



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

**Observatoire économique
de l'hospitalisation publique et privée**

Rapport annuel 2019

Résumé du rapport

Le rapport annuel de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée porte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation pour l'année 2018. Il est élaboré de façon concertée avec les fédérations représentatives des établissements de santé, l'assurance maladie et les services de l'Etat. L'observatoire a analysé les données d'activité de soins des établissements de santé et les dépenses engendrées par ces activités pour l'année 2018. Les données mobilisées sont produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé.

L'année 2018 connaît, comme en 2017, une décélération de la dynamique d'évolution d'activité des séjours dans le secteur Médecine-Chirurgie-obstétrique (MCO) pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale (ex DG) et dans le secteur MCO pour les établissements de santé antérieurement sous Objectif quantifié national (ex-OQN). Cette décélération est le fait d'une pluralité de facteurs.

Ce sont principalement des tendances démographiques de fonds qui ont contribué à réduire la progression du niveau d'activité des établissements de santé par rapport à celle des années précédentes, comme la baisse de la natalité et l'effet des générations creuses de l'entre-deux guerre.

En termes de recettes, la part tarifs MCO et HAD des établissements ex DG et ex OQN évolue globalement de +1,5% en 2018 après avoir progressé de +0,5% en 2017. Au niveau sectoriel, l'évolution des recettes de la part tarifs des établissements ex DG et ex OQN sont en phase (+1,5%) en 2018 après avoir été sensiblement différente en 2017 (respectivement +0,7% et -0,4%).

En terme de volume économique des seuls séjours MCO (y compris les séances), la progression est plus importante pour les établissements ex DG que pour les établissements ex OQN. Pour le secteur ex DG, la progression est de +1,1% en 2018 (+1,4% en 2017) et pour le secteur ex OQN, elle est de +0,6% (+0,8% en 2017).

Concernant l'hospitalisation à domicile (HAD), la progression du nombre de journées se poursuit et atteint +7,7% en 2018 tous secteurs confondus.

L'évolution de l'activité des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) diffère selon le secteur d'activité. Alors que les établissements sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF) enregistrent une diminution globale du nombre de journées de -0,8%, les établissements sous OQN voient leur nombre de journées augmenter de +1,5%. Un constat cependant est applicable aux deux secteurs : les séjours de SSR en hospitalisation complète diminuent quel que soit le statut de l'établissement au profit du nombre de journées en hospitalisation partielle qui augmente.

Concernant les établissements de psychiatrie, l'évolution du nombre de journées pour les établissements sous DAF est estimée à -2,8% et celle des établissements sous OQN à +2,3%. Ces évolutions sont similaires aux évolutions de 2017 (-2,8% et +2,4% respectivement).

Comme les années précédentes, les dépenses liées à la liste en sus sont en progression (+4%). En 2018, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ont particulièrement connu de fortes évolutions quel que soit le secteur considéré.

Table des matières

Table des matières	5
Introduction	6
1. Panorama global de l'exécution de l'ONDAM ES en 2018	9
2. Analyse détaillée de l'activité MCO en 2018	11
2.1. Évolution de la part tarif et de ses sous-jacents (volume) du champ MCO ex DG	11
2.2. Les séjours des établissements de santé du champ MCO ex DG	12
2.3. Évolution de la part tarif et de ses sous-jacents (volume) du champ MCO ex OQN	22
2.4. Les séjours des établissements de santé du champ MCO ex OQN	23
2.5. Les séances en MCO	31
3. Analyse de l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) en 2018	35
4. Analyse de l'activité des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2018	40
5. Analyse de l'activité des établissements de santé de psychiatrie en 2018	48
6. Analyse détaillée des dépenses de la liste en sus en 2018	54
6.1. Principaux mouvements sur la liste en sus en 2018	54
6.2. Analyse sur le secteur ex-DG	57
6.3. Analyse sur le secteur ex OQN	66
7. Les actes et consultations externes dans le secteur ex DG	73
Conclusion	76
Liste des tableaux	78
Liste des figures	82
Annexe : Précisions méthodologiques (champ MCO)	83

Introduction

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés.

Il est prévu notamment que l'observatoire remette au Gouvernement et au Parlement un rapport annuel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Le présent rapport répond à cette obligation. Il a été élaboré de façon concertée avec les fédérations représentatives des établissements de santé (Fédération hospitalière de France FHF, Fédération de l'hospitalisation privée FHP, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif FEHAP, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer FNCLCC, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile FNEHAD), l'assurance maladie (Caisse nationale de l'assurance maladie CNAM, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole CCMSA, Sécurité sociale des indépendants SSI, et les services de l'Etat (Inspection générale de affaires sociales IGAS, Direction générale de l'offre de soins DGOS, direction de la sécurité sociale DSS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Direction général de la santé DGS). Le secrétariat de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est assuré par la DGOS.

L'observatoire a analysé les données d'activité de soins des établissements de santé et les dépenses engendrées par ces activités pour l'année 2018. Les données mobilisées sont produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé.

Les dépenses suivies par l'Observatoire sont les dépenses entrant dans le périmètre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) établissement de santé (ES) dans ses différentes composantes, objectifs et dotation : Objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), y compris forfaits annuels¹ et médicaments et dispositifs médicaux en sus² ; dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC); Objectif quantifié national (OQN) ; Dotation annuelle de financement (DAF), Objectif lié au financement des unités de soins longue durée (USLD) ; Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

¹ Les forfaits annuels financent pour partie l'activité des urgences hospitalières ainsi que les activités de coordination, prélèvement et greffes d'organes.

² Dans le cadre de la tarification à l'activité, une liste de médicaments et dispositifs médicaux pris en charge financièrement en sus des prestations d'hospitalisation en MCO est définie et actualisée régulièrement.

Le poids des objectifs au sein de l'ONDAM établissements de santé est représenté ci-dessous :

Tableau 1 : Poids des objectifs au sein de l'ONDAM des établissements de santé en 2018

	ODMCO	MIGAC	ODAM ³	ODSSR ⁴	OQN Psychiatrie	FMESPP	TOTAL ONDAM établissements de santé (hors champ non régulé)
Poids des objectifs au sein de l'ONDAM établissements de santé 2018⁵	66,3%	8,8%	12,8%	10,6%	0,9%	0,6%	100%

Source : DGOS/DSS

L'objectif de dépenses MCO (ODMCO) a été impacté en 2018 par trois principales opérations de périmètre réalisées en construction tarifaire :

- La première opération s'élevant à -34 M€ concerne le financement des étudiants transféré depuis les tarifs MCO ex DG vers la mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) relative aux études médicales. Il s'agit de la dernière tranche d'un transfert initié en construction tarifaire 2016 visant à ce qu'en 2018 l'intégralité des financements au titre de la rémunération des étudiants hospitaliers puisse transiter par un seul et même vecteur de financement la MERRI études médicales. Pour rappel, en 2016 et en 2017, les montants transférés depuis les tarifs MCO ex DG vers la MERRI étaient respectivement de -34 M€ et -68 M€ ;
- La seconde opération s'élevant à +71,9 M€ est consécutive à l'intégration du financement des transports inter-établissement dans l'ONDAM ES ;
- La troisième opération s'élevant à 88 M€ correspond à la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) prévue dans la partie rectificative du PLFSS 2019 et qui conduit mécaniquement à réintégrer la totalité des dépenses de médicaments dans l'ONDAM.

Le rapport présente successivement l'analyse détaillée de l'activité 2018 et son évolution dans le temps pour les établissements de santé MCO antérieurement sous dotation globale (ex DG) hors hospitalisation à domicile (HAD) et ceux antérieurement sous OQN hors HAD. Cette analyse différencie les séjours d'hospitalisation des séances⁶. Les analyses concernent ensuite l'HAD, les

³L'objectif de dépense assurance maladie (ODAM) agrège la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie/ activité de MCO ainsi que la dotation relative aux unités de soins longue durée (USLD).

⁴ L'objectif de dépense des activités de soins de suite et de réadaptation (ODSSR) agrège l'ensemble des enveloppes de financement des établissements ayant une activité de SSR en 2018.

⁵ LFSS 2018 initial

⁶ Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : épuration extrarénale (dialyse), chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine

soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie en différenciant les établissements ex DG et ceux sous OQN. Les dépenses de la liste en sus ainsi que les actes et les consultations externes font également l'objet d'une analyse détaillée.

1. Panorama global de l'exécution de l'ONDAM ES en 2018

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 195,4 Md€, soit un taux de progression de 2,3% par rapport à 2017. La LFSS pour 2019, dans sa partie rectificative, n'a pas modifié l'objectif global mais a ajusté sa répartition en fonction de la tendance observée au cours des premiers mois de 2018 qui faisait apparaître une croissance plus forte qu'anticipé des dépenses de soins de ville et une activité hospitalière en retrait par rapport à la prévision. Elle a ainsi en majoré de 0,6 Md€ l'objectif de soins de ville et diminué de 0,3 Md€ celui des établissements de santé et de 0,2 Md€ celui des établissements sociaux et médico-sociaux.

À noter que la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) à partir de 2018, prévue dans la partie rectificative du PLFSS pour 2019 a conduit mécaniquement à réintégrer la totalité des dépenses de médicaments dans l'ONDAM (c'est-à-dire la part financée en construction, en propre, par le FFIP, soit 164 M€, correspondant à son déficit prévisionnel) et donc à augmenter, toutes choses égales par ailleurs, de 164 M€ le montant de l'ONDAM (se décomposant en 76 M€ sur le sous-objectif des soins de ville et 88 M€ sur le sous-objectif des établissements de santé). Cette opération purement technique ne traduit pas une hausse de la dépense ou un moindre effort d'économie, mais seulement un changement de périmètre.

Concernant le sous-objectif relatif aux établissements de santé, la LFSS pour 2018 avait fixé l'objectif initial (y compris champ non régulé) à 80,7 Md€, et comme indiqué supra, la partie rectificative de la LFSS 2019 a ramené cet objectif à 80,5 Md€.

Sur la base des données d'exécution 2018, il est constaté que l'objectif rectifié a été globalement respecté (avec une très légère sous-exécution de 23 M€). Toutefois, cette exécution proche de l'objectif n'a été possible que par la délégation exceptionnelle en mars 2019 d'une enveloppe de crédits de dotation supplémentaires de 300 M€. Cette délégation de crédits a fait suite à la sous-exécution équivalente qui était constatée à fin février 2019 sur la part tarifs de l'ODMCO, même après le dégel intégral intervenu en décembre 2018. En effet, pour la deuxième année consécutive, l'enveloppe tarifaire des activités de médecine, chirurgie et obstétrique n'a pas été consommée intégralement du fait d'une progression de ces activités plus faibles que prévues lors de la construction tarifaire de mars 2018.

Tableau 2 : Objectifs initiaux et exécution détaillée des sous-objectifs en 2018 (enveloppes ouvertes et fermées)

	Objectifs 2018 initiaux	Objectifs 2018 rectifiés (2)	Constat 2018	Écarts par rapport aux objectifs initiaux	Écarts par rapport aux objectifs rectifiés
ONDAM établissements de santé	80 684	80 462	80 439	-245	-23
ODMCO public	43 000	42 586	42 529	-471	-56
<i>part tarifs</i>	37 631	37 425	37 273	-359	-153
<i>forfaits annuels (1)</i>	1 266	1 266	1 301	35	35
<i>liste en sus</i>	4 103	3 894	3 956	-147	62
ODMCO privé	10 761	10 659	10 630	-131	-28
<i>part tarifs</i>	9 193	9 164	9 146	-47	-18
<i>forfaits annuels (1)</i>	108	108	124	16	16
<i>liste en sus</i>	1 460	1 386	1 360	-100	-26
MIGAC	6716	7 088	7 089	373	0
ODSSR	8544	8 499	8 534	-10	34
<i>dont DAF SSR</i>	5 485	5 440	5 451	-34	11
<i>dont OQN SSR</i>	2 057	2 057	2 040	-18	-18
<i>dont DMA OQN SSR</i>	230	230	257	27	27
<i>dont DMA DAF SSR</i>	580	580	591	10	10
<i>dont ACE SSR</i>	10	10	10	1	1
<i>dont MIGAC SSR</i>	172	172	172	0	0
<i>dont IFAQ SSR</i>	10	10	12	2	2
DAF PSY	9039	9 002	8 959	-80	-42
DAF MCO	228	235	266	38	31
USLD	1003	1001	1 000	-3	-1
OQN PSY	735	735	737	1	1
Dépenses non régulées	209	209	247	38	38
FMESPP	449	449	449	0	0

(1) L'IFAQ MCO est comptabilisé dans les forfaits (proratisé entre forfaits annuels publics et privés)

(2) Les objectifs rectifiés prennent en compte la suppression du FFIP, contrairement aux objectifs initiaux.

ODMCO : Objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

MIGAC : dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

ODSSR : Objectif de dépenses en soins de suite et de réadaptation (SSR)

OQN : objectif quantifié national pour le SSR et la psychiatrie

DAF : dotation annuelle de financement pour le MCO, le SSR et la psychiatrie

USLD : objectif lié au financement des unités de soins longue durée

FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Source : DGOS et DSS

2. Analyse détaillée de l'activité MCO en 2018

2.1. Évolution de la part tarif et de ses sous-jacents (volume) du champ MCO ex DG

À l'issue de l'année 2018, il a été constaté une évolution des recettes de la part tarifs ex DG de +1,1% (recettes brutes hors dégel), ce qui a conduit à estimer la progression du volume d'activité à +2,0% sur la même période.

L'analyse porte sur l'évolution entre 2017 et 2018 du volume de l'activité sur le périmètre de la part tarifs (c'est-à-dire les séjours, séances, prises en charge en HAD et les actes et consultations externes pour le secteur ex DG).

Passage de l'évolution de la dépense constatée à l'évolution de volume sous-jacent de la part tarifs ex DG

Afin de permettre l'adéquation des dépenses de l'assurance maladie constatées *in fine* au profit des établissements de santé aux objectifs fixés (ONDAM ES), les paramètres tarifaires sont fixés en début de chaque année (1^{er} mars) en fonction d'une hypothèse prévisionnelle relative à l'évolution du volume d'activité sur l'exercice. Ainsi, l'évolution effective des dépenses de la part tarif MCO sur l'exercice peut être décomposée en une évolution sous-jacente de l'activité (qui fait l'objet d'une prévision en mars) et différents effets liés à la campagne tarifaire (dont l'objet est de fixer les paramètres en mars).

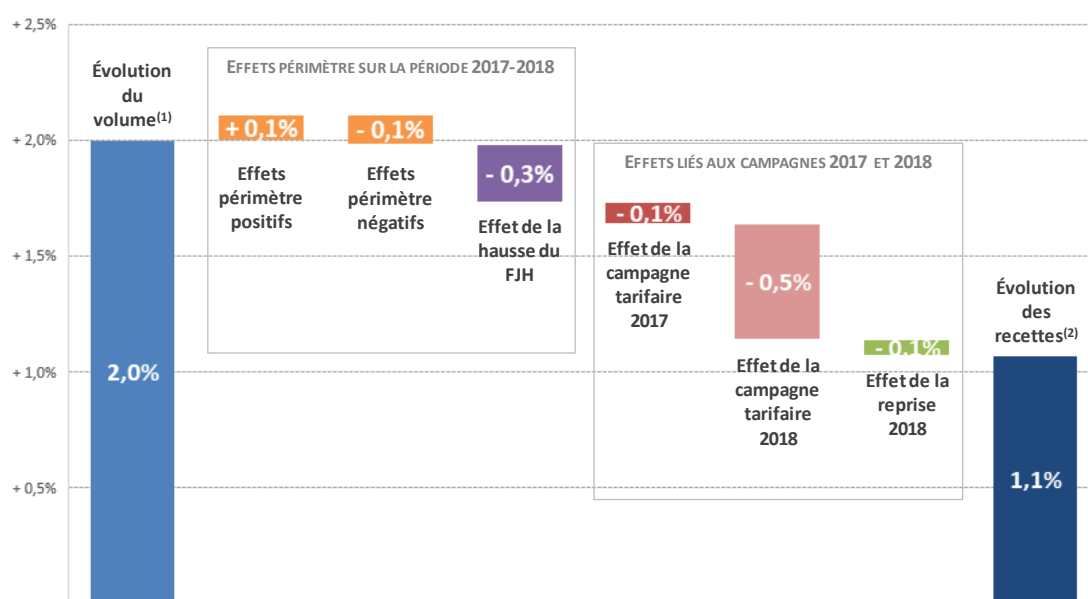
Le passage entre évolution de dépenses et évolution en volume pour la part tarifs ex DG fait ainsi intervenir les effets suivants :

- **L'effet de la campagne tarifaire 2017** : il s'agit de l'effet résiduel, pour les mois de janvier à février, de l'évolution des tarifs au 1^{er} mars 2017 (-0,6%), hors mesures de périmètre et hors effet reprise lié aux allègements fiscaux et sociaux ;
- **L'effet de la campagne tarifaire 2018** : il s'agit de l'effet de l'évolution des tarifs à partir du 1^{er} mars 2018 (-0,6%), hors mesures de périmètre et hors effet reprise lié aux allègements fiscaux et sociaux, pour les mois de mars à décembre ;
- **L'effet des reprises 2017 et 2018** : il s'agit de l'effet de l'évolution du niveau de reprise des allègements fiscaux et sociaux au 1^{er} mars de chaque année (pacte de responsabilité, crédit d'impôt compétitivité emploi - CICE, crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires - CITS) ;
- **L'effet de la hausse du FJH** : il s'agit de l'impact de l'évolution du forfait journalier hospitalier (FJH) de 18 à 20€ au 1^{er} janvier 2018 qui réduit les recettes d'assurance maladie obligatoire (AMO) des établissements au profit des recettes d'assurance maladie complémentaire (AMC) ;
- **L'effet des changements de périmètre au sein de l'ONDAM établissements de santé** : il s'agit principalement du transfert en 2017 de la dernière tranche des

financements au titre de la rémunération des étudiants hospitaliers vers la MERRI études médicales ;

- **L'effet des changements de périmètre entre sous objectifs de l'ONDAM** : il s'agit principalement de l'intégration du financement des transports inter-établissements depuis l'ONDAM soins de ville dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS 2017.

Figure 1 : Passage de l'évolution de volume à l'évolution de recettes en 2018 (part tarifs MCO des établissements du secteur ex DG)



(1) Taux d'évolution annuel du volume économique d'activité des établissements (sous-jacent à la part tarifs) entre 2017 et 2018

(2) Taux d'évolution annuel des recettes brutes AMO des établissements (part tarifs hors dégel) entre 2017 et 2018

Source : DGOS/R1

2.2. Les séjours des établissements de santé du champ MCO ex DG

Entre 2017 et 2018, le volume économique de l'activité de séjours et séances en MCO (hors HAD et actes et consultations externes (ACE)) a augmenté de +1,1% et s'explique principalement par l'évolution du nombre de séjours (+1,2%), l'effet structure étant négligeable.

Pour rappel, l'évolution du volume économique entre 2016 et 2017 était de +1,9% portée par une augmentation du nombre de séjours de +2,0%.

L'exercice 2018 dans le secteur ex-DG a été marqué par :

- Une contribution à la croissance très marquée des séjours des patients âgés de 70 à 74 ans ;
- La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Le dynamisme moins marqué des séances ;

- Des évolutions plus marquées pour les établissements privés à but non lucratifs (EBNL).

❖ Analyse par type d'hospitalisation (y compris séances)

En 2018, 18,6 millions de séjours en hospitalisation, y compris séances, ont été pris en charge par des établissements ex-DG. Comparé à 2017, au global, le nombre de séjours/séances a augmenté de +1,2%. Cette évolution est portée à la fois par une augmentation du nombre de séjours en ambulatoire (+2,4% par rapport à 2017) et du nombre de séances (+2,4% par rapport à 2017) et est légèrement freinée par une diminution du nombre de séjours en hospitalisation complète (-0,4%).

Les séjours en hospitalisation complète représentent 43,2% des séjours et séances du secteur et représentent 83,3% du volume économique. Ils contribuent à 48,4% de la croissance économique globale en volume.

Il est à noter que bien que le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue, l'évolution du volume économique associée augmente. Cela se traduit par une évolution de l'effet structure positive (+1,0%).

Les séances représentent 36,6% des séjours et séances du secteur et représentent 5,8% du volume économique. L'évolution du volume économique, bien que dynamique (+3,6%) est en deçà de l'évolution constatée en 2017(+5,3%).

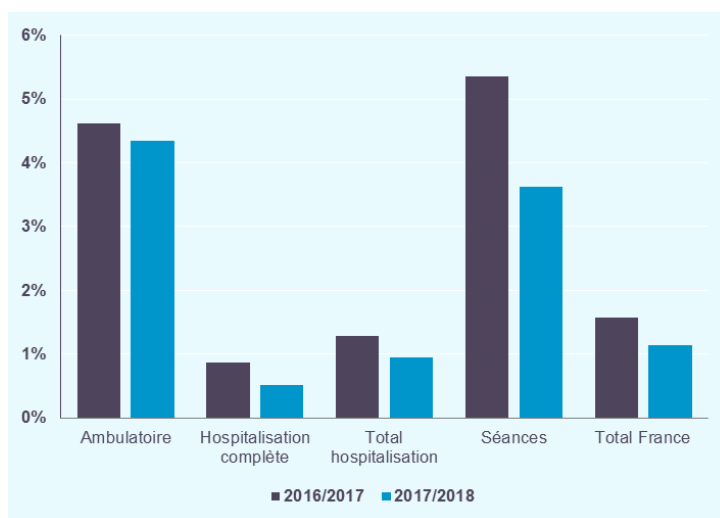
Les séjours en ambulatoire représentent 20,2% des séjours et séances du secteur et représentent 10,9% du volume économique. L'évolution du volume économique afférent (+4,3%) est comparable à l'évolution constatée en 2017 (+4,5%).

Tableau 3 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex DG

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
Ambulatoire	3 765,72	3 379,02	+4,3%	+2,4%	+1,9%	168,4%	51,6%
Hospitalisation complète	8 061,44	25 766,99	+0,5%	-0,4%	+1,0%	-68,4%	48,4%
Total hospitalisation	11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%
Séances	6 820,96	1 801,50	+3,6%	+2,4%	+1,2%	75,5%	23,9%
Total France	18 648,11	30 947,52	+1,1%	+1,2%	-0,0%	100,0%	100,0%

Source : ATIH -GHM v2018, tarifs 2018

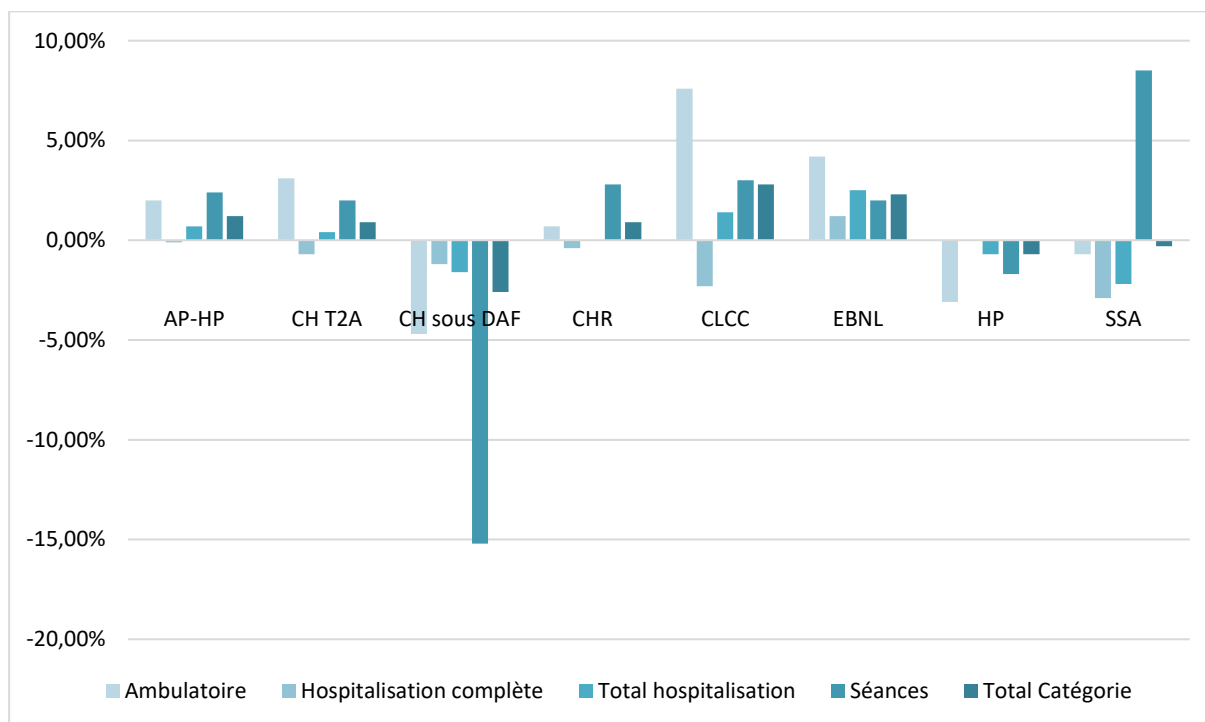
Figure 2 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 par type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex DG



Source : ATIH

Ces évolutions par type d'hospitalisation se retrouvent globalement pour chaque catégorie d'établissement, à quelques exceptions près. Il est par exemple intéressant de noter que l'hospitalisation complète en nombre de séjours diminue ou stagne pour toutes les catégories d'établissement, à l'exception des EBNL où le nombre de séjours en hospitalisation complète augmente de +1,2%.

Figure 3 : Évolution du nombre de séjours MCO entre 2017 et 2018 par type d'hospitalisation et catégorie d'établissements du secteur ex DG



Source : ATIH

❖ Analyse par classe d'âge (hors séances)

L'analyse de l'évolution de l'activité des séjours en hospitalisation complète et en ambulatoire par classe d'âge met en avant des disparités selon les différentes classes.

L'activité économique est en hausse quelle que soit la classe d'âge à l'exception des patients âgés de 0 à 4 ans ou de 40 à 64 ans.

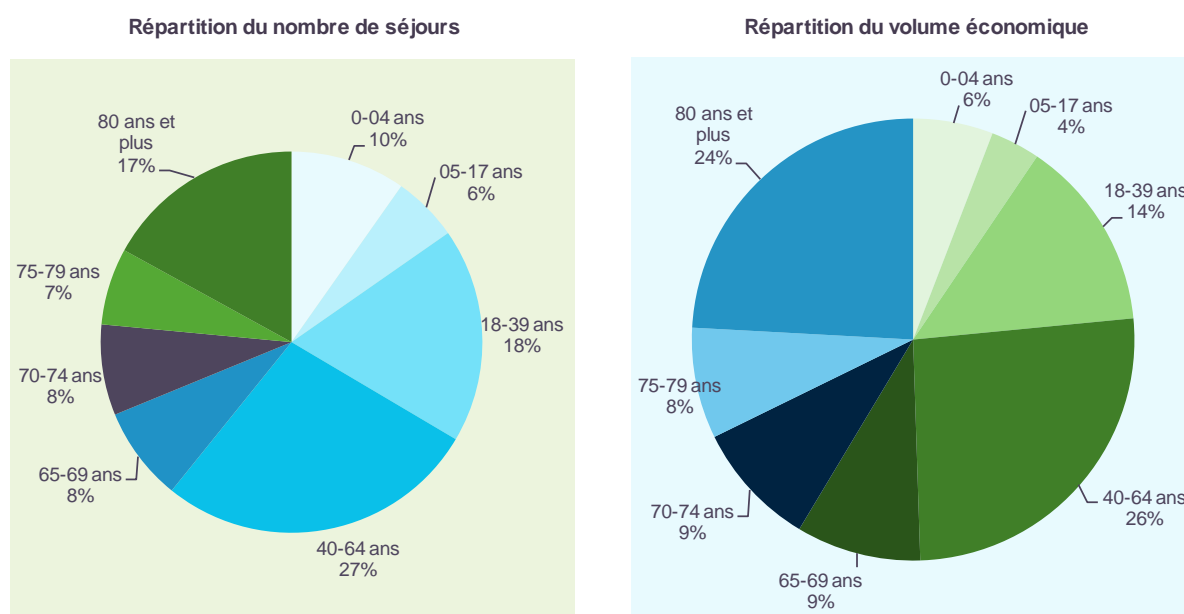
La quasi-totalité de la croissance globale de l'activité, en nombre de séjours comme en volume économique, est expliquée par la croissance des prises en charge des patients âgés de 65 ans et plus. Le volume économique associé aux personnes âgées de 70 à 74 ans est en forte augmentation, +7,8%, et contribue ainsi à 70,5% de la croissance.

Tableau 4 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex DG

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
0-04 ans	1 153,68	1 703,63	-1,0%	-1,5%	+0,5%	-33,9%	-6,4%
05-17 ans	656,25	1 053,87	+1,1%	+0,2%	+1,0%	2,1%	4,3%
18-39 ans	2 153,28	4 082,11	+0,6%	+0,5%	+0,0%	22,3%	8,8%
40-64 ans	3 227,61	7 583,06	-0,3%	-0,6%	+0,3%	-36,9%	-8,9%
65-69 ans	945,44	2 655,94	+0,7%	-0,2%	+0,9%	-3,5%	7,0%
70-74 ans	910,06	2 665,01	+7,8%	+7,4%	+0,3%	120,0%	70,5%
75-79 ans	771,05	2 366,36	+0,7%	+0,7%	-0,1%	10,7%	5,6%
80 ans et plus	2 009,80	7 036,04	+0,7%	+0,5%	+0,2%	19,3%	19,1%
Total France	11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

Figure 4 : Répartition de l'activité MCO selon la classe d'âge en 2018 pour les établissements du secteur ex DG



Source : ATIH

❖ **Analyse par catégorie d'établissement (hors séances)**

Entre 2017 et 2018, les plus fortes croissances du volume d'activité sont observées dans les EBNL, les CLCC et les centres hospitaliers régionaux (CHR). L'évolution du nombre de séjours pour les EBNL et les CLCC est fortement portée par l'augmentation des séjours en ambulatoire.

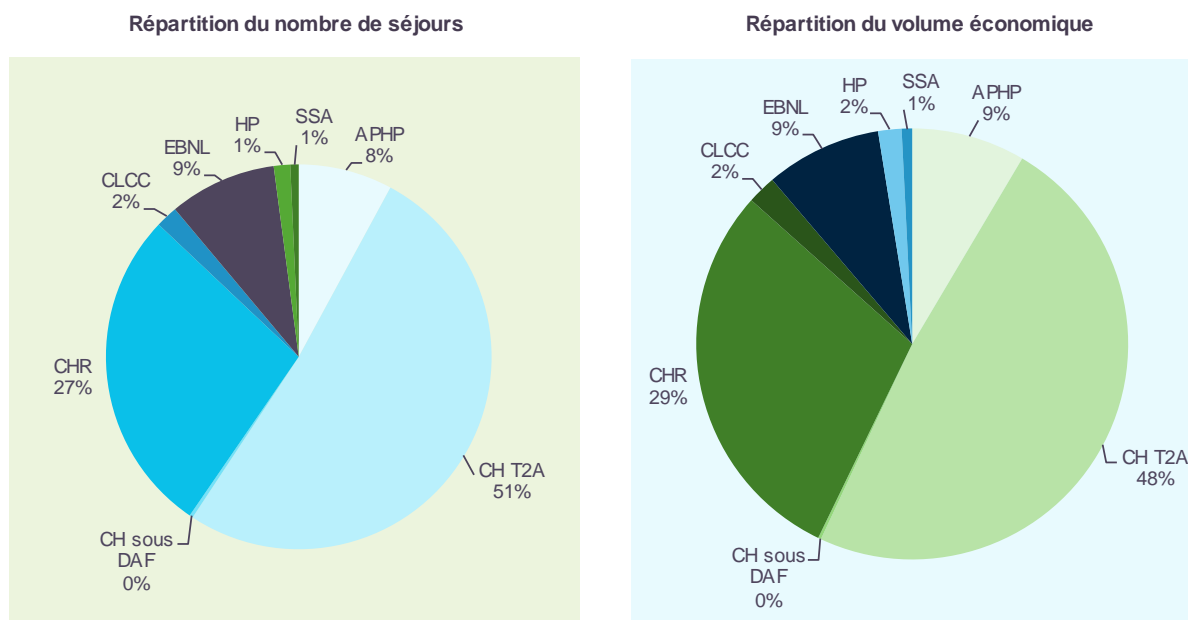
Les CHR, qui prennent en charge plus du quart des séjours du secteur, contribuent également à une forte part de la croissance du volume économique bien que le nombre de séjours stagne.

Tableau 5 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'établissement du secteur ex DG

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
APHP	933,27	2 480,35	+0,3%	+0,7%	-0,4%	12,2%	3,1%
CH T2A	6 078,09	14 118,05	+0,7%	+0,4%	+0,4%	40,6%	36,7%
CH sous DAF	34,28	65,10	-1,9%	-1,6%	-0,3%	-1,1%	-0,5%
CHR	3 250,83	8 582,62	+1,0%	-0,0%	+1,0%	-0,8%	30,3%
CLCC	218,79	628,37	+1,6%	+1,4%	+0,2%	5,7%	3,6%
EBNL	1 065,84	2 532,08	+3,2%	+2,5%	+0,7%	48,9%	28,7%
HP	162,93	511,56	+0,1%	-0,7%	+0,7%	-2,0%	0,1%
SSA	83,12	227,88	-2,4%	-2,2%	-0,1%	-3,6%	-2,0%
Total France	11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

Figure 5 : Répartition de l'activité MCO selon la catégorie d'établissement du secteur ex DG en 2018



Source : ATIH

❖ Analyse par catégorie d'activité de soins (hors séances)

Le développement de la chirurgie ambulatoire se poursuit entre 2017 et 2018 mais elle est moins soutenue qu'entre 2016 et 2017. La hausse du nombre de séjours de chirurgie ambulatoire (+4,9%) s'accompagne d'une baisse des séjours de chirurgie conventionnelle (-2,3%).

Avec un fort volume d'activité associé à une croissance modérée, l'activité de médecine contribue à près de 60% de la croissance économique du secteur. Les séjours de médecine pris en charge en ambulatoire connaissent une croissance plus importante en nombre que ceux en hospitalisation complète qui stagnent.

Entre 2017 et 2018, l'activité obstétricale est en baisse (-0,2%) dans les établissements du secteur ex-DG.

Tableau 6 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'activité de soins pour les établissements du secteur ex DG

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
Chirurgie ambulatoire	1 053,30	1 526,11	+6,7%	+4,9%	+1,7%	93,3%	35,1%
Chirurgie non ambulatoire	1 476,89	7 864,37	-0,6%	-2,3%	+1,7%	-67,4%	-18,5%
Total chirurgie	2 530,19	9 390,48	+0,5%	+0,5%	-0,1%	25,9%	16,6%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 784,12	1 095,62	+2,5%	+2,5%	+0,1%	81,2%	9,9%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 803,34	14 222,82	+1,0%	-0,1%	+1,0%	-4,7%	49,6%
Total séjour sans acte classant	6 587,46	15 318,44	+1,1%	+0,6%	+0,5%	76,5%	59,4%
Obstétrique mère (*)	802,89	1 663,33	-0,2%	-0,6%	+0,3%	-9,0%	-1,5%
Obstétrique enfant (**)	612,74	836,96	-0,1%	-0,4%	+0,3%	-4,3%	-0,3%
Total Obstétrique	1 415,63	2 500,29	-0,2%	-0,5%	+0,3%	-13,4%	-1,8%
Techniques peu invasives	1 293,87	1 936,81	+3,8%	+0,4%	+3,3%	10,9%	25,8%
Total France	11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%

(*) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les accouchements.

(**) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons < 120 jours.

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

❖ Analyse par niveau de sévérité (hors séances)

La baisse des séjours de niveau 1 au profit des séjours de niveaux sévères (niveaux 2, 3 et 4) et du niveau J se poursuit. Les séjours de niveaux sévères représentent 23,9% des séjours et 55,3% du

volume économique du secteur ex-DG. Les séjours de niveau 4 (sévérité lourde), en nombre, connaissent une augmentation plus marquée en 2018 (+3,7%) qu'en 2017 (+2,7%). La croissance du volume économique du secteur est essentiellement expliquée par la croissance des séjours avec sévérité.

Tableau 7 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le niveau de sévérité pour les établissements du secteur ex DG

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
1 - sans sévérité	2 618,55	5 342,26	-2,5%	-3,0%	+0,4%	-152,6%	-51,2%
2 - sévérité légère	1 309,68	5 467,98	+0,1%	+0,0%	+0,1%	1,0%	2,0%
3 - sévérité modérée	1 106,91	6 494,61	+2,3%	+2,4%	-0,1%	49,7%	54,4%
4 - sévérité lourde	405,87	4 162,40	+2,9%	+3,7%	-0,7%	27,5%	43,5%
J - ambulatoire	1 633,79	1 924,36	+4,6%	+2,0%	+2,5%	61,9%	31,1%
T - courte durée	2 312,31	1 466,48	+3,0%	+2,3%	+0,7%	98,0%	15,6%
Total 1,2,3,4,J,T (hors CM 14 et 15)	9 387,10	24 858,10	+1,1%	+0,5%	+0,6%	85,6%	95,4%
A - sans sévérité (CM 14 et 15)	1 002,53	1 716,82	-1,4%	-1,1%	-0,3%	-21,4%	-8,9%
B - sévérité légère (CM 14 et 15)	209,53	504,65	+2,8%	+2,7%	+0,0%	10,6%	5,0%
C - sévérité modérée (CM 14 et 15)	36,06	137,01	+3,1%	+4,2%	-1,0%	2,8%	1,5%
D - sévérité lourde (CM 14 et 15)	6,96	34,43	+9,0%	+6,8%	+2,1%	0,8%	1,0%
Total A,B,C,D (CM 14 et 15)	1 255,08	2 392,92	-0,1%	-0,3%	+0,2%	-7,2%	-1,3%
E - décès	36,36	34,86	-1,1%	+0,2%	-1,4%	0,2%	-0,1%
Z	1 148,62	1 860,14	+0,9%	+1,0%	-0,1%	21,5%	6,0%
Total France	11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

❖ Analyse par catégories majeures de diagnostics (hors séances)

En termes d'évolution, cinq catégories majeures de diagnostics (CMD) contribuent à elles seules à près de trois quarts de la croissance du volume économique hors séances :

- La CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » avec une hausse du volume économique de +3,2% et une évolution du nombre de séjours de +2,8% ;

- La CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire» avec une hausse du volume économique de +1,3% et une évolution du nombre de séjours de +1,4% ;
- La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif» avec une hausse du volume économique de +1,0%, bien que son nombre de séjours soit en légère baisse (-0,3%) ;
- La CMD 11 « Affections du rein et des voies urinaires» avec une hausse du volume économique de +1,8% ;
- la CMD 2 «Affections de l'œil » avec une hausse du volume économique de +2,6%.

Les CMD 1, 4, 5, 6 et 8 regroupent 46,2% des séjours. Ces 5 CMD représentent 52,9% du volume économique total.

La plus importante décroissance en nombre de séjours (-4,2%) et volume économique (-5,8%) en 2018 est pour la catégorie majeure de diagnostic « Maladies dues à une infection par le VIH ». Les affections du système nerveux connaissent également une diminution en nombre de séjour de -2,5%, l'évolution du volume économique restant positive (+0,4%).

Tableau 8 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie majeure de diagnostic pour les établissements du secteur ex DG

		Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
01	Affections du système nerveux	953,52	2 505,73	+0,4%	-2,5%	+3,0%	-45,7%	4,1%
02	Affections de l'œil	363,58	534,37	+2,6%	+2,5%	+0,1%	17,1%	4,9%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	407,52	679,82	-0,0%	-0,2%	+0,2%	-1,4%	0,0%
04	Affections de l'appareil respiratoire	858,58	2 716,39	+3,2%	+2,8%	+0,4%	45,2%	31,0%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 246,65	3 766,78	+1,3%	+1,4%	-0,2%	33,2%	17,2%
06	Affections du tube digestif	1 297,54	2 771,94	+0,4%	+1,3%	-0,8%	31,2%	4,4%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	344,44	1 097,66	+0,8%	+0,5%	+0,3%	3,0%	3,2%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	1 105,66	3 667,07	+1,0%	-0,3%	+1,4%	-7,1%	13,6%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	469,16	1 033,23	+1,1%	+0,5%	+0,6%	4,4%	4,1%

		Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	407,39	925,76	-0,4%	-1,0%	+0,6%	-7,8%	-1,5%
11	Affections du rein et des voies urinaires	508,50	1 244,78	+1,8%	+1,3%	+0,4%	12,8%	7,9%
12	Affections de l'appareil génital masculin	150,51	348,03	+2,5%	+1,4%	+1,0%	4,1%	3,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	276,59	548,78	+0,7%	+0,7%	-0,0%	3,7%	1,4%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	802,89	1 663,33	-0,2%	-0,6%	+0,3%	-9,0%	-1,5%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	612,74	836,96	-0,1%	-0,4%	+0,3%	-4,3%	-0,3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	216,84	570,88	+2,0%	+2,0%	+0,0%	8,2%	4,2%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	242,31	789,89	+0,2%	-2,1%	+2,4%	-9,8%	0,7%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	112,55	324,63	-0,8%	-0,3%	-0,5%	-0,7%	-1,0%
19	Maladies et troubles mentaux	298,52	588,32	+0,1%	+0,8%	-0,7%	4,4%	0,1%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	216,93	301,20	+2,5%	+2,1%	+0,4%	8,6%	2,7%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	158,02	287,62	+0,6%	+1,0%	-0,4%	3,0%	0,6%
22	Brûlures	11,71	82,55	-0,9%	+0,6%	-1,4%	0,1%	-0,3%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	734,43	1 339,63	+0,7%	+0,5%	+0,2%	7,6%	3,5%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	7,53	48,62	-5,8%	-4,2%	-1,7%	-0,6%	-1,1%
26	Traumatismes multiples graves	11,68	130,84	+2,0%	+1,7%	+0,3%	0,4%	1,0%
27	Transplantations d'organes	11,36	341,18	-1,6%	-1,4%	-0,2%	-0,3%	-2,1%
Total France		11 827,15	29 146,01	+0,9%	+0,4%	+0,5%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

2.3. Évolution de la part tarif et de ses sous-jacents (volume) du champ MCO ex OQN

A l'issue de l'année 2018, il a été constaté une évolution des recettes de la part tarifs ex OQN de +1,1% (recettes brutes hors dégel), ce qui conduit à estimer la progression du volume d'activité à +1,7% sur la même période.

L'analyse porte sur l'évolution entre 2017 et 2018 du volume de l'activité sur le périmètre de la part tarifs.

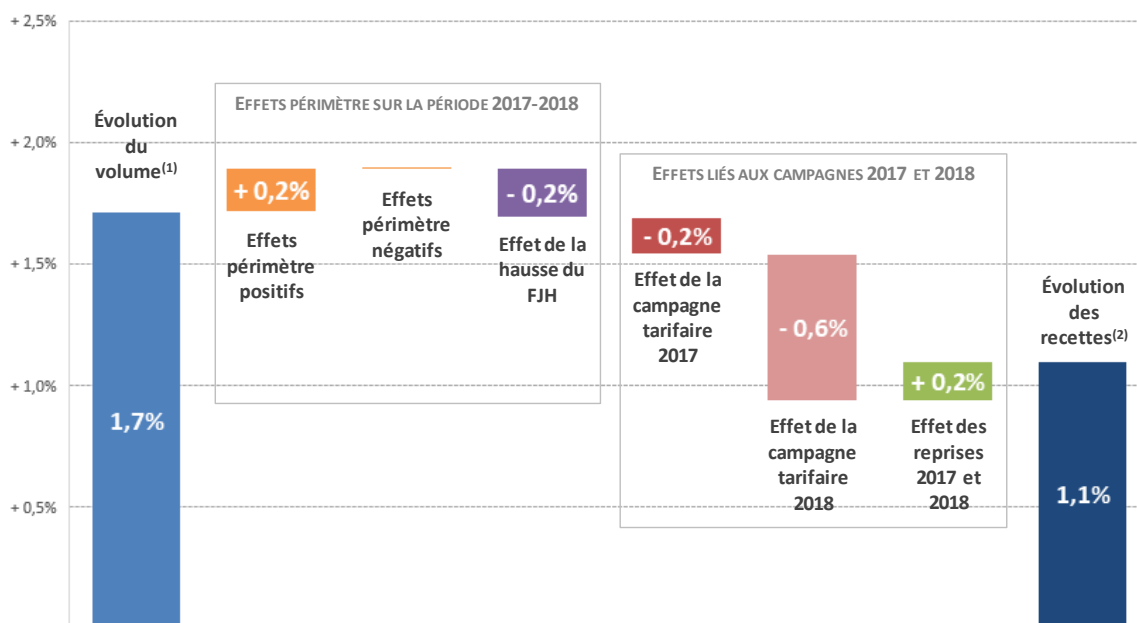
Passage de l'évolution de la dépense constatée à l'évolution de volume sous-jacent de la part tarifs ex OQN

Afin de permettre l'adéquation des dépenses de l'assurance maladie constatées *in fine* au profit des établissements de santé aux objectifs fixés (ONDAM ES), les paramètres tarifaires sont fixés en début de chaque année (1^{er} mars) en fonction d'une hypothèse prévisionnelle relative à l'évolution du volume d'activité sur l'exercice. Ainsi, l'évolution effective des dépenses de la part tarif MCO sur l'exercice peut être décomposée entre une évolution sous-jacente de l'activité (qui fait l'objet d'une prévision en mars) et différents effets liés à la campagne tarifaire (dont l'objet est de fixer les paramètres en mars).

Le passage entre évolution de dépenses et évolution en volume pour la part tarifs ex DG fait ainsi intervenir les effets suivants :

- **L'effet de la campagne tarifaire 2017** : il s'agit de l'effet report, pour les mois de janvier à février, de l'évolution des tarifs au 1^{er} mars 2017 (-0,9%), hors mesures de périmètre et hors effet reprise lié aux allègements fiscaux et sociaux ;
- **L'effet de la campagne tarifaire 2018** : il s'agit de l'effet de l'évolution des tarifs à partir du 1^{er} mars 2018 (-0,7%), hors mesures de périmètre et hors effet reprise lié aux allègements fiscaux et sociaux, pour les mois de mars à décembre ;
- **L'effet des reprises 2017 et 2018** : il s'agit de l'effet de l'évolution du niveau de reprise des allègements fiscaux et sociaux au 1^{er} mars de chaque année (pacte de responsabilité, CICE, CITS) ;
- **L'effet de la hausse du FJH** : il s'agit de l'impact de l'évolution du FJH de 18 à 20€ au 1^{er} janvier 2018 qui réduit les recettes AMO des établissements au profit des recettes AMC ;
- **L'effet des changements de périmètre entre sous objectifs de l'ONDAM** : il s'agit principalement de l'intégration du financement des transports inter-établissements depuis l'ONDAM soins de ville dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS 2017.

Figure 6 : Passage de l'évolution de volume à l'évolution de recettes en 2018 (part tarifs MCO des établissements du secteur ex OQN)



(1) Taux d'évolution annuel du volume économique d'activité des établissements (sous-jacent à la part tarifs) entre 2017 et 2018

(2) Taux d'évolution annuel des recettes brutes AMO des établissements (part tarifs hors dégel) entre 2017 et 2018

Source : DGOS/R1

2.4. Les séjours des établissements de santé du champ MCO ex OQN

Le volume économique de l'activité MCO de séjours et séances financés en GHS (donc hors HAD et séances de dialyse financées en forfaits D) a augmenté de +0,6% entre 2017 et 2018. Cette évolution s'explique principalement par l'évolution du nombre de séjours (+0,8%), l'effet structure quant à lui, baisse légèrement (-0,1%).

Dans le secteur ex-OQN, l'exercice 2018 a été marqué par :

- Une contribution à la croissance toujours plus forte des patients âgées de 70 ans et plus ;
- La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une diminution de l'activité d'obstétrique.

❖ Analyse par type d'hospitalisation

Le volume économique de l'ambulatoire progresse de manière dynamique (+4,7%), en raison d'une augmentation du nombre de séjours (+3,1%), mais également d'un effet structure positif (+1,5%). Cette progression est plus rapide entre 2017 et 2018 qu'entre 2016 et 2017 où le volume économique avait progressé de +4,4%.

L'activité de séances est également en augmentation, que ce soit en nombre de séjours (+0,5%) ou en volume économique (+0,4%). A l'inverse la progression est moindre qu'entre 2016 et 2017 où le volume économique lié aux séances était en progression de +1,6%.

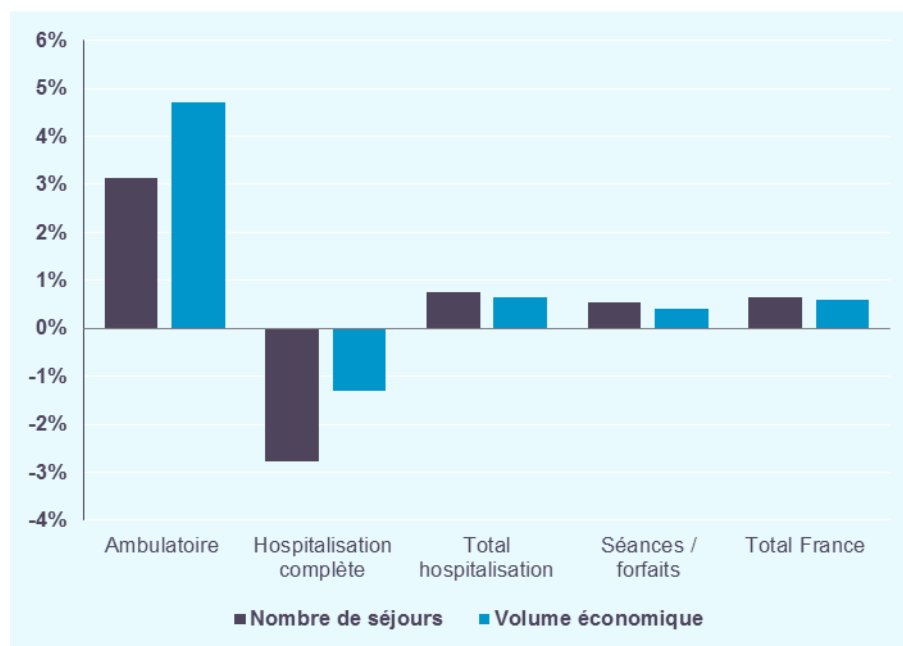
Les séjours en hospitalisation complète continuent de décroître en nombre (-2,8%) en 2018, ce qui est semblable à la diminution observée en 2017 (-2,6%).

Tableau 9 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex OQN

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
Ambulatoire	4 082,72	2 330,86	+4,7%	+3,1%	+1,5%	245,7%	238,3%
Hospitalisation complète	2 570,13	4 620,88	-1,3%	-2,8%	+1,5%	-145,7%	-138,3%
Total hospitalisation	6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%
Séances / forfaits	6 051,47	1 679,98	+0,4%	+0,5%	-0,1%	39,3%	13,1%
Total France	12 704,33	8 631,73	+0,6%	+0,7%	-0,1%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

Figure 7 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 par type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex OQN



Source : ATIH

❖ Analyse par classe d'âge

Les plus fortes évolutions sont observées pour la prise en charge des personnes âgées de 70-74 ans et dans une moindre mesure sur celle des patients âgés de 75-79 ans. Avec la classe des patients de 80 ans et plus, ce sont les trois classes d'âges qui affichent une hausse du volume économique et du nombre de séjours supérieur à la moyenne. L'évolution de l'activité relative à la prise en charge des patients de 0 à 4 ans continue d'être en baisse en volume économique (- 6,2%) et en nombre de séjours (-5,6%) et est plus marquée qu'en 2017.

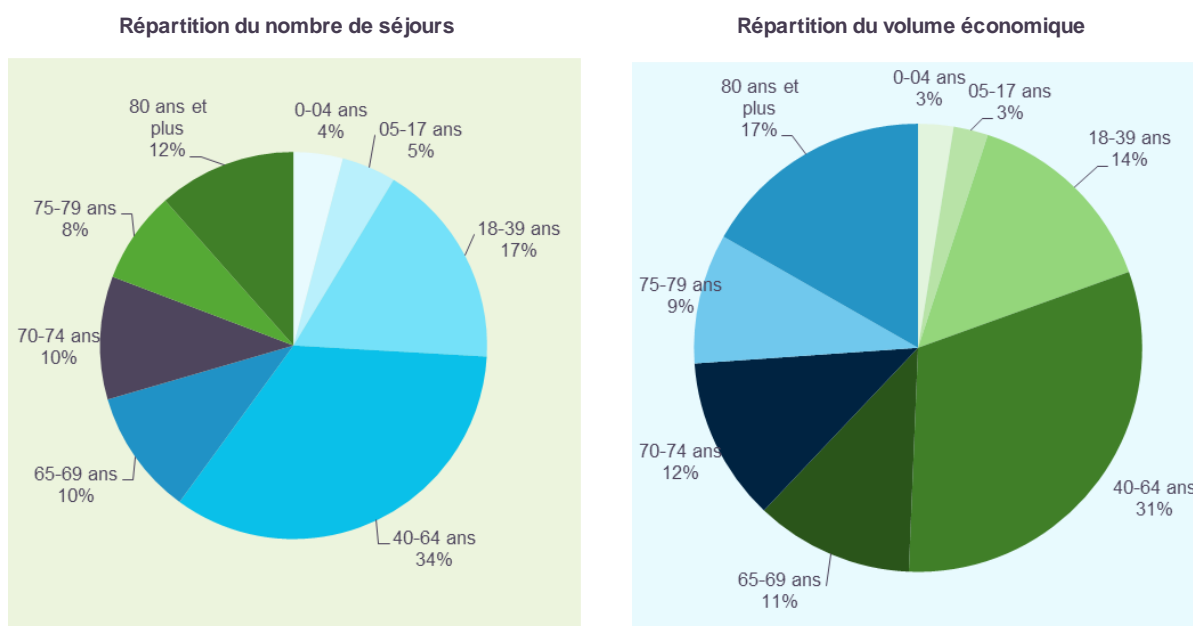
La classe d'âge des patients de 5 à 17 ans qui connaissait une décroissance entre 2016 et 2017, retrouve une évolution positive entre 2017 et 2018, aussi bien en volume économique qu'en nombre de séjours.

Tableau 10 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex OQN

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
0-04 ans	273,65	177,06	-6,2%	-5,6%	-0,6%	-32,1%	-26,5%
05-17 ans	301,68	173,38	+0,7%	+0,7%	+0,0%	4,2%	2,8%
18-39 ans	1 148,89	1 005,14	-0,7%	+0,2%	-0,9%	5,3%	-16,4%
40-64 ans	2 268,80	2 166,00	-0,4%	-0,2%	-0,1%	-10,5%	-17,8%
65-69 ans	697,23	793,45	-0,5%	-0,4%	-0,0%	-6,0%	-8,2%
70-74 ans	683,87	820,98	+7,9%	+8,4%	-0,5%	105,7%	137,0%
75-79 ans	511,20	652,15	+0,9%	+2,1%	-1,1%	20,7%	13,7%
80 ans et plus	767,52	1 163,58	+0,6%	+0,8%	-0,3%	12,7%	15,3%
Total France	6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

Figure 8 : Répartition de l'activité MCO selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex OQN en 2018



Source : ATIH

❖ Analyse par catégorie d'établissement

Trois catégories d'établissements affichent un volume économique et un nombre de séjours en baisse. Elles correspondent essentiellement à des établissements dont le volume économique est inférieur à 6 M€ et à des établissements n'ayant pas une très forte activité de chirurgie ambulatoire. Les autres catégories présentent une hausse du volume économique, le plus souvent expliquée par une hausse du nombre de séjours.

Tableau 11: Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'établissements du secteur ex OQN

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
P/DIV	200,33	197,75	-4,5%	-3,7%	-0,8%	-15,4%	-21,1%
P/CHIR	333,53	274,68	-4,1%	-1,8%	-2,3%	-12,3%	-26,9%
M/DIV	553,08	494,59	+0,8%	+0,6%	+0,3%	6,4%	9,4%
M/CHIR	417,56	429,89	-1,3%	-0,9%	-0,4%	-7,8%	-13,2%
M/CHIRAMBU	428,02	355,82	+1,3%	+2,0%	-0,7%	17,1%	10,7%
G/DIV	1 562,51	1 899,58	+0,7%	+0,6%	+0,0%	20,1%	28,1%
G/CHIR/O	1 417,31	1 516,31	+2,1%	+1,7%	+0,4%	46,9%	71,2%
G/CHIR	1 740,43	1 783,07	+1,0%	+1,3%	-0,3%	44,8%	41,8%
DIA	0,09	0,07	+170,6%	+170,6%	+0,0%	0,1%	0,1%
Total ex OQN hors séances	6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%

Catégorisation des établissements : P/DIV : Volume économique < 6 M€, activité diversifiée, P/CHIR : Volume économique inférieur à 6 M€, chirurgie, M/DIV : Volume économique compris entre 6 M€ et 13 M€, activité diversifiée, M/CHIR : Volume économique compris entre 6 M€ et 13 M€, beaucoup de chirurgie dont peu de chirurgie ambulatoire, M/CHIRAMBU : Volume économique compris entre 6 M€ et 13 M€, beaucoup de chirurgie dont beaucoup de chirurgie ambulatoire, G/DIV : Volume économique supérieur à 13 M€, activité diversifiée, G/CHIR/O : Volume économique supérieur à 13 M€, peu de chirurgie mais beaucoup d'obstétrique, G/CHIR : Volume économique supérieur à 13 M€, chirurgie, DIA : Établissements de dialyse

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

❖ Analyse par catégorie d'activité de soins

Le développement de la chirurgie ambulatoire se poursuit en 2018 (+4,6% en nombre de séjours) mais reste moins marquée qu'en 2017 (+5,1% en nombre de séjours). Elle s'accompagne d'une diminution des prises en charge de chirurgie non ambulatoire en 2018 (-4,7% en nombre de séjours), plus marquée cette fois-ci qu'en 2017 (-4,4%).

Les séjours sans acte classant sans nuitée connaissent en 2018 une forte évolution, aussi bien en volume économique (+7,0%) qu'en nombre de séjours (+6,1%). En 2017 l'évolution du volume économique était de +2,1% pour une évolution du nombre de séjours de +1,6%.

L'activité d'obstétrique est en diminution, probablement en lien avec la diminution globale du nombre de naissances observée en France en 2018.

Tableau 12 Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'activité de soins pour les établissements du secteur ex OQN

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
Chirurgie ambulatoire	2 056,36	1 450,38	+6,3%	+4,6%	+1,6%	179,8%	194,6%
Chirurgie non ambulatoire	1 207,64	2 690,03	-2,7%	-4,7%	+2,1%	-118,1%	-167,9%
Total chirurgie	3 263,99	4 140,41	+0,3%	+1,0%	-0,7%	61,7%	26,8%
Séjour sans acte classant sans nuitée	236,48	84,54	+7,0%	+6,1%	+0,8%	26,8%	12,4%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	706,69	1 049,52	+1,3%	-0,5%	+1,8%	-7,0%	31,3%
Total séjour sans acte classant	943,17	1 134,06	+1,7%	+1,1%	+0,6%	19,8%	43,7%
Obstétrique mère (*)	221,62	308,11	-4,2%	-4,1%	-0,1%	-18,7%	-30,9%
Obstétrique enfant (**)	169,25	136,72	-5,4%	-5,4%	-0,0%	-19,0%	-17,7%
Total Obstétrique	390,86	444,83	-4,6%	-4,7%	+0,1%	-37,7%	-48,5%
Techniques peu invasives	2 054,83	1 232,44	+2,9%	+1,4%	+1,4%	56,3%	78,0%
Total France (hors séances)	6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%

(*) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les accouchements.

(**) Cette catégorie ne porte pas uniquement sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons < 120 jours

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

❖ Analyse par niveau de sévérité

La baisse des séjours de niveau 1 se poursuit semblablement à 2017. Le nombre et le volume économique des séjours de niveaux sévères (niveaux 3 et 4) et des séjours en J et T continuent de progresser avec en 2018 une évolution plus marquée qu'en 2017 pour les séjours de courte durée (T). En effet, l'évolution du volume économique atteint +7,7% en 2018 (+4,6% en nombre de séjours), contre 5,7% en 2017 (+2,3% en nombre de séjours).

L'augmentation de l'activité d'ambulatoire (séjour en J) et de l'activité de courte durée explique une majeure partie de la croissance du volume économique du secteur.

Tableau 13 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le niveau de sévérité pour les établissements du secteur ex OQN

	Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
1 - sans sévérité	1 315,62	2 008,79	-1,9%	-4,1%	+2,3%	-111,3%	-86,7%
2 - sévérité légère	351,71	987,84	-1,8%	-2,1%	+0,4%	-15,2%	-40,6%
3 - sévérité modérée	168,61	605,56	+1,1%	+1,6%	-0,5%	5,1%	14,5%
4 - sévérité lourde	53,50	308,71	+2,4%	+3,1%	-0,7%	3,2%	16,3%
J - ambulatoire	3 319,80	1 943,27	+4,4%	+2,9%	+1,5%	187,9%	187,9%
T - courte durée	415,54	190,80	+7,7%	+4,6%	+3,0%	35,9%	30,9%
A - sans sévérité (CM 14 et 15)	290,36	356,02	-4,6%	-4,8%	+0,2%	-28,7%	-38,5%
B - sévérité légère (CM 14 et 15)	51,98	60,77	-4,8%	-5,2%	+0,4%	-5,6%	-7,0%
C - sévérité modérée (CM 14 et 15)	4,03	8,99	+0,1%	+0,8%	-0,8%	0,1%	0,0%
D - sévérité lourde (CM 14 et 15)	0,49	1,11	+1,4%	+2,9%	-1,5%	0,0%	0,0%
E - décès	2,24	1,16	+2,1%	-0,8%	+2,9%	0,0%	0,1%
Z	678,97	478,73	+2,2%	+2,2%	+0,0%	28,7%	23,2%
Total France	6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

❖ Analyse par catégories majeures de diagnostic

Près de 17 catégories majeures de diagnostic sur 25 se caractérisent par une hausse du volume économique.

Les autres CMD sont en revanche concernées par une baisse du nombre de séjours pour 7 d'entre elles et un effet structure négatif pour les autres.

Parmi les CMD dynamiques et qui représentent une grande part de séjours, citons :

- La CMD 2 « Affections de l'œil » ;
- La CMD 6 « Affections du tube digestif » ;
- La CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ».

La contribution à la croissance de la CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » est également très élevée. Il s'agit surtout d'une forte progression de séjours de la racine 23M20 « Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 » (+8,1% de séjours) et également de la racine 23Z02 « Soins Palliatifs, avec ou sans acte » (+2,4% de séjours).

À l'inverse du secteur ex DG, la catégorie majeure « Maladies dues à une infection par le VIH » connaît une forte évolution en volume économique (+13,2%) et en nombre de séjours (+12,7%).

Tableau 14 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie majeure de diagnostic pour les établissements du secteur ex OQN

		Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
01	Affections du système nerveux	199,57	181,38	+1,6%	+0,3%	+1,3%	1,2%	6,7%
02	Affections de l'œil	751,72	575,94	+3,5%	+3,5%	+0,1%	50,0%	44,5%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	512,04	293,32	-0,3%	-0,9%	+0,6%	-9,1%	-2,3%
04	Affections de l'appareil respiratoire	119,94	197,41	+2,1%	+1,8%	+0,3%	4,2%	9,1%
05	Affections de l'appareil circulatoire	591,89	1 032,50	+2,0%	+2,0%	+0,0%	23,0%	46,3%
06	Affections du tube digestif	1 578,89	1 041,48	-0,8%	+0,3%	-1,1%	10,0%	-18,3%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	126,07	178,67	+0,3%	-0,3%	+0,6%	-0,7%	1,2%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	962,53	1 463,54	+1,2%	+0,9%	+0,3%	16,9%	38,7%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	335,47	240,38	+2,2%	+2,4%	-0,2%	15,6%	12,0%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	85,27	178,58	-4,0%	-3,8%	-0,2%	-6,7%	-16,9%
11	Affections du rein et des voies urinaires	250,55	292,85	+0,2%	+0,8%	-0,6%	4,0%	1,3%
12	Affections de l'appareil génital masculin	193,06	198,04	+1,4%	+2,8%	-1,4%	10,4%	6,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	215,44	217,86	-1,2%	-0,8%	-0,4%	-3,5%	-6,2%

		Nombre de séjours 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séjours 2017/2018	Effet structure 2017/2018	Contribution à la croissance en séjours 2017/2018	Contribution à la croissance en volume 2017/2018
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	221,62	308,11	-4,2%	-4,1%	-0,1%	-18,7%	-30,9%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	169,25	136,72	-5,4%	-5,4%	-0,0%	-19,0%	-17,7%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	39,97	54,46	+3,2%	+2,0%	+1,1%	1,6%	3,8%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33,97	48,29	+2,0%	-0,3%	+2,3%	-0,2%	2,2%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	10,21	17,86	+7,0%	+8,4%	-1,3%	1,6%	2,7%
19	Maladies et troubles mentaux	9,86	11,05	+2,9%	+5,9%	-2,8%	1,1%	0,7%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	13,28	11,84	-5,4%	-15,6%	+12,2%	-4,9%	-1,5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	26,36	34,45	+2,2%	+0,6%	+1,6%	0,3%	1,7%
22	Brûlures	0,24	0,45	+18,1%	-12,0%	+34,3%	-0,1%	0,2%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	205,30	234,62	+3,3%	+6,0%	-2,6%	23,0%	16,9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0,16	0,49	+13,2%	+12,7%	+0,4%	0,0%	0,1%
26	Traumatismes multiples graves	0,22	1,47	-8,0%	-10,5%	+2,8%	-0,1%	-0,3%
Total France		6 652,85	6 951,74	+0,6%	+0,8%	-0,1%	100,0%	100,0%

Source : ATIH - GHM v2018, tarifs 2018

2.5. Les séances en MCO

❖ *Les séances dans les établissements MCO ex DG*

Le panorama de l'activité de séances inclut également la dialyse hors centre (financée en forfaits D).

Le nombre de forfaits et de séances a augmenté de +2,4% entre 2017 et 2018. Le volume économique associé à ce mode de prise en charge est en hausse de +3,6%.

Tous les types de séances sont en hausse en volume économique excepté les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (28Z02Z) qui sont en baisse de -8,8%. Pour rappel en 2017, l'évolution pour ces séances était de l'ordre de +10%. Ce sont les séances de radiothérapie qui contribuent le plus à la croissance du volume économique.

L'activité de chimiothérapie est marquée par une nette décélération de l'évolution du nombre de séances par rapport aux années précédentes. En effet, l'évolution en nombre de séances de chimiothérapie entre 2017 et 2018 est estimée à +2,7%. Entre 2016 et 2017, elle était de +7%. Une analyse plus approfondie montre que cela reflète une décélération de l'évolution du nombre de patients avec séances de chimiothérapie.

En parallèle en hospitalisation, une baisse est observée pour les séjours de chimiothérapie.

Le développement des chimiothérapies orales ou à domicile et la création du forfait AP2⁷ en 2017 (impact sur les séances pour affections non tumorales), peuvent faire partie des éléments explicatifs de l'évolution observée.

⁷ Forfait pour une prise en charge pour administration d'un produit de la réserve hospitalière non inscrit sur la liste en sus et dont l'administration n'est associée à aucun acte CCAM

Tableau 15 : Évolution de l'activité de séances MCO entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG

	Nombre de séances / forfaits 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séances / forfaits 2017/2018	Effet structure 2017/2018
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (28Z01Z)	2,09	0,89	+10,0%	+10,2%	-0,2%
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (28Z02Z)	3,45	1,37	-8,8%	-8,5%	-0,3%
Entraînements à l'hémodialyse (28Z03Z)	15,13	8,13	+1,3%	+1,3%	-0,0%
Hémodialyse (28Z04Z)	1 691,89	582,51	+1,7%	+1,7%	-0,0%
Dialyse en centre	1 712,55	592,89	+1,7%	+1,7%	-0,0%
Dialyse hors centre*	125,18	34,65	+1,5%	+1,7%	-0,1%
Ensemble dialyse	1 837,73	627,54	+1,7%	+1,7%	-0,0%
Chimiothérapie pour tumeur (28Z07)	1 998,17	778,18	+3,0%	+3,0%	-0,0%
Chimiothérapie pour affection non tumorale (28Z17)	605,66	206,32	+1,6%	+1,6%	-0,0%
Chimiothérapie	2 603,84	984,50	+2,7%	+2,7%	+0,0%
Radiothérapie	2 090,98	2,09	+6,8%	+2,5%	+4,1%
Transfusions (28Z14Z)	201,56	125,05	+4,6%	+4,7%	-0,0%
Oxygénothérapie hyperbare (28Z15Z)	48,44	13,89	+0,6%	+0,7%	-0,0%
Aphérèses sanguines (28Z16Z)	38,41	48,43	+6,3%	+6,6%	-0,2%
Autres séances	288,41	187,37	+4,8%	+4,2%	+0,5%
Total séances / forfaits	6 820,96	1 801,50	+3,6%	+2,4%	+1,2%

* Dialyse hors centre financée en forfaits D.

Source : ATIH

❖ Les séances dans les établissements MCO ex OQN

Le nombre de forfaits et de séances a augmenté de +2,1% entre 2017 et 2018. Le volume économique associé à ce mode de prise en charge est en hausse de +2,0%.

La dynamique des séances est contrastée selon le type d'activité pris en compte. La chimiothérapie est en légère baisse -1,0% alors que les autres séances sont en forte augmentation.

Pour rappel, entre 2016 et 2017, l'évolution des séances de chimiothérapie (en nombre et volume économique) était de l'ordre de +3,5%.

Tableau 16 : Évolution de l'activité de séances MCO entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN

Type de séance	Nombre de séances / forfaits 2018 (en milliers)	Volume économique 2018 (en M€)	Évolution volume économique 2017/2018	Évolution nombre de séances / forfaits 2017/2018	Effet structure 2017/2018
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée (28Z01Z)	2,01	0,78	+21,9%	+23,0%	-0,9%
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (28Z02Z)	4,82	1,73	+19,1%	+19,1%	-0,0%
Entraînements à l'hémodialyse (28Z03Z)	55,62	21,45	+12,7%	+13,0%	-0,2%
Hémodialyse (28Z04Z)	2 226,41	597,49	+0,7%	+0,6%	+0,1%
Dialyse en centre	2 288,85	621,45	+1,2%	+0,9%	+0,2%
Dialyse hors centre*	2 881,64	792,57	+3,5%	+4,0%	-0,4%
Ensemble dialyse	5 170,49	1 414,02	+2,5%	+2,6%	-0,1%
Chimiothérapie pour tumeur (28Z07)	755,79	231,27	-0,9%	-0,9%	-0,0%
Chimiothérapie pour affection non tumorale (28Z17)	72,14	14,24	-2,5%	-2,5%	+0,0%
Chimiothérapie	827,93	245,51	-1,0%	-1,1%	+0,0%
Radiothérapie					
Transfusions (28Z14Z)	24,85	14,94	+6,2%	+6,0%	+0,2%
Oxygénothérapie hyperbare (28Z15Z)	13,46	0,99	+0,6%	+0,6%	-0,0%
Aphérèses sanguines (28Z16Z)	0,75	0,48	+239,6%	+239,6%	+0,0%
Autres séances	39,06	16,41	+8,1%	+5,5%	+2,5%
Total séances / forfaits	6 037,48	1 675,94	+2,0%	+2,1%	-0,1%

Source : ATIH

3. Analyse de l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) en 2018

❖ Évolution du nombre de journées par secteur

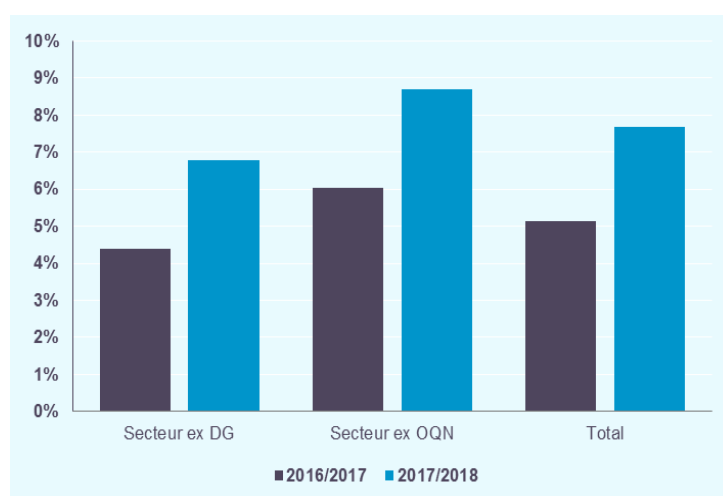
En 2018, 288 établissements ont reporté une activité d'hospitalisation à domicile : cette activité hospitalière représente 5,6 millions de journées valorisées, ce qui correspond, tous secteurs confondus, à une augmentation de +7,7% entre 2017 et 2018.

Tableau 17 : Évolution de l'activité d'HAD par secteur de financement en 2018

Secteur de financement	Nombre d'établissements 2018	Nombre de journées 2018 (en milliers)	Évolution nombre de journées 2017/2018	Part en journées 2018
Ex-DG	144	2 896.6	+6.8%	52.1%
Ex-OQN	144	2 659.9	+8.7%	47.9%
Total	288	5 556.5	+7.7%	100.0%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

Figure 9 : Évolution du nombre de journées d'HAD entre 2016 et 2018



Source : ATIH

❖ Évolution du nombre de journées par catégorie d'établissement

Pour le secteur ex-DG, environ la moitié des journées d'hospitalisation à domicile en 2018 est réalisée dans des établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Par rapport à 2017, l'évolution en nombre est de +6,6%. Les CH, qui contribuent à 32% au nombre total de journées HAD du secteur ex-DG, connaissent également une évolution importante de leur activité HAD (+7,9% en nombre de journées).

Pour le secteur ex-OQN, 65% de l'activité HAD (en nombre de journées) est portée par les établissements privé non lucratif. Les deux catégories d'établissements (Privé non lucratif et Privé lucratif) connaissent en 2018 une évolution importante de leur activité d'hospitalisation à domicile (respectivement +9,0% et +8,2%).

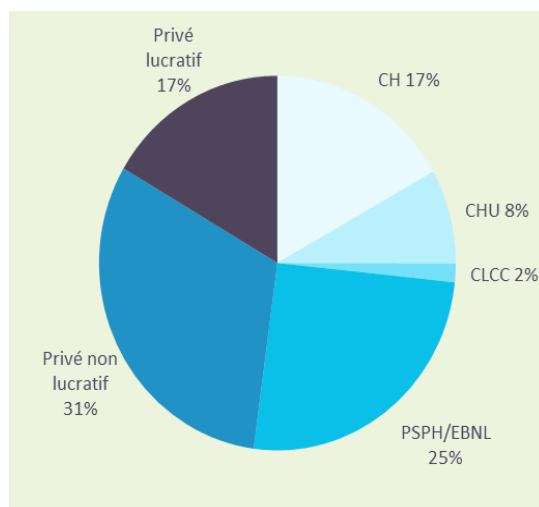
Par ailleurs, le nombre moyen de journées par patient dans le secteur ex-OQN est estimé à 51 journées, il est estimé à 40 journées/patient en moyenne pour le secteur ex-DG.

Tableau 18 : Évolution de l'activité d'HAD par catégorie d'établissements en 2018

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements 2018	Nombre de journées 2018 (en milliers)	Évolution nombre de journées 2017/2018	Contribution à la croissance en journées 2017/2018	Part en journées 2018	Nombre moyen de journées par patient
CH	100	938,8	+7,9%	+17,3%	16,9%	41,4
CHU	13	452,1	+6,4%	+6,9%	8,1%	33,3
CLCC	3	89,6	+0,7%	+0,1%	1,6%	43,8
ESPIC/EBNL	28	1 416,1	+6,6%	+22,0%	25,5%	42,4
Secteur ex DG	144	2 896,6	+6,8%	+46,3%	52,1%	40,6
Privé non lucratif	86	1 738,9	+9,0%	+36,1%	31,3%	50,7
Privé lucratif	58	920,9	+8,2%	+17,6%	16,6%	52,0
Secteur ex OQN	144	2 659,9	+8,7%	+53,7%	47,9%	51,3
Total	288	5 556,5	+7,7%	+100,0%	100,0%	45,3

Source : ATIH

Figure 10 : Répartition du nombre de journées d'HAD en 2018



Source : ATIH

❖ Évolution du nombre de journées par modes de prises en charge

En 2018, les modes de prises en charge les plus contributeurs en nombre de journées sont les prises en charge « Pansements complexes et soins spécifiques » et « Soins palliatifs ». Par rapport à 2017 leurs nombres de journées évoluent respectivement de +7,4% et +10,1%.

Parmi les postes dynamiques en 2018, les prises en charge pour chimiothérapie anticancéreuse connaissent une croissance de +15,8% et les prises en charge de la douleur de +18,5%. Un recul est observé pour les prises en charges Post-partum pathologique (-4,9%) et Surveillance de grossesse à risque (-3,2%).

Tableau 19 : Évolution de l'activité d'HAD par mode de prise en charge principal en 2018

<i>Mode de prise en charge principal</i>	Nombre de journées 2018 (en milliers)	Évolution nombre de journées 2017/2018	Part en journées 2018
01-Assistance respiratoire	117.4	-1.2%	2.1%
02-Nutrition parentérale	125.3	-1.4%	2.3%
03-Traitement intraveineux	331.5	+5.7%	6.0%
04-Soins palliatifs	1 404.3	+10.1%	25.3%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	123.9	+15.8%	2.2%
06-Nutrition entérale	341.9	+3.7%	6.2%
07-Prise en charge de la douleur	167.8	+18.5%	3.0%
08-Autres traitements	148.7	+9.3%	2.7%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 573.2	+7.4%	28.3%
10-Posttraitement chirurgical	116.9	+1.3%	2.1%
11-Rééducation orthopédique	46.8	+11.0%	0.8%
12-Rééducation neurologique	64.3	+15.2%	1.2%
13-Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	217.2	+9.7%	3.9%
14-Soins de nursing lourds	469.9	+6.6%	8.5%
15-Education du patient et/ou entourage	85.5	+25.7%	1.5%
17-Surveillance de radiothérapie	5.1	-23.7%	0.1%
18-Transfusion sanguine	1.0	+29.1%	0.0%
19-Surveillance de grossesse à risque	113.6	-3.2%	2.0%

<i>Mode de prise en charge principal</i>	Nombre de journées 2018 (en milliers)	Évolution nombre de journées 2017/2018	Part en journées 2018
21- Post-partum pathologique	65.2	-4.9%	1.2%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	27.3	+24.1%	0.5%
24-Surveillance d'aplasie	7.2	-6.8%	0.1%
29-Sortie précoce de chirurgie	2.7	+6.1%	0.0%
Total	5 556.5	+7.7%	100.0%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

Tableau 20 : Évolution de l'activité d'HAD par mode de prise en charge principal et secteur de financement en 2018

<i>Mode de prise en charge principal</i>	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de journées 2018	Part en journées 2018	Nombre de journées 2018	Part en journées 2018
01-Assistance respiratoire	55,7	1,9%	61,7	2,3%
02-Nutrition parentérale	79,6	2,7%	45,7	1,7%
03-Traitement intraveineux	197,1	6,8%	134,4	5,1%
04-Soins palliatifs	627,1	21,6%	777,2	29,2%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	104,7	3,6%	19,2	0,7%
06-Nutrition entérale	169,2	5,8%	172,8	6,5%
07-Prise en charge de la douleur	72,4	2,5%	95,4	3,6%
08-Autres traitements	83,1	2,9%	65,6	2,5%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	801,3	27,7%	771,9	29,0%
10-Posttraitement chirurgical	69,2	2,4%	47,7	1,8%
11-Rééducation orthopédique	26,5	0,9%	20,3	0,8%
12-Rééducation neurologique	39,2	1,4%	25,0	0,9%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	166,1	5,7%	51,1	1,9%
14-Soins de nursing lourds	169,7	5,9%	300,1	11,3%
15-Education du patient et/ou entourage	65,5	2,3%	20,0	0,8%
17-Surveillance de radiothérapie	3,2	0,1%	1,9	0,1%
18-Transfusion sanguine	0,8	0,0%	0,2	0,0%
19-Surveillance de grossesse à risque	80,5	2,8%	33,1	1,2%
21-Post-partum pathologique	59,3	2,0%	5,9	0,2%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	19,6	0,7%	7,7	0,3%
24-Surveillance d'aplasie	5,9	0,2%	1,3	0,0%
29-Sortie précoce de chirurgie	0,9	0,0%	1,8	0,1%
Total	2 896,6	100,0%	2 659,9	100,0%

❖ **Évolution du nombre de journées par classe d'âge**

En 2018, l'activité d'hospitalisation à domicile est principalement portée par les patients âgés de 40 à 64 ans et les patients âgés de plus de 80 ans. Un dynamisme important est observé pour chaque classe d'âge et notamment celle des patients âgés de 70 à 74 ans.

Tableau 21 : Évolution de l'activité d'HAD par classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de journées 2018	Evolution nombre de journées 2017/2018	Part en journées 2018
0-4 ans	168,5	+9,0%	3,0%
5-17 ans	95,9	+8,3%	1,7%
18-39 ans	422,1	+3,0%	7,6%
40-64 ans	1 378,2	+6,0%	24,8%
65-69 ans	576,2	+2,1%	10,4%
70-74 ans	629,3	+12,3%	11,3%
75-79 ans	582,8	+7,4%	10,5%
80 ans et plus	1 703,5	+10,7%	30,7%
Total	5 556,5	+7,7%	100,0%

4. Analyse de l'activité des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2018

❖ Analyse générale de l'activité des établissements de santé SSR

Le nombre de journées en soins de suite et réadaptation, tous secteurs confondus, a évolué de +0,1% entre 2017 et 2018.

Cette dynamique diffère selon le secteur de financement. Alors que les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) enregistrent une baisse du nombre de journées en SSR de -0,8%, les établissements sous objectif quantifié national (OQN) voient leur nombre de journées augmenter de +1,5%.

Au global, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont réalisé près de 37,6 millions de journées en 2018, dont 61,7% sont réalisées en établissements sous DAF.

Tableau 22 : Évolution de l'activité SSR par secteur de financement en 2018

Secteur de financement	2018			Évolution 2017/2018		
	Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète (en millions)	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Nombre de séjours en hospitalisation complète	Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel	Nombre total de journées de présence
DAF	676.6	20.8	2.4	-2.2%	+2.5%	-0.8%
OQN	378.2	12.5	1.9	-1.4%	+9.3%	+1.5%
Total	1 054.7	33.2	4.4	-1.9%	+5.4%	+0.1%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

❖ Analyse de l'activité des établissements de santé SSR – Secteur DAF

Le nombre de journées totale en soins de suite et réadaptation, pour le secteur sous DAF, a évolué de -0,8% entre 2017 et 2018. Afin d'évaluer la progression du volume économique, une valorisation monétaire a été appliquée sur les séjours répondant aux critères suivants :

- Séjours clos ou séjours longs non clos ayant débuté en 2017 ;
- Établissements soumis à la DMA

98% des séjours du secteur répondent aux critères. Pour ces séjours, la valorisation monétaire (appelée volume économique) a consisté à appliquer la DMA à 100%. Seules les évolutions 2017/2018 du volume économique calculé sont décrites ci-après.

Tableau 23 : Activité des établissements de SSR pour les établissements sous DAF en 2018

Activité 2018	Nombre d'établissements	Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	Nombre de journées en (en millions)	Nombre de journées en hospitalisation à temps partiel (en millions)
Total du secteur	1 118	676,6	23,20	2,43
Séjours valorisés ⁸	1 118	669,9	22,18	2,42

Source : ATIH

Pour les séjours valorisés, l'évolution du nombre de journées en hospitalisation complète est de -2,5%. À l'inverse, le nombre de journées en hospitalisation partielle a connu une forte augmentation de l'ordre de +5% entre 2017 et 2018. Après valorisation monétaire, l'évolution du volume économique pour l'hospitalisation complète est à -0,3% et celle de l'hospitalisation à temps partiel est de 5,9%.

Tableau 24 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le type d'hospitalisation pour les établissements sous DAF en 2018 en 2018

Type d'hospitalisation	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Nombre moyen de journées par patient	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Hospitalisation Complète	669,9	-	37,7	-2,5%	-	-0,3%
Hospitalisation à temps partiel	-	2,4	14,1	-	+4,8%	5,9%
Total	669,9	2,4	33,4	-2,5%	+4,8%	0,3%

Source : ATIH

Le nombre moyen de journées par patient en hospitalisation partielle en 2018 est de 14 j/patients. En hospitalisation complète, il est de 38 j/patients, soit 2,7 fois plus qu'en hospitalisation partielle.

❖ Analyse de l'activité des établissements de santé SSR par type d'établissement – Secteur DAF

En 2018, 62% des séjours en hospitalisation complète et 42% des séjours en hospitalisation partielle du secteur DAF ont été réalisés dans des établissements publics. La décroissance du nombre de séjours en hospitalisation complète est plus marquée pour les établissements publics (-3,0%) que pour les établissements privés d'intérêt collectif (-1,7%). Cela se traduit également

⁸ Sont considérés dans les séjours valorisés, les séjours clos et les séjours longs non clos ayant débuté en 2017

par une évolution négative du volume économique pour les établissements publics (-0,2%) et une évolution positive (+1,1%) pour les établissements privés d'intérêt collectif.

Concernant l'évolution en journées d'hospitalisation partielle, le constat est similaire, de l'ordre de +4,8% quel que soit le statut juridique des établissements.

Tableau 25 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le statut des établissements sous DAF en 2018

Statut juridique	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Établissements privés d'intérêt collectif	253,8	1,4	-1,7%	+4,9%	+1,1%
Établissements publics	416,0	1,0	-3,0%	+4,7%	-0,2%
Total	669,9	2,4	-2,5%	+4,8%	+0,3%

Source : ATIH

❖ **Analyse de l'activité des établissements de santé SSR par catégorie majeure – Secteur DAF**

En 2018, plus de la moitié des séjours en hospitalisation complète se regroupe dans deux catégories majeures : les affections et traumatismes du système ostéo-articulaires et les affections du système nerveux. Ces deux catégories connaissent un décroissance (respectivement, -2,3% et -3,5% par rapport à 2017 pour les séjours en hospitalisation complète et une croissance modérée (respectivement +2,0% et +5,0%) pour les hospitalisations partielles. Le volume économique reste stable pour les affections du système nerveux et connaît un légère hausse (+0,8%) pour les affections et traumatismes du système ostéo-articulaire.

Parmi les catégories majeures connaissant les plus fortes évolutions entre 2017 et 2018 :

- Les affections des organes digestifs connaissent une diminution de l'ordre de 6% pour les séjours en hospitalisation complète et une augmentation de 24% pour les journées en hospitalisation partielles ;
- Les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles sont en hausse pour le nombre de séjours en hospitalisation complète (+8,5%), le nombre de journées en hospitalisation partielle (+17,1%) et le volume économique (+9,5%) ;
- Les affections de l'œil connaissent une forte diminution des séjours en hospitalisation complète (-12,2%) qui semble être au profit de l'hospitalisation partielle (+6,2%).

Tableau 26 : Évolution des séjours et journées de SSR par CM pour les établissements sous DAF en 2018

CM	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Affections du système nerveux	136,4	0,8	-3,5%	+5,0%	+0,0%
Affections de l'œil	1,4	0,0	-12,2%	+6,2%	-6,8%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	3,4	0,0	-3,6%	+7,3%	-5,4%
Affections de l'appareil respiratoire	44,2	0,1	-2,5%	+8,1%	-1,0%
Affections de l'appareil circulatoire	62,9	0,4	-4,0%	+5,4%	-0,8%
Affections des organes digestifs	28,0	0,0	-6,0%	+23,7%	-3,3%
Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire	226,8	0,9	-2,3%	+2,0%	+0,8%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	18,9	0,0	-1,3%	+1,7%	-0,8%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	0,0	0,1	+8,5%	+17,1%	+9,5%
Affections de l'appareil génito-urinaire	0,0	0,0	-2,1%	+29,0%	+1,9%
Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	0,0	0,0	-3,2%	+0,2%	-2,7%
Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	0,0	0,0	-6,8%	-10,2%	-4,9%
Troubles mentaux et du comportement	0,0	0,1	-1,0%	+11,8%	+2,3%
Autres motifs de recours aux services de santé	0,0	0,0	-4,0%	+8,3%	-2,3%
Post-transplantation d'organe	0,0	0,0	0	-2,6%	+0,4%

Source : ATIH

❖ Analyse de l'activité des établissements de santé SSR – Secteur OQN

L'hospitalisation complète reste le mode de traitement le plus répandu (88,4% du nombre de journées), malgré une baisse de ce mode de prise en charge entre 2017 et 2018.

Le nombre de journées totale en soins de suite et réadaptation, pour le secteur sous OQN, a évolué de +1,5% entre 2017 et 2018. Afin d'évaluer la progression du volume économique, la même valorisation monétaire que celle effectuée pour le secteur ex-DG a été réalisée.

Tableau 27 : Activité des établissements de SSR sous OQN en 2018

Activité 2018	Nombre d'établissements	Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	Nombre de journées total (en millions)	Nombre de journées en hospitalisation à temps partiel (en millions)
Total du secteur	518	378,2	14,38	1,92
Séjours valorisés	518	374,3	13,86	1,91

Source : ATIH

Pour les séjours valorisés, l'évolution du nombre de séjours en hospitalisation complète est de -1,7%. A l'inverse, le nombre de journées en hospitalisation partielle a connu une forte augmentation de l'ordre de +11% entre 2017 et 2018. Après valorisation monétaire, l'évolution du volume économique pour l'hospitalisation complète est à +2,8% et celle de l'hospitalisation à temps partiel est de +11,7%.

Tableau 28 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le type d'hospitalisation pour les établissements sous OQN en 2018

Type d'hospitalisation	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Nombre moyen de journées par patient	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Hospitalisation Complète	374,3	-	38,0	-1,7%	-	+2,8%
Hospitalisation à temps partiel	-	1,9	20,8	-	+11,2%	+11,7%
Total	374,3	1,9	35,9	-1,7%	+11,2%	+3,7%

Source : ATIH

Le nombre moyen de journées par patient en hospitalisation partielle en 2018 est de 21 j/patients. En hospitalisation complète, il est de 38 j/patients, soit 1,8 fois plus qu'en hospitalisation partielle.

❖ **Analyse de l'activité des établissements de santé SSR par type d'établissement – Secteur OQN**

En 2018, plus de 90% des séjours en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle du secteur OQN ont été réalisées dans des établissements privés commerciaux. La croissance du nombre de séjours en hospitalisation partielle est plus marquée pour les établissements privés commerciaux (+11,9%) que pour les établissements privés d'intérêt collectif (+4,5%). L'évolution du volume économique associé est d'environ +4,0% pour les deux classes.

Tableau 29 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le statut des établissements sous OQN en 2018

Statut juridique	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Établissements privés commerciaux	349,8	1,7	-1,8%	+11,9%	+3,7%
Établissements privés d'intérêt collectif	24,5	0,2	-0,9%	+4,5%	+4,3%
Total	374,3	1,9	-1,7%	+11,2%	+3,7%

Source : ATIH

❖ **Analyse de l'activité des établissements de santé SSR par catégorie majeure – Secteur OQN**

En 2018, plus de la moitié des séjours en hospitalisation complète se regroupe dans deux catégories majeures : les affections et traumatismes du système ostéo-articulaires et les affections du système nerveux. Ces deux catégories connaissent une décroissance (respectivement, -1,6% et -1,0% par rapport à 2017 pour les séjours en hospitalisation complète et une croissance marquée (respectivement +9,0% et +15,6%) pour les hospitalisations partielles.

Deux catégories connaissent une augmentation de leurs séjours en hospitalisation complète, il s'agit des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (+4,0%) et de la catégorie « Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires » (+3,7%).

Tableau 30 : Évolution des séjours et journées de SSR par CM pour les établissements sous OQN en 2018

CM	2018 Nombre de séjours en hospitalisation complète (en milliers)	2018 Nombre de journées en hospitalisation à temps partiel (en millions)	Évolution en séjours en HC 2017/2018	Évolution en journées HP 2017/2018	Évolution volume économique 2017/2018
Affections du système nerveux	45,7	0,4	-1,0%	+15,6%	+3,7%
Affections de l'œil	0,8	0,0	-4,1%	+18,9%	+8,1%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2,2	0,0	-0,9%	+16,9%	+4,5%
Affections de l'appareil respiratoire	26,3	0,1	-2,1%	+23,3%	+1,2%
Affections de l'appareil circulatoire	45,8	0,3	-2,8%	+5,3%	+2,4%
Affections des organes digestifs	18,3	0,0	-4,2%	+41,9%	+1,8%
Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire	152,9	0,9	-1,6%	+9,0%	+3,5%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	6,6	0,0	-0,8%	+0,5%	+4,3%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	0,0	0,1	+4,0%	+11,7%	+10,1%
Affections de l'appareil génito-urinaire	0,0	0,0	-4,7%	+45,2%	+3,7%
Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	0,0	0,0	-4,1%	+21,9%	+4,2%
Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	0,0	0,0	+3,7%	+87,1%	+4,8%
Troubles mentaux et du comportement	0,0	0,0	-0,1%	+43,7%	+7,7%
Autres motifs de recours aux services de santé	0,0	0,0	-3,9%	+40,5%	+3,2%
Post-transplantation d'organe	0,0	0,0	-6,1%	-10,7%	-3,5%

Source : ATIH

❖ **Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'OQN SSR (Prix journée et DMA)**

En date de soins à fin 2018, pour le régime général en France métropolitaine, l'évolution des dépenses remboursées au titre de l'activité OQN SSR en prix de journée est de -4,3% par rapport à 2017. Elle est estimée à +1,4% en considérant PJ+DMA.

Tableau 31 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'activité SSR des établissements sous OQN (prix journée et DMA) entre 2017 et 2018

<i>Régime Général – Métropole y compris SLM – Tous risques</i>	Montants bruts à fin décembre 2017 (en M€)	Évolution brute 2017/2018	Évolution volume brute 2017/2018
SSR PJ(*)	1 728	-4,3%	+2.6%
DMA	108	89,5%	

(*) Ce total inclut le coefficient prudentiel, la participation assurée et l'IFAQ

Source : CNAM

5. Analyse de l'activité des établissements de santé de psychiatrie en 2018

❖ Analyse générale de l'activité des établissements de santé de psychiatrie

Le nombre de journées en psychiatrie, tous secteurs confondus, a diminué de -1,7% entre 2017 et 2018.

Cette dynamique diffère selon le secteur de financement. Alors que les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) enregistrent une baisse du nombre de journées en psychiatrie de -2,8%, les établissements sous objectif quantifié national (OQN) voient leur nombre de journées augmenter de +2,3%.

Au global, les établissements de santé de psychiatrie ont réalisé près de 24,3 millions de journées en 2018, dont 76,4% sont réalisées en établissements sous DAF.

Tableau 32 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par secteur de financement en 2018

Modalité de financement	Nombre d'établissements 2018	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
DAF	359	18.56	-2.8%	76.4%
OQN	193	5.74	+2.3%	23.6%
Total	552	24.30	-1.6%	100.0%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

L'hospitalisation à temps complet reste le mode de traitement le plus répandu (79,7% du nombre de journées), malgré une baisse de ce mode de prise en charge entre 2017 et 2018.

Tableau 33 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par type d'hospitalisation en 2018

Type de prise en charge	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
Temps complet	19.37	-1.5%	79.7%
Temps partiel	4.92	-2.1%	20.3%
Non renseigné	0.01	-14.3%	0.0%
Total	24.30	-1.6%	100.0%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

Tableau 34 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par catégories de diagnostics principaux en 2018

Catégorie de diagnostics principaux	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0.49	-8.8%	2.0%
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	1.72	-1.5%	7.1%
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	8.19	-1.4%	33.7%
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	6.09	+1.3%	25.1%
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	1.79	+3.3%	7.4%
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0.26	+0.7%	1.1%
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	1.26	-1.8%	5.2%
F7*: Retard mental	0.88	-8.0%	3.6%
F8*: Troubles du développement psychologique	1.42	-4.6%	5.8%
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	0.65	-6.9%	2.7%
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	0.13	-1.9%	0.5%
Autres diagnostics	0.67	+3.1%	2.8%
Diagnostics manquants	0.75	-17.1%	3.1%
Total	24.30	-1.6%	100.0%

Source : ATIH 2018 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2017-2018

En nombre de journées, les deux catégories de diagnostics principaux les plus courantes en 2018 sont :

- La schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) représentant plus du tiers des journées de présence ;

- Les troubles de l'humeur (affectifs) (F3*) concernant le quart des journées de présence.

Entre 2017 et 2018 le nombre de journées est en diminution pour la plupart des catégories de diagnostics principaux, sauf pour les Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) le nombre de journées augmente de +3,3%.

❖ Analyse de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous DAF

Pour les établissements de psychiatrie sous DAF, le nombre de journée de présence en hospitalisation continue de diminuer, aussi bien pour l'hospitalisation complète que l'hospitalisation partielle.

Tableau 35 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous DAF par type d'hospitalisation en 2018

	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
Hospitalisation complète	14,20	-3,0%	76,5%
Hospitalisation partielle	4,35	-2,2%	23,4%
Non renseigné	0,01	+43,1%	0,0%
TOTAL	18,56	-2,8%	100,0%

Source : ATIH

Pour le secteur sous DAF, le nombre de journées est en diminution pour la majorité des catégories de diagnostics principaux. Les évolutions les plus marquées sont pour les Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (-11%), la catégorie « Retard mental » (-8%) et la catégorie « Troubles du comportement et troubles émotionnels » (-7%).

Dans les évolutions positives, les Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) connaissent une augmentation du nombre de journées de +3,3%.

Tableau 36 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous DAF par catégories de diagnostics principaux en 2018

	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0,43	-10,9%	2,3%
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	1,15	-4,2%	6,2%
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	7,22	-1,4%	38,9%
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	3,09	+0,4%	16,7%
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	1,21	+3,7%	6,5%
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0,15	-2,4%	0,8%
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	1,02	-2,8%	5,5%
F7*: Retard mental	0,85	-7,9%	4,6%
F8*: Troubles du développement psychologique	1,37	-5,0%	7,4%
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	0,62	-7,1%	3,3%
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	0,13	-3,2%	0,7%
Autres diagnostics	0,63	+1,9%	3,4%
Diagnostics manquants	0,71	-19,0%	3,8%
TOTAL	18,56	-2,8%	100,0%

Source : ATIH

❖ **Analyse de l'activité des établissements de santé de psychiatrie – Secteur OQN**

Pour les établissements de psychiatrie sous OQN, le nombre de journée de présence en hospitalisation est globalement en hausse (+2,3%) mais connaît des évolutions différentes pour l'hospitalisation complète (+2,8%) et l'hospitalisation partielle (-1,7%).

Tableau 37 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous OQN par type d'hospitalisation en 2018

	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
Hospitalisation complète	5,17	+2,8%	90,0%
Hospitalisation partielle	0,57	-1,7%	10,0%
NC	0,00	-87,5%	0,0%
TOTAL	5,74	+2,3%	100,0%

Source : ATIH

Pour le secteur sous OQN, le nombre de journées est en augmentation pour la majorité des catégories de diagnostics principaux. Les évolutions positives les plus marquées sont pour les « Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix » (+74,6%), les Troubles du développement psychologique (+8,8%) et les Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (+7,5%).

Dans les évolutions négatives, la catégorie de diagnostic « Retard mental » connaît la plus forte diminution qui est de - 12,4%.

Tableau 38 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous OQN par catégories de diagnostics principaux en 2018

	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
F0*: Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0,07	+7,5%	1,2%
F1* : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	0,57	+4,5%	9,9%
F2*: Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0,97	-1,1%	16,9%
F3*: Troubles de l'humeur (affectifs)	3,00	+2,1%	52,2%
F4*: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	0,59	+2,5%	10,2%
F5*: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0,11	+5,1%	2,0%
F6*: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	0,24	+2,9%	4,1%
F7*: Retard mental	0,03	-12,4%	0,5%

	Nombre de journées de présence 2018 (en millions)	Évolution nombre de journées de présence 2017/2018	Part en journées de présence 2018
F8*: Troubles du développement psychologique	0,05	+8,8%	0,9%
F9*: Troubles du comportement et troubles émotionnels	0,03	-4,3%	0,5%
R4*: Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur, le comportement, le langage et la voix	0,00	+74,6%	0,1%
Autres diagnostics	0,04	+27,8%	0,7%
Diagnostics manquants	0,05	+27,7%	0,8%
TOTAL	5,74	+2,3%	100,0%

Source : ATIH

❖ Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'OQN PSY

Sur l'année 2018, en date de soins pour le régime général en France métropolitaine, le taux d'évolution de la psychiatrie est de +2,1%.

Tableau 39 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'activité de psychiatrie des établissements sous OQN entre 2017 et 2018

Régime Général – Métropole y compris SLM – Tous risques	Montants bruts à fin décembre 2017 (en M€)	Évolution brute 2017/2018	Évolution volume brut 2017/2018
PSY(*)	640	2,1%	3.5%

(*) Ce total inclut le coefficient prudentiel et la participation assurée

Source : CNAM

6. Analyse détaillée des dépenses de la liste en sus en 2018

Le financement des spécialités pharmaceutiques au sein des établissements de santé est assuré par les tarifs des prestations définis au 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale (ceux-ci constituent les recettes de la part tarifs pour les établissements).

Par dérogation, et afin de soutenir et favoriser la diffusion de l'innovation dans les établissements de santé, certaines indications thérapeutiques d'une liste de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du même code peuvent être prises en charge en sus des tarifs des prestations (communément appelée la « liste en sus »). Les dépenses des établissements afférentes à ces produits sont alors remboursées aux établissements en fonction de leur coût réel d'achat et non selon des tarifs forfaitaires.

L'article 51 de la loi de finance de la sécurité sociale pour 2014 a modifié l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et introduit le fait que la prise en charge des médicaments inscrits sur la liste en sus est possible pour les seules indications thérapeutiques inscrites sur cette même liste.

Le décret n°2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste en sus précise les conditions dans lesquelles une indication thérapeutique d'un médicament peut être inscrite ou radiée de la liste en sus.

L'inscription est désormais réalisée par indication (inscription d'une indication ou de plusieurs indications). Le décret précise en outre les critères du médicament à remplir pour obtenir une inscription sur la liste en sus. Il faut que :

- Son service médical rendu (SMR) soit majeur ou important ;
- Son niveau d'amélioration du SMR (ASMR) soit majeur. Il peut être mineur (IV) si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur clinique pertinent. Il peut être mineur ou absent (V) lorsque les comparateurs cliniquement sont déjà inscrits sur la liste ;
- Il présente un coût supérieur au(x) GHS considéré(s) à 30% entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée.

S'agissant des radiations de la liste en sus, elles peuvent être désormais opérées pour une ou plusieurs indications.

6.1. Principaux mouvements sur la liste en sus en 2018

❖ Inscriptions, extensions d'indication et radiations

L'année 2018 a été marquée par un nombre important d'inscriptions ou extensions d'indication sur la liste en sus, quelques radiations et des baisses de prix. Les inscriptions concernent principalement des molécules appartenant aux antinéoplasiques et immunosuppresseurs (ATC

L01 et L04), aux antihémorragiques (ATC B02) et aux antimycosiques à usage systémique (ATC J02).

Parmi les spécialités engendrant les plus fortes dépenses sur la liste en sus, le nivolumab (OPDIVO®), le pembrolizumab (KEYTRUDA®) et le bévacizumab (AVASTIN®) ont notamment connu des extensions d'indication en 2018. En effet, OPDIVO® a obtenu une extension d'indication en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures en progression pendant ou après une chimiothérapie à base de sels de platine. KEYTRUDA®, en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome urothélial localement avancé ou métastatique ayant reçu une chimiothérapie antérieure à base de sels de platine et AVASTIN® en association au paclitaxel, au topotécan ou à la doxorubicine liposomale pégylée, chez les patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en rechute, résistant aux sels de platine, qui n'ont pas reçu plus de deux protocoles antérieurs de chimiothérapie et qui n'ont pas été préalablement traitées par du bevacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF ou d'autres agents ciblant le récepteur du VEGF.

Il n'y a pas eu, en 2018, de radiations ayant un fort impact sur les dépenses liées à la liste en sus.

Le référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est disponible sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé.

L'année 2018 a été également marquée par une hausse des inscriptions des dispositifs médicaux facturés en sus des GHS et un faible nombre de radiations. Les inscriptions concernent majoritairement des implants articulaires de hanche et dans une moindre mesure des implants mammaires, des implants vasculaires et des neurostimulateurs médullaires quadripolaires implantables.

Concernant les radiations, celles-ci concernent principalement des implants vasculaires et stimulateurs cardiaques.

❖ ***Évolution des dépenses globales liste en sus***

En 2018, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation s'élève à 5 316 M€ (y compris remises). Cette dépense globale a augmenté de 4% par rapport à 2017.

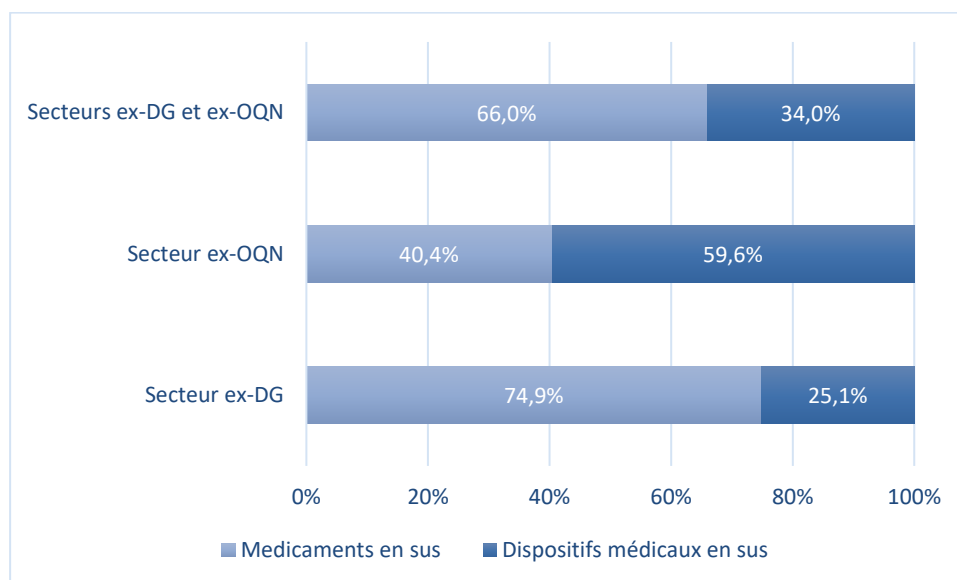
Les établissements du secteur ex-DG contribuent à 74% de la dépense de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus en 2018. Pour le secteur ex-DG, en 2018, la dépense au titre des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus s'élèvent à 3 956 M€ (y compris remises), soit une progression de 6% par rapport à 2017. Pour le secteur ex-OQN, la dépense s'élève à 1 360 M€ (y compris remises), soit une diminution de 1% par rapport à 2017.

Les dépenses liées aux médicaments, y compris sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)⁹, représentent 66% des dépenses médicaments et dispositifs médicaux au global. Cette répartition

⁹ Des spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation en établissement de santé délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si elles sont destinées à

est relativement différente en fonction des secteurs. En effet pour le secteur ex-DG les dépenses sont principalement portées par les dépenses liées aux médicaments, alors que pour le secteur ex-OQN les dépenses sont principalement portées par les dépenses liées aux dispositifs médicaux.

Figure 11 : Répartition des dépenses liées aux médicaments et dispositifs médicaux par secteur de financement



Source :ATI

Différences de périmètre entre le niveau de dépenses de liste en sus exécutées dans l'ONDAM ES et le niveau de remboursement de ces produits (analysé *infra*) :

Le niveau (et les évolutions) des dépenses nettes au titre des produits de la liste en sus tel qu'il apparaît dans l'exécution de l'ONDAM d'un exercice est différent de celui des remboursements par l'assurance maladie aux établissements de santé (ex DG et ex OQN) dans la mesure où leur périmètre n'est pas le même :

- Tout d'abord, le niveau de remboursement étudié *infra* est analysé en date de remboursement (il correspond donc aux dépenses remontées par les établissements de santé au fil de l'eau en fonction de la clôture des séjours dans l'année) tandis que le niveau de dépenses inscrit dans l'ONDAM ES est présenté en date de soins (il correspond donc aux dépenses opérées au titre des prises en charges réalisées sur l'exercice considéré, indépendamment de leur délai de remontée par les établissements).
- Ensuite, le niveau de dépenses inscrit dans l'ONDAM ES est net des remises pharmaceutiques générées par les produits inscrits sur la liste en sus (elles comprennent les remises conventionnelles négociées par le Comité d'Évaluation des

traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée.

Produits de santé (CEPS), les remises légales obligatoires sur les molécules remboursées après une période d'autorisation temporaire d'utilisation et les clauses de sauvegarde). Ces remises ne s'imputent pas directement sur le prix d'achat des produits de santé par les établissements mais constituent une recette de l'Assurance maladie qui vient diminuer comptablement le niveau de dépense au titre de la liste en sus (en 2018, le montant des remises sur les produits de la liste en sus, hors médicaments sous ATU, a ainsi été de 474 M€).

- Enfin, pour le secteur ex-OQN, certaines analyses présentées *infra* sont les dépenses liées au régime général en France métropolitaine. Le niveau de dépenses inscrit dans l'ONDAM ES intègre l'ensemble des régimes assurance maladie en France entière.

6.2. Analyse sur le secteur ex-DG

En 2018, en date de remboursements et hors remises pharmaceutiques, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (DM) remboursées par l'assurance maladie au titre des activités MCO des établissements de santé ex-DG s'élèvent à 4 267,5 M€. Par rapport aux dépenses de 2017, cela correspond à une augmentation de 3,7%.

67,6% des dépenses liées à la liste en sus du secteur ex-DG sont dues aux médicaments (hors médicaments sous ATU), 24,6% sont attribuables aux dispositifs médicaux et 7,8% aux médicaments sous ATU.

En termes d'évolution par rapport à 2017, les médicaments sous ATU connaissent une forte évolution de l'ordre de +53%. Les dépenses assurance maladie relatives aux molécules onéreuses hors médicaments sous ATU et hors médicaments en HAD diminuent de 0,4%, celles spécifiques aux hospitalisations à domicile évoluent de +12,9% en 2018. Enfin, les dépenses liées aux dispositifs médicaux connaissent une augmentation de 3,7%.

Tableau 40 : Évolution des recettes brutes par sous-postes pour les établissements du secteur ex DG en 2018 (date de remboursement)

	Montants (en M€)	Évolution 2017/2018
Liste en sus	4 267	+3,7%
dont médicaments en sus	2 820	-0,4%
dont médicaments en HAD	66	+12,9%
dont dispositifs médicaux en sus	1 048	+3,70%
dont médicaments sous ATU	333	+53,3%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

Pour le secteur ex-DG, les molécules nouvellement inscrites en 2018 et celles connaissant une extension d'indication contribuent aux dépenses de la liste en sus à hauteur d'environ 665 M€ et contribuent respectivement à -127% et 20% à la décroissance constatée 2017/2018. Les

dépenses liées aux molécules radiées ou partiellement radiées en 2018 s'élèvent à environ 179 M€ et contribuent respectivement à hauteur de 444% à la décroissance 2017/2018.

L'impact des mouvements de la liste en sus en 2017 peut être évalué sur l'année 2018. Ainsi les dépenses liées aux molécules inscrites en 2017 et n'ayant pas eu d'extension d'indication, sont évaluées pour 2018 à 309 M€ environ.

Tableau 41 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

	Montants 2018 (en M€)	Évolution 2017/2018	Contribution à la croissance 2017/2018
Molécules inscrites en 2017	309	1535,0%	-1917%
Molécules inscrites en 2018	19		-127%
Molécules avec extension d'indication en 2017	3	-86,9%	127%
Molécules avec extension d'indication en 2018	646	-0,5%	20%
Molécules radiées ou partiellement radiées en 2017	10	-64,0%	119%
Molécules radiées ou partiellement radiées en 2018	179	-27,2%	444%
Autres	1 654	-11,6%	1436%
Total	2 821	-0,5%	100%

Source : ATIH - date de remboursement

❖ Décomposition de l'évolution de la dépense en effets prix/volume

L'évolution des dépenses peut être détaillée selon ses différentes composantes l'effet prix et l'effet volume économique. L'effet prix sur la période peut être estimé en rapportant la dépense M12 2018 constatée à une dépense estimée en appliquant les prix moyens de M12 2017 par molécule. L'effet volume économique correspond à l'évolution de la dépense déflatée de l'effet prix.

Les différents effets se combinent pour expliquer le taux d'évolution des dépenses passé de +12,5% en décembre 2017 à -0,5% en décembre 2018. L'effet prix est de -8,3% alors qu'il était de -4,8% sur l'année 2017 et l'effet volume économique est plus de deux fois plus faible.

Tableau 42 : Décomposition de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU en effets prix et volume pour les établissements du secteur ex DG en 2018 (date de remboursement)

	M12 2017 / M12 2016	M6 2018 / M6 2017	M12 2018 / M12 2017
Effet prix	-4,8%	-8,8%	-8,3%
Effet volume économique	18,3%	9,0%	8,4%
Évolution des dépenses	12,5%	-0,6%	-0,5%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

Baisses de prix pour les médicaments en 2018

L'année 2018 a été marquée par des baisses de prix significatives sur un nombre important de molécules (99). Ces molécules représentaient 53,5% des dépenses de médicaments sur 2017 et ne représentent plus que 48,0% sur 2018.

Pour 28 d'entre elles, la baisse de prix est comprise entre -10% et -40%. Ces molécules représentaient 21,6% des dépenses de médicaments sur 2017 et représentent 15,2% sur 2018.

Tableau 43 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus concernées par une baisse de prix (date de remboursement)

	Nombre de molécules	Dépenses 2018 (en M€)	Évolution des dépenses	Contribution à la décroissance
Baisse de prix >10%	28	428	-30,1%	1219%
Baisse de prix	99	1 355	-10,8%	1078%
Ensemble	386	2 820	-0,5%	100%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

❖ Évolution des dépenses de médicaments (hors médicaments sous ATU)

Analyse par catégorie d'établissement

Par rapport à 2017, les dépenses de médicaments sont en hausse quelle que soit la catégorie d'établissement, à l'exception des CHR qui affichent une diminution de -3,7% pour les dépenses liées aux médicaments hors médicaments en HAD.

Les évolutions des médicaments en HAD sont assez marquées, notamment pour les CLCC (+41,8%) et les CH (+22,4%). Concernant les médicaments hors HAD, l'évolution la plus forte est constatée pour les CLCC (+7,2%).

Tableau 44 : Évolution des recettes brutes au titre des médicaments de la liste en sus (hors ATU) entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

Catégorie d'établissements	Recettes brutes 2018		Évolution 2018/2017	
	Médicaments payés en sus (en M€)	Médicaments en HAD (en M€)	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD
CH	1 007	12	1,3%	22,4%
CLCC	321	2	7,2%	41,8%
EBNL	147	33	4,4%	14,3%
SSA	17		5,5%	
CHR (yc AP-HP)	1 328	19	-3,7%	3,8%
Total France	2 820	66	-0,4%	12,9%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

Analyse par classes ATC (anatomique, thérapeutique, chimique)

Les 3 classes ATC contribuant le plus aux dépenses assurance maladie de la liste en sus sont les molécules des classes ATC L01 (Antinéoplasiques), L04 (Immunosuppresseurs) et J06 (Sérums immunisants et immunoglobulines) qui représentent plus de 85% des dépenses de médicaments de la liste en sus.

Si les dépenses liées aux médicaments des classes ATC L04 et J06 connaissent une diminution de l'ordre de 10%, la classe la plus contributrice (L01 Antinéoplasiques) connaît quant à elle une augmentation d'environ 8% en montant.

Tableau 45 : Part et évolution de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG

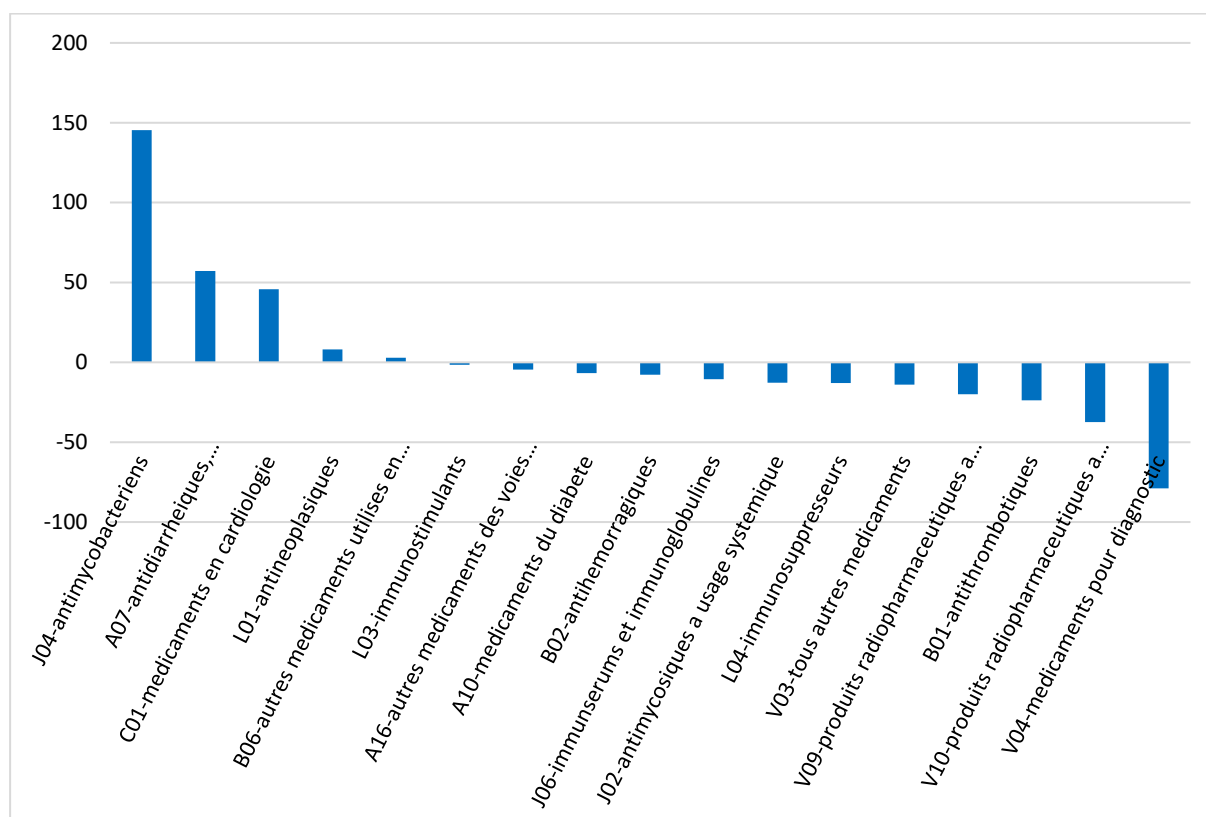
ATC	Libellé	Évolution montants 2018/2017 (%)	Part en 2018
A07	Anti-diarrhéiques, antiinflammatoires et antiinfectieux intestinaux	57,13	0,14%
A10	Médicaments du diabète	-6,74	0,06%
A16	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	-4,55	5,59%
B01	Anti-thrombotiques	-23,76	0,19%
B02	Antihémorragiques	-7,76	3,83%
B06	Autres médicaments utilisés en hématologie	2,95	0,07%
C01	Médicaments en cardiologie	45,82	0,04%
J02	Antimycosiques à usage systémique	-12,84	2,50%
J04	Anti-mycobactériens	145,3	0,01%
J06	Immunserums et immunoglobulines	-10,62	9,22%
L01	Antinéoplasiques	8,03	59,72%
L03	Immunostimulants	-1,53	0,20%
L04	Immunosuppresseurs	-12,93	18,41%
V03	Tous autres médicaments	-14,01	0,00%
V04	Médicaments pour diagnostic	-78,98	0,00%
V09	Produits radiopharmaceutiques à usage diagnostique	-20,02	0,00%
V10	Produits radiopharmaceutiques à usage thérapeutique	-37,47	0,00%

Source : Données ScanSanté de l'ATIH –MCO - Ex-DG- Montants facturables à l'AM

En terme d'évolution des dépenses par rapport à 2017, 3 classes ATC connaissent des évolutions de plus de 30%, il s'agit des médicaments anti-mycobactériens (ATC J04), des médicaments en cardiologie (ATC C01) et des Anti diarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux (ATC A07).

A l'inverse, 2 classes ATC connaissent des diminutions en montants de plus de 30%, il s'agit des médicaments pour diagnostics (ATC V04) et des produits radiopharmaceutiques à usage thérapeutique (ATC V10).

Figure 12 : Évolution (en %) de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG



Source : Données ScanSanté de l'ATIH –MCO - Ex-DGF- Montants facturables à l'AM

Analyse par dénomination commune internationale (DCI)

Dans le tableau ci-dessous sont reportés les 15 DCI contribuant le plus aux dépenses assurance maladie de la liste en sus (environ 75% du total des dépenses liées aux molécules onéreuses). Il est à noter que parmi ces 15 DCI, 8 d'entre elles sont concernées par une baisse de prix en 2018.

Tableau 46 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 15 principales DCI pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

DCI	Dépenses 2018 (en M€)	Évolution des dépenses
NIVOLUMAB	299	25%
IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	244	-11%
PEMBROLIZUMAB	219	173,2%
RITUXIMAB	219	173%
INFLIXIMAB	178	-24%

DCI	Dépenses 2018 (en M€)	Évolution des dépenses
BEVACIZUMAB	176	-27%
TRASTUZUMAB	174	-5%
ECULIZUMAB	166	-7%
PERTUZUMAB	163	-4%
BORTEZOMIB	100	21%
NATALIZUMAB	91	-5%
PEMETREXED	85	7%
CETUXIMAB	73	-29%
AZACITIDINE	72	-1%
TRASTUZUMAB EMTANSINE	63	4%

Source : ATIH

❖ Évolution des dépenses de médicaments sous ATU

Analyse par catégorie d'établissement

Pour le secteur ex-DG, les dépenses de médicaments sous ATU s'élèvent à 333 M€, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 53% par rapport à 2017. Les CHR connaissent la plus forte évolution, estimée à +68%.

Tableau 47 : Évolution des recettes brutes au titre des médicaments sous ATU de la liste en sus pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

Catégorie d'établissements	Recettes brutes 2018 (en M€)	Évolution 2018/2017
CH	65	33,8%
CLCC	24	16,3%
EBNL	10	28,9%
SSA	1	-5,5%
CHR (yc AP-HP)	233	67,6%
Total France	333	53,3%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

Analyse par code UCD (unité commune de dispensation)

En 2018, 75% de la dépense liée aux médicaments sous ATU est portée par 10 codes UCD.

Tableau 48 : Part et évolution des montants de dépenses de l'assurance maladie au titre des 10 codes UCD des médicaments sous ATU les plus importants pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

Code UCD	Libellé	Dépenses 2018 (en M€)	Part en 2018
9417871	DARZALEX 20MG/ML PERF FL20ML	118	35,3%
9426976	NUSINERSEN BGN 2,4MG/ML INJ F	72	21,5%
9423469	NUSINERSEN BGN 2,4MG/ML INJ F	11	3,4%
9408211	LUTATHERA 370MBQ/ML FL30ML	10	2,9%
9416794	DARZALEX 20MG/ML PERF FL20ML	9	2,8%
9417888	DARZALEX 20MG/ML PERF FL5ML	8	2,6%
9436294	DURVALUMAB ASZ 50MG/ML FL10ML	8	2,3%
9299213	VORAXAZE 1000UI PERF FL	6	1,8%
9435136	OCREVUS 300MG PERF FL10ML	5	1,5%
9429319	FIBRYGA 1G INJ FL 1	5	1,5%

Source : ATIH – Dates de remboursement

❖ Évolution des dépenses liées aux dispositifs médicaux

Analyse par catégorie d'établissement

Pour le secteur ex DG, les dépenses liées aux dispositifs médicaux s'élèvent à 1 048 M€ et sont portées principalement par les CH et CHR. Les dépenses des CHR à ce titre ont évolué de +5,2% par rapport à 2017.

Tableau 49 : Évolution des recettes brutes au titre des DM en sus entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

Catégorie d'établissements	Recettes brutes 2018 (en M€)	Évolution 2018/2017
CH	344	1,6%
CLCC	4	5,8%
EBNL	121	3,6%
SSA	7	-3,1%
CHR (yc AP-HP)	571	5,2%
Total France	1 048	3,7%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

Analyse par classe de dispositifs médicaux

Les classes des dispositifs médicaux contribuant le plus aux dépenses assurance maladie de la liste en sus sont les classes d'implants vasculaires, les bioprothèses valvulaires, les implants articulaires de hanche, stimulateurs cardiaques et implants articulaires de genou.

En terme d'évolution des dépenses par rapport à 2017, les dispositifs médicaux connaissant de fortes évolutions (> 70%) sont les Ballons actifs périphériques, Implants endovasculaires dits « stents », couverts ou non couverts, Stents retrievers, Systèmes modulaires de reconstruction et les Implants cardiaques.

À l'inverse, ceux connaissant les plus fortes décroissances (< -50%) sont les produits pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes et les Stimulateurs phréniques.

Tableau 50 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux en 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)

Libellé	Dépenses 2018 (en M€)	Évolution 2017/2018
Implants vasculaires	249	4,2%
Bioprothèses valvulaires	127	-0,0%
Implants articulaires de hanche	126	-2,0%
Stimulateurs cardiaques	125	1,9%
Implants articulaires de genou	109	3,2%
Sondes de stimulateur cardiaque	36	1,5%
Implants du rachis	32	-2,1%
Systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral	27	-7,4%
Implants d'ostéosynthèse	22	3,3%
Système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale	20	12,4%

Source : ATIH - Date de remboursement

6.3. Analyse sur le secteur ex OQN

En 2018, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux en sus remboursées par l'assurance maladie au titre des activités MCO des établissements de santé ex-OQN s'élèvent à 1 245 M€ pour le régime général, France métropolitaine.

Pour le régime agricole, à fin décembre 2018, les dépenses en date de remboursement étaient de l'ordre de 96 M€, soit une diminution de moins de 1% par rapport à 2017.

À fin décembre 2018, on observe une évolution des montants remboursés en date de remboursement de +5,4% de la liste en sus en établissements privés du régime général en France métropolitaine, dont +6,5% pour les médicaments en sus, +3,2% pour les DMI en sus et +103,2% pour les médicaments sous ATU dont l'enveloppe a doublé en un an.

Tableau 51 : Évolution des dépenses pour le régime général au titre des médicaments et DM de la liste en sus par catégorie en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de soins)

	Montants remboursés (en M€)	Évolution 2017/2018
Liste en sus	1 245	5,4%
dont médicaments en sus	501	6,5%
dont dispositifs médicaux en sus	733	3,2%
dont médicaments sous ATU	11	103,2%

Source : CNAM - Régime général, France métropolitaine- date de soins

❖ Décomposition de l'évolution de la dépense en effets prix/volume

L'évolution des dépenses 2018 de +4% se décompose par un effet volume de +9% (incluant l'effet jours ouvrés) et un effet de tarif et changement de base de -4,6% (baisses de tarif et radiations).

L'évolution du volume plus dynamique que les autres années est expliquée par les montées en charge de Keytruda® et de Opdivo® sur les médicaments en sus.

Tableau 52 : Décomposition de l'évolution de la dépenses de l'assurance maladie en effets prix et effet volume pour les médicaments de la liste en sus entre 2015 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de soins)

	Évolution 2015/2016	Évolution 2016/2017	Évolution 2017/2018
Effet volume brut	4,9%	4,3%	9,0%
Effet tarif et changement de base	-2,5%	1,1%	-4,6%
Évolution brute des dépenses	2,2%	5,5%	4,0%

Source : CNAM - Date de soins

❖ Évolution des dépenses de médicaments (hors ATU)

Analyse par ATC

La classe ATC qui contribue le plus aux dépenses de la liste en sus pour le secteur ex OQN est la classe L01 Antinéoplasiques. Elle concentre plus de 80% des dépenses et connaît en 2018 une évolution en dépenses de l'ordre de +9%.

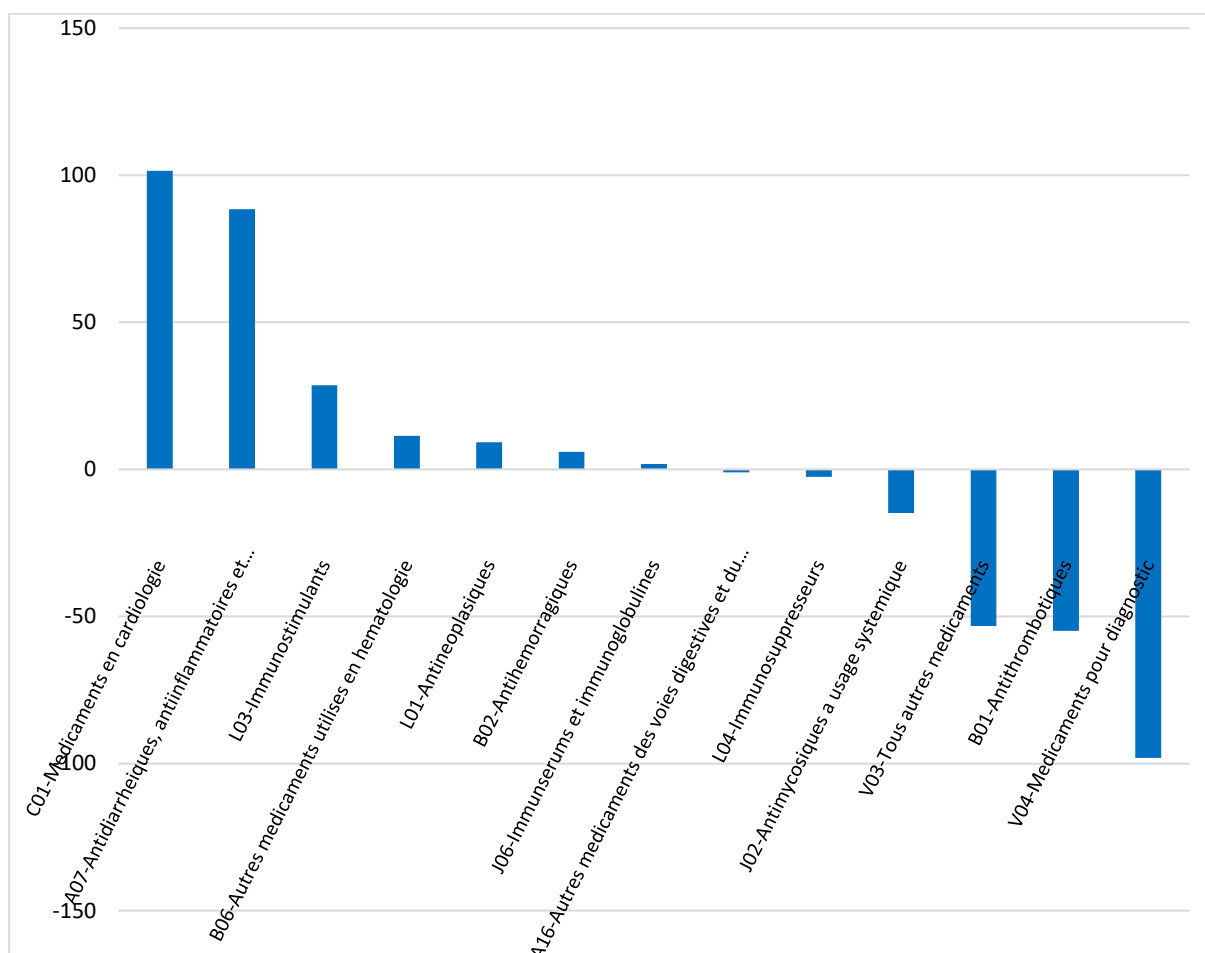
Tableau 53 : Part et évolution de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC des entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN

ATC	Libellé	Évolution montant 2018/2017 (%)	Part en 2018
A07	Anti-diarrhéiques, antiinflammatoires et antiinfectieux intestinaux	88,43	0,0%
A16	Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	-1,05	0,2%
B01	Anti-thrombotiques	-54,87	0,0%
B02	Antihémorragiques	5,96	1,2%
B06	Autres médicaments utilisés en hématologie	11,39	0,0%
C01	Médicaments en cardiologie	101,57	0,0%
J02	Antimycosiques à usage systémique	-14,8	0,3%
J06	Immunoserums et immunoglobulines	1,86	2,0%
L01	Antinéoplasiques	9,19	85,8%
L03	Immunostimulants	28,57	0,0%
L04	Immunosuppresseurs	-2,48	10,4%
V03	Tous autres médicaments	-53,23	0,0%
V04	Médicaments pour diagnostic	-98,13	0,0%

Source : Données ScanSanté de l'ATIH - MCO - Ex-OQN- Montants facturables à l'AM

Les 3 classes ATC progressant le plus entre 2017 et 2018 sont les classes ATC C01 Médicaments en cardiologie, A07 Anti-diarrhéiques, antiinflammatoires et antiinfectieux intestinaux et L03 Immunostimulants. Celles qui diminuent le plus par rapport à 2017 sont les classes et V04 Médicaments pour diagnostic et B01 Anti-thrombotiques.

Figure 13 : Évolution (en %) de la consommation de médicaments de la liste en sus par classe ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN



Source : Données ScanSanté de l'ATIH – Montants facturables à l'AM

Analyse par Spécialité/DCI

Parmi les médicaments les plus contributeurs en 2018, on retrouve des médicaments nouvellement inscrits ou connaissant des extensions d'indication (pembrolizumab et nivolumab), des médicaments génériques (notamment le pemetrexed), des biosimilaires (rituximab et infliximab) et des molécules existantes qui connaissent une évolution soutenue (pertuzumab et cabazitaxel).

L'évolution de +6,5% des médicaments en sus sur l'année 2018 s'explique principalement par les montées en charge de l'Opdivo® (+5,4%), de Keytruda® (+5,9%) et les baisses de tarif de Remicade® (-2,5%) et l'Avastin® (-2%).

Tableau 54 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus fortes contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)

DCI	Montants 2018 (en M€)	Évolution 2017/2018	Contribution 2018
Pembrolizumab	31,7	1 298%	5,9%
Nivolumab	77,4	53%	5,4%
Pertuzumab	36,5	23%	1,4%
Vedolizumab	5,1	122%	0,6%
Ustekinumab	2,7	145%	0,3%

Source : CNAM – Régime général France métropolitaine

Tableau 55: Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus faibles contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)

DCI	Montants remboursables 2017 (en M€)	Montants remboursables 2018 (en M€)	évolution 2018/2017	contribution 2018
RITUXIMAB	20,1	14,6	-28%	-1,1%
INFLIXIMAB	42,6	35,5	-17%	-1,4%
TRASTUZUMAB	77,4	69,7	-10%	-1,5%
PEMETREXED	20,8	13,1	-37%	-1,6%
BEVACIZUMAB	72,7	62,6	-14%	-2,1%

Source : CNAM – Régime général France métropolitaine

Tableau 56 : Évolution des montants remboursables au titre des 15 molécules de la liste en sus ayant une forte contribution à la croissance en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)

Nom court	Classe ATC	Montants remboursables 2018 (en M€)	évolution 2018/2017	contribution 2018
OPDIVO 100 MG SOL INJ FL	NIVOLUMAB	65,1	63%	5,0%
KEYTRUDA 100 MG SOL INJ PERF FL	PEMBROLIZUMAB	24,9		5,0%
PERJETA 420MG SOL PERF	PERTUZUMAB	36,5	23%	1,4%
KEYTRUDA 50 MG SOL INJ PERF FL	PEMBROLIZUMAB	6,8	198%	0,9%
TRUXIMA 500 MG SOL INJ PERF	RITUXIMAB	3,6	1233%	0,7%
REMSIMA 100MG PDR SOL INJ PERF FL	INFLIXIMAB	7,3	68%	0,6%
ENTYVIO 300MG PDR INJ	VEDOLIZUMAB	5,1	122%	0,6%
INFLECTRA 100MG PERF FL	INFLIXIMAB	10,1	32%	0,5%
STELARA 130 MG SOL PERF	USTEKINUMAB	2,6	716%	0,5%
PEMETREXED FRK 500 MG PDR INJ	PEMETREXED	8,0	35%	0,4%
HERCEPTIN 600 MG SOL INJ	TRASTUZUMAB	43,5	4%	0,4%
OPDIVO 40 MG SOL INJ FL	NIVOLUMAB	12,3	15%	0,3%
HERZUMA 150 MG PDR SOL INJ	TRASTUZUMAB	1,5		0,3%
GAZYVARO 1000 MG SOL INJ PERF	OBINUTUZUMAB	1,6	151%	0,2%
JEVTANA 60 MG SOL INJ	CABAZITAXEL	15,5	5%	0,1%

Source : CNAM – Régime général France métropolitaine

❖ Évolution des dépenses de médicaments sous ATU

En 2018, le régime général connaît une augmentation des dépenses liées aux médicaments sous ATU de +103%. Les 10 codes UCD les plus contributeurs aux dépenses liées aux médicaments sous ATU sont listés ci-dessous.

Tableau 57 : Montants remboursés au titre des 10 médicaments sous ATU les plus contributeurs à la croissance en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)

Code UCD	Libellé	Montants 2018 (M€)	Part en 2018
9417871	DARZALEX 20MG/ML PERF FL20ML	2,49	24%
9409452	OPDIVO 10MG/ML PERF FL10ML	1,30	12%
9436294	DURVALUMAB ASZ 50MG/ML FL10ML	1,06	10%
9415524	DARZALEX 20MG/ML PERF FL20ML	0,82	8%
9417888	DARZALEX 20MG/ML PERF FL5ML	0,67	6%

9409469	OPDIVO 10MG/ML PERF FL4ML	0,50	5%
9431262	TECENTRIQ 1200MG PERF FL20ML	0,38	4%
9433485	IMFINZI 50MG/ML SOL INJ FL	0,24	2%
9437939	DURVALUMAB ASZ 50MG/ML F2,4ML	0,23	2%
9423179	ATEZOLIZUMAB RCH 60MG/ML FL	0,21	2%

Source CNAM. Régime général France métropolitaine

❖ Évolution des dépenses liées aux dispositifs médicaux

Pour le secteur ex-OQN, les classes des dispositifs médicaux contribuant le plus aux dépenses assurance maladie de la liste en sus sont les classes d'implants orthopédiques du genou et de la hanche.

En terme d'évolution des dépenses par rapport à 2017, les dispositifs médicaux connaissant de fortes évolutions (> 70%) sont les Ballons périphériques. Les défibrillateurs implantables et les implants vasculaires connaissent également de fortes évolutions en 2018.

Les dispositifs contraceptifs connaissent quant à eux une forte décroissance en valeur (-99,8%), même si cela n'a qu'un faible impact sur les dépenses de la liste en sus

Tableau 58 : Évolution des montants remboursables entre 2017 et 2018 au titre des dispositifs médicaux de la liste en sus pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)

Libellés	Montants remboursables 2018 (en M€)	évol 2018/2017	contribution 2018
Implants vasculaires	66,6	17,3%	1,4%
Implants orthopédiques du genou	156,1	3,3%	0,7%
Stents coronariens	74,2	3,5%	0,3%
Ballons périphériques	2,7	317,6%	0,3%
Implants orthopédiques autres, dont cheville, crâne, fémur	65,4	2,4%	0,2%
Neurostimulateurs implantés	10,3	16,5%	0,2%
Stimulateurs cardiaques, boîtiers	69,1	1,7%	0,2%
Implants orthopédiques (coude, épaule, poignet, main et doigt)	25,1	4,3%	0,1%
Greffons, substituts et implants osseux	16,1	5,2%	0,1%
Sondes défibrillation et stimulation et autres	22,6	3,0%	0,1%
Prothèses mammaires	3,7	11,9%	0,1%
Défibrillateurs implantables, boîtiers	2,1	19,4%	0,0%
Dispositifs contraceptifs	0,0	-99,8%	-0,2%
Implants orthopédiques de la hanche	121,0	-2,8%	-0,5%
Autres	101,9	0,4%	0,1%

Source CNAM. Régime général France métropolitaine

7. Les actes et consultations externes dans le secteur ex DG

❖ Dépenses d'actes et consultations externes par nature

Les dépenses relatives aux actes et consultations externes (ACE) dans les établissements du secteur ex-DG ont augmenté de +5,3% en 2018. A noter que l'évolution du système de facturation de l'AP-HP en 2017 a engendré un manque d'exhaustivité des transmissions à la fois en 2017 et en 2018.

L'agrégat global relatif aux actes et consultations externes se constitue des groupes de prestations suivants :

Les actes et consultations externes référencés dans :

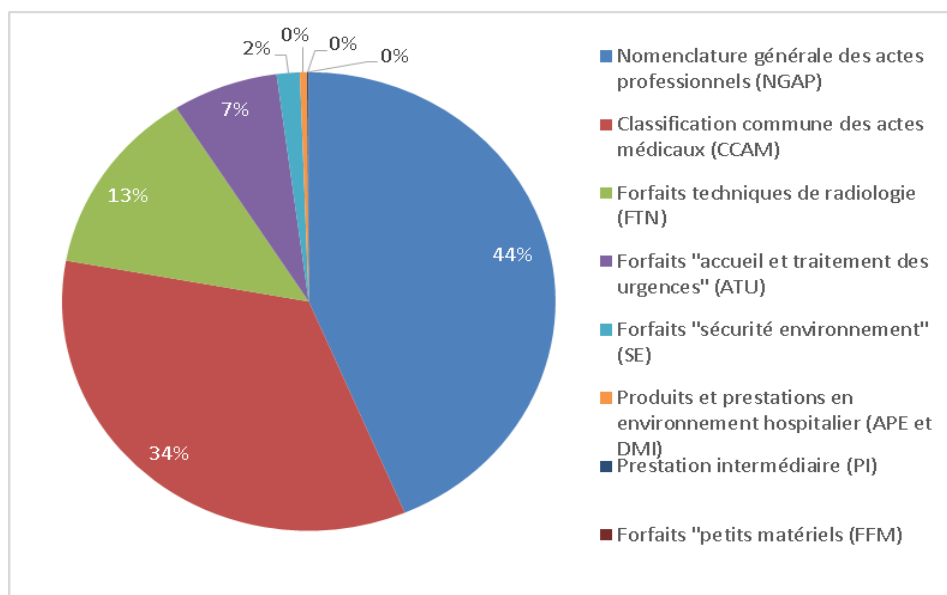
- La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- La classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- La liste des forfaits techniques de radiologie (FTN).

Les prestations hospitalières réalisées en externe composées par :

- Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (forfaits « accueil et traitement des urgences » ou ATU) ;
- Les soins nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation qui sont délivrés dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence (forfaits « petits matériels » ou FFM) ;
- Les soins réalisés sans hospitalisation mais nécessitant le recours à un secteur opératoire ou une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (forfaits « sécurité environnement hospitalier » ou SE) ;
- L'administration de produits et prestations en environnement hospitalier (forfaits APE et dispositifs médicaux externe) ;
- Un niveau intermédiaire de tarification entre actes et consultations externes et hospitalisation de jour (forfait « prestation intermédiaire » ou PI).

Le graphique ci-après montre que les prestations référencés dans la NGAP, la CCAM et les FTN concentrent 91% des dépenses. Les prestations hospitalières réalisées en externe comptent pour 9% du total de la dépense des activités externes 2018 : en particulier, la dépense hospitalière en matière d'actes et de consultations externes concerne quasi-exclusivement les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (forfaits ATU).

Figure 14 : Répartition des dépenses relatives aux actes et consultations externes en 2018



Source : PMSI 2018, ATIH

❖ **Évolution des dépenses d'ACE par type de prestation**

Tableau 59 : Répartition des dépenses de l'assurance maladie au titre des actes et consultations externes par type de prestation en 2018

Actes de la NGAP	Actes de la CCAM	Forfaits techniques de radiologie (FTN)	Forfait accueil et traitement des urgences (ATU)	Forfait sécurité et environnement hospitalier (SE)	Forfait administration de produits et prestation en environnement hospitalier (APE et DM externes)	Forfait de petit matériel (FFM)	Prestation intermédiaire (PI)
1 909,0 M€	1 497,2 M€	574,0 M€	303,4 M€	66,0 M€	19,9 M€	0,3 M€	5,1 M€

Source : PMSI 2018, ATIH

En 2018, 88,3% des dépenses d'activités externes (actes et consultations) sont réalisées par des EPS (CH et CHRU). En particulier plus de la moitié du total de la dépense concerne des activités externes pratiquées dans les CH (52,1%).

Le tableau ci-après illustre l'évolution des dépenses des activités externes (actes et consultations) par catégorie d'établissements, par type des prestations.

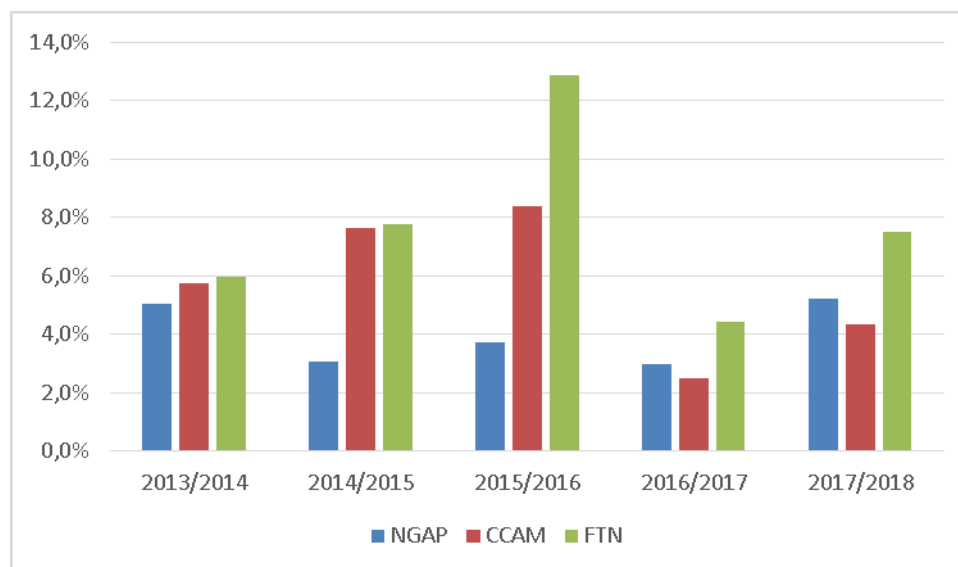
❖ **Évolution des dépenses d'ACE par catégorie d'établissement**

Tableau 60 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des actes et consultations externes par catégorie d'établissement en 2018

Catégorie d'établissement	Répartition des dépenses	Évolution des dépenses 2017/2018
CH	52,1%	+5,0%
CHRU	36,2%	+5,6%
Total EPS	88,3%	+5,2%
EBNL	6,6%	+5,6%
CLCC	4,1%	+7,7%
Total ESPIC	10,7%	+6,4%
SSA	1,0%	+2,5%
Total	100.0%	+5,3%

Source : PMSI 2018, ATIH

Figure 15 : Évolution des dépenses d'activités externes par type de prestation entre 2013 et 2018



Source : PMSI 2018, ATIH

L'apparente décélération de la croissance de ces prestations entre 2016 et 2017 est en partie liée à l'évolution du système de facturation de l'APHP qui a engendré un manque d'exhaustivité des transmissions. Les taux d'évolution sont encore biaisés en 2018 puisque les retards de transmission se sont poursuivis en 2018.

Conclusion

L'année 2018 est marquée par une décélération de la dynamique de l'activité des séjours dans le secteur MCO pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale et dans le secteur MCO pour les établissements de santé antérieurement sous OQN. Pour autant, la croissance de la prise en charge en ambulatoire s'accélère et le dynamisme des séances se poursuit. S'agissant de l'HAD, le nombre de journées valorisées a progressé de 7,7% contre 5,1% en 2017 et 6,7% en 2016.

L'évolution de l'activité des établissements de soins de suite et réadaptation diffère selon le secteur d'activité. Alors que les établissements sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF) enregistrent une diminution globale du nombre de journées de -0,8%, les établissements sous OQN voient leur nombre de journées augmenter de +1,5%. Un constat cependant est applicable aux deux secteurs : les séjours de SSR en hospitalisation complète diminuent quel que soit le statut de l'établissement au profit du nombre de journées en hospitalisation partielle qui augmente.

Concernant les établissements de psychiatrie, l'évolution du nombre de journées pour les établissements sous DAF est estimée à -2,8% et celle des établissements sous OQN à +2,3%. Ces évolutions sont similaires aux évolutions de 2017 (-2,8% et +2,4% respectivement).

Comme les années précédentes, les dépenses liées à la liste en sus sont en progression (+4%). En 2018, les médicaments sous ATU ont particulièrement connu de fortes évolutions quel que soit le secteur considéré.

La Présidente de l'observatoire
économique de l'hospitalisation publique et
privée

Anne-Carole BENSADON

Membre de l'Inspection générale des
affaires sociales

Liste des tableaux

Tableau 1 : Poids des objectifs au sein de l'ONDAM des établissements de santé en 2018.....	7
Tableau 2 : Objectifs initiaux et exécution détaillée des sous-objectifs en 2018 (enveloppes ouvertes et fermées).....	10
Tableau 3 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex DG.....	13
Tableau 4 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex DG.....	15
Tableau 5 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'établissement du secteur ex DG.....	17
Tableau 6 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'activité de soins pour les établissements du secteur ex DG.....	18
Tableau 7 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le niveau de sévérité pour les établissements du secteur ex DG.....	19
Tableau 8 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie majeure de diagnostic pour les établissements du secteur ex DG.....	20
Tableau 9 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex OQN.....	24
Tableau 10 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex OQN.....	25
Tableau 11 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'établissements du secteur ex OQN.....	27
Tableau 12 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie d'activité de soins pour les établissements du secteur ex OQN.....	28
Tableau 13 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon le niveau de sévérité pour les établissements du secteur ex OQN.....	29
Tableau 14 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 selon la catégorie majeure de diagnostic pour les établissements du secteur ex OQN.....	30
Tableau 15 : Évolution de l'activité de séances MCO entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG.....	33
Tableau 16 : Évolution de l'activité de séances MCO entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN.....	34
Tableau 17 : Évolution de l'activité d'HAD par secteur de financement en 2018.....	35
Tableau 18 : Évolution de l'activité d'HAD par catégorie d'établissements en 2018.....	36
Tableau 19 : Évolution de l'activité d'HAD par mode de prise en charge principal en 2018.....	37
Tableau 20 : Évolution de l'activité d'HAD par mode de prise en charge principal et secteur de financement en 2018.....	38
Tableau 21 : Évolution de l'activité d'HAD par mode de prise en charge principal et secteur de financement en 2018.....	39

Tableau 22 : Évolution de l'activité SSR par secteur de financement en 2018	40
Tableau 23 : Activité des établissements de SSR pour les établissements sous DAF en 2018	41
Tableau 24 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le type d'hospitalisation pour les établissements sous DAF en 2018 en 2018.....	41
Tableau 25 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le statut des établissements sous DAF en 2018.....	42
Tableau 26 : Évolution des séjours et journées de SSR par CM pour les établissements sous DAF en 2018.....	43
Tableau 27 : Activité des établissements de SSR sous OQN en 2018	44
Tableau 28 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le type d'hospitalisation pour les établissements sous OQN en 2018.....	44
Tableau 29 : Évolution des séjours et journées de SSR selon le statut des établissements sous OQN en 2018.....	45
Tableau 30 : Évolution des séjours et journées de SSR par CM pour les établissements sous OQN en 2018.....	46
Tableau 31 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'activité SSR des établissements sous OQN (prix journée et DMA) entre 2017 et 2018	47
Tableau 32 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par secteur de financement en 2018.....	48
Tableau 33 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par type d'hospitalisation en 2018	48
Tableau 34 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie par catégories de diagnostics principaux en 2018.....	49
Tableau 35 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous DAF par type d'hospitalisation en 2018	50
Tableau 36 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous DAF par catégories de diagnostics principaux en 2018.....	51
Tableau 37 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous OQN par type d'hospitalisation en 2018	52
Tableau 38 : Évolution de l'activité des établissements de santé de psychiatrie sous OQN par catégories de diagnostics principaux en 2018.....	52
Tableau 39 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre de l'activité de psychiatrie des établissements sous OQN entre 2017 et 2018.....	53
Tableau 40 : Évolution des recettes brutes par sous-postes pour les établissements du secteur ex DG en 2018 (date de remboursement)	57
Tableau 41 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	58
Tableau 42 : Décomposition de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU en effets prix et volume pour les établissements du secteur ex DG en 2018 (date de remboursement).....	59

Tableau 43 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus concernées par une baisse de prix (date de remboursement)	59
Tableau 44 : Évolution des recettes brutes au titre des médicaments de la liste en sus (hors ATU) entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)	60
Tableau 45 : Part et évolution de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG.....	61
Tableau 46 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 15 principales DCI pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	62
Tableau 47 : Évolution des recettes brutes au titre des médicaments sous ATU de la liste en sus pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	63
Tableau 48 : Part et évolution des montants de dépenses de l'assurance maladie au titre des 10 codes UCD des médicaments sous ATU les plus importants pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	64
Tableau 49 : Évolution des recettes brutes au titre des DM en sus entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	65
Tableau 50 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux en 2018 pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement).....	66
Tableau 51 : Évolution des dépenses pour le régime général au titre des médicaments et DM de la liste en sus par catégorie en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de soins) ...	67
Tableau 52 : Décomposition de l'évolution de la dépenses de l'assurance maladie en effets prix et effet volume pour les médicaments de la liste en sus entre 2015 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de soins).....	67
Tableau 53 : Part et évolution de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC des entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN	68
Tableau 54 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus fortes contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement).....	70
Tableau 55bis : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2017 et 2018 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus faibles contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement).....	70
Tableau 56 : Évolution des montants remboursables au titre des 15 molécules de la liste en sus ayant une forte contribution à la croissance en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement).....	71
Tableau 57 : Montants remboursés au titre des 10 médicaments sous ATU les plus contributeurs à la croissance en 2018 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)..	71
Tableau 58 : Évolution des montants remboursables entre 2017 et 2018 au titre des dispositifs médicaux de la liste en sus pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)	72
Tableau 59 : Répartition des dépenses de l'assurance maladie au titre des actes et consultations externes par type de prestation en 2018.....	74

Tableau 60 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie au titre des actes et consultations externes par catégorie d'établissement en 2018.....	75
--	----

Liste des figures

Figure 1 : Passage de l'évolution de volume à l'évolution de recettes en 2018 (part tarifs MCO des établissements du secteur ex DG)	12
Figure 2 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 par type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex DG.....	14
Figure 3 : Évolution du nombre de séjours MCO entre 2017et 2018 par type d'hospitalisation et catégorie d'établissements du secteur ex DG.....	14
Figure 4 : Répartition de l'activité MCO selon la classe d'âge en 2018 pour les établissements du secteur ex DG	16
Figure 5 : Répartition de l'activité MCO selon la catégorie d'établissement du secteur ex DG en 2018.....	17
Figure 6 : Passage de l'évolution de volume à l'évolution de recettes en 2018 (part tarifs MCO des établissements du secteur ex OQN).....	23
Figure 7 : Évolution de l'activité MCO entre 2017 et 2018 par type d'hospitalisation pour les établissements du secteur ex OQN	24
Figure 8 : Répartition de l'activité MCO selon la classe d'âge pour les établissements du secteur ex OQN en 2018.....	26
Figure 9 : Évolution du nombre de journées d'HAD entre 2016 et 2018	35
Figure 10 : Répartition du nombre de journées d'HAD en 2018.....	36
Figure 11 : Répartition des dépenses liées aux médicaments et dispositifs médicaux par secteur de financement.....	56
Figure 12 : Évolution (en %) de la consommation de médicaments de la liste en sus par classes ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex DG.....	62
Figure 13 : Évolution (en %) de la consommation de médicaments de la liste en sus par classe ATC entre 2017 et 2018 pour les établissements du secteur ex OQN	69
Figure 14 : Répartition des dépenses relatives aux actes et consultations externes en 2018.....	74
Figure 15 : Évolution des dépenses d'activités externes par type de prestation entre 2013 et 2018	75

Annexe : Précisions méthodologiques (champ MCO)

❖ Découpage des séjours par type d'hospitalisation

L'ambulatoire correspond aux séjours sans nuitée (hors séances) quelle que soit la nature de l'activité (médecine/chirurgie/obstétrique). Le découpage se fonde notamment sur la durée de séjour et pas uniquement sur le 3ème caractère du GHM en J.

❖ Champ des établissements

L'ensemble des établissements du secteur ex-DG ayant transmis des données sont pris en compte, qu'ils soient soumis à la tarification à l'activité ou sous dotation annuelle de financement (DAF). Les chiffres présentés pour l'activité 2018 relatent l'ensemble de l'activité transmise par les établissements. En revanche, les taux d'évolution sont calculés uniquement sur les établissements ayant transmis leurs données PMSI sur toute la période d'étude (2017 et 2018). Les fermetures, créations et fusions sont également prises en considération.

❖ Champ des séjours

Toute l'activité de séjours/séances MCO transmise est prise en compte (y compris séjours en attente de valorisation ou non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire). En MCO, les prestations inter-établissement et les séjours en erreur sont par ailleurs exclus dans la mesure où ils ne peuvent pas fait l'objet de valorisation économique. En HAD, les GHT 99 sont également exclus. Les séjours relatifs à l'activité 2017 et transmis au cours de l'exercice 2018 (via LAMDA) sont inclus. Le nombre de séjours de l'année 2017 a été révisé par rapport au nombre de séjours 2017 avec la prise en compte des transmissions tardives notamment via le module LAMDA pour les établissements ex-DG. Ce nombre de séjours peut différer de certaines restitutions ScanSanté qui n'intègrent pas les transmissions tardives.

❖ Valorisation des séjours

La valorisation monétaire des séjours, appelée **volume économique**, permet de comparer des données d'activité à périmètre constant¹⁰ entre 2017 et 2018. Les séjours de 2017 et 2018 sont analysés selon un codage en version v2018 et valorisés aux tarifs en vigueur depuis mars 2018.

La valorisation inclut la valorisation des extrêmes mais pas celle des suppléments journaliers. En revanche le taux de remboursement propre à chaque séjour et le coefficient de transition propre à chaque établissement ne sont pas pris en compte.

¹⁰ Les changements de périmètre, la convergence intra-sectorielle et l'effet tarif en mars 2018 sont neutralisés.

L'évolution du volume économique intègre :

- « L'effet effectif » autrement dit l'évolution du nombre de séjours (volume quantitatif pur) ;
- « L'effet structure » qui traduit la déformation de la structure d'activité de l'établissement (augmentation du niveau de sévérité des séjours/amélioration du codage/passage de l'HC vers l'hospitalisation de jour...)

