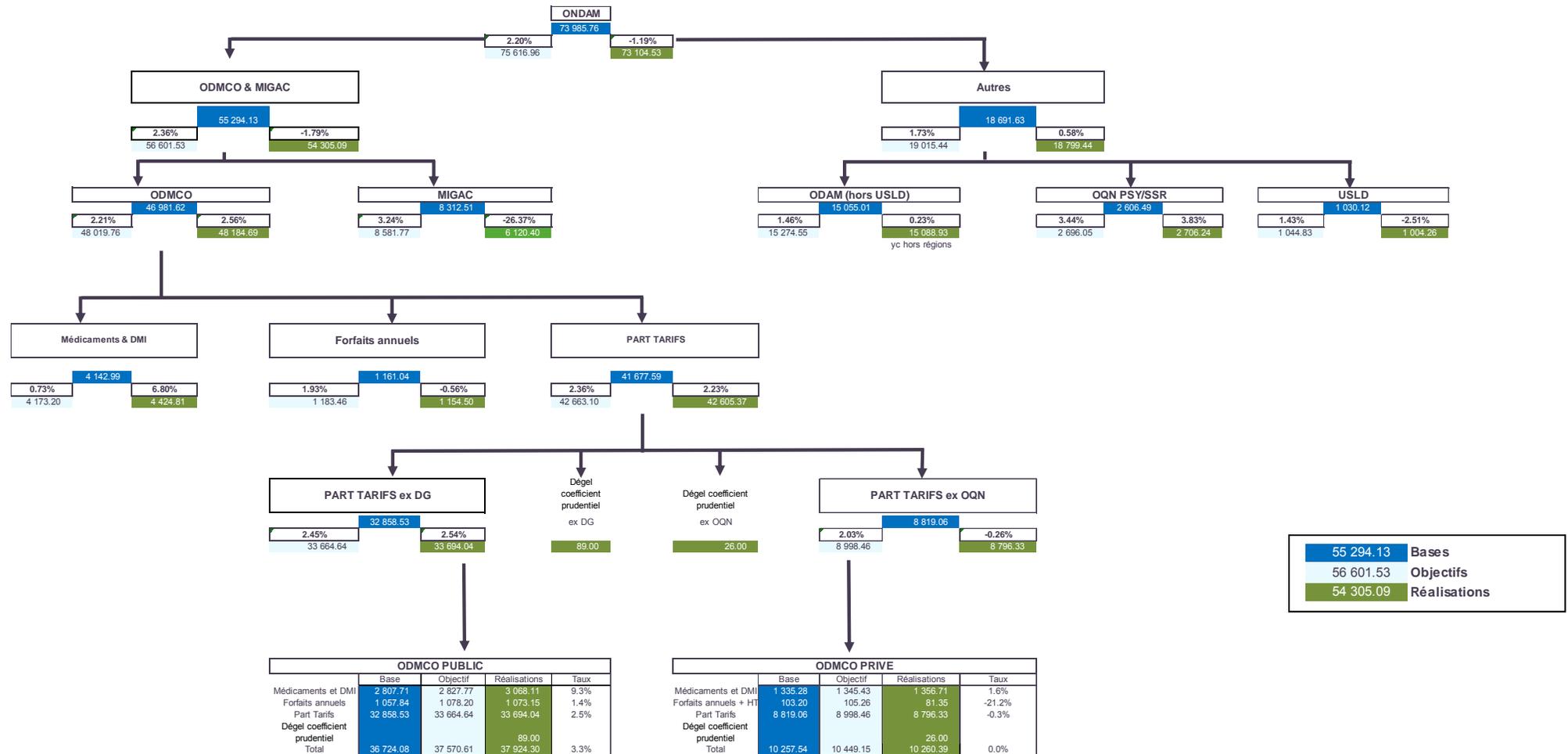
Comme en 2012, la totalité des mesures nouvelles attribuées aux unités de soins de longue durée sont allouées de manière non pérenne.

T 32 | Financement DAF de l'activité MCO et USLD selon le caractère reconductible

Montants en M€	Total financement reconductible	Total financement non reconductible	TOTAL
DAF MCO	9,3	5,7	15,0
USLD	-6,4	34,4	28,0

Annexe 2 : Tableaux relatifs au financement

Annexe 2.1 Arbre de décomposition des réalisations 2013 estimées de l'ONDAM hospitalier (hors crédits MIGAC transférés vers le fonds d'intervention régional [FIR]) (montants en millions d'euros)



Annexe 2.2 Constats 2011-2013 des financements de l'ONDAM hospitalier (hors FIR) (montants en millions d'euros)

	2011				2012				2013			
	objectifs	révision en N+2	écart réalisations / objectifs	écart après fongibilité et prise ne compte d'une marge de prévision	objectifs	révision en N+1	écart réalisations / objectifs	écart réalisations/objectifs après tranfert vers FIR	objectifs	estimation	écart réalisations / objectifs	écart réalisations/objectifs après tranfert vers FIR
Total	72 102,4	72 047,1	-55,3	-47,5	74 008,8	73 237,7	- 771,2	- 42,3	75 620,6	73 104,5	- 2 516,0	- 54,4
Etablissements de santé tarifés à l'activité*	53 889,8	53 933,0	43,2	49,7	55 356,1	54 775,3	- 580,8	148,0	56 605,1	54 305,1	- 2 300,0	161,6
ODMCO	45 596,2	45 812,7	216,5	222,9	46 792,9	47 104,3	311,3	311,3	48 019,8	48 184,7	164,9	164,9
ODMCO public	35 498,1	35 818,0	319,8	326,2	36 474,7	36 954,5	479,8	479,8	37 570,6	37 924,3	353,7	353,7
activité - part tarifs	31 670,0	32 106,7	436,6	443,0	32 692,1	33 078,8	386,7	386,7	33 664,6	33 694,0	29,4	29,4
médicaments et DMI	2 808,6	2 724,6	- 83,9	- 83,9	2 764,9	2 817,5	52,6	52,6	2 827,8	3 068,1	240,3	240,3
forfaits annuels	1 019,5	986,7	- 32,9	- 32,9	1 017,7	1 058,2	40,5	40,5	1 078,2	1 073,2	- 5,0	- 5,0
dégel du coefficient prudentiel										89,0	89,0	89,0
ODMCO privé	10 098,1	9 994,7	- 103,3	- 103,3	10 318,2	10 149,8	- 168,4	- 168,4	10 449,2	10 260,4	- 188,8	- 188,8
activité	8 538,6	8 510,9	- 27,7	- 27,7	8 816,4	8 750,3	- 66,1	- 66,1	8 998,5	8 796,3	- 202,1	- 202,1
médicaments et DMI	1 428,5	1 345,0	- 83,5	- 83,5	1 398,6	1 315,9	- 82,7	- 82,7	1 345,4	1 356,7	11,3	11,3
forfaits annuels	131,0	138,8	7,8	7,8	103,2	83,6	- 19,6	- 19,6	105,3	81,3	- 23,9	- 23,9
dégel du coefficient prudentiel										26,0	26,0	26,0
MIGAC	8 293,6	8 120,3	- 173,3	- 173,2	8 563,2	7 671,0	- 892,2	- 163,3	8 585	6 120	- 2 465	- 3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé*	18 212,6	18 114,0	- 98,5	- 97,2	18 652,7	18 462,4	- 190,3	- 190,3	19 015,4	18 799,4	- 216,0	- 216,0
ODAM+OQN	18 212,6	18 114,0	- 98,5	- 97,2	18 652,7	18 462,4	- 190,3	- 190,3	19 015,4	18 799,4	- 216,0	- 216,0
ODAM	15 768,2	15 657,7	- 110,6	- 109,4	16 104,4	15 870,7	- 233,7	- 233,7	16 319	16 093,2	- 226,2	- 226,2
DAF (hors USLD)	14 728,7	14 643,7	- 84,9	- 84,6	15 072,5	14 862,5	- 210,1	- 210,1	15 274,6	15 088,9	- 185,6	- 185,6
USLD	1 039,6	1 013,9	- 25,7	- 24,8	1 031,9	1 008,2	- 23,7	- 23,7	1 044,8	1 004,3	- 40,6	- 40,6
OQN psy-ssr	2 444,3	2 456,4	12,1	12,1	2 548,3	2 591,7	43,4	43,4	2 696	2 706,2	10,2	10
autres (dont FMESPP)												
Total dotations (ODAM + MIGAC)	24 061,9	23 778,0	- 283,9	- 282,5	24 667,6	23 541,7	- 1 125,9	- 397,0	24 904,8	22 213,6	- 2 691,2	- 229,5

* yc compris régime d'Alsace Moselle

Annexe 2.3 Financements 2013 par région (montants en millions d'euros)

Région	Etablissements ex-DG												Etablissements ex-OQN et OQN				
	ODMCO	Part tarifs	Dégel coefficient prudentiel	Total Médicaments et DM	Médicaments (yc HAD)	DM	forfaits annuels	MIGAC	Total des financements de l'activité MCO	DAF	USLD	Total	ODMCO	MIGAC	Total des financements de l'activité MCO	OQN	Total
Alsace	1 335,79	1 182,34	3,14	122,32	90,32	32,00	28,00	155,77	1 491,56	446,42	33,25	1 971,23	225,99	6,14	232,13	14,55	246,69
Aquitaine	1 781,50	1 569,10	4,20	166,64	120,67	45,97	41,55	247,97	2 029,47	697,08	46,14	2 772,68	657,52	3,12	660,64	143,33	803,96
Auvergne	819,02	734,07	1,91	62,63	42,97	19,66	20,42	129,67	948,69	359,43	30,64	1 338,76	195,80	0,39	196,19	35,44	231,63
Basse-Normandie	935,98	836,60	2,23	68,07	52,15	15,92	29,09	178,67	1 114,65	352,27	20,39	1 487,31	594,86	4,79	599,66	176,88	776,53
Bourgogne	1 038,65	925,09	2,48	81,51	58,10	23,41	29,56	123,12	1 161,77	333,16	24,48	1 519,40	197,92	0,52	198,44	67,46	265,91
Bretagne	1 806,67	1 616,36	4,28	142,39	98,94	43,45	43,64	220,82	2 027,48	852,93	49,76	2 930,17	237,10	0,16	237,26	92,94	330,21
Centre	1 278,98	1 134,05	2,98	100,47	74,20	26,27	41,48	166,43	1 445,40	488,46	40,29	1 974,16	429,75	0,51	430,26	67,45	497,71
Champagne-Ardenne	764,12	683,68	1,80	57,42	42,69	14,73	21,22	114,35	878,47	272,98	20,19	1 171,65	387,39	4,24	391,63	88,95	480,58
Corse	129,27	113,75	0,29	10,19	7,69	2,50	5,04	58,49	187,76	67,82	5,15	260,73	209,03	0,56	209,59	23,46	233,05
Franche-Comté	719,55	635,74	1,68	62,85	48,00	14,85	19,29	101,44	820,99	283,86	18,42	1 123,28	62,59	2,61	65,19	32,35	97,54
Haute-Normandie	925,34	818,60	2,17	73,44	55,34	18,09	31,14	141,76	1 067,10	396,17	27,63	1 490,89	667,50	1,90	669,40	132,05	801,46
Île-de-France	7 262,37	6 431,65	16,82	581,89	463,72	118,17	232,01	1 534,70	8 797,07	2 931,14	185,47	11 913,68	112,16	0,38	112,54	27,67	140,21
Languedoc-Roussillon	1 332,52	1 176,32	3,01	119,98	84,52	35,45	33,22	209,06	1 541,58	528,13	44,89	2 114,60	283,21	0,52	283,73	42,30	326,04
Limousin	502,71	449,38	1,19	40,96	30,26	10,70	11,18	73,29	576,01	228,26	28,30	832,56	1 713,28	6,08	1 719,36	605,32	2 324,68
Lorraine	1 458,68	1 312,10	3,50	107,19	74,04	33,16	35,88	194,36	1 653,04	639,15	37,38	2 329,57	619,89	1,85	621,74	258,07	879,82
Midi-Pyrénées	1 422,97	1 261,67	3,35	119,89	82,27	37,62	38,06	257,89	1 680,86	652,67	52,91	2 386,44	120,72	0,61	121,33	12,12	133,45
Nord-Pas-de-Calais	2 535,70	2 269,54	6,01	194,83	140,43	54,40	65,31	340,65	2 876,35	940,74	51,17	3 868,27	302,55	0,83	303,38	17,13	320,51
Pays de la Loire	1 805,56	1 602,17	4,26	153,35	108,98	44,37	45,78	268,14	2 073,70	795,27	53,23	2 922,21	575,03	3,42	578,45	40,22	618,67
Picardie	1 092,05	975,14	2,55	77,85	58,19	19,66	36,50	126,37	1 218,42	491,71	39,35	1 749,48	197,19	0,40	197,59	34,83	232,42
Poitou-Charentes	991,91	883,78	2,36	78,12	55,63	22,49	27,66	109,43	1 101,34	387,45	30,60	1 519,39	185,48	1,26	186,74	34,13	220,87
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 913,71	2 563,71	6,77	253,13	186,30	66,83	90,10	431,56	3 345,27	934,52	51,54	4 331,33	1 000,46	2,48	1 002,95	437,62	1 440,57
Rhône-Alpes	3 643,98	3 221,30	8,58	315,53	226,02	89,51	98,57	517,33	4 161,31	1 428,99	93,76	5 684,06	920,10	4,82	924,92	212,85	1 137,77
France métropolitaine	36 497,03	32 396,13	85,58	2 990,64	2 201,44	789,20	1 024,69	5 701,27	42 198,31	14 508,63	984,93	57 691,86	9 895,52	47,60	9 943,12	2 597,15	12 540,27
Guadeloupe	213,70	195,12	0,51	9,01	6,97	2,04	9,06	85,09	298,78	108,62	8,51	415,92	108,55	0,66	109,21	52,67	161,88
Guyane	117,39	107,74	0,27	2,32	2,00	0,32	7,06	42,16	159,56	27,68	1,13	188,37	22,98	0,46	23,44	6,31	29,75
Martinique	248,25	225,47	0,57	14,13	11,09	3,04	8,09	138,53	386,78	128,86	5,76	521,40	51,29	0,40	51,69	10,33	62,03
La Réunion	464,22	428,92	1,19	21,14	16,64	4,50	12,97	68,52	532,74	265,02	3,93	801,69	182,05	1,77	183,82	63,05	246,87
DOM	1 043,56	957,25	2,54	46,59	36,70	9,89	37,18	334,30	1 377,87	530,18	19,33	1 927,38	364,87	3,29	368,16	132,36	500,52
SSA	383,70	340,65	0,89	30,88	23,73	7,15	11,29	33,90	417,60	21,83	-	439,43					
France entière	37 924,30	33 694,04	89,00	3 068,11	2 261,87	806,24	1 073,15	6 069,47	43 993,77	15 060,65	1 004,26	60 058,68	10 260,39	50,89	10 311,28	2 729,50	13 040,78
France entière yc hors région	37 924,30	33 694,04	89,00	3 068,11	2 261,87	806,24	1 073,15	6 069,47	43 993,77	15 088,93	1 004,26	60 086,97	10 260,39	50,89	10 311,28	2 729,50	13 040,78

Annexe 2.4 Synthèse régionale des dotations annuelles déléguées aux établissements sur l'ensemble des trois enveloppes : MIGAC, DAF et dotation de soins USLD, en 2013

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2013 en vigueur (26/12/2013) au titre de la DAF, des MIGAC et de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Écart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	641,58	641,58	0,00	100,0%
Aquitaine	994,31	994,30	0,00	100,0%
Auvergne	520,12	520,12	0,00	100,0%
Bourgogne	480,92	480,92	0,00	100,0%
Bretagne	1 124,02	1 124,02	0,00	100,0%
Centre	699,23	699,42	-0,19	100,0%
Champagne-Ardenne	408,09	408,09	0,00	100,0%
Corse	134,07	134,07	0,00	100,0%
Franche-Comté	404,11	404,11	0,00	100,0%
Ile-de-France	4 657,47	4 657,39	0,08	100,0%
Languedoc-Roussillon	782,49	783,93	-1,45	100,2%
Limousin	330,61	330,46	0,15	100,0%
Lorraine	871,73	871,73	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	968,29	968,26	0,02	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	1 334,47	1 334,46	0,01	100,0%
Normandie-Basse	551,94	551,85	0,09	100,0%
Normandie-Haute	566,08	566,08	0,00	100,0%
Pays de la Loire	1 120,08	1 120,07	0,01	100,0%
Picardie	657,83	657,83	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	528,73	528,74	-0,01	100,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 420,12	1 420,10	0,02	100,0%
Rhône-Alpes	2 046,86	2 044,90	1,96	99,9%
Métropole	21 243,13	21 242,43	0,70	100,0%
Guadeloupe	202,87	202,87	0,00	100,0%
Guyane	71,44	71,44	0,00	100,0%
Martinique	273,55	273,56	0,00	100,0%
Réunion	339,24	339,24	0,00	100,0%
DOM	887,10	887,11	0,00	100,0%
SSA	55,73	55,73	0,00	100,0%
Total	22 185,97	22 185,27	0,70	100,0%

Annexe 2.5a Synthèse régionale des dotations annuelles relatives aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation déléguées aux établissements (tous secteurs) en 2013

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2013 en vigueur (26/12/2013) au titre des MIGAC	Montant délégué par les ARS	Écart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	161,91	161,91	0,00	100,0%
Aquitaine	251,09	251,09	0,00	100,0%
Auvergne	130,46	130,06	0,41	99,7%
Bourgogne	123,28	123,28	0,00	100,0%
Bretagne	218,85	221,33	-2,49	101,1%
Centre	170,48	170,66	-0,19	100,1%
Champagne-Ardenne	114,92	114,92	0,00	100,0%
Corse	61,10	61,10	0,00	100,0%
Franche-Comté	101,82	101,82	0,00	100,0%
Ile-de-France	1 540,78	1 540,78	-0,01	100,0%
Languedoc-Roussillon	210,95	210,91	0,04	100,0%
Limousin	74,05	73,90	0,14	99,8%
Lorraine	195,19	195,19	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	262,72	262,68	0,03	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	342,56	342,55	0,01	100,0%
Normandie-Basse	179,28	179,19	0,09	99,9%
Normandie-Haute	142,28	142,28	0,00	100,0%
Pays de la Loire	273,62	271,56	2,06	99,2%
Picardie	126,77	126,77	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	111,45	110,69	0,77	99,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	434,06	434,04	0,02	100,0%
Rhône-Alpes	524,11	522,15	1,96	99,6%
Métropole	5 751,72	5 748,87	2,85	100,0%
Guadeloupe	84,79	85,74	-0,96	101,1%
Guyane	42,63	42,63	0,00	100,0%
Martinique	139,94	138,93	1,01	99,3%
Réunion	70,29	70,29	0,00	100,0%
DOM	337,64	337,59	0,05	100,0%
SSA	33,90	33,90	0,00	100,0%
Total	6 123,26	6 120,36	2,90	100,0%

Le montant délégué par les ARS est supérieur de 3 M€ à celui arrêté par le ministère de la santé. En effet, pour certains crédits, les ARS sont autorisées à faire des ajustements entre enveloppe (MIGAC/DAF/USLD), ces mouvements devant être globalement neutres et pour des montants non significatifs.

Annexe 2.5b Synthèse régionale des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2013

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2013 en vigueur (26/12/2013) au titre de la DAF	Montant délégué par les ARS	Écart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	446,42	446,42	0,00	100,0%
Aquitaine	697,08	697,08	0,00	100,0%
Auvergne	358,68	359,43	-0,74	100,2%
Bourgogne	333,16	333,16	0,00	100,0%
Bretagne	855,43	852,93	2,50	99,7%
Centre	488,46	488,46	-0,01	100,0%
Champagne-Ardenne	272,98	272,98	0,00	100,0%
Corse	67,82	67,82	0,00	100,0%
Franche-Comté	283,86	283,86	0,00	100,0%
Ile-de-France	2 931,23	2 931,14	0,08	100,0%
Languedoc-Roussillon	526,64	528,13	-1,49	100,3%
Limousin	228,27	228,26	0,01	100,0%
Lorraine	639,15	639,15	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	652,66	652,67	-0,01	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	940,75	940,74	0,00	100,0%
Normandie-Basse	352,27	352,27	0,00	100,0%
Normandie-Haute	396,17	396,17	0,00	100,0%
Pays de la Loire	793,22	795,27	-2,05	100,3%
Picardie	491,71	491,71	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	386,54	387,45	-0,91	100,2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	934,53	934,52	0,01	100,0%
Rhône-Alpes	1 428,99	1 428,99	0,00	100,0%
Métropole	14 506,02	14 508,63	-2,60	100,0%
Guadeloupe	109,58	108,62	0,96	99,1%
Guyane	27,68	27,68	0,00	100,0%
Martinique	127,85	128,86	-1,01	100,8%
Réunion	265,02	265,02	0,00	100,0%
<i>DOM</i>	<i>530,13</i>	<i>530,18</i>	<i>-0,05</i>	<i>100,0%</i>
SSA	21,83	21,83	0,00	100,0%
Total	15 057,99	15 060,65	-2,66	100,0%

Annexe 2.5c Synthèse régionale et par activité, des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements en 2013

Montants en M€	Total DAF PSY	Total DAF SSR	Total DAF MCO	Total DAF
Alsace	216,66	229,76	0,00	446,42
Aquitaine	465,76	223,89	7,42	697,08
Auvergne	215,31	129,80	14,31	359,43
Bourgogne	207,83	110,57	14,75	333,16
Bretagne	477,91	360,88	14,14	852,93
Centre	277,64	202,42	8,41	488,46
Champagne-Ardenne	170,69	95,74	6,55	272,98
Corse	46,05	18,12	3,66	67,82
Franche-Comté	180,83	97,28	5,75	283,86
Ile-de-France	1 679,99	1 241,45	9,70	2 931,14
Languedoc-Roussillon	273,26	216,50	38,38	528,13
Limousin	132,00	88,83	7,43	228,26
Lorraine	343,11	290,65	5,39	639,15
Midi-Pyrénées	401,58	235,34	15,75	652,67
Nord-Pas-de-Calais	544,24	393,35	3,14	940,74
Normandie-Basse	227,20	116,06	9,01	352,27
Normandie-Haute	226,24	166,55	3,38	396,17
Pays de la Loire	417,78	353,51	23,98	795,27
Picardie	286,82	202,78	2,11	491,71
Poitou-Charentes	223,36	157,01	7,07	387,45
Provence-Alpes-Côte d'Azur	603,68	320,37	10,47	934,52
Rhône-Alpes	783,61	626,09	19,30	1 428,99
Métropole	8 401,56	5 876,97	230,10	14 508,63
Guadeloupe	73,45	31,50	3,67	108,62
Guyane	25,20	2,48		27,68
Martinique	75,37	51,40	2,09	128,86
Réunion	89,14	34,51	141,37	265,02
DOM	263,16	119,89	147,14	530,18
SSA	13,70	8,14		21,83
Total	8 678,42	6 004,99	377,24	15 060,65

Annexe 2.5d Répartition par région et par activité des dotations annuelles de financement déléguées aux établissements, en structure, en 2013

Part (en %)	Total DAF PSY	Total DAF SSR	Total DAF MCO	Total DAF
Alsace	49%	51%	0%	100%
Aquitaine	67%	32%	1%	100%
Auvergne	60%	36%	4%	100%
Bourgogne	62%	33%	4%	100%
Bretagne	56%	42%	2%	100%
Centre	57%	41%	2%	100%
Champagne-Ardenne	63%	35%	2%	100%
Corse	68%	27%	5%	100%
Franche-Comté	64%	34%	2%	100%
Ile-de-France	57%	42%	0%	100%
Languedoc-Roussillon	52%	41%	7%	100%
Limousin	58%	39%	3%	100%
Lorraine	54%	45%	1%	100%
Midi-Pyrénées	62%	36%	2%	100%
Nord-Pas-de-Calais	58%	42%	0%	100%
Normandie-Basse	64%	33%	3%	100%
Normandie-Haute	57%	42%	1%	100%
Pays de la Loire	53%	44%	3%	100%
Picardie	58%	41%	0%	100%
Poitou-Charentes	58%	41%	2%	100%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	65%	34%	1%	100%
Rhône-Alpes	55%	44%	1%	100%
Métropole	58%	41%	2%	100%
Guadeloupe	68%	29%	3%	100%
Guyane	91%	9%	0%	100%
Martinique	58%	40%	2%	100%
Réunion	34%	13%	53%	100%
<i>DOM</i>	<i>50%</i>	<i>23%</i>	<i>28%</i>	<i>100%</i>
SSA	63%	37%	0%	100%
Total	58%	40%	3%	100%

Annexe 2.5e Synthèse régionale des dotations annuelles de soins USLD déléguées aux établissements en 2013

Montants en M€	Montants de l'arrêté DR 2013 en vigueur (26/12/2013) au titre de la dotation de soins USLD	Montant délégué par les ARS	Écart	Niveau de consommation des crédits de la circulaire
Alsace	33,25	33,25	0,00	100,0%
Aquitaine	46,14	46,14	0,00	100,0%
Auvergne	30,98	30,64	0,34	98,9%
Bourgogne	24,48	24,48	0,00	100,0%
Bretagne	49,74	49,76	-0,02	100,0%
Centre	40,29	40,29	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	20,19	20,19	0,00	100,0%
Corse	5,15	5,15	0,00	100,0%
Franche-Comté	18,42	18,42	0,00	100,0%
Ile-de-France	185,47	185,47	0,00	100,0%
Languedoc-Roussillon	44,90	44,89	0,01	100,0%
Limousin	28,30	28,30	0,00	100,0%
Lorraine	37,38	37,38	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	52,91	52,91	0,00	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	51,17	51,17	0,00	100,0%
Normandie-Basse	20,39	20,39	0,00	100,0%
Normandie-Haute	27,63	27,63	0,00	100,0%
Pays de la Loire	53,23	53,23	0,00	100,0%
Picardie	39,35	39,35	0,00	100,0%
Poitou-Charentes	30,74	30,60	0,13	99,6%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	51,53	51,54	-0,01	100,0%
Rhône-Alpes	93,76	93,76	0,00	100,0%
Métropole	985,39	984,93	0,46	100,0%
Guadeloupe	8,51	8,51	0,00	100,0%
Guyane	1,13	1,13	0,00	100,0%
Martinique	5,76	5,76	0,00	100,0%
Réunion	3,93	3,93	0,00	100,0%
DOM	19,33	19,33	0,00	100,0%
SSA				
Total	1 004,72	1 004,26	0,46	100,0%

Annexe 2.5f Distinction des enveloppes MIG/AC de la dotation MIGAC, par région et secteur
(source ARBUST, tableaux ARBUST MIGAC 2013)

Montants en M€	Total des deux secteurs				Secteur ex-DG				Secteur ex-OQN			
	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC	Total MIG	Total AC	Part AC	Total MIGAC
Alsace	124,01	60,06	32,6%	184,07	123,49	49,05	28,4%	172,54	0,52	11,01	95,5%	11,53
Aquitaine	210,99	40,10	16,0%	251,09	209,51	38,46	15,5%	247,97	1,48	1,64	52,5%	3,12
Auvergne	96,76	33,29	25,6%	130,06	96,49	33,17	25,6%	129,67	0,27	0,12	30,4%	0,39
Bourgogne	97,66	25,62	20,8%	123,28	97,55	25,57	20,8%	123,12	0,11	0,05	29,7%	0,16
Bretagne	179,65	41,68	18,8%	221,33	179,26	41,56	18,8%	220,82	0,39	0,13	24,6%	0,51
Centre	123,33	47,34	27,7%	170,66	122,64	43,78	26,3%	166,43	0,68	3,55	83,8%	4,24
Champagne-Ardenne	84,17	30,74	26,8%	114,92	83,77	30,58	26,7%	114,35	0,40	0,16	29,0%	0,56
Corse	22,93	38,17	62,5%	61,10	22,84	35,65	61,0%	58,49	0,09	2,52	96,7%	2,61
Franche-Comté	70,50	31,32	30,8%	101,82	70,47	30,97	30,5%	101,44	0,03	0,35	92,0%	0,38
Ile-de-France	1 307,01	233,77	15,2%	1 540,78	1 302,08	232,63	15,2%	1 534,70	4,94	1,14	18,8%	6,08
Languedoc-Roussillon	185,48	25,43	12,1%	210,91	183,79	25,27	12,1%	209,06	1,69	0,16	8,6%	1,85
Limousin	64,55	9,35	12,7%	73,90	64,07	9,22	12,6%	73,29	0,48	0,13	21,9%	0,61
Lorraine	139,42	55,77	28,6%	195,19	138,94	55,42	28,5%	194,36	0,48	0,35	42,4%	0,83
Midi-Pyrénées	184,24	78,45	29,9%	262,68	181,55	76,34	29,6%	257,89	2,68	2,11	44,1%	4,79
Nord-Pas-de-Calais	277,79	64,76	18,9%	342,55	276,88	63,77	18,7%	340,65	0,91	0,99	52,2%	1,90
Normandie-Basse	96,04	83,15	46,4%	179,19	95,75	82,91	46,4%	178,67	0,29	0,23	44,9%	0,52
Normandie-Haute	111,85	30,43	21,4%	142,28	111,63	30,13	21,3%	141,76	0,22	0,30	57,0%	0,52
Pays de la Loire	209,32	62,24	22,9%	271,56	206,55	61,60	23,0%	268,14	2,78	0,64	18,8%	3,42
Picardie	101,09	25,68	20,3%	126,77	100,75	25,62	20,3%	126,37	0,34	0,06	14,4%	0,40
Poitou-Charentes	92,94	17,75	16,0%	110,69	92,94	16,49	15,1%	109,43	0,00	1,26	100,2%	1,26
Provence-Alpes-Côte d'Azur	359,77	74,27	17,1%	434,04	357,55	74,01	17,1%	431,56	2,22	0,26	10,6%	2,48
Rhône-Alpes	414,21	107,95	20,7%	522,15	411,60	105,74	20,4%	517,33	2,61	2,21	45,9%	4,82
Métropole	4 553,71	1 217,32	21,1%	5 771,04	4 530,10	1 187,94	20,8%	5 718,04	23,61	29,39	55,5%	52,99
Guadeloupe	29,84	55,91	65,2%	85,74	29,26	55,83	65,6%	85,09	0,58	0,08	12,2%	0,66
Guyane	37,98	4,64	10,9%	42,63	37,86	4,31	10,2%	42,16	0,13	0,34	73,0%	0,46
Martinique	27,11	111,82	80,5%	138,93	26,75	111,78	80,7%	138,53	0,36	0,04	9,4%	0,40
Réunion	55,94	14,35	20,4%	70,29	54,32	14,20	20,7%	68,52	1,62	0,14	8,0%	1,77
DOM	150,88	186,71	55,3%	337,59	148,19	186,12	55,7%	334,30	2,69	0,60	18,2%	3,29
SSA	33,68	0,22	0,6%	33,90	33,68	0,22	0,6%	33,90				
Total	4 738,27	1 404,26	22,9%	6 142,53	4 711,97	1 374,27	22,6%	6 086,24	26,30	29,98	53,3%	56,28

Glossaire

Actes et consultations externes : prestations dispensées dans les établissements de santé en dehors des séjours hospitaliers. Elles se composent de trois groupes de prestations :

- les prestations relatives aux interruptions volontaires de grossesses (IVG),
- les prestations hospitalières réalisées en ambulatoire, (accueils et traitements en urgence (ATU), les forfaits sécurité environnement hospitalier (SE), forfaits hebdomadaires de dialyse hors centre (ou alternative à la dialyse en centre), forfaits petits matériels (FFM)),
- les actes et consultations externes référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM) et les forfaits techniques de radiologie (FTN).

Ambulatoire : séjours hospitaliers sans nuitée

ARS : agence régionale de santé

CAS : catégories d'activité de soins. Il s'agit d'un regroupement selon huit catégories de l'ensemble de l'activité MCO selon une combinaison de la troisième lettre du GHM (C, M, K, Z) et de la durée de séjour (avec ou sans nuitée).

Catégories d'établissements : catégorisation juridique des établissements du secteur ex-DG

CH : centre hospitalier (général)

CHR/CHU : centre hospitalier régional et/ou universitaire

CLCC : centre de lutte contre le cancer

EBNL : établissement à but non lucratif

CATTP: centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CMD : catégories majeures de diagnostics, regroupement selon 27 catégories de l'ensemble de l'activité MCO, correspondant aux deux premiers caractères du GHM

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

DAF : dotation annuelle de financement.

Effet structure : effet lié à la déformation de la structure d'activité entre deux périodes. Cela correspond à l'évolution du volume économique moyen par séjour, aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT) relatif.

Effet volume : effet standard quantifiant l'évolution du nombre de séjours dispensés. Il s'agit donc d'une des composantes de l'évolution du volume économique défini plus loin.

GHM : groupe homogène de malades, identifié par un code à 6 caractères pour l'activité MCO. Très schématiquement, le séjour hospitalier est d'abord classé en CMD (catégorie majeure de diagnostic, deux premiers caractères du GHM) selon son diagnostic principal (motif pour lequel le patient a été hospitalisé). Ensuite, il est qualifié de chirurgical ou médical selon la présence (ou non) d'actes opératoires classant (3e caractère du GHM). Puis, il est classé dans une racine en fonction des informations du résumé de sortie, concernant les diagnostics, les actes, l'âge, le sexe, le mode de sortie. Enfin, il est classé dans un GHM selon les CMA (complications et morbidités associées) pour déterminer les niveaux de sévérité (1 à 4), et la durée de séjour pour distinguer notamment l'activité ambulatoire ou de très courte durée.

GHPC : groupe homogène de prise en charge : résulte d'une combinaison de trois éléments essentiels dans la structuration des activités d'hospitalisation à domicile (HAD) : le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnofsky mesurant l'état de santé du patient. Cette analyse permet donc de définir un schéma standard de tarification: à chaque GHPC est associé un indice de pondération (durée de prise en charge), donnant ainsi naissance à un Groupe homogène de tarifs (GHT).

GHS : groupe homogène de séjours, permet d'associer un tarif à un GHM pour l'activité MCO

GHT : groupe homogène de tarifs, permet d'associer un tarif à un GHPC pour l'activité HAD

GMD : groupe de morbidités dominantes pour l'activité SSR

GME : groupe médico-économique pour l'activité SSR

HAD : hospitalisation à domicile

Indice de Karnofsky (IK) : Pour les activités prises en charge en HAD, cet indice décrit sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100% (aucun signe ou symptôme de maladie) l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10% (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%).

IVA : l'indicateur de valorisation de l'activité est une traduction quantitative de l'activité SSR en point de consommation de ressources. Il traduit l'activité en tenant compte du volume (nombre de journées) et de sa structure (GMD et autres caractéristiques).

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique. Ensemble des activités médicales de courts séjours hospitaliers soumises à la tarification à l'activité.

Liste en sus : spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients lors d'un séjour hospitaliers et facturées en plus du financement par le tarif des GHS

MIGAC (MIG et AC) : dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général (MIG) et d'aides à la contractualisation (AC) allouées par les agences régionales de santé aux établissements relevant de leurs compétences en plus des prestations tarifées à l'activité

MPA : mode de prise en charge associé pour l'activité en HAD. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième est le mode de prise en charge associé. S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

MPP : mode de prise en charge principal pour l'activité en HAD, mode de prise en charge ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Niveaux de sévérité : indique la lourdeur de la prise en charge pour un séjour en MCO induite par des complications, il est identifié par le 6^{ème} caractère du GHM.

ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

OQN : objectif quantifié national

Part tarifs : regroupement de l'ensemble des prestations de l'activité MCO valorisées à l'aide d'échelles tarifaires nationales, soit les séjours hospitaliers (y compris les suppléments journaliers), les actes et consultations externes et autres prestations hospitalières délivrées en externe, les hospitalisations à domicile.

PMJP : le poids moyen de la journée de présence est obtenu en faisant le rapport du nombre total de points IVA sur le nombre de journées de présence SSR pour une période donnée.

Racine : regroupe sur le champ MCO un ensemble de séjours correspond à une même activité, elle est identifiée par les cinq premiers caractères du GHM (cf. GHM).

R3A : résumé par acte ambulatoire anonymisé pour l'activité de psychiatrie

RAPSS : résumé anonyme par sous-séquence pour l'activité HAD

RHA : résumé hebdomadaire de sortie anonyme pour l'activité SSR

RPSA : résumé par séquence anonyme pour l'activité de psychiatrie

RSA : résumé de sortie anonyme pour l'activité MCO

Secteur :

Ex-DG : établissements de santé anciennement sous dotation globale, notamment les établissements publics de santé

Ex-OQN : établissements de santé anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, notamment les cliniques privées lucratives

SSR : soins de suite et réadaptation

Suppléments journaliers aux séjours : valorisation spécifique rattachée à des séjours MCO dans le cas de prises en charge donnant lieu à une facturation journalière supplémentaire du tarif GHS (réanimation, soins intensifs, etc.).

Type de prise en charge : en MCO il permet de distinguer les séjours pris en charge en ambulatoire (sans nuitée), les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances.

Volume économique : valorisation monétaire des séjours hospitaliers en MCO groupés selon une classification de GHM donnée. Les suppléments journaliers, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque séjour et établissement ne sont pas pris en compte. En revanche le volume économique est pondéré par le coefficient géographique.

L'essentiel Analyse de l'activité hospitalière

2013

Le recueil de l'information dans les établissements de santé, cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, donne lieu à différentes restitutions comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, l'objectif est d'éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale de l'activité des établissements . Cette édition, en deux tomes, « L'essentiel » et « Les données chiffrées », présente d'un côté, les résultats principaux et de l'autre, un ensemble de fiches par activité.

Le tome « L'essentiel », après avoir établi le lien entre l'évolution des financements et celle de l'activité, s'intéresse à la nature de l'activité, traduite en profils de patients, pathologies, modes de prise en charge, niveaux de sévérité... À partir de ces éléments, les singularités des établissements publics et privés peuvent être décelées.

Les activités hospitalières sont détaillées par champ: court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie.

Cette restitution propose une photographie de l'activité 2013 des établissements et la compare à celle des années passées. Ainsi, 2013 se caractérise par la poursuite de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire, des hospitalisations à domicile et des soins de suite et de réadaptation.