



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

Rapport 2015 au Parlement sur le financement des Établissements de Santé

*(Loi 2011 1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale
pour 2012 – Art. L 162-22-19)*

**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. »**

1.	REALISATION DE L'ONDAM HOSPITALIER 2014	6
1.1.	L'EXECUTION 2014 SUR LE CHAMP ODMCO.....	6
1.1.1.	L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE « MEDECINE, CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE » (MCO) EN 2014 ..	6
1.1.2.	ZOOM SUR QUELQUES ACTIVITES	14
1.2.	L'EXECUTION 2014 SUR LES CHAMPS SSR ET PSYCHIATRIE.....	25
1.2.1.	L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	25
1.2.2.	L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE LA PSYCHIATRIE	26
1.3.	L'EXECUTION 2014 SUR LE CHAMP DES DOTATIONS HORS DAF.....	27
1.3.1.	L'EXECUTION 2014 SUR LE CHAMP DES DOTATIONS MIGAC	27
1.3.2.	ZOOM SUR LES MONTANTS DES PRINCIPALES MIG / AC	27
1.3.3.	LES DOTATIONS FMESPP ONT EGALEMENT CONTRIBUE EN 2014 AU FINANCEMENT DES PROJETS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	29
1.4.	LES GARANTIES DU RESPECT DE L'ONDAM : MISES EN RESERVE ET COEFFICIENT TARIFAIRE	
PRUDENTIEL	30	
1.5.	LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ENTRE 2010 ET 2014.....	30
1.5.1.	SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS.....	31
1.5.2.	LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES A BUT NON LUCRATIF	34
1.5.3.	LA SITUATION FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES	35
2.	LES PRINCIPALES EVOLUTIONS APPORTEES AU MODELE DE FINANCEMENT EN 2015	36
2.1.	LE CADRAGE DES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM EN 2015.....	36
2.1.1.	PRESENTATION DES GRANDS AGREGATS DE L'ONDAM HOSPITALIER EN 2015	36
2.1.2.	LES MESURES D'ECONOMIES.....	36
2.2.	LES EVOLUTIONS APPORTEES EN 2015 SUR LE CHAMP ODMCO.....	37
2.2.1.	LES EVOLUTIONS EN TERMES DE CLASSIFICATION ET PRESTATIONS SUR LE CHAMP MCO.....	37
2.2.2.	LES MODALITES DE CONSTRUCTION TARIFAIRE EN 2015 : LA POURSUITE DE L'APPLICATION DU PRINCIPE DE NEUTRALITE TARIFAIRE	39
2.2.3.	LA MISE EN ŒUVRE DE DEUX MESURES DE LA LFSS POUR 2014: DEGRESSIVITE TARIFAIRE, ACTIVITES ISOLEES.....	42
2.3.	LES EVOLUTIONS APPORTEES EN 2015 SUR LE CHAMP DES MIGAC ET DU FIR.....	45
2.3.1.	LES EVOLUTIONS APPORTEES SUR LE CHAMP DES MIGAC.....	45
2.3.2.	LES EVOLUTIONS APPORTEES SUR LE FIR	47
2.4.	LES EVOLUTIONS APPORTEES EN 2015 SUR LES CHAMPS SSR, PSYCHIATRIE ET USLD.....	48
2.4.1.	LES MODALITES DE CONSTRUCTION DE LA CAMPAGNE EN 2014	48
2.5.	L'EMERGENCE, LA DIFFUSION ET LA REGULATION DE L'INNOVATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE	
SANTE	49	
2.6.	UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA QUALITE DANS LE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE	
SANTE	50	
3.	LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES MODELES DE FINANCEMENT DES	
	ETABLISSEMENTS DE SANTE	52
3.1.	LA REFORME DES SSR : UN FINANCEMENT PAR UNE DOTATION MODULEE A L'ACTIVITE.....	52
3.2.	LES HOPITAUX DE PROXIMITE : UN FINANCEMENT MIXTE ADAPTE AUX MISSIONS REALISEES	53
3.3.	VERS DES MODELES DE FINANCEMENT PRENANT EN COMPTE, PLUS ENCORE QU'AUJOURD'HUI, L'EFFICIENCE, LA	
	QUALITE ET L'INNOVATION	54
3.3.1.	RENFORCER LES TRAVAUX D'AMELIORATION DE LA MESURE DES COUTS	54
3.3.2.	ÉVOLUTION DU MODELE DE FINANCEMENT D'HAD	55
3.3.3.	MIEUX INTEGRER LA DIMENSION QUALITE DANS LE MODELE DE FINANCEMENT.....	55
3.3.4.	LE FINANCEMENT DE L'ORGANISATION DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE APPLIQUEE.....	56
3.4.	LES FINANCEMENTS AU PARCOURS	56
3.4.1.	LA POURSUITE D'EXPERIMENTATIONS D'UN FINANCEMENT AU PARCOURS : L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	56
3.4.2.	ÉVOLUTION A VENIR DES PRISES EN CHARGE DU TRAITEMENT DU CANCER ET FINANCEMENT AU PARCOURS	57

3.4.3. LA POURSUITE D'EXPERIMENTATIONS D'UN FINANCEMENT AU PARCOURS : OBEPEDIA – PARCOURS POUR LES ENFANTS
ET ADOLESCENTS ATTEINTS D'OBESITE SEVERE59

Marquée par un dynamisme de l'activité qui ne se dément pas, l'année 2014 se sera, cependant, traduite par le respect de l'ONDAM, dans le respect des grands équilibres économiques des établissements de santé.

Ces bons résultats doivent d'abord être mis à l'actif des établissements de santé, qui réalisent d'importants efforts de gestion afin de respecter les contraintes liées à la maîtrise des dépenses publiques. Ils récompensent les efforts engagés par le ministère en faveur du virage ambulatoire, à travers le développement des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, traitement de l'insuffisance rénale chronique en « hors-centre » et chirurgie ambulatoire, pour ne prendre que quelques exemples).

Ces efforts doivent plus que jamais être approfondis afin de garantir le respect d'un ONDAM désormais de plus en plus contraint. C'est tout le sens du plan triennal 2015-2017 que d'y parvenir, en approfondissant les actions menées en faveur du développement des prises en charge ambulatoire, tout en apportant une plus grande équité dans le financement des établissements de santé.

L'année 2015 a été l'occasion de rompre avec la logique historique de certaines dotations, qu'il s'agisse du Fonds d'Intervention Régional, faisant désormais l'objet d'une péréquation interrégionale et d'un pilotage renforcé, ou des financements au titre des Missions d'Intérêt Général, dont les modèles sont petit à petit remis à plat. C'est aussi l'occasion d'affiner l'allocation des ressources aux établissements de santé, par le renforcement du mécanisme de neutralité tarifaire, qui vient réduire les sur- et sous-financements, et par la mise en œuvre du mécanisme de dégressivité tarifaire, permettant d'apporter plus d'équité vis-à-vis des établissements qui ne contribuent pas à la dynamique d'activité globale, mais qui aujourd'hui subissent les mêmes évolutions tarifaires que les autres établissements.

Les travaux menés jusqu'à aujourd'hui visant à amender le financement à l'activité, qu'il s'agisse de l'introduction d'un financement de la qualité (incitation financière à la qualité) ou de la prise en compte des surcoûts liés à l'isolement (forfait activité isolée) seront poursuivis afin d'engager une rupture véritable avec la T2A.

L'année 2016 sera, quant à elle, l'occasion de finaliser la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR), de promouvoir un nouveau mécanisme de financement basé sur une dotation modulée à l'activité, qui devrait permettre d'allier stabilité et efficience. Cette logique de mixité du modèle de financement sera étendue et adaptée aux hôpitaux de proximité, dont le rôle de passerelle entre soins de ville et hôpital sera ainsi reconnu et valorisé.

Cette rupture s'accompagnera d'un financement de l'innovation optimisé et de l'approfondissement des travaux portant sur le financement au parcours avec notamment la mise en œuvre des expérimentations d'un financement au parcours pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, de l'obésité sévère (OBEPEdia) ou encore en radiothérapie externe.

Le présent rapport a vocation à retracer ces grandes tendances.

1. Réalisation de l'ONDAM hospitalier 2014

L'année 2014 a été marquée par sous-exécution globale de l'ONDAM établissements de santé, avec un écart par rapport à l'ONDAM rectifié en LFSS 2015 de -0,3 Md€. Ceci s'explique principalement par une sous-exécution des enveloppes de dotation MIGAC/ODAM de 429M€ dont 250 M€ de crédits annulés en fin de campagne en raison d'un risque de dépassement identifié alors sur les soins de ville et par le maintien au niveau national de 179M€ de mises en réserve prudentielles opérées sur la DAF en début d'année.

1.1. L'exécution 2014 sur le champ ODMCO

1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2014

a) Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité : un nombre de séjours en hausse

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2014 sont les suivants :

Sur l'ensemble du territoire national, 17,6 millions de séjours hospitaliers et 11,3 millions de séances et forfaits ont été réalisés au sein de 1 977 établissements de santé.

- Entre 2013 et 2014, le nombre de séjours a augmenté de +1,5%.
- Le nombre de séances a augmenté de +3,8% et le dynamisme varie selon le type de séances considéré.

Tableaux n°1 : Évolution du nombre de séjours par type d'hospitalisation

Tous établissements	Séjours 2014	Évolution 2012/2013		Évolution 2013/2014	
	En milliers	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	6 735.33	144.36	+ 2.3%	256.89	+4.0%
Hospitalisation complète	10 813.65	-96.37	-0.9%	-1.89	-0.0%
Total hospitalisation	17 548.98	47.99	+0.3%	254.99	+1.5%
Séances/forfaits	11 335.88	354.12	+3.4%	411.67	+3.8%

Secteur Ex DG	Séjours 2014	Évolution 2012/2013		Évolution 2013/2014	
	En milliers	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	3 210.38	65.38	+2.2%	114.76	+3.7%
Hospitalisation complète	7 971.14	9.34	+0.1%	53.57	+0.7%
Total hospitalisation	11 181.52	74.72	+0.7%	168.32	+1.5%
Séances/forfaits	5 865.28	155.66	+2.8%	227.55	+4.0%
Secteur Ex OQN	Séjours 2014	Évolution 2012/2013		Évolution 2013/2014	
	En milliers	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	3 524.96	78.98	+2.4%	142.13	+4.2%
Hospitalisation complète	2 842.51	-105.71	-3.5%	-55.46	-1.9%
Total hospitalisation	6 367.47	-26.73	-0.4%	86.67	+1.4%
Séances/forfaits	5 470.60	198.47	+3.9%	184.12	+3.5%

Source : ATIH 2014

En 2014, le secteur ex-DG réalise 47,7% des séjours sans nuitée, 73,7% des séjours en hospitalisation complète. En parallèle, le secteur ex-OQN réalise 52,3% des séjours sans nuitée, 26,3% des séjours en hospitalisation complète. La part du secteur ex-DG concernant la prise en charge des séjours sans nuitée connaît une légère diminution en 2014 (-0,2 point) au profit du secteur ex-OQN. Cette évolution est inverse concernant la prise en charge des séjours en hospitalisation complète, la part d'activité du secteur ex-DG dans l'activité globale (hors séances) progresse de +0,5 point entre 2013 et 2014.

La part des séjours sans nuitée évolue peu entre 2012 et 2014, globalement et au sein de chaque secteur. Les évolutions sont plus marquées sur la chirurgie ambulatoire (cf. §1.1.2.1).

Tableau n°2 : Part de marché des modes de prise en charge par secteur

	Public			Privé		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Séjours sans nuitée	47.9%	47.9%	47.7%	52.1%	52.1%	52.3%
Hospitalisation complète	72.5%	73.2%	73.7%	27.5%	26.8%	26.3%
Total hospitalisation	63.5%	63.7%	63.8%	36.5%	36.3%	36.2%

Source : ATIH 2014

- La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'élève à 6,0 jours en 2014 dans le secteur ex-DG et de 4,5 jours dans le secteur ex-OQN. Cette DMS est restée stable entre 2012 et 2014.
- Par classe d'âge, les personnes âgées de plus de 80 ans représentent en 2014, 16,0% des séjours dans le secteur ex-DG et 11,2% dans le secteur ex-OQN, proportion en augmentation dans les deux secteurs par rapport à 2013 (ces proportions atteignaient respectivement 15,8% et 11,0%).

b) Évolution du volume économique

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

- du nombre de séjours ;
- de la structure d'activité résultant :
 - o soit de l'évolution de la lourdeur des prises en charge ;
 - o 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 établissements¹.

Le volume économique à classification constante des établissements du secteur ex-DG a progressé de +2,3% pour les séjours et + 6,2% pour les séances et forfaits entre 2013 et 2014.

Tableau n°3 : Évolution du volume économique du secteur ex-DG

Public	Volume économique 2014 à classification constante	Évolution 2012/2013			Évolution 2013/2014		
	en M€	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	2 754.81	109.51	+4.4%	+2.2%	157.39	+6.1%	+2.3%
Hospitalisation complète	25 040.56	478.74	+2.0%	+1.9%	466.73	+1.9%	+1.2%
Total hospitalisation	27 795.37	588.25	+2.2%	+1.5%	624.11	+2.3%	+0.8%
Séances/forfaits	2 055.27	85.59	+4.6%	+1.7%	120.74	+6.2%	+2.1%

Source : ATIH 2014

Pour les établissements du secteur ex-OQN, le volume économique à classification constante a augmenté de +1,4% pour les séjours et +3,4% pour les séances/forfaits.

Tableau n°4 : Évolution du volume économique du secteur ex-OQN

Privé	Volume économique 2014 à classification constante	Evolution 2012/2013			Evolution 2013-2014		
	en M€	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	1 944.45	78.39	+4.5%	+2.1%	117.51	+6.5%	+2.1%
Hospitalisation complète	4 851.16	-53.49	-1.1%	+2.5%	-20.57	-0.4%	+1.5%
Total hospitalisation	6 795.61	24.90	+0.4%	+0.8%	96.94	+1.4%	+0.1%
Séances/forfaits	1 623.89	59.26	+4.0%	+0.0%	53.39	+3.4%	-0.1%

Source : ATIH 2014

¹ 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. 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 v11f de la classification des GHM) et valorisées selon l'arrêté tarifaire en vigueur pour les deux secteurs au 1^{er} mars 2014.

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

Les catégories d'activités de soins (CAS) constituent une nomenclature en huit classes (dont les séances) 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 (41,3% en nombre et 48,3% en volume économique) ;
- les séjours sans acte classant sans nuitée (14,2% en nombre et 3,6% en volume économique) ;
- la chirurgie non ambulatoire (14,1% en nombre et 28,9% en volume économique).

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

- les techniques peu invasives (29,4% en nombre et 15,7% en volume économique) ;
- la chirurgie non ambulatoire (22,7% en nombre et 44,8% en volume économique) ;
- la chirurgie ambulatoire (26,3% en nombre et 17,2% en volume économique).

Tableaux n°5 : Évolution de l'activité par CAS

Tous établissements	Séjours 2014	Evolution 2012/2013		Evolution 2013/2014	
	En milliers	En milliers	En %	En milliers	En %
Chirurgie ambulatoire	2 470.58	113.67	+5.2%	171.25	+7.5%
Chirurgie non ambulatoire	3 027.87	-81.99	-2.6%	-65.94	-2.1%
Total chirurgie	5 498.45	31.67	+0.6%	105.31	+2.0%
Séjour sans acte classant sans nuitée ²	1 791.59	-31.87	-1.8%	22.00	+1.2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s) ³	5 322.44	-5.67	-0.1%	50.65	+1.0%
Total séjour sans acte classant	7 114.03	-37.54	-0.5%	72.65	+1.0%
Obstétrique mère (*)	1 096.68	-10.21	-0.9%	-9.14	-0.8%
Obstétrique enfant (**)	833.00	-8.63	-1.0%	-1.68	-0.2%
Total Obstétrique	1 929.68	-18.83	-1.0%	-10.83	-0.6%
Techniques peu invasives	3 006.83	72.69	+2.6%	87.86	+3.0%

Source : ATIH 2014

² Comprenant les séjours de médecine et techniques interventionnelles

³ Comprenant les séjours de médecine et techniques interventionnelles

Public	2014		Evolution 2013/2014		
	Part en séjours	Part en volume économique	Évolution du volume économique	dont nombre de séjours	dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	7.1%	4.0%	+11.8%	+9.4%	+2.2%
Chirurgie non ambulatoire	14.1%	28.9%	+1.8%	-0.7%	+2.5%
Total chirurgie	21.3%	33.0%	+2.9%	+2.5%	+0.5%
Séjour sans acte classant sans nuitée	14.2%	3.6%	+1.2%	+1.0%	+0.2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	41.3%	48.3%	+2.0%	+1.0%	+1.0%
Total séjour sans acte classant	55.6%	51.9%	+1.9%	+1.0%	+0.9%
Obstétrique mère	7.4%	6.3%	+0.3%	-0.2%	+0.5%
Obstétrique enfant	5.6%	3.1%	+0.9%	+0.4%	+0.5%
Total Obstétrique	13.1%	9.4%	+0.5%	+0.1%	+0.4%
Techniques peu invasives	10.1%	5.8%	+5.1%	+4.4%	+0.6%

Source : ATIH 2014

Privé	2014		Evolution 2013/2014		
	Part en séjours	Part en volume économique	Évolution du volume économique	dont nombre de séjours	dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	26.3%	17.2%	+9.2%	+6.6%	+2.5%
Chirurgie non ambulatoire	22.7%	44.8%	-1.3%	-3.6%	+2.4%
Total chirurgie	49.0%	62.0%	+1.4%	+1.6%	-0.2%
Séjour sans acte classant sans nuitée	3.1%	1.0%	+4.0%	+3.4%	+0.6%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	11.0%	13.9%	+1.8%	+0.6%	+1.2%
Total séjour sans acte classant	14.1%	14.9%	+1.9%	+1.2%	+0.7%
Obstétrique mère	4.2%	5.1%	-2.3%	-2.8%	+0.5%
Obstétrique enfant	3.2%	2.4%	-1.7%	-2.1%	+0.3%
Total Obstétrique	7.4%	7.4%	-2.1%	-2.5%	+0.4%
Techniques peu invasives	29.4%	15.7%	+3.0%	+2.2%	+0.8%

Source : ATIH 2014

d) Évolution 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 2012 et 2014 :

- 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 séjours est observé sur les séjours d'obstétrique. Globalement pour les séjours chirurgicaux, la DMS est inférieure à celle des établissements du secteur ex-DG.

Tableau n°6 : Évolution de la DMS par CAS

	Durée moyenne de séjours (en journées)					
	Public			Privé		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Chirurgie ambulatoire	-	-	-	-	-	-
Chirurgie non ambulatoire	6.9	6.9	6.8	4.5	4.5	4.4
Séjour sans acte classant sans nuitée	-	-	-	-	-	-
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	6.3	6.4	6.3	5.2	5.3	5.3
Obstétrique mère	4.6	4.6	4.5	4.5	4.5	4.4
Obstétrique enfant	5.5	5.5	5.4	4.4	4.3	4.3
Techniques peu invasives	3.7	3.7	3.6	2.7	2.7	2.6

Source : ATIH 2014

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

- Secteur ex-DG :

Hors séances, les séjours les plus fréquents concernent, comme en 2012 et 2013 :

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

- Secteur ex-OQN :

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

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 45% de l'activité (hors séances).

f) Évolution par classe d'âge et contribution à la croissance des dépenses

En 2014, 63,6% des séjours concernent des patients âgés de moins de 65 ans. La répartition des séjours par classe 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 moins de 5 ans et de 80 ans et plus.

Entre 2013 et 2014, le nombre de séjours augmente plus rapidement pour les personnes âgées de 65-69 ans (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 de 65-69 ans et plus contribuent à plus de 80% à la croissance des séjours en hospitalisation.

Tableau n°7 : Évolution par classe d'âge – 2 secteurs confondus

<i>Séjours en milliers</i>	Nombre de séjours en 2014	Évolution du nombre de séjours 2013/2014	Contribution à la croissance des séjours
0-5 ans	1 509.89	-0.2%	-1.1%
5-19 ans	1 140.33	+1.4%	6.1%
20-39 ans	3 099.01	+0.3%	3.5%
40-64 ans	5 418.96	+0.5%	9.6%
65-69 ans	1 435.87	+6.9%	36.5%
70-74 ans	1 187.13	+2.6%	11.9%
75-79 ans	1 248.06	+0.9%	4.6%
80 ans et plus	2 509.72	+3.0%	29.0%
Total	17 548.98	+1.5%	100.0%

Source : ATIH 2014

Parmi les établissements du secteur ex-DG, en 2014, les jeunes patients de moins de 20 ans concentrent 17,3% des séjours et 10,8% du volume économique. Les personnes âgées de 20 à 64 ans représentent 46,5% des séjours, soit 41,5% du volume économique. Enfin, les séjours pour les personnes âgées de 65 ans et plus occupent 36,2% de l'activité, soit 47,7% 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.

Tableau n°8 : Évolution par classe d'âge – secteur ex-DG

Montants en M€ Séjours en milliers	Nombre de séjours en 2014	Volume économique en 2014	Évolution du volume économique	dont évolution du nombre de séjours	dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	1 181.20	1 767.44	+0.9%	+0.2%	+0.6%	2.5%
5-19 ans	751.25	1 240.75	+2.2%	+1.4%	+0.8%	4.3%
20-39 ans	2 018.39	3 914.25	+0.9%	+0.6%	+0.2%	5.4%
40-64 ans	3 180.32	7 611.88	+1.0%	+0.6%	+0.4%	12.1%
65-69 ans	820.00	2 333.76	+8.4%	+7.2%	+1.1%	28.9%
70-74 ans	682.72	2 036.82	+2.0%	+2.1%	-0.1%	6.5%
75-79 ans	753.14	2 384.30	+0.8%	+0.6%	+0.2%	3.0%
80 ans et plus	1 794.50	6 506.16	+3.7%	+2.9%	+0.8%	37.4%
Total	11 181.52	27 795.37	+2.3%	+1.5%	+0.8%	100.0%

Source : ATIH 2014

Parmi les établissements du secteur ex-OQN, en 2014, les jeunes patients de moins de 20 ans concentrent 11,3% des séjours et 6,8% 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 36,6% des séjours et 45,8% 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.

Tableau n°9 : Évolution par classe d'âge – secteur ex-OQN

Montants en M€ Séjours en milliers	Nombre de séjours en 2014	Volume économique en 2014	Évolution du volume économique	dont évolution du nombre de séjours	dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	328.69	213.96	-1.1%	-1.7%	+0.6%	-2.4%
5-19 ans	389.08	245.74	+1.3%	+1.3%	+0.1%	3.3%
20-39 ans	1 080.63	1 004.72	-0.3%	-0.4%	+0.1%	-2.6%
40-64 ans	2 238.64	2 221.34	+0.2%	+0.3%	-0.1%	4.5%
65-69 ans	615.88	720.32	+6.0%	+6.6%	-0.6%	41.8%
70-74 ans	504.40	629.43	+2.4%	+3.3%	-0.9%	15.2%
75-79 ans	494.92	657.25	+1.4%	+1.5%	-0.1%	9.0%
80 ans et plus	715.22	1 102.86	+2.8%	+3.4%	-0.6%	31.3%
Total	6 367.47	6 795.61	+1.4%	+1.4%	+0.1%	100.0%

Source : ATIH 2014

1.1.2. Zoom sur quelques activités

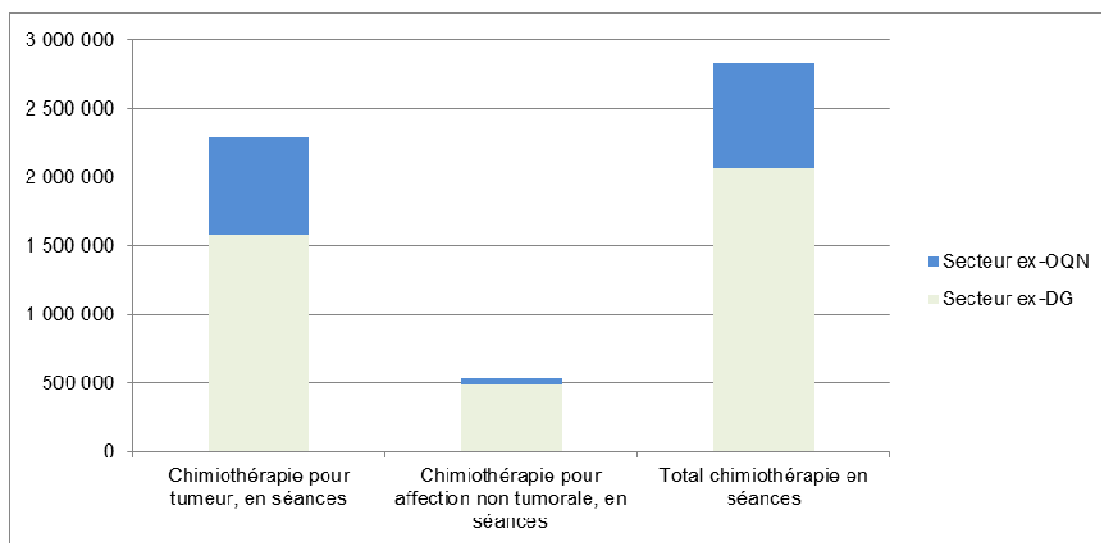
1.1.2.1 Évolution des séances : chimiothérapie, radiothérapie et dialyse

11,3 millions de séances ou forfaits ont été réalisées en 2014, dont 8,8 millions financés en GHS.

a) Activité de chimiothérapie

L'activité de chimiothérapie en 2014 a représenté plus de 2,8 millions de séances dont 2,3 millions réalisées pour tumeur, et 0,5 million pour affection non tumorale. Globalement, près de trois séances de chimiothérapie sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG. Les établissements du secteur ex-DG réalisent 69% des séances de chimiothérapie pour tumeur (GHM 28Z07Z) et 90% des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale (GHM 28Z17Z).

Figure n° 10 : Répartition de l'activité de chimiothérapie en nombre de séances en 2014



En 2014, pour les établissements du secteur ex-DG la chimiothérapie représente 35,3% de l'ensemble des séances et forfaits (y compris dialyse financée en forfaits D) et 39,8% en volume économique. Pour les établissements du secteur ex-OQN la chimiothérapie représente 13,9% de l'ensemble des séances (y compris dialyse financée en forfaits D) et 14,2% en volume économique associé.

Globalement, le nombre de séances de chimiothérapies a évolué de +5,7% entre 2013 et 2014. Depuis 2012, les séances pour affection non tumorale sont plus dynamiques que les séances pour tumeur : les séances de chimiothérapie pour affection non tumorale évoluent de +17,3% en 2014

Pour les établissements du secteur ex-DG, les séances de chimiothérapie ont évolué de +7,2% en nombre de séances entre 2013 et 2014.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, les séances de chimiothérapie ont évolué de +2,1% en nombre de séances entre 2013 et 2014.

b) Activité de radiothérapie

L'activité de radiothérapie en 2014 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 et les cabinets libéraux n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

Tableau n°11 : Nombre de séances de radiothérapie s ecteur ex-DG

2010	2011	2012	2013	2014
1 759 894	1 860 470	1 876 600	1 883 840	1 928 510

Près de 94 000 patients ont été concernés par des séances de radiothérapie en 2014, dans les établissements du secteur ex-DG. En moyenne, ces patients ont suivi 19,8 séances dans l'année.

Le volume économique des séances de **radiothérapie** est en hausse de 9,7%, l'augmentation du nombre de ces séances est de +2,3% (hors séances de radiothérapie du secteur ex-OQN libéral).

c) 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)

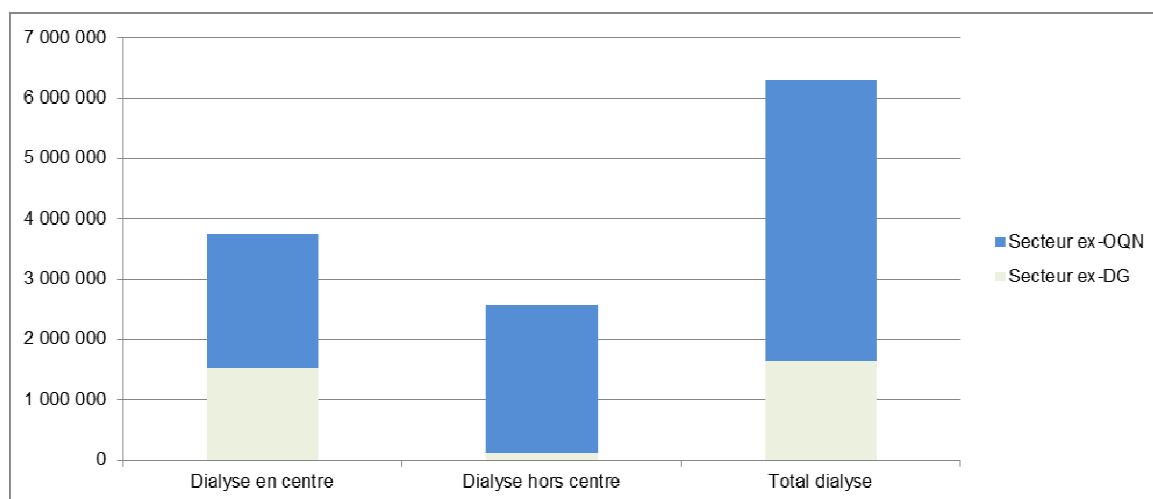
Toutefois, la dialyse n'est pas l'unique moyen de traitement de l'IRCT et la greffe rénale, quand elle est possible, constitue la modalité alternative la plus efficiente et celle qui procure la meilleure qualité de vie aux patients.

Les objectifs retenus par le gouvernement concernant la prise en charge de l'IRCT consistent, d'une part, à 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) et à favoriser la progression de la greffe rénale. Il s'agit, 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.

L'analyse de l'activité 2014 montre une dynamique plus importante des modalités de prise en charge hors centre entre 2012 et 2014.

L'activité de dialyse a représenté 6,3 millions de séances dont 3,7 millions réalisées en centre. Globalement, trois séances/forfaits de dialyse sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN.

Figure n°12 : Activité 2014 des modalités de prise en charge par secteur



En 2014, la dialyse en centre représente 93,6% 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.

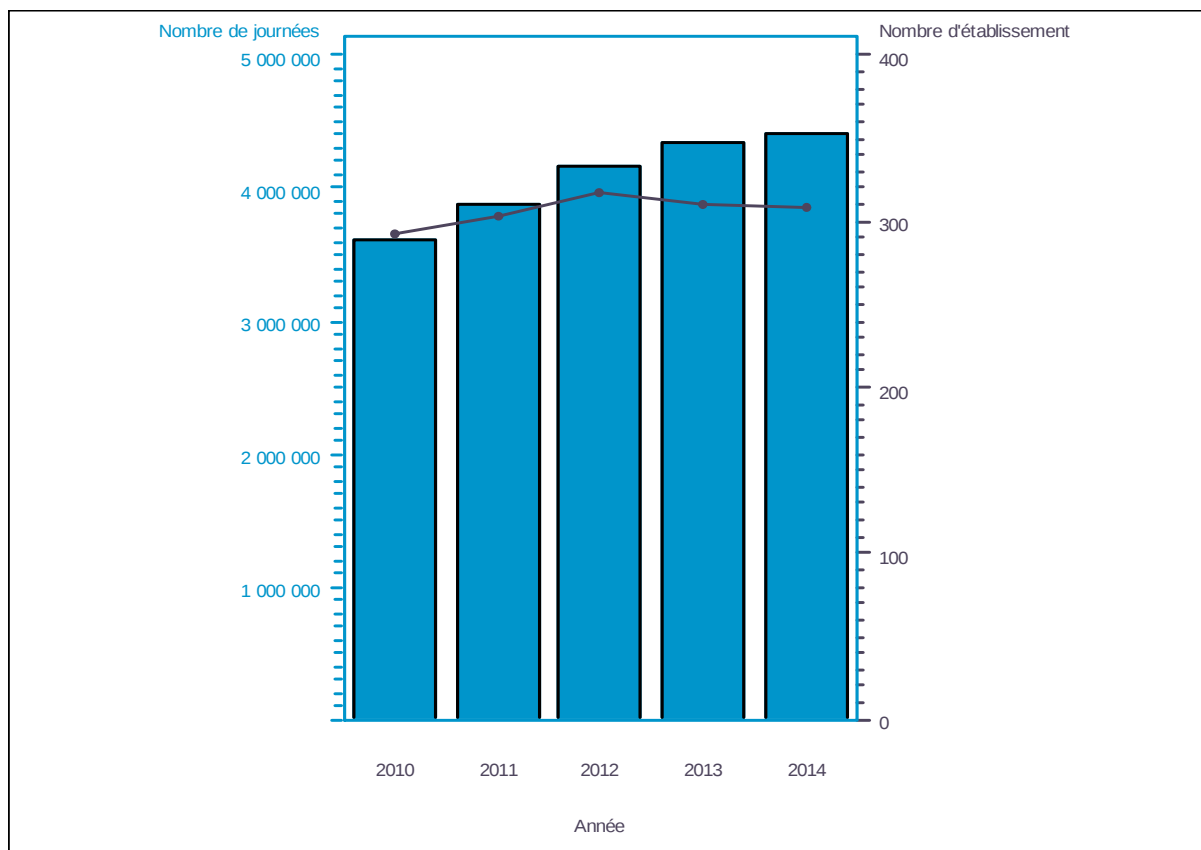
1.1.2.2 Hospitalisation à domicile (HAD)

La croissance régulière de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) se poursuit, particulièrement en termes de journées puisque l'activité a presque doublé en 7 ans (taux d'accroissement de 86% entre 2007 et 2014). Depuis 2010, cette croissance ralentit au niveau du 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 : Évolution de l'activité d'HAD en nombre de journée et en nombre d'établissements sur la période 2007-2014).

En 2014, 309 établissements ont transmis des données d'activité d'HAD (cette activité hospitalière représente 4,4 millions de journées transmises via le PMSI HAD). Cela représente un taux d'évolution de +1.9% par rapport à 2013.

Les actions mises en œuvre au niveau national afin de soutenir cette activité sont décrites dans le paragraphe 3-6 du présent rapport.

Figure n°13 : Évolution de l'activité d'HAD : nombre de journées et nombre d'établissements



Source : ATIH 2014

En 2014, les 309 établissements ayant une activité d'HAD ont pris en charge près de 106 000 patients, au cours de 162 000 séjours d'une durée moyenne de 27,5 journées. L'activité d'HAD est répartie à parts égales avec respectivement 2,3 millions de journées pour 154 établissements publics et 2,1 millions de journées pour 155 établissements privés. Pour 2014, le montant des dépenses assurance maladie associées à l'HAD s'élève à 944 millions d'euros. Ce montant se décompose de la façon suivante : 480 millions d'euros pour les établissements publics (dont 443 millions d'euros de GHT⁴ et 37 millions pour les molécules onéreuses de la liste en sus) et 464 millions d'euros pour les établissements privé (dont 455 millions d'euros de GHT et 9 millions de molécules onéreuses de la liste en sus).

Depuis plusieurs années, le contenu des listes en sus des molécules onéreuses a évolué modifiant ainsi les périmètres des charges dont le vecteur de financement est pris en compte dans la pondération du mode de prise en charge. Ainsi, le nombre de molécules onéreuses facturables en sus a progressivement diminué, le financement de ces molécules étant revalorisé dans la pondération du mode de prise en charge. Les modalités de financement des molécules onéreuses radiées de la liste en sus ont été les suivantes :

- Pour les sorties 2010 à 2013, compensation financière versée sous forme d'aide à la contractualisation à hauteur de 1.1 M€.

⁴ 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. En effet, dans le modèle de financement à l'activité, a été posé le principe de l'unicité de la liste des molécules onéreuses facturables en sus que le patient soit pris en charge en hospitalisation de Médecine/chirurgie/obstétrique ou en hospitalisation à domicile.

- Pour 2014, revalorisation des modes de prises en charge :
 - o Pour la chimiothérapie en modes de prises en charge principaux (MPP) en 2014 et en modes de prises en charge associés (MPA) en 2015 pour 1.3M€
 - o Pour la réintégration des EPO : MPP et MPA 05, 13 et 24 pour 2.9M€.

En 2014, 81.7% de l'activité HAD est concentrée sur huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles (cf. Tableau ci-dessous). Les 3 MPP les plus fréquents en 2014 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. Ces deux derniers MPP présentent en outre une dynamique d'évolution élevée entre 2013 et 2014, respectivement de l'ordre de +4.7% et +7.7% tandis que l'activité de soins palliatifs est en diminution (-4.7%) par rapport à 2013.

Cependant, il peut également être souligné que d'autres MPP connaissent en 2014 une évolution notable bien que leur poids dans l'activité d'HAD ne soit pas significatif. C'est le cas par exemple du MPP 05 sur la chimiothérapie anticancéreuse qui connaît une évolution de +19.2% par rapport à 2013 ou du MPP 07 sur la prise en charge de la douleur (+18.7% par rapport à 2013).

Les séjours en HAD surviennent majoritairement après une mutation ou un transfert suite à un séjour dans un établissement MCO ou SSR (68.2% des séjours en 2014) et pour 28.9% des séjours d'HAD, ils proviennent directement du domicile du patient. En 2014, 4,2% des journées réalisées en HAD ont concerné des patients résidant dans des établissements et services médico sociaux. Ce taux était de 3.6% en 2013 ce qui représente une augmentation notable (+3.2% en nombre de journées).

L'activité des établissements d'HAD concerne essentiellement les patients de 18 ans et plus, 95,3% des journées leur étant consacrées en 2014. Parmi les journées dédiées aux patients adultes, 40,5% correspondent à des prises en charge de patients âgés (75 ans et plus). L'activité de pédiatrie reste marginale en HAD (4.7% en 2014, 4.3% en 2013) et se répartit entre les moins de 1 an (2.2% en 2014 contre 1.9% en 2013) et les enfants de 1 à 17 ans (2,4% en 2014 contre 2.5% en 2013).

L'activité d'obstétrique est en diminution globale depuis 4 ans (6.4 % de journées d'HAD en 2010, 5.7 % en 2011, 6,2% en 2012, 5.7 % en 2013 et 2014), et 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 après accouchement sans complication) et la disparition annoncée du MP N° 20 (Retour précoce à domicile après accouchement des modes de prise en charge autorisés en mars 2015), l'activité de post-partum « physiologique » se réduit en effet constamment depuis 2010. Ces tendances s'observent pour les deux secteurs d'établissements (public et privé). L'activité de post partum physiologique aura quasiment disparu de l'activité d'HAD en 2015 et n'existera plus en 2016.

Tableau n°14 : Activité en HAD en nombre de journées selon le mode de prise en charge principal

Modes de prise en charge principaux	Nombre de journées 2012	Nombre de journées 2013	Nombre de journées 2014	Évolution du nombre de journées 2013/2014
01-Assistance respiratoire	136 409	124 287	127 862	3,5%
02-Nutrition parentérale	117 980	125 195	123 524	-0,7%
03-Traitement intraveineux	209 203	232 547	253 516	9,4%
04-Soins palliatifs	1 090 688	1 093 466	1 042 353	-4,6%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	69 505	84 426	100 638	19,8%
06-Nutrition entérale	288 793	284 467	297 042	4,6%
07-Prise en charge de la douleur	73 804	74 154	88 006	17,8%
08-Autres traitements	89 834	88 366	101 458	14,9%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	975 139	1 061 211	1 110 811	4,9%
10-Post-traitement chirurgical	114 714	101 150	102 019	1,1%
11-Rééducation orthopédique	57 151	50 471	41 406	-17,2%
12-Rééducation neurologique	62 372	62 290	51 265	-18,0%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	150 077	159 982	157 232	-1,0%
14-Soins de nursing lourds	382 493	459 664	495 248	8,6%
15-Education du patient et/ou entourage	50 827	54 996	53 482	-0,6%
17-Surveillance de radiothérapie	6 088	5 571	5 317	-4,3%
18-Transfusion sanguine	820	676	508	-24,9%
19-Surveillance de grossesse à risque	115 770	113 916	117 040	2,7%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	27 597	23 083	20 051	-11,3%
21-Post-partum pathologique	117 657	110 437	90 988	-16,7%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	28 724	28 895	27 369	-1,2%
24-Surveillance d'aplasie	6 443	10 005	8 756	-13,3%
Total	4 172 088	4 349 255	4 415 891	1,9%

Source : ATIH 2014

En 2014, les quatre principales associations (MPP X MPA) représentant 31% de l'activité en journées sont les suivantes :

09-Pansements complexes et soins spécifiques X 00-Pas de protocole associé (590 000 journées, soit 13% du total) ;

04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé (460 000 journées, soit 10,4% du total) ;

09-Pansements complexes et soins spécifiques X 14-Soins de nursing lourd (170 000 journées, soit 3,8% du total) ;

14-Soins de nursing lourds X 12-Rééducation neurologique (136 000 journées, soit 3% du total).

1.1.2.3 La chirurgie ambulatoire :

Les articles R.6121-4 et D.6124-301-1 et suivants du code de la santé publique, définissent la chirurgie ambulatoire comme des actes chirurgicaux, généralement programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie

du patient le jour même de son intervention. Elle correspond à une hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement de nuit.

Priorité nationale depuis 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit désormais dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

En réinterrogeant le processus de prise en charge du patient, la chirurgie ambulatoire permet de centrer davantage l'hôpital sur les soins au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement. Ainsi, toute hospitalisation complète évitée est un bénéfice pour le patient à condition que l'alternative proposée assure une qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité.

Dans ces conditions, son développement est un enjeu essentiel pour notre système de santé et une véritable opportunité qui bénéficie à tous :

- Aux patients, qui bénéficient d'une prise en charge sécurisée et plus supportable leur permettant de regagner leur domicile le jour même ;
- Aux professionnels de santé, qui y voient l'opportunité d'améliorer la qualité des prises en charge et de développer de nouvelles pratiques, tant techniques - chirurgie mini-invasive, nouvelles techniques anesthésiques prévenant la douleur et favorisant une réhabilitation précoce, etc. - qu'organisationnelles (amélioration des conditions de travail des équipes soignantes) ;
- Aux établissements de santé, dans la mesure où cette modalité de prise en charge permet d'optimiser l'utilisation des plateaux médico-techniques et de repenser la gestion des flux ainsi que l'organisation interne ;
- Aux pouvoirs publics, qui souhaitent voir progresser l'efficacité et la qualité des prises en charge.

C'est pourquoi, dès 2010, le ministère a soutenu le développement de cette modalité de prise en charge qui a connu des avancées importantes. Ainsi, en 2014, la chirurgie ambulatoire représentait 44.9% des interventions chirurgicales en France, avec une progression significative sur les dernières années puisqu'en 2007, elle représentait environ 32% des interventions chirurgicales (soit +1,8 point par an en moyenne).

Cette progression régulière est à la fois le résultat :

- d'une mise en cohérence des actions nationales et régionales et d'une mobilisation des différents leviers disponibles notamment : organisationnel, réglementaire, tarifaire, actions de formation, contractualisation sur des objectifs de développement (CPOM Etat/ARS et ARS/ES), appels à projets nationaux ou régionaux ou encore action de mise sous accord préalable de l'assurance maladie ;
- mais aussi, le résultat de la mobilisation quotidienne de l'ensemble des acteurs de la communauté médicale et des établissements de santé.

Pour autant et même si les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence compte tenu des différences de définition et de périmètre consacrées à la chirurgie ambulatoire, il existe encore un potentiel inexploité en France.

Ainsi, sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) relatif aux « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », rendu public en janvier 2015, le ministère a défini :

- les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, avec une cible de 62.3% de chirurgie ambulatoire à horizon 2020. Cette cible se fonde sur une méthodologie unique de détermination des potentiels de substitution des séjours d'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire à partir de taux de transférabilité variables en fonction des durées

moyennes de séjours et des niveaux de sévérité des séjours. Cette cible est modulée à horizon 2020 afin de tenir compte du temps nécessaire pour, d'une part, l'élaboration et la mise en œuvre effective des organisations de chirurgie ambulatoire au sein des établissements et, d'autre part, la diffusion des bonnes pratiques ;

- un programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 fondé sur 5 principaux axes :
 - o améliorer l'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire ;
 - o encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins ;
 - o renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours ;
 - o développer la formation des acteurs ;
 - o assurer une large communication portant sur les bénéfices de la chirurgie ambulatoire.

A compter de 2015, le périmètre du taux global évolue pour refléter davantage l'ensemble de l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales. Ainsi, en plus des GHM en C (hors CMD 14 et 15), entrent dans ce nouveau périmètre 7 racines de GHM (dents, accès vasculaires, biopsie prostatique, chirurgie esthétique et IVG instrumentales). Ce changement de périmètre augmente mécaniquement le taux global de chirurgie ambulatoire qui passe de 44.9% (ancien périmètre) à 49.9% (nouveau périmètre) en 2014 mais également les cibles nationales à atteindre. Ainsi :

- l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de 54.7% en 2016 ;
- l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 62.3% en 2020 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de 66.2%.

En 2014, 5,5 millions de séjours ont été réalisés en chirurgie, dont 2,5 millions de séjours pris en charge en ambulatoire. Entre 2013 et 2014 l'activité de chirurgie a globalement augmenté de +2,0%, l'évolution de l'activité de chirurgie prise en charge en ambulatoire ayant été plus dynamique, avec une évolution de +7,5%.

Tableau n°15 : Nombre de séjours et taux de chirurgie ambulatoire sur l'ancien périmètre (GHM en C hors CM 14 et 15)

Nombre de séjours en milliers	2014	Évolution 2013/2014
Séjours de chirurgie (GHM en C)	5 504.4	+2.0%
Séjours de chirurgie ambulatoire (GHM en C sans nuitée)	2 473.8	+7.5%
Taux de chirurgie ambulatoire	44.9%	-

Sur le nouveau périmètre d'activité, qui intègre 7 nouvelles racines en plus des GHM en C : dents, accès vasculaires, prostate, chirurgie esthétique, IVG instrumentales, on dénombre 3,1 millions de séjours pris en charge en ambulatoire sur 6,2 millions de séjours en 2014. Le taux de chirurgie ambulatoire 2014 sur le nouveau périmètre d'activité est de 50,0%.

Tableau n°16 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Taux de chirurgie ambulatoire 2014	
	sur l'ancien périmètre (*)	sur le nouveau périmètre (**)
Public	33.5%	40.1%
APHP	25.9%	32.1%
CH	36.7%	44.2%
CHR	26.5%	32.2%
CLCC	23.1%	38.8%
EBNL	43.7%	47.5%
SSA	33.6%	36.9%
Privé	53.7%	57.5%
Total France	44.9%	50.0%

(*) Taux global de chirurgie ambulatoire (GHM en C, hors CMD 14 et 15, sans nuitée) sur le total de la chirurgie (GHM en C, hors CMD 14 et 15)

(**) Taux global de chirurgie ambulatoire (GHM en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02 05K14 11K07 12K06 09Z02 23Z03 14Z08, sans nuitée) sur le total de la chirurgie (GHM en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02 05K14 11K07 12K06 09Z02 23Z03 14Z08)

1.1.2.4 Les soins palliatifs

a) l'activité de soins palliatifs en médecine

Globalement la part des séjours de soins palliatifs pris en charge par le secteur ex-OQN est modérée, quoique son évolution soit conséquente pour les soins palliatifs en diagnostic principal (+8.5% en volume économique).

Depuis 2012, le nombre de séjours ayant un code de soins palliatifs en diagnostic associé est supérieur au nombre des séjours ayant un code de soins palliatifs en diagnostic principal dans le secteur ex-DG.. En effet, avec le passage à la classification V11 des GHM et le changement de règles sur le diagnostic principal, les établissements peuvent désormais coder dans certaines situations les soins palliatifs en diagnostic associé (DAS) et non plus en diagnostic principal (DP).

Précautions de lecture : 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.

Tableau n°17 : Activité de soins palliatifs en 2014 en médecine, par secteur de financement

	Public		Privé	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
GHM 23Z02T				
GHS 7991-Soins Palliatifs. avec ou sans acte. très courte durée	4 874	2.8	624	0.3
GHM 23Z02Z				
GHS 7992-Soins Palliatifs. avec ou sans acte	7 514	45.1	2 305	9.2
GHS 7993-Soins Palliatifs. avec ou sans acte dans un lit identifié	32 636	273.8	14 780	79.9
GHS 7994-Soins Palliatifs. avec ou sans acte dans une USP	21 322	217.7	2 211	13.3
Sous-total lit identifié et USP	53 958	491.5	16 991	93.2
Soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	66 346	539.4	19 920	102.7

Soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	92 778	608.9	7 922	30.6
---	---------------	--------------	--------------	-------------

Source : ATIH 2014

L'activité de soins palliatifs en diagnostic principal était en diminution les années passées et augmente entre 2013 et 2014, surtout pour les établissements du secteur ex-OQN. En revanche l'activité codée en diagnostic associé diminue légèrement entre 2013 et 2014.

En diagnostic associé les soins palliatifs sont notamment codés pour des séances de chimiothérapie pour tumeur, des séjours de niveau de sévérité 3 pour tumeurs de l'appareil respiratoire, affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, et insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire.

Tableau n°18 : Évolution de l'activité de soins palliatifs en médecine 2013/2014, par secteur de financement

	Public		Privé	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
Soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	2.7%	2.6%	11.3%	8.5%
Soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	0.0%	5.6%	-2.2%	5.0%

Source : ATIH 2014

Tableau n°19 : Activité de soins palliatifs en 2014 en médecine, pour les 2 secteurs de financement, en nombre de séjours

	2014	Évolution 2013/2014
Séjours avec soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	86 266	4.6%
Séjours avec soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	100 700	-0.2%

Source : ATIH 2014

b) 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 diminué de -4,6% entre 2013 et 2014.

En parallèle, plus de 60 000 journées avec un motif de prise en charge associé (MPA) « soins palliatifs » ont été réalisées. Cette activité a augmenté de +9,5% entre 2013 et 2014.

Tableau n°20 : Activité de soins palliatifs en HAD en 2014 et évolution 2013/2014 pour les 2 secteurs de financement

	2014	Évolution 2013/2014
Journées avec soins palliatifs en mode de prise en charge principal (MPP)	1 042,4	-4.6%
Journées avec soins palliatifs en mode de prise en charge associée (MPA)	63,6	+9.5%

Journées en milliers : Source : ATIH 2014

c) Équipes mobiles de soins palliatifs et équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques rémunérées par les crédits du FIR

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et leur pendant pédiatrique, les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (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.

Toutes les régions disposent d'une politique clairement identifiée en matière de soins palliatifs et la quasi-totalité d'entre elles a engagé un processus d'évaluation de l'offre et des besoins. Cette évaluation vise, notamment, à mieux connaître l'activité réelle des EMSP et ERRSPP, leur zone d'intervention, la part de leurs actions réalisée dans les établissements médico-sociaux et leurs liens avec les autres intervenants en soins palliatifs du territoire (réseaux, hospitalisation à domicile...).

Après une phase d'implantation et de consolidation des EMSP dans l'offre de soins territoriale, les ARS veillent à développer, à moyen constant ou en légère hausse, le champ d'intervention auprès des professionnels prenant en charge le patient à son domicile ou dans un établissement médico-social. L'attention des ARS, était, en effet, 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.

Les stratégies régionales mises en œuvre en 2014 ont ainsi principalement visé à harmoniser et 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 et à rééquilibrer l'offre inter et infra-départementale.

En 2014, 128 487 125 € ont été mobilisés pour les EMSP et les ERRSPP contre 126 865 702 € en 2013.

1.2. L'exécution 2014 sur les champs SSR et psychiatrie

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

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

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

Concernant l'activité de SSR 6.2 milliards d'euros ont été alloués au secteur ex-DG et 2.1 milliards d'euros au secteur ex-OQN. Concernant l'activité de psychiatrie 8.7 milliards d'euros ont été alloués au secteur ex-DG et 0.7 milliards d'euros au secteur ex-OQN.

Tableau 21 : Financement DAF 2014 des activités de SSR et psychiatrie

Montants en M€	Financement 2014	Évolution 2013/2014
Soins de suite et de réadaptation	6 171	+2,8%
Psychiatrie	8 705	+0,3%
Total DAF pour SSR et PSY	14 876	+1,3%

Source : ATIH 2014

Tableau 22 : Estimation des réalisations 2014 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations 2014	Évolution 2013/2014
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	2 137	+4,2%
Psychiatrie (PSY)	677	+3,5%
Total OQN PSY/SSR	2 814	+4,0%

Source : ATIH 2014

1.2.1. L'évolution de l'activité 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 2013 et 2014.

Cette évolution est plus marquée pour les établissements privés financés sous objectif quantifié national (OQN), avec un nombre de journées en hausse de 3,4%.

Au global, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont réalisé près de 37,1 millions de journées en 2014, dont près des deux tiers en établissements sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

Tableau n°23 : Activité 2014 et évolution par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements en 2014	Nombre de journées en 2014	Évolution du nombre de journées 2013/2014
DAF	1 081	23.8	+0.5%
OQN	510	13.3	+3.4%
Total	1 591	37.1	+1.5%

Source : ATIH 2014 – champ d'établissement constant sur la période 2012-2014

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.

Tableau n°24 : Activité 2014 et évolution par type d'hospitalisation

Type d'hospitalisation	DAF		OQN	
	Nombre de journées à temps plein en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014	Nombre de journées à temps plein en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014
Hospitalisation complète	21,7	+0.1%	12,0	+3,0%
Hospitalisation à temps partiel	2,1	+5,0%	1,3	+11,0%
Total	23,8	+0.5%	13,3	+3,4%

Source : ATIH 2014

1.2.2. L'évolution de l'activité de la psychiatrie

Pour le secteur financé par dotation (DAF), le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique temps partiel (CATTP) a évolué. Codée jusqu'en 2012 en journées, cette activité est désormais 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 sous DAF est en apparente diminution/stagnation entre 2013 et 2014, mais il s'agit en réalité d'une bascule vers le nombre d'actes en ambulatoire. Le nombre de journées réalisées en psychiatrie ainsi est stable entre 2013 et 2014.

En revanche, pour les cliniques sous OQN la dynamique d'activité se poursuit avec une hausse du nombre de journées de +1,5%. Plus de 80% de l'activité de psychiatrie reste réalisée dans des établissements financés par dotation annuelle de financement.

Tableau 25 : Activité 2013 et évolution par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements 2014	Nombre de journées 2014	Evolution du nombre de journées 2013/2014
DAF	361	20.43	-0.0%
OQN	177	5.15	+1.5%
Total	538	25.59	+0.0%

Source : ATIH 2014

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

Tableau 26 : Activité 2014 et évolution par type d'hospitalisation

Type d'hospitalisation	DAF		OQN	
	Nombre de journées à temps plein en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014	Nombre de journées à temps plein en 2014	Evolution nombre de journées 2013/2014
Hospitalisation complète	15.5	-0.3%	4.7	+0.8%
Hospitalisation à temps partiel	4.8	+1.3%	0.4	+6.5%
Non renseigné	0.1		0.0	
Total	20.4	-0.3%	5.2	+1.5%

Source : ATIH 2014

1.3. L'exécution 2014 sur le champ des dotations hors DAF

1.3.1. L'exécution 2014 sur le champ des dotations MIGAC

En 2014, les établissements antérieurement placés sous dotation globale ont perçu 5 827M€ et les établissements antérieurement placés sous OQN ont perçu 68M€ (1,15% de l'enveloppe MIGAC, contre 0,8% en 2013) soit une évolution de +33,3% entre 2013 et 2014.

1.3.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC

a) L'évolution des principales MIG (hors MERRI) en 2014 hors La Réunion⁵

Ces MIG totalisent, en 2014, 1 700 920 187 €.

En tête des dotations des MIG (hors MERRI), on retrouve, comme les années précédentes, l'aide médicale d'urgence qui représente 20% (21% en 2013) des missions d'intérêt général avec les financements relatifs au fonctionnement des SMUR et du SAMU.

⁵ Ces chiffres ne prennent pas en compte les remontées « Océan indien », celles-ci n'étant pas disponibles à la date de rédaction du présent rapport

Ensuite viennent les missions relatives à la prise en charge des populations spécifiques (notamment la précarité) pour 8%. Enfin, 8% des crédits MIGAC sont alloués aux missions de santé publique (vigilance, veille, prévention, équipes pluridisciplinaires, etc.).

Cette ventilation des financements est assez similaire d'une région à l'autre. La Corse présente une situation un peu atypique puisque l'essentiel des crédits MIG sert à financer l'aide médicale d'urgence (part de cette catégorie : 87% en 2014, 85% en 2013). En Guyane, ce sont les missions de santé publique qui sont les plus importantes.

En analysant exclusivement les financements accordés aux cliniques du secteur privé, la catégorie de missions relatives à la santé publique est prédominante (49% du total des MIG en 2014).

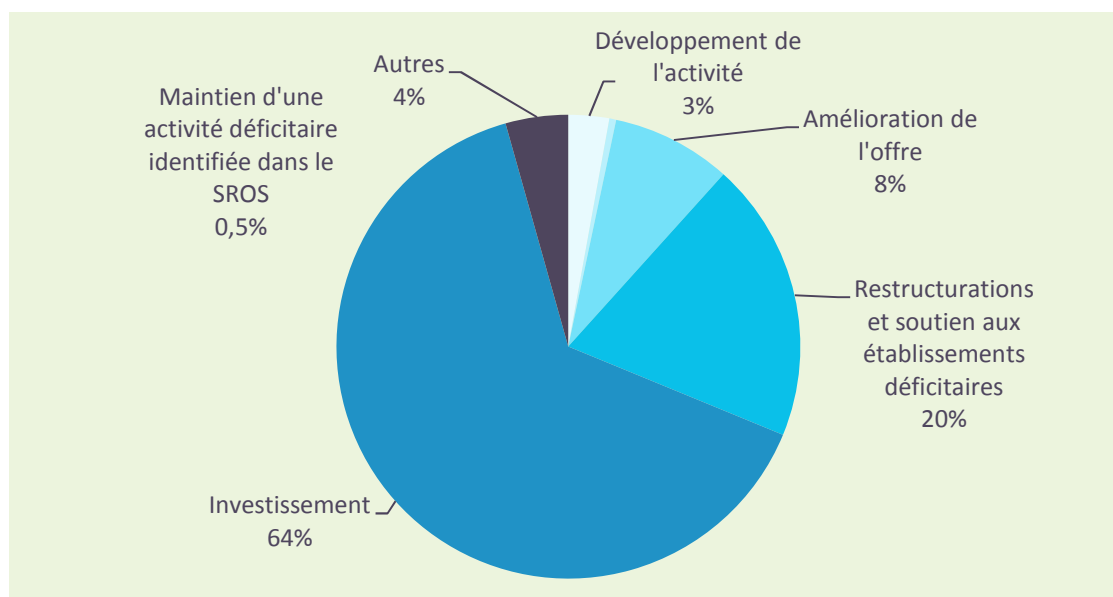
b) L'évolution des aides à la contractualisation en 2014 hors La Réunion

Avec le transfert d'une partie de l'enveloppe des aides à la contractualisation (AC) vers le FIR, les financements des aides à la contractualisation (AC) sont désormais recentrés. Ils totalisent 1 154 360 513 € et concernent soit des investissements pour 64%, soit des restructurations et du soutien aux établissements déficitaires pour 20%. S'agissant des investissements, les crédits sont presque uniquement délégués en mesures nationales, non reconductibles. Au titre des projets validés dans le cadre du COPERMO, les crédits venant en complément du FMESPP représentent 3,9M€. Pour les restructurations, il s'agit essentiellement de crédits alloués dans le cadre du soutien aux établissements déficitaires (hors Plans de Retour à l'Equilibre) avec 82%.

L'amélioration de l'offre de soins existante totalise 8% des crédits AC en 2014, dont la quasi-totalité identifiés à l'aide du libellé « Soutien à la démographie des professionnels de santé hors cancérologie ».

Cette ventilation est légèrement différente lorsqu'elle est réalisée selon le statut de l'établissement. Ainsi s'agissant des établissements MCO privé, les financements AC vont pour moitié à l'investissement, pour un quart à la catégorie « restructuration et soutien financier aux établissements » et pour près d'un cinquième au développement de l'activité.

Figure n°27 : Répartition des aides à la contractualisation en 2014 hors La Réunion



1.3.3. Les dotations FMESPP ont également contribué en 2014 au financement des projets des établissements de santé

Pour rappel, 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°2013-1 217 du 23 décembre 2013.

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.

Tableau n°28 : différentes délégations en 2014 au titre du FMESPP :

SUIVI ANNUEL DU FMESPP	2014	% / par rapport au total délégué
Montant LFRSS pour 2014	103 340 000	
Crédits reportés N-1	278 960 530	
TOTAL RESSOURCES FMESPP	382 300 530	
1) Etudes et expérimentations menées par des agences	17 240 000	8,43 %
<i>ATIH</i>	14 740 000	7,20 %
<i>ASIP</i>	2 500 000	1,22 %
2) Opérations d'investissement des établissements de santé	187 148 341	91,47 %
Aide à l'investissement hospitalier et hôpital numérique	173 188 471	84,65 %
Autres opérations d'investissement	13 959 870	6,82 %
3) Autres opérations	205 501	0,10 %
TOTAL Délégués	204 593 842	100,00%
Solde des crédits non délégués (report N)	177 706 688	

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, et ainsi à lisser leur impact sur le niveau de l'ONDAM.

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

Le niveau des mises en réserve prudentielles sur l'ONDAM établissements de santé en début de campagne 2014 s'est élevé à 340M€. Ce montant se répartit comme suit :

- ✓ 141M€ via le coefficient prudentiel MCO. Comme en 2013, ce coefficient minore de 0,35% les tarifs de l'ensemble des établissements de santé concernés;
- ✓ 20M€ relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP ;
- ✓ 179M€ sur la DAF.

A la suite de l'avis du comité d'alerte rendu le 7 octobre 2014 estimant qu'il n'y avait pas de risque de sur exécution de l'ONDAM 2014, et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le 8 octobre 2014, sur le montant des crédits à verser, il a été décidé de reverser aux établissements de santé la totalité des crédits gagés par le coefficient prudentiel en 2014, soit 141M€.

En 2015, un nouveau mécanisme de mise en réserve prudentielle est introduit sur l'OQN. Ce nouveau levier de régulation constitue un élément notable de rééquilibrage entre les secteurs hospitaliers. En effet, l'OQN, était, avant l'exercice 2015, la seule enveloppe de l'ONDAM établissements de santé à ne pas contribuer à l'effort de mise en réserve global. Comme pour le coefficient prudentiel MCO, cette mise en réserve pourra, le cas échéant, être restituée totalement ou partiellement en fin de campagne 2015, selon le niveau d'exécution de l'ONDAM.

1.5. La situation financière des établissements de santé entre 2010 et 2014

L'analyse de la situation financière des établissements de santé se base sur des sources de données différentes selon leur statut. Pour les établissements publics de santé (EPS), sont exploitées les balances générales 2008 à 2014 transmises par la DGFIP, sachant que les comptes 2014 sont provisoires. La base de données est exhaustive pour les quelques 1000 EPS. Pour les établissements privés ex-DG, sont analysés les comptes financiers 2013 et les troisièmes rapports infra-annuels 2014 déposés sur la plateforme ANCRE⁶. L'analyse étant conduite à champ constant, sont exploités les comptes des 506 établissements ayant répondu aux trois enquêtes. Le périmètre de travail n'est donc pas exhaustif.

L'analyse de la situation financière des cliniques privées reprend l'étude réalisée par la DREES courant 2015 et se base donc sur les données 2012 et 2013.

⁶ La base ANCRE est gérée par l'ATIH. Elle a extrait les données du 3ème rapport infra annuel (RIA) 2014 qui est établi par les établissements de santé en février 2015 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.

1.5.1. Situation financière des établissements publics

En 2014, selon les comptes provisoires centralisés par la DGFIP⁷, les établissements publics de santé (EPS) maintiendraient leurs comptes à l'équilibre, la dégradation de leur résultat et de leur capacité d'autofinancement (CAF) restant très modérée au regard de la masse budgétaire et des contraintes accentuées de ressources assurance maladie. Au niveau des catégories d'établissements, les situations sont hétérogènes.

a) Maintien de l'équilibre budgétaire en 2014

Sur l'ensemble de leurs comptes (budget principal et budgets annexes consolidés), les EPS enregistraient un déficit de 208 M€ en 2014 contre 97 M€ en 2013, soit une dégradation de 111 M€. Le déficit 2014 reste modéré puisqu'il représente seulement 0,3 % du total des produits.

Ce résultat est la somme d'un déficit cumulé de 552 M€ dégagé par près de la moitié des établissements et d'un excédent cumulé de 344 M€. Les établissements déficitaires seraient un peu plus nombreux qu'en 2013 mais les situations déficitaires les plus graves résorbées pour partie. La moitié du déficit cumulé resterait concentré, car imputable à une petite quarantaine d'établissements en 2014 comme 2013.

Tableau n°29 : Résultat des comptes de résultat consolidés des EPS de 2008 à 2014 et taux de résultat en 2013 et 2014⁸

en M€	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux de résultat 2013	Taux de résultat 2014
Les Centres hospitaliers régionaux (CHR)	- 347	- 341	- 250	- 251	11	- 65	- 97	-0,2%	-0,3%
AP-HP	11	75	103	72	21	7	10	-0,1%	-0,1%
Autres CHR	- 357	- 266	- 147	- 179	32	- 58	- 87	-0,3%	-0,4%
Les Centres hospitaliers (CH)	2	117	30	- 106	78	- 37	- 111	-0,1%	-0,2%
CH < 20 M€	21	17	8	2	6	4	5	0,3%	-0,4%
CH 20-70 M€	- 29	7	- 60	- 105	- 14	- 43	- 56	-0,5%	-0,7%
CH > 70 M€	- 92	- 19	- 25	- 77	29	- 14	- 72	-0,1%	-0,3%
CH ex-CHS	38	35	34	32	20	4	3	-0,1%	0,0%
CH ex-HL	65	77	73	41	37	19	19	0,5%	0,5%
Autres EPS (SIH, GCS)	7	10	11	8	- 58	5	0	1,3%	0,0%
Total des EPS	- 337	- 214	- 208	- 349	31	- 97	- 208	-0,1%	-0,3%

Source : DGFIP, calculs DGOS ; CH ex-CHS : centre hospitalier dénommé avant centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie) ; CH ex-HL : centre hospitalier anciennement dénommé hôpital local ; SIH : syndicat inter-hospitalier ; GCS : groupement de coopération sanitaire en M21.

A l'exception des centres hospitaliers ex-HL et ex-CHS, toutes les catégories d'établissements relevées dans le tableau ci-dessus enregistraient une baisse leur résultat en 2014, mais dans des proportions variables. En particulier, la dégradation du résultat global de 111 M€ serait imputable pour moitié aux centres hospitaliers dit de grande taille (budget supérieur à 70 M€). En effet, leur résultat passerait de -14 à -72 M€, soit une baisse de 58 M€. Les CHR (y compris l'AP-

⁷ Les comptes fournis par la DGFIP qui sont présentés ici ont été extraits des balances le 12 juin 2015 dont le taux de clôture était alors de 75 %. Ces comptes sont donc provisoires.

⁸ 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 2013 et 2014, figurerait en 2013 dans CH <20 M€ et en 2014 dans CH 20-70 M€. Ainsi, des évolutions de résultat peuvent être imputables à ce type de mouvement (regroupement, fermeture etc.).

HP) enregistreraient également une baisse de leur résultat de l'ordre de 32 M€, celui-ci passant de -65 à -97 M€. Les CH ex-HL maintiendraient leur excédent autour de 19 M€. La situation des CHS serait redevenue excédentaire.

Le résultat global agrège les résultats des différents budgets de l'hôpital : le budget principal (il rend compte de l'activité hospitalière) pèse pour 88 % dans les produits hospitaliers totaux. La dégradation du résultat global en 2014 (soit -111 M€) serait imputable pour une grosse moitié à l'aggravation du déficit du budget principal, celui-ci passant de -314 à -375 M€ entre 2013 et 2014, et pour une petite moitié à l'érosion de l'excédent des budgets annexes, celui-ci passant de 218 à 167 M€.

Le taux de résultat des EPS s'est légèrement dégradé, il passerait de -0,1 % à -0,3 % entre 2013 et 2014. Rapporté au total des produits, le déficit des EPS en 2014 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 le taux de résultat le plus faible, -0,7 %, et les CH ex-HL le taux le plus élevé, 0,5 %.

La seule analyse du résultat global n'est pas suffisante pour apprécier correctement la situation financière des établissements de santé pour deux raisons. D'une part le résultat prend en compte l'ensemble des opérations, qu'elles soient réelles ou comptables (par exemple les dotations aux provisions) et d'autre part il a été impacté sur la période récente par la régularisation des comptes hospitalier dans le cadre des démarches de fiabilisation et de certification des compte. 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.

b) Maintien du taux d'autofinancement des investissements à un niveau élevé malgré la contraction de la capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé reculerait d'environ 6,1 % pour atteindre 3,6 Md€ en 2014. Comme en 2013, cette baisse serait majoritairement imputable à une croissance des charges du budget principal plus rapide que celle des produits, +2,9 % contre +2,4 %⁹.

La progression des charges est principalement portée par celle des dépenses de personnel (63 % du budget principal). Celles-ci augmenteraient de 2,7 % en 2014, comme en 2013, du fait notamment de la hausse des charge sociales (+4,2 % en 2014 et +4,5 % en 2013 contre +2,4 % en 2012), la masse salariale n'évoluant que modérément (+2,3 %). Les charges médicales (18 % du budget principal) observeraient une petite accélération : +5,1 % en 2014 contre +2,4 % en 2013. Enfin les charges hôtelières et générales se seraient quasiment stabilisées en 2014 puisqu'elles ne progresseraient que de 0,7 % en 2014 contre 2,5% en 2013.

La progression des recettes est portée principalement par celle des produits versés par l'assurance maladie (76 % du budget principal). Ces derniers, y compris le fonds d'intervention régional (FIR)¹⁰, auraient légèrement décéléré : +2,1 % en 2014 contre +2,4 % l'année précédente. La décélération aura été permise à la fois par une réduction des dotations missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et une modération de la croissance de la dotation annuelle de financement (DAF).

⁹ 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.) et en excluant les produits des rétrocessions de médicaments qui évoluent fortement à la hausse en 2014 en raison de l'introduction des nouvelles molécules liées au traitement de l'hépatite C.

¹⁰ 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). En outre, à compter de 2015, le compte FIR est basculé du titre 3 vers le titre 1.

La baisse de la CAF en 2014 concernerait toutes les grandes catégories d'établissements, à l'exception des CH ex-CHS, et plus particulièrement les CHR (y compris l'AP-HP). Sur une baisse totale de 234 M€ de CAF, trois quarts seraient imputables aux CHR et le solde réparti entre les différentes catégories de centres hospitaliers.

La CAF se contractant pour une masse budgétaire en croissance, le taux de CAF, qui rapporte la capacité d'autofinancement au total des produits, reculerait à nouveau en 2014 pour l'ensemble des établissements publics de santé. Il passerait de 5,2 à 4,7 %. Toutes les catégories d'établissements, à l'exception des CH ex-CHS, enregistreraient une baisse de leur taux de CAF mais selon des amplitudes très variables. Par exemple, l'AP-HP dégraderait son taux de 0,9 point pour reculer à 3,7 %. En revanche les CH ex-HL maintiennent leur taux de CAF au-dessus de la moyenne, autour de 5,5 %.

Tableau n°30 : Capacité d'autofinancement des EPS de 2008 à 2014 et taux de CAF en 2013 et 2014

en M€	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux de CAF 2013	Taux de CAF 2014
Les Centres hospitaliers régionaux (CHR)	947	1 205	1 247	1 480	1 572	1 480	1 304	5,4%	4,5%
AP-HP	256	328	280	382	409	330	278	4,6%	3,7%
Autres CHR	691	878	967	1 098	1 162	1 150	1 026	5,6%	4,8%
Les Centres hospitaliers (CH)	2 373	2 712	2 656	2 690	2 521	2 339	2 291	5,0%	4,7%
CH < 20 M€	158	172	156	168	97	77	60	5,4%	4,2%
CH 20-70 M€	615	693	637	613	488	363	344	4,4%	4,1%
CH > 70 M€	1 042	1 247	1 245	1 309	1 373	1 403	1 390	5,2%	4,9%
CH ex-CHS	294	325	332	338	306	277	284	4,4%	4,5%
CH ex-HL	265	274	285	262	256	219	212	5,7%	5,5%
Autres EPS (SIH, GCS)	42	39	50	38	36	38	28	9,3%	7,6%
Total des EPS	3 362	3 957	3 953	4 208	4 129	3 857	3 624	5,2%	4,7%

Source : DGFIP, calculs DGOS

Rapportée à l'investissement, la capacité d'autofinancement en couvrirait toujours les trois quarts (78 % exactement), ce qui est un taux d'autofinancement très élevé, en particulier si on le compare à celui prévalant en 2008 (54 %). Le maintien à haut niveau du taux d'autofinancement, malgré la baisse de la CAF, est permis par un recul des dépenses d'investissement dans des proportions comparables. En effet, ces dernières reculeraient en 2014, comme en 2013, de l'ordre de 6 % pour s'établir autour de 4,6 Md€¹¹, ce qui est conforme à la stratégie nationale de soutien à l'investissement menée depuis 2012.

c) Endettement quasi-nul en 2014

Le taux d'autofinancement des investissements étant historiquement élevé, il se traduirait par une nouvelle baisse du recours à l'emprunt et donc de l'endettement des hôpitaux. En effet, l'endettement, défini comme la différence entre les emprunts nouveaux de l'année et les remboursements de la partie capital des emprunts contractés antérieurement, serait quasiment nul en 2014. Après avoir atteint des niveaux de l'ordre de 3 Md€ en 2008 et 2009, au plus fort du cycle d'investissement hospitalier, l'endettement serait retombé à 0,9 Md€ en 2013 et 0,1 Md€ en 2014.

¹¹ Par souci de comparaison dans le temps, le montant des dépenses d'investissement est ici retraité des opérations conduites en bail emphytéotique hospitalier (5BEH).

Par conséquent, l'encours de dette des hôpitaux se stabiliserait en 2014 à son niveau de 2013, soit environ 29,2 Md€¹². Cet encours représenterait 37,8 % du total des produits en 2014 contre 38,9 % en 2013. Le poids de la dette s'infléchirait pour la première fois depuis au moins 10 ans.

1.5.2. La situation financière des établissements de santé privés à but non lucratif

Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) auraient enregistré une dégradation de leur résultat en 2014 par rapport à l'année précédente, il serait passé de -22 à -82 M€. La baisse du résultat est entièrement imputable aux établissements privés ex-DG autres que les CLCC, ces derniers réduisant au contraire leur déficit

Le déficit des EBNL représenterait 0,75 % de leur budget en 2014 contre 0,20 % l'année précédente. Les deux catégories d'EBNL afficheraient fin 2014 un taux de résultat proche. Les CLCC, ayant réduit leur déficit cette année, verraient leur taux de résultat remonter à -0,64 % et les autres EBNL reculer à -0,78 %. Parmi les 18 CLCC, les résultats sont très disparates ainsi que les évolutions sur 2013/2014. Dans ces conditions, il est difficile de tirer des conclusions. Concernant les autres établissements privés, on constate que la dégradation du résultat en 2014 est concentrée sur quelques établissements, soit qu'en 2013 ils aient enregistré un résultat exceptionnellement élevé soit qu'en 2014 ils aient dû faire face à des difficultés financières avérées.

Tableau n°31 : Résultat des comptes de résultat con solidés des EBNL et taux de résultat de 2013 et 2014

<i>En M€</i>	2013	2014	Taux de résultat 2013	Taux de résultat 2014
CLCC	- 18	- 14	-0,89%	-0,64%
EBNL	- 3	- 69	-0,04%	-0,78%
Total des ES privés ex-DG	- 22	- 82	-0,20%	-0,75%

Source : ATIH

La CAF du secteur ex-OQN ex-DG se replierait légèrement à 418 M€ en 2014, soit -7,3 %. Cette détérioration est le fait des EBNL autres que les CLCC, ces derniers maintenant leur CAF autour de 120 M€.

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

¹² Pour permettre le rapprochement des dépenses d'investissement et le recours à l'emprunt, l'encours de dette est retraité ici de la dette contractée au titre du financement des opérations conduites en bail emphytéotique hospitalier.

Tableau n°32 : Capacité d'autofinancement des EBNL et taux de CAF en 2013 et 2014

<i>En M€</i>	2013	2014	Taux de CAF 2013	Taux de CAF 2014
CLCC	114	122	5,6%	5,8%
EBNL	337	296	4,0%	3,4%
Total des ES privés ex-DG	451	418	4,3%	3,8%

Source : ATIH

1.5.3. La situation financière des cliniques privées

Les cliniques privées à but lucratif ont réalisé en 2013 un chiffre d'affaires d'environ 13,9 milliards d'euros, en progression de 350 millions d'euros par rapport à 2012 (soit +2,6 %). Il est réalisé pour plus des trois quarts (77 % 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 %) et de psychiatrie (6 %). A noter que 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 2013, comme lors des exercices précédents. Leur rentabilité nette - rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires - s'établit en moyenne à 2,2 % en 2013, en hausse de 0,4 point par rapport à l'année précédente (2,2 %). Cette amélioration s'expliquerait par une baisse de cotisations sociales liée à la mise en place en 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité (CICE). En 2013, la rentabilité nette est voisine de celle observée en moyenne sur les années précédentes (2008-2012).

Cette situation économique, globalement satisfaisante, reste toutefois marquée par de fortes disparités. Un petit quart (24 %) des cliniques subissent des pertes en 2013 (contre 28 % en 2012) 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 mais avec une hausse partagée. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2013 (6,1 %, +0,9 point par rapport à 2012), devant les cliniques de SSR (3,9 %, +0,7 point). Les cliniques MCO demeurent les moins rentables (1,5 %, +0,3 point).

2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2015

2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2015

2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2015

L'ONDAM établissements de santé pour 2015 est porté à 76,8Mds€, en progression de +2% par rapport à 2014, représentant une évolution de 1,5Mds€.

L'ONDAM établissements de santé se décompose en deux sous-objectifs de dépenses qui sont l'objectif des « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » (fixé pour 2015 à 56,8Mds€) et l'objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (fixé pour 2015 à 20Mds€) :

- Le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » regroupe l'objectif des dépenses en chirurgie, médecine et obstétrique (ODMCO), fixé pour 2015 à 50,5Mds€ et la dotation pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), fixé pour 2015 à 6,3Mds€.
- Le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » regroupe l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixé pour 2015 à 16,5Mds€, l'objectif quantifié national (OQN) fixé pour 2015 à 2,9Mds€ et le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) fixé pour 2015 à 0,3Md€. La quote-part de crédits restante correspond aux crédits afférents au champ non régulé (0,2Md€).

Au sein de l'ODMCO, les trois sous-enveloppes de financement ont été fixées pour 2015 comme suit :

- Liste en sus comprenant les médicaments et dispositifs médicaux implantables non financés par les tarifs hospitaliers : 4,8Mds€ ;
- Forfaits annuels (urgence / prélèvement d'organes) : 1,2Mds€ ;
- Masse tarifaire comprenant notamment les dépenses afférentes aux séjours et actes et consultations externes : 44,5Mds€.

2.1.2. Les mesures d'économies

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2015 a été évaluée à 2,9%, soit un besoin de financement complémentaire de 2,2Mds€. Des mesures d'économie à hauteur de 730M€ ont par conséquent été rendues nécessaires pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2%.

Ces 730M€ constituent la première tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations.

Les actions qui seront menées sur le champ des établissements de santé portent sur :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière (-545M€) et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE);

- le « virage ambulatoire » (-170M€) avec à la fois l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire et le développement de l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour mais aussi le développement des prises en charge ambulatoire par substitution intra et extra muros sur le champ de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie ;
- l'amélioration de la pertinence du recours aux soins (-15M€) permettant de réduire les actes jugés

2.2. Les évolutions apportées en 2015 sur le champ ODMCO

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

Ces évolutions sont le résultat combiné d'études de l'ATIH et de concertations 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.

2.2.1.1 Les évolutions en termes de classification des GHM (V11g)

Les principales évolutions de la classification par rapport à la version 11f consistent en la réalisation :

- de modifications mineures de la classification
- de radiations de médicaments et de DMI de la liste en sus

La campagne 2015 est marquée par la mise à jour de la liste des complications ou morbidités associées (CMA) intervenant dans la définition des niveaux de sévérité des GHM. Ce travail de maintenance de la classification portant sur la révision de l'effet CMA des diagnostics associés est réalisé tous les deux ans. Il vise en particulier à supprimer de la liste les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA, à requalifier le niveau de sévérité des codes qui n'auraient plus le même effet CMA et à introduire, le cas échéant, des nouveaux codes qui auraient un effet CMA.

Pour 2015, la mise à jour des CMA a été réalisée sur la base d'une méthodologie validée par l'ensemble des fédérations et identique à celle mise en œuvre pour la campagne 2013. Elle est réalisée hors CMD 14 et 15 (catégorie majeure de diagnostics concernant les grossesses et les nouveau-nés) pour lesquelles un simple ajustement est opéré.

Les autres modifications apportées pour cette campagne concernent :

- Les affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus (révision de la CMD17) : L'objectif est de parvenir à une meilleure description médicale de ces activités et d'améliorer la cohérence entre les DMS et les coûts.
- La diabétologie : Afin de mieux prendre en compte les modalités de prises en charges des bilans, il est créé un niveau T pour la racine 10M13 « explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques ».
- Les actes de chimio embolisation hépatique : Afin de mieux prendre en compte les surcoûts de bloc et de dispositifs médicaux, les actes de chimio embolisation hépatique sont rendus classant dans la racine 07K06 « actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire ».
- Les infections ostéo-articulaires : Pour mieux différencier les prises en charges, la racine 08C56 « interventions pour infections ostéo-articulaires » est supprimée et remplacée par deux nouvelles racines, « interventions majeures » versus « autres interventions ».

2.2.1.2. Les évolutions de certaines catégories de prestations

Certaines modifications de tarifs sont également mises en œuvre. Il s'agit de :

- La création de GHS majorés :
 - Prise en charge de l'opération de transsexualisme (19C02) : création d'un GHS majoré.
 - Prise en charge des infections ostéo-articulaires (08C61 et 08C62) : le tarif du GHS est majoré pour prendre en compte le surcoût de ces prises en charge.
 - Technique du ganglion sentinelle (09C04 – 09C05 et 09C11) : création d'un GHS majoré prenant en charge le dépistage par radio-isotopes de tumeur dans le ganglion sentinelle lors d'une opération du cancer du sein.

Le GHS 09C11 : comporte une particularité, en effet ce GHS comporte déjà une majoration pour un autre acte (mastectomie et reconstruction du sein sur le même temps opératoire). Ainsi, il existe dorénavant une double majoration si l'acte du ganglion sentinelle est effectué.

- **Le forfait Innovation**

Le forfait innovation a été mis en place sur les techniques suivantes :

- forfait « I01 : Forfait innovation HIFU » : traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate, dont la prise en charge est décrite par arrêté (arrêté du 7 mai 2014 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale de la destruction par ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate) ;
- forfait « I02 : Forfait innovation ARGUS II » : système de prothèse épirétinienne, dont la prise en charge est décrite par arrêté (Arrêté du 4 août 2014 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du système de prothèse épirétinienne ARGUS II).

La valorisation de ces forfaits innovation est réalisée conformément à l'arrêté L-165-1-1 pour les seuls établissements autorisés. Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire par l'Assurance Maladie : seul le forfait innovation est valorisé pour le séjour. Par ailleurs, aucun coefficient n'est appliqué pour cette valorisation (ni géographique, ni prudentiel).

- **Forfait Activités Isolées (FAI)**

Sont éligibles au forfait les activités reconnues comme « isolées » selon les critères fixés dans l'arrêté du 4 mars 2015 « relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique » et dont le niveau d'activité est inférieur à un seuil. Ce seuil dit « point mort » est le niveau d'activité permettant d'équilibrer les charges et les recettes.

Pour chacune des activités (médecine, chirurgie, obstétrique et urgences), l'arrêté « tarifaire » précise par tranche d'activité, la valeur du montant forfaitaire qui est alloué à l'établissement en fonction de l'écart entre le « point mort » et l'activité de l'établissement pour l'année N-1.

2.2.1.3 Radiations des listes en sus et intégration au sein des tarifs des GHS

Conformément aux recommandations du conseil de l'hospitalisation en date du 26 janvier 2015, les décisions suivantes ont été prises :

- Médicament : 10 radiations dont 7 réintégrations

Pour 2015, 10 spécialités pharmaceutiques ont été radiées (Beromun, Daunoxone, Caelyx dans l'indication du KAPOSI, Ethyol, Metastron, Muphoran, Photofrin, Proleukin, Quadramet, et Tomudex)

Sur les 10 spécialités qui ont été radiées, seules 7 spécialités ont fait l'objet d'une réintégration classique de la masse concernée dans les tarifs de prestation pour un montant de 888 497€

La proposition de ne pas réintégrer au sein de la masse tarifaire les dépenses afférents à 3 spécialités provient du fait qu'elles disposent d'un comparateur dans les tarifs ou que leur service médical rendu est insuffisant.

- Dispositifs médicaux implantables (DMI) : 4 réintégrations

Il s'agit des implants digestifs pour gastroplastie, des anneaux valvulaires cardiaques, des implants exovasculaires de ligature interne (CLIP) pour anévrisme cérébral et des implants ORL, oreille de la liste en sus.

Les masses correspondantes à ces dispositifs ont été transférées de la liste en sus au sein des GHS correspondants en fonction du montant remboursé constaté en 2014.

Il existe un nombre important de GHS concernés mais afin de limiter un effet de « saupoudrage », il a été procédé à une réintégration ciblée sur un nombre limité de GHS représentant plus de 90% du montant total de la dépense.

2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2015 : la poursuite de l'application du principe de neutralité tarifaire

La campagne tarifaire 2015 s'est inscrite dans la continuité des campagnes 2013 et 2014 avec la poursuite de l'application du principe de neutralité tarifaire. De plus, la campagne 2015 a été marquée par la mise en œuvre de la première tranche du plan triennal d'économies pour la période 2015-2017.

Elle repose sur deux principaux objectifs :

- **La mobilisation des leviers tarifaires au profit du virage ambulatoire:** l'objectif est de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que la dialyse hors centre et l'hospitalisation à domicile.
- **La poursuite de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire, amorcée en 2013 et en 2014 :** le chemin vers la neutralité tarifaire est poursuivi par la réduction des sur et des sous financements extrêmes.

Les modulations tarifaires s'appuient en grande partie 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 (ENC). Pour la campagne 2015, l'ATIH a mené un travail associant l'ensemble des fédérations hospitalières qui a permis d'élaborer un indicateur de fiabilité des TIC. Le résultat de ces travaux, a permis de renforcer l'utilisation des TIC dans le cadre de la politique tarifaire.

a) Mobilisation des leviers tarifaires au bénéfice du virage ambulatoire et de l'adéquation des prises en charge en établissements de santé

- La chirurgie ambulatoire

La construction de l'ONDAM hospitalier 2015 intègre des mesures d'économies nettes ciblées sur la chirurgie pour un montant de 80M€, correspondant à la première tranche de mise en œuvre du plan triennal d'économies (400M€ sur 3 ans pour la chirurgie ambulatoire).

La campagne 2015 tient compte des recommandations du rapport IGAS-IGF sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Ce rapport a conforté les orientations mises en œuvre lors de la campagne 2014, à savoir développer la prise en charge en ambulatoire en amplifiant les incitations tarifaires tout en désincitant à la prise en charge en hospitalisation complète.

Cette politique s'est traduite, lors de la campagne 2014, par la généralisation du tarif unique à l'ensemble des couples 1/J et par la suppression des bornes basses sur le niveau 1 de chirurgie. Pour rappel, les modalités de construction du tarif unique ont été fixées en fonction du taux de chirurgie observé sur l'année 2013. Les 4 classes ainsi créées et leurs modalités associées de calcul du tarif unique sont les suivantes :

- o Classe 1 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80% : TIC moyen pondéré par le taux tendanciel
- o Classe 2 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80% : tarif moyen pondéré par le taux tendanciel
- o Classe 3 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50% : tarif moyen pondéré par le taux observé
- o Classe 4 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10% : tarif du niveau 1

Pour la campagne 2015, le rapprochement progressif des tarifs uniques vers les TIC se poursuit. Les modulations s'inspirent des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire (CA), et tiennent compte de la diminution progressive des coûts de fonctionnement des établissements de santé, du fait du développement de la CA et de l'évolution des organisations.

Les modulations réalisées en 2015 impactent les tarifs des deux premières classes qui correspondent aux activités où la prise en charge en ambulatoire est la plus mature.

- o Sur la classe 1, l'actualisation du tarif unique concerne les GHM pour lesquels le taux réel de chirurgie ambulatoire 2014 a dépassé la tendance retenue lors de la campagne tarifaire 2014. Pour ces GHM, les taux de CA observés sont supérieurs aux taux tendanciels ayant servi à pondérer le tarif unique en 2014. Cette actualisation apparaît donc nécessaire pour tenir compte de la réalité de la pratique observée en 2014. De plus, pour les couples de cette classe, le chemin engagé l'an dernier vers le TIC moyen est poursuivi lorsque celui-ci n'a pas été atteint en 2014 (limitation de la baisse).
- o Sur la classe 2, le tarif unique est fixé non plus sur la base du tarif moyen mais sur la base du TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux de CA observé en 2014.

Dans le cadre de la politique globale sur la chirurgie, une action a également porté sur les GHM de chirurgie des niveaux 2 et 3 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% et lorsque le TIC est jugé fiable. Les tarifs de ces GHM ont été diminués pour tendre vers

le tarif issu des coûts. Ce rapprochement est différencié en fonction du niveau de sévérité et du degré de fiabilité du TIC. Par exemple il est plus rapide sur les niveaux 2, où le potentiel de transférabilité vers la prise en charge en ambulatoire est plus important.

- o GHM de niveau 2 : réduction de 90% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » et réduction de 70% pour ceux avec un TIC « correct ».
- o GHM de niveau 3 : réduction de 80% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » et réduction de 60% pour ceux avec un TIC « correct ».

- La dialyse

La construction de l'ONDAM hospitalier 2015 intègre des mesures d'économies nettes ciblées sur l'activité de dialyse pour un montant de 25M€, correspondant à la première tranche du plan d'économie ONDAM (80M€ sur 3 ans pour la dialyse). Comme pour la chirurgie, la mise en œuvre de ces économies s'inscrit dans la logique de progression vers la neutralité tarifaire et de réduction des sur financements..

Pour la dialyse en centre (GHS), le tarif d'hémodialyse pour le secteur ex-DG étant au niveau du TIC, le rapprochement concerne uniquement le secteur ex-OQN, avec une baisse de tarif limitant le sur-financement à +11%.

- L'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre de la politique en faveur du développement de l'HAD, deux actions ont été mises en œuvre dans le cadre de la campagne 2015.

- o Chimiothérapie

Une augmentation de 0,2 point de la prise en charge associé (MPA) chimiothérapie (05) a été réalisée afin de compenser l'augmentation du coût des anticancéreux, notamment oraux, qui ne figurent plus sur la liste en sus.

- o Transfusion sanguine

En 2014, le financement des transfusions sanguines était inférieur au coût du seul produit sanguin, ce qui risquait de conduire à la disparition progressive de cette activité en HAD. Pour soutenir le développement de cette activité en HAD, la pondération du MPP 18 a été rehaussée de 1 point afin que ces journées passent dans des GHT de niveaux supérieurs.

b) Réduction des sur et sous financements extrêmes :

La modulation tarifaire s'appuie sur l'étude de l'ATIH «Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs » (TIC).

Il s'agit des GHM dont les tarifs apparaissent en situation de sous ou sur financements « extrêmes » par rapport au TIC. Ainsi, une hausse des tarifs est opérée pour les GHM en situation de sous financement « extrême ». A l'inverse, les tarifs sont diminués quand les GHM sont sur financés.

Entrent dans le champ des activités dites extrêmes, les activités suivantes :

- les activités sous financées à plus de - 20%
- les activités sur financées à plus de + 25%
- les activités « spécifiques » sur financées à plus de + 30% (activités lourdes, cancer...)

Les activités concernées par les modulations au titre du renforcement de la politique sur la chirurgie ambulatoire ou par les changements de classification ne sont pas intégrées dans le champ des extrêmes.

Le rapprochement vers le TIC se fait de manière progressive et en fonction de l'indicateur de fiabilité :

- 30% du chemin pour les TIC « bons »
- 20% du chemin pour les TIC « corrects »
- Pas de modulation pour les autres GHM.

Les activités dites « spécifiques » sont également mises à contribution. Toutefois, leur niveau de contribution est modulé puisque la référence vers laquelle le tarif doit se rapprocher, a été fixée à +30% du TIC.

2.2.3. La mise en œuvre de deux mesures de la LFSS pour 2014: dégressivité tarifaire, activités isolées

a) Dégressivité tarifaire

Dans le cadre de la LFSS pour 2014, un nouveau mécanisme de régulation prix-volume a été introduit permettant la mise en œuvre d'une dégressivité tarifaire sur tout ou partie des prestations d'hospitalisation de MCO en cas de dépassement d'un seuil d'activité préalablement déterminé. Cette mesure a été décrite dans le rapport au parlement 2014.

L'objectif poursuivi est d'apporter plus d'équité vis-à-vis des établissements qui ne contribuent pas à la dynamique d'activité globale, mais qui aujourd'hui subissent les mêmes évolutions tarifaires que les autres établissements. Il ne s'agit pas d'une mesure d'économie c'est pourquoi les gains attendus au titre de la dégressivité tarifaire ont été pris en compte dans la détermination des tarifs.

La mesure vise également à réduire le risque de demande induite et donc de séjours non pertinents. Ainsi, les disparités régionales de recours pour certaines activités est l'un des critères retenus pour la fixation des seuils qui pourront être différenciés par région.

Après concertation avec les fédérations hospitalières, une application ciblée sur une liste limitative d'activité en lien avec les travaux sur la pertinence a été retenue pour la première année de mise en œuvre. L'année 2014 a été une année blanche où l'ensemble des paramètres ont été fixés mais sans publication de l'arrêté afin de tester techniquement la mise en œuvre et d'observer les effets de celles-ci. Il n'y a pas eu de récupération effective. Le mécanisme s'applique donc pour la première fois lors de la campagne 2015. Le lien avec les travaux portant sur la pertinence a été conservé avec un ciblage plus large de 24 activités issues du programme national de gestion du risque consacré à l'amélioration de la pertinence des soins. Les seuils de déclenchement sont exprimés en taux d'évolution avec une mesure de l'activité en recettes annuelles théoriques. Afin de mieux prendre en compte les dynamiques d'évolution observées sur les deux années antérieures, et en concertation avec les fédérations hospitalières, ces taux ont été différenciés par activité. La minoration au-delà du seuil sera de 20%.

La récupération des sommes dues aura lieu lors du deuxième semestre 2016, lorsque les données consolidées d'activité 2015 seront disponibles.

b) Activités isolées

La problématique des établissements isolés géographiquement et de leur prise en compte dans le cadre du modèle tarifaire de la T2A a été posée depuis le début des réflexions sur la réforme tarifaire. L'enjeu de la mesure est d'adapter le modèle de financement sur des activités produites dans des territoires géographiquement isolés afin d'assurer la pérennité de l'accès aux soins hospitaliers de la population. En effet, la situation isolée induit une plus faible activité, mettant en péril l'équilibre économique de l'établissement par rapport à un financement à l'activité.

Le décret d'application de l'article L. 162-22-8-1 du Code de la sécurité sociale a été publié le 19 février 2015 et s'applique par conséquent dans le cadre de la campagne tarifaire des établissements de santé.

Les activités répondant aux critères d'éligibilité proposés dans le projet de décret d'application (DCE) bénéficieront d'un financement au titre de l'isolement géographique. Sont éligibles au forfait les activités reconnues comme « isolées » selon les critères fixés dans l'arrêté du 4 mars 2015 (cf. chapitre 2.2.1).

- Critère appliquée à l'établissement :
 - o Moins de 10 000 séjours (hors séances) dans un rayon de 45 minutes déduction faite de l'activité de l'établissement
 - o Densité < à 80 habitants au km² dans la zone de recrutement¹³
- Critères appliqués aux activités :
 - o Distance à un autre établissement exerçant la même activité :
 - Médecine : 60 minutes
 - Chirurgie : 60 minutes
 - Obstétrique : 45 minutes
 - Urgences : 30 minutes
 - o Pour l'activité d'obstétrique, part de marché dans la zone de recrutement > ou égale à 40%

L'application de ces critères a donné lieu à une liste d'établissements qui a été transmise aux DGARS en novembre 2014 de chaque région pour avis, conformément aux dispositions du décret. Cette concertation a pour objet de s'assurer de la pertinence du maintien de l'activité pour assurer l'accès aux soins de la population et de la qualité et de la sécurité des soins dispensés dans ces établissements.

Sont éligibles à un accompagnement financier national les activités reconnues isolées et dont le niveau d'activité de l'année n-1 est inférieur au « point mort ». Ce point mort correspond au seuil à partir duquel les charges et les produits de l'activité sont à l'équilibre. La méthodologie permettant de définir les « points morts » par type d'activité permet également de déterminer un forfait par tranche d'activité (100 séjours pour les activités de médecine, chirurgie, 100 accouchements pour l'activité d'obstétrique et de 1 000 ATU pour l'activité des urgences) permettant à l'établissement d'équilibrer ses recettes par rapport aux charges en fonction de l'activité produite. Par exemple, un établissement ex-DG produisant 1600 séjours de médecine, soit deux tranches d'activité en dessous du point mort, bénéficiera de deux fois la valeur du forfait pour l'activité de médecine, soit 70 000€.

¹³ La zone de recrutement correspond à l'ensemble des communes du même département ou des départements limitrophes des patients pris en charge par l'établissement et dont les séjours représentent 80% de l'activité produite par l'établissement.

Les ARS sont, par ailleurs, incitées à financer, en sus du forfait annuel, les établissements, à travers le FIR, au titre de surcoûts liés en particulier à l'intérim médical.

Tableau n°33 : activités de médecine

	Forfait			
	ex-DG	ex-OQN	Tranche	Point Mort
Medecine	35 000	28 000	100	1 800
Chirurgie	70 000	56 000	100	2 000
Obstétrique	120 000	96 000	100	1 200
Urgences	50 000	40 000	1 000	11 000

Les forfaits alloués aux établissements relevant du secteur ex-OQN sont minorés de 20% par rapport à ceux appliqués dans le secteur ex-DG, afin de tenir compte des écarts dans le périmètre de charges couverts par les forfaits dans les deux secteurs, en particulier s'agissant du mode de rémunération des praticiens.

Le montant par établissement correspond à l'addition des financements forfaitaires des 4 types d'activités.

Afin de maintenir une incitation à l'activité, deux modalités de réduction des dotations pour l'obstétrique sont appliquées (il s'agit de l'activité pour laquelle les écarts d'activité par rapport au point mort sont les plus importants) :

- Plafonnement de la dotation à 7 tranches de 100 accouchements, soit un financement maximal de 700 accouchements (correspond à un financement maximal de 840K€) pour les maternités réalisant le moins d'accouchements.
- Réduction de la dotation en fonction de la part de marché pour l'obstétrique. La dotation est réduite de 25% quand la part de marché est entre 60 et 80% et réduite de 50% quand la part est inférieure à 60% ;

Le décret prévoit un plafonnement de l'aide globale au titre de l'isolement géographique, c'est-à-dire la somme du forfait annuel et de la part variable que peut verser l'ARS. Ce plafond est fixé à 25 % des produits de l'activité hospitalière financés par l'assurance maladie, après déduction des éventuelles dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation que percevrait l'établissement.

En 2015, ce sont ainsi 53 établissements qui bénéficient du forfait national pour un montant global de 24 457 000€.

2.3. Les évolutions apportées en 2015 sur le champ des MIGAC et du FIR

2.3.1. Les évolutions apportées sur le champ des MIGAC

a) Création d'une MIG «prélèvement de sang placentaires»

Afin d'atteindre progressivement l'objectif du plan cancer III visant à ce que 50% des patients (à minima) soient greffés à partir d'unités placentaires issues de dons nationaux, un financement en MIG reconductible est créé en 2015 pour compenser les surcoûts rencontrés par les maternités impliquées dans le prélèvement de sang de cordon.

En effet, après concertation avec les professionnels de la greffe et analyse des besoins en France par l'Agence de la biomédecine, il apparaît nécessaire de poursuivre l'accroissement en qualité et en quantité (au-delà du remplacement des greffons cédés) du stock français.

La dotation MIG « Prélèvements de sang placentaire » a pour vocation de prendre en charge un nombre de prélèvements de sang de cordon, basé sur l'activité constatée l'année N-1 par maternité, données fournies par l'Agence de la biomédecine (Abm).

Sont rémunérés par la MIG, les surcoûts non facturables correspondant à l'activité de prélèvement de sang placentaire : information, recueil de consentement, traçabilité, imprimés et documentation, prélèvement du sang de cordon, kit de prélèvement et petits consommables et suivi de l'état de santé de l'enfant après la naissance. Aucun paiement ne peut être demandé à la donneuse (principe de la neutralité financière pour le donneur vivant, article L.1211-4 du Code de la Santé Publique).

L'enveloppe de financement est de **2,75M€** alloués en MIG JPE qui vise à couvrir la réalisation de 20 000 prélèvements par an au niveau national, correspondant à un minimum de 2 000 greffons de sang placentaire de grande qualité (richesse cellulaire), validés et stockés

Chacune des maternités membre du réseau français de sang placentaire, dûment autorisée pour cette activité par l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Abm, est éligible à cette MIG.

En 2015, 33 maternités intégrées dans le réseau français de sang placentaire sont financées pour cette activité.

b) Les « centres de ressources sur les maladies professionnelles »

Cette dotation d'un montant de 8,1 M€ est allouée en MIG aux Centres de Ressources sur les Maladies professionnelles qui contribuent à l'amélioration des connaissances des pathologies générées par le milieu du travail (examen d'expertise, suivi de cohorte de patients, recherche et formation).

En 2015, un travail de modélisation a été mené, à enveloppe constante, permettant l'identification d'une part fixe de 35K€ par structure (socle minimum) et une part variable définie à partir d'indicateurs quantifiés issus des rapports d'activité informatisés des exercices 2011, 2012 et 2013 colligés en 2014 : file active de patients, score SIGAPS, équipe labélisée, participation à l'évaluation de recommandations, accueil d'internes et/ou de stagiaires hospitaliers.

Ce travail de modélisation se poursuivra lors de la campagne tarifaire de 2016 en concertation avec les professionnels.

c) La MIG « assistance médicale à la procréation » (AMP) : préservation de la fertilité

En 2015, Il convient de noter une modification du modèle de financement de la préservation de la fertilité.

En effet, le retour d'expérience de la campagne de 2014 a montré les limites du modèle de financement, notamment pour les activités très restreintes et limitées à la conservation des spermatozoïdes.

Le nouveau modèle introduit les éléments suivants :

- introduction de la notion d'un seuil minimum d'activité (seuil « plancher »). Le niveau minimum d'activité est fixé à la valeur 100 de l'indicateur ;
- diminution du premier palier de 70 000€ à 45 000 €, afin d'inciter les centres à augmenter et à diversifier leur activité pour passer au niveau supérieur ;
- valorisation de l'activité de préservation dans l'année de référence (cas incidents ou flux) au dépend de l'activité de stockage. Ainsi, le coefficient de pondération ne concerne plus les activités de stock mais uniquement celles de flux, et il a été réévalué pour les ovocytes à 3 au lieu de 2 en 2014, maintenu à 5 pour les tissus germinaux.

Au global, 17,5M€ ont été alloués en JPE.

d) La MIG Mortalité périnatale

La MIG mortalité périnatale, anciennement intitulée « centres de références sur la mort inattendue du nourrisson » (MIN), a été révisée en 2015 afin d'intégrer les missions liées à la fœtopathologie. Elle permet de mieux compenser les surcoûts liés à la prise en charge des foetus et enfants mort-nés et de financer le fonctionnement des centres sur mort inattendue du nourrisson.

D'un montant total de 3,6M€ alloués en JPE, la MIG se compose désormais de deux volets :

- un financement pour la prise en charge des mort-nés, selon l'organisation territoriale retenue par l'ARS ;
- un financement modélisé dédié au centre MIN de la région.

Les dotations régionales sont basées sur des indicateurs de santé publique : le nombre de mort-nés et de MIN, corrélé au nombre de naissances de la région.

Il est à noter que la prise en charge des frais de transport ne revient pas à la famille, mais à l'établissement.

e) La MIG Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Pré Natal (CPDPN)

Le modèle de financement des CPDPN prévoit une répartition des centres en 5 niveaux déterminés à partir des rapports annuels d'activité transmis à l'Agence de la biomédecine (ABM). Ces niveaux, définis en fonction du volume d'activité et de critères de complexité des dossiers traités, permettent de déterminer le montant de la dotation MIG de chaque centre.

En 2015, le montant de chacun de ces niveaux a été réajusté par rapport au montant 2014.

La HAS a publié en janvier 2014 un protocole type d'examen foeto-placentaire (EFP) décrivant les moyens à mettre en œuvre par les établissements de santé. Toute mort fœtale ou néonatale spontanée doit pouvoir faire l'objet d'un EFP complet sauf opposition des parents ; concernant les interruptions médicales de grossesse (IMG), l'indication d'un EFP est posée par le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

Ainsi, en 2015, il a été décidé de déléguer 13,9M€ en JPE au titre de cette MIG. La dotation 2015 est diminuée de 1,5M€ par rapport à la dotation 2014. Ce montant a été transféré dans la MIG « Mortalité périnatale » afin de permettre de financer la prise en charge des examens pathologiques des fœtus et des mort-nés.

f) Les travaux relatifs aux MERRI dédiées à la référence et en particulier aux maladies rares

Les dotations relatives aux centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (CRMR), soit 102,57M€, ont été déléguées en 2015 selon la même clef de répartition qu'en 2014. Ces dotations sont soumises à l'effort d'économie. En outre, sont soustraits à la dotation globale des CRMR, pour être délégués au titre d'autres MERRI, les financements :

- de la banque nationale de données des maladies rares (BNDMR),
- des réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte,
- de la coordination des centres SLA, puisqu'une filière de santé spécifique à cette pathologie et identifiée pour cette mission a été mise en place.

Une MERRI relative aux filières de santé pour les maladies rares est créée en 2015, leur financement étant transféré depuis le Fonds d'intervention régional (FIR). Une première allocation est déléguée au titre du fonctionnement de ces 23 filières, à hauteur de 6,19M€. Une délégation complémentaire doit intervenir, sur la base des objectifs et de la description des indicateurs de résultats présentés.

Les dotations relatives aux centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose (CRCM) sont allouées en fonction du modèle créé en 2013, et à partir des données actualisées des files actives de patients pris en charge (chiffres 2013), pour un total de 18,48M€, compte tenu de la suppression du financement de 4 CRCM dont la désignation n'a pas été retenue dans l'arrêté du 16 janvier 2014 et de l'effort d'économie qui se répercute à l'identique sur l'ensemble des établissements.

Les dotations relatives aux centres de référence sur l'hémophilie sont reconduites en 2015, à l'exception de celles de 2 établissements, non éligibles, pour un total de 3,17M€. L'ensemble des établissements éligibles sont dotés au titre de la MERRI relative aux centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA), soit 5 établissements supplémentaires par rapport à 2014. La dotation globale de la MERRI, qui s'élève à 4,20M€, est répartie en fonction de l'activité des centres, mesurée par la file active de patients qu'ils prennent en charge.

La MERRI relative aux réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte, créée en 2015, est dotée à hauteur de 5,29M€. Le financement est alloué, d'une part, aux 14 réseaux cliniques et aux 4 réseaux d'anatomopathologie labellisés en 2014 par l'INCa et, d'autre part, à 8 réseaux émergents, désignés et soutenus financièrement depuis 2011.

2.3.2. Les évolutions apportées sur le FIR

Suite à la création du FIR en 2012, au doublement de son périmètre en 2013, et à une stabilisation de son périmètre en 2014, l'application au fonds du taux d'évolution de l'ONDAM (soit 2,1%) a permis d'augmenter le sous-objectif FIR de 62,1M€. Ce dernier est ainsi fixé pour 2015 à 3,1Mds€.

La stabilité du périmètre du FIR, 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. Six ARS ont néanmoins choisi d'opérer une fongibilité de crédits de leur dotation annuelle de financement (DAF), vers leur FIR. Ce dispositif, créé par la LFSS pour 2014, permet aux ARS d'accroître leur marge de manœuvre en transférant jusqu'à 1% de leur DAF vers leur FIR, et inversement. Les transferts opérés en 2014, toutes au bénéfice du FIR, représentent 18,6M€.

Les modalités de délégation du fonds ont toutefois évolué. 2015 est ainsi la première année de mise en œuvre d'une péréquation du FIR entre régions, en rupture avec les modes de répartition des crédits utilisés jusque là, et qui découlait la plupart du temps des enveloppes historiques. Cette péréquation se fait sur la base d'une clé de répartition populationnelle, pondérée par trois critères : le taux de mortalité brute, le taux d'affection de longue durée standardisé et un indice synthétique de précarité. Cette péréquation ne s'applique toutefois qu'à un périmètre du FIR représentant environ la moitié des crédits, la part restante correspondant à des financements devant répondre à des critères de répartition particuliers (notamment les mesures du Pacte territoire santé).

Enfin, l'exercice 2015 marque le début d'une profonde révision des modalités de gestion du FIR, comme prévue en LFSS pour 2015. Dès l'exercice en cours, le nombre de missions financées par le FIR passe de 8 à 5 ; l'objectif de cette réduction est de créer des missions plus cohérentes et plus transversales entre les différents secteurs de l'offre de soins, conformément à l'objectif initial du FIR. En outre, à compter de l'exercice 2016, la gestion comptable du FIR ne sera plus assurée par la CNAMTS, mais par chaque ARS, via la création d'un budget annexe pour chacune d'entre elles. Cette réforme, qui fait actuellement l'objet de travaux (notamment via la révision des dispositions réglementaires du CSP relatives au FIR), doit permettre aux ARS d'inscrire leurs projets dans une logique pluriannuelle.

2.4. Les évolutions apportées en 2015 sur les champs SSR, psychiatrie et USLD

2.4.1. 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 de longue durée a été portée à 16,5 Mds d'euros pour 2015, soit une évolution de +0,35%.

Les dotations DAF régionales ont été modulées en 2015 pour tenir compte des économies ciblées à réaliser au titre de la première année de mise en œuvre du plan d'économies triennal 2015-2017. Ainsi, les économies ciblées au titre de l'évolution des modes de prise en charge sur les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie sous dotation annuelle de financement, ont été ventilées au niveau régional en fonction d'un indicateur composite reflétant les pistes tirées du chantier SNS.

Pour la psychiatrie (9,3M€), l'indicateur cible 4 axes d'analyse :

- Axe 1 : Réduire les séjours longs
- Axe 2 : Réduire les hospitalisations non pertinentes
- Axe 3 : Développer l'hospitalisation partielle en substitution à l'hospitalisation à temps plein
- Axe 4 : Réduire les écarts de financement interrégionaux

Pour le SSR (41,25M€), l'indicateur cible 2 axes d'analyse :

- Axe 1 : Développer l'hospitalisation partielle en substitution à l'hospitalisation à temps complet
- Axe 2 : Réduire les écarts de financement interrégionaux

L'année 2015 est une année de transition qui s'inscrit dans un projet imminent de refonte complète du financement du SSR. Un effort a été poursuivi sur le plan de la compensation des surcoûts liés à la prescription de molécules onéreuses au profit de patients hospitalisés en SSR.

L'objectif quantifié national (OQN) fixant les dépenses des établissements de santé privés financés par un prix de journée a été porté à 2,9Mds€, soit une progression de +1,5%. Le taux d'évolution des tarifs applicable au 1er Mars a quant à lui été fixé à -2,3%. Ce taux d'évolution moyen national des tarifs tient compte des reprises tarifaires relatives aux exonérations de charges au titre du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et du pacte de responsabilité. De plus, pour la première fois en 2015, ce taux d'évolution tient compte de la mise en œuvre d'un mécanisme de mise en réserve prudentielle sur l'OQN dont le niveau équivaut, en cohérence avec le secteur MCO, à une minoration tarifaire de -0,35%.

En effet, l'article 68 de la LFSS pour 2015 a étendu le mécanisme de mise en réserve prudentielle aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie exercées par les établissements de santé relevant de l'OQN. Il convient de rappeler que l'enveloppe OQN était, jusqu'en 2015, la seule enveloppe de l'ONDAM établissements de santé à ne pas contribuer à l'effort de mise en réserve global.

Comme en 2014, l'évolution tarifaire est différenciée en fonction du statut des établissements relevant de l'OQN (établissements privés à but lucratif ou non lucratif) afin de cibler la reprise opérée au titre du CICE sur les seuls établissements bénéficiaires du crédit d'impôt.

En outre, sur l'OQN SSR, le taux d'évolution moyen national fait l'objet d'une modulation au titre de la revalorisation du forfait de surveillance médicale (SSM). En effet, afin d'accompagner la médicalisation des prises en charge en SSR, il a été décidé de revaloriser les forfaits de surveillance médicale (SSM) inférieurs à un seuil de 8€. La revalorisation opérée est différenciée entre établissement. Le niveau de la revalorisation est inversement proportionnel au niveau des forfaits avant revalorisation.

2.5. L'émergence, la diffusion et la régulation de l'innovation dans les établissements de santé

Les études financées par les crédits de l'ONDAM dans le cadre des programmes de recherche hospitaliers, notamment le Programme Hospitalier de Recherche Clinique, le Programme de Recherche Médico-Economique (PRME), le Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) et le Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), constituent des sources précieuses d'informations à l'appui de la décision publique qui doivent être exploitées et partagées. Les soins primaires constituent la priorité de ces programmes depuis 2013. L'objectif est de les ouvrir aux acteurs des soins de ville, les maisons et les centres de santé pouvant d'ores et déjà être financés au titre des projets qu'ils portent.

Les appels d'offres menés dans le cadre de ces programmes ont également pour vocation d'évaluer les impacts organisationnels des médicaments ou dispositifs médicaux innovants, particulièrement dans un contexte budgétaire contraint où la prévisibilité des financements fait défaut. Ces études permettent enfin de documenter le pilotage de l'organisation territoriale de l'offre de soins et la structuration du parcours des patients.

Les programmes de recherche ministériels constituent ainsi un outil de veille et d'anticipation de l'arrivée de nouvelles technologies de santé sur le marché, ainsi qu'une aide à la décision. Il en va ainsi, par exemple, du projet d'évaluation de l'expérimentation des territoires de soins numériques (TSN), lancé en parallèle aux développements des cinq expérimentations régionales à l'automne 2014.

Afin de redonner de la compétitivité à la France et de stimuler l'excellence de sa recherche biomédicale, pour les recherches à promotion industrielle qui se déroulent dans les établissements de santé, une mesure de simplification administrative dont l'objectif est la réduction des délais de mise

en œuvre (instruction du 17 juin 2014) a été décidée, à travers la mise en place du contrat dit « unique ». Cette démarche vise, dans le même temps, à clarifier les flux financiers liés à la recherche et à recenser, donc à valoriser, ces recherches biomédicales, aux fins d'un meilleur repérage de l'innovation en santé portée par les entreprises.

Cette stratégie s'accompagne d'un ensemble de trois mesures de soutien à l'innovation:

- le dispositif « Autorisation Temporaire d'Utilisation » (ATU) et post ATU,
- le « Forfait innovation » (FI)
- le « Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature » (RIHN).

L'ensemble de ces dispositifs permet une prise en charge précoce et dérogatoire des technologies de santé innovantes (médicaments, dispositifs médicaux et actes) et une synchronisation de ces financements. Cette prise en charge est conditionnée à un recueil de données cliniques et/ou médico-économiques.

Ces politiques publiques demandent encore un décloisonnement entre les secteurs de l'innovation en santé (médicaments, dispositifs médicaux, actes, e-santé et télémédecine). Elles tendent à favoriser la coopération et l'échange des expertises entre ces différents secteurs et entre les acteurs, institutionnels ou non, qui les soutiennent.

2.6. Une meilleure prise en compte de la qualité dans le financement des établissements de santé

Suite à une expérimentation qui s'est déroulée entre 2012 et 2014, et dont l'élargissement se poursuit cette année (IFAQ - 2e phase), la LFSS 2015 a pérennisé la mise en œuvre d'une incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements MCO (IFAQ) à compter de la campagne 2016.

a) Les premiers résultats de l'expérimentation 2012-2014

Afin de valider l'hypothèse selon laquelle la mise en place d'une incitation financière permet une amélioration plus importante et plus rapide de la qualité de la prise en charge, le Ministère de la Santé et la HAS ont lancé un appel à candidature le 29 juin 2012. A l'issue d'un tirage au sort et d'une concertation avec les fédérations, 222 établissements ayant une activité MCO ont été inclus dans l'expérimentation. Celle-ci s'est déroulée entre novembre 2012 et juin 2014 pour un paiement effectif au dernier trimestre 2014 dans le cadre de la troisième circulaire budgétaire.

Au final, cent quatre vingt cinq établissements ont été éligibles à un financement. En effet, les établissements présentant des réserves lors de la visite de certification ont été exclus.

Les règles de calcul du score et du montant de la rémunération ont été développées dans le cadre d'un groupe technique associant l'ensemble des fédérations hospitalières concernées ainsi que des experts désignés par chacune d'entre-elles.

Les établissements sont classés en fonction d'un score agrégé prenant en compte des indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins, les indicateurs IPAQSS (Tenue du dossier du patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Traçabilité de l'évaluation de la douleur, Dépistage des troubles nutritionnels -Niveau 3, Tenue du dossier anesthésique, Réunion de concertation Pluridisciplinaire - Niveau 2), l'informatisation du dossier du patient, ICALIN2 et les Pratiques Exigibles Prioritaires.

Le Ministère a décidé d'augmenter le nombre d'établissements rémunérés d'un tiers à la moitié de ceux éligibles en fin d'expérimentation. Il s'agissait d'envoyer un message positif aux établissements qui se sont engagés dans cette démarche qui a permis de poser les jalons de ce nouveau mode de financement.

93 établissements ont ainsi été rémunérés, soit la moitié des établissements éligibles (42% des participants). Parmi eux, la rémunération est égale à 0,5% de l'activité valorisée pour le premier tiers avec un plafond de 500 000 €, 0,4% pour le deuxième tiers avec un plafond de 400 000 €, 0,3% pour le dernier tiers avec un plafond de 300 000 euros et un plancher de 50 000 € pour tous.

La somme des rémunérations des établissements s'est montée à 12.4 M€

b) La montée en charge 2015

Cette 2e phase, porte, non plus uniquement sur des indicateurs de processus transversaux comme la 1ère phase, mais également sur des indicateurs de spécialités.

Le périmètre des indicateurs intégrés dans le calcul du score IFAQ est amené à évoluer chaque année, en raison d'un recueil bisannuel des indicateurs actuels et de la poursuite de la généralisation de nouveaux indicateurs. Ainsi, le Ministère de la Santé a lancé le 10 juin 2014 un nouvel appel à candidatures qui permet d'intégrer en 2015 de nouvelles composantes dans le modèle d'incitation, notamment les indicateurs de spécialités – prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC), prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat et qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques – ainsi qu'un indicateur prenant en compte la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS), une composante en lien avec le programme hôpital numérique (pré requis et deux domaines fonctionnel : « Dossier patient informatisé » et le domaine D3 « Prescription électronique) et une composante sur le résultat de certification. Ces indicateurs vont venir renforcer le modèle sur les dimensions « expérience patient » et « prise en charge clinique ». L'année 2015 et les suivantes seront par ailleurs consacrées au développement par la DGOS et la HAS, d'autres indicateurs qui permettront d'élargir le champ de ce nouveau mode de financement à d'autres dimensions de la qualité

Cette 2e phase IFAQ est actuellement menée sur la base d'un échantillon de 490 établissements volontaires. Le financement provisionné s'élève à 34 M€.

Le modèle de cette 2e phase IFAQ est en cours de finalisation.

3. Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé

Depuis fin 2012, le gouvernement en vue de préparer les futures campagnes et les travaux de plus long terme sur l'adaptation du modèle de financement, a axé ses travaux autour de trois grandes orientations :

- rompre avec la logique de financements uniquement liés à l'activité ;
- améliorer la prise en compte, par les modèles de financement, de l'efficacité, de la qualité et de l'innovation.
- promouvoir la médecine organisée autour du « parcours ».

De ces réflexions, découlent un certain nombre d'évolutions, dans le respect d'un ONDAM, dont la maîtrise est plus que jamais indispensable.

Le Gouvernement a, en particulier, souhaité, depuis 2012, rompre avec la logique de « tout T2A » au profit d'un modèle de financement mixte.

3.1. La réforme des SSR : un financement par une dotation modulée à l'activité

a) Une réforme en rupture avec les modèles de financements actuels :

Le modèle de financement envisagé est innovant et équilibré en ce qu'il évite les biais des autres modèles : inflation d'activité (T2A MCO), production de journées et surcapacités (prix de journée), déconnection offre / besoins et blocage de l'innovation (DAF).

Reposant sur une classification des prises en charge, il articule une dotation modulée à l'activité (DMA) avec 3 dotations complémentaires permettant de financer certaines activités spécifiques non prises en compte par la DMA.

Ce modèle de financement comporte des leviers de régulation nécessaire à la maîtrise de la dépense publique et ouvre également la possibilité de réorienter des prises en charges en faveur de l'ambulatoire.

b) La dotation modulée à l'activité (DMA)

Cette dotation est composée d'une part fondée sur l'activité historique et d'une part fondée sur l'activité de l'année en cours des établissements.

Cette distinction permet de fonder une dotation annuelle sur l'activité historique de chaque établissement et ainsi de sécuriser une base de ressources permettant aux établissements de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité.

Cette dotation est complétée d'une partie fondée sur l'activité de l'année, qui permet de valoriser les établissements dynamiques qui développeront leur activité tout en optimisant leurs coûts.

c) Les dotations complémentaires

- Les Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) : Les PTS rares, coûteux, induisant des surcoûts d'exploitation et mal décrits par la classification des séjours, bénéficieront d'un financement ad hoc. Ce financement devrait être limité à 5 à 6 équipements spécifiques pour lesquels est

envisagé un financement forfaitaire, par seuils d'utilisation, de manière à garantir une bonne utilisation des équipements. L'éligibilité à ces forfaits sera également subordonnée à une reconnaissance contractuelle délivrée par l'ARS, de manière à accompagner une restructuration du parc des équipements de SSR.

- Les Molécules Onéreuses (MO) : il s'agit de permettre aux établissements de dispenser des traitements innovants mais également des traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques (HIV, cancer par ex) et qui continuent d'être hospitalisés en MCO indûment.. Il est prévu une liste en sus spécifique au SSR, avec un mécanisme de régulation ad-hoc par le biais d'une enveloppe limitative et d'un coefficient minorant qui pourra être reversé en cas de respect de l'enveloppe.
- Les MIG / MERRI : des missions spécifiques sont à la charge des établissements SSR à raison de la durée des prises en charge et de la spécificité du projet thérapeutique. Ce sont soit des missions type scolarisation des enfants, réinsertion professionnelle ... soient des activités de recours de certains établissements liées à des activités très spécialisées. Par ailleurs, les MERRI seront également ouvertes à ce secteur en vue de financer l'accueil des internes mais également la recherche et l'innovation.

d) Calendrier de mise en œuvre

La réforme du modèle de financement est inscrite au PLFSS 2016.

Il s'agira, en 2016, d'une année de transition. Seules une partie des MIG et une première version de la liste en sus seront mises en œuvre, l'année étant, pour l'essentiel, consacrée à la production des textes réglementaires, à l'évaluation fine des effets revenus, et aux actions pédagogiques et de formation en direction des établissements.

2017 constituera l'année d'entrée en vigueur du modèle. Des coefficients de transition propres à chaque établissement accompagneront toutefois la mise en œuvre de la réforme jusqu'en 2022.

3.2. Les hôpitaux de proximité : un financement mixte adapté aux missions réalisées

La réflexion portant sur les hôpitaux de proximité prend doublement sa source :

- D'une part, dans le constat que la T2A n'était pas adaptée au financement des ex hôpitaux locaux.
- D'autre part, et à l'appui de l'Engagement n°11 du Pacte Territoire Santé, dans le constat réalisé par la Cour des comptes dans un rapport consacré à l'avenir des anciens hôpitaux locaux en septembre 2013, que ces structures remplissent un rôle important dans la prise en charge de la personne âgée, justifiant la mise en place d'un financement mixte, plus adapté que la T2A à la nature de l'activité réalisée.

Des travaux ont donc été menés, au cours de l'année 2014, auprès des ARS afin de documenter les besoins auxquels ces structures répondent, leurs difficultés et les leviers d'actions possibles. Les études menées l'ont été sur la base d'un profil d'établissement homogène du point de vue de l'activité réalisée (faible activité de médecine, absence de chirurgie et d'obstétrique) et sans exclusives en termes de catégories juridiques. Les résultats de cette enquête ont confirmé le rôle important des hôpitaux de proximité dans la prise en charge de la personne âgée ainsi que leur caractère attractif pour renforcer l'offre de premier recours.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a, ainsi pu être enrichie d'une mesure relative aux hôpitaux de proximité qui prévoit :

- la reconnaissance des hôpitaux de proximité dans le code de la santé publique en s'appuyant sur le rôle de passerelle entre le premier et le second recours et des liens forts tissés le secteur médico-social
- sur cette base, la définition d'un modèle de financement mixte qui devra permettre à ces structures de remplir les missions qui font leur spécificité.

Les critères d'éligibilité et de définition des missions attendues des établissements qui seront reconnus hôpitaux de proximité, tout comme le modèle de financement qui leur sera proposé feront l'objet d'une concertation avec les acteurs puis d'un décret en Conseil d'Etat d'ici la fin de l'année, pour une entrée en vigueur en 2016.

3.3. Vers des modèles de financement prenant en compte, plus encore qu'aujourd'hui, l'efficacité, la qualité et l'innovation

Au-delà de la plus grande mixité apportée aux modèles de financement, le ministère poursuit un objectif d'amélioration de la prise en compte, par les modèles de financement, de l'efficacité, de la qualité et de l'innovation.

3.3.1. Renforcer les travaux d'amélioration de la mesure des coûts

Les travaux consistant à améliorer la méthodologie de la mesure des coûts se poursuivent chaque année et selon le programme de travail établi lors du COPIL ENC (étude nationale de coûts). Dans ce cadre notamment, deux groupes techniques spécifiques, pilotés par l'ATIH, ont été mis en place en 2015 avec les établissements de l'ENC. Le premier porte sur la mesure de la charge en soins dans l'ENC afin d'améliorer la répartition des charges de personnel et le deuxième porte sur une meilleure connaissance des coûts en chirurgie ambulatoire (en lien avec le virage ambulatoire) via différentes analyses.

Les travaux portent également sur des activités spécifiques dont les charges ne sont pas ou mal évaluées dans les référentiels de coûts :

- Proposition à l'ensemble des structures de dialyse de participer à l'ENC dès 2016.
- Mise en œuvre d'une enquête spécifique afin de mieux appréhender les coûts des services de réanimation et des urgences
- Mise en œuvre d'études spécifiques comme l'analyse des différentiels de coûts entre séjours programmés et non programmés.

Enfin le PLFSS 2016 comprendra une mesure visant à renforcer la fiabilité des données issues de l'étude nationale de coûts en lui donnant une base légale et en prévoyant la mise en œuvre d'une procédure de participation obligatoire pour certains établissements de santé en cas de défaut de représentativité, que ce soit par activité et/ou par catégorie d'établissements, de l'échantillon d'établissements volontaires. Le ciblage d'activité dont les coûts sont actuellement mal évalués dans l'ENC permettra ainsi d'identifier des établissements dont la contribution permettra de renforcer la mesure des coûts.

L'utilisation des données de coûts dans les travaux de mise à jour, et plus encore de refonte des modèles de financement, tel celui de l'HAD, nécessite la poursuite des travaux en vue d'améliorer la mesure des coûts.

Pour ce faire, l'ATIH en accord avec les fédérations hospitalières, a créé, en 2015 un indicateur de fiabilité des tarifs issus des coûts (TIC) afin d'appliquer le dispositif de neutralité tarifaire aux activités pour lesquelles la mesure du coût est jugé fiable. Ces travaux ont vocation à être poursuivis afin de perfectionner cet indicateur pour les campagnes prochaines.

3.3.2. Évolution du modèle de financement d'HAD

L'ATIH poursuivra, par ailleurs, les études menées, avec le ministère, portant sur la construction d'une nouvelle classification médico-économique, ce qui favorisera l'élaboration d'un nouveau modèle de financement des activités d'HAD, dont l'aboutissement, en HAD, est prévu d'ici 5 ans.

Dans l'attente toutefois, certaines innovations dans le modèle pourront être testées afin d'actualiser les conditions du recours à l'HAD. L'une de ces innovations sera de tester la pertinence du raccourcissement des séjours longs de chirurgie par mobilisation précoce de l'HAD, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Ce projet doit être mis en œuvre sur certaines prises en charge dès 2016. Si l'expérimentation s'avérait concluante, elle pourrait montrer la voie à une application plus systématique du principe de substitution de l'HAD à l'hospitalisation complète. Dans ce cadre, elle apporterait sa contribution au virage ambulatoire attendu du système de santé.

Faciliter la diversification de l'offre d'HAD en direction des établissements d'hébergements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées est également un objectif préconisé par la circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD. En effet, le HCAAM (en 2010) et la Cour des comptes (en 2013) ont constaté la faible intervention des établissements d'HAD dans ce secteur (4.2% de l'activité d'HAD en journées en 2014). Un rapport national est en cours de rédaction. Il s'appuiera sur les résultats d'une évaluation menée dans 4 régions et permettra la mise en œuvre des actions correctives à l'issue des constats opérés.

3.3.3. Mieux intégrer la dimension qualité dans le modèle de financement

L'objectif est d'aboutir, en 2016, à la généralisation d'IFAQ pour près de 1300 établissements de santé exerçant une activité MCO, y compris en HAD.

Des travaux seront, par ailleurs, menés afin d'étendre cette dimension qualité au champ SSR.

Parallèlement seront poursuivis les travaux en faveur de la pertinence des soins, qui sans être directement financières, doivent permettre de conforter les mesures actuelles de régulation par la qualité. Améliorer la pertinence des soins, c'est avant tout éviter des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients voire des dépenses inutiles pour la collectivité. C'est donc amener les professionnels de santé à réfléchir sur leur pratique au regard des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé, à l'appui des sociétés savantes. 33 priorités nationales sont aujourd'hui investiguées. Pour amplifier cette action menée depuis 2011 et franchir une nouvelle étape, le Gouvernement a mis en place un mécanisme de régulation propre, inscrit à l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette mesure va permettre d'aller plus loin dans la collaboration ARS-Assurance maladie puisque le plan d'action régional sera établi conjointement et de renforcer l'action menée auprès des établissements sur la base de contrats d'amélioration de la pertinence des soins. Au-delà des priorités déjà identifiées, de nouveaux champs d'action auront vocation à être ouverts dans les années à venir, portant tant sur le médicament, les transports sanitaires, ou le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète.

A ces travaux s'ajoutent un renforcement de l'accompagnement des établissements les moins performants sur le plan de la qualité et la sécurité de certaines pratiques, qui s'est traduit par la mise en place, dans la LFSS 2015, du CAPES, contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé. Le CAPES constitue essentiellement un outil de ciblage des établissements pour lesquels les enjeux de qualité et de sécurité des soins doivent faire l'objet d'un traitement renforcé dans le cadre de leur CPOM et du dialogue de gestion.

Ce contrat a pour objectif premier de demander aux ARS de cibler certains établissements qui peuvent présenter un risque lié à la qualité et sécurité des soins, de les suivre et de les accompagner, afin de garantir aux patients une prise en charge sécurisée.

Un décret en Conseil d'Etat viendra préciser, très prochainement, les modalités d'application de ces dispositions, notamment, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques, la procédure applicable, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités.

Ce contrat constituera l'une des briques, à côté du contrat pertinence, du futur « contrat unifié », porté par le PLFSS 2016, destiné à rassembler les contrats ayant pour finalité la régulation des dépenses et l'amélioration des pratiques.

3.3.4. Le financement de l'organisation de l'innovation et de la recherche appliquée

L'organisation territoriale de la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins, et donc le soutien à l'innovation en santé qui en est le débouché, vont devoir être repensées à la suite du découpage régional qui entrera en vigueur en 2016, ainsi que de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ces évolutions sont l'occasion, d'une part, d'envisager une simplification radicale des financements, aujourd'hui répartis entre presque une dizaine de catégories différentes de dispositifs de soutien et d'infrastructures, et, d'autre part, d'organiser la déconcentration de cette allocation de ressources, en donnant aux acteurs régionaux ou « multirégionaux » les moyens de mener des activités de recherche en fonction de leurs choix stratégiques et de leurs priorités.

Cette refonte doit permettre de passer d'un financement à la structure, essentiellement forfaitaire même s'il est parfois corrélé à des résultats, à un financement qui sera fonction de la réalisation effective des missions nécessaires à la mise en œuvre des projets et à l'animation territoriale de la recherche et de l'innovation. Quatre types de missions seront ainsi soutenus : la conception, la coordination, l'investigation et l'animation. Leur financement se fondera sur des indicateurs de résultats, en fonction d'objectifs qui auront été préalablement concertés.

3.4. Les financements au parcours

3.4.1. La poursuite d'expérimentations d'un financement au parcours : l'insuffisance rénale chronique

Le ministère poursuit un certain nombre d'expérimentations en faveur d'un financement au parcours pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Les Etats Généraux du Rein, menés en 2013, ont souligné que les parcours de soins des patients atteints d'IRC sont marqués par de fortes discontinuités. L'accès à la greffe reste encore insuffisant (45% des patients au stade de suppléance¹⁴ sont greffés) et hétérogène selon les régions (33% à 53%). Les prises en charge de dialyse en centre, bien qu'en baisse depuis quelques années, restent fréquentes et variables selon les régions (entre 36 et 60%).

Pour corriger ces dysfonctionnements, des expérimentations de parcours de l'IRC sont prévues sur une période de 2 à 4 ans, dans un double objectif de prévention et de prise en charge de l'IRC au stade de suppléance.

Ainsi, sur la base d'orientations nationales, un certain nombre d'ARS expérimentatrices élaboreront des cahiers des charges, validés par le ministère, avec les promoteurs qu'elles auront choisis par appel à projets. Les expérimentations bénéficieront d'un suivi régional et national ainsi que d'une évaluation finale avant d'envisager, le cas échéant, la généralisation de ces actions.

D'ores et déjà, 6 régions ont été désignées par la Ministre de la santé en mars 2015 : Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Océan Indien, Pays de Loire et Rhône-Alpes.

Les expérimentations menées auront pour objectif de fluidifier les parcours par la mise en œuvre d'une meilleure coordination entre les acteurs et par le renforcement de l'information et de l'éducation thérapeutique afin de permettre aux patients d'être acteurs de leurs soins. Il est ainsi attendu la :

- diminution du nombre de patients arrivant au stade de suppléance
- réduction du nombre de dialyse en urgence (30% actuellement)
- l'augmentation des inscriptions à la liste d'attente et à la greffe
- promotion des prises en charge dans les structures en « hors centre » (unité de dialysé médicalisée, autodialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile).

Les expérimentations de parcours devraient également permettre d'identifier des organisations efficaces de parcours ainsi que les leviers, notamment financiers permettant leur mise en œuvre.

Deux segments de parcours seront, plus spécifiquement, expérimentés :

- au stade de pré-suppléance, pour prévenir, ou, en cas d'aggravation, préparer le stade de suppléance vers les prises en charges efficaces (greffe, dialyse hors centre) ;
- au stade de suppléance pour orienter davantage les patients vers la greffe et le hors centre.

En parallèle de la publication du décret en Conseil d'Etat, des travaux nationaux¹⁵ sont menés depuis mai 2015 pour l'élaboration d'orientations nationales qui serviront de base à l'élaboration des cahiers des charges régionaux en collaboration étroite avec les ARS expérimentatrices. Ils donneront lieu, après une phase de concertation, à la publication d'un arrêté ministériel en novembre 2015. Sur la base de cet arrêté, les ARS élaboreront leurs cahiers des charges après sélection des promoteurs à la fin du 4^e trimestre et les expérimentations débuteront en fin d'année 2015/début 2016.

3.4.2. Évolution à venir des prises en charge du traitement du cancer et financement au parcours

A-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) fixe plusieurs priorités d'actions visant la mise en œuvre effective sur les territoires de nouvelles prises en charge (nouvelles thérapeutiques, nouvelles technologies), de nouveaux modes d'organisation de l'offre en cancérologie et une meilleure adaptation des modes de financements.

¹⁴ Le stade de suppléance correspond à la phase terminale de la maladie où les patients nécessitent d'être traités soit par greffe soit par une dialyse.

¹⁵ Ce groupe de travail, piloté par la DGOS, a associé les sociétés savantes concernées, les représentants des associations de patients, des ARS expérimentatrices, des registres (REIN et RDPLF), de la HAS, de la DREES, de la CNAMTS et des directions des ministères. Un comité de coordination a été constitué également avec les représentants des ARS expérimentatrices et les institutions.

Pour instruire ces réflexions, un comité de pilotage Cancer, piloté par le ministère des affaires sociales et de la santé a été mis en place en 2014 réunissant l'Institut national du cancer, l'ensemble des fédérations, 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 sont 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.

B- L'article 43-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet la mise en œuvre d'une expérimentation de financement au parcours pour les patients atteints de cancer traités par radiothérapie externe.

L'activité de radiothérapie est réalisée en France soit au sein d'établissements de santé, essentiellement publics, soit au sein de cabinets libéraux de radiothérapie. Ces centres de radiothérapie se partagent à part à peu près égale la prise en charge des patients atteints de cancer et traités par radiothérapie.

Le système actuel de financement de l'activité de radiothérapie est marqué par une forte dualité puisque ses modalités diffèrent selon le secteur d'activité :

- Les centres de radiothérapie des établissements publics de santé sont financés à la tarification à l'activité sur l'enveloppe ONDAM hospitalier. Le financement de l'activité, codée sur le PMSI, s'effectue au séjour, qui correspond à une séance (plusieurs GHM de séances : de préparation et d'irradiation).
- Les centres de radiothérapie privés sont financés via les honoraires des radiothérapeutes libéraux sur l'enveloppe ONDAM ville. Le financement de l'activité s'effectue via un honoraire « tout compris », sans distinction entre la prestation médicale du radiothérapeute et le fonctionnement du centre, facturé à la CNAMTS par le radiothérapeute libéral. Le niveau de cet honoraire dépend pour l'essentiel de la dose totale d'irradiation attribuée dans le cadre du traitement de radiothérapie du patient. On note, pour ce secteur, l'absence de recueil médicalisé d'information renseigné par la structure.

Aussi, ce système, hétérogène, ne semble pas adapté aux évolutions de cette activité : évolution des techniques et équipements, des protocoles médicaux de traitement et des schémas thérapeutiques, des pratiques, et des recommandations. Il ne permet pas non plus une maîtrise suffisante de la croissance continue des dépenses de santé afférentes à cette activité, observées ces dernières années.

Il est ainsi envisagé, dans ce cadre, de faire évoluer le modèle de financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie externe, en l'expérimentant dans un premier temps sur les

localisations sein et prostate. Ce nouveau modèle s'appliquera à l'ensemble des centres de radiothérapie du territoire.

L'ambition est d'aboutir à un modèle de financement davantage harmonisé pour l'ensemble des secteurs d'activité de radiothérapie, plus transparent, et qui permettra de mieux répondre aux enjeux de cette activité. Il s'agira de s'acheminer vers un modèle prenant mieux en compte le parcours du patient pour ce segment du parcours de soins que constitue le traitement du cancer par radiothérapie.

Pour ce faire, des travaux préalables ont été entrepris en 2014 et poursuivis au premier semestre 2015 : enquête de pratiques, enquête de coûts, élaboration de référentiels de bonnes pratiques. Les conclusions et l'exploitation de ces travaux permettront de définir les paramètres du nouveau modèle de financement qui ne sera plus fondé sur les seules séances de radiothérapie (secteur hospitalier) ou sur la dose totale d'irradiation (secteur libéral), mais pourra comprendre plusieurs paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient, tenant compte des évolutions des techniques.

3.4.3. La poursuite d'expérimentations d'un financement au parcours : OBEPEDIA – parcours pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère

Le « plan obésité » a permis de structurer l'offre de soins pour la prise en charge des personnes obèses, y compris les cas les plus graves. Sous l'égide des ARS, cet objectif s'est traduit par l'organisation de filières de soins et de coordinations territoriales à partir de 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO), et par l'adaptation des équipements à ces populations, pour améliorer l'accessibilité, la lisibilité et la gradation des soins, incluant à leur juste place le médecin traitant, le spécialiste libéral ou non, les établissements de santé, et plus largement l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge.

Une dynamique très positive a été enclenchée et les CSO sont devenus en moins de 3 ans des acteurs incontournables dans les régions. Ils assument la prise en charge des formes sévères d'obésité et surtout, animent une politique territoriale de l'offre de soins, notamment pour le maillage des acteurs de santé et le parcours de soins des personnes atteintes d'obésité sévère.

Dans la droite ligne des travaux réalisés par le plan obésité, il a été décidé, dans le cadre des expérimentations d'innovations organisationnelles et financières dédiées aux parcours de santé, en s'appuyant sur l'article 32 de la LFSS 2014, de s'intéresser à la prise en charge médicale coordonnée, ville et hôpital, de l'obésité sévère de l'enfant. En effet, la prévalence inquiétante de cette pathologie, le faible recours constaté auprès des centres spécialisés, la croissance régulière d'actes de chirurgie bariatrique, pourtant non recommandés par la Haute autorité de santé et qui engagent des conséquences sur la vie entière, sont autant de signes d'alerte face auxquels une alternative doit être proposée.

Une mission a confié, en septembre 2014, au groupe de coordination et de concertation des CSO (GCC-CSO,) la mission de coordonner la rédaction d'un rapport sur le parcours de soins des enfants atteints d'obésité sévère, rapport remis en décembre 2014.

Le projet, baptisé OBEPEDIA, vise à mettre en place des parcours de soins adaptés pour les enfants et adolescents présentant une obésité sévère. Il se fonde sur le constat qu'il demeure de nombreux obstacles à la prise en charge de l'obésité sévère, en particulier des enfants, le cumul de facteurs économiques, psycho-sociaux et familiaux favorisant en effet le plus souvent un non recours aux soins ou un abandon assez fréquent de ceux-ci lorsqu'ils sont engagés.

Le rapport remis par le GCC-CSO, en lien avec 6 sociétés savantes, décrit la séquence de prise en charge des populations ciblées, depuis la prise en charge par un CSO jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé pendant 2 ans, incluant des coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville.

Le parcours est basé sur une évaluation pluri-professionnelle de l'enfant et de l'adolescent réalisée à la fois dans le cadre du CSO mais également dans son environnement familial et éducatif.

Le parcours d'une durée de 2 ans permet de suivre le jeune patient de manière intensive et régulière au plus près de son environnement familial et quotidien au moyen :

- d'une coordination par l'équipe pluridisciplinaire pédiatrique du CSO dont la mission est d'organiser le parcours en lien avec le jeune, sa famille et une équipe de proximité
- d'une coordination de proximité organisée autour du médecin traitant et de 2 ou 3 professionnels de proximité impliqués dans la prise en charge de l'obésité sévère (diététiciens, psychologues, professionnels de l'activité physique adaptée...)

Améliorer concrètement l'accès aux soins de ces enfants et leur offrir un parcours de soins adapté est à ce jour le seul moyen de traiter cette pathologie qui ne guérit jamais mais avec laquelle on peut apprendre à vivre et à grandir. Réduire les multiples complications de l'obésité et les ruptures doit conduire à améliorer significativement l'état de santé de ces enfants, à leur permettre d'envisager positivement leur parcours de vie et leur insertion sociale, familiale et professionnelle, avec des bénéfices non négligeables sur les dépenses de santé évitées et sur la mobilisation des professionnels concernés tant en établissement de santé et en ville.

Un premier comité de suivi du projet s'est tenu le 22 septembre 2015 en présence de l'ensemble des acteurs professionnels, institutionnels et des représentants des usagers. Les travaux se poursuivront sur l'année 2016 pour définir les critères de choix des CSO expérimentateurs, les modalités d'inclusion des patients dans le parcours, les outils à destination des professionnels et les contours de l'organisation, du financement et de l'évaluation. 2017 devrait voir débiter les expérimentations sur les sites choisis.

Annexes

Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex-DG

Catégorie majeure de diagnostic		Nombre de séjours 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours 2013/2014	Effet structure 2013/2014	Contribution à la croissance en séjours 2013/2014	Contribution à la croissance en volume 2013/2014	Part en séjours 2014	Part en volume économique 2014
01	Affections du système nerveux	912,09	2 370,83	+2,5%	+2,7%	-0,2%	14,4%	9,4%	8,2%	8,5%
02	Affections de l'oeil	320,06	490,66	+2,9%	+2,8%	+0,1%	5,3%	2,2%	2,9%	1,8%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	387,78	677,55	+2,0%	+0,9%	+1,1%	2,1%	2,1%	3,5%	2,4%
04	Affections de l'appareil respiratoire	751,33	2 436,66	-0,0%	-0,8%	+0,8%	-3,5%	-0,1%	6,7%	8,8%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 134,44	3 532,68	+3,3%	+2,8%	+0,5%	18,3%	18,0%	10,1%	12,7%
06	Affections du tube digestif	1 170,86	2 640,64	+2,6%	+2,5%	+0,1%	17,1%	10,9%	10,5%	9,5%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	327,01	1 043,19	+2,6%	+1,7%	+1,0%	3,2%	4,3%	2,9%	3,8%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 053,45	3 461,40	+3,8%	+2,3%	+1,5%	14,0%	20,4%	9,4%	12,5%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	443,72	992,25	+3,2%	+2,3%	+1,0%	5,9%	5,0%	4,0%	3,6%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	386,63	879,92	-2,3%	-3,4%	+1,1%	-8,0%	-3,3%	3,5%	3,2%
11	Affections du rein et des voies urinaires	463,20	1 142,38	+4,5%	+3,2%	+1,3%	8,5%	7,9%	4,1%	4,1%
12	Affections de l'appareil génital masculin	136,40	310,83	+4,7%	+3,6%	+1,0%	2,9%	2,2%	1,2%	1,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	273,45	543,56	+0,7%	+0,4%	+0,3%	0,6%	0,6%	2,4%	2,0%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	831,00	1 743,50	+0,3%	-0,2%	+0,5%	-0,8%	0,9%	7,4%	6,3%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	628,85	866,57	+0,9%	+0,4%	+0,5%	1,6%	1,2%	5,6%	3,1%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	203,22	527,14	+3,9%	+5,1%	-1,1%	5,8%	3,2%	1,8%	1,9%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	264,40	805,83	+0,7%	-1,3%	+2,1%	-2,1%	0,9%	2,4%	2,9%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	116,79	334,56	+2,2%	+0,9%	+1,3%	0,6%	1,2%	1,0%	1,2%
19	Maladies et troubles mentaux	274,17	558,53	+1,5%	+2,6%	-1,0%	4,1%	1,4%	2,5%	2,0%

20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	202,40	280,68	+1,7%	+1,2%	+0,5%	1,4%	0,7%	1,8%	1,0%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	163,40	302,77	+0,1%	-1,8%	+2,0%	-1,8%	0,1%	1,5%	1,1%
22	Brûlures	11,75	87,33	-1,0%	+0,4%	-1,3%	0,0%	-0,1%	0,1%	0,3%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	695,97	1 273,21	+4,2%	+2,6%	+1,5%	10,6%	8,2%	6,2%	4,6%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	8,87	56,33	-7,8%	-8,9%	+1,2%	-0,5%	-0,8%	0,1%	0,2%
26	Traumatismes multiples graves	9,74	115,87	+10,0%	+8,6%	+1,3%	0,5%	1,7%	0,1%	0,4%
27	Transplantations d'organes	10,55	320,52	+3,7%	+3,1%	+0,6%	0,2%	1,8%	0,1%	1,2%
Total France		11 181,52	27 795,37	+2,3%	+1,5%	+0,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex-OQN

Evolutions par CMD – secteur ex OQN

Catégorie majeure de diagnostic		Nombre de séjours 2014	Volume économique 2014	Evolution volume économique 2013/2014	Evolution nombre de séjours 2013/2014	Effet structure 2013/2014	Contribution à la croissance en séjours 2013/2014	Contribution à la croissance en volume 2013/2014	Part en séjours 2014	Part en volume économique 2014
01	Affections du système nerveux	195,25	172,05	+0,7%	+1,8%	-1,1%	4,0%	1,2%	3,1%	2,5%
02	Affections de l'oeil	660,76	510,97	+2,8%	+3,0%	-0,2%	22,3%	14,4%	10,4%	7,5%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	530,86	321,61	+0,1%	-0,2%	+0,3%	-1,3%	0,2%	8,3%	4,7%
04	Affections de l'appareil respiratoire	108,93	171,04	+0,7%	+0,5%	+0,2%	0,6%	1,2%	1,7%	2,5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	540,79	925,48	+1,7%	+1,7%	+0,0%	10,3%	15,8%	8,5%	13,6%
06	Affections du tube digestif	1 492,14	1 049,85	-0,3%	+0,7%	-1,0%	12,1%	-2,8%	23,4%	15,4%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	123,49	190,55	+2,0%	+3,0%	-1,0%	4,2%	3,8%	1,9%	2,8%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	912,10	1 432,27	+2,4%	+1,8%	+0,6%	18,8%	34,9%	14,3%	21,1%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	303,24	237,91	+2,2%	+3,8%	-1,5%	12,9%	5,4%	4,8%	3,5%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	85,13	192,42	+5,9%	+2,1%	+3,7%	2,0%	11,0%	1,3%	2,8%
11	Affections du rein et des voies urinaires	242,62	288,92	+2,3%	+2,8%	-0,5%	7,7%	6,8%	3,8%	4,3%
12	Affections de l'appareil génital masculin	182,01	192,35	+2,2%	+2,8%	-0,6%	5,7%	4,3%	2,9%	2,8%
13	Affections de l'appareil génital féminin	225,62	235,71	-1,6%	-2,5%	+0,9%	-6,8%	-4,0%	3,5%	3,5%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	265,68	344,11	-2,3%	-2,8%	+0,5%	-8,9%	-8,4%	4,2%	5,1%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	204,15	160,12	-1,7%	-2,1%	+0,3%	-5,0%	-2,9%	3,2%	2,4%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	36,00	47,04	+4,6%	+4,6%	+0,0%	1,8%	2,1%	0,6%	0,7%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33,45	48,82	-1,2%	-2,3%	+1,2%	-0,9%	-0,6%	0,5%	0,7%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8,72	13,76	-0,3%	+4,2%	-4,3%	0,4%	0,0%	0,1%	0,2%
19	Maladies et troubles mentaux	8,18	9,38	-2,1%	+6,4%	-8,0%	0,6%	-0,2%	0,1%	0,1%

20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	14,97	12,21	+9,1%	+32,4%	-17,6%	4,2%	1,0%	0,2%	0,2%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	27,84	39,01	+2,3%	+3,5%	-1,1%	1,1%	0,9%	0,4%	0,6%
22	Brûlures	0,26	0,31	-28,4%	-24,3%	-5,4%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,0%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	164,94	198,10	+8,5%	+8,2%	+0,3%	14,3%	16,0%	2,6%	2,9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0,11	0,27	-37,7%	-28,2%	-13,2%	0,0%	-0,2%	0,0%	0,0%
26	Traumatismes multiples graves	0,22	1,36	+5,9%	+7,8%	-1,8%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Total France		6 367,47	6 795,61	+1,4%	+1,4%	+0,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

Annexe 2 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-DG) -

Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2014 –secteur ex-DG

GHM	GHS		2014				Evolution 2012/2013		Evolution 2013/2014	
			Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Part des séjours	Part du volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours
		Ensemble des 25 GHM	38 826	233 646 076	41,8%	38,4%				
28Z07Z	9606	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	4 339	1,8	4,7%	0,3%	-20,7%	-21,1%	4,9%	3,0%
04M093	1163	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	3 587	26,0	3,9%	4,3%	2,1%	1,6%	3,7%	3,7%
07M063	2526	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	3 114	21,0	3,4%	3,5%	7,6%	7,2%	6,4%	6,7%
05M093	1755	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	2 336	11,4	2,5%	1,9%	10,1%	11,1%	7,8%	7,7%
23Z02Z	7993	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	2 123	20,4	2,3%	3,3%	4,7%	9,5%	16,8%	15,7%
01M303	316	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	1 986	14,0	2,1%	2,3%	13,7%	13,1%	7,6%	7,7%
04M053	1144	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1 857	8,8	2,0%	1,4%	10,6%	10,4%	-3,1%	-3,0%
04M073	1153	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1 649	11,0	1,8%	1,8%	16,2%	16,3%	9,3%	9,4%
23Z02Z	7994	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	1 566	21,2	1,7%	3,5%	29,7%	33,3%	14,8%	13,1%
06M053	2140	Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3	1 553	9,5	1,7%	1,6%	10,0%	10,0%	1,4%	1,8%
01M263	297	Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	1 402	10,4	1,5%	1,7%	22,1%	22,2%	-0,8%	-0,6%
28Z24Z	9632	Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	1 311	0,2	1,4%	0,0%	1,6%	1,6%	-68,2%	-68,2%
04M133	1182	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	1 263	8,2	1,4%	1,3%	4,9%	3,8%	-5,2%	-4,6%
01M304	317	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	1 092	11,2	1,2%	1,8%	14,1%	14,9%	13,4%	11,5%
18M073	6783	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1 039	8,2	1,1%	1,3%	4,9%	5,9%	2,7%	2,3%
06M063	2145	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 3	947	4,7	1,0%	0,8%	10,1%	10,6%	1,3%	1,2%
05M094	1756	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	942	7,1	1,0%	1,2%	14,5%	15,1%	20,0%	20,3%
23M20Z	7990	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	932	3,3	1,0%	0,5%	-8,6%	-8,1%	-13,9%	-12,1%

04M09 4	1164	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 4	927	9,6	1,0%	1,6%	17,0%	20,2%	16,9%	15,6%
28Z14 Z	9613	Transfusions, en séances	920	0,6	1,0%	0,1%	-14,1%	-14,7%	-7,3%	-8,4%
01M21 3	274	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3	853	4,9	0,9%	0,8%	6,0%	5,3%	17,3%	19,5%
04M07 4	1154	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	804	7,2	0,9%	1,2%	25,5%	27,6%	7,5%	9,2%
04M24 E	1226	Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	769	0,6	0,8%	0,1%	2,5%	1,8%	-2,3%	-2,4%
17M12 3	6514	Lymphomes et autres affections malignes hématopoiétiques, niveau 3	769	6,8	0,8%	1,1%	13,4%	14,2%	9,1%	8,8%
04M05 4	1145	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	746	5,5	0,8%	0,9%	24,0%	22,6%	1,0%	4,3%

Annexe 2 Soins palliatifs : Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2011 (secteur ex-OQN) –

Liste des 25 GHM ayant le plus grand nombre de séjours avec un DAS de soins palliatifs en 2014 –secteur ex-OQN

GHM	GH S		2014				Evolution 2012/2013		Evolution 2013/2014	
			Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Part des séjours	Part du volume économique	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours
		Ensemble des 25 GHM	3 322	13,5	41,9 %	44,1%				
07M063	2526	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	357	1,2	4,5%	3,9%	11,9%	12,2%	10,8%	10,5%
04M093	1163	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3	319	1,3	4,0%	4,2%	3,7%	5,0%	-8,5%	-9,9%
23Z02Z	7993	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	246	1,6	3,1%	5,2%	-19,8%	-21,9%	52,8%	56,7%
06M053	2140	Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 3	236	0,8	3,0%	2,5%	14,9%	12,9%	-4,3%	-3,7%
23M20Z	7990	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	159	0,3	2,0%	1,1%	-22,0%	-20,0%	-3,9%	-13,6%
05M093	1755	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	155	0,3	2,0%	1,1%	12,7%	10,3%	19,4%	21,1%
01M263	297	Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 3	151	0,7	1,9%	2,4%	16,0%	15,2%	-2,7%	-5,0%
04M094	1164	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 4	142	0,8	1,8%	2,6%	19,6%	18,0%	16,7%	20,3%
06M063	2145	Occlusions intestinales non dues à une hernie, niveau 3	126	0,3	1,6%	1,1%	9,9%	9,9%	-5,1%	-5,3%
01M213	274	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3	114	0,3	1,4%	1,1%	29,7%	31,3%	5,4%	4,6%
06C043	1941	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	112	0,7	1,4%	2,3%	-10,6%	-11,4%	21,2%	20,4%
01M264	298	Tumeurs malignes du système nerveux, niveau 4	104	0,8	1,3%	2,6%	40,8%	35,4%	-6,2%	-2,8%
06C044	1942	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 4	102	0,9	1,3%	3,1%	11,1%	19,7%	20,3%	12,1%
07M064	2527	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 4	102	0,5	1,3%	1,7%	36,9%	36,5%	19,7%	18,6%
17M06T	6491	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	102	0,1	1,3%	0,2%	8,5%	8,5%	59,5%	59,4%
11M073	4305	Tumeurs des reins et des voies urinaires, niveau 3	93	0,3	1,2%	1,0%	35,5%	33,3%	3,8%	1,1%
06M133	2178	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, niveau 3	89	0,3	1,1%	1,0%	17,7%	15,1%	-11,4%	-10,1%
04M133	1182	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	84	0,2	1,1%	0,7%	8,5%	10,8%	0,5%	-8,7%

16M10 3	617 9	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	84	0,4	1,1%	1,2%	29,2%	30,2%	2,0%	2,4%
18M07 3	678 3	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	79	0,3	1,0%	0,8%	24,8%	22,5%	-22,4%	-19,4%
06M05 4	214 1	Autres tumeurs malignes du tube digestif, niveau 4	76	0,4	1,0%	1,3%	8,6%	8,5%	20,9%	18,8%
10M18 3	396 9	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	76	0,2	1,0%	0,6%	-6,5%	-7,4%	21,1%	20,6%
11C13 4	417 1	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 4	74	0,3	0,9%	1,1%	31,8%	26,7%	-6,5%	-2,6%
08M25 3	310 8	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	72	0,2	0,9%	0,8%	64,7%	64,7%	-14,7%	-14,3%
10M16 3	395 9	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	68	0,1	0,9%	0,5%	14,6%	22,4%	15,1%	13,3%

Annexe 3 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC

Tableau : Evolution de la dotation nationale MIGAC en 2014

<i>Les données sont en millions d'euros</i>	Objectif 2013	Opérations de périmètre entre 2013 et 2014*	Base 2014	Mesures nouvelles 2014	Objectif 2014 (LFSS)	Taux d'évolution	Objectif 2014 revu en LFRSS 2014	Objectif 2014 revu en LFSS 2015
	(a)	(b)	(c) = (a)+(b)	(d)	(e) = (c)+(d)	(e)/(c)	(f)	(g)
MIGAC	8 585	-2 587	5 998	142	6 140	2,4%	6 116	6 086
Poids relatif de la dotation MIGAC au sein de l'ONDAM établissements de santé	11,3%		8,2%	8,4%	8,2%		8,2%	8,1%

Source DGOS

* Les opérations de périmètre concernent essentiellement le transfert des crédits MIGAC vers le sous-objectif FIR créé en 2014 (-2,5Md€)

Annexe 4 : Bilan quantitatifs des programmes de recherche ministériels 2010-2014

Programmes de recherche	2011	2012	2013	2014
translationnelle	3 262 000	5 339 745	12 526 429	6 860 672
clinique	100 034 950	79 567 989	75 319 254	92 221 701
médico-économique	10 731 026	11 167 934	12 893 544	18 814 047
performance du système de soins	1 744 500	6 808 746	8 325 056	14 568 161
infirmière et paramédicale	1 221 000	1 271 219	2 098 889	4 418 369
TOTAL (autorisations d'engagement)	116 993 476	104 155 633	111 163 172	136 882 950