



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE
ET DES DROITS DES FEMMES

**Rapport 2014
au Parlement sur le financement des
Etablissements de Santé**

Rapport remis au Parlement en application de l'article L 162-22-19 du code de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. »

SOMMAIRE

1. LES CONDITIONS DE REALISATION DE L'EXERCICE 2013 ONT SERVI AU CADRAGE DE LA CAMPAGNE 2014.....	4
1.1. l'exécution 2013 sur le champ odmco	4
1.2. l'exécution 2013 sur les champs ssr et psychiatrie	40
1.3.l'exécution 2013 sur le champ des dotations hors daf	44
1.4. mises en reserves prudentielles des tarifs et dotations fir et daf et degels en 2013	51
1.5. la situation financiere des etablissements de sante entre 2010 et 2013	52
2. LES PRINCIPALES EVOLUTIONS APPORTEES AU MODELE DE FINANCEMENT EN 2014 ...	57
2.1. le cadrage des sous-objectifs de l'ondam en 2014	57
2.2.les évolutions apportees en 2014 sur le champ odmco	58
2.3.les évolutions apportees en 2014 sur le champ des migac et du fir	67
2.4.les évolutions apportees en 2014 sur les champs ssr, psychiatrie et usld	71

1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2013 ont servi au cadrage de la campagne 2014

1.1. L'exécution 2013 sur le champ ODMCO

1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2013

a) Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2013 sont les suivants :

- En 2013, 17,3 millions de séjours et 10,9 millions de séances/forfaits ont été réalisés tous secteurs confondus.
- Entre 2012 et 2013, le nombre de séjours a augmenté de +0,3%. Cette évolution est toutefois le reflet d'un effet calendrier 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 %.
- Le nombre de séances a augmenté de +3,0% et le dynamisme varie selon le type de séances considéré.
-

Evolution du nombre de séjour par type d'hospitalisation

ex DG + ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	6 140.44	6 335.01	6 480.21	194.57	+3.2%	145.21	+2.3%
Hospitalisation complète	10 880.94	10 915.35	10 814.95	34.41	+0.3%	-100.40	-0.9%
Total hospitalisation	17 021.38	17 250.36	17 295.17	228.98	+1.3%	44.81	+0.3%
Séances/forfaits	10 244.07	10 597.90	10 917.50	353.83	+3.5%	319.60	+3.0%

ex DG	Séjours en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	2 938.71	2 295.08	3 029.45	90.74	+3.1%	65.39	+2.2%
Hospitalisation complète	7 828.69	23 489.02	7 908.99	80.30	+1.0%	7.36	+0.1%
Total hospitalisation	10 767.41	25 784.11	10 938.44	171.03	+1.6%	72.75	+0.7%
Séances/forfaits	5 307.25	1 731.33	5 484.19	176.94	+3.3%	140.92	+2.6%

Ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	3 201.73	1 669.20	3 305.56	103.83	+3.2%	79.82	+2.4%
Hospitalisation complète	3 052.25	4 943.09	3 006.37	-45.88	-1.5%	-107.76	-3.6%
Total hospitalisation	6 253.98	6 612.29	6 311.92	57.95	+0.9%	-27.94	-0.4%
Séances/forfaits	4 936.82	1 400.78	5 113.71	176.89	+3.6%	178.68	+3.5%

Source : ATIH 2013¹

Le secteur Ex DG réalise en 2012 47,8% des séjours sans nuitée, 73,2% des séjours en hospitalisation complète. En parallèle, le secteur Ex OQN réalise de son côté 52,2% des séjours sans nuitée, 26,8% des séjours en hospitalisation complète. La part du secteur Ex DG concernant la prise en charge des séjours sans nuitée depuis 2011 connaît une légère diminution (-0,1 point) au profit du secteur Ex OQN. Cette évolution est inverse concernant la prise en charge des séjours en hospitalisation complète (+1,3 point), la part d'activité du secteur ex-DG dans l'activité globale (hors séances) progresse de +0,4 point entre 2010 et 2012.

La part des séjours sans nuitée évolue peu entre 2011 et 2013, globalement et au sein de chaque secteur. Les évolutions sont plus marquées sur la chirurgie ambulatoire (cf. §1.1.2.1).

¹ Activité réalisée par des établissements soumis à la T2A, séjours financés en GHS uniquement

Part des modes de prise en charge par secteur

	Ex DG			Ex OQN		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Séjours sans nuitée	47.9%	47.8%	47.8%	52.1%	52.2%	52.2%
Hospitalisation complète	71.9%	72.5%	73.2%	28.1%	27.5%	26.8%
Total hospitalisation	63.3%	63.4%	63.7%	36.7%	36.6%	36.3%

Source : ATIH 2013

- La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'élève à 6,1 jours en 2013 dans le secteur ex DG et de 4,5 jours dans le secteur ex OQN. Cette DMS est restée stable entre 2011 et 2013.
- Par classe d'âge, les personnes âgées de plus de 80 ans représentent en 2013, 15,8% des séjours dans le secteur ex DG et 11,0% dans le secteur ex OQN, proportion en augmentation dans les deux secteurs par rapport à 2011 (ces proportions atteignaient respectivement 14,9% et 10,6%).

b) Evolution du volume économique

Le « volume économique » traduit à la fois les évolutions :

- du nombre de séjours ;
- de la structure d'activité résultant :
 - soit de l'évolution de la lourdeur des prises en charge ;
 - soit d'une amélioration du codage des informations médicales.

Il est obtenu en pondérant les séjours par leur tarif. Il apporte donc un éclairage sur l'évolution de la masse financière de l'activité mais ne peut pas être interprété directement comme un niveau de recettes pour les établissements².

Le volume économique à classification constante des établissements du secteur ex-DG a progressé de +2,0% pour les séjours et +4,4% pour les séances et forfaits entre 2012 et 2013.

² En effet, la valorisation monétaire mesure uniquement la production tarifaire des GHS (c'est à dire intègre la modalité de financement des séjours extrêmes mais pas les suppléments journaliers). Elle est opérée en tarif tout compris et ne tient pas compte des coefficients de transition afin de pouvoir comparer à périmètre constant les données de 2011 et 2012 avec celles de 2013. Il convient de noter que les données d'activité propres à chaque exercice sont groupées selon la même classification (c'est à dire en version v11e de la classification des GHM) et valorisées selon l'arrêté tarifaire en vigueur pour les deux secteurs au 1^{er} mars 2013.

Evolution du volume économique du secteur ex DG

EX DG	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2011/2012			Evolution 2012/2013		
	2011	2012	2013	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	2 295.08	2 413.19	2 516.97	118.11	+5.1%	+2.0%	103.78	+4.3%	+2.1%
Hospitalisation complète	23 489.02	24 164.32	24 581.05	675.29	+2.9%	+1.8%	416.73	+1.7%	+1.6%
Total hospitalisation	25 784.11	26 577.51	27 098.02	793.40	+3.1%	+1.5%	520.51	+2.0%	+1.3%
Séances/forfaits	1 731.33	1 822.78	1 902.19	91.46	+5.3%	+1.9%	79.41	+4.4%	+1.7%

Source : ATIH 2013

Pour les établissements du secteur ex OQN, le volume économique à classification constante a augmenté de +0,2% pour les séjours et +3,4% pour les séances/forfaits.

Evolution du volume économique du secteur ex OQN

EX OQN	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2011/2012			Evolution 2012/2013		
	2011	2012	2013	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	1 669.20	1 738.81	1 813.99	69.61	+4.2%	+0.9%	75.18	+4.3%	+1.9%
Hospitalisation complète	4 943.09	4 949.15	4 890.51	6.06	+0.1%	+1.7%	-58.63	-1.2%	+2.5%
Total hospitalisation	6 612.29	6 687.96	6 704.51	75.67	+1.1%	+0.2%	16.55	+0.2%	+0.7%
Séances/forfaits	1 400.78	1 450.80	1 500.23	50.02	+3.6%	-0.0%	49.43	+3.4%	-0.1%

Source : ATIH 2013

c) Evolution des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS) hors séances.

Les catégories d'activités de soins (CAS) constituent une nomenclature en huit classes permettant de suivre l'activité en croisant les principales activités de soins et les modes de prise en charge. Les catégories prépondérantes (hors séances) sont, en nombre de séjours :

Pour le secteur ex DG, trois catégories représentent près de 70% de l'activité en nombre de séjours, environ 81% en volume économique) :

- les séjours sans acte classant avec nuitée (41,6% en nombre, et 48,5% en volume économique) ;
- les séjours sans acte classant sans nuitée (14,3% en nombre et 3,6% en volume économique) ;
- la chirurgie non ambulatoire (14,4% en nombre et 29,4% en volume économique).

Pour le secteur ex OQN, trois catégories concentrent catégories près de 78% de l'activité (en nombre de séjours ainsi qu'en volume économique) :

- les techniques peu invasives (29,2% en nombre et 15,0% en volume économique) ;
- la chirurgie non ambulatoire (23,9% en nombre et 46,6% en volume économique) ;
- la chirurgie ambulatoire (25,0% en nombre et 16,1% en volume économique).

Evolution de l'activité par CAS

ex DG + ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
Chirurgie ambulatoire	2 083.98	2 185.66	2 299.26	101.68	+4.9%	113.60	+5.2%
Chirurgie non ambulatoire	3 195.42	3 176.79	3 092.37	-18.63	-0.6%	-84.43	-2.7%
Total chirurgie	5 279.40	5 362.45	5 391.63	83.05	+1.6%	29.18	+0.5%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 773.91	1 802.33	1 770.66	28.42	+1.6%	-31.67	-1.8%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	5 244.02	5 282.63	5 277.49	38.61	+0.7%	-5.14	-0.1%
Total séjour sans acte classant	7 017.93	7 084.95	7 048.15	67.02	+1.0%	-36.81	-0.5%
Obstétrique mère (*)	1 123.67	1 116.91	1 105.59	-6.76	-0.6%	-11.32	-1.0%
Obstétrique enfant (**)	843.55	843.68	834.46	0.13	+0.0%	-9.22	-1.1%
Total Obstétrique	1 967.23	1 960.59	1 940.05	-6.64	-0.3%	-20.54	-1.0%
Techniques peu invasives	2 756.83	2 842.36	2 915.34	85.54	+3.1%	72.98	+2.6%

Ex DG	2013		Evolution 2012/2013		
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	6.6%	3.5%	+9.2%	+7.3%	+1.7%
Chirurgie non ambulatoire	14.4%	29.4%	+1.1%	-1.2%	+2.4%
Total chirurgie	21.0%	32.8%	+1.9%	+1.3%	+0.6%
Séjour sans acte classant sans nuitée	14.3%	3.6%	-0.8%	-1.4%	+0.6%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	41.6%	48.5%	+2.2%	+0.3%	+1.9%
Total séjour sans acte classant	55.9%	52.1%	+2.0%	-0.2%	+2.2%
Obstétrique mère	7.6%	6.4%	+0.1%	+0.1%	+0.0%
Obstétrique enfant	5.7%	3.2%	+0.9%	+0.1%	+0.8%
Total Obstétrique	13.2%	9.6%	+0.3%	+0.1%	+0.2%
Techniques peu invasives	9.8%	5.5%	+4.8%	+5.0%	-0.2%

Ex OQN	2013		Evolution 2012/2013		
	Part en séjours	Part en volume économique	Evolution du volume économique	- dont nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	25.0%	16.1%	+6.3%	+4.3%	+2.0%
Chirurgie non ambulatoire	23.9%	46.6%	-1.2%	-4.1%	+3.1%
Total chirurgie	48.9%	62.8%	+0.6%	-0.0%	+0.7%
Séjour sans acte classant sans nuitée	3.1%	0.9%	-2.9%	-4.2%	+1.4%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	11.1%	13.6%	-0.1%	-2.5%	+2.5%
Total séjour sans acte classant	14.2%	14.5%	-0.3%	-2.9%	+2.7%
Obstétrique mère	4.4%	5.2%	-5.0%	-4.2%	-0.9%
Obstétrique enfant	3.3%	2.4%	-4.3%	-4.5%	+0.2%
Total Obstétrique	7.7%	7.7%	-4.8%	-4.3%	-0.5%
Techniques peu invasives	29.2%	15.0%	+1.8%	+1.2%	+0.7%

Source : ATIH 2013

d) Evolution des durées de séjours par catégorie d'activités de soins (CAS) hors séances.

L'analyse des durées de séjours pour les établissements du secteur ex-DG montre plusieurs phénomènes entre 2010 et 2012 :

- une légère diminution de la DMS pour l'obstétrique et les techniques peu invasives ;
- une relative stabilité de la DMS pour les autres catégories d'activité de soins.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, le même phénomène de diminution des durées de séjour est observé sur les séjours d'obstétrique. Globalement pour les séjours chirurgicaux, la DMS est inférieure à celle des établissements du secteur ex-DG.

Evolution de la DMS par CAS

	Durée moyenne de séjours (en journées)					
	ex DG			ex OQN		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Chirurgie ambulatoire	-	-	-	-	-	-
Chirurgie non ambulatoire	6.9	6.9	6.9	4.6	4.5	4.5
Séjour sans acte classant sans nuitée	-	-	-	-	-	-
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	6.3	6.3	6.4	5.2	5.2	5.3
Obstétrique mère	4.2	4.2	4.1	4.1	4.1	4.0
Obstétrique enfant	5.5	5.5	5.4	4.4	4.3	4.3
Techniques peu invasives	1.3	1.3	1.3	0.4	0.4	0.4

Source : ATIH 2013

e) Evolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD) hors séances.

- Secteur ex DG :

Hors séances, les séjours les plus fréquents concernent, comme en 2011 et 2012 :

- les affections du tube digestif (CMD 6) avec 10,4% des séjours
- les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 10,0%
- les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 9,4%
- les affections du système nerveux (CMD 1) 8,1%
- les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4) 6,9%
- les grossesses pathologies, accouchements et post-partum (CMD 14) 7,6%, et 13,2% avec prise en compte de la prise en charge des nouveaux nés (CMD 15).

- Secteur ex OQN :

- Les affections du tube digestif (CMD 6) avec 23,6% des séjours hors séances
- Les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 14,2%
- Les affections de l'œil (CMD 2) 10,2%
- Les affections ORL (CMD 3) 8,5%
- Les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 8,4%.

Le secteur Ex OQN concentre 65% de ces séjours hors séances sur les 5 CMD mentionnées ci-dessus. A l'inverse, on remarque une activité plus hétérogène pour le secteur ex DG, se traduisant par une activité plus diversifiée, les 5 premières CMD les plus fréquentes représentant 52% de l'activité (hors séances).

Les tableaux des évolutions par CMD – secteur ex DG et secteur ex OQN- se trouvent en annexe

f) Evolution par classes d'âge et contribution à la croissance des dépenses

En 2013, 64,3% des séjours concernent des patients âgés de moins de 65 ans. La répartition des séjours par classes d'âge est quasiment équivalente entre les deux secteurs, à ceci près : le secteur ex-OQN concentre légèrement plus de séjours sur les personnes âgées de 40-64 ans au détriment de ceux âgés de 80 ans et plus.

Entre 2012 et 2013, le nombre de séjours augmente plus rapidement pour les personnes âgées de 65-69 ans et 80 ans et plus (tendance également observable dans chacun des deux secteurs observés séparément). Dans chacune des classes d'âge, le rythme de croissance est identique pour les hommes et pour les femmes. Pour les 65-69 ans, la croissance est liée à l'effet « papy-boom », à l'entrée de la deuxième génération du « baby-boom » dans cette classe d'âge. Par conséquent, ce sont les séjours associés aux patients âgés de 65 ans et plus qui expliquent la majorité de la croissance des séjours hospitaliers. Ce résultat est certes lié au phénomène de vieillissement de la population, mais également à une évolution des pratiques de soins et des pathologies sur cette tranche de population.

Au global, les tranches d'âge 65-69 ans et 80 ans et plus contribuent à plus de 80% à la croissance des séjours en hospitalisation.

Evolution par classes d'âge – 2 secteurs confondus

Séjours * en milliers	Nombre de séjours en 2013	Evolution du nombre de séjours 2012/2013	Contribution à la croissance des séjours
0-5 ans	1 512 336	-0.3%	-69.9%
5-19 ans	1 124 913	-0.9%	-4.9%
20-39 ans	3 089 726	0.4%	-107.2%
40-64 ans	5 394 602	0.3%	-28.8%
65-69 ans	1 342 959	8.9%	201.0%
70-74 ans	1 156 906	-0.1%	22.1%
75-79 ans	1 236 783	0.0%	-36.0%
80 ans et plus	2 436 941	5.1%	123.7%
Total	17 295 166	1.3%	100.0%

Source : ATIH 2013

Parmi les établissements du secteur ex-DG, en 2013, les jeunes patients de moins de 19 ans concentrent 12,3% des séjours et 10,4% du volume économique. Les personnes âgées de 20 à 64 ans représentent 47,0% des séjours, soit 42,3% du volume économique. Enfin, les séjours pour les personnes âgées de plus de 65 ans occupent 40,7% de l'activité, soit 47,4% du volume économique. Au sein de cette catégorie, ce sont les personnes âgées de 80 ans et plus qui concentrent le plus de séjours.

Pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique devient supérieure à la part en nombre de séjours. La lourdeur des pathologies associée aux personnes âgées est à l'origine de ce phénomène.

Evolution par classes d'âge – secteur ex-DG

Montants en M€ Séjours/séances* en milliers	Nombre de séjours en 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique	dont évolution du nombre de séjours	dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	1 206.4	1 760.1	-0.5%	-1.0%	+0.5%	-1.5%
5-19 ans	834.1	1 244.5	+0.7%	+0.9%	-0.2%	1.5%
20-39 ans	2 341.4	3 987.6	+0.0%	-0.3%	+0.4%	0.2%
40-64 ans	5 420.0	8 255.4	+1.0%	+0.3%	+0.7%	13.9%
65-69 ans	1 514.3	2 397.9	+8.8%	+7.8%	+0.9%	32.3%
70-74 ans	1 319.1	2 211.3	+2.1%	+1.2%	+0.8%	7.6%
75-79 ans	1 380.3	2 578.2	+0.2%	+0.1%	+0.1%	1.0%
80 ans et plus	2 508.3	6 535.7	+4.3%	+3.1%	+1.2%	44.9%
Total	16 523.8	28 970.7	+2.1%	+1.3%	+0.8%	100.0%

Source : ATIH 2013

Parmi les établissements du secteur ex-OQN en 2012, les jeunes patients de moins de 19 ans concentrent 10,2% des séjours et 6,5% du volume économique. Ce sont les personnes âgées de 20 à 65 ans qui représente environ la moitié de l'activité, que ce soit en nombre de séjours ou volume économique. Les patients âgés de 65 ans et plus concentrent 37,3% des séjours et 45,4% du volume économique.

Comme pour le secteur ex-DG, pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique devient supérieure à la part en nombre de séjours.

Evolution par classes d'âge – secteur ex-OQN

Montants en M€ Séjours/séances* en milliers	Nombre de séjours en 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	334.36	215.44	-4.8%	-5.1%	+0.3%	196.1%
5-19 ans	385.70	232.00	-1.8%	-1.4%	-0.4%	58.9%
20-39 ans	1 118.59	1 011.96	-2.2%	-2.6%	+0.4%	330.9%
40-64 ans	2 586.93	2 330.47	-0.5%	-0.6%	+0.1%	178.9%
65-69 ans	703.32	720.69	+7.1%	+7.3%	-0.1%	-517.9%
70-74 ans	589.08	648.39	+1.0%	+1.2%	-0.2%	-75.1%
75-79 ans	576.82	679.26	-1.2%	-1.1%	-0.1%	70.4%
80 ans et plus	767.48	1 098.22	+2.4%	+1.7%	+0.7%	-142.1%
Total	7 062.28	6 936.43	+0.3%	-0.1%	+0.4%	100.0%

Source : ATIH 2013

1.1.2. Zoom sur quelques activités :

1.1.2.1. Evolution des séances : chimiothérapie, radiothérapie et dialyse

10,9 millions de séances ou forfaits ont été réalisées en 2013, dont 8,4 millions financés en GHS.

L'activité de dialyse a représenté 6,1 millions de séances dont 3,6 millions réalisées en centre. Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN.

L'activité de chimiothérapie a représenté plus de 2,7 millions de séances avec 2,1 millions réalisées pour tumeur, et 0,4 million pour affection non tumorale. Globalement, plus de deux séances sur trois sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG.

L'activité de radiothérapie a représenté 1,9 millions de séances prises en charge par les établissements du secteur ex-DG. L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-OQN n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

a) Activité de dialyse

La prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par la pratique de l'épuration extra-rénale est organisée par les décrets de septembre 2002 définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins qui peut être exercée selon quatre modalités :

- Hémodialyse en centre (HDC)
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (DP)

Toutefois, la dialyse n'est pas l'unique moyen de traitement de l'IRCT et la greffe rénale, quand elle est possible, constitue la modalité alternative la plus efficiente et celle qui procure la meilleure qualité de vie aux patients.

Les objectifs retenus par le gouvernement concernant la prise en charge de l'IRCT sont, d'une part, de développer la dialyse de proximité afin d'améliorer l'accès aux soins et de générer des économies de transport par la promotion des dialyses réalisées en hors centre (DP, UDM, unités d'autodialyse et l'hémodialyse à domicile) de favoriser la progression de la greffe rénale et d'autre part d'agir en amont de la phase terminale pour limiter le nombre de nouveaux patients atteints d'IRCT avec, notamment, un objectif de réduction des dialyses dans le contexte de l'urgence.

Ces objectifs font l'objet d'un programme national de gestion du risque relatif à l'IRC, initié fin 2010 et décliné en région.

Dans le cadre de ce programme, les ARS ont élaboré en 2012 des cibles régionales pour la greffe rénale à l'horizon de 2018 visant à développer cette activité et à réduire les inégalités d'accès. La cible nationale a été fixée pour 2018 à un taux approchant les 49% de patients prévalent vivant avec un greffon fonctionnel rapporté à la population des patients atteints d'IRCT (contre 45% en 2011).

Par ailleurs, dans le cadre des SROS-PRS, en cohérence avec les orientations nationales, les ARS ont priorisé les prises en charge en hors centre en augmentant sensiblement les implantations de DP, d'UDM et d'autodialyse avec des cibles par modalité conduisant à un objectif national de 47% de nouveaux patients admis en hors centre en 2018 (versus 28% en 2010 et 32% en 2011).

Les ARS ont décliné ces orientations, notamment à travers l'élaboration des implantations de dialyse afin de développer les prises en charge hors centre. Des plans d'actions régionaux ont été élaborés pour mettre en œuvre ces objectifs. Dans le cadre du CPOM Etat/ARS, un indicateur relatif au taux incident de DP a été mis en œuvre et des cibles de progression de DP ont été contractualisées avec les ARS. Cet indicateur pour la DP devrait pour les prochaines années faire place à un ou des indicateurs plus globalisants axés sur la prise en charge hors centre ou l'accès à la greffe.

Le levier tarifaire accompagne ces évolutions en favorisant les prises en charge de proximité. L'enjeu est de permettre le développement de la dialyse hors centre en favorisant la DP, les UDM, les unités d'autodialyse et l'hémodialyse à domicile.

Dans cet objectif, les actions suivantes ont notamment été menées de 2011 à 2012 :

- la mise en place d'un forfait d'honoraires en DP a été réalisée en juin 2012 pour les néphrologues libéraux pour le suivi des patients en DP (inscription à la CCAM le 7 juin 2012).

- l'accès à la DP a été amélioré en particulier dans les structures de soins et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) par le décret du 21 novembre 2011 qui a permis de prendre en charge sur le risque les actes infirmiers de DP.

- le décret du 10 février 2012 a permis le fonctionnement des UDM par télémédecine et ainsi le développement de ces unités non accolées à des centres de dialyse. Cette modalité de soins permet de proposer, en complément des autres modalités de dialyse, une offre d'hémodialyse intermédiaire et répond à l'objectif de développement de la dialyse hors centre.

En 2013, dans le cadre de la stratégie nationale de santé des mesures ont été étudiées pour favoriser une approche plus intégrée et plus adaptée des modalités de prise en charge des patients.

Ainsi, pour la prise en charge de l'IRC, l'article 43 de la LFSS 2014 permet d'expérimenter de nouvelles modalités de financement, destinées à fluidifier et à optimiser les parcours de soins coordonnés des patients. Des projets pilotes pourront être menés dans 5 ou 6 régions sur une période n'excédant pas 4 ans, dans plusieurs territoires de santé avec l'ensemble des professionnels de la prise en charge de l'IRC.

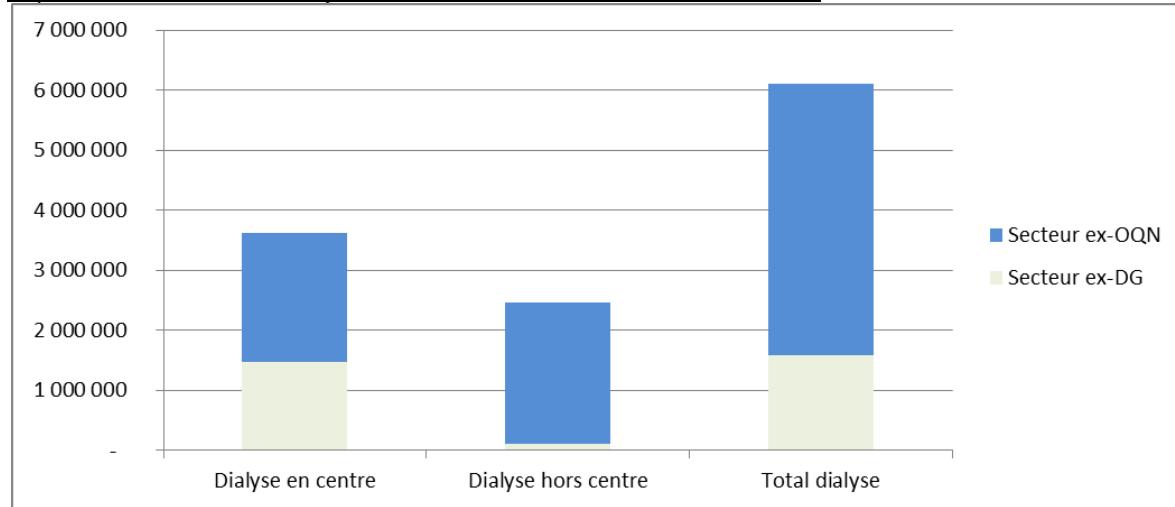
Ces expérimentations ont pour objectifs de :

- réduire le nombre de patients arrivant au stade de l'IRCT,
- limiter le nombre de patients dialysés en urgence,
- développer la greffe et les prises en charge hors centre.

i. Panorama

L'activité de dialyse a représenté 6,1 millions de séances et forfaits dont 3,6 millions réalisées en centre. Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN.

Répartition de l'activité de dialyse en nombre de séances ou forfaits en 2013



En 2013, la dialyse en centre représente 93,3% des séances de dialyse prises en charge par les établissements du secteur ex-DG, alors que dans les établissements du secteur ex-OQN, l'activité se répartit pour moitié sur les deux prises en charge. Il n'existe pas de différence majeure avec la répartition de l'activité de dialyse présentée dans le tableau ci-dessous pour l'année 2012.

ii. Dynamique depuis 2011

Globalement, le nombre de séances/forfaits de dialyse a augmenté de +3,2% entre 2012 et 2013. Cette dynamique est inférieure à celle des années antérieures (entre 2011 et 2012 : +4,2%). Les données du registre REIN de 2012 montrent un chiffre d'incidence de l'IRCT relativement stable depuis 2008, attribuable pour moitié d'une part au vieillissement de la population et d'autre part à l'incidence croissante du diabète.

La progression des séances hors centre est plus prononcée (+5,7%) que celles en centre. Pour les établissements du secteur ex-DG, l'activité de dialyse a évolué de +1,8% en nombre de séances³ et +1,6% en volume économique entre 2012 et 2013.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, l'activité de dialyse⁴ a évolué de +3,7% en nombre de séances et +3,6% en volume économique entre 2012 et 2013.

La répartition du volume des séances centre/hors centre s'établissait au total à 61% en 2011, 60,4% en 2012 et 59% en 2013 (soit -2 points). Cette progression a concerné essentiellement l'UDM.

³ Selon l'arrêté prestations en vigueur au 1er mars 2012, les séances de dialyse en centre du secteur ex-DG sont financées en GHS, tandis que la dialyse hors centre est rémunérée en forfaits D.

⁴ L'ensemble des séances de dialyse prises en charge par les établissements du secteur ex-OQN sont rémunérées en forfaits D.

Evolution du nombre de séances/forfaits par type d'hospitalisation

	Séances/forfaits en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
ex DG + ex OQN							
Dialyse en centre	3 492.31	3 575.29	3 630.13	82.98	+2.4%	54.84	+1.5%
Dialyse hors centre	2 217.59	2 336.36	2 470.09	118.78	+5.4%	133.73	+5.7%
Total dialyse	5 709.90	5 911.66	6 100.22	201.76	+3.5%	188.56	+3.2%
ex DG							
Dialyse en centre	1 429.36	1 453.47	1 473.65	24.12	+1.7%	20.18	+1.4%
Dialyse hors centre	87.80	104.03	112.48	16.22	+18.5%	8.46	+8.1%
Total dialyse	1 517.16	1 557.50	1 586.13	40.34	+2.7%	28.63	+1.8%
ex OQN							
Dialyse en centre	2 062.95	2 121.82	2 156.48	58.87	+2.9%	34.66	+1.6%
Dialyse hors centre	2 129.78	2 232.34	2 357.61	102.56	+4.8%	125.27	+5.6%
Total dialyse	4 192.74	4 354.16	4 514.09	161.42	+3.9%	159.93	+3.7%

Source : ATIH 2012

Evolution du volume économique

	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2011/2012			Evolution 2012/2013		
	2011	2012	2013	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
ex DG									
Dialyse en centre	494.81	502.32	509.05	7.51	+1.5%	-0.2%	6.73	+1.3%	0.0%
Dialyse hors centre	23.56	27.69	29.53	4.13	+17.5%	-0.8%	1.84	+6.7%	-1.4%
Total dialyse	518.38	530.01	538.59	11.64	+2.2%	-0.4%	8.57	+1.6%	-0.2%
ex OQN									
Dialyse en centre	602.05	619.36	629.55	17.31	+2.9%	0.0%	10.19	+1.6%	0.0%
Dialyse hors centre	575.99	604.60	638.75	28.62	+5.0%	0.1%	34.15	+5.6%	0.0%
Total dialyse	1 178.04	1 223.96	1 268.30	45.92	+3.9%	0.0%	44.34	+3.6%	0.0%

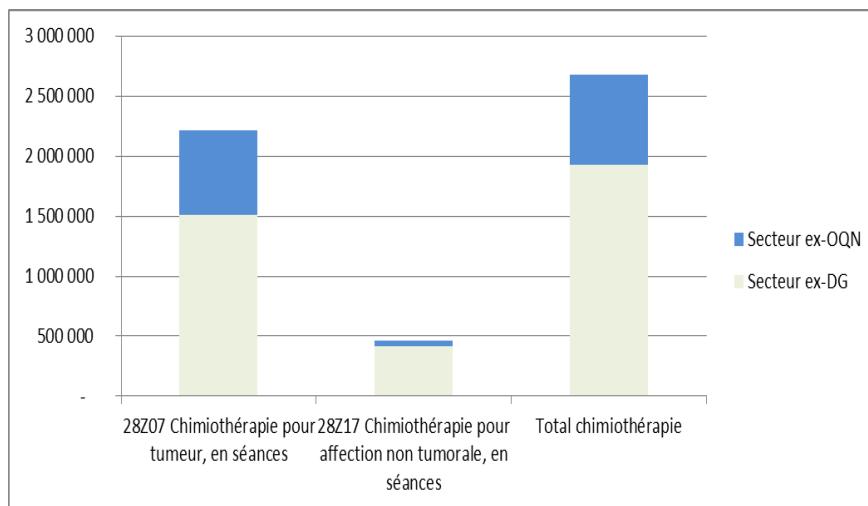
Source : ATIH 2012

b) Activité de chimiothérapie

i. Panorama

L'activité de chimiothérapie a représenté plus de 2,7 millions de séances avec 2,1 millions réalisées pour tumeur, et 0,4 million pour affection non tumorale. Globalement, plus de deux séances sur trois sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG.

Répartition de l'activité de chimiothérapie en nombre de séances en 2013



En 2012, pour les établissements du secteur ex-DG la chimiothérapie représente 34,3% de l'ensemble des séances (y compris dialyse financée en forfaits D) et 40,1% en volume économique. Pour les établissements du secteur ex-OQN la chimiothérapie représente 14,1% de l'ensemble des séances (y compris dialyse financée en forfaits D) et 14,8% en volume économique associé.

ii. Dynamique depuis 2011

Globalement, le nombre de séances de chimiothérapie a évolué de +4,3% entre 2012 et 2013. Depuis 2011, les séances pour affection non tumorale sont plus dynamiques que les séances pour tumeur.

Pour les établissements du secteur ex-DG les séances de chimiothérapie ont évolué de +5,2% en nombre de séances et +5,2% en volume économique entre 2012 et 2013.

Pour les établissements du secteur ex-OQN les séances de chimiothérapie ont évolué de +2,0% en nombre de séances et +2,0% en volume économique entre 2012 et 2013.

Evolution du nombre de séances de chimiothérapie

	Séances en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
ex DG + ex OQN							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	2 059.92	2 149.52	2 217.73	89.60	+4.3%	68.21	+3.2%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	384.42	417.00	458.39	32.58	+8.5%	41.40	+9.9%
Total chimiothérapie	2 444.34	2 566.52	2 676.13	122.18	+5.0%	109.60	+4.3%
ex DG							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 373.07	1 452.23	1 510.87	79.16	+5.8%	58.64	+4.0%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	353.01	382.24	418.55	29.23	+8.3%	36.31	+9.5%
Total chimiothérapie	1 726.08	1 834.47	1 929.42	108.39	+6.3%	94.95	+5.2%
ex OQN							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	686.85	697.29	706.86	10.45	+1.5%	9.57	+1.4%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	31.41	34.76	39.85	3.35	+10.7%	5.09	+14.6%
Total chimiothérapie	718.26	732.05	746.71	13.79	+1.9%	14.66	+2.0%

Source : ATIH 2013

L'évolution des volumes économiques correspond aux tendanciels d'accroissement des volumes.

Evolution du volume économique

	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2011/2012			Evolution 2012/2013		
	2011	2012	2013	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
ex DG									
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	552.79	584.52	608.24	31.74	+5.7%	0.0%	23.71	4.1%	+0.0%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	129.78	140.56	154.01	10.77	+8.3%	0.0%	13.45	9.6%	+0.1%
Total chimiothérapie	682.57	725.08	762.25	42.51	+6.2%	0.0%	37.17	5.1%	+0.0%
ex OQN									
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	207.53	210.55	213.74	3.01	+1.5%	-0.1%	3.19	1.5%	+0.1%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	6.79	7.50	8.61	0.71	+10.4%	-0.2%	1.11	14.8%	+0.1%
Total chimiothérapie	214.32	218.04	222.35	3.72	+1.7%	-0.2%	4.30	2.0%	+0.0%

Source : ATIH 2013

iii. Evolutions à venir des prises en charges en chimiothérapie

S'agissant du traitement du cancer, l'évolution des prises en charge est marquée notamment par un fort développement des chimiothérapies orales qui pourrait impacter à terme le nombre de séances de chimiothérapie en intraveineuse dans les établissements de santé :

Le Plan cancer III (2014-2019) présenté par le Président de la République le 04 février 2014 fixe plusieurs priorités d'actions visant la mise en œuvre effective sur les territoires de nouvelles prises en charge (nouvelles thérapeutiques, de nouvelles technologies), de nouveaux modes d'organisation de l'offre en cancérologie et une meilleure adaptation des modes de financements. .

Pour instruire ces réflexions, en lien avec le CORETAH, un COPIL Cancer, piloté par le ministère des affaires sociales et de la santé a été mis en place au premier semestre 2014 réunissant l'Institut national du cancer, l'ensemble des fédérations et des conférences hospitalières, la Ligue contre le cancer et l'Union nationale des professionnels de santé. Il constitue le cadre de la réflexion prospective sur l'organisation et le financement des activités liées au cancer.

Les thématiques emblématiques abordées par ces travaux seront les suivantes :-

- le développement de la chimiothérapie orale, cette nouvelle modalité conduisant à repenser les modes d'organisations et de financement de la médecine hospitalière ambulatoire (hospitalisation de jour y compris) en lien avec la médecine de ville ou l'hospitalisation à domicile si besoin;
- l'évolution vers un modèle de financement au parcours, notamment concernant le cancer du sein, dont la prise en charge, encadrée par des recommandations de bonnes pratiques est relativement bien standardisée.

Le développement croissant des prescriptions de chimiothérapie orale entraîne, en effet, un changement profond dans les modalités de prises en charge des patients qui sont davantage pris en charge en ambulatoire alors qu'auparavant leurs soins de chimiothérapie étaient réalisés dans les structures de soins. Cette évolution de prise en charge devrait impacter l'organisation de la médecine de ville et plus globalement le parcours de soins des patients atteints de cancer. Le transfert de patients ainsi que la chronicisation de certains cancers va générer, à moyen terme, une baisse des séances de chimiothérapie intraveineuse en établissements de santé alors que ces derniers resteront toujours fortement sollicités dans la prise en charge en tant qu'appui et recours tant pour les professionnels de ville que pour les patients.

D'autre part, dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, le ministère de la santé engagent des travaux de caractérisation de l'hospitalisation de jour de médecine (HDJ) dans une volonté de développer des alternatives à l'hospitalisation complète de médecine, notamment en matière de chimiothérapie. On note que dès 2012, l'activité de chimiothérapie en HAD évolue de +7.5%, soit plus rapidement que le nombre de séances hors HAD.

Ainsi, en vue d'une évolution de la tarification de la médecine clinique ambulatoire fin 2016-2017, l'année 2015 sera consacrée :

- à des analyses de l'activité hospitalière nationale pour déterminer les potentiels de transferts de l'hospitalisation complète vers l'HDJ ;
- à des sollicitations de sociétés savantes de médecine pour les travaux de caractérisation de l'HDJ de médecine.

Enfin, le ministère de la santé mène une politique incitative au développement des traitements de chimiothérapie en hospitalisation à domicile (HAD). La circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) a invité les ARS à inscrire cette orientation dans les SROS-PRS avec l'inscription d'un indicateur de suivi national concernant « la part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer. Dans le cadre de l'élaboration des SROS-PRS, en 2012, toutes les régions ont abordé la problématique des traitements chimiothérapeutiques du cancer en HAD et la moitié d'entre elles en font une priorité de développement (poursuite des traitements chimiothérapeutiques en HAD, structuration de parcours incluant l'HAD...).

Le ministère de la santé a également, à cet effet, inscrit dans le programme de travail 2013 de la Haute Autorité de Santé des travaux relatifs à une évaluation médico-économique des traitements de chimiothérapie intraveineux ou oraux réalisés en HAD.

c) Activité de radiothérapie

L'activité de radiothérapie en 2013 a représenté 1,9 millions de séances prises en charge par les établissements du secteur ex-DG. L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-QON n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

Nombre de séances de radiothérapie (secteur ex-DG)			
2010	2011	2012	2013
1 759 894 séances	1 860 470 séances	1 876 600 séances	1 883 840 séances

L'activité de radiothérapie en 2013 des établissements du secteur ex-DG évolue de +0.3% en nombre de séances et de +6,1% en volume économique.

L'observatoire national de la radiothérapie montre qu'en 2012, l'activité des 168 centres de radiothérapie de statut hospitalier et de statut libéral, représente 175 031 patients traités par radiothérapie, correspondant à 187 172 traitements et 3 909 478 séances.

En 2011, parmi les 970 270 patients pris en charge pour le traitement de leur cancer, dont environ 19% sont traités par radiothérapie.

Le nombre de patients traités par radiothérapie évolue modérément depuis 2007 (augmentation de 2,1 % à corrélérer à l'augmentation globale du nombre de cancers estimée à 2,4% par an entre 2005 et 2011).

On note une augmentation des dépenses de radiothérapie qui semble davantage imputable à un effet structure (techniques de prise en charge différentes, préparations de la radiothérapie différentes, obligations de sécurité ...).

- Secteur public : en 2013, le volume économique se montait à 415,17 Millions d'euros, soit + 6,1 % par rapport à 2012 hors effet lié à l'évolution de la classification des actes. Ce secteur est caractérisé par une augmentation de la part des techniques de haute précision
- Secteur privé : en 2013, le volume économique s'élevait à 410,018 Millions d'euros, soit + 7,76 %par rapport à 2012. Dans ce secteur, les 3 suppléments d'ingénierie de la radiothérapie (20% du coût total) expliqueraient l'augmentation constatée des dépenses.

Le ministère de la santé, en coordination avec la CNAMTS engage des travaux visant à moderniser le financement de la radiothérapie. Ce chantier constitue un axe fort de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et figure parmi les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 43).

Ces travaux visent à la construction d'un nouveau modèle de financement des prises en charge en radiothérapie plus intégré, fondé non plus sur la séance ni sur la dose totale d'irradiation, mais comprenant tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient.

Il s'agit :

- d'harmoniser les systèmes de financement actuellement distincts entre secteurs et de tendre vers une neutralité du statut juridique de la structure et du mode d'exercice ;
- d'améliorer la lisibilité et d'assurer une meilleure pertinence du modèle de financement ;
- de mieux prendre en compte le parcours du patient ;
- de mieux intégrer les impératifs de qualité/sécurité et de responsabilité médico-légale ;
- de disposer d'un recueil d'information médicalisée pour l'ensemble des acteurs.

L'objectif est :

- d'accompagner l'évolution technologique en radiothérapie ;
- de faciliter la généralisation des techniques validées par l'INCa/HAS, les moins irradiantes et considérées comme les plus appropriées, compte tenu de l'évolution des techniques ;
- de désinciter aux techniques non appropriées ;
- de prendre en compte l'émergence de nouveaux protocoles médicaux permettant de délivrer des traitements d'efficacité comparable avec un nombre réduit de séances ;
- de mieux maîtriser le taux de croissance du volume économique de la radiothérapie et les dépenses de santé.

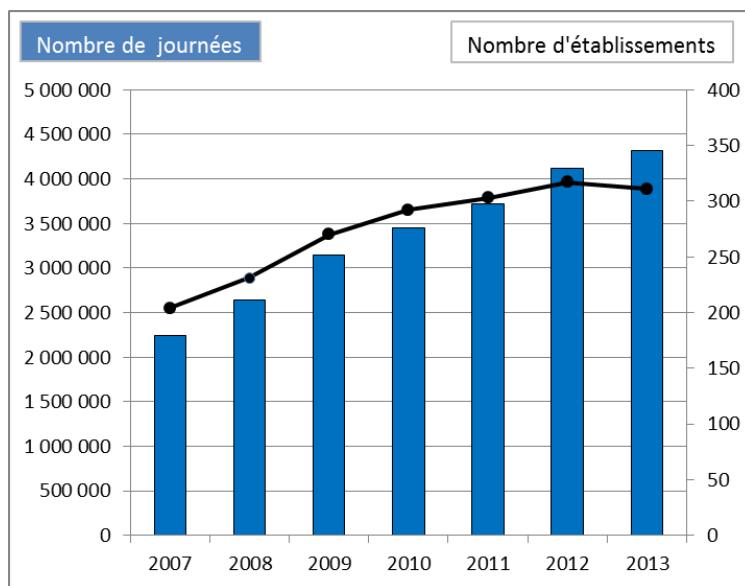
Dans ce cadre, en préalable de l'expérimentation prévue en 2015, le ministère a lancé en février 2014 un appel à candidatures auprès des structures volontaires de radiothérapie oncologiques du secteur hospitalier et libéral. Celles-ci ont été invitées à participer à **2 enquêtes pilotées par l'ATIH** concernant d'une part les pratiques, d'autre part les coûts de prise en charge en radiothérapie des patients atteints d'un cancer du sein ou d'un cancer de la prostate (deuxième semestre 2014).

1.1.2.2. Hospitalisation à domicile

La croissance régulière de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) se poursuit depuis 2007, particulièrement en termes de journées puisque l'activité à presque doublé en 6 ans (taux d'accroissement de 92,5% entre 2007 et 2013). Mais, depuis 2010, cette croissance se tasse en terme de nombre d'établissements opérant si l'on considère en référence, la période très dynamique de 2006-2009 qui a suivi l'incitation des autorités de la santé à la diffusion de cette offre de soins alternative sur le territoire national et la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A) (cf. Figure 1 : Evolution de l'activité d'HAD en nombre de journées et en nombre d'établissements sur la période 2007-2013).

En 2013, 311 établissements ont une activité d'HAD (contre 317 en 2012, certains établissements ayant fusionné) ; cette activité hospitalière représente 4 318 082 journées hors erreur, soit 98,9% du total de journées transmises via le PMSI HAD.

Evolution de l'activité d'HAD : nombre de journées et nombre d'établissements



Source : ATIH 2013

En 2013, les 311 établissements d'HAD ont pris en charge près de 104 000 patients (soit +1,0% par rapport à 2012), au cours de 156 000 séjours terminés (soit +2,3% par rapport à 2012) d'une durée moyenne de 27,3 journées, (26,5 journées en 2012).

L'activité d'HAD est assez équitablement répartie selon le secteur de financement des établissements ex-DG et ex-OQN, avec respectivement 2,2 millions de journées pour 157 établissements ex-DG et 2,1 millions de journées pour 154 établissements ex-OQN. Au sein du secteur public et privé non lucratif, ce sont les établissements privés à but non lucratif (ESPIC) et les centres hospitaliers (CH) qui assurent en majorité la prise en charge en HAD.

Pour 2013 le montant des dépenses assurance maladie associées à l'HAD s'élève à 905 millions d'euros. Ce montant se décompose en 461 millions d'euros pour les établissements ex-DG (dont 424 millions d'euros de GHT⁵ et 37 millions pour les molécules onéreuses sorties de liste en sus) et pour 444 millions d'euros pour les établissements ex-OQN (dont 435 millions d'euros de GHT et 9 millions de liste en sus).

Les séjours en HAD surviennent majoritairement après une mutation ou d'un transfert suite à un séjour médical, chirurgical ou obstétrical dans un établissement MCO (66,4% des séjours en 2013) et pour 30,3% des séjours d'HAD, ils surviennent directement au domicile du patient (domicile compris au sens large, et comprenant les établissements d'hébergement : personnes âgées, personnes handicapées ...). En 2013, 4,4% des journées réalisées en HAD ont concerné des patients âgés dépendants hébergés en établissements médico-social dédiés (EHPAD). Ce taux était de 4% en 2012 ce qui représente une augmentation notable (10%).

L'activité des établissements d'HAD concerne essentiellement les patients « adultes », de 18 ans et plus, 95,7% des journées leur étant consacrées en 2013, le reste étant consacré aux enfants. Parmi les journées dédiés aux patients « adultes », 40,2% correspondent à des prises en charge de patients âgés (75 ans et plus). L'activité de pédiatrie reste marginale en HAD (4,3% soit moins de 5% en 2013, 4% en 2012) et se répartit entre les moins de 1 an (1,9% en 2013 contre 2% en 2012) et les enfants de 1 à 17 ans (2,5% en 2013 contre 2% en 2012).

En 2013, 81,5% de l'activité HAD est concentrée sur huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles (cf. Tableau 1 ci-dessous). Les 3 modes les plus fréquents en 2013 sont les mêmes que les années précédentes : un quart des journées concernent les soins palliatifs, un quart traitent de pansements complexes, et environ 11 % de soins de nursing lourd. Les deux derniers modes présentent en outre une dynamique d'évolution élevée entre 2012 et 2013, respectivement de l'ordre de +9,3% et +24,4%.

L'activité d'obstétrique⁶, si elle reste faible et en baisse depuis 4 ans (6,4 % de journées d'HAD en 2010, 5,7 % en 2011, 6,2% en 2012 et 5,7 % en 2013), se déporte progressivement vers des situations pathologiques attendues de prises en charge de l'ante et du post-partum. Avec le développement du projet PRADO de l'assurance maladie (Programme d'accompagnement du retour à domicile des mères qui ont accouché sans problème particulier à la maternité⁷) et la disparition annoncée du MP N° 20 Retour précoce à domicile après accouchement en HAD des modes de prise en charge autorisés en mars 2015, l'activité de post-partum « physiologique » se réduit depuis 2010. Ces tendances s'observent pour les deux secteurs d'établissements (ex-DG et ex-OQN).

⁵ Le GHT est donc le forfait tarifaire journalier en euros versé par l'assurance maladie à l'établissement HAD pour couvrir les moyens humains, matériels, techniques mobilisés à la journée par la structure pour prendre en charge le patient dans le cadre de son projet thérapeutique. Toutefois, le GHT ne comprend pas le paiement par l'assurance maladie à l'HAD des médicaments, produits et prestations onéreux de la « liste en sus » et ceux qui sont prescrits et remboursables hors de l'HAD.

⁶ Sélectionnée à partir des modes de prise en charge « obstétricaux » physiologique (MP N°20 Retour précoce à domicile après accouchement) ou pathologiques : Surveillance de grossesse à risque (MP N° 19) et Post-partum pathologique (MP N° 21).

⁷ Les nouvelles mamans sortent de maternité en post-partum « physiologique »; elles bénéficient de 2 visites d'une sagefemme à domicile 24h et 48h après leur sortie de la maternité.

Activité en HAD en nombre de journées selon le mode de prise en charge principal

Modes de prise en charge principaux	Nombre de journées en 2013	Evolution du nombre de journées 2012/2013
01-Assistance respiratoire	123.6	-8.8%
02-Nutrition parentérale	123.9	+7.0%
03-Traitement intraveineux	220.3	+11.8%
04-Soins palliatifs	1 091.6	+0.3%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	84.3	+21.8%
06-Nutrition entérale	284.3	-1.3%
07-Prise en charge de la douleur	72.1	-0.1%
08-Autres traitements	87.5	-1.5%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 059.7	+9.3%
10-PosttraITEMENT chirurgical	99.4	-12.0%
11-Rééducation orthopédique	50.4	-11.1%
12-Rééducation neurologique	61.0	+2.2%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	158.8	+7.0%
14-Soins de nursing lourds	457.9	+24.4%
15-Education du patient et/ou entourage	54.3	+9.4%
17-Surveillance de radiothérapie	5.4	-6.0%
18-Transfusion sanguine	0.5	-24.3%
19-Surveillance de grossesse à risque	111.4	-0.6%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	22.9	-16.2%
21-Post-partum pathologique	110.2	-6.0%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	28.8	+1.0%
24-Surveillance d'aplasie	9.9	+55.3%
Total	4 318.1	+4.9%

Source : ATIH 2013

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

- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 00-Pas de protocole associé (517 260 journées, soit 12,0% du total) ;
- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé (451 329 journées, soit 10,5% du total) ;
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 14-Soins de nursing lourd (159 040 journées, soit 3,7% du total) ;
- 14-Soins de nursing lourds X 12-Rééducation neurologique (132 767 journées, soit 3,1% du total).
-

Ces associations étaient les mêmes en 2012 et représentaient aussi le tiers environ de l'activité en journées d'HAD.

Prise en compte des molécules onéreuses sorties de la liste en sus en HAD

Dans le modèle de financement des séjours d'hospitalisation en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) mis en place via la tarification à l'activité en 2005, a été posé le principe de l'unicité de la liste des molécules onéreuses (MO) facturables en sus, que le patient soit pris en charge en hospitalisation de médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) ou en hospitalisation à domicile (HAD). Depuis lors, le contenu de la liste des MO facturées en sus des tarifs a évolué (baisse du nombre des produits) et le périmètre des charges couvertes par le tarif a été modifié pour financer adéquatement les séjours où ces MO étaient utilisés.

Jusqu'en 2013, la modification des tarifs a concerné exclusivement les séjours des hôpitaux MCO (via leurs groupes homogènes de séjour ou GHS) et le financement des MO par la revalorisation des tarifs de l'HAD (ou GHT) n'a pas été modifiée.

Les molécules radiées de la liste en sus lors des campagnes 2010 à 2013 ont fait l'objet pour les établissements d'HAD d'une compensation à hauteur de 1,265M€ versée en 2013 sous forme d'enveloppe AC qui a concerné 63 établissements.

A partir de la campagne 2014, les charges liées à l'utilisation de ces molécules anticancéreuses ont été compensées par la revalorisation pérenne des tarifs ou GHT : la réintroduction a été ciblée sur le mode de prise en charge principal MPP N° 05 Chimiothérapie anti-cancéreuse, compte tenu de la nature des molécules utilisées (principalement des anticancéreux intra-veineux). En revanche, la réintroduction dans les tarifs n'a pas pu être appliquée pour les anticancéreux oraux radiés de la liste en sus en 2013 ni pour les érythropoïétines radiées de la liste en 2014. Elle le sera très probablement et de façon pérenne lors de la campagne 2015. Dans l'attente, les établissements d'HAD utilisateurs de ces produits se verront compensés par le versement d'une dotation AC en fonction de leur consommation déclarée de ces produits en 2013.

1.1.2.3. La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire (article R. 6121-4 du code de la santé publique). Elle correspond à une hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement de nuit (article D.6124-301-1 du code de la santé publique).

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie « qualifiée » et substitutive à une prise en charge à temps complet. Il s'agit, en effet, de combattre la vision erronée présentant la chirurgie ambulatoire comme la réalisation d'actes de « petite » chirurgie alors qu'elle peut aussi recouvrir des actes de haute technicité. C'est pourquoi, le ministère a souhaité soutenir le développement cette modalité de prise en charge afin d'aboutir à une pratique ambulatoire majoritaire fin 2016.

En 2007, des incitations tarifaires en faveur de la chirurgie ambulatoire ont été mises en place, et en 2008, la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) est instaurée pour cinq gestes chirurgicaux en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

En 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire est inscrit au rang des dix priorités nationales de gestion du risque (GDR) assignées aux Agences Régionales de Santé (ARS) et un changement de paradigme est annoncé par le ministère de la santé visant à étendre la chirurgie ambulatoire à toute l'activité de chirurgie et à l'ensemble des patients éligibles, la chirurgie ambulatoire devenant la pratique de référence.

En 2011, à l'issue d'une concertation nationale menée par la DGOS avec l'ensemble des acteurs concernés, l'objectif national d'une chirurgie ambulatoire majoritaire (> 50%) à horizon 2016 a été affirmé.

Depuis, le ministère poursuit une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire au travers de leviers pluriels et complémentaires, parmi lesquels figurent notamment :

- La contractualisation sur des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire à double niveau, entre l'Etat et les ARS et entre les ARS et les établissements de santé ;
- Le déploiement de programmes d'actions régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire ;
- L'assouplissement des conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire par le décret 2012-969 du 20 août 2012 ;
- Le développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques en chirurgie ambulatoire ;
- L'amplification des incitations tarifaires ;
- La poursuite du programme de travail commun pluriannuel 2012-2016 de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, s'adressant à la fois aux professionnels de santé, aux gestionnaires et aux régulateurs et se déclinant en six axes : un socle de connaissance, un axe patient, un axe sur la dimension organisationnelle, un axe sur la dimension économique, un axe sur les indicateurs et un axe sur la certification et l'accréditation ;
- La mise en place de formations à destination des professionnels de santé et visant à la construction d'un projet de chirurgie ambulatoire ;
- Le lancement d'une action expérimentale DGOS/MSA (Mutualité Sociale Agricole) en direction de certains territoires ruraux afin de développer le recours à la chirurgie ambulatoire des assurés de la MSA et de structurer le recours patient ;
- La poursuite et l'élargissement par la CNAMTS de la politique de MSAP à de nouveaux gestes (5 gestes en 2008, 17 en 2009, 38 en 2013 et 43 en 2014) ;
- La poursuite d'actions spécifiques sur la prise en charge des hernies et des varices ainsi que de l'arthroplastie du genou en chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'amélioration de processus de soins, piloté au niveau national.

Le Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP), placé sous l'autorité du Premier Ministre et rattaché au Secrétaire général du gouvernement, a dressé une liste de douze politiques publiques soumises à évaluation en 2014 dont la chirurgie ambulatoire, avec pour objectifs « *d'augmenter le taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour améliorer le confort des patients, l'utilisation des ressources des plateaux techniques de chirurgie et les conditions de travail des personnels* ».

Cette mission d'évaluation de la politique publique de promotion du développement de la chirurgie ambulatoire a été confiée par le Secrétariat général du gouvernement, sur la base d'une note de cadrage, à l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Elle vise à l'élaboration de recommandations opérationnelles en vue de l'atteinte d'objectifs à l'*« ambition accentuée »* sur la base d'un diagnostic préalable des conditions de réussite du développement dans quelques régions. La mission est également invitée à évaluer les délais dans lesquels les établissements peuvent faire les ajustements nécessaires et à fournir une estimation de l'ampleur et du rythme d'économies susceptibles d'être dégagées au fur et à mesure du développement de la chirurgie ambulatoire.

Le rapport intermédiaire, élaboré par la Mission, a fait l'objet d'une concertation le 5 juin 2014 dans la cadre du Comité national de pilotage de la chirurgie ambulatoire réunissant l'ensemble des acteurs concernés. Le rapport définitif de la Mission est prévu prochainement.

Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire

Comme le montre le tableau ci-dessous, près de 5,4 millions de séjours ont été réalisés en chirurgie en 2013, dont 2,3 millions séjours réalisés en ambulatoire.

Si l'activité de chirurgie a globalement augmenté de +0,5% entre 2012 et 2013, l'évolution de l'activité de chirurgie réalisée en ambulatoire a été plus dynamique, avec une évolution de

<u>Evolution du nombre de séjours en milliersx DG + ex OQN</u>	Séjours en milliers			Evolution 2011/2012		Evolution 2012/2013	
	2011	2012	2013	En milliers	En %	En milliers	En %
Chirurgie ambulatoire	2 083.98	2 185.66	2 299.26	101.68	+4.9%	113.60	+5.2%
Chirurgie non ambulatoire	3 195.42	3 176.79	3 092.37	-18.63	-0.6%	-84.43	-2.7%
Total chirurgie	5 279.40	5 362.45	5 391.63	83.05	+1.6%	29.18	+0.5%

+5,2% sur la même période. Ce résultat s'explique notamment par une substitution de prises en charge ambulatoires à des séjours de chirurgie conventionnelle.

Source Atih

Evolution du taux global de chirurgie ambulatoire

Si le secteur ex-OQN conserve son avance, la pratique de la chirurgie ambulatoire a été légèrement plus forte en 2012 dans le secteur ex-DG pour lequel le taux global de chirurgie ambulatoire continue d'augmenter pour atteindre une progression sensible en 2013.

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissement et au national

Sources : ATIH-DGOS Catégories	2011	2012	2013	Evolution 2011/2012 en points	Evolution 2012/2013 en points
Ex-DG	28.0%	29.5%	31.4%	1,5	1,9
APHP	21.6%	22.4%	24.1%	0,8	1,7
CHR	22.5%	23.6%	24.8%	1,1	1,2
CH	31.1%	32.6%	34.6%	1,5	2
CLCC	12.0%	15.4%	17.3%	3,4	1,9
EBNL	36.6%	38.5%	41.4%	1,9	2,9
SSA	22.9%	24.8%	29.5%	1,9	1,7
ex-OQN	47.8%	49.1%	51.2%	1,3	2,1
TAUX GLOBAL	39.5%	40.8%	42.7%	1,3	1,9

La chirurgie ambulatoire fait l'objet d'un suivi particulier notamment dans le cadre de la GDR (gestion du risque). Pour ce faire, l'ATIH réalise le calcul de plusieurs indicateurs et produit une note d'analyse du développement de cette activité qui sera disponible en octobre 2014.

1.1.2.4. Les soins palliatifs

Globalement la part des séjours de soins palliatifs pris en charge par le secteur ex-OQN est modérée. L'activité de soins palliatifs prise en charge en hospitalisation et codée en diagnostic principal est en diminution constante depuis 2009 et se poursuit entre 2012 et 2013, en nombre de séjours et en volume économique, sauf pour le secteur ex-OQN. A l'inverse, le nombre de séjours avec un diagnostic associé de soins palliatifs est en constante augmentation depuis 2010.

Depuis 2012, le nombre de diagnostic associé de soins palliatifs est supérieur au nombre des séjours ayant un code de soins palliatifs en diagnostic principal dans le secteur ex-DG.

La dynamique d'activité par GHS de soins palliatifs diffère selon le secteur : les séjours pris en charge dans un **lit standard** évoluent entre 2011 et 2013 à la baisse pour les établissements du secteur ex-DG et pour les établissements du secteur ex-OQN ; les séjours pris en charge dans un **lit identifié** évoluent entre 2011 et 2013 à la baisse pour les établissements du secteur ex-DG et à la hausse pour les établissements du secteur ex-OQN tandis que les séjours réalisés en **USP** évoluent entre 2011 et 2013 à la hausse pour les établissements du secteur ex-DG et à la baisse pour les établissements du secteur ex-OQN.

Evolution de l'activité de soins palliatifs en médecine et du volume économique correspondant

(source : PMSI, ATIH).

Précautions de lecture :

L'activité présentée ci-dessous est celle des services de médecine. Elle ne saurait résumer la prise en charge en soins palliatifs des établissements de santé (services de soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, unités de soins de longue durée ...)

Certains séjours avec un diagnostic associé (DAS) de soins palliatifs sont déjà codés dans la racine 23Z02. Par conséquent certains séjours sont dénombrés à la fois dans la catégorie des séjours en diagnostic principal (DP) et dans celles de séjours en DAS.

Afin d'apprécier l'évolution liée à l'activité stricto sensu, les masses financières présentées neutralisent l'effet prix et sont à champ tarifaire constant (valorisation selon les tarifs en vigueur au 1er mars 2013).

		Ex DG		Ex OQN	
		SP en Diagnostic Principal	SP en Diagnostic Associé	SP en Diagnostic Principal	SP en Diagnostic Associé
2013	Nombre de séjours	64 536	92 781	18 246	8 100
	Volume économique (en M€)	523.4	576.9	96.1	29.1
Evolution du volume économique	2011/2012	- 0.6%	12.2%	2.5%	3.0%
	2012/2013	1.1%	10.3%	-1.4%	9.3%

Source : ATIH 2013

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en lit standard

	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique(en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2011	14 167	63.9	3907	13.7
2012	13 577	58.4	3 226	12.0
2013	12 787	52.3	2 699	9.9
Evolution 2011/2013	-10%	-18%	-31%	-28%

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en LISP

	Ex DG Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	- Volume économique (en millions d'euros)
2011	34 891	289.7	12 244	66.4
2012	33 218	277.5	13 163	71.1
2013	32 172	268.6	12 963	70.1
Evolution 2011/2013		-7%	6%	6%

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en USP

	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2011	15 841	167.2	2 420	14.9
2012	17 279	181.6	2 325	14.4
2013	19 577	202.4	2 584	16.1
Evolution 2011/2013	24%	21%	7%	8%

Séjours ayant pour diagnostic associé "soins palliatifs"

	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2011	76 575	466.1	7 320	25.8
2012	87 409	522.9	7 263	26.6
2013	92 781	576.9	8 100	29.1
Evolution 2011/2013	21.2%	23.8%	10.7%	12.6%

Source : ATIH 2013

L'activité de soins palliatifs rémunérée par des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR)

En 2013, le financement des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) est transféré sur le fond d'intervention régional (FIR).

Les EMSP et les ERRSPP sont des équipes pluridisciplinaires et pluri professionnelles rattachées à un établissement de santé qui se déplacent au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers pour apporter une expertise et réaliser ainsi par compagnonnage la diffusion de la culture palliative.

Plusieurs circulaires successives ont permis de préciser la nature de leurs missions et leur périmètre d'intervention.

Ces dernières années ont surtout été marquées par la constitution des équipes et leur montée en charge. L'attention des ARS, suite au bilan du programme de développement des soins palliatifs, était attirée sur la nécessité de s'assurer que les établissements médico-sociaux (pour personnes âgées et pour personnes handicapées) disposent sur leurs territoires d'une possibilité de recours à des acteurs extérieurs (EMSP ou réseaux) et de l'articulation des différentes offres de soins afin de prévenir les hospitalisations non nécessaires tout en garantissant un accompagnement et des soins palliatifs.

Etait, en outre, soulignée l'importance de la définition des zones d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs en lien avec celles des plateformes territoriales d'appui à la coordination dans un objectif d'efficacité et d'efficience des crédits alloués dans le cadre du FIR.

Les stratégies régionales mises en œuvre en 2013 ont ainsi principalement visé à consolider le déploiement des équipes mobiles de soins palliatifs pour la diffusion de la culture palliative dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux en cherchant à mettre davantage en cohérence leur dimensionnement avec les territoires couverts.

En 2013, pour les EMSP et les ERRSPP, 126 865 701,60 € ont été délégués par les ARS et liquidés par les services comptables de l'Assurance Maladie.

En 2012, près de 920 000 journées rattachées à la catégorie majeure clinique de soins palliatifs ont été prises en charge en soins de suite et réadaptation. Cette activité a diminué de -2,9% entre 2009 et 2012.

L'activité de soins palliatifs en SSR

Evolution de l'activité de soins palliatifs en SSR

	2009	2010	2011	2012	Evolution 2009-2012
Nb de journées CMC soins palliatifs	920 316	898 282	898 360	893 459	-2,9%
Part dans l'ensemble des journées de SSR (en %)	2,7	2,6	2,5	2,5	

Source : ATIH 2013

A compter de 2013, l'activité de SSR est désormais codée en groupes médico-économiques (GME). Selon cette classification, l'identification de l'activité de soins palliatifs est différente car il n'existe pas de catégorie majeure spécifique. Il s'agit de distinguer les groupes nosologiques dédiés au sein de la catégorie majeure 23 « autres motifs de recours aux services de santé ».

L'activité de soins palliatifs en HAD

En hospitalisation à domicile, plus d'1 million de journées avec un motif de prise en charge principal (MPP) « soins palliatifs » ont été réalisées. Cette activité a augmenté de + 32,0% entre 2009 et 2013.

En parallèle, moins de 60 000 journées avec un motif de prise en charge associé (MPA) « soins palliatifs » ont été réalisées. Cette activité est relativement stable entre 2009 et 2013 (-0,8%).

Evolution de l'activité de soins palliatifs en HAD

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2009-2013
Nb de journées avec soins palliatifs en MPP	826 906	917 454	1 023 589	1 088 509	1 091 603	32.0%
Nb de journées avec soins palliatifs en MPA	58 188	22 865	20 386	41 719	57 740	-0.8%

1.2. L'exécution 2013 sur les champs SSR et psychiatrie

1.2.1. Le champ des soins de suite et de réadaptation

Le nombre de journées en soins de suite et réadaptation, tout secteur confondu, a augmenté de +1,5% entre 2012 et 2013.

Cette évolution est plus marquée pour les établissements privés financés sous objectif quantifié national (OQN), avec un nombre de journées en hausse de 3,0%.

Au global, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont réalisé près de 36,5 million de journées en 2013, dont près des deux tiers en établissements sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

Activité 2013 et évolution par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements en 2013	Nombre de journées en 2013	Evolution du nombre de journées 2012/2013
DAF	1 091	23.7	+0.7%
OQN	505	12.8	+3.0%
Total	1 596	36.5	+1.5%

Source : ATIH 2013 – champ d'établissement constant sur la période 2011-2013

L'hospitalisation complète reste le mode de traitement le plus répandu (92% du nombre de journées), malgré une évolution notable du nombre de journées en hospitalisation partielle.

Activité 2013 et évolution par type d'hospitalisation

Journées en millions	Nombre de journées en 2013	Evolution du nombre de journées 2012/2013
Hospitalisation Complète	33.3	1.1%
Hospitalisation Partielle	3.2	5.9%
Total	36.5	1.5%

Source : ATIH 2013 – champ d'établissement constant sur la période 2011-2013

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**.

Financement DAF 2013 des activités de SSR et psychiatrie

Source : ATIH 2013

Montants en M€	Financement 2013	Evolution 2012/2013
Soins de suite et de réadaptation	6 005,0	+1,4%
Psychiatrie	8 678,4	+1,8%
Total DAF pour SSR et PSY	14 683,4	+1,6%

Estimation des réalisations 2013 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations 2013	Evolution 2012/2013
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%

Source : ATIH 2013

1.2.2. Le champ de la psychiatrie

Pour le secteur financé par dotation (DAF), le recueil de l'activité en CATTP a évolué, codée jusqu'en 2012 en journées elle est codée en actes en ambulatoire depuis 2013. Ainsi le nombre de journées en hospitalisation partielle et le nombre total de journées réalisées par les établissements sou DAF est en apparente diminution entre 2012 et 2013, mais il s'agit en réalité d'une bascule vers le nombre d'actes en ambulatoire.

En revanche, pour les cliniques sous OQN la dynamique d'activité se poursuit avec une hausse du nombre de journées de +1,4%.

Plus de 80% de l'activité de psychiatrie reste réalisée dans des établissements financés par dotation annuelle de financement.

Activité 2013 et évolution par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements 2013	Nombre de journées 2013	Evolution du nombre de journées 2012/2013
DAF	363	20.15	-6.6%
OQN	177	4.90	+1.4%
Total	540	25.04	-5.1%

Source : ATIH 2013

L'hospitalisation complète est le mode de traitement le plus répandu avec près de 80% du nombre de journées.

Activité 2013 et évolution par type d'hospitalisation

Journées en millions	Nombre de journées 2013	Evolution du nombre de journée 2012/2013
Hospitalisation complète	20.1	+0.5%
Hospitalisation partielle	5.0	-22.6%
Total	25.1	-5.1%

Source : ATIH 2013

1.3.L'exécution 2013 sur le champ des dotations hors DAF

1.3.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économique sur le champ des dotations MIGAC en comparaison avec les années antérieure et création du FIR

En 2013, les crédits notifiés par les ARS aux établissements de santé (y compris à ceux du service de santé des armées) au titre de la dotation des MIGAC se sont élevés à 6 120,5 M€ contre 7 671 M€ en 2012. Cette évolution globale à la baisse des crédits de l'enveloppe MIGAC s'explique par la poursuite du transfert de crédit vers le Fond d'Intervention régional (FIR)

En effet lors de la création du FIR, le 1er mars 2012, ce dernier a été abondé par le transfert de crédits destinés à la mise en œuvre de quatre MIG : la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), l'éducation thérapeutique (ETP), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ainsi que les centres périnataux de proximité (CPP). Ce transfert de crédits a représenté environ 873 M€ (en année pleine), soit 11% de la dotation annuelle des MIGAC pour 2012. Aussi le périmètre d'intervention du FIR est élargi, et inclut désormais 10 MIG supplémentaires et la totalité des dotations d'aides à la contractualisation à l'exception de celles relevant d'engagements d'investissements nationaux.

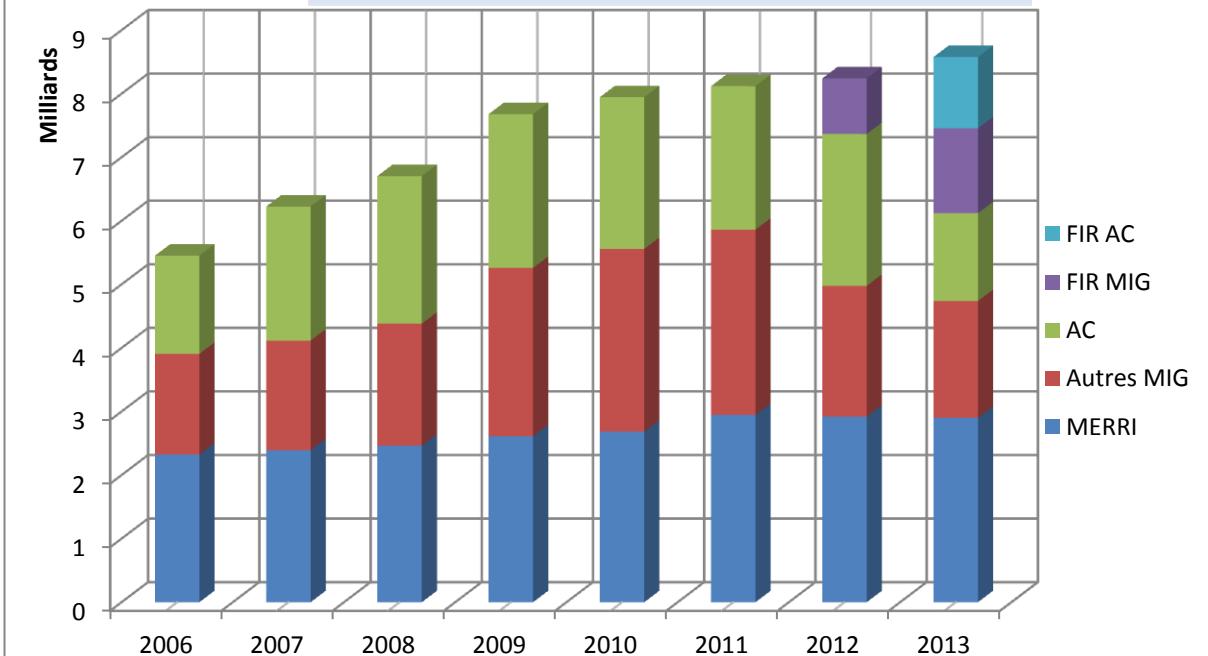
Au total l'ensemble des dotations des MIG et des AC transférées en 2012 et 2013 représentaient environ 2 460 M€, soit 29% de la dotation annuelle des MIGAC pour 2013.

En 2013, les établissements antérieurement placés sous dotation globale ont perçu 6 036 M€ et les établissements antérieurement placés sous OQN ont perçu 51 M€ (0,8% de l'enveloppe MIGAC, contre 1,2% en 2012).

In fine, après correction des écarts de périmètre, c'est-à-dire en incluant les crédits destinés à alimenter le FIR au titre des MIGAC qui y sont versées, la dotation MIGAC attribuée aux établissements de santé a progressé en 2013 de 4 % pour atteindre 8 577 M€.

Pour l'ensemble des financements relatifs à la dotation des MIGAC, 69% concernent les missions d'intérêt général telles qu'elles ont été définies dans l'arrêté du 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Evolution de la dotation des MIGAC



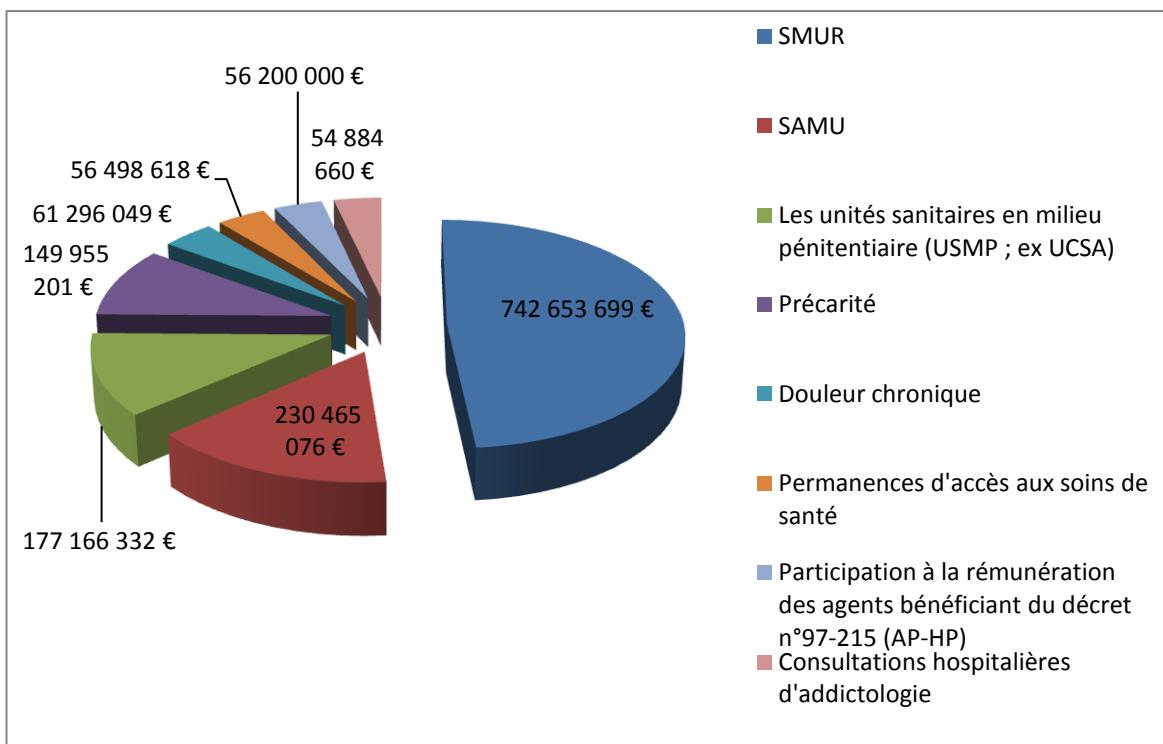
Source : ARBUST MIGAC / ATIH

1.3.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC

a) L'évolution des principales MIG (hors MERRI) en 2013

Compte tenu des modifications du champ de la dotation MIGAC entraînées par l'extension du périmètre du FIR, les comparaisons de l'évolution du montant des dotations des MIG autres que les MERRI sont délicates puisque les hiérarchies de l'importance des dotations s'en trouvent modifiées.

Valeur des principales dotations des autres MIG en 2013



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

En tête des dotations des autres MIG, on retrouve, comme les années précédentes, le financement des SMUR (743 M€) et celui des SAMU (230 M€) au titre de l'aide médicale urgente. Viennent ensuite les dotations des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex UCSA) pour 177M€, celle de la prise en charge hospitalière des personnes en situation de précarité pour près de 150 M€.

Enfin, les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (61 M€), Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé (56,5M€).

b) L'évolution des principales MERRI en 2013

La réforme du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) s'est poursuivie en 2013, modifiant notamment les proportions des dotations de la part fixe et de la part modifiable de ces missions (cf. paragraphe 2.3.2, *infra*).

Les principales dotations des MERRI en 2013 demeurent celles de ces deux parts fixe et modifiable, avec une prééminence de la seconde qui s'accentue (depuis 2011, la valeur de la part modifiable a dépassé celle de la part fixe).

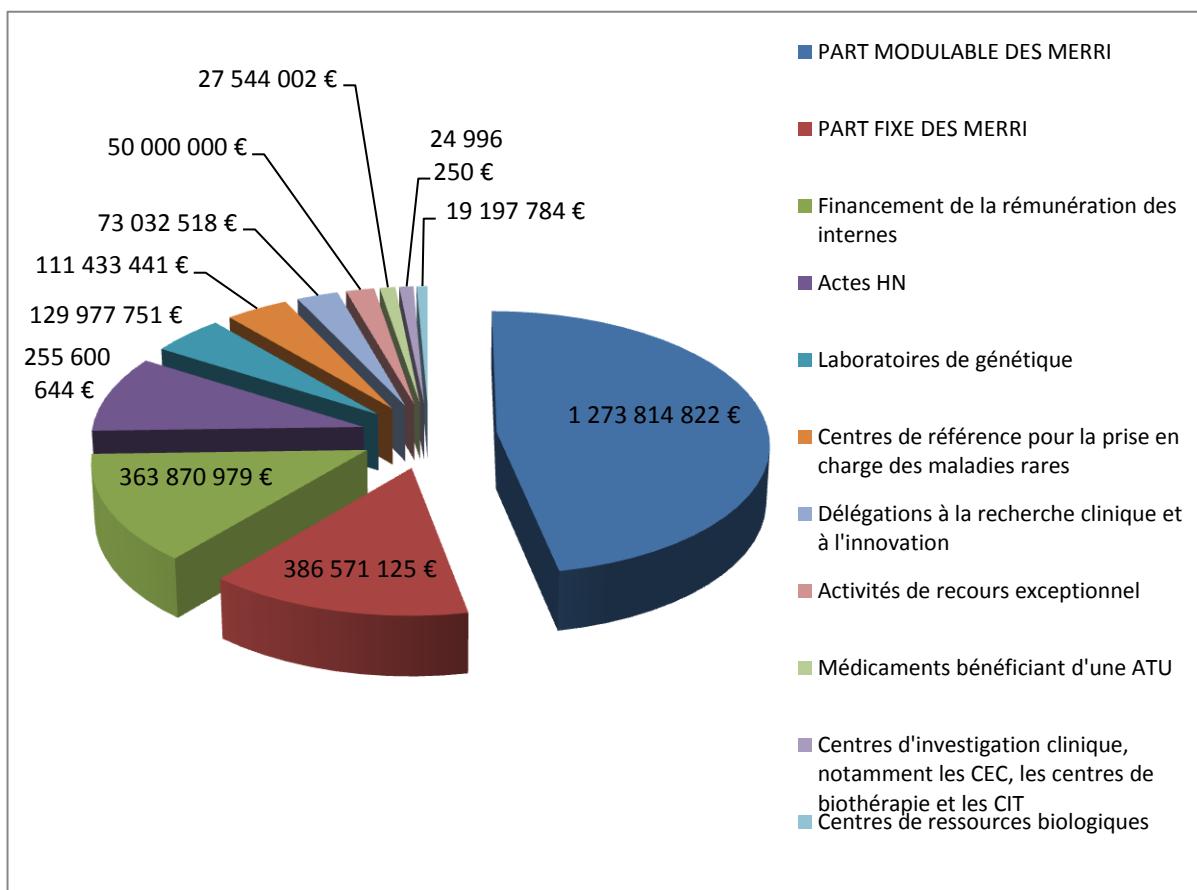
Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie occupe le troisième rang en valeur et le financement des actes dentaires, biologiques et anatomo-pathologiques hors nomenclature le quatrième rang, juste devant le financement des laboratoires de génétique.

On note que parmi les centres de référence ou de compétence qui organisent aussi la prise en charge de patients et qui sont financés par les MERRI, les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares occupent toujours une place importante.

Pour ce qui concerne les structures d'appui à la recherche et à l'innovation, les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), qui organisent notamment la promotion de la recherche clinique, l'aide méthodologique et l'aide à la gestion de données, sont dotées à plus de 73 M€ ,les centres d'investigation clinique cofinancés avec l'INSERM à près de 25 M€ et les centres de recherche clinique à plus de 15 M€.

Enfin, le financement des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et celui des activités de recours exceptionnel (prise en charge médicales ou chirurgicales rares, requérant des compétences très spécialisées et mises en œuvre dans un très petit nombre d'établissements) représentent respectivement plus de 27 M€ et plus de 50 M€ en 2013.

Valeur des principales dotations des MERRI en 2013



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

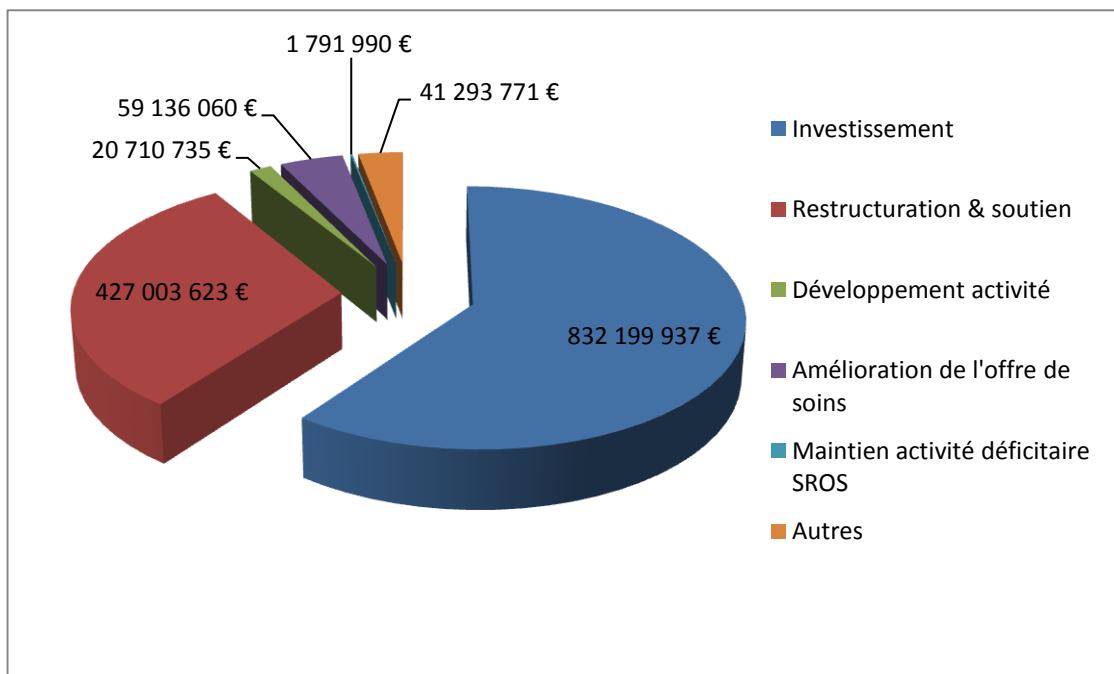
c) L'évolution des aides à la contractualisation en 2013

Le montant total des aides à la contractualisation allouées aux établissements de santé s'est élevé à 1 382 M€ en 2013, contre de 2 390 M€ l'année précédente. Ceci s'explique par l'élargissement du périmètre FIR expliqué supra.

Aussi, les crédits AC alloués en « base » ne représentent plus que 25% contre 56% l'année précédente. En corollaire, la part des mesures nouvelles allouées en AC l'est très majoritairement sous forme de crédits non reconductibles, ce qui reflète bien le double objet principal des AC : soutien à l'investissement hospitalier (60% des AC dont un peu plus de la moitié consacrée aux mesures nationales d'investissement), cet effort étant reconductible sur la durée de l'investissement, et soutien aux restructurations ainsi qu'aux établissements déficitaires (31% des AC), cette aide étant plus ponctuelle et limitée dans le temps.

Comparativement à ces deux grandes catégories qui représentent donc quatre cinquièmes des financements en AC, l'amélioration de l'offre de soins existeante concentre 4,3% des crédits (dont les deux tiers sont consacrés au soutien à la démographie des professionnels de santé), le développement de l'activité 1,5% (consacrés en premier lieu au soutien à l'obstétrique et à la périnatalité, puis à la cancérologie et aux services d'urgence), la catégorie « Autres » 3% et le maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS 0,1%.

Répartition du montant des aides à la contractualisation en 2013



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

1.3.3. Les dotations FMESPP ont également contribué en 2013 au financement des projets des établissements de santé

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Ses missions et son champ d'intervention sont précisés par le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013, qui a abrogé le précédent décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001.

Le fonds finance principalement des dépenses d'investissement des établissements de santé, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de l'offre de soins. La loi prévoit également qu'il puisse financer les missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et, depuis 2013, les missions d'ampleur nationale exercées au bénéfice des établissements de santé par l'Agence des systèmes d'informations partagés en santé.

Le montant annuel du FMESPP est ainsi défini tous les ans, en loi de financement de la sécurité sociale, en fonction des besoins de financement correspondant à ces missions. La dotation FMESPP est donc variable d'une année sur l'autre, notamment en fonction des plans de santé publique et des plans nationaux d'investissements.

Pour mémoire, la création du fonds régional d'intervention (FIR) en 2012 a entraîné une redéfinition du périmètre du FMESPP, une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ayant été transférée au FIR.

Le tableau ci-dessous, reprend les différentes délégations en 2013 au titre du FMESPP.

Montant en euros

SUIVI ANNUEL DU FMESPP	2013	% / par rapport au total délégué
Montant LFSS pour 2013	370 270 000	
Crédits reportés N-1	100 529 479	
TOTAL RESSOURCES FMESPP	470 799 479	
1) Etudes et expérimentations menées par des agences	6 439 248	3,36 %
ATIH	5 370 000	2,80 %
ASIP	1 069 248	0,56 %
2) Opérations d'investissement des établissements de santé	185 399 701	96,64 %
Aide à l'investissement hospitalier et hôpital numérique	126 025 199	65,69 %
Autres opérations d'investissement	58 310 000	30,40 %
Autres opérations	1 064 502	0,55 %
TOTAL Délégues	191 838 949	100,00%
Solde des crédits non délégués (report N)	278 960 530	

Source : DGOS

Le solde important de crédits non délégués s'explique principalement par le report de crédits du plan d'aide à l'investissement hospitalier national. Ils sont en effet destinés à anticiper les besoins d'investissement prévisibles sur les années à venir. Le report de ces crédits permettra ainsi de réduire le montant du FMESPP voté dans les prochaines lois de financement de la sécurité sociale. Une partie de ce solde a d'ailleurs été mis à contribution dès la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

1.4. Mises en réserves prudentielles des tarifs et dotations FIR et DAF et dégels en 2013

Le niveau des mises en réserve prudentielles 2013 s'est élevé à 415M€ en début de campagne puis a été ajusté à 401,8M€ après prise en compte du niveau définitif du montant de la déchéance des crédits FMESPP. Ce montant se décompose en 75M€ sur le FIR et 326,8M€ sur l'ONDAM établissements de santé répartis comme suit :

- ✓ 115M€ via le coefficient prudentiel MCO applicable au premier mars 2013 ;
- ✓ 26,8M€ relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP ;
- ✓ 60M€ sur la marge nationale ;
- ✓ 125M€ sur les bases régionales DAF.

Le gel du FIR a été réparti entre les régions en fonction de la dynamique d'activité MCO régionale 2012 (ex-DG et ex-OQN) par rapport à la dynamique nationale. L'évolution démographique de la région ainsi que le niveau relatif de la consommation des soins ont été pris en compte. En raison de l'absence de données sur les établissements privés, la répartition pour les DOM s'est faite au prorata des bases régionales.

Les 125 M€ de mises en réserve sur les bases DAF régionales ont été répartis de la façon suivante :

- ❖ 50M€ au prorata des bases hors USLD de chaque région
- ❖ 25M€ modulés au regard de la dynamique d'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-Dg et ex-OQN)
- ❖ 25M€ sur la DAF SSR à partir de l'analyse des taux de recours : ont été gelées les 5 régions qui présentent plus de 4% d'écart au taux de recours national médian. Le gel appliqué est ensuite réparti de façon à ce qu'il soit, pour chaque région concernée, d'autant plus important que l'écart à la médiane est grand.
- ❖ 25M€ sur la DAF PSY: seules les régions ayant une DAF par habitant se situant à + de 8% de l'écart à la moyenne seront gelées (8 régions). La répartition du gel s'est faite au prorata des écarts à la moyenne nationale.

Suite à l'avis du comité d'alerte rendu le 9 octobre 2013 estimant qu'il n'y avait pas de risque de sur exécution de l'ONDAM 2013, et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée le 15 octobre 2013 sur le montant des crédits à verser, ainsi que le prévoit l'article R.162-42-1-2 du code de la sécurité sociale, il a été décidé de verser les 115M€ de crédits 2013 mis en réserve au titre du coefficient prudentiel.

1.5. La situation financière des établissements de santé entre 2010 et 2013

1.5.1. La situation financière des établissements ex-DG

Préalable méthodologique

L'analyse de la situation financière des établissements de santé dits ex-DG se base sur deux sources de données.

Pour les établissements publics de santé (EPS), sont exploités les comptes financiers 2010 à 2013, sachant que les comptes 2013 sont provisoires. La base de données est exhaustive pour les quelque 1000 EPS.

Pour les établissements privés ex-DG, sont analysés les comptes financiers 2012 et les troisièmes rapports infra-annuels 2013 déposés sur la plateforme ANCRE⁸. L'analyse étant conduite à champ constant, sont exploités les comptes des 502 établissements ayant répondu aux deux enquêtes. Le champ de travail n'est donc pas exhaustif.

a) En 2013, les établissements publics de santé présentent un résultat global proche de l'équilibre

Après plusieurs exercices déficitaires, les établissements publics de santé (EPS) maintiendraient leurs comptes à l'équilibre en 2013, la dégradation de leur résultat restant très modérée au regard de la masse budgétaire. Le résultat 2013 proche de -100 M€ représente, en effet, seulement 0,1 % du total des produits hospitaliers.

Les EPS enregistreraient un déficit de 97 M€ en 2013 contre un excédent de 31 M€ l'année précédente, soit une baisse de 128 M€. Néanmoins, ce déficit reste très inférieur à ceux enregistrés sur les années précédentes (208 M€ en 2010 et 349 M€ en 2011).

Ce résultat est la somme d'un déficit cumulé de 477 M€ dégagé par un peu moins de la moitié des établissements et d'un excédent cumulé de 380 M€. Les établissements déficitaires seraient un peu plus nombreux qu'en 2012 mais les situations déficitaires les plus graves résorbées pour partie. La moitié du déficit cumulé serait imputable à 38 établissements en 2013 contre 24 l'année précédente.

A l'exception de l'AP-HP, toutes les principales catégories d'établissements dégraderaient légèrement leur résultat en 2013. En particulier, les CHR (hors AP-HP) passeraient d'un excédent de 32 M€ à un déficit de 58 M€. Les centres hospitaliers, toutes tailles budgétaires confondues, enregistreraient une détérioration comparable de leur résultat pour atteindre un déficit de 58 M€. Les CH ex-HL maintiendraient leur équilibre malgré un léger recul de leur résultat. La situation des CHS serait devenue très légèrement déficitaire.

⁸ La base ANCRE est gérée par l'ATIH. Elle a extrait les données du 3ème rapport infra annuel (RIA) 2013 qui est établi par les établissements de santé en février 2014 après leur journée de clôture. Les écarts sont relativement faibles par rapport à ceux du compte financier qui seront disponibles dans leur intégralité à l'automne.

Le résultat global agrège les résultats des différents budgets de l'hôpital. En particulier, le budget principal (il rend compte de l'activité hospitalière), qui pèse pour 88 % dans les produits hospitaliers totaux, expliquerait entièrement le déficit ainsi que la dégradation du résultat puisque ce budget serait déficitaire à hauteur de 315 M€ contre 200 M€ en 2012. Les budgets annexes, historiquement excédentaires, n'enregistreraient qu'une légère baisse de leur résultat qui passerait de 230 à 219 M€ entre 2012 et 2013.

Le taux de résultat des EPS s'est très légèrement dégradé, il passerait de 0 % à -0,1 % entre 2012 et 2013. Rapporté au total des produits, le déficit des EPS en 2013 reste donc très modéré. Le détail des taux de résultat par catégorie d'établissements met en évidence une certaine disparité. En particulier, les centres hospitaliers de moyenne taille (budget compris entre 20 et 70 millions d'euros) affichent un taux de résultat moyen négatif de -0,6 % tandis que leurs confrères de petite taille dégagent un taux de résultat positif à hauteur de 0,6 % comme les CH ex-HL. Les CHR enregistreraient la dégradation la plus forte, leur taux de résultat passant de 0,2 % à -0,3 %.

Résultat des comptes de résultat consolidés de 2010 à 2013 et taux de résultat en 2012 et 2013⁹

En M€	2010	2011	2012	2013	Taux de résultat 2012	Taux de résultat 2013
APHP	-103	-72	-21	-7	-0,3%	-0,1%
CHR	-147	-179	32	-58	0,2%	-0,3%
CH	-77	-180	21	-58	0,1%	-0,2%
CH>70 M€	-25	-77	29	-12	0,1%	0,0%
CH 20-70 M€	-60	-105	-14	-55	-0,2%	-0,6%
CH<20 M€	8	2	6	9	0,4%	0,6%
CH ex-HL	73	41	37	25	0,9%	0,6%
CH ex-CHS	34	32	20	-3	0,3%	-0,1%
Autres EPS	11	8	-58	5	-12,6%	1,3%
Tous EPS	-208	-349	31	-97	0,0%	-0,1%

Source : DGFiP

La seule analyse du résultat global n'est pas suffisante pour apprécier correctement la situation financière des établissements de santé, le résultat étant impacté chaque année par des opérations comptables. En effet, les établissements de santé se sont engagés dans une démarche de fiabilisation de leurs comptes à partir de 2011. De fait, de nombreux changements sont intervenus dans les modalités de comptabilisation de produits ou charges, notamment en ce qui concerne les provisions. Aussi est-il important de compléter l'analyse du résultat par celle de la capacité d'autofinancement, qui rend mieux compte des réels efforts de productivité menés par les hôpitaux.

⁹ Le découpage en catégorie d'établissements ne tient pas compte des éventuels changements d'une année à l'autre. Par exemple, un établissement public de santé ayant fusionné avec un autre en 2013 et changeant ainsi de catégorie (CH <20 M€ vers CH 20-70 M€) entre 2012 et 2013, figurera en 2012 dans CH <20 M€ et en 2013 dans CH 20-70 M€. Ainsi, des évolutions de résultat peuvent être imputables à ce type de mouvement (regroupement, fermeture etc.).

La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé reculerait d'environ 6,6 % pour atteindre 3,9 Md€ en 2013. Cette baisse serait imputable à une croissance des charges du budget principal plus rapide que celle des produits, +2,3 % contre +2,1 %¹⁰. La progression des charges est principalement portée par l'accélération des dépenses de

personnel (+2,7 % en 2013 contre +2,3 % l'année précédente) qui s'explique essentiellement par une hausse des charge sociales (+4,6 % en 2013 contre +2,4 % en 2012), la masse salariale n'évoluant que modérément (+2,2 %). Les autres charges, celles médicales, hôtelières et générales, observeraient une croissance décélérée, +2,5 % en 2013 contre +4,6 % en 2012. La progression des recettes est portée principalement par celle des produits versés par l'assurance maladie. Ces derniers, y compris le fonds d'intervention régional (FIR)¹¹, auraient augmenté de +2,4 % en 2013 contre +2,7 % l'année précédente.

Toutes les grandes catégories d'établissements accuseraient une baisse de capacité d'autofinancement en 2013. L'AP-HP et les centres hospitaliers de taille moyenne enregistreraient les baisses les plus importantes, respectivement 80 M€ et 72 M€. Les CHR maintiendraient leur CAF au niveau de 2012.

La CAF se contractant pour une masse budgétaire en croissance, le taux de CAF reculerait en 2013 pour l'ensemble des établissements publics de santé. Il passerait de 5,6 à 5,1 %. Toutes les catégories d'établissements enregistrent une baisse de leur taux de CAF mais selon des amplitudes très variables. Alors que les CHR maintiendraient leur taux de CAF au-dessus de la moyenne à 5,6 %, en baisse de seulement de 0,2 point, l'AP-HP dégraderait son taux de 1,2 point pour reculer à 4,6 %.

Capacité d'autofinancement de 2010 à 2013 et taux de CAF en 2012 et 2013

En M€	2010	2011	2012	2013	Taux de CAF 2012	Taux de CAF 2013
APHP	280	382	409	330	5,8%	4,6%
CHR	967	1 098	1 162	1 150	5,8%	5,6%
CH	2 038	2 090	1 959	1 829	5,5%	5,0%
CH>70 M€	1 245	1 309	1 373	1 322	5,5%	5,2%
CH 20-70 M€	637	613	488	416	5,2%	4,4%
CH < 20 M€	156	168	97	90	6,2%	5,7%
CH ex-HL	285	262	256	231	6,5%	5,8%
CH ex-CHS	332	338	306	278	5,0%	4,4%
Autres EPS	50	38	36	38	7,9%	9,3%
Tous EPS	3 953	4 208	4 129	3 856	5,6%	5,1%

Source : DGFIP

La capacité d'autofinancement demeurerait la première source de financement des investissements hospitaliers qui s'élèveraient autour de 5 Md€ (- 12 % par rapport à 2012). En 2013, la CAF représenterait presque 80 % de l'investissement. Concomitamment, l'endettement net (emprunts nouveaux – remboursements du capital des emprunts anciens) fléchirait nettement, il passerait de 1,6 Md€ en 2012 à 0,9 Md€ en 2013.

¹⁰ Ces taux d'évolution ont été calculés en retenant les charges et produits contribuant à la formation de la CAF (sont donc exclus les dotations aux amortissements, etc.) mais hors charges et produits exceptionnels, ceux-ci enregistrant des baisses atypiques liées à des opérations de régularisation passées en 2012 par quelques établissements.

¹¹ Ces taux d'évolution sont calculés en réintégrant les dotations du FIR comptabilisés en titre 3, afin de neutraliser le transfert en 2012 et 2013 de crédits de l'enveloppe MIGAC (produits de titre 1) vers le FIR (produits de titre 3).

b) En 2013, les établissements privés ex-DG enregistrent une dégradation de leurs comptes

Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) auraient enregistré une dégradation de leur résultat en 2013 par rapport à l'année précédente, il serait passé de -27 à -51 M€. La baisse du résultat se partage également entre les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les autres établissements privés ex-DG, respectivement -12 M€ et -11 M€.

Le déficit des EBNL représenterait 0,5 % de leur budget en 2013 contre 0,3 % l'année précédente. Concernant les CLCC, leur déficit représenterait au global 1,1 % de leur masse budgétaire (1,9 Md€) tandis que pour les autres EBNL ce déficit représenterait 0,5 % (8,3 Md€).

Résultat des comptes de résultat consolidés et taux de résultat de 2012 et 2013¹²

En M€	2012	2013	Taux de résultat 2012	Taux de résultat 2013
EBNL	-19	-30	-0,2 %	-0,5 %
CLCC	-9	-21	-0,5 %	-1,1 %
Total des privés ex-DG	-27	-51	-0,3 %	-0,5 %

Source : ATIH

La CAF du secteur privé ex-DG se replierait significativement à 385 M€ en 2013, soit -13,8 %. Cette détérioration est le fait des EBNL autres que les CLCC, ces derniers maintenant leur CAF autour de 100 M€. La dégradation du résultat des CLCC serait donc due à des opérations comptables (dotations aux amortissements...).

Le taux de CAF de l'ensemble des EBNL reculerait de 4,5 % à 3,8 %, l'écart se creusant entre les CLCC qui maintiennent leur taux au-dessus de 5 %, très proche de celui des EPS, et les autres EBNL dont le taux tombe à 3,4 %.

¹² Les données sont issues des comptes financiers 2012 et du 3ème rapport infra-annuel 2013 déposés par les établissements privés ex-DG sur ANCRE. L'étude est réalisée à champ constant, ce qui signifie qu'un établissement n'ayant pas déposé ses comptes en 2012 et/ou 2013 est exclu du champ d'étude.

Capacité d'autofinancement et taux de CAF en 2012 et 2013

En M€	2012	2013	Taux de CAF 2012	Taux de CAF 2013
EBNL	343	283	4,2 %	3,4 %
CLCC	104	102	5,5 %	5,2 %
Total des privés ex-DG	447	385	4,5 %	3,8 %

Source : ATIH

1.5.2. La situation financière des cliniques privées

L'analyse de la situation financière des cliniques privées à but lucratif reprend les études conduites par la DREES courant 2014 et se base sur les données 2010 à 2012.

Les cliniques privées à but lucratif ont réalisé en 2012 un chiffre d'affaires d'environ 13,6 milliards d'euros, en progression de 500 millions d'euros par rapport à 2011 (soit +4,1 %). Il est réalisé pour plus des trois quarts (78 % exactement) par les cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le solde par les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) (17 % en 2012) et de psychiatrie (5 %). Le chiffre d'affaires ne prend pas en compte les honoraires des praticiens libéraux qui y exercent.

Dans leur ensemble, les cliniques privées dégagent un résultat excédentaire en 2012, comme lors des exercices précédents. Leur rentabilité nette, rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires, s'établit en moyenne à 1,8 % en 2012, en baisse de 0,8 point par rapport à l'année précédente (2,6 %). Cette dégradation s'explique par des opérations exceptionnelles de cessions immobilières en 2011 pour certaines cliniques MCO, qui ont transitoirement augmenté leur résultat de cette année. En 2012, la rentabilité nette est voisine de celle observée lors de la période 2008-2010.

Cette situation économique, globalement satisfaisante, reste toutefois marquée par de fortes disparités. Plus d'un tiers des cliniques subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité nette supérieure à 10 %. En outre, les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2012 (5,2 %, -0,6 point), devant les cliniques de SSR (3,2 %) dont la rentabilité repart à la hausse (+0,3 point) après deux années de baisse. Les cliniques MCO demeurent les moins rentables (1,2 %, -1,2 point).

2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2014

2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2014

2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2014

L'ONDAM établissements de santé pour 2014 a été voté à 75,5Mds€ correspondant à un taux d'évolution de +2,3%. Son niveau a été revu à 75,3Mds€ dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

L'ONDAM établissements de santé¹³ se décompose en deux sous-objectifs de dépenses qui sont l'objectif des « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » (fixé pour 2014 à 55,6Mds€) et l'objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (fixé pour 2014 à 19,7Mds€) :

- Le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » regroupe l'objectif des dépenses en chirurgie, médecine et obstétrique (ODMCO), fixé pour 2014 à 49,4 Mds€ et la dotation pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), fixé pour 2014 à 6,1Mds€.
- Le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » regroupe l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixé pour 2014 à 16,5Mds€, l'objectif quantifié national (OQN) fixé pour 2014 à 2,8Mds€ et le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) fixé pour 2014 à 0,1Mds€. La quote-part de crédits restante correspond aux crédits afférents au champ non régulé (0,3Mds€).

Au sein de l'ODMCO, les trois sous-enveloppes de financement ont été fixées pour 2014 comme suit :

- Liste en sus comprenant les médicaments et dispositifs médicaux implantables non financés par les tarifs hospitaliers : 4,5Mds€ ;
- Forfaits annuels (urgence / prélèvement d'organes) : 1,2Mds€ ;
- Masse tarifaire comprenant notamment les dépenses afférentes aux séjours et actes et consultations externes : 43,8Mds€.

¹³ Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) étant désormais un sous-objectif à part entière au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses des différentes composantes de l'ONDAM établissements de santé déclinés dans le présent rapport, n'intègrent donc pas les crédits transférés vers le FIR.

2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres

a) Les mesures d'économies

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2014 a été évaluée à 3,1%, soit un besoin de financement complémentaire de 2,3Mds€ par rapport à l'objectif 2013. Des mesures d'économie à hauteur de 577M€ ont par conséquent été rendues nécessaires pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2,3%.

Ces efforts d'économie se décomposent de la manière suivante :

- Renforcement de l'efficience interne (rationalisation des achats hospitaliers, 300M€) ;
- Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge (139M€) ;
- Efficience des produits de santé à l'hôpital (138M€) ;

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a ensuite intégré 225M€ d'économies supplémentaires, soit un niveau équivalent à la sous-exécution 2013 prévisionnelle.

b) Les transferts liés à la prise en compte de l'exécution 2013

L'ONDAM 2014 est établi en comparaison à l'ONDAM 2013. Ainsi, lorsque certaines composantes connaissent une évolution des dépenses plus importantes que prévues en 2013 (dépassement couvert en 2013 par les mises en réserve prudentielles), il est nécessaire d'en tenir compte dans la construction de l'ONDAM 2014, afin que ce dépassement soit couvert en construction initiale.

Ainsi, la sur-exécution constatée en 2013 sur les différentes composantes de l'ODMCO ex-DG a été couverte :

- d'une part par une régulation prix-volume (impact sur les tarifs de prestation 2014),
- d'autre part, par un transfert de l'enveloppe MIGAC vers la liste en sus.

2.2.Les évolutions apportées en 2014 sur le champ ODMCO

2.2.1. Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO

Ces évolutions résultent de processus d'études de l'ATIH et de concertation avec les fédérations hospitalières, en général initiées à la demande des acteurs hospitaliers et souvent réalisées dans un cadre pluriannuel, en vue d'aboutir à leur bonne compréhension et application par les établissements.

Les évolutions de la classification des GHM (V11f)

Les principales évolutions de la classification par rapport à la version 11e sont issues des travaux de maintenance pour améliorer l'homogénéité des GHM en termes de durée de séjour et de coûts de prise en charge :

- la création d'une nouvelle racine de techniques interventionnelles dans la CMD 07 pour le traitement des affections malignes du foie ;

Cette nouvelle racine 07K06 « Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire », groupe les séjours avec un acte non classant en V11e de destruction de tumeur hépatique par radiofréquence. Ces séjours étaient majoritairement classés dans la racine 07M06 (Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas).

- la refonte des racines médiales d'allergologie ;

Elle consiste à regrouper tous les séjours pour désensibilisation, tests allergologiques et antécédents d'allergie dans une même racine sans niveau de sévérité mais comprenant un GHM de très courte durée. Ces évolutions aboutissent à la suppression des racines 23M13 (Désensibilisations nécessitant une hospitalisation) et 23M18 (Tests allergologiques nécessitant une hospitalisation) et à la création de la racine 23M21 « Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation ». Les antécédents d'allergie médicamenteuse (séjours issus de la racine 23M20) sont désormais également classés dans cette nouvelle racine.

- la suppression du GHM 05K18J « Varices avec acte autre que ligature et éveinage, en ambulatoire » ;

Depuis sa création en 2009, les effectifs n'ont cessé de décroître pour atteindre un nombre de 350 séjours en 2012. Ces actes de sclérose de varices sont massivement réalisés en ville et non dans le cadre d'une hospitalisation. A compter de la version 11f, ce GHM est supprimé. Les séjours sont désormais classés dans la racine médicale correspondant à leur diagnostic principal.

- Traitement par radiofréquence ou laser de la veine saphène ;

A partir de la version 11f, les actes de radiofréquence et de lasers de la grande veine saphène sont rendus classant opératoires et orientent les séjours dans la racine 05C17 « Ligatures de veines et éveinages ».

- Hydronephrose

Les séjours d'hydronephrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale sont reclassés dans la racine 11C11 au lieu de la racine 11C13 afin de répondre à la demande de prise en charge des séjours avec lithiasis urinaires.

Les évolutions des catégories de prestations

Les évolutions relatives à l'arrêté prestations concernent :

- Création d'une majoration pour la racine d'autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle (05C08)

Cette majoration vise à financer le surcoût des séjours avec implantation de bioprothèses de la valve aortique par voie transapicale, surcoût lié à l'allongement de la durée de ces séjours. Le tarif est fixé au même niveau que celui du GHM de poses de bioprothèses de la valve aortique par voie vasculaire (05K21) compte tenu de la similitude des surcoûts observés.

- Suppression du GHS majoré de prostatectomie transurétrale de niveau 1

Ce GHS 4561 visait à faciliter le développement de la thermothérapie prostatique par radiofréquence en finançant le surcoût du dispositif à usage unique du procédé thérapeutique dit « TUNA » (Transuretral needle ablation). Compte tenu des évolutions de pratiques, le maintien d'un GHS pour faciliter le développement de cette technique ne se justifie plus.

- Les évolutions pour l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée

Depuis le 1er mars 2013, le passage en GHS de l'ensemble des forfaits d'hémodialyse en centre et d'entraînement à l'hémodialyse n'a plus rendu possible la facturation des séances d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), qui facturent uniquement des forfaits D eu égard à leur nature (structure "hors centre"), alors même que les textes relatifs à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique le prévoient.

A compter du 1er mars 2014 la création d'un forfait D24 d'entraînement à l'Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) rend à nouveau possible la facturation des séances d'entraînement à l'hémodialyse par les UDM.

La facturation du forfait D11 lorsque la séance de dialyse est réalisée en UDM est autorisée en sus d'un GHS, au même titre que lorsque les séances de dialyse sont effectuées en centre. Ce cumul de facturation est en adéquation avec les orientations nationales de développement de la dialyse hors centre, qui ne doivent pas être freinées par les règles de facturation.

- Les suppléments « surveillance continue » et réanimation pédiatrique

Jusqu'à présent l'une des conditions permettant la facturation du supplément « surveillance continue » SRC était le transfert direct du patient depuis une unité de réanimation adulte autorisée, alors que le transfert direct depuis une unité de réanimation pédiatrique ne permettait pas cette facturation.

Cette restriction est levée, et la facturation du supplément SRC est désormais également possible en cas de transfert direct du patient depuis une unité de réanimation pédiatrique autorisée.

Les évolutions concernant la liste en sus

Comme chaque année, la liste des médicaments et des DMI facturables en sus des GHS évolue. Ces évolutions sont notamment réalisées en fonction des critères d'inscription définis dans la recommandation de principe du conseil de l'hospitalisation du 18 novembre 2010.

Les molécules onéreuses et les DMI, réintégrés au 1er mars 2014 dans les tarifs, sont les spécialités pharmaceutiques à base d'agents stimulants de l'érythropoïèse (EPO) et les DMI suivants : les implants d'extension cutanée gonflable, les implants de pontage, et les implants testiculaires. La réintégration consiste à transférer dans les tarifs la masse financière correspondante à ces spécialités sur la base des dépenses remboursées constatées en 2013 (hors EMI).

Pour l'EPO, la masse transférée a pris en compte le nouveau tarif de responsabilité fixé par le CEPS en octobre 2013. Pour la réintégration, l'ensemble des activités (racines) concernées a été impacté, y compris les forfaits de dialyse hors centre (forfaits D₁) en fonction de leur consommation sur l'année 2013.

Pour les DMI, la réintégration a été ciblée sur les racines représentant plus de 90% du montant total de la dépense. Les racines concernées sont :

- pour les implants d'extension cutanée gonflable : 09C03 ; 09C04 ; 09C05 ; 09C06 ; 09C11
- pour les implants de pontage : 05C03 ; 05C06 ; 05C10 ; 05C11
- pour les implants testiculaires.12C05 ; 12C06 ; 12C07

Par ailleurs, une molécule, à savoir l'Hexvix®, a été réinscrite sur la liste en sus suite à un contentieux auprès du Conseil d'Etat. Cette réinscription a entraîné la baisse des tarifs des GHS auxquels appartiennent les séjours consommateurs.

Sur le champ HAD, les molécules radiées de la liste en sus lors des campagnes 2010 à 2013 n'avaient pas fait l'objet d'une intégration dans les tarifs GHT. Le financement de ces molécules a été réalisé entre temps via des crédits spécifiques AC. Pour 2014, la réintégration de ces molécules onéreuses dans le modèle de financement à la journée a été actée. Elle a été ciblée sur le MPP 05 (Chimiothérapie anti-cancéreuse), compte tenu de la nature des molécules (principalement des anticancéreux). En revanche, cette technique de réintégration n'a pas pu être appliquée pour l'EPO dès cette année. Les établissements se verront compensés via une dotation AC en fonction de leur consommation 2013.

2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2014 : une transition vers le principe de neutralité tarifaire

La campagne tarifaire 2014 s'est inscrite dans la continuité de la campagne 2013 avec la poursuite de la transition vers le principe de neutralité tarifaire. Cette transition s'inscrit dans une réforme plus en profondeur, dont les contours sont actuellement en discussion au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) installé en décembre 2012.

La construction tarifaire 2014 répond aux trois grands objectifs suivants :

- Réduire les sur et sous financements extrêmes constatés par référence aux tarifs « neutres » approchés par les tarifs issus des coûts. Cette démarche vaut pour l'ensemble des activités mais les activités antérieurement protégées voient leur surfinancement diminué dans une moindre mesure.
- Poursuivre le renforcement de la politique tarifaire en faveur de la chirurgie ambulatoire
- Procéder à une actualisation à minima du modèle (classification des GHM, prise en compte de l'évolution des durées moyennes de séjour) dans l'attente des futurs travaux d'adaptation et de simplification.

La fixation des tarifs comprend deux phases successives :

- la prise en compte des mesures modifiant le périmètre des tarifs par rapport aux tarifs 2013 ;
- les modulations tarifaires induites par l'application du principe de neutralité tarifaire au vu de l'étude sur la méthode alternative de comparaison des coûts et des tarifs (tarifs issus des coûts).

a) Phase 1 : Mesures modifiant le périmètre des tarifs

Cette étape consiste à faire varier les tarifs publiés en 2013 au vu des changements impactant le contenu même des GHM. Il s'agit notamment d'identifier les activités impactées:

- par l'évolution de la classification (cf. §2.2.1)
- par les radiations de médicaments et de DMI de la liste en sus. (cf§2.2.1)

b) Phase 2 : Modulations tarifaires 2013

- i. Renforcement de la politique incitative à la chirurgie ambulatoire.

A titre liminaire, il est à noter que la construction de l'ONDAM hospitalier 2014 intègre des mesures d'économies au titre de la chirurgie ambulatoire pour un montant de 45M€, dont 30M€ pour le secteur ex-DG et 15M€ pour le secteur ex-OQN (répartition au prorata des bases de chirurgie de chaque secteur).

Pour parvenir à ce cadrage général, la campagne 2014 s'inscrit dans la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire, d'une part en amplifiant les incitations tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire et d'autre part en désincitant à la prise en charge en hospitalisation complète.

Les mesures favorisant la prise en charge en ambulatoire se traduisent par :

→ la généralisation du tarif unique entre le niveau 1 et le niveau J à toutes les activités de chirurgie dont la racine comporte un niveau J

Cette mesure permet de passer de 47 GHM de chirurgie en TU en 2013 à 110 GHM de chirurgie en TU en 2014. Cet incitatif tarifaire concerne 56% de l'activité chirurgicale du secteur ex-DG, et 78% du secteur ex-OQN.

Les modalités de fixation de ce tarif unique sont différentes selon le niveau de développement actuel de chirurgie ambulatoire propre à chaque secteur.

Ainsi, 4 classes sont créées :

- Classe 1 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80%
- Classe 2 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80%
- Classe 3 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50%
- Classe 4 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%

Pour chaque classe le tarif a été calculé comme suit :

- Classe 1 : Tarif issu des coûts moyens 1/J
- Classe 2 : Tarif moyen pondéré par le taux tendanciel¹⁴ de chirurgie ambulatoire
- Classe 3 : Tarif moyen pondéré par le taux observé de chirurgie ambulatoire
- Classe 4 : Tarif du niveau 1

Ainsi, pour la classe 1, dont le développement de l'ambulatoire est quasiment à son terme, le tarif unique est mis en articulation avec le principe de neutralité tarifaire (cf. infra). Pour les autres classes, le mode de calcul du tarif unique permet une incitation plus grande à la prise en charge en ambulatoire, lorsque le taux de chirurgie ambulatoire actuel est bas. A noter que pour les couples avec un taux d'ambulatoire très bas (classe 4), le tarif unique n'implique pas de désincitation à la prise en charge sur le niveau 1.

La répartition des GHM selon les différentes classes est la suivante :

Classes	Ex DGF	Ex OQN
Nombre de GHM		
Classe 4 : tarif 1	9	7
Classe 3 : tarif moyen - taux observé	66	44
Classe 2 : tarif moyen - taux tendanciel	24	34
Classe 1 : TIC moyen - taux tendanciel	12	26

¹⁴ Le taux tendanciel correspond au taux prévisionnel 2016 des séjours en ambulatoires, calculé en rapportant les séjours en J sur l'ensemble des séjours J+1. La prévision correspond au prolongement tendanciel des taux observés entre 2007 et 2013.

Dans le cadre de la politique globale sur la chirurgie, une action a également porté sur les GHM de chirurgie des niveaux 2,3 et 4 en situation de sur financement. Elle se traduit par la mise en application du principe de neutralité tarifaire pour les activités présentant une situation de sur financement d'au moins 5%. Les tarifs de ces GHM ont été diminués pour se rapprocher vers le tarif issu des coûts.

→ la suppression des bornes basses pour l'activité de chirurgie.

Cette mesure favorise les établissements développant des techniques innovantes en matière de chirurgie ambulatoire (exemples de prise en charge de prothèses totales de genou en CA). Elle conduit à la suppression de 99 bornes bases dans le secteur ex-DGF et 76 dans le secteur ex-OQN.

Tout changement des bornes sur un GHM entraîne une évolution de la valeur faciale du tarif. En revanche, ces modifications s'opèrent sur le principe de conservation de la masse financière globale du GHM impacté. La rémunération moyenne des séjours appartenant au GHM reste donc inchangée, même si les modalités de financement évoluent. De plus, la révision d'une borne sur le niveau 1 implique également une modification en cascade du financement des niveaux supérieurs. Ainsi, si cette opération est neutre sur le financement moyen des séjours d'un GHM, pour autant elle entraîne des évolutions tarifaires.

ii. Réduction des sur et sous financements extrêmes : poursuite de l'application du principe de neutralité tarifaire enclenché en 2013.

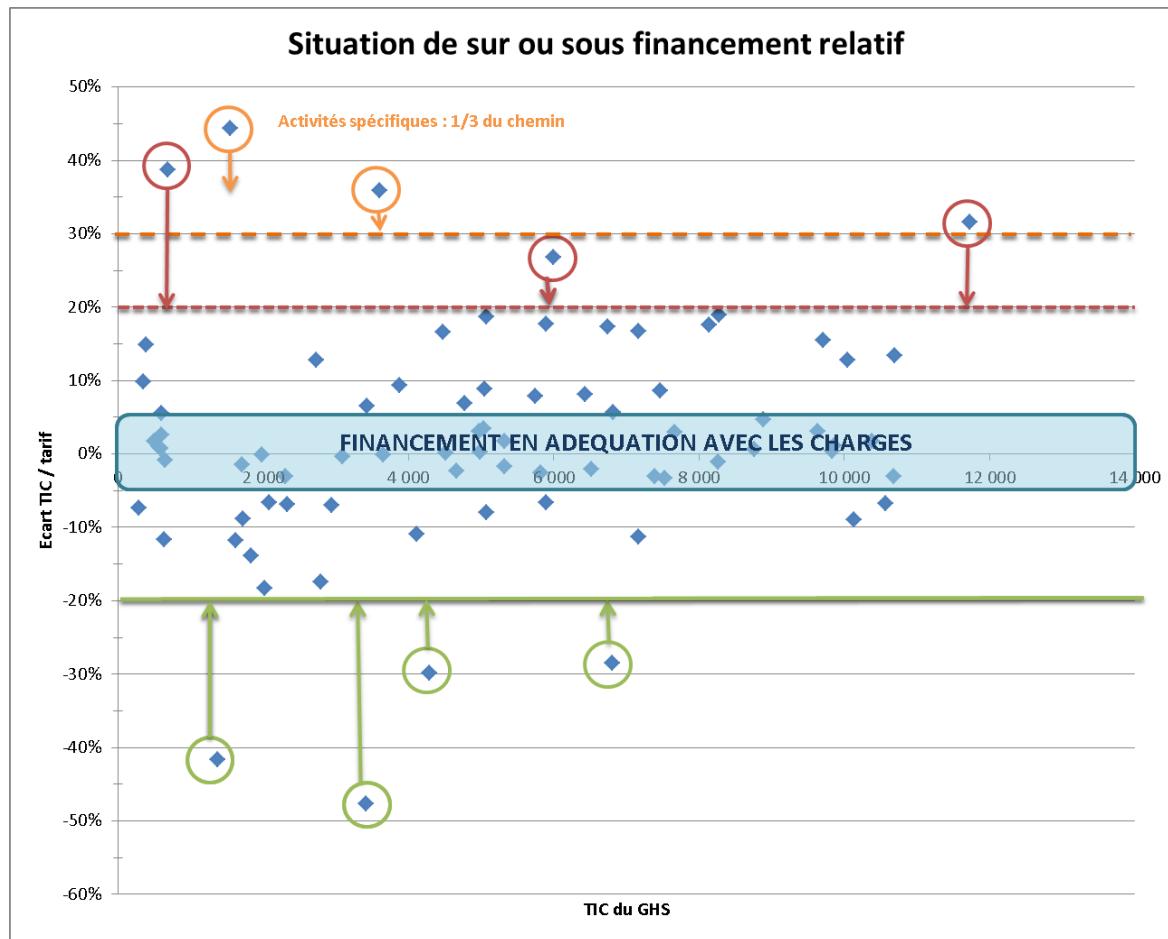
La poursuite du principe de neutralité tarifaire se traduit dans la campagne 2014 par la réduction des sous et sur financements extrêmes. Dans ce cadre, la modulation s'appuie sur l'étude de l'ATIH « Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs », qui permet de calculer des tarifs dit issus des coûts (TIC), respectant la hiérarchie de l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) dans la contrainte de la masse tarifaire allouée.

Pour ce faire, un taux de sous financement et un taux de sur financement maximal ont été fixés. Ainsi, les activités dites « spécifiques » (AVC, cancer, soins palliatifs, activités lourdes) ont été également mises à contribution, pour la deuxième année consécutive, mais continueront de bénéficier néanmoins d'un traitement privilégié.

Pour les activités sous financées, fixation à 20% du taux de sous financement maximal et de ramener le tarif des activités identifiées à - 20% de leur TIC sur le secteur ex DG. Le taux est de -18% sur le secteur ex OQN.

Pour les activités sur financées, comme indiqué supra, les activités spécifiques, ont été traitées différemment des autres activités :

- Concernant les « autres activités », fixation d'un taux de surfinancement maximal à 25% et ramener les tarifs des GHM identifiés à 25% de leur TIC ;
- Concernant les activités spécifiques, fixation d'un taux de surfinancement maximal cible à 30% et rapprocher d'un tiers en 2013 les tarifs des GHM vers 30% de leur TIC.



2.2.3. Un renforcement de la politique tarifaire en faveur de la chirurgie ambulatoire

Le Ministère de la santé a mis en œuvre ces dernières années, notamment dans le cadre des campagnes tarifaires, une politique visant à inciter au développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie.

Pour rappel, la principale mesure incitative a consisté en la mise en place, dès 2009, d'un « tarif unique » entre le séjour en ambulatoire (identifié par la lettre « J ») et le premier niveau de sévérité (niveau 1) en hospitalisation complète sur des racines de GHM de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire.

Cette politique de tarif identique pour les GHM de chirurgie présentant un fort potentiel de substitution (de l'hospitalisation complète de niveau 1 de sévérité vers l'ambulatoire) a été étendue progressivement à une part plus importante de l'activité de chirurgie : 18 couples de GHM en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013.

La campagne 2014 marque un net renforcement de cette politique tarifaire en faveur de la pratique ambulatoire, puisque le tarif unique a été généralisé, et s'applique désormais à l'ensemble des 110 GHM de chirurgie ambulatoire (racines de chirurgie comportant un « J » = activité ambulatoire identifiée dans la classification).

Cette généralisation du tarif unique à compter de la campagne 2014 a fait l'objet d'une large concertation avec les représentants des professionnels et les fédérations hospitalières.

Elle constitue un « signal-prix » fort et lisible pour les acteurs, **simplifiant le modèle de financement** de cette activité.

Les modalités de calcul des tarifs uniques de chirurgie appliquées en campagne 2014, et précisées en détail ci-dessus (cf. 2.2.2.), répondent à un triple enjeu :

- incitation à la prise en charge ambulatoire en substitution de l'hospitalisation à temps complet ;
- désincitation à l'hospitalisation à temps complet ;
- transition progressive vers la neutralité tarifaire.

Notons par ailleurs que d'autres problématiques sont également prises en compte dans la fixation des tarifs. Il s'agit de garantir une viabilité économique pérenne des prises en charge ambulatoires pour les établissements de santé, tout en mettant en œuvre les économies attendues par le développement de ce mode de prise en charge plus « efficient », de veiller à éviter les situations de rentes et les effets d'aubaine sur certaines prises en charge, et de ne pas pénaliser les prises en charge en hospitalisation complète pour les actes ne pouvant être réalisés en ambulatoire et pour les patients qui ne sont pas éligibles à cette modalité de prise en charge.

Ainsi, **la transition vers la neutralité tarifaire a été intégrée de façon différenciée** (cf. 2.2.2.) **dans le mode de calcul des tarifs uniques**, selon le degré observé de développement de la pratique ambulatoire pour chacun des GHM de chirurgie concernés, afin de tenir compte des disparités de maturité et de potentiel de développement de la pratique ambulatoire.

Enfin, comme mentionné précédemment (cf. 2.2.2.), la campagne 2014 a mis en œuvre la **suppression des bornes basses** de tous les GHM de chirurgie de niveau 1 de sévérité, répondant ainsi à la forte demande des professionnels et de l'AFCA (Association française de chirurgie ambulatoire).

Cette mesure vise à favoriser le développement des prises en charges innovantes en ambulatoire, et de manière plus générale, la diminution des durées de séjours, en évitant les incitations à la prolongation injustifiée sur le plan médical de certains séjours de chirurgie.

2.2.4. Les garanties du respect de l'ONDAM : mises en réserve et coefficient tarifaire prudentiel

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM.

Le niveau, en début de campagne, de ces mises en réserve est identique à celui de 2013, soit 415M€ dont 75M€ sur le FIR et 340M€ sur l'ONDAM établissements de santé répartis comme suit :

- ✓ 118M€ via le coefficient prudentiel MCO applicable au premier mars 2014 ;
- ✓ 23M€ via le report de deux mois (janvier-février 2014) de l'application du coefficient prudentiel MCO 2013 ;
- ✓ 20M€ relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP ;
- ✓ 60M€ sur la marge nationale DAF ;
- ✓ 119M€ sur les bases régionales DAF.

Il convient de préciser que les crédits issus de la déchéance du FMESPP, finalement estimée à 33,8M€ ont été préemptés au titre de la révision de l'ONDAM établissements de santé 2014 fixée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

S'agissant du coefficient prudentiel, il a été fixé à hauteur de -0,35% pour l'ensemble des établissements de santé du champ MCO.

Les crédits mis en réserve ont vocation à couvrir une éventuelle sur-exécution de l'ONDAM. Ils pourront donc être restitués totalement ou partiellement en fin de campagne 2014 s'il apparaît que le niveau d'activité réel est conforme aux prévisions.

La répartition des crédits mis en réserve sur les bases régionales (FIR et DAF) s'est appuyée sur les mêmes critères qu'en 2013 (voir 1. 4), hormis sur les 25 M€ de la DAF SSR : les régions ayant atteint leur taux cible d'activité SSR (CPOM indicateur 8.2.2) à +ou- 50% ne sont pas gelées. Les gels sont ensuite calculés au prorata des bases régionales.

2.3.Les évolutions apportées en 2014 sur le champ des MIGAC et du FIR

2.3.1.La MIG « SAMU »

Jusqu'à présent le financement des SAMU prenait largement acte de l'organisation ainsi que des coûts historiques déclarés par les établissements de santé en 2003 dans le cadre du calibrage de la MIG. L'objectif de la nouvelle modélisation est de définir des modalités d'allocation transparentes et équitables au niveau des établissements et des ARS, incitant à la mise en place d'organisations performantes et une prise en charge de qualité. Pour cela la modélisation de la MIG SAMU est basée sur un référentiel de moyens, c'est-à-dire une estimation des moyens nécessaires à la réalisation de la mission de régulation médicale en fonction du niveau d'activité des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). Ce référentiel de moyens est pour l'essentiel basé sur la moyenne des effectifs de régulation effectivement présents dans les CRRA en fonction de leur niveau d'activité.

Ces effectifs sont ensuite valorisés, ainsi que les montants nécessaires pour couvrir les coûts d'exploitation et de fonctionnement du CRRA.

La régulation du financement des SAMU par la MIG s'appuie sur trois niveaux différents :

- au niveau national la modélisation est basée sur les moyennes observées et sert de base à la péréquation entre les régions. La modélisation s'applique alors aux enveloppes MIG régionales en JPE, sans fléchage par établissement.
- au niveau régional, il est nécessaire que l'ARS analyse les enjeux d'efficience liés à une éventuelle réorganisation territoriale de la régulation médicale, et utilise le levier du financement pour mobiliser l'ensemble des acteurs locaux.
- au niveau le plus fin, l'allocation aux établissements, l'ARS doit déterminer son allocation en confrontant les résultats de la modélisation et les indicateurs opérationnels permettant de diagnostiquer l'adéquation entre charge de travail et ressources humaines au sein du CRRA, en s'appuyant notamment sur les recommandations de la HAS et de l'ANAP.

La modélisation de la MIG SAMU mise en œuvre en 2014 fait l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement pour un montant de **227,73M€** de crédits MIG JPE. Les effets revenus des ARS, correspondant à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par les ARS en 2013 et les montants modélisés pour cette même année, seront lissés progressivement sur trois ans. Ainsi un cinquième des effets revenus est appliqué en 2014 (l'effet revenus correspondant à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par l'ARS en 2013 et le montant modélisé pour cette même année).

2.3.2. Les MERRI relatives à l'innovation et à la recherche

- **Evolution des parts fixe et modulable des MERRI**

En 2014, au titre de la part fixe des MERRI, plus de 253 M€ sont délégués à 72 établissements. La mise en extinction de cette part fixe au profit de la part modulable se poursuit en effet. C'est donc un cinquième du montant de la part fixe des MERRI déléguée aux établissements en 2011, soit 128 M€, qui est venu abonder la part modulable.

Cette part modulable est calculée en fonction de trois types d'indicateurs : les publications scientifiques, telles que recensées dans le système d'information SIGAPS (59,9% de la valorisation de la dotation) ; l'enseignement, mesuré par le nombre d'étudiants accueillis en médecine, odontologie et pharmacie (26,1% de la valorisation de la dotation) et les essais cliniques institutionnels, tels que recensés dans le système d'information SIGREC (5,2% de la dotation pour la promotion de ces essais, 4,7% pour le nombre d'inclusions dans les établissements promoteurs et 4,2% pour ceux effectués dans les établissements associés).

Tout établissement peut avoir accès à la dotation de la part modulable, dès lors qu'il fait état de scores suffisants au regard des indicateurs mentionnés *supra* et que le total de la valorisation de ces scores dépasse le seuil de 250 000€. En 2014, 102 établissements ont rempli ces conditions et se partagent plus de 1 385 M€.

L'enveloppe globale finançant les parts fixe et modulable a enfin été réduite de 4,74 M€ en 2014 afin de permettre le doublement des « années recherche », historiquement financées par des crédits d'Etat, au profit des internes en médecine, odontologie et pharmacie.

- **Fiabilisation du financement des projets de recherche**

Les dotations des MERRI financent les projets de recherche sélectionnés dans le cadre des cinq programmes que conduit le ministère chargé de la santé :

- le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC qui comporte un appel à projets national, un appel à projets spécifique au cancer cogéré avec l'INCa et un appel à projets interrégional conduit par les sept groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation) ;
- le programme de recherche médico-économique et le programme de recherche médico-économique en cancérologie (cogéré avec l'INCa) ;
- le programme de recherche translationnelle (cogéré avec l'ANR), ainsi que le programme de recherche translationnelle en cancérologie (cogéré avec l'INCa) ;
- le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) ;
- le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

Depuis la fin de l'année 2013 (circulaire ministérielle du 30 octobre 2013 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé), le financement des projets de recherche sélectionnés à ce titre n'obéit plus à une délégation annuelle systématique. La politique de suivi des projets de recherche, conditionne désormais leur financement à la production d'éléments de preuve de leur avancement (obtention des pré-requis technico-réglementaires ou inclusion de la moitié des patients dans l'essai, par exemple). Cette gestion avait été initiée en 2012 pour les projets relevant du PHRC national et du PHRC interrégional. Généralisée en 2013, elle a mécaniquement induit une baisse temporaire des délégations de crédits à ce titre.

- **Les structures et dispositifs d'appui à la recherche clinique et à l'innovation**

Ces différentes structures et dispositifs, réorganisés par l'instruction DGOS du 29 juillet 2011, ont vocation à constituer des plateformes d'aide méthodologique, logistique, administrative et de traitement des données pour les investigateurs et les promoteurs. Leur champ d'action déborde largement celui de leurs établissements d'implantation (majoritairement des CHRU et des CLCC), pour couvrir l'ensemble des établissements, y compris non MCO, voire les structures d'exercice libéral coordonné.

En synthèse, il s'agit de répondre à trois missions essentielles :

- Conception, gestion et analyse des données, l'ensemble des activités qui englobe la conception méthodologique et statistique des protocoles de recherche puis la gestion et l'analyse des données de recherche clinique ;
- Investigation, l'ensemble des activités qui contribuent à la mise en œuvre des protocoles de recherche sur un lieu autorisé.
- Coordination, organisation et surveillance de la recherche, l'ensemble des activités qui garantissent que les données et les résultats obtenus le sont conformément aux protocoles, aux budgets, aux délais et au cadre technico réglementaire en vigueur.

Parmi ces structures, les centres de ressources biologiques et les tumorothèques bénéficient en 2014 d'un nouveau modèle de financement. Seuls ceux titulaires d'une certification ou engagés dans une démarche de certification, conformément aux normes européennes, seront éligibles aux dotations de ces MERRI. Celles-ci se fonderont, d'une part, sur le financement des coûts fixes liés à l'assurance de la qualité et à la maintenance des équipements, et, d'autre part, sur un financement lié à leur volume d'activité (compte tenu des recettes perçues par ailleurs).

La MERRI relative aux emplois d'assistants de recherche clinique (ARC) et de techniciens d'études cliniques (TEC) en cancérologie, couramment appelée « équipe mobile de recherche clinique », voit son périmètre et ses modes de financement redéfinis, de concert avec l'INCa, cette modélisation devant aboutir en 2015.

- **L'accès à l'innovation**

L'accès aux produits de santé et aux technologies innovantes, dès lors que leur validité scientifique a été établie, est garanti par plusieurs financements au titre des MERRI. C'est le cas des MERRI relatives aux actes hors nomenclature et aux laboratoires de génétique notamment, mais aussi de celles qui permettent le remboursement des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Afin de permettre une gestion dynamique et cohérente de ce financement de l'innovation, la DGOS a refondu avec l'expertise des sociétés savantes, de la HAS et de la CNAMTS, le référentiel des actes innovants hors nomenclature qui pourra être mis en œuvre et fonder les futures allocations.

2.3.3. Le FIR

Suite à la création du FIR en 2012 et au doublement de son périmètre en 2013 (pour mémoire, le fonds s'élevait à 1,5 milliard d'euros en 2012 et à 3,3 milliards d'euros en 2013), l'exercice 2014 se caractérise par une stabilisation de son périmètre (aucun nouveau transfert de crédits) et de ses modalités de gestion. Cette stabilité, qui était souhaitée par les agences régionales de santé, a permis de conforter ce levier financier en favorisant une plus forte appropriation du fonds par les agences. Il s'agit notamment de leur permettre d'optimiser les capacités de redéploiement au sein de la dotation FIR, au bénéfice de leurs politiques régionales.

Cette stabilisation des modalités de gestion ne doit toutefois pas s'entendre comme définitive, et des points d'évolution sont à l'étude, notamment suite aux recommandations émises par une mission de l'IGAS (rapport IGAS 2013-180R). En outre, des améliorations ont été mises en œuvre dès 2014.

L'inscription, pour la première fois, du FIR dans un sous-objectif propre de l'ONDAM participe à l'affirmation d'un outil pérenne. La LFSS pour 2014 fixe ainsi une contribution des régimes d'assurance maladie au FIR en hausse de 99 millions d'euros par rapport à 2013. Ces crédits de l'assurance maladie représentent 3,2 milliards d'euros et 93,9 % du fonds. Cette augmentation a notamment permis de compenser la baisse de la contribution de l'Etat (programme 204), les crédits de prévention (assurance maladie et Etat) progressant de 2,4 %. Il convient de noter que 10 % des crédits FIR sont désormais réparties entre les ARS selon des seuls critères de santé publique (critères populationnels, de précarité et de mortalité prématuée), proportion croissante qui doit permettre de mieux répondre à certaines missions du FIR en matière de prévention et d'amorcer une péréquation des dotations régionales.

La hausse des crédits de l'assurance maladie permet également le financement par le FIR de certaines mesures du Pacte territoire santé, telles que les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale, le développement et la mise aux normes des centres de santé ou la télémédecine.

L'année 2014 a également été marquée par la mise en œuvre du dispositif de fongibilité entre les enveloppes DAF et FIR, créé par la LFSS pour 2014. Cette nouveauté a permis de renforcer les marges de manœuvre régionales en permettant aux ARS, sur décision de leur directeur général, de transférer jusqu'à 1 % d'une de ces deux enveloppes vers l'autre. Bien qu'il soit impossible pour l'heure de dresser un bilan complet de dispositif, on constate un intérêt des ARS pour cette possibilité offerte.

2.4.Les évolutions apportées en 2014 sur les champs SSR, psychiatrie et USLD

2.4.1. Les évolutions en termes de classification sur le champ SSR

Dans le cadre des travaux préparatoires à la révision du modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, de nouveaux outils de description des activités et de classification médico-économique ont été mis en place en 2013 :

- une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation : le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) ;
- et une nouvelle classification en groupes médico-économiques (GME).

L'année 2014 a été consacrée à l'accompagnement des établissements pour la finalisation du déploiement et l'appropriation de ces nouveaux outils PMSI. Des ajustements ont été apportés en 2014 au catalogue CSARR et à la classification GME.

Pour compléter le recueil d'activité, il a été demandé aux établissements sous OQN, de produire les fichiers de suivi de la consommation des molécules onéreuses intervenues au cours de chaque séjour. Il s'agit d'un élargissement aux établissements sous OQN du dispositif FICHCOMP déjà en œuvre pour les établissements sous DAF.

2.4.2. Les modalités de construction de la campagne en 2014

L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixant la masse financière à disposition des établissements de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie financés par dotation annuelle de financement (DAF) et des unités de soins longue durée a été porté à 16,6 Mds d'euros pour 2014 soit une évolution de +1,71% par rapport à la base 2014. Son niveau a été revu à 16,5Mds d'euros dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

L'objectif quantifié national (OQN) fixant les dépenses des établissements de santé privés financés par prix de journée a été porté à 2,8Mds d'euros, soit une progression de +2,91% par rapport à la base 2014. Le taux d'évolution des tarifs applicable au 1er mars de ces établissements a quant à lui été fixé à -0.40%.

ANNEXE

Evolutions par CMD – secteur ex DG et secteur ex OQN

1 : Evolution par CMD - secteur ex DG

CMD		Nombre de séjours en 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	887.72	2 299.26	+2.9%	+3.2%	-0.3%	12.3%
2	Affections de l'oeil	310.59	496.55	+3.3%	+3.6%	-0.3%	3.0%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	383.91	648.35	+0.5%	+0.8%	-0.3%	0.7%
4	Affections de l'appareil respiratoire	757.30	2 430.05	+0.4%	-2.0%	+2.4%	1.9%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 102.70	3 401.07	+2.9%	+1.2%	+1.7%	18.1%
6	Affections du tube digestif	1 141.84	2 567.96	+2.1%	+2.0%	+0.1%	10.0%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	321.56	1 013.69	+1.9%	+1.8%	+0.1%	3.6%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 029.78	3 327.65	+2.6%	+0.7%	+1.9%	16.4%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	433.86	964.99	+1.9%	+1.1%	+0.8%	3.4%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	400.24	899.86	+2.5%	+1.0%	+1.4%	4.2%
11	Affections du rein et des voies urinaires	448.58	1 089.44	+3.7%	+2.4%	+1.3%	7.5%
12	Affections de l'appareil génital masculin	131.57	289.84	+1.3%	+1.5%	-0.1%	0.7%
13	Affections de l'appareil génital	272.35	532.76	+0.7%	-0.4%	+1.1%	0.7%

	féminin						
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	832.16	1 733.32	+0.1%	+0.1%	+0.0%	0.2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	626.00	857.29	+0.9%	+0.1%	+0.8%	1.4%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	193.36	505.52	+3.5%	+2.6%	+0.9%	3.3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	267.94	797.54	+1.3%	-3.4%	+4.9%	1.9%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	115.87	326.95	-0.0%	-2.0%	+2.0%	0.0%
19	Maladies et troubles mentaux	267.15	547.94	+0.6%	+1.4%	-0.8%	0.6%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	200.09	275.43	+0.2%	-0.4%	+0.6%	0.1%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	166.38	306.48	+0.9%	-5.3%	+6.6%	0.5%
22	Brûlures	11.69	89.13	+2.6%	+2.0%	+0.6%	0.4%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	679.73	1 219.49	+2.0%	-1.5%	+3.6%	4.6%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	9.71	60.66	-0.8%	-3.0%	+2.3%	-0.1%
26	Traumatismes multiples graves	8.90	104.06	+0.3%	+0.2%	+0.1%	0.1%
27	Transplantations d'organes	10.21	312.76	+7.8%	+6.8%	+1.0%	4.4%
Total hors séances		11 011.19	27 098.02	+2.0%	+0.7%	+1.3%	100.0%

Source : AIH 2013

2 : Evolution par CMD - secteur ex OQN

CMD		Nombre de séjours en 2013	Volume économique en 2013	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	191.63	176.72	-0.4%	-0.3%	-0.1%	-4.0%
2	Affections de l'oeil	643.15	527.42	+1.2%	+1.0%	+0.2%	37.2%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	532.12	304.07	-2.2%	-2.6%	+0.4%	-40.7%
4	Affections de l'appareil respiratoire	109.01	167.10	+0.6%	-1.4%	+2.0%	5.7%
5	Affections de l'appareil circulatoire	530.52	900.61	+1.4%	-0.9%	+2.4%	77.6%
6	Affections du tube digestif	1 482.56	1 048.62	-0.6%	-0.0%	-0.5%	-36.0%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	119.98	186.94	-1.2%	-0.7%	-0.6%	-14.0%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	895.06	1 405.38	+2.0%	+1.5%	+0.6%	168.1%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	292.43	234.19	-2.9%	-1.4%	-1.5%	-42.8%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	83.49	183.11	+7.2%	+0.9%	+6.3%	74.8%
11	Affections du rein et des voies urinaires	236.37	282.05	+2.4%	+2.2%	+0.2%	39.8%
12	Affections de l'appareil génital masculin	177.22	188.08	-0.6%	+1.0%	-1.6%	-7.4%
13	Affections de l'appareil génital féminin	231.56	237.91	-2.1%	-3.9%	+1.9%	-30.7%

14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	273.43	351.26	-5.0%	-4.2%	-0.9%	-111.3%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	208.46	162.60	-4.3%	-4.5%	+0.2%	-44.3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	34.65	44.01	+2.1%	-0.6%	+2.7%	5.4%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	34.38	49.88	-1.3%	-5.9%	+4.9%	-3.9%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8.40	13.74	+5.1%	+4.7%	+0.4%	4.0%
19	Maladies et troubles mentaux	7.69	9.52	+4.8%	+6.2%	-1.3%	2.7%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	11.31	11.18	-3.0%	-1.8%	-1.2%	-2.1%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	26.92	37.50	+9.3%	+7.2%	+1.9%	19.2%
22	Brûlures	0.34	0.43	-13.6%	-17.0%	+4.1%	-0.4%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	152.96	180.48	+0.2%	+2.2%	-1.9%	2.3%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.15	0.43	-2.6%	+10.9%	-12.2%	-0.1%
26	Traumatismes multiples graves	0.20	1.28	+12.9%	+3.0%	+9.6%	0.9%
Total hors séances		6 283.98	6 704.51	+0.2%	-0.4%	+0.7%	100.0%

Source : ATIH 2013