



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Rapport 2017
au Parlement sur le financement des
Établissements de Santé**

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

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

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

SOMMAIRE

1. RETOUR SUR L'ANNEE 2016 : LES FAITS MARQUANTS AYANT ŒUVRE A LA REALISATION DE L'ONDAM ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	6
1.1 ANALYSE DE L'ACTIVITE 2016 SUR LE CHAMP ODMCO	6
1.1.1. <i>L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2016.....</i>	6
1.1.2. <i>Zoom sur quelques activités.....</i>	10
1.2 ANALYSE DE L'ACTIVITE 2016 SUR LES CHAMPS SSR ET PSYCHIATRIE.....	19
1.2.1. <i>L'évolution de l'activité des soins de suite et de réadaptation : prépondérance du secteur sous DAF avec une dynamique marquée pour le secteur OQN.....</i>	19
1.2.2. <i>L'évolution de l'activité de la psychiatrie</i>	21
1.3 ANALYSE DE L'ACTIVITE 2016 SUR LES AUTRES ENVELOPPES DE FINANCEMENT.....	22
1.3.1. <i>La dotation nationale MIG / AC</i>	22
1.3.2. <i>Le Fonds d'intervention régionale (FIR)</i>	23
1.3.3. <i>Le FMESPP.....</i>	24
1.4 LES GARANTIES DU RESPECT DE L'ONDAM : LES MISES EN RESERVE SUR LES ENVELOPPES HOSPITALIERES.....	25
1.5 LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	25
1.5.1. <i>La situation financière des établissements publics</i>	25
1.5.2. <i>La situation financière des établissements à but non lucratif ex-DG.....</i>	27
1.5.3. <i>La situation financière des cliniques privées</i>	28
2. LES PRINCIPALES EVOLUTIONS DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2017	29
2.1. LES DETERMINANTS DE LA CONSTRUCTION DE L'ONDAM HOSPITALIER EN 2017	29
2.1.1. <i>Présentation des grands équilibres de l'ONDAM hospitalier en 2017</i>	29
2.1.2. <i>La poursuite des efforts d'économies dans le cadre du plan triennal d'économies de l'ONDAM</i>	29
2.2. LES PRINCIPALES EVOLUTIONS DU MODELE DE FINANCEMENT EN 2017.....	30
2.2.1. <i>La mise en œuvre des expérimentations au parcours de soins.....</i>	30
2.2.2. <i>Une nouvelle valorisation pour les prises en charge intermédiaires en médecine.....</i>	34
2.2.3. <i>Un déploiement progressif de la réforme du modèle de financement des SSR.....</i>	35
2.2.4. <i>La poursuite de l'adaptation du modèle de financement aux spécificités territoriales</i>	36
2.2.5. <i>La poursuite de l'intégration de la qualité dans les composantes du financement des établissements de santé</i>	37
2.2.6. <i>Les principales évolutions en matière de financement des Missions d'enseignement, de Recherche et d'Innovation (MERRI)</i>	38
3. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	39
3.1. DEVELOPPER LA COORDINATION VILLE-HOPITAL ET OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS.....	39
3.1.1. <i>Favoriser l'émergence des innovations organisationnelles</i>	39
3.2. AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITE DANS LES MODELES DE FINANCEMENT ET DEPLOYER LA DEMARCHE PERTINENCE	40
3.2.1. <i>Poursuivre les travaux IFAQ en MCO et en SSR.....</i>	40
3.2.2. <i>Améliorer la pertinence des soins</i>	41
3.3. POURSUIVRE ET INTENSIFIER LE VIRAGE AMBULATOIRE ET LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE	42
3.3.1. <i>Inciter au développement de la médecine ambulatoire.....</i>	42
3.3.2. <i>Valoriser le développement des prises en charge en hospitalisation à domicile</i>	43
3.4. POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE FINANCEMENT DES SSR.....	48
3.5. GARANTIR L'ACCES AUX SOINS SUR LES TERRITOIRES.....	49
3.5.1. <i>Mettre en place une tarification de droit commun pour les téléconsultations et téléexpertises</i>	49

3.5.2.	<i>Réduire les inéquités territoriales dans le financement des structures de psychiatrie</i>	50
3.6.	POURSUIVRE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE	50
3.6.1.	<i>Construction d'indicateurs mesurant l'effort d'appui à la recherche dans les établissements de santé</i>	50
3.6.2.	<i>Plan France Médecine Génomique 2025.....</i>	50

L'année 2016 s'est traduite par la poursuite du dynamisme de l'activité des établissements de santé, dans le respect de l'ONDAM, et avec une certaine amélioration des grands équilibres économiques et financiers des établissements de santé.

Les efforts réalisés par les établissements de santé, en termes de gestion et de maîtrise de la masse salariale ont permis d'aboutir à ces résultats.

Ces résultats sont également marqués, en termes d'activité, par le développement des alternatives à l'hospitalisation complète. En effet, les données témoignent de manière affirmée en 2016 de la réalité du virage ambulatoire, que ce soit au sein des établissements du secteur public, privé non lucratif ou privé lucratif et qu'ils réalisent des activités de court séjour, de soins de suite et de réadaptation ou encore de psychiatrie.

Il en est de même du développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, avec une progression en 2016 du nombre de journées d'hospitalisation à domicile de +6,7% par rapport à 2015 et une augmentation des prises en charge de dialyse réalisées en « hors centre », qui s'établit désormais à 42%.

Ces évolutions sensibles des pratiques et des prises en charge doit néanmoins être poursuivie, en particulier sur le champ de la médecine et plus spécifiquement celui des pathologies chroniques. Les premières évolutions engagées en 2017 sur le champ du financement des établissements de santé pour améliorer la rémunération des actes intellectuels (consultations pluridisciplinaires et/ou pluri professionnelles créées pour quelques prises en charge) ont notamment eu pour objectif de soutenir ce développement. Elles devront, à l'avenir, être élargies et accompagnées d'une politique tarifaire incitative au développement de la médecine ambulatoire.

Les années 2017 et 2018 verront également la poursuite des travaux permettant d'améliorer les modèles de financement existants en amplifiant la prise en compte de la qualité et de la pertinence au sein du financement des établissements de santé, mais également en adaptant ces modèles aux spécificités des territoires, qu'il s'agisse d'activités isolées ou d'une meilleure prise en compte des spécificités des établissements situés outre-mer.

Les financements en faveur de la recherche et de l'innovation continueront par ailleurs à être objectivés de manière à être répartis le plus équitablement possible entre les établissements concernés.

L'enjeu des années à venir sera ainsi de préparer et mettre en œuvre des évolutions nouvelles pour lesquelles des réflexions sont aujourd'hui engagées. Il s'agira en particulier, à travers les mesures portées dans le cadre du PLFSS pour 2018, de favoriser l'émergence d'innovations organisationnelles en incitant financièrement à la structuration de parcours pertinents et au développement de la coopération entre les différents acteurs de la prise en charge mais également d'assurer une diffusion large des outils de télémédecine, enjeu fort d'un accès aux soins au sein de tous les territoires.

1. Retour sur l'année 2016 : les faits marquants ayant œuvré à la réalisation de l'ONDAM établissements de santé

L'année 2016 a été marquée par une sous exécution globale de l'ONDAM établissements de santé avec un écart par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2017 de -0,4Md€. Sur ces 0,4Md€ de sous consommation, les cliniques privées contribuent pour environ 30 M€ à la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier. A l'inverse, les dépenses tarifées à l'activité des établissements anciennement sous dotation globale ont été supérieures d'environ 150 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2017 du fait d'un fort dynamisme des volumes notamment sur les actes et consultations externes.

L'essentiel de la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier tient à l'emploi de différents leviers permettant de couvrir les risques de dépassement anticipés à la fin de l'année 2016. Ainsi, les crédits des établissements de santé mis en réserve ont été annulés à hauteur de 250 M€. De plus, environ 160 M€ de crédits DAF et MIGAC ont été annulés en fin d'année dernière et le FMESPP a bénéficié d'un financement supplémentaire de 60 M€ par le Fonds pour l'emploi hospitalier réduisant d'autant le financement de l'assurance maladie.

L'activité hospitalière 2016 fait l'objet de différents focus, d'abord sur le champ MCO, puis SSR et Psychiatrie ainsi que sur certaines dotations, avant de revenir de manière plus précise aux mesures ayant permis de garantir le respect de l'ONDAM¹.

1.1 Analyse de l'activité 2016 sur le champ ODMCO

1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2016

En 2016, 12 millions de patients² ont été hospitalisés dans une unité de soins de court séjour de MCO en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les établissements de santé de MCO ont pris en charge plus de 18,3 millions de séjours hospitaliers ainsi que 12,3 millions de séances.

Entre 2015 et 2016, le nombre de séjours en MCO a augmenté de +2,6%.

Cette croissance d'activité est portée par le développement de l'ambulatoire. Entre 2015 et 2016, le nombre de séjours hospitaliers sans nuitée a augmenté de +6,4% pour atteindre 7,5 millions de séjours. En parallèle, le nombre de séjours en hospitalisation complète (séjours avec nuitées) est stable (+0,1%) et s'établit à 10,8 millions de séjours.

¹ Les données du présent rapport pourront être complétées par le rapport d'Analyse de l'activité hospitalière 2016 accessible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/panorama-national-de-l-activite-hospitaliere>

² Y compris séances, hors IVG (en actes externes)

Tableau n°1 : Evolution du nombre de séjours par type d'hospitalisation

Tous secteurs	Evolution 2015/2016
Ambulatoire	+6,4%
Hospitalisation complète	+0,1%
Total hospitalisation	+2,6%
Séances / forfaits	+3,8%
Total	+3,1%

Source ATIH 2016

La dynamique de l'activité hospitalière par classe d'âge reflète l'évolution démographique nationale. Le nombre d'hospitalisations d'enfants de moins de 5 ans diminue du fait d'une baisse de la natalité. En revanche, le nombre d'hospitalisations des générations du baby-boom de l'après-guerre est en forte hausse : +6,9% pour les patients âgés de 65 à 69 ans et +10,7% pour les 70-74 ans, pour l'ensemble des deux secteurs. .

Tableau n°2 : Evolution du nombre de séjours par classe d'âge

Secteur ex-DG	Nombre de séjours 2016	Part en séjours 2016	Evolution nombre de séjours	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016
0-4 ans	1 181,81	10,1%	-0,8%	-3,2%
5-17 ans	656,93	5,6%	+2,9%	6,4%
18-39 ans	2 148,83	18,3%	+0,8%	6,4%
40-64 ans	3 260,04	27,8%	+2,0%	22,6%
65-69 ans	945,93	8,1%	+6,6%	20,7%
70-74 ans	782,73	6,7%	+10,0%	25,1%
75-79 ans	770,08	6,6%	+0,0%	0,0%
80 ans et plus	1 972,32	16,8%	+3,3%	21,9%
Total	11 718,67	100,0%	+2,5%	100,0%

Secteur ex-OQN	Nombre de séjours 2016	Part en séjours 2016	Evolution nombre de séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016
0-4 ans	301,83	4,6%	-3,5%	-6,2%
5-17 ans	305,70	4,6%	+2,0%	3,3%
18-39 ans	1 145,28	17,4%	+0,3%	1,9%
40-64 ans	2 291,90	34,8%	+2,8%	34,3%
65-69 ans	709,55	10,8%	+7,2%	26,6%
70-74 ans	582,11	8,8%	+11,5%	33,4%
75-79 ans	496,97	7,6%	-0,8%	-2,3%
80 ans et plus	747,19	11,4%	+2,2%	9,0%
Total	6 580,53	100,0%	+2,8%	100,0%

Source ATIH 2016

Au sein de chaque secteur, la dynamique de l'activité ambulatoire s'accroît encore en 2016, la hausse globale d'activité étant tirée par les hôpitaux de jours et séances. Les séjours et séances sans nuitées représentent désormais 55 % des séjours et séances du secteur ex-DG et 78% de ceux du secteur ex-OQN

Le nombre de séjours en hospitalisation complète demeure en légère hausse en 2016 dans le secteur ex-DG (+0,8%).

A l'inverse, les séjours d'hospitalisation complète reculent dans le secteur ex-OQN pour la 2e année consécutive, avec une baisse de 1,8% entre 2015 et 2016. Ils ne représentent plus que 22% des séjours du secteur.

En lien avec ces évolutions, le nombre global de journées d'hospitalisation en MCO diminue de -0,4% : il s'élève à 78,5 millions de journées en 2016.

Tableau n°3 : Evolution du nombre de séjours par type d'hospitalisation

Secteur ex-DG	Nombre de séjours 2016	Part relative dans les séjours 2016	Evolution 2014/2015	Evolution 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016
Ambulatoire	3 585,69	19,8%	+4,4%	+6,6%	37,5%
Hospitalisation complète	8 132,97	44,8%	+0,4%	+0,8%	10,7%
Total hospitalisation	11 718,67	64,5%	+1,5%	+2,5%	48,1%
Séances / forfaits	6 436,27	35,5%	+3,9%	+5,0%	51,9%
Total	18 154,94	100,0%	+2,3%	+3,4%	100,0%

Séjours/séances sans nuitées	10 021,96	55,2%
Hospitalisation complète	8 132,97	44,8%

Secteur ex-OQN	Nombre de séjours 2016	Part relative dans les séjours 2016	Evolution nombre de séjours 2014/2015	Evolution nombre de séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016
Ambulatoire	3 867,19	31,2%	+3,1%	+6,3%	70,4%
Hospitalisation complète	2 713,34	21,9%	-3,0%	-1,8%	-15,5%
Total hospitalisation	6 580,53	53,0%	+0,4%	+2,8%	55,0%
Séances / forfaits	5 828,67	47,0%	+3,5%	+2,6%	45,0%
Total France	12 409,20	100,0%	+1,8%	+2,7%	100,0%

Séjours/séances sans nuitées	9 695,86	78,1%
Hospitalisation complète	2 713,34	21,9%

Source ATIH 2016

Le dynamisme de l'activité ambulatoire se retrouve également dans l'analyse de l'évolution du volume économique. Celui-ci traduit à la fois les évolutions du nombre de séjours et de la structure de l'activité (évolution de la lourdeur des prises en charge et/ou amélioration du codage des informations médicales).

Même si le volume économique de l'hospitalisation complète représente toujours la part prépondérante des recettes à l'activité des établissements, celle de l'ambulatoire poursuit sa progression.

L'hospitalisation complète représente toutefois encore plus de 82% du volume économique dans le secteur ex-DG. Elle ne représente plus que 55% dans le secteur ex-OQN, les hôpitaux de jour et les séances présentant des évolutions marquées à nouveau en 2016.

Tableau n°4 : Evolution volume économique par type d'hospitalisation

Secteur ex-DG	Volume économique 2016	Part dans le volume économique 2016	Evolution volume économique 2014/2015	dont effet structure	Evolution volume économique 2015/2016	dont effet structure
Ambulatoire	3 116,39	10,0%	+6,5%	+2,0%	+8,4%	+1,7%
Hospitalisation complète	25 814,99	82,6%	+2,2%	+1,8%	+1,7%	+1,0%
Total hospitalisation	28 931,38	92,5%	+2,6%	+1,1%	+2,4%	-0,1%
Séances / forfaits	2 334,34	7,5%	+5,9%	+1,9%	+7,0%	+1,9%
Total	31 265,72	100,0%	+2,8%	+0,5%	+2,7%	-0,6%

Secteur ex-OQN	Volume économique 2016	Part dans le volume économique 2016	Evolution volume économique 2014/2015	dont effet structure	Evolution volume économique 2015/2016	dont effet structure
Ambulatoire	2 114,80	25,1%	+5,5%	+2,3%	+8,1%	+1,6%
Hospitalisation complète	4 649,99	55,3%	-1,0%	+2,1%	-0,0%	+1,8%
Total hospitalisation	6 764,79	80,4%	+0,8%	+0,4%	+2,4%	-0,4%
Séances / forfaits	1 650,20	19,6%	+3,3%	-0,2%	+2,6%	-0,0%
Total	8 414,99	100,0%	+1,3%	-0,5%	+2,4%	-0,3%

Montants en M€

Source ATIH 2016

Le poids relatif des catégories d'activités de soins (CAS) est également un élément qui distingue très nettement les deux secteurs.

Le secteur ex-DG est marqué par la prépondérance des séjours sans actes classant, avec ou sans nuitée, correspondant à l'activité de médecine. Ceux-ci représentent plus de la moitié des séjours et du volume économique du secteur.

Le secteur ex-OQN voit quant à lui dominer les activités de chirurgie, avec et sans nuitée, et de techniques peu invasives. Ces 3 CAS représentent 79% des séjours et 77,5% du volume économique.

Tableau n°5 : Evolution volume économique par catégorie d'activité de soins (CAS) hors séances

Secteur ex-DG Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution 2015/2016		
					Evolution 2015/2016 du volume économique	dont évolution nombre de séjours	dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	939,55	1 338,71	8,0%	4,6%	+11,2%	+8,7%	+2,3%
Chirurgie non ambulatoire	1 533,10	7 993,84	13,1%	27,6%	+0,4%	-1,7%	+2,1%
Total chirurgie	2 472,64	9 332,55	21,1%	32,3%	+1,8%	+2,0%	-0,2%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 711,01	1 041,71	14,6%	3,6%	+5,0%	+4,8%	+0,2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 810,11	14 160,02	41,0%	48,9%	+2,6%	+1,7%	+0,9%
Total séjour sans acte classant	6 521,12	15 201,73	55,6%	52,5%	+2,7%	+2,5%	+0,2%
Obstétrique mère	821,94	1 712,24	7,0%	5,9%	-0,8%	-0,6%	-0,1%
Obstétrique enfant	623,18	853,41	5,3%	2,9%	-0,4%	-0,7%	+0,3%
Total Obstétrique	1 445,12	2 565,65	12,3%	8,9%	-0,6%	-0,6%	+0,0%
Techniques peu invasives	1 279,79	1 831,45	10,9%	6,3%	+7,6%	+7,1%	+0,4%
Total France	11 718,67	28 931,38	100,0%	100,0%	+2,4%	+2,5%	-0,1%

Secteur ex-OQN Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution volume économique 2015/2016	dont évolution nombre de séjours	dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	1 871,93	1 279,32	28,4%	18,9%	+8,7%	+6,5%	+2,1%
Chirurgie non ambulatoire	1 325,17	2 817,27	20,1%	41,6%	-0,8%	-3,9%	+3,2%
Total chirurgie	3 197,10	4 096,59	48,6%	60,6%	+2,0%	+1,9%	+0,0%
Séjour sans acte classant sans nuitée	218,90	73,15	3,3%	1,1%	+7,0%	+6,1%	+0,8%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	714,81	992,52	10,9%	14,7%	+2,8%	+1,6%	+1,1%
Total séjour sans acte classant	933,71	1 065,66	14,2%	15,8%	+3,0%	+2,6%	+0,4%
Obstétrique mère	241,20	311,66	3,7%	4,6%	-5,1%	-4,8%	-0,4%
Obstétrique enfant	185,28	143,04	2,8%	2,1%	-5,1%	-5,0%	-0,2%
Total Obstétrique	426,48	454,71	6,5%	6,7%	-5,1%	-4,9%	-0,3%
Techniques peu invasives	2 023,24	1 147,83	30,7%	17,0%	+6,5%	+6,1%	+0,4%
Total France	6 580,53	6 764,79	100,0%	100,0%	+2,4%	+2,8%	-0,4%

Montants en M€
Journées en milliers
Source ATIH 2016

Pour ce qui concerne les catégories majeures de diagnostic (CMD) hors séances, le secteur ex-OQN se distingue par une forte concentration de ses activités (65% de séjours hors séances réalisés sur 5 CMD³) quand l'activité du secteur ex-DG apparaît plus diversifiée (les 5 premières CMD les plus fréquentes⁴ représentant 46% de l'activité hors séances).

1.1.2. Zoom sur quelques activités

1.1.2.1. Evolution des séances : dialyse, chimiothérapie et radiothérapie

12,3 millions de séances ou forfaits ont été réalisés en 2016, dont 9,4 millions financés en GHS.

La répartition de l'activité, dynamique, diffère selon le secteur examiné.

Entre 2015 et 2016, le volume économique des séances de chimiothérapie et de radiothérapie a fortement augmenté (cette hausse est respectivement de +7,8% et +10,1% dans le secteur ex-DG, supérieure à celle de 2015 qui s'élevait à +6,0% et +9,1%).

➤ Activité de chimiothérapie : une prédominance du secteur ex-DG

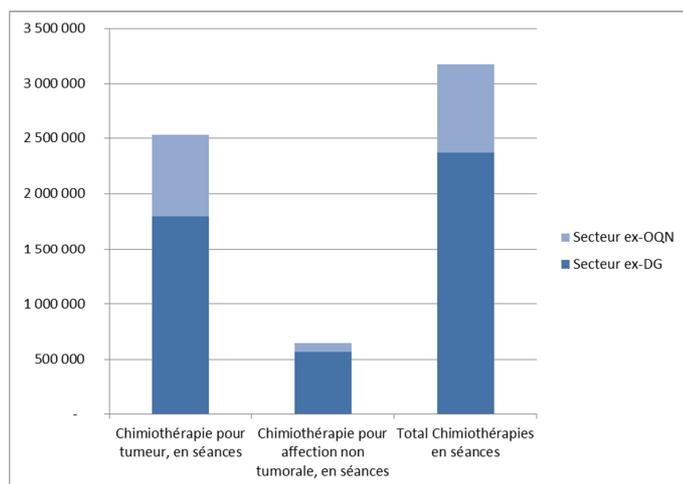
L'activité de chimiothérapie en 2016 a représenté près de 3,2 millions de séances (+6,4% dont +7,9% pour le secteur ex-DG et +2,5 % pour le secteur ex-OQN) dont 2,53 millions réalisées pour tumeur, et 0,64 million pour affection non tumorale.

Près de trois séances de chimiothérapie sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG. La chimiothérapie représente ainsi, pour le secteur ex-DG, 36,8% du nombre total des séances et forfaits y compris dialyse (et 41% du volume économique correspondant aux séances et forfaits dans ce secteur). Dans le secteur ex-OQN, la chimiothérapie représente 13,9% du nombre total des séances et forfaits y compris dialyse (pour 15% en volume économique).

³ les affections du tube digestif (CMD 6) avec 24,1% des séjours hors séances ; les affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 14,2%; les affections de l'œil (CMD 2) 10,8% ; les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 8,6% ; les affections ORL (CMD 3) 8,0%

⁴ les affections du tube digestif (CMD 6) avec 10,9% des séjours ; les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 10,3% ; les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 9,3% ; les affections du système nerveux (CMD 1) 8,4% ; les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4) 7,1% ;

Figure n° 6 : Répartition de l'activité de chimiothérapie en nombre de séances en 2016



Source ATIH 2016

➤ Activité de radiothérapie⁵

L'activité de radiothérapie du secteur hospitalier en 2016 a représenté 2,037 millions de séances (+2,9 % par rapport à 2015, mais +10,1% en volume économique) prises en charge par les établissements du secteur ex-DG, pour 100 098 patients (soit une moyenne de 19,8 séances par patient).

Tableau n°7 : Nombre de séances de radiothérapie dans le secteur ex-DG

2012	2013	2014	2015	2016
1 876 600	1 883 840	1 928 510	1 976 080	2 037 484

Source ATIH 2016

➤ Activité de dialyse

Les séances de dialyse financées en GHS dans le secteur ex-DG progressent de +3,2% en 2016, hausse supérieure à 2015. L'activité de dialyse hors centre connaît à nouveau une augmentation soutenue (+5,8%) dans ce secteur.

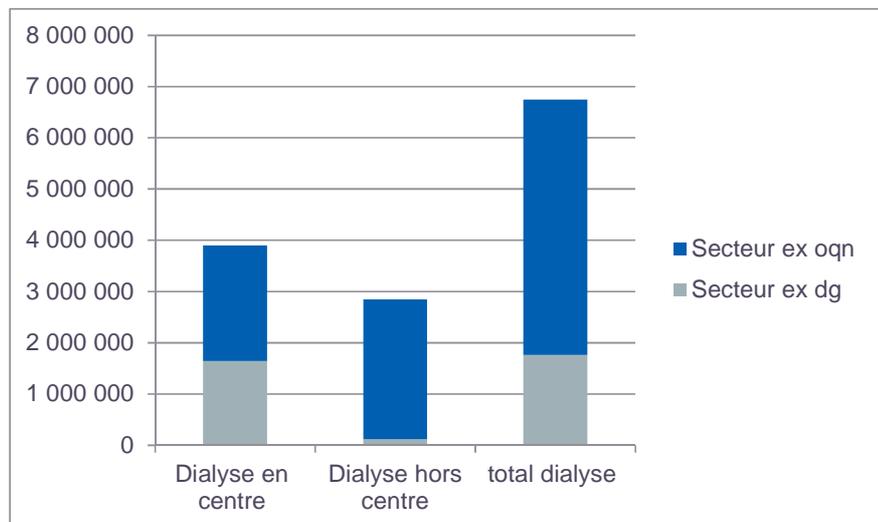
Dans le secteur ex-OQN, alors que les forfaits de dialyse hors centre évoluent fortement entre 2015 et 2016 (+5,3% en volume économique et +5,2% en nombre de séances/forfaits), les séances de dialyse en centre sont en légère diminution (-0,3%).

Globalement, l'activité de dialyse a représenté 6,75 millions de séances en 2016 soit une augmentation de + 2% par rapport à 2015, correspondant à l'accroissement de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Si le nombre de séances en centre de dialyse augmente (3,9 millions réalisées, soit + 1,2 %), le nombre des séances en hors centre s'accroît davantage (+ 5,2%, soit un taux de hors centre de 42%).

⁵ L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-OQN et les cabinets libéraux de radiothérapie n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

Plus de 3 séances/forfaits de dialyse sur 4 sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN. Les prises en charges en hors centre sont majoritairement réalisées dans ce secteur.

Figure n°8 : Activité 2016 des modalités de prise en charge par secteur



Source ATIH 2016

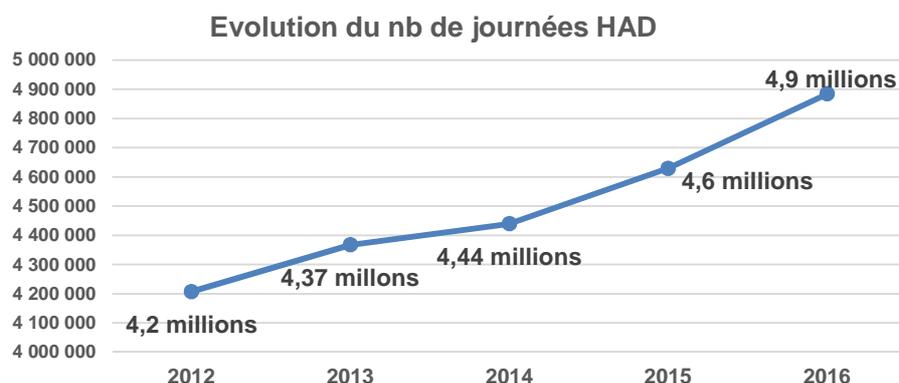
1.1.2.2. L'hospitalisation à domicile (HAD)

La croissance régulière de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) se poursuit. En 2016, cette activité représente près de 4,9 millions de journées transmises via le PMSI HAD, soit un taux d'évolution de +6,7% par rapport à 2015.

Tableau n°9 : Evolution du nombre de journées HAD depuis 2012

Évolution du nombre de journées 2012/2013	Évolution du nombre de journées 2013/2014	Évolution du nombre de journées 2014/2015	Évolution du nombre de journées 2015/2016
+4,7%	+1,8%	+4,2%	+6,7%

Source ATIH 2016



Source ATIH 2016

Le nombre d'établissements d'HAD s'élève en 2016 à 302 structures, ce qui reste relativement stable par rapport à la fin de la période très dynamique de 2006-2009 qui a suivi l'incitation des autorités de la santé à la diffusion de cette offre de soins alternative sur le territoire national et la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A).

En 2016, les établissements ayant une activité d'HAD ont pris en charge près de 109 600 patients, au cours de 174 000 séjours d'une durée moyenne de 27,6 journées.

L'activité d'HAD est majoritairement prise en charge par des établissements privés d'intérêt collectif avec 2,9 millions de journées pour 122 établissements. Le secteur public réalise 1,25 million de journées pour 124 établissements et le secteur privé collectif un peu moins de 0,7 million de journée pour 56 établissements.

Le montant des dépenses assurance maladie associées à l'HAD s'élève en 2016 à 1 060 millions d'euros. Ce montant se décompose de la façon suivante :

- 558 millions d'euros pour les établissements publics (dont 508 millions d'euros de GHT et 50 millions pour les molécules onéreuses de la liste en sus) ;
- 502 millions d'euros pour les établissements privé (dont 490 millions d'euros de GHT et 12 millions de molécules onéreuses de la liste en sus).

L'activité d'HAD est répartie à parts quasi égales entre les secteurs de financements, ex-DG et ex-OQN avec respectivement 2,6 millions de journées et 2,3 millions de journées.

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

Pour le secteur ex-OQN, le nombre de journées réalisées pour une prise en charge à domicile est plus important en établissements non lucratifs. Cependant, ce sont les établissements lucratifs du secteur ex-OQN qui présentent la plus forte dynamique du nombre de journées entre 2015 et 2016.

Les séjours en HAD sont majoritairement issus d'une mutation ou d'un transfert suite à un séjour en MCO : 65% des séjours en 2016. Dans la majorité des prises en charge (environ 55%), les patients restent à leur domicile suite à leur hospitalisation.

L'activité des établissements d'HAD concerne essentiellement des patients adultes (94% des journées en 2016, dont 26% pour les patients de plus de 80 ans). La durée moyenne de séjour pour des patients de 80 ans et plus (37,5 jours) est nettement supérieure à la moyenne nationale (27,6 jours). L'activité pédiatrique en HAD concerne en majorité des enfants de moins de 4 ans (5 878 patients soit 76% des patients de moins de 18 ans).

Le nombre de journées réalisées pour des personnes hébergées en EHPAD continue de croître fortement en 2016 avec +21,7% alors que l'évolution du total des journées d'HAD est de +6,7%. Cette progression devrait se poursuivre avec la levée des restrictions d'indications lorsque l'HAD intervient en EHPAD. L'arrêté abrogeant les restrictions imposées en 2007 a été publié le 19 janvier 2017. Cette mesure permet de mieux prendre en compte les besoins des résidents d'EHPAD, très âgés et vulnérables, qui dans certains cas, sont transférés en établissement avec hébergement, pouvant ainsi perdre leurs repères et connaître une aggravation de leur état de santé, alors même qu'ils seraient éligibles à l'HAD.

En 2016, deux modes de prise en charge principales (MPP) concentrent près de 53% du nombre de journées en HAD, le MPP04 relatif aux soins palliatifs et MPP09 relatif aux pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées), et ce pour les deux secteurs d'établissements. La dynamique du nombre de journées dans le MPP "Soins palliatifs" observée en 2015 se poursuit en

2016 (+10,5%). La hausse du nombre de journées pour le MPP "Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)" est légèrement moins prononcée en 2016 (+10,1%) qu'en 2015.

La progression du MPP relatif à la prise en charge de la douleur reste importante en 2016 mais en recul par rapport à 2015.

Le MPP relatif aux soins de nursing lourds poursuit son évolution à la baisse tandis que le mode de prise en charge associé relatif aux soins de nursing lourds (MPA14) poursuit sa hausse.

Tableau n°10 : Répartition des journées en HAD entre 2014 et 2016 par MPP

<i>Modes de prise en charge principaux</i>	Nombre de journées en 2016	Part dans l'activité 2016 (en%)	Evolution du nombre de journées 2014/2015	Evolution du nombre de journées 2015/2016
01-Assistance respiratoire	120,8	2,5%	-2,6%	-3,3%
02-Nutrition parentérale	116,9	2,4%	-6,3%	+1,1%
03-Traitement intraveineux	295,3	6,1%	+7,0%	+9,0%
04-Soins palliatifs	1 198,8	24,7%	+5,6%	+10,5%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	106,0	2,2%	-4,8%	+10,9%
06-Nutrition entérale	324,5	6,7%	+7,8%	+2,5%
07-Prise en charge de la douleur	122,2	2,5%	+22,9%	+14,4%
08-Autres traitements	113,4	2,3%	-0,7%	+15,7%
09-Pansements complexes...	1 363,3	28,0%	+11,8%	+10,1%
10-Posttraitement chirurgical	110,8	2,3%	+4,0%	+4,4%
11-Rééducation orthopédique	33,2	0,7%	-17,6%	+0,6%
12-Rééducation neurologique	50,2	1,0%	+7,5%	-8,7%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	180,6	3,7%	+8,4%	+5,6%
14-Soins de nursing lourds	445,7	9,2%	-4,6%	-5,2%
15-Education du patient et/ou entourage	61,1	1,3%	+0,5%	+14,7%
17-Surveillance de radiothérapie	4,5	0,1%	-31,0%	+23,7%
18-Transfusion sanguine	0,7	0,0%	+17,1%	+18,2%
19-Surveillance de grossesse à risque	107,2	2,2%	+1,9%	-0,8%
20-Retour précoce à domicile après accouchement		0,0%	-86,5%	-100,0%
21-Post-partum pathologique	71,5	1,5%	-23,4%	+3,6%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	25,0	0,5%	-3,4%	-0,7%
24-Surveillance d'aplasie	7,0	0,1%	-24,9%	+5,7%
29-Sortie précoce de chirurgie	2,0	0,0%		
Total	4 860,7	100,0%	+4,2%	+6,7%

Source ATIH 2016

En 2016, les quatre principales associations (MPP X MPA) représentant 35% de l'activité en journées sont les suivantes :

- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 00-Pas de protocole associé (775 900 journées, soit 16% du total);
- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé (530 700 journées, soit 11% du total);
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 14-Soins de nursing lourd (214 300 journées, soit 4% du total);
- 04-Soins palliatifs X 01-Assistance respiratoire (166 900 journées, soit 3% du total).

Les MPP associés à des MPA (hors association avec MPA 00-Pas de protocole associé) cumulant le plus grand nombre de journées en 2016 sont les suivants :

- 04-Soins palliatifs (668 200 journées, soit 14% du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (587 400 journées, soit 12% du total)
- 14-Soins de nursing lourds (379 300 journées, soit 8% du total)
- 06-Nutrition entérale (303 900 journées, soit 6% du total)

1.1.2.3. La chirurgie ambulatoire : une dynamique confortée

Près de 6,339 millions de séjours de chirurgie (GHM en C + 7 racines⁶) ont été réalisés (+ 1,9%), dont 3,43 millions en ambulatoire (+6,3%). La croissance de la chirurgie ambulatoire apparaît dynamique en 2016 en volume et s'associe à une baisse du nombre d'hospitalisations complètes de 2,7%. Ainsi, le taux d'ambulatoire sur le nouveau périmètre s'établit à 54,1% de l'ensemble des séjours en chirurgie soit +2,2 points en un an (versus 2,0 points entre 2014 et 2015).

Tableau n°11 : Nombre de séjours et taux de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre, GHM en C hors CM 14 et 15)

Nombre de séjours en milliers	2016	Évolution 2016/2015
Séjours de chirurgie (GHM en C + 7 racines) sur le nouveau périmètre	6 339	+ 1,9%
Séjours de chirurgie ambulatoire (GHM en C +7 racines sans nuitée)	3 431	+6,3%

Source ATIH 2016

Tableau n°12 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Taux de chirurgie ambulatoire 2016	
	sur l'ancien périmètre (*)	sur le nouveau périmètre (**)
Etablissements ex-DG	38,0%	44,0%
APHP	30,0%	35,7%
CH	41,3%	48,2%
CHR	30,7%	35,8%
CLCC	32,4%	46,8%
EBNL	48,4%	52,0%
SSA	37,9%	40,4%
Etablissements ex-OQN	58,6%	61,9%
Total France	49,6%	54,1%

Source ATIH 2016

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

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

⁶ Le périmètre de la chirurgie ambulatoire évolue afin de mieux refléter l'ensemble de l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et donc de faciliter les comparaisons internationales. Entre désormais dans le nouveau périmètre, outre les GHM en C (hors CMD 14 et 15), 7 racines de GHM en K (dents, accès vasculaires, biopsie prostatique, chirurgie esthétique et IVG instrumentales). Cette évolution se traduit mécaniquement par une augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire qui passe de 49,6% (ancien périmètre) à 54,1% (nouveau périmètre) mais également par un accroissement des cibles nationales à atteindre. Ainsi l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de 54,7% en 2016 et celui de 2020 à 62,3% passe à 66,2%.

1.1.2.4. Les soins palliatifs

➤ L'activité de soins palliatifs en médecine

Globalement la part des séjours de soins palliatifs pris en charge par le secteur ex-OQN est de 22% pour les soins palliatifs en diagnostic principal et de 8% pour les soins palliatifs codés en diagnostic associé.

La croissance du nombre de séjours relatifs aux soins palliatifs est plus soutenue dans les établissements du secteur ex-OQN, qu'il s'agisse des soins palliatifs en diagnostic principal (+3,2% dans l'ex-OQN versus +2,8% dans l'ex-DG) ou en diagnostic associé (+6,2% dans l'ex-OQN versus +6,0% dans l'ex-DG).

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

Tableau n°13 : Activité de soins palliatifs en 2016 en médecine, par secteur de financement

	ex-DG		ex-OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
GHM 23Z02T				
GHS 7991-Soins Palliatifs. avec ou sans acte. très courte durée	4 998	2.8	411	0.2
GHM 23Z02Z				
GHS 7992-Soins Palliatifs. avec ou sans acte	7 722	45.8	2 590	10.1
GHS 7993-Soins Palliatifs. avec ou sans acte dans un lit identifié	37 090	307.4	15 787	82.6
GHS 7994-Soins Palliatifs. avec ou sans acte dans une USP	25 261	244.7	2 437	14.3
Sous-total lit identifié et USP	62 351	552.1	18 224	96.9
Soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	75 071	600.7	21 225	107.2

Soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	101 365	670.2	8 656	33.5
---	---------	-------	-------	------

Source ATIH 2016

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

L'activité de soins palliatifs est en augmentation dans les deux secteurs de financement. La croissance 2015/2016 est plus soutenue que l'an passé, qu'il s'agisse des soins palliatifs codés en diagnostic principal (+2,9% entre 2015 et 2016 vs 2,8% entre 2014 et 2015) ou codés en diagnostic associé (+6,0% entre 2015 et 2016 vs 2,3% entre 2014 et 2015).

Tableau n°14 : Évolution de l'activité de soins palliatifs en médecine 2015/2016, par secteur de financement

	Secteur ex-DG		Secteur ex-QQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en M€)	Nombre de séjours	Volume économique (en M€)
Soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	+2.8%	+2.0%	+3.2%	+2.5%
Soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	+6.0%	+5.5%	+6.2%	+6.4%

Source ATIH 2016

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

Tableau n°15 : Activité de soins palliatifs en 2016 en médecine, pour les 2 secteurs de financement, en nombre de séjours

	2016	Évolution 2015/2016
Séjours avec soins palliatifs en diagnostic principal (DP)	96 296	+2.9%
Séjours avec soins palliatifs en diagnostic associé (DAS)	110 021	+6.0%

Source ATIH 2016

➤ L'activité de soins palliatifs en HAD

En hospitalisation à domicile, 1,2 million de journées avec un motif de prise en charge principal (MPP) «04- soins palliatifs » ont été réalisées. Alors qu'elle était en diminution entre 2013 et 2014 cette activité a très fortement augmenté depuis 2014. En effet, le nombre de journée de ce MPP est en hausse de +5,6% entre 2014 et 2015 et de +10,5% entre 2016 et 2015.

En parallèle, plus de 80 000 journées avec un motif de prise en charge associé (MPA) « soins palliatifs » ont été réalisées. Cette activité est également en hausse de +10,5% entre 2015 et 2016.

Tableau n°16 : Activité de soins palliatifs en HAD en 2016 et évolution 2015/2016 pour les 2 secteurs de financement

	2016	Évolution 2015/2016
Journées avec soins palliatifs en mode de prise en charge principal (MPP)	1 198.8	+10.5%
Journées avec soins palliatifs en mode de prise en charge associée (MPA)	80.2	+10.5%

Journées en milliers - Source ATIH 2016

➤ **Equipes mobiles de soins palliatifs et équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques rémunérées par les crédits du FIR**

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) sont des équipes pluridisciplinaires et pluri professionnelles rattachées à un établissement de santé qui se déplacent au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers, pour apporter une expertise et favoriser ainsi la diffusion de la culture palliative.

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

Certaines ARS se sont appuyées sur des opérateurs (ex : Cellule d'Animation Régionale en Soins Palliatifs en Bretagne, Réseau régional ASPANS en Lorraine) pour améliorer les organisations et les pratiques en soins palliatifs.

La consolidation des EMSP dans l'offre de soins territoriale a permis de développer leur champ d'intervention auprès des professionnels prenant en charge le patient à son domicile ou dans un établissement médico-social ou au sein d'établissements accueillant des personnes présentant une déficience ou personnes handicapées. L'objectif est notamment que les établissements médico-sociaux disposent sur leurs territoires d'une possibilité de recours à des acteurs extérieurs (EMSP ou réseaux) en articulation avec les différentes offres de soins afin de prévenir les hospitalisations non nécessaires.

Les stratégies régionales mises en œuvre en 2016 ont ainsi principalement visé à harmoniser et consolider le déploiement des EMSP pour la diffusion de la culture palliative dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux en cherchant à mettre davantage en cohérence leur dimensionnement avec les territoires couverts et à rééquilibrer l'offre inter et infra-départementale.

En 2016, des crédits d'un montant de 136,35 M€ ont été mobilisés sur le FIR pour les EMSP et les ERRSPP versus 131,6 M€ en 2015.

1.1.2.5. Les hôpitaux de proximité

En 2016, 242 établissements de santé ont été labellisés « hôpital de proximité », sur la base de critères d'activité (médecine) et des caractéristiques du territoire desservi.

Ces établissements ont pris en charge près de 110 000 patients et 70% des séjours concernent des patients âgés de 75 ans ou plus. La durée moyenne des séjours au sein des hôpitaux de proximité est de 10,7 nuitées.

Parmi les motifs d'hospitalisation les plus fréquents, on retrouve les « insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire », les « soins palliatifs, avec ou sans acte », l'« éthyliste avec dépendance » ainsi que les « pneumonies et pleurésies banales ».

Près de la moitié des séjours pris en charge au sein des hôpitaux de proximité ont des niveaux de sévérité important (niveaux de sévérité 2, 3, 4).

Au sein de ces hôpitaux de proximité, toutes les catégories d'établissement sont représentées même s'il s'agit en majorité d'anciens hôpitaux locaux, bénéficiant jusqu'alors d'une dérogation au financement à l'activité.

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité leur **garantit une quote-part de revenu indépendante de l'activité produite**. Celle-ci est construite à partir des financements antérieurement perçus (80% en 2016) et par la prise en compte de la fragilité relative du territoire (10% de la masse financière répartie entre les établissements). L'Agence régionale de santé peut également ajuster cette dotation de façon à mieux prendre en compte les situations locales. L'activité est également prise en compte et un complément tarifaire est versé dès lors qu'elle excède le montant de la garantie.

Pour la première année de mise en œuvre, en 2016, un tiers des établissements a bénéficié de la garantie de financement, leur apportant un niveau de recettes supérieur à une application complète d'un financement à la tarification à l'activité. Il s'agit d'ex-hôpitaux locaux mais également de centres hospitaliers et d'une clinique. Parallèlement, 157 établissements ont, quant à eux, bénéficié du complément tarifaire.

Ce modèle présente ainsi l'avantage de pallier les aléas d'un financement à l'activité, volatile dans des structures de petite taille, sans pour autant écarter tout dynamisme grâce au complément tarifaire.

1.2 Analyse de l'activité 2016 sur les champs SSR et psychiatrie

1.2.1. L'évolution de l'activité des soins de suite et de réadaptation : prépondérance du secteur sous DAF avec une dynamique marquée pour le secteur OQN

Les dépenses relatives à l'activité de SSR s'élèvent à plus de 6 milliards d'euros pour le secteur sous dotation annuelle de financement (« DAF ») et à 2,2 milliards d'euros pour secteur sous objectif quantifié nation ou « OQN » (financé par des tarifs journaliers).

Tableau n°17 : Financement 2016 des activités de SSR :

Montants en M€	Financement 2016	Évolution 2015/2016
<i>DAF</i>	6 073	-1,0%
<i>OQN (y compris reversement dotation prudentielle)</i>	2 234	+1,5%
<i>MIGAC SSR</i>	16	

Source ATIH 2016

Le nombre de journées en soins de suite et réadaptation, tous secteurs confondus, est en légère baisse de -0,6 %, s'élevant à 38 millions de journées. Cette baisse est le fait d'une diminution du nombre de journées en hospitalisation complète (-1,2%) et d'une augmentation en hospitalisation partielle (+5,8%). L'ambulatoire ne représente encore toutefois que 10,3% des journées.

Les établissements OQN continuent à augmenter leur activité dans les deux types de prises en charge (+1% des journées en hospitalisation complète et +7,7% en hospitalisation partielle). Les parts de marché des établissements sous DAF baissent, puisqu'ils ne représentent plus que 63% des journées tous secteurs confondus (-1 point par rapport à 2015).

Tableau n°18 : Activité 2016 et évolution par secteur de financement

<i>Journées en millions</i>	Nombre d'établissements en 2016	Nombre de journées en 2016	Évolution du nombre de journées 2015/2016
DAF	1 142	23.9	-1.9%
OQN	518	14.1	+1.7%
Total	1 660	38	-0.6%

Evolution à champ d'établissement FINESS PMSI constant sur la période 2014-2016
Source ATIH 2016

L'hospitalisation complète reste le mode de traitement le plus répandu (un peu moins de 90% du nombre de journées), bien que le nombre de journées en hospitalisation partielle continue de progresser.

Tableau n°19 : Activité 2016 et évolution par type d'hospitalisation

<i>Journées en millions</i>	Nombre de journées en 2016	Évolution du nombre de journées 2015/2016
Hospitalisation Complète	34.1	-1.2%
Hospitalisation Partielle	3.9	+5.8%
Total	38	-0.6%

Evolution à champ d'établissement FINESS PMSI constant sur la période 2014-2016
Source ATIH 2016

Tableau n°20 : Activité 2016 et évolution par secteur de financement et type d'hospitalisation

<i>Journées en millions</i>	DAF		OQN	
	Nombre de journées en 2016	Evolution nombre de journées 2015/2016	Nombre de journées en 2016	Evolution nombre de journées 2015/2016
Hospitalisation complète	21.6	-2.5%	12.5	+1%
Hospitalisation à temps partiel	2.3	+4.6%	1.6	+7.7%
Total	23.9	-1.9%	14.1	+1.7%

Evolution à champ d'établissement FINESS PMSI constant sur la période 2014-2016
Source ATIH 2016

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

Financement 2016 des activités de psychiatrie

Tableau n°21 : Montants DAF et OQN en 2016

Montants en M€	Financement 2016	Évolution 2015/2016
DAF	8 811,12	+0,4%
OQN (y compris reversement dotation prudentielle)	701,95	+1,9%

Source ATIH 2016

L'activité de psychiatrie représente près de 8,8 milliards d'euros pour le secteur sous DAF et 0,7 milliard d'euros pour le secteur OQN.

Une évolution de l'activité favorable aux établissements privés à but lucratif

Si près de 80% de l'activité de psychiatrie demeure réalisée dans des établissements sous DAF (établissements publics et privés d'intérêt collectif), l'évolution est toutefois favorable aux établissements sous OQN et en particulier aux établissements privés à but lucratif avec une hausse du nombre de journées de +3,8 % (essentiellement en temps partiel) contre une diminution dans les établissements publics (-2,4%) et les établissements privés d'intérêt collectif (-2,1%).

Tableau n°21 : Activité 2016 et évolution par secteur de financement

Statut juridique	Nombre de journées de présence 2016	Part en journées de présence 2016	Evolution nombre de journées de présence 2014/2015	Evolution nombre de journées de présence 2015/2016
Etablissements privés à but lucratif	5,29	21,0%	+2,6%	+3,8%
Etablissements privés d'intérêt collectif	3,45	13,7%	+0,2%	-2,1%
Etablissements publics	16,41	65,2%	-2,2%	-2,4%
Total France	25,16	100,0%	-1,0%	-1,1%

Source ATIH 2016 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2014-2016

Modalité de financement	Nombre d'établissements 2016	Nombre de journées de présence 2016 (en millions)	Part en journées de présence 2016	Evolution nombre de journées de présence 2014/2015	Evolution nombre de journées de présence 2015/2016
DAF	372	19,67	78,2%	-1,9%	-2,4%
OQN	183	5,49	21,8%	+2,7%	+3,7%
Total	555	25,16	100,0%	-1,0%	-1,1%

Source ATIH 2016 – évolution à champ d'établissement constant sur la période 2014-2016

L'ambulatoire : principal mode de prise en charge

Plus de 2 millions de patients ont eu recours à des soins en ambulatoire en 2016, dont 83% de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire.

Tableau n°22 : Nombre de patients par type de prise en charge

	Nombre de patients en milliers	Part des patients
Ambulatoire	2 043,9	83,1 %
Hospitalisation	416,6	16,9 %

Source ATIH 2016

Les soins sans consentement en hospitalisation à temps plein

Le nombre de journées à temps plein pour les soins sans consentement est en baisse de -1,5% entre 2015 et 2016 alors qu'il était à la hausse entre 2014 et 2015.

En 2016, près de 77 000 patients ont été hospitalisés à temps plein en psychiatrie sans leur consentement. Parmi les prises en charge intégrant au moins une journée en soins sans consentement, le nombre moyen de journées de présence à temps plein en soins sans consentement est de 49 jours en 2016.

1.3 Analyse de l'activité 2016 sur les autres enveloppes de financement

1.3.1. La dotation nationale MIG / AC

En 2016, les crédits notifiés par les ARS aux établissements de santé MCO, y compris à ceux du service de santé des armées, au titre de la dotation des MIGAC, se sont élevés à 6,5 Md€ contre 6,2 Md€ en 2015, ce qui représente une hausse de +5%.

Les établissements ex-DG perçoivent la majorité de ces crédits (6,3 Md€), même si, comme les années précédentes, les établissements ex-OQN voient leur quote-part augmenter (en passant de 1,49% du total à 1,94% soit +37% à 133,8M€).

Le champ des MIG s'est de plus élargi en 2016 aux activités SSR.

1.3.1.1. Présentation des principales MIG/MERRI en 2016

Parmi les financements les plus conséquents figure la « dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation » (fusion des parts fixes et modulables des MERRI). Celle-ci s'élève à 1,57 milliard d'euros. Vient ensuite la MERRI relative aux études médicales avec un montant de 661M€ (soit une augmentation de 61M€ par rapport à 2015).

En tête des dotations des autres MIG, se retrouvent les SMUR pour un montant de 754M€ (+15M€ entre 2015 et 2016) et les SAMU pour un montant de 237M€ (soit +8M€ par rapport à 2015) au titre de l'aide médicale urgente. Viennent ensuite les dotations des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex UCSA) pour 177M€, la mission de prise en charge hospitalière des personnes en situation de

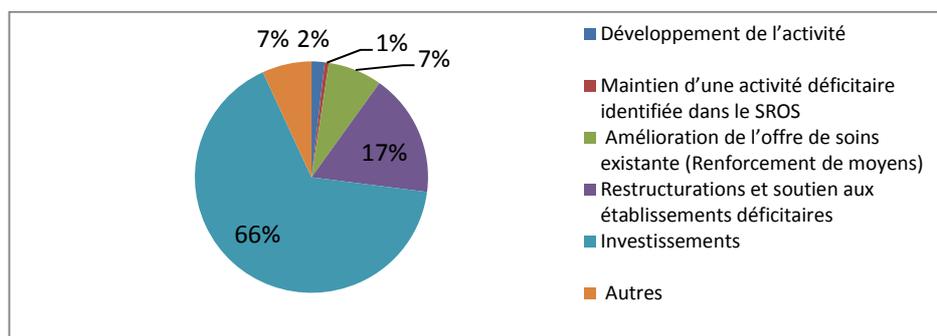
précarité pour près de 158M€ et les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares pour 96M€.

L'annexe 4 au présent rapport présente le détail des montants pour chacune des MIG.

1.3.1.2. Répartition des aides à la contractualisation en 2016

Depuis le transfert opéré en 2012 et 2013 d'une partie de l'enveloppe des aides à la contractualisation (AC) vers le FIR, les financements des AC, qui s'élèvent à 1 113M€ sont recentrés et concernent prioritairement l'investissement, pour 66% de l'enveloppe, ainsi que l'aide aux restructurations et aux établissements déficitaires pour 17%. L'amélioration de l'offre de soins existante totalise, quant à elle, 7,5% des crédits AC en 2016.

Figure n°23 : Répartition des aides à la contractualisation en 2016



Source DGOS 2016

1.3.1.3. Elargissement des MIG au secteur SSR

Le champ des MIG, qui ne concernait initialement les établissements de santé que pour leurs activités relevant du champ MCO, s'est élargi en 2016 aux activités de SSR.

D'une part, deux MIG ont été créées, spécifiquement dédiées au champ SSR :

- MIG Scolarisation des enfants hospitalisés en SSR pour un montant de 5,8M€ en 2016
- MIG Réinsertion Professionnelle – SSR pour un montant de 5,9M€

D'autre part, une MIG a été créée portant tant sur le secteur MCO que sur le SSR : la MIG Consultations d'évaluation pluri professionnelle post-AVC, représentant un montant de 2,3M€ au titre du SSR

Enfin, deux MERRI relevant initialement du seul champ MCO ont été étendues au champ du SSR, à savoir la rémunération des internes en stage hospitalier et l'effort d'expertise des établissements.

1.3.2. Le Fonds d'intervention régionale (FIR)

Dans le cadre du vote de l'article 56 de la LFSS pour 2015, le FIR a vu ses missions réorganisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent pleinement dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- Promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- Organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

- Permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- Développement de la démocratie sanitaire.

Conformément à la circulaire n° SG/2016/165 du 23 mai 2016, les moyens dédiés dans le cadre du FIR ont plus particulièrement concouru aux projets de restructuration de l'offre de soins dans le cadre du plan triennal 2015-2017, dans un souci de renforcement de l'efficience du système de soins et de développement des prises en charge ambulatoires.

Pour ce faire, **les ressources du FIR se sont élevées en 2016 à 3,3 milliards d'euros.**

Le rapport annuel FIR 2016 est transmis au Parlement en complément du présent rapport et permet de disposer d'une vision détaillée de l'activité du fonds au titre de l'année 2016.

1.3.3. Le FMESPP

Le fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) finance principalement l'investissement des établissements de santé. En 2016, 321,7M€ ont ainsi été délégués pour le financement des opérations d'investissement des établissements de santé, soit 96% du total des crédits délégués en 2016. De manière plus marginale, le FMESPP a également permis en 2016 de financer les études menées par l'ATIH et l'ASIP au profit des établissements de santé.

Le rapport annuel FMESPP 2016, établi par la Caisse des dépôts et consignations, est transmis au Parlement en complément du présent rapport, et permet de disposer d'une vision détaillée de l'activité du fonds au titre de l'année 2016.

Le tableau ci-dessous retrace de manière agrégée le suivi des ressources et des dépenses du fonds pour l'année 2016.

Tableau n°24 : Suivi du FMESPP 2016

SUIVI ANNUEL DU FMESPP	2016	% / par rapport au total délégué
Montant 2016 (LFSS pour 2017)	302 000 000	
Crédits issus de la déchéance	24 746 366	
Crédits reportés N-1	156 855 967	
TOTAL RESSOURCES FMESPP 2016	483 602 333	
1) Etudes et expérimentations menées par des agences	14 200 000	4,20%
ATIH	14 200 000	4,20%
ASIP	0	0%
2) Opérations d'investissement des établissements de santé	321 670 741	95,80%
Aide à l'investissement hospitalier et hôpital numérique	314 256 743	93,60%
Autres opérations d'investissement	7 413 998	2,20%
TOTAL Délégués	335 870 741	100,00%
Solde des crédits non délégués (report N)	147 731 592	

Source DGOS 2016

1.4 Les garanties du respect de l'ONDAM : les mises en réserve sur les enveloppes hospitalières

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

En 2016, la contribution des enveloppes hospitalières à ces mises en réserve s'est élevée à 367M€, se répartissant de la manière suivante :

- ✓ **Sur le champ MCO : 196M€ au titre du coefficient prudentiel**, fixé à 0,5% des tarifs de l'ensemble des établissements de santé concernés à compter du 1^{er} mars 2016 ;
- ✓ **Sur le champ SSR/PSY :**
 - **14 M€ au titre de la dotation prudentielle OQN**, permettant de soumettre à un mécanisme équivalent au coefficient prudentiel les établissements relevant de ce champ ;
 - **96 M€ de crédits DAF** ;
- ✓ **Au titre du FMESPP : 60M€ de crédits**

Ces crédits mis en réserve en début d'exercice ont fait l'objet, après avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, d'un reversement partiel aux établissements de santé, en fin d'année, à hauteur de 100M€, dont 71M€ sur le champ MCO et 29M€ sur les champs SSR/PSY.

1.5 La situation financière des établissements de santé

1.5.1. La situation financière des établissements publics

En 2016, selon les comptes provisoires déposés par les établissements sur la plateforme ANCRE, les établissements publics de santé (EPS) améliorent leur résultat avec toutefois un tassement de leur capacité d'autofinancement (CAF). Cette baisse reste modérée au regard de la masse budgétaire et des contraintes accentuées sur les recettes issues de l'assurance maladie. Selon les catégories d'établissements, les situations financières sont hétérogènes.

1.5.1.1. Un taux de résultat en hausse

En 2016, les établissements enregistrent, sur l'ensemble de leurs comptes, une amélioration de 90,3M€, le déficit global s'établit donc à 296M€ contre 386M€ en 2015. Le taux de déficit global des hôpitaux passe ainsi de -0,5% en 2015 à -0,4% en 2016.

Cette amélioration du résultat global s'explique d'abord par une amélioration de 70M€ du résultat cumulé des hôpitaux excédentaires qui atteint 457M€.

Le déficit cumulé des hôpitaux déficitaires se contracterait de 22M€ pour atteindre 752M€ en 2016.

Désormais, la majorité des établissements est excédentaire (54% soit 463 ES contre 427 en 2015), le nombre d'établissements publics de santé (EPS) en déficit s'étant réduit en 2016.

La moitié du déficit cumulé est concentrée sur une trentaine d'établissements (9% du total des EPS) en 2016 et 80 % du déficit provient de 119 EPS (soit 14% des EPS).

Tableau n°25 : évolution des résultats globaux selon la catégorie d'établissements

Tous Budget	2015	2016	Ecart 2016/2015
CH ex-HL	8,3 M€	20,6 M€	12,3 M€
CH ex-CHS	26,9 M€	37,3 M€	10,4 M€
CH	-223,9 M€	-259,4 M€	-35,4 M€
CH<20M	12,3 M€	-2,6 M€	-15,0 M€
20M<CH<70M	-101,7 M€	-171,7 M€	-70,0 M€
CH>70M	-134,6 M€	-85,1 M€	49,5 M€
CHU	-197,7 M€	-94,7 M€	103,0 M€
Total général	-386,4 M€	-296,1 M€	90,3 M€

Source : ATIH /ANCRE, CF 2015 et RIA 2 2016

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH<20 M€ : centre hospitalier dont le budget est inférieur à 20 M€ ; CH ex-CHS : centre hospitalier anciennement dénommé centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie) ; CH ex-HL : centre hospitalier anciennement dénommé hôpital local

L'amélioration du résultat global est particulièrement visible sur les CHU dont le résultat progresse de plus de 100M€ et sur les grands CH (+49,5M€).

A l'inverse, les CH de taille moyenne voient leur situation se dégrader, puisque leur déficit est en augmentation de 70M€.

Le résultat global agrège les résultats des différents budgets de l'hôpital : le budget principal (il rend compte de l'activité hospitalière) pèse pour 88 % dans les produits hospitaliers totaux. L'amélioration du résultat global en 2016 (pour rappel +90,3M€) est liée à la fois à l'amélioration du budget principal (+55M€), celui-ci passant de -585 à -530M€ entre 2015 et 2016, et à l'amélioration des budgets annexes dégagant un excédent en hausse sur 2016 (+36 M€).

Rapporté au total des produits, le déficit des EPS en 2016 reste modéré. Le taux de résultat de ces établissements s'est même légèrement amélioré, passant de -0,5% à -0,4% entre 2015 et 2016.

1.5.1.2. Le maintien du taux d'autofinancement des investissements à un niveau élevé

La capacité d'autofinancement des EPS reculerait d'environ 3,5 % pour atteindre **3,2Md€ en 2016**. Cette baisse est moins marquée qu'en 2015 en raison de la croissance plus rapide en 2016 des produits du budget principal (+2,44%) que celle des charges (+2,15 %).

En effet, 2016 est marquée par une poursuite de la maîtrise de la masse salariale (63% du budget principal) dont l'augmentation, conforme aux cibles du plan ONDAM, est contenue à +1,43% contre +1,76% en 2015. Cette nette décélération est imputable à la fois à la stabilisation des taux de cotisations sociales et à une relative maîtrise des rémunérations brutes, en particulier des personnels non médicaux (+0,9% en 2016). Les charges médicales (18% du budget principal), retraitées des produits de rétrocession des médicaments, sont en revanche en forte hausse, passant d'un taux de progression de 2,7% à 4,5%. Enfin les charges hôtelières et générales progressent de +2%.

La progression des recettes est portée principalement par celle des produits versés par l'assurance maladie (76% du budget principal) et les autres produits (16% du budget principal) qui augmentent de 6,5%. La hausse des produits versés par l'assurance maladie, y compris le fonds d'intervention régional (FIR)⁷, aurait toutefois légèrement décéléré : +1,9% en 2016 contre +2% l'année précédente.

⁷ Ces taux d'évolution sont calculés en réintégrant les dotations du FIR comptabilisées en titre 3 entre 202 et 2014, puis basculées en titre 1 à partir de 2015.

Les produits perçus auprès des financeurs autres que l'assurance maladie (patients, complémentaires, Etat etc.) ont légèrement diminué (-1%).

La capacité d'autofinancement se contractant pour une masse budgétaire en croissance, le taux de CAF, qui rapporte la CAF au total des produits, reculerait à nouveau en 2016 pour l'ensemble des établissements publics de santé. Ce taux passerait de 4,5% à 4,2%. Toutes les catégories d'établissements enregistreraient une baisse de leur taux de CAF mais selon des amplitudes très variables.

Rapportée à l'investissement, la capacité d'autofinancement en couvre toujours plus des trois quarts (78%), ce qui est un taux d'autofinancement très élevé, en particulier si on le compare à celui prévalant en 2008 (54%). Le maintien à haut niveau du taux d'autofinancement, malgré la baisse de la CAF, est permis par un recul des dépenses d'investissement dans des proportions comparables. En effet, le montant investi par les hôpitaux diminue chaque année depuis 2010, les opérations d'immobilier lourd lancées avec un fort levier d'endettement dans le cadre des plans de la première décennie des années 2000 s'achevant. En 2016, le volume investi s'élèverait à 4,1Md€⁸ (5,7% des produits), soit un recul de l'ordre de 8% par rapport à 2014.

1.5.1.3. Un endettement quasi-nul en 2016

Le taux d'autofinancement se maintenant à un niveau élevé, on observe une nouvelle baisse du recours à l'emprunt et donc de l'endettement des hôpitaux. En effet, l'endettement, défini comme la différence entre les emprunts nouveaux de l'année et les remboursements de la partie capital des emprunts contractés antérieurement, serait quasiment nul en 2015. Après avoir atteint des niveaux de l'ordre de 3Md€ en 2008 et 2009, au plus fort du cycle d'investissement hospitalier, l'endettement serait retombé à 0,9Md€ en 2013 et 0,1Md€ entre 2014 et 2016.

Par conséquent, l'encours de dette des hôpitaux se stabilise en 2016 à son niveau de 2013, soit environ 29Md€⁹. Cet encours représente environ 38% du total des produits en 2016 contre 38,5% en 2014. Le poids de la dette s'infléchit pour la troisième année de suite.

1.5.2. La situation financière des établissements à but non lucratif ex-DG

Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) antérieurement financés par dotation globale ont perçu environ 8,4 milliards d'euros de recettes de l'assurance maladie en 2016 soit une hausse de 2,7% par rapport à 2015, ce qui représente 82 % du total de leurs produits.

Les EBNL enregistrent, cette année encore, une amélioration sensible de leur résultat qui passe de -65M€ en 2014 à -24M€ en 2016. Rapporté à leur budget, le déficit des EBNL représente 0,2% en 2016 contre 0,3% l'année précédente.

La tendance de redressement des comptes pour les CLCC (1,8 milliard d'euros de produits assurance maladie) se confirme en 2016. Ces établissements retrouvent l'équilibre après plusieurs années de déficit. Aussi, les CLCC, ayant dégagé un excédent global de l'ordre de 9M€ cette année, voient leur taux de résultat remonter à 0,4%. Parmi les 18 CLCC, les résultats demeurent disparates, 7 d'entre eux étant en situation déficitaire.

⁸ Par souci de comparaison dans le temps, le montant des dépenses d'investissement est ici retraité des opérations conduites en bail emphytéotique hospitalier (BEH).

⁹ Pour permettre le rapprochement des dépenses d'investissement et le recours à l'emprunt, l'encours de dette est retraité ici de la dette contractée au titre du financement des opérations conduites en bail emphytéotique hospitalier.

La CAF du secteur privé ex-DG est en nette amélioration à 455M€ en 2016, soit +6,5%. Ce mouvement est le fait des EBNL autres que les CLCC, ces derniers maintenant leur CAF autour de 138M€. Le taux de CAF de l'ensemble des EBNL s'améliore et atteint 4,3% (contre 4% en 2015).

1.5.3. La situation financière des cliniques privées

Les cliniques privées à but lucratif ont réalisé **en 2015 un chiffre d'affaires d'environ 14,5 milliards d'euros, en augmentation de 4% par rapport à 2014**. Il est réalisé pour trois quarts par les cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et le solde par les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie. A noter que le chiffre d'affaires ne prend pas en compte les honoraires des praticiens libéraux qui y exercent.

Dans leur ensemble, les cliniques privées dégagent un résultat excédentaire en 2015, comme lors des exercices précédents. La rentabilité nette du secteur, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est néanmoins en recul de 13% par rapport à 2015 pour s'établir à 3%, contre 3,6% en 2014 et 2,2% en 2013.

Cette situation économique, est marquée par de fortes disparités et un nombre croissant d'établissements déficitaires. Cette augmentation concerne aussi bien les cliniques MCO (26% en 2015 contre 24% en 2014) que celles de SSR (24% en 2015 contre 21% en 2014). Elle atteint 7% dans le secteur de la psychiatrie.

En outre, les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité. Les cliniques psychiatriques et SSR demeurent les plus rentables en 2014 (5,2%, en recul de 1 point par rapport à 2014). Les cliniques MCO demeurent les moins rentables (2,2% en 2015 contre 3% en 2014).

Du fait de la baisse de la rentabilité, en particulier dans les cliniques MCO, la capacité d'autofinancement (CAF) diminue en 2015 après une hausse continue depuis 2013 (5,4% du chiffre d'affaires en 2015 contre 5,9% en 2014).

Après une baisse ininterrompue de 2006 à 2014, l'effort d'investissement des cliniques augmente en 2015 (4,5% du chiffre d'affaire en 2015 contre 4,1% en 2014), en particulier sous l'effet des cliniques SSR et psychiatriques.

Précisions méthodologiques

L'analyse de la situation financière des établissements de santé se base sur des sources de données différentes selon leur statut.

Pour les établissements publics de santé (EPS), sont analysés les comptes financiers 2015 et les troisièmes rapports infra-annuels 2016 déposés sur la plateforme ANCRE¹⁰. L'analyse étant conduite à champ constant, sont exploités les comptes de près de 830 établissements ayant répondu aux deux enquêtes. Le périmètre de travail est donc quasi-exhaustif.

Pour les établissements privés ex-DG, sont analysés les comptes financiers 2015 et les troisièmes rapports infra-annuels 2016 déposés sur la plateforme ANCRE. L'analyse étant conduite à champ constant, sont exploités les comptes de près de 500 établissements ayant répondu aux deux enquêtes. Le périmètre de travail est donc quasi-exhaustif. L'analyse de la situation financière des cliniques privées reprend l'étude réalisée par la DREES et publié en juillet 2016 dans Les établissements de santé et se base donc sur les données 2013 et 2014.

¹⁰ La base ANCRE est gérée par l'ATIH. Elle a extrait les données du 3ème rapport infra annuel (RIA) 2015 qui est établi par les établissements de santé en février 2016 après leur journée de clôture. Les écarts sont relativement faibles par rapport à ceux du compte financier qui seront disponibles dans leur intégralité à l'automne.

2. Les principales évolutions du financement des établissements de santé en 2017

2.1. Les déterminants de la construction de l'ONDAM hospitalier en 2017

2.1.1. Présentation des grands équilibres de l'ONDAM hospitalier en 2017

L'ONDAM établissements de santé pour 2017¹¹ est porté à 79,2Md€, en progression de 2% par rapport à 2016, représentant une évolution de 1,5Md€

Cette évolution des ressources d'assurance maladie constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2017 a été évaluée à +4%, soit un besoin de financement complémentaire de 3,1Md€.

Des mesures d'économie à hauteur de 1,6Md€ ont par conséquent été rendues nécessaires pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM établissements de santé voté par le Parlement à +2%.

2.1.2. La poursuite des efforts d'économies dans le cadre du plan triennal d'économies de l'ONDAM

Cet effort d'économies, à hauteur de 1,6Md€, constitue la troisième tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations.

Il convient de préciser qu'au sein de ce quantum global d'économies, plus d'un tiers d'entre elles ne pèse pas directement sur les établissements de santé puisqu'il s'agit d'économies issues des mécanismes de remises conventionnelles (nouveau « taux L hôpital » introduit en LFSS pour 2017), des baisses de prix pour les médicaments et dispositifs inscrits sur la liste en sus qui pèsent directement sur les laboratoires pharmaceutiques, ainsi que de la contribution du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP).

Ainsi, l'effort d'économies réellement attendu de la part des établissements de santé en 2017 s'élève à 1,1Md€ et se décline comme suit :

- ✓ Le développement de la chirurgie ambulatoire (160M€) ;
- ✓ L'optimisation des dépenses des établissements de santé, principalement portée par le programme Symphonie (80M€) ;
- ✓ L'optimisation des achats hospitaliers portée principalement par le programme PHARE (505M€) ;
- ✓ La réduction des inadéquations hospitalières soit le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en médecine, SSR, PSY (250M€).

¹¹ A noter que la loi de financement pour 2017 a fusionné les deux sous-objectifs relatifs aux « Établissements tarifés à l'activité » et aux « autres dépenses d'établissements de santé » qui composaient anciennement l'ONDAM établissements de santé.

La majeure partie de ces économies est ainsi gagée par une diminution effective des dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'optimisation de leurs achats (programme PHARE). Le programme PHARE représente l'axe le plus important du plan d'économies, soit plus de 47% des économies pesant directement sur les établissements de santé en 2017 (505M€) et sur le triennal.

L'autre partie des économies repose sur des évolutions organisationnelles liées au développement des prises en charge ambulatoires, en chirurgie, médecine, SSR et psychiatrie et au développement de l'HAD qui permettront elles aussi une réduction des dépenses de fonctionnement des établissements de santé. Les économies ont ainsi vocation à être gagées par une transformation des modes de gestion et des modalités de prise en charge qui seront sources d'économies de fonctionnement pour les établissements de santé.

Pour ce qui est de la chirurgie ambulatoire, les économies de fonctionnement attendues sont liées à une substitution de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire et à une évolution des organisations hospitalières avec le développement des prises en charge sans nuitée : meilleure planification de l'activité des blocs opératoires, programmation des étapes du chemin clinique, optimisation des flux (patients, informations, ressources humaines...), amélioration du taux de rotation des unités de chirurgie ambulatoires (UCA), meilleure anticipation des effets indésirables, réorganisation du temps de travail des personnels, optimisation des plateaux médico-techniques... Ces évolutions doivent permettre d'optimiser les capacités d'accueil en chirurgie, qu'elles soient complètes ou ambulatoires.

Les établissements sont accompagnés pour mener à bien ces évolutions avec, au-delà de la mobilisation de la seule DGOS, le développement d'outils par l'ANAP, la HAS et l'ATIH, le pilotage d'appels à projets par les ARS (sur les gestes nouveaux et les innovations organisationnelles, comme en Ile-de-France ou en Bretagne) ou le lancement d'appels à projets nationaux (sur le cancer avec l'INCa).

Dans le champ de la psychiatrie et du SSR, les économies se traduisent par une évolution des modes de prise en charge. Il s'agit de diminuer les capacités d'hospitalisation à temps plein et de développer les prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

Sur l'HAD, les économies visent une substitution de l'HAD aux séjours MCO et SSR.

Enfin, une partie de l'effort d'économies au titre du virage ambulatoire porte sur la dialyse. Les économies attendues reposent notamment sur le transfert des patients dialysés du centre vers les prises en charge hors centre.

2.2. Les principales évolutions du modèle de financement en 2017

2.2.1. La mise en œuvre des expérimentations au parcours de soins

2.2.1.1. Insuffisance rénale chronique (IRC)

En application de l'article 43 la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 et du décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015, les ARS des 6 régions (Auvergne- Rhône Alpes, Grand-Est, Nouvelle Aquitaine, Océan Indien, Occitanie et Pays de la Loire¹²), ont lancé au cours du premier

¹² Les zones d'expérimentation concernent des territoires infrarégionaux aux anciennes régions suivantes Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, La Réunion, Pays de la Loire, Rhône-Alpes.

semestre 2017 leurs appels à projets régionaux¹³ relatifs à l'expérimentation de patients atteints d'IRC¹⁴.

Deux segments de parcours sont expérimentés :

- au stade de pré-suppléance (segment choisi par les 6 ARS expérimentatrices) destiné à prévenir (ou retarder) la survenue de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), et, en cas d'aggravation de la fonction rénale, pour préparer le stade de suppléance en orientant les patients vers les prises en charge efficaces (greffe, dialyse hors centre), évitant la survenue de dialyse en urgence. Des financements annuels via le FIR, à hauteur de 2,5 M d'euros par an, accompagnent la mise en œuvre du parcours de pré-suppléance.
- au stade de suppléance (4 des 6 ARS) destiné à orienter davantage les patients dialysés vers la greffe (sous réserve d'éligibilité) et vers le hors centre ou pour améliorer le suivi des patients greffés. Afin d'inciter les acteurs à investir le parcours de suppléance, un accompagnement total annuel de 0,6 M d'euros est calculé sur la base des économies attendues de la réorientation des patients du centre vers le hors centre grâce aux parcours.

A l'appui de cette démarche, des outils de parcours et de recommandations ont été produits par la Haute Autorité de Santé. Une évaluation sera réalisée avec l'appui de la DREES (opérateur IRDES) avant d'envisager une éventuelle généralisation. Un bilan de ces expérimentations sera transmis au Parlement.

2.2.1.2. Le traitement du cancer par radiothérapie externe

L'article 43-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 autorise la mise en œuvre d'une expérimentation de financement au parcours pour les patients atteints de cancer traités par radiothérapie externe. Le champ de cette expérimentation couvre l'ensemble des titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie, c'est-à-dire, les centres de radiothérapie des établissements de santé d'une part, actuellement financés à l'activité sur l'enveloppe ONDAM hospitalier en fonction du nombre de séances réalisées, et les centres libéraux de radiothérapie d'autre part, financés via les honoraires des radiothérapeutes libéraux sur l'enveloppe ONDAM ville en fonction de la dose totale d'irradiation délivrée au patient. Cette dualité dans les modalités de financement et de tarification de l'activité de radiothérapie entre secteurs contribue à retarder la diffusion des nouvelles techniques sur le territoire (telle que la RCMI) et le renouvellement par les centres des équipements dédiés à cette activité. Parce qu'il est trop peu incitatif, le modèle actuel freine en outre l'essor de nouveaux protocoles médicaux de traitement (tel que l'hypofractionnement), des schémas thérapeutiques adaptés aux besoins des patients, des pratiques, mais aussi des recommandations. Enfin, du fait de son hétérogénéité, le système de financement actuel n'encourage pas suffisamment à réguler la croissance continue des dépenses de santé afférentes à cette activité (supérieure à celle du nombre de patients traités), que l'on observe ces dernières années.

Afin de corriger ces différents biais, l'expérimentation repose sur le développement d'un nouveau modèle de type « forfaitaire » fondé sur des principes identiques de construction pour les deux secteurs (hospitalier et libéral), incluant les principaux paramètres du traitement (comme la préparation et l'irradiation en séances de la zone tumorale, ou les consultations médicales et paramédicales de suivi en cours de traitement), favorisant une approche plus intégrée du parcours de soin du patient traité par radiothérapie. La forfaitisation au traitement doit également faciliter une plus grande adaptabilité du système aux techniques et aux protocoles de prise en charge, puisque chacun des futurs « forfaits » sera directement basé sur le type de technique utilisée.

¹³ Arrêté ministériel du 8 mars 2017 portant approbation des cahiers des charges régionaux

¹⁴ Arrêté ministériel du 17 mai 2016 fixant la liste des régions et les orientations nationales

Le nouveau modèle sera dans un premier temps expérimenté sur les localisations sein et prostate.

Activité nationale 2016 de radiothérapie sur les localisations du sein et de la prostate (PMSI) :

	2016				
	ENSEMBLE DE LA RADIOTHERAPIE	SEIN	% total	PROSTATE	% total
nombre de patients traités	98 331	29 837	30%	11 227	11%
nombre de séances réalisées	2 037 003	740 909	36%	337 294	17%

Source ATIH 2016

L'identification des pré-requis à l'élaboration du nouveau modèle a conduit dès 2015 par la mise en place d'une enquête de pratiques autour de l'activité de radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate. Une enquête de coûts de l'activité a également été réalisée au cours de cette même période. Enfin, l'INCa a produit cette même année un rapport de synthèse des recommandations nationales et internationales (indications, nombre de séances, ...).

Sur cette base, et en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, les éléments de périmètre du modèle expérimental de financement ont pu être définis en 2016, et une proposition de modèle de financement de type forfaitaire, fondée sur une approche par technique de radiothérapie, ainsi qu'un recueil d'activité médicalisé ad hoc ont été finalisés et validés au premier trimestre 2017 à l'issue des travaux d'un groupe de travail national dédié.

Le nouveau modèle de financement et le recueil d'activité ad hoc ont été mis en pré-test en juillet 2017 auprès de quelques centres de radiothérapie des deux secteurs (hospitalier et libéral), en vue du lancement à l'automne 2017, d'un recueil « à blanc » permettant de tester ce nouveau modèle de financement de la radiothérapie, tout en conservant la valorisation et le système de financement actuels.

Cette première étape, souhaitée par l'ensemble des acteurs, permettra ainsi de confirmer la pertinence de chacun des différents forfaits expérimentaux définis (et de leurs composantes), et d'alimenter les travaux à venir sur la valorisation des schémas de forfaits de financement. L'expérimentation du nouveau modèle de financement sera mise en place à l'issue de ces travaux.

2.2.1.3. Obésité pédiatrique

Dans la droite ligne des travaux réalisés par le plan obésité, le projet OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère) vise à favoriser la prise en charge médicale coordonnée, ville et hôpital, de l'obésité sévère de l'enfant. En effet, la prévalence inquiétante de cette pathologie, le faible recours constaté auprès des centres spécialisés, la croissance régulière d'actes de chirurgie bariatrique, pourtant non recommandés par la Haute autorité de santé et qui engagent des conséquences sur la vie entière, sont autant de signes d'alerte face auxquels une alternative doit être proposée.

Ce projet se fonde sur le constat qu'il demeure de nombreux obstacles à la prise en charge de l'obésité sévère, en particulier des enfants et des adolescents, le cumul de facteurs économiques,

psycho-sociaux et familiaux favorisant en effet le plus souvent un non recours aux soins ou un abandon assez fréquent de ceux-ci lorsqu'ils sont engagés.

L'objectif est de proposer à ces enfants, adolescents et à leurs familles une réponse médicale adaptée, globale et opérationnelle, à partir d'un projet partagé entre un centre spécialisé de l'obésité (CSO) et une coordination de proximité, qui nécessite des coopérations organisées avec les différents professionnels impliqués dans cette prise en charge longue et spécifique, à l'hôpital et en ville. Il s'agit de modéliser, implémenter dans les territoires et évaluer un parcours de soins partant du CSO jusqu'au domicile pour une cohorte de 80 à 100 patients par CSO soit 480 à 600 enfants au total, suivis pendant deux ans.

Le CSO assurera son rôle de centre expert et facilitera l'organisation et la coordination de la filière. Les professionnels seront présents autour de l'enfant et de sa famille pour impulser et soutenir la mise en place des stratégies de changement de comportement. Ils pourront s'appuyer sur les structures de coordination existantes, telles que les réseaux territoriaux multithématiques, les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité (RÉPPOP) et les plateformes territoriales d'appui (PTA). Le médecin traitant aura la vision globale et la responsabilité du parcours de soins et sera appuyé par un professionnel de santé chargé de la coordination des interventions et du maintien des liens avec les familles, en cabinet et à domicile. Les équipes des CSO seront renforcées.

Une instruction DGOS a été publiée en janvier 2017 afin de sélectionner des CSO volontaires au travers d'un appel à candidatures pour mettre en place le parcours OBEPEDIA.

A l'issue de la procédure de sélection, 6 CSO ont été retenus : Lille, Nancy, Lyon, Toulouse, Bordeaux et Angers, sur la base d'une grille d'évaluation avec des pré-requis et des critères précis concernant notamment les spécificités territoriales, organisationnelles, l'engagement des acteurs et l'avis motivé de l'ARS.

Les travaux sont engagés avec les CSO retenus et les ARS pour définir les modalités d'inclusion des patients dans le parcours, les outils à destination des professionnels et les modalités d'organisation et de financement.

2.2.1.4. Chirurgie ambulatoire en oncologie

En raison de ses avantages notamment en termes de confort et de satisfaction du patient, le Plan cancer 2014-2019 a prévu qu'à l'échéance 2019, la prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer devait particulièrement progresser. En intégrant les particularités liées au cancer, le recours à cette modalité de prise en charge nécessite non seulement une adaptation des organisations mais également une coordination renforcée des différents acteurs aux interventions très spécialisées.

Un appel à projets mis en place par la DGOS et l'INCa dans le cadre d'une instruction du 1^{er} juillet 2015 a permis de sélectionner, en 2016, 36 établissements (CHU, CLCC, CH, cliniques privées...) qui mettent en œuvre des projets destinés à développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie, dans le cadre d'un parcours personnalisé du patient. Cet appel à projets s'inscrit dans le cadre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 précité mais également dans celui du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire visant à étendre la chirurgie ambulatoire à des patients plus complexes et procédures plus lourdes.

L'expérimentation doit durer 2 ans et, à l'issue de celle-ci, une évaluation nationale est prévue sur le volet organisationnel mais aussi médico-économique.

2.2.1.5. La mise en place de parcours coordonnés et articulés entre le MCO et l'HAD

Afin de permettre de développer les soins pouvant être réalisés au domicile des patients lorsque l'hospitalisation avec hébergement n'est plus nécessaire, la DGOS a souhaité favoriser la mise en œuvre de parcours coordonnés et articulés entre le MCO et l'HAD. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du virage ambulatoire demandé aux établissements de santé avec hébergement et des orientations de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

L'activité de soins de chirurgie se prête particulièrement à cette orientation. En effet, certaines prises en charge chirurgicales requièrent des soins post opératoires dont la fréquence et la complexité imposent souvent une prolongation de l'hospitalisation en MCO. Pour autant, la sortie des patients pourrait, dans certains cas, se réaliser de façon plus précoce par la mise en œuvre d'une HAD permettant d'assurer, au domicile des patients, les soins requis tout en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Un nouveau dispositif, intitulé « HAD sortie précoce de chirurgie », visant à la mise en place d'une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et une structure d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins, a été mis en place. Il est susceptible d'apporter à terme une contribution et des outils concrets à la réduction des DMS en hospitalisation complète. A ce titre, il apporte pleinement sa contribution au virage ambulatoire attendu au sein du système de santé.

La mise en œuvre de ce dispositif présente un intérêt :

- pour le patient : retour plus rapide au domicile tout en ayant la garantie d'une prise en charge sûre et de qualité ; réhabilitation plus efficace et plus rapide dans l'environnement habituel du patient ;
- pour l'établissement MCO : diminution des durées de séjour en MCO ;
- pour l'établissement HAD : développement de son champ d'intervention et de ses compétences, conformément aux orientations nationales ;
- pour l'assurance maladie : un objectif, à terme, de moindre dépense globale potentielle (à évaluer dans le cadre du présent dispositif).

Le dispositif concerne dans un premier temps des gestes ciblés en chirurgie gynécologique, digestive et orthopédique sur la base des indications définies par les professionnels de santé, de manière complémentaire par rapport aux indications retenues par la CNAMTS pour les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie. Ces derniers ont également précisé les besoins de la prise en charge, les soins et le suivi qui seraient nécessaires pour permettre une sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD des patients concernés.

Un appel à candidatures a permis, début 2017, de sélectionner 11 équipes composées d'établissements MCO/HAD pour participer à l'évaluation nationale prévue sur deux ans. Elles débutent la mise en œuvre du dispositif à compter de l'été 2017. Ce dispositif devrait pleinement monter en charge en 2018.

2.2.2. Une nouvelle valorisation pour les prises en charge intermédiaires en médecine

L'article 79 de la LFSS pour 2017 a introduit dans le code de la sécurité sociale le principe d'une rémunération spécifique des consultations pluridisciplinaires et/ou pluri professionnelles, avec la

création d'un niveau de tarification intermédiaire entre prise en charge externe et hospitalisation de jour, afin de permettre une valorisation adaptée de ces prises en charge.

Répondant à des attentes fortes exprimées par de nombreux professionnels du terrain, le **forfait « prestation intermédiaire » (FPI)** ainsi créé a vocation à financer des prises en charge pluridisciplinaires et/ou pluri professionnelles (professionnels médicaux, paramédicaux et le cas échéant socio-éducatifs) nécessitant un temps de coordination et de synthèse médicale. Ce forfait vient en complément de la facturation d'une consultation spécialisée et d'éventuels actes techniques et permet de couvrir les charges supplémentaires mises en œuvre par les établissements de santé dans le cadre de ces prises en charge et non couvertes dans le modèle de financement actuel. Il répond en cela à une difficulté propre aux prises en charge médicales, notamment dans le champ des pathologies chroniques, plus souvent organisées autour de prestations « intellectuelles » que d'interventions « techniques ».

Sa mise en œuvre s'effectue de façon progressive, afin d'en appréhender tous ses impacts, notamment budgétaires.

Ainsi, en 2017, le périmètre d'application de la mesure a été déterminé de manière à répondre aux problématiques les plus prégnantes rencontrées par les professionnels de santé. Les pathologies chroniques sont a priori les plus concernées et au premier rang de celles-ci les prises en charge des patients diabétiques.

Le forfait Prestation Intermédiaire a donc été ouvert à compter du 1^{er} mars 2017 pour les 4 pathologies suivantes :

- Diabète (diabète de type I et II et diabète gestationnel)
- Insuffisance cardiaque grave,
- Spondylarthrite ankylosante
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive

Le cadre juridique de la création de ce forfait a toutefois été prévu de manière à pouvoir être élargi à d'autres activités, voire généralisé dans un second temps.

2.2.3. Un déploiement progressif de la réforme du modèle de financement des SSR

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités, distinct selon les secteurs :

- Les établissements privés sous OQN (objectif quantifié national – qui regroupe les établissements privés à but lucratif et une partie des établissements privés à but non lucratif), sont historiquement financés par des prix de journée et autres suppléments présentant un caractère inflationniste et qui ne traduisent ni la variété ni la lourdeur des prises en charge.
- Quant aux établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), leur financement historique sous forme de dotation rend complexe le développement de l'activité et ne permet pas de prendre en compte l'évolution des prises en charge, ni leur intensité.

L'ensemble de ces financements est par ailleurs sans lien avec la qualité ou la pertinence de l'activité et s'est traduit historiquement par de fortes inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu'entre établissements.

Le nouveau modèle, commun aux deux secteurs, repose sur un financement mixte associant :

- Une part socle, qui permet de garantir un minimum de stabilité et de visibilité budgétaire aux établissements, de prévenir les effets inflationnistes d'un financement lié intégralement à l'activité et de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des activités de SSR ;
- Une part fondée sur l'activité, permettant de reconnaître la dynamique des établissements de santé ;
- Des compartiments particuliers : plateaux techniques spécialisés (PTS), MIG, molécules onéreuses.

L'activité de SSR est par ailleurs éligible, depuis 2017, au forfait d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

La mise en œuvre de la réforme a débuté en 2017 de manière très progressive, en se fondant sur un dispositif transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement. L'objectif de cette première étape de mise en œuvre était de permettre aux établissements d'appréhender la réforme, en limitant les effets revenus et de finaliser en parallèle les évolutions techniques nécessaires.

2.2.4. La poursuite de l'adaptation du modèle de financement aux spécificités territoriales

2.2.4.1. Le modèle des hôpitaux de proximité

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité prévoit une garantie de financement fondée sur une part des recettes historiques de l'établissement (cf. §1.1.2-e)). Cette garantie est majorée par une dotation organisationnelle et populationnelle (DOP) calibrée en fonction des spécificités des territoires : plus un territoire est considéré comme fragile, plus sa dotation est importante.

En 2017 et en concertation avec les représentants des hôpitaux de proximité, l'équilibre de la part des recettes historiques et de la DOP dans le calibrage des dotations garanties a été revu de façon à soutenir davantage les établissements situés sur les territoires les plus fragiles : 70% des recettes historiques sont reconduites et 20% de la masse financière des établissements est répartie selon des critères sociodémographiques, contre respectivement 80% et 10% en 2016.

2.2.4.2. Le Forfait Activités Isolées

Depuis 2015, les établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique peuvent bénéficier d'un complément de financement à la tarification à l'activité. Ces établissements ont en effet un niveau d'activité insuffisant pour équilibrer leurs charges, alors même qu'ils sont indispensables pour assurer l'accès aux soins dans des territoires à faible densité de population.

En 2017, afin de mieux prendre en compte la spécificité de ces structures, les conditions d'éligibilité ont été assouplies pour les établissements situés sur des territoires insulaires, et plus précisément le critère relatif à la densité de population qui n'est pas appliqué dans ces zones : 5 établissements dont 3 situés dans les DOM bénéficient désormais de cet accompagnement.

A noter également que les ex-hôpitaux locaux, anciennement financés en dotation, sont désormais éligibles à ce forfait.

2.2.4.3. L'actualisation des coefficients géographiques

La tarification à l'activité offre un cadre unique de paiement des activités hospitalières, fondé à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La réglementation prévoit toutefois des coefficients géographiques venant compenser des facteurs spécifiques dans une zone géographique considérée. Ils s'appliquent actuellement aux départements d'Outre-mer, à la Corse et à l'Île-de-France. La précédente mise à jour a été réalisée en 2012.

Une actualisation a été entreprise en 2016 sur la base des données estimant les écarts salariaux (source DREES), ainsi que des éléments relatifs à des surcoûts propres à l'insularité (médicaments, assurances, transports...).

Ces travaux ont donné lieu à une hausse de 3 points du coefficient géographique pour la Corse et la Guyane et d'un point pour la Martinique et la Guadeloupe, portant les niveaux des coefficients géographiques 2017 aux valeurs suivantes :

Zones géographiques	Coefficients géographiques 2017
La Réunion	31%
Île-de-France	7%
Corse	11%
Guyane	29%
Martinique	27%
Guadeloupe	27%

Ces évolutions ont été prises en compte dans le cadre de la campagne tarifaire des établissements de santé 2017.

2.2.5. La poursuite de l'intégration de la qualité dans les composantes du financement des établissements de santé

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ) a été généralisée à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique en 2016 (article 51 de la LFSS 2015). Elle fait suite à une expérimentation menée depuis 2012 avec des établissements volontaires et pilotée de façon partenariale (DGOS, HAS, ATIH, ANAP, DREES, CNAMTS). En 2017, le périmètre des établissements éligibles à cette incitation est élargi au champ du SSR.

Outre cet élargissement du périmètre, les principes d'attribution de cette incitation financière restent identiques pour cette deuxième année de mise en œuvre. Cette incitation vient récompenser les établissements ayant obtenu les meilleurs résultats ou ayant le plus fortement progressé sur le champ de la qualité des soins. La qualité est évaluée au regard des résultats obtenus aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins obligatoires, ainsi qu'au regard du niveau de certification HAS. Le développement des systèmes d'informations est également pris en compte via les indicateurs d'Hôpital numérique. Nouveauté 2017, le calcul de l'incitation inclut également pour les établissements MCO la satisfaction des patients hospitalisés mesurée via l'indicateur E-satis développé par la HAS.

A partir des résultats obtenus, et de la progression de ces résultats les établissements sont ensuite classés entre eux. Ainsi, dans chaque groupe, et pour chaque score, les deux premiers déciles d'établissements avec le score le plus élevé sont rémunérés, aboutissant à une rémunération de l'ordre de 30 à 40% des établissements MCO.

En 2016, 516 établissements MCO ont ainsi perçu une dotation financière allant de 15 000€ à 500 000€, représentant une enveloppe globale de 40 millions d'euros. Le montant de la dotation est fixé en fonction du classement de l'établissement et de son volume économique. En 2017, pour prendre en compte l'élargissement aux établissements SSR, l'enveloppe globale est de 50M€.

Le choix a été fait de conserver une stabilité du modèle en 2017 pour permettre l'intégration des établissements SSR et garantir une certaine lisibilité aux établissements. Néanmoins l'évaluation des résultats 2016 a d'ores et déjà permis d'identifier des pistes de travail pour faire évoluer le modèle à l'avenir et améliorer notamment la comparabilité des établissements entre eux.

Au-delà du mécanisme IFAQ, les travaux pour renforcer la prise en compte de la qualité dans les différents modèles de financement des établissements de santé seront poursuivis.

2.2.6. Les principales évolutions en matière de financement des Missions d'enseignement, de Recherche et d'Innovation (MERRI)

2.2.6.1. Evolutions de la dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation

A compter de 2016, la part fixe allouée au titre des missions d'intérêt général particulières désignées comme les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) a été supprimée. Sa disparition progressive sur 5 ans au profit de la part modulable des MERRI avait été initiée en 2012.

A partir de 2016, la part modulable est donc désignée comme la « dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation », dont les règles de répartition entre les établissements de santé demeurent inchangées, à deux éléments près, en 2017 :

- Le score des publications scientifiques, principal indicateur utilisé dans le partage de la dotation socle (pour 60% de l'enveloppe), est comptabilisé par groupement hospitalier (GH) pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (12 GH) et les Hospices Civils de Lyon (4 GH). Ce changement de règle vise à renforcer l'intérêt scientifique des coopérations entre équipes de chercheurs internes aux CHU de taille critique très élevée, lesquelles aboutissaient auparavant à une perte de score.
- Les établissements de santé mentale, qui ne sont pas éligibles à la dotation nationale de financement des MIGAC, réservée aux établissements soumis à la T2A, doivent désormais être financés de manière pérenne par la dotation annuelle de financement pour leur effort de recherche, d'enseignement et d'innovation. En 2017, l'allocation de 4,1M€ pour quatre établissements publics de santé mentale (EPSM) ayant renseigné le système d'information SIGAPS-SIGREC est ainsi convertie en DAF reconductible.

2.2.6.2. Les Actes Hors Nomenclatures (AHN) et les laboratoires de génétique

Les modèles de financement des deux MERRI relatives aux actes hors nomenclature, d'une part, et aux laboratoires de génétique, d'autre part, ont été rapprochés en 2016. La fusion des dotations fait suite au recensement de l'activité des actes de génétique dans le recueil FICHSUP depuis 2015.

De plus, le modèle de la MERRI AHN a évolué en intégrant une répartition partielle de la dotation à l'activité. La mise en œuvre de cette évolution est progressive sur plusieurs exercices.

2.2.6.3. Mise en place d'un groupe scientifique et technique sur la modélisation de l'effort de recherche appliquée en santé au sein des établissements de santé

Un groupe de travail scientifique et technique sur les indicateurs permettant la répartition de la dotation socle est mis en place en 2017. Son objectif est de fournir au comité de pilotage national dédié à la Recherche et à l'Innovation des éléments d'aide à la décision pour faire un bilan et, le cas échéant, faire évoluer la modélisation qui permet la mesure de l'effort de recherche appliquée en santé au sein des établissements de santé, en termes de bibliométrie et de participation aux essais cliniques.

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

L'année 2018 va traduire les engagements gouvernementaux en matière de financements et d'organisations innovantes, dans le but d'optimiser les parcours de soins et de développer la coordination entre la ville et l'hôpital.

Certaines de ces évolutions sont portées à travers le PLFSS pour 2018.

3.1. Développer la coordination Ville-Hôpital et optimiser les parcours de soins

3.1.1. Favoriser l'émergence des innovations organisationnelles

Les modalités actuelles de financements des soins, cloisonnées entre la ville, l'hôpital et le médico-social et encore majoritairement centrées sur de la tarification à l'acte ou à l'activité, peuvent parfois constituer un frein réel à la coordination entre les acteurs et à la mise en œuvre de parcours de soins pertinents et efficaces.

Face à cet enjeu, une mesure législative proposée dans le cadre du PLFSS 2018 ouvre la voie à des modalités de financement novatrices qui permettront de diminuer le poids de la tarification à l'activité, au profit de nouveaux modèles incitatifs à une meilleure pertinence du parcours de prise en charge. Ces nouveaux modèles de financement permettront de promouvoir les innovations organisationnelles fondées sur des objectifs de qualité mais aussi d'efficience.

Deux modèles de financement innovants sont actuellement à l'étude : le financement à l'épisode de soins et l'incitation à la prise en charge partagée.

3.1.1.1. Le financement à l'épisode de soins

L'épisode de soins constitue un segment du parcours de soins et concerne des prises en charge limitées dans le temps (exemple : chirurgie du colon dans le cadre du parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer). Il ne se résume pas à la prise en charge hospitalière mais englobe l'amont et l'aval dans un souci d'anticipation et de continuité des soins, au-delà du séjour lui-même. L'objectif est d'organiser, via un financement collectif, un chemin clinique structuré garantissant la qualité des soins (réduction des complications, satisfaction des patients) favorisant l'émergence de bonnes pratiques, la coordination des acteurs et une meilleure efficacité des soins (réduction de la DMS, des examens redondants...).

Dans un premier temps, il est envisagé de mettre en œuvre ce type de financement sur des prises en charge chirurgicales à fort enjeux de coordination et d'amélioration des pratiques.

Une mesure législative au sein du PLFSS 2018 permettra de donner un cadre à ces financements innovants, dérogoires au modèle de financement en vigueur.

3.1.1.2. L'intéressement à une prise en charge partagée

Ce dispositif consisterait en la mise en place d'intéressements collectifs pour des groupements d'acteurs.

Ainsi, le groupement, constitué d'acteurs de soins primaires, d'établissements de santé voire d'acteurs du médico-social et du social, s'engage sur un objectif de dépenses pour une population donnée. Si les dépenses engagées sont inférieures à cet objectif, une part des économies réalisées est reversée au groupement sous réserve de l'atteinte d'objectifs de qualité et de sécurité des soins. Les acteurs sont ainsi responsables collectivement de la qualité et de la pertinence des soins réalisés (accès, continuité et coordination des soins) et des dépenses de santé engagées pour une patientèle commune. Ce type de modèle est actuellement expérimenté aux Etats-Unis (ACO) et au Royaume-Uni notamment.

La mesure présentée en PLFSS 2018 permettra de donner un cadre à ces financements innovants, dérogoires au modèle de financement en vigueur.

3.2. Améliorer la prise en compte de la qualité dans les modèles de financement et déployer la démarche pertinence

3.2.1. Poursuivre les travaux IFAQ en MCO et en SSR

La première année de généralisation d'IFAQ en 2016 a d'ores et déjà permis d'identifier des pistes de travail pour faire évoluer le modèle. Ces travaux devront permettre de mieux prendre en compte le périmètre d'activité des établissements qui a un impact direct sur le nombre d'indicateurs de qualité recueillis et donc sur les scores obtenus.

Il s'agira aussi d'intégrer au fur et à mesure de leur développement de nouveaux indicateurs au modèle, en privilégiant les indicateurs de résultats et ceux permettant d'évaluer l'engagement des acteurs pour améliorer la coordination et la pertinence de la prise en charge pour le patient. Les

travaux sur le modèle IFAQ devront également avoir pour objectif d'améliorer la lisibilité du modèle pour les établissements. Car pour que le caractère incitatif de la dotation fonctionne, les établissements doivent être en mesure d'établir un lien réel entre amélioration de leurs pratiques et obtention d'IFAQ.

3.2.2. Améliorer la pertinence des soins

La pertinence des soins est un enjeu fort pour l'efficacité de notre système de santé et pour l'efficience des dépenses de santé en évitant les risques potentiels pour les patients et les dépenses inutiles pour la collectivité. L'amélioration de la pertinence des soins participe en outre à l'accès de tous à des soins de qualité.

A ce titre, un programme pertinence a été structuré pour permettre d'atteindre ces objectifs.

LE PROGRAMME PERTINENCE

La pertinence des soins de santé se définit comme les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment.

I – L'amélioration de la pertinence des soins : quelles actions ?

Accroître la pertinence des soins est un enjeu des pouvoirs publics en France depuis 2011.

En novembre 2016 a été publié un outil de dialogue avec les professionnels de santé : **l'Atlas des variations des Pratiques médicales**, qui analyse, par département, les taux de recours à 10 gestes chirurgicaux et les compare à un taux national moyen.

Outre la publication d'un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins, la loi de financement de la Sécurité Sociale 2015 a instauré de nouveaux dispositifs pour l'amélioration de la pertinence des soins :

- Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) ;
- L'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS)

Le PAPRAPS définit la stratégie régionale en matière d'amélioration de la pertinence des actes, prestations et prescriptions alors que l'IRAPS concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

II – Une démarche pilotée au niveau national et déployée en région

Au sein du ministère, la DGOS pilote depuis 2010 des travaux pour améliorer la pertinence des soins en lien avec la HAS, l'ATIH et la CNAMTS dans trois grandes directions : définition des priorités d'actions, conception d'outils et accompagnement des ARS dans le déploiement d'actions.

Ce groupe technique rend compte de ses travaux à un comité de pilotage national composé de fédérations et de conférences hospitalières, de représentants des professionnels et des usagers ainsi que d'autres institutions partenaires.

En région et à partir des PAPRAPS, les ARS ont lancé les actions les plus adéquates visant à réduire les variations de pratiques médicales observées entre les territoires.

A l'initialisation de la démarche, le ministère chargé de la santé a décidé, en accord avec le comité national, de focaliser son action sur 32 activités très fréquentes (la césarienne, l'opération de la cataracte, l'appendicectomie, l'opération du syndrome du canal carpien, la pose de prothèse de hanche et de genoux, la chirurgie bariatrique...) De nouveaux champs ont été investigués par les ARS, qu'il s'agisse de la pertinence des prescriptions (imagerie médicale, médicaments, dispositifs médicaux, biologie, transports) ; de la pertinence des modes de prise en charge (ambulatoire, HAD, SSR ambulatoire) ou de la pertinence des parcours notamment pour certaines pathologies chroniques en insistant sur le rôle clef de la coordination ville -hôpital

La démarche s'appuie, principalement, sur la pédagogie (entretiens confraternels, formation continue par le biais du DPC) et sur des mesures financières de sanction en cas de manquement aux règles (Mise Sous Accord Préalable, contractualisation). Par ailleurs, les ARS ont également la possibilité d'accompagner les établissements et les professionnels, par le biais du FIR, en vue de les aider à réaliser les actions qui le nécessiteraient.

3.3.Poursuivre et intensifier le virage ambulatoire et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète

3.3.1.Inciter au développement de la médecine ambulatoire

Pour favoriser le virage ambulatoire en médecine, il est nécessaire de privilégier une acception large de l'activité de médecine dans son ensemble (ville/hôpital). L'enjeu est d'assurer des parcours pertinents, coordonnés et fluides (complémentarité ou substitution entre les secteurs ville/hôpital/médico-social). Il ne s'agit donc pas seulement d'une réduction des durées de séjours en hospitalisation complète (HC) et d'un transfert de l'HC vers l'hospitalisation de jour (HDJ)¹⁵. Il convient, en effet, d'envisager une bascule de l'hospitalisation (HC, HDJ) vers d'autres modalités de prises en charge, en ville ou à l'hôpital (consultations longues, pluridisciplinaires, spécialisées ou non, soins, prestations diverses, prises en charge médico-sociales).

Cette approche nécessite également d'intégrer les enjeux d'accessibilité, notamment liés à la démographie médicale afin de pouvoir garantir sur tout le territoire des parcours de soins de qualité.

L'offre de soins devrait ainsi satisfaire aux exigences suivantes :

- **Gradation des soins**, le cas échéant dans le cadre de filières, notamment à travers les GHT, et intégrant, le cas échéant, un panel de modalités de prises en charge (prestations intermédiaires, HDJ, HC) ;

¹⁵ Comme l'évoquait la mission IGAS/IGF, le virage ambulatoire en médecine au sein des ES est déjà amorcé. Selon les derniers chiffres fournis par l'ATIH, il est de 54.4% en 2015.

☞ Rapport IGAS/IGF « Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine » - février 2016

- **Complémentarité de l'offre** disponible en tenant compte des éventuelles difficultés en termes de démographie médicale nécessitant de trouver des aménagements (complémentarité ville/hôpital, rôle en subsidiarité de l'hôpital si nécessaire, coopération/délégation de tâches, télémédecine...);

Dans le cadre du plan d'action global qui sera défini en faveur du développement de la médecine ambulatoire, le volet portant spécifiquement sur le modèle de financement pourrait recouvrir deux chantiers :

- **La mise en œuvre d'une politique tarifaire incitative** au développement de la médecine ambulatoire : incitation au déport de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour et mobilisation des nouveaux outils de tarification (notamment forfait prestations intermédiaires) de manière à améliorer la gradation des prises en charge.
- **L'expérimentation de nouvelles modalités de financements** permettant de favoriser la mise en œuvre de parcours coordonnés et le décloisonnement des acteurs (financement à l'épisode de soins, intéressement de groupement d'acteurs sur la base d'objectifs partagés).

3.3.2. Valoriser le développement des prises en charge en hospitalisation à domicile

L'HAD est une offre de soins du système de santé qui contribue à améliorer la qualité et la pertinence des parcours de santé, en favorisant le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de santé. Elle répond à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. L'HAD constitue en effet une offre de soins pertinente dans la prise en charge des malades chroniques et des parcours complexes, par sa compétence en matière de coordination des soins et des interventions sociales, et sa capacité à assurer la continuité des prises en charge.

3.3.2.1. Amélioration de l'articulation entre les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les établissements d'HAD pour la prise en charge d'un même patient à son domicile

SSIAD et HAD sont susceptibles d'intervenir auprès des mêmes publics pour assurer leur maintien à domicile, selon l'intensité des soins nécessaires. Leurs interventions ne peuvent actuellement être réalisées que de façon successive en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Cependant, certaines situations nécessiteraient que les patients fragiles ou en situation de fin de vie pris en charge en HAD puissent conserver auprès d'eux une partie de l'équipe soignante du SSIAD avec laquelle ils ont tissé des liens, afin d'éviter des pertes de repères et de garantir la continuité du parcours.

Un dispositif organisationnel et financier a donc été étudié, et consisterait, lorsqu'un patient suivi par un SSIAD connaît une aggravation de son état de santé nécessitant une prise en charge par un établissement d'HAD, à permettre une intervention conjointe et simultanée du SSIAD et de l'HAD dans une logique de continuité du parcours. Ce dispositif pourrait concerner dans un premier temps les modes de prise en charge « soins de nursing lourds » (11 800 journées représentant 38,7% de l'ensemble des journées), « soins palliatifs » (9 500 journées représentant 30,7%) et « pansements complexes » (5 900 journées représentant 18,9%).

Cette action participerait au développement de la prise en charge à domicile et répond aux recommandations de deux plans nationaux : le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (action 11-2) et le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (mesure 15), dans un objectif de mise en œuvre en 2018.

3.3.2.2. La réforme du financement de l'HAD : schéma cible et point d'étape

LA REFORME DU FINANCEMENT DE L'HAD : SCHEMA CIBLE ET POINT D'ETAPE ¹⁶

La nécessité de réformer le modèle de financement de l'HAD fait l'objet d'un consensus depuis plusieurs années. L'IGAS en 2010 comme la Cour des Comptes en 2013 et 2016 et le Dr Olivier VERAN dans son rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé ont considéré que cette réforme devait se fonder sur une information médicalisée et rendre le modèle plus cohérent et convergent avec les modèles de financement des autres champs.

Avant de présenter la stratégie adoptée, la méthodologie choisie ainsi que l'avancée des travaux engagés, il convient de présenter succinctement le modèle actuel et ses lacunes.

1 - LE MODELE ACTUEL DE FINANCEMENT DE L'HAD

Aujourd'hui, le modèle de financement repose sur une grille tarifaire, sans classification médico-économique, composée des éléments suivants :

- Les modes de prises en charge (MP) (*listes en annexe*)
 - 22 modes de prises en charges principales (MPP)
 - 21 modes de prise en charges associées (MPA)
- L'indice de Karnofsky qui traduit l'état général des malades

Les éléments forment une séquence qui est pondérée, de façon dégressive, en fonction de sa durée (le modèle est présenté en annexe).

Ce modèle présente plusieurs faiblesses :

- **il est daté** : il est fondé sur une étude de coûts de la fin des années 90, qui a donné lieu à la mise en œuvre d'une T2A en 2005, et les tarifs ont peu évolué depuis. Comme l'a relevé l'IGAS, le décalage qui s'est progressivement installé entre le coût des activités et leur niveau de rémunération porte des risques potentiels de dérives : constitution de rentes ou risques de déficits, sélection des patients...

- **il est peu descriptif** : la description actuelle repose sur les MP susceptibles de regrouper des situations cliniques très diversifiées, ce qui entraîne des interprétations de codage.

Les prises en charge non décrites actuellement dans le guide méthodologique PMSI HAD sont identifiées dans le MP 08 « autres traitements » ce qui n'est pas satisfaisant en terme de description.

- **il offre peu de lisibilité en termes de tarification**: les 31 groupes homogènes de tarifs (GHT) se rapportent à plus de 2500 types de séquences et n'ont pas de cohérence médico-économique (le même tarif s'applique par exemple pour une chimiothérapie associée à un traitement intraveineux et pour une rééducation neurologique associée à un pansement complexe).

- **il rend difficile un pilotage politique ciblé** : l'évolution de la pondération d'un MP ne peut pas cibler une pathologie en particulier et ne provoque pas toujours les effets escomptés en raison de l'algorithme tarifaire.

¹⁶ Conformément à l'article 83 de la LFSS pour 2017 qui prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Dans la mesure où la réforme globale de ce modèle prendra plusieurs années et compte tenu du développement soutenu de l'offre attendu (cf. circulaire du 4 décembre 2013), il a été choisi de faire évoluer dans l'intervalle le modèle actuel sur certains axes considérés comme prioritaires par les acteurs.

Dans ce cadre, les mesures suivantes ont été prises :

- **L'actualisation régulière du contenu des modes de prises en charge** (guide méthodologique PMSI HAD) ;
- **La revalorisation des tarifs de certains modes de prise en charge** strictement substitutifs à l'hospitalisation MCO, telles que les chimiothérapies ou les transfusions sanguines ;
- **La mise en place de parcours coordonnés entre MCO et HAD**, cf. dispositif d'HAD post-chirurgie supra ;
- **Traitements coûteux en HAD :**

Un recueil d'information a été mis en place en 2015 afin de disposer des consommations de certains traitements coûteux réalisées dans les établissements d'HAD pouvant être dissuasifs au regard des tarifs appliqués et constituer un obstacle à la prise en charge en HAD des patients concernés. Un soutien financier (crédits AC) a été apporté aux établissements d'HAD concernés, à hauteur de 4 millions d'euros en 2016 et 6 millions en 2017.

Des travaux portant sur l'actualisation de la liste des médicaments faisant l'objet du recueil et sur les modalités de répartition des crédits sont menés pour la campagne 2018 en lien avec les acteurs.

A noter que les établissements HAD sont également intégrés dans le modèle IFAQ depuis 2016.

2 - LA REFORME DU MODELE DE FINANCEMENT : STRATEGIE RETENUE ET POINT D'ETAPE

La réforme du modèle comporte deux aspects :

- la description de l'activité réalisée par l'ATIH
- l'évolution du modèle de financement piloté par la DGOS

Les travaux sont menés en partenariat avec l'ensemble des acteurs du secteur de l'HAD. L'ATIH comme la DGOS, organisent des groupes de travail réunissant les fédérations, les directions de l'administration centrale concernées, la CNAMTS mais aussi les professionnels exerçant dans les établissements d'HAD ou collaborant avec eux ainsi que des experts (médecins, professionnels de santé par exemple).

2.1 Les travaux menés par l'ATIH sur la description de l'activité

Les travaux menés entre avril 2015 et août 2017 par l'ATIH sur la classification médico-économique sont exposés ci-dessous.

L'ATIH dispose d'outils pour travailler sur ces sujets. Ce sont les bases de données renseignées par les établissements d'HAD :

- **La base nationale du PMSI** (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) qui comporte des données administratives et médicales anonymisées en ce qui concerne le patient. Ces éléments sont obligatoirement transmis à l'ATIH par les établissements. La base nationale contient des informations médicales.

• **La base ENC (Étude Nationale de Coûts)** qui est renseignée par des établissements volontaires et apporte des informations sur les coûts des prises en charge réalisées en HAD en plus des éléments du PMSI.

La base ENC permet donc des travaux sur les coûts des prises en charges pour un échantillon d'établissements français¹⁷.

L'ATIH a travaillé en lien étroit avec les acteurs en partageant ses éléments au sein des Comités Techniques (CT) réunissant des représentants des fédérations de l'hospitalisation, du Collège national de l'information médicale et des administrations.

Elle a également organisé des Groupes de Travail (GT) réunissant des experts de l'HAD dont les travaux ont été rapportés au Comité technique.

2.1.1. La phase préparatoire 2015-2016

La phase préparatoire a eu pour objectif de mieux connaître le contexte et les modalités d'exercice de l'HAD sur le terrain. Les travaux ont été partagés avec les acteurs au cours de groupes de travail (2 en 2015) et de Comités Techniques (8 entre juin 2015 et octobre 2016).

Trois types de travaux ont été menés :

- Bibliographie,
- Visites sur site,
- Travaux exploratoires sur les bases de données HAD.

La bibliographie a porté sur l'HAD en France et à l'étranger et a montré que l'HAD telle que nous la connaissons est une spécificité française.

Les visites sur site ont permis de recueillir la vision de professionnels de terrain (en particulier médecins coordonnateurs, infirmiers, pharmaciens, assistantes sociales). Les établissements rencontrés étaient de typologies différentes tant sur le plan du statut, de l'activité réalisée que de l'organisation.

Les travaux exploratoires sur les bases visaient à permettre d'opérer des choix partagés avec les acteurs lorsqu'il existait plusieurs possibilités différentes pour construire la classification qui servira de base au nouveau modèle de financement de l'HAD.

2.1.2. Les travaux de développement

La classification médico-économique vise à classer chaque séjour d'HAD dans un groupe contenant des séjours s'en rapprochant, tant sur le plan médical que sur le plan du coût de ces séjours.

Le travail actuellement en cours se divise en deux phases qui sont la recherche de groupes médicalement cohérents suivie de l'étude de la cohérence économique des groupes formés.

La construction de la classification se base sur les informations contenues dans le recueil PMSI de chaque séjour, l'algorithme devant classer dans un même groupe les séjours ayant des informations médicales comparables.

La classification se fonde donc sur les informations diagnostiques représentées par certains modes de prise en charge (MP) et diagnostics : diagnostic principal (DP) en premier lieu mais aussi le cas échéant le ou les diagnostic(s) correspondant au mode de pris en charge principal (DCMPP), le ou les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) ou encore le ou les diagnostics associé (DA) renseignés dans le PMSI.

Les informations ayant trait à la dépendance pourront également être prises en compte. Il s'agit de l'indice de Karnofsky (IK) et de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ).

¹⁷ Le taux de sondage 2015, c'est-à-dire la part des journées recueillies dans l'ENC dans l'ensemble des journées nationales, est globalement de 22 %. Les données proviennent de 24 établissements volontaires.

Certains MP indiquent la nature de la prise en charge réalisée par l'HAD (ex : MP 09 « Pansement complexes, MP 14 « Soins de nursing lourds »). Ces éléments pourront également être analysés par l'algorithme.

Les informations diagnostiques recueillies au travers de certains modes de prise en charge (MP) et certains diagnostics principaux (DP) tels que MP 04 « Soins Palliatifs », MP 05 « Chimiothérapie Anticancéreuse » ou MP 19 « Surveillance de Grossesse à risque », MP 21 « Postpartum Pathologique » escarre, ulcères des membres inférieurs, fracture, etc. permettront l'entrée de chaque séjour dans un groupe initial qui pourra lui-même, le cas échéant, être divisé en sous-groupes. La division en sous-groupes se fera selon la même méthode en testant d'autres variables que la variable d'entrée les unes après les autres. À titre d'exemple, le groupe « surveillance de grossesse à risque » pourrait se diviser en sous-groupes de « menace d'accouchement prématuré », « surveillance de la grossesse pour affection maternelle », « surveillance de la grossesse pour affection du fœtus », « rupture prématurée des membranes » et « autres causes de surveillance de la grossesse ».

Pour affiner les groupes, d'autres éléments tels que l'âge ou la dépendance, pourront être testés par l'algorithme. Ainsi, chaque séjour d'HAD sera classé dans un groupe final et un seul.

La figure 1 ci-dessous illustre les informations diagnostiques initiales qui pourront être testés par l'algorithme.

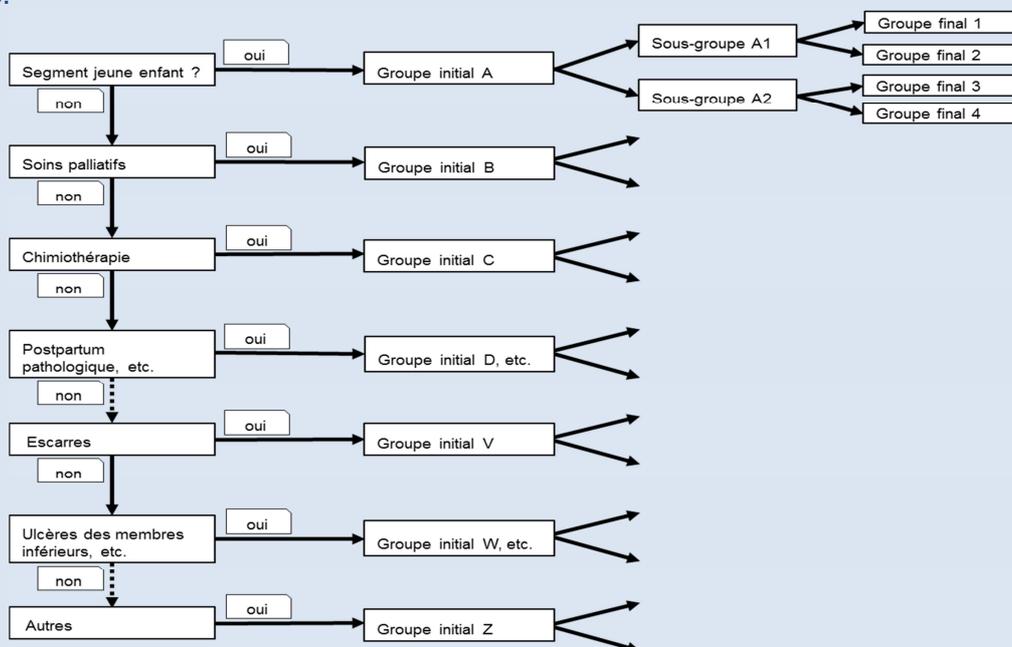


Figure 1 : Trame de l'axe vertical de l'algorithme

La formation des groupes prend en compte le nombre de séjours contenus dans la Base Nationale afin de créer des groupes ayant une taille suffisante pour étudier leurs caractéristiques économiques.

Les travaux de développement de la classification médico-économique ont débuté fin 2016.

2-2 Le démarrage des travaux portant sur les modalités de financement de l'HAD

Les travaux portant sur la réforme du financement de l'HAD, pilotés par la DGOS, vont s'engager au 4^{ème} trimestre 2017 avec la mise en place d'un groupe de travail qui réunira l'ensemble des acteurs.

Il a pour objet dans un premier temps de :

- Partager les attendus d'un nouveau modèle de financement
- Engager les travaux sur l'évolution du modèle de financement.

LE CALENDRIER DE LA REFORME

Le chantier du nouveau modèle de classification et de financement de l'HAD est engagé sur la base du calendrier prévisionnel suivant :

- ↳ Travaux exploratoires : 2016
- ↳ Construction de la classification médico-économique : 2017-2018
- ↳ Construction tarifaire : 2018-2019
- ↳ Mise en œuvre du nouveau modèle à compter de 2020

3.4. Poursuivre la mise en œuvre de la réforme de financement des SSR

Le dispositif transitoire mis en place pour la période du 1er mars 2017 au 28 février 2018, fondé sur l'application combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement, a permis aux établissements d'entrer très progressivement dans la réforme en conservant, pour une part majoritaire de leurs ressources, leur modèle historique de financement (DAF ou prix de journée).

La poursuite des travaux, menés en concertation avec les fédérations hospitalières, a montré que cette période transitoire, initialement prévue pour une durée d'un an, devait être prolongée.

Un délai supplémentaire est en effet nécessaire, à la fois pour prendre compte les contraintes techniques d'adaptation des systèmes de liquidation et de facturation existants mais surtout pour préciser les paramètres du modèle cible, en cohérence avec les orientations politiques concernant la place et les missions des activités de soins de suite et de réadaptation dans le dispositif d'offre de soins.

La mesure proposée en PLFSS 2018 vise ainsi à prolonger de deux ans cette période transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement. Le modèle cible de financement entrera ainsi en vigueur, dans toutes ses composantes, au 1er janvier 2020.

La prolongation de deux ans du dispositif transitoire doit notamment permettre :

- De faciliter l'appropriation par les établissements des nouvelles modalités de financement, en renforçant la progressivité de la réforme ;
- De finaliser les travaux techniques sur plusieurs points clefs du modèle (les plateaux techniques spécialisés, les molécules onéreuses, le mode de calcul du socle), en cohérence avec les orientations politiques concernant la place et les missions des activités de soins de suite et de réadaptation dans le dispositif d'offre de soins (gradation des soins, reconnaissance et valorisation de missions de recours, développement de l'ambulatoire...).

Toutefois, pour inciter au développement des prises en charge externes en SSR dans le cadre du virage ambulatoire, les actes et consultations externes des établissements ex-DAF pourront, dès le 1er janvier 2018, être facturés à 100%.

La mesure vise également à simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle, notamment dans les modalités de facturation, dans un souci de simplification pour les établissements de santé sous OQN.

3.5. Garantir l'accès aux soins sur les territoires

3.5.1. Mettre en place une tarification de droit commun pour les téléconsultations et téléexpertises

Le déploiement de la télémédecine constitue un des leviers pour garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cependant, malgré les impulsions de l'échelon national et des agences régionales de santé, la télémédecine demeure marginale en raison de contraintes opérationnelles et financières.

Afin d'élargir les usages de cette prise en charge médicale à distance, l'article 36 de la LFSS pour 2014 prévoit les expérimentations ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours de soins en santé) qui visent à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes de télémédecine.

Dans une perspective d'évolution, l'article 91 de la LFSS pour 2017 élargit ETAPES à l'ensemble du territoire national et renforce la participation des établissements de santé aux expérimentations en leur permettant de facturer les actes de télémédecine en actes et consultations externes pour leurs patients non hospitalisés. Cette extension a représenté un signal fort du déploiement de la télémédecine.

La télémédecine doit désormais se déployer dans un cadre conventionnel facilitant l'appropriation de la téléconsultation et de la téléexpertise par les professionnels de santé, en privilégiant une tarification proche de celle applicable à la médecine présentielle.

Il est donc proposé, dans le cadre du PLFSS 2018, de créer les conditions d'une admission au remboursement de droit commun par l'assurance maladie de la téléconsultation et de la téléexpertise.

Cette mesure entend, d'une part, fixer un cadre général de droit commun pour la téléconsultation et la téléexpertise et d'autre part, confier aux partenaires conventionnels le soin de la fixation du montant de la rémunération, ainsi que les modalités de réalisation des actes.

La mesure prévoit l'abrogation des expérimentations tout en maintenant, à titre transitoire, les textes réglementaires pris en dans le cadre d'ETAPES afin d'assurer une continuité de leur financement jusqu'à leur inscription à la nomenclature des actes. Ces dispositions permettent la poursuite du déploiement jusqu'à l'ouverture d'un cadre tarifaire et permet une stabilité du cadre juridique et financier.

Enfin, de nouvelles expérimentations relatives à la télésurveillance sont prévues pour une durée de quatre ans.

3.5.2. Réduire les inéquités territoriales dans le financement des structures de psychiatrie

Le financement de la psychiatrie est marqué par des inégalités importantes, entre les régions et entre établissements tant pour le secteur public et privé à but non lucratif que pour les établissements privés à but lucratif.

Le Comité de pilotage de la psychiatrie, co-présidé par le Dr Yvan HALIMI et par la Directrice générale de l'offre de soins, installé le 13 janvier 2017, a notamment pour mission de traiter ces questions liées au financement de la psychiatrie.

Des premiers travaux ont été menés pour identifier et harmoniser les critères de modulation intra régionale des dotations annuelles de financement (DAF) utilisés par les ARS. Ces modulations permettent de réduire les écarts de financement entre établissements et d'inciter ces derniers à faire évoluer l'offre de soins et de prise en charge.

Ces travaux engagés sur les dotations intra-régionales de financement pourront être poursuivis en lien avec les acteurs, sur les répartitions inter-régionales des moyens alloués à la psychiatrie.

3.6. Poursuivre l'accompagnement de la structuration de la Recherche

3.6.1. Construction d'indicateurs mesurant l'effort d'appui à la recherche dans les établissements de santé

Aux termes de la reconfiguration en 2016 de cinq missions d'intérêt général (MERRI) d'appui à la recherche appliquée dans les établissements, l'objectif est d'aboutir à une modulation de l'allocation de ressources afférente qui prenne en compte les données issues des rapports d'activité PIRAMIG. Ces données seront utilisées pour construire des indicateurs mesurant le résultat et l'efficacité des dispositifs d'appui à la recherche dans les établissements de santé, en concertation avec l'ensemble des acteurs.

3.6.2. Plan France Médecine Génomique 2025

Piloté par l'alliance pour la vie et la santé (AVIESAN) et en partie financé par l'assurance maladie, ce plan d'action remis aux ministres 2016 vise à positionner la France dans le peloton de tête des grands pays engagés dans la médecine dite « de précision », fondée sur la connaissance génétique.

Le 17 juillet 2017, le Premier ministre a annoncé la sélection des deux premières organisations pilotes de séquençage très haut débit du génome humain à visée sanitaire, aux termes d'un appel à projets piloté par le ministère chargé de la santé et conformément à l'avis d'un comité de sélection scientifique international. Il s'agit de la première des mesures annoncées par le plan France Médecine Génomique 2025.

Les lauréats sont le projet SeqOIA porté par un groupement de coopération sanitaire (GCS), composé notamment de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP), l'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy, ainsi que des sept universités d'Ile-de-France, et le projet AURAGEN porté par un

GCS composé notamment des Hospices Civils de Lyon, des CHU de Grenoble, de Saint-Etienne, de Clermont-Ferrand, du Centre Léon Bérard, du Centre Jean Perrin et de l'Institut de cancérologie de la Loire. Ces deux plateformes font, parallèlement à leur mise en œuvre, l'objet d'une évaluation, pour mesurer leur apport aux parcours de soin des patients.

ANNEXES

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

Evolution du nombre de séjours MCO par CMD secteur ex OQN

Annexe 2 : Evolution des séjours MCO par catégorie d'activité de soins (CAS)

Annexe 3 : Evolution des séjours MCO par catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Annexe 4 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC

Annexe 5 : Bilan quantitatif des programmes de recherche ministériels 2011-2016
(autorisations de programme allouées)

Annexe 1

Evolution du nombre de séjours MCO par CMD secteur ex DG

Catégorie majeure de diagnostic	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution 2014/2015			Evolution 2015/2016			Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
					Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure	Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure		
01 Affections du système nerveux	981,49	2 510,44	8,4%	8,7%	2,3%	+2,2%	+0,1%	+4,1%	+4,8%	-0,6%	+15,8%	14,6%
02 Affections de l'oeil	348,92	519,67	3,0%	1,8%	3,3%	+3,4%	-0,0%	+4,6%	+4,7%	-0,0%	+5,5%	3,3%
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	405,48	688,68	3,5%	2,4%	1,6%	+1,7%	-0,1%	+1,9%	+2,3%	-0,4%	+3,2%	1,9%
04 Affections de l'appareil respiratoire	830,53	2 627,78	7,1%	9,1%	7,1%	+6,7%	+0,4%	+1,5%	+2,8%	-1,3%	+7,8%	5,5%
05 Affections de l'appareil circulatoire	1 207,48	3 703,02	10,3%	12,8%	3,1%	+2,2%	+0,8%	+2,7%	+3,7%	-0,9%	+15,2%	14,4%
06 Affections du tube digestif	1 275,87	2 763,69	10,9%	9,6%	3,1%	+3,5%	-0,5%	+3,3%	+4,8%	-1,5%	+20,5%	12,7%
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	338,66	1 084,91	2,9%	3,7%	3,1%	+2,1%	+1,0%	+1,7%	+1,2%	+0,6%	+1,4%	2,7%
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 093,63	3 591,21	9,3%	12,4%	2,9%	+1,1%	+1,7%	+2,6%	+2,1%	+0,6%	+7,8%	13,4%
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	463,73	1 021,83	4,0%	3,5%	4,2%	+1,4%	+2,7%	+2,4%	+1,9%	+0,5%	+3,0%	3,5%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	410,17	936,14	3,5%	3,2%	2,9%	+1,5%	+1,3%	+4,3%	+3,7%	+0,6%	+5,2%	5,7%
11 Affections du rein et des voies urinaires	490,03	1 207,54	4,2%	4,2%	3,6%	+2,5%	+1,1%	+3,3%	+2,7%	+0,5%	+4,6%	5,6%
12 Affections de l'appareil génital masculin	144,31	334,21	1,2%	1,2%	5,1%	+3,1%	+2,0%	+3,9%	+2,1%	+1,7%	+1,0%	1,8%
13 Affections de l'appareil génital féminin	275,95	547,87	2,4%	1,9%	-0,8%	-0,8%	-0,1%	+1,3%	+1,1%	+0,2%	+1,1%	1,0%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	821,94	1 712,24	7,0%	5,9%	-1,6%	-1,7%	+0,0%	-0,8%	-0,6%	-0,1%	-1,8%	-1,9%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	623,18	853,41	5,3%	2,9%	-0,9%	-1,5%	+0,7%	-0,4%	-0,7%	+0,3%	-1,5%	-0,5%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	212,31	557,76	1,8%	1,9%	3,1%	+0,8%	+2,2%	+3,9%	+2,9%	+0,9%	+2,1%	3,1%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	256,13	807,81	2,2%	2,8%	0,7%	-2,3%	+3,1%	+3,0%	-0,3%	+3,3%	-0,2%	3,5%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	114,76	338,14	1,0%	1,2%	0,0%	-3,0%	+3,1%	+2,6%	+0,7%	+1,9%	+0,3%	1,3%
19 Maladies et troubles mentaux	291,78	590,37	2,5%	2,0%	1,9%	+1,6%	+0,2%	+1,8%	+2,9%	-1,1%	+2,9%	1,5%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	204,68	285,85	1,7%	1,0%	-1,2%	-2,0%	+0,8%	+3,8%	+2,4%	+1,4%	+1,7%	1,5%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	156,77	293,42	1,3%	1,0%	-0,3%	-3,1%	+2,8%	-0,4%	-1,3%	+0,9%	-0,7%	-0,2%
22 Brûlures	11,62	88,71	0,1%	0,3%	-0,7%	-4,2%	+3,6%	+2,4%	-0,3%	+2,7%	-0,0%	0,3%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	728,83	1 344,43	6,2%	4,6%	1,6%	+1,1%	+0,5%	+2,0%	+2,0%	-0,1%	+5,1%	3,8%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	8,25	53,13	0,1%	0,2%	-1,6%	-4,1%	+2,6%	-3,5%	-3,5%	+0,1%	-0,1%	-0,3%
26 Traumatismes multiples graves	10,99	127,21	0,1%	0,4%	5,2%	+5,9%	-0,6%	+4,9%	+6,0%	-1,0%	+0,2%	0,9%
27 Transplantations d'organes	11,20	341,92	0,1%	1,2%	5,8%	+4,3%	+1,4%	+1,8%	+1,6%	+0,2%	+0,1%	0,9%
Total France	11 718,67	28 931,38	100,0%	100,0%	2,6%	+1,5%	+1,1%	+2,4%	+2,5%	-0,1%	+100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

Evolution du nombre de séjours MCO par CMD secteur ex OQN

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)		Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution volume économique 2014/2015	Evolution nombre de séjours 2014/2015	Effet structure 2014/2015	Evolution volume économique 2015/2016	Evolution nombre de séjours 2015/2016	Effet structure 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
01	Affections du système nerveux	204,12	177,25	3,1%	2,6%	+1,8%	+0,4%	+1,4%	+2,8%	+3,9%	-1,1%	4,3%	3,1%
02	Affections de l'oeil	707,73	529,84	10,8%	7,8%	+3,4%	+3,2%	+0,1%	+4,0%	+4,0%	-0,0%	15,2%	13,1%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	524,55	299,69	8,0%	4,4%	-2,8%	-2,9%	+0,1%	+2,3%	+1,8%	+0,4%	5,3%	4,3%
04	Affections de l'appareil respiratoire	116,24	184,02	1,8%	2,7%	+5,1%	+3,5%	+1,6%	+2,4%	+2,4%	-0,0%	1,5%	2,7%
05	Affections de l'appareil circulatoire	566,38	964,76	8,6%	14,3%	+2,1%	+1,1%	+1,0%	+3,4%	+3,3%	+0,1%	10,2%	20,5%
06	Affections du tube digestif	1 588,08	1 049,31	24,1%	15,5%	-0,6%	+0,4%	-1,0%	+5,2%	+5,9%	-0,6%	48,9%	33,3%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	126,65	181,08	1,9%	2,7%	-0,2%	+0,4%	-0,6%	+1,2%	+1,9%	-0,7%	1,3%	1,4%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	935,68	1 408,31	14,2%	20,8%	+1,4%	+0,4%	+1,0%	+2,1%	+2,1%	+0,0%	10,7%	18,6%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	318,94	235,33	4,8%	3,5%	+3,5%	+2,1%	+1,4%	+1,3%	+2,8%	-1,4%	4,9%	2,0%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	91,38	201,53	1,4%	3,0%	+2,6%	+1,7%	+0,9%	+5,5%	+5,0%	+0,5%	2,4%	6,7%
11	Affections du rein et des voies urinaires	247,08	282,20	3,8%	4,2%	+1,9%	+1,7%	+0,2%	+0,9%	-0,1%	+1,0%	-0,2%	1,6%
12	Affections de l'appareil génital masculin	186,94	192,67	2,8%	2,8%	+2,1%	+0,8%	+1,2%	+1,9%	+1,8%	+0,1%	1,9%	2,3%
13	Affections de l'appareil génital féminin	219,00	217,50	3,3%	3,2%	-3,3%	-2,6%	-0,7%	-1,7%	-1,4%	-0,3%	-1,7%	-2,4%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	241,20	311,66	3,7%	4,6%	-5,2%	-5,0%	-0,2%	-5,1%	-4,8%	-0,4%	-6,8%	-10,8%
15	Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale	185,28	143,04	2,8%	2,1%	-4,5%	-4,9%	+0,4%	-5,1%	-5,0%	-0,2%	-5,4%	-4,9%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	37,61	49,48	0,6%	0,7%	+0,8%	+1,0%	-0,2%	+3,9%	+3,0%	+0,9%	0,6%	1,2%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33,70	46,82	0,5%	0,7%	-1,9%	-1,6%	-0,3%	+4,7%	+3,9%	+0,7%	0,7%	1,3%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	9,31	15,58	0,1%	0,2%	+7,9%	+0,8%	+7,0%	+5,8%	+5,1%	+0,6%	0,3%	0,5%
19	Maladies et troubles mentaux	8,82	9,93	0,1%	0,1%	+5,5%	+3,8%	+1,6%	+0,9%	+2,4%	-1,4%	0,1%	0,1%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	16,56	12,16	0,3%	0,2%	-1,2%	+4,7%	-5,7%	+3,0%	+5,5%	-2,4%	0,5%	0,2%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	27,13	34,49	0,4%	0,5%	+2,3%	+1,2%	+1,1%	-3,0%	-3,9%	+1,0%	-0,6%	-0,7%
22	Brûlures	0,28	0,38	0,0%	0,0%	+8,5%	-2,7%	+11,6%	+0,9%	+10,8%	-8,9%	0,0%	0,0%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	187,52	215,86	2,8%	3,2%	+5,0%	+6,6%	-1,4%	+4,4%	+6,2%	-1,7%	6,1%	5,8%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0,13	0,45	0,0%	0,0%	+19,5%	+15,6%	+3,4%	+22,5%	-5,7%	+29,9%	0,0%	0,1%
26	Traumatismes multiples graves	0,23	1,45	0,0%	0,0%	-6,3%	-11,3%	+5,6%	+16,0%	+17,3%	-1,1%	0,0%	0,1%
Total France		6 580,53	6 764,79	100,0%	100,0%	+0,8%	+0,4%	+0,4%	+2,4%	+2,8%	-0,4%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

Annexes 2

Evolution des séjours MCO par catégorie d'activités de soins (CAS) Secteur ex-DG

Déclinaison par catégorie d'activité de soins (hors forfaits/séances) :

- Les séjours sans acte classant (c'est-à-dire la médecine) représentent plus de la moitié des séjours (hors forfaits/séances) et du volume économique du secteur. Ils contribuent à près de 60% de la croissance du volume économique.
- Les séjours sans acte classant avec nuitée(s) concentrent 41% des séjours et représentent près de la moitié du volume économique du secteur.
- La chirurgie ambulatoire reste la catégorie qui affiche la plus forte progression (+11,2% en volume économique, +8,7% en nombre de séjours) et contribue à elle seule à 19,8% de la croissance du nombre de séjours 2016 par rapport à 2015 (26,6% en 2014).
- Les techniques peu invasives sont également très dynamiques, avec une progression en volume économique de +7,6%.
- L'activité d'obstétrique est en diminution de -0,6% en nombre de séjours, comme en 2015.

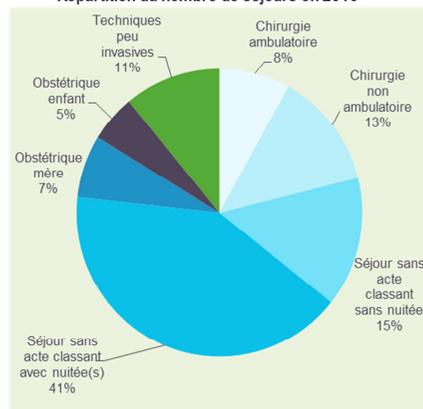
Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution 2014/2015			Evolution 2015/2016			Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
					Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure	Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure		
Chirurgie ambulatoire	939,55	1 338,71	8,0%	4,6%	+10,9%	+8,0%	+2,7%	+11,2%	+8,7%	+2,3%	26,6%	19,7%
Chirurgie non ambulatoire	1 533,10	7 993,84	13,1%	27,6%	+1,3%	-1,6%	+2,9%	+0,4%	-1,7%	+2,1%	-9,2%	4,5%
Total chirurgie	2 472,64	9 332,55	21,1%	32,3%	+2,5%	+1,6%	+0,8%	+1,8%	+2,0%	-0,2%	17,4%	24,2%
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 711,01	1 041,71	14,6%	3,6%	+2,4%	+2,4%	+0,0%	+5,0%	+4,8%	+0,2%	27,4%	7,2%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	4 810,11	14 160,02	41,0%	48,9%	+3,1%	+1,4%	+1,7%	+2,6%	+1,7%	+0,9%	28,5%	52,1%
Total séjour sans acte classant	6 521,12	15 201,73	55,6%	52,5%	+3,0%	+1,6%	+1,4%	+2,7%	+2,5%	+0,2%	56,0%	59,3%
Obstétrique mère	821,94	1 712,24	7,0%	5,9%	-1,6%	-1,7%	+0,0%	-0,8%	-0,6%	-0,1%	-1,8%	-1,9%
Obstétrique enfant	623,18	853,41	5,3%	2,9%	-0,9%	-1,5%	+0,7%	-0,4%	-0,7%	+0,3%	-1,5%	-0,5%
Total Obstétrique	1 445,12	2 565,65	12,3%	8,9%	-1,4%	-1,6%	+0,2%	-0,6%	-0,6%	+0,0%	-3,3%	-2,4%
Techniques peu invasives	1 279,79	1 831,45	10,9%	6,3%	+6,0%	+4,8%	+1,2%	+7,6%	+7,1%	+0,4%	29,9%	18,9%
Total France	11 718,67	28 931,38	100,0%	100,0%	+2,6%	+1,5%	+1,1%	+2,4%	+2,5%	-0,1%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

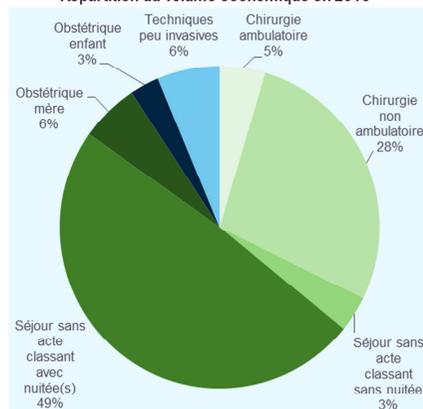
2016	Nombre de patients, en milliers (hors séances)	Part en patients	Nombre moyen de séjours par patient
Chirurgie ambulatoire	814,27	10,9%	1,14
Chirurgie non ambulatoire	1 363,53	18,3%	1,11
Total chirurgie	2 107,03	28,3%	1,16
Séjour sans acte classant sans nuitée	1 193,30	16,0%	1,41
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	3 170,65	42,6%	1,50
Total séjour sans acte classant	4 007,80	53,8%	1,61
Obstétrique mère	660,24	8,9%	1,21
Obstétrique enfant	573,22	7,7%	1,04
Total Obstétrique	1 233,46	16,6%	1,13
Techniques peu invasives	1 091,01	14,7%	1,16
Total France	7 444,27	100,0%	1,55

* Taux de chaînage précisés dans l'onglet Descriptif

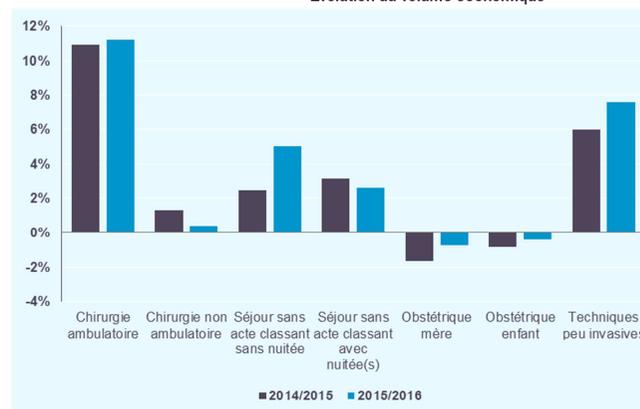
Répartition du nombre de séjours en 2016



Répartition du volume économique en 2016



Evolution du volume économique



Annexes 2

Evolution des séjours MCO par catégorie d'activités de soins (CAS) Secteur ex-OQN

Déclinaison par catégorie d'activité de soins (hors séances) :

- En 2016, la chirurgie et les techniques peu invasives sont les deux catégories d'activité de soins les plus ciblées par le secteur ex-OQN. Elles représentent respectivement 48,6% et 30,7% des séjours.
- 59% des séjours de chirurgie sont pris en charge en ambulatoire. Leurs évolutions en nombre de séjours et en volume économique sont plus élevées en 2016 qu'en 2015 (respectivement +6,5% et +8,7%) et elles contribuent à plus de 60% de la croissance dans ce secteur de financement.
- Les activités de chirurgie non ambulatoire et d'obstétrique (mère et enfant) continuent de diminuer en 2016.

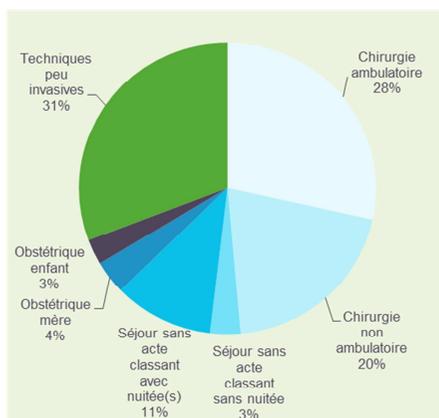
Catégorie d'activité de soins	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution volume économique 2014/2015	Evolution nombre de séjours 2014/2015	Effet structure 2014/2015	Evolution volume économique 2015/2016	Evolution nombre de séjours 2015/2016	Effet structure 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
Chirurgie ambulatoire	1 871,93	1 279,32	28,4%	18,9%	+7,7%	+4,9%	+2,7%	+8,7%	+6,5%	+2,1%	63,4%	65,5%
Chirurgie non ambulatoire	1 325,17	2 817,27	20,1%	41,6%	-2,0%	-4,9%	+3,0%	-0,8%	-3,9%	+3,2%	-29,6%	-14,7%
Total chirurgie	3 197,10	4 096,59	48,6%	60,6%	+0,6%	+0,4%	+0,3%	+2,0%	+1,9%	+0,0%	33,9%	50,8%
Séjour sans acte classant sans nuitée	218,90	73,15	3,3%	1,1%	+3,6%	+2,7%	+0,8%	+7,0%	+6,1%	+0,8%	7,0%	3,1%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	714,81	992,52	10,9%	14,7%	+2,3%	+0,0%	+2,3%	+2,8%	+1,6%	+1,1%	6,2%	16,9%
Total séjour sans acte classant	933,71	1 065,66	14,2%	15,8%	+2,4%	+0,6%	+1,8%	+3,0%	+2,6%	+0,4%	13,2%	20,0%
Obstétrique mère	241,20	311,66	3,7%	4,6%	-5,2%	-5,0%	-0,2%	-5,1%	-4,8%	-0,4%	-6,8%	-10,8%
Obstétrique enfant	185,28	143,04	2,8%	2,1%	-4,5%	-4,9%	+0,4%	-5,1%	-5,0%	-0,2%	-5,4%	-4,9%
Total Obstétrique	426,48	454,71	6,5%	6,7%	-5,0%	-4,9%	-0,1%	-5,1%	-4,9%	-0,3%	-12,1%	-15,7%
Techniques peu invasives	2 023,24	1 147,83	30,7%	17,0%	+2,8%	+1,6%	+1,2%	+6,5%	+6,1%	+0,4%	65,1%	44,9%
Total France	6 580,53	6 764,79	100,0%	100,0%	+0,8%	+0,4%	+0,4%	+2,4%	+2,8%	-0,4%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

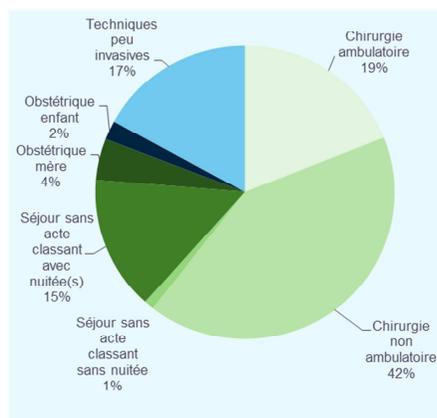
2016	Nombre de patients, en milliers (hors séances)	Part en patients	Nombre moyen de séjours par patient
Chirurgie ambulatoire	1 579,7	30,3%	1,18
Chirurgie non ambulatoire	1 201,2	23,1%	1,10
Total chirurgie	2 698,9	51,9%	1,18
Séjour sans acte classant sans nuitée	179,3	3,4%	1,21
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	560,8	10,8%	1,27
Total séjour sans acte classant	715,9	13,8%	1,30
Obstétrique mère	210,4	4,0%	1,14
Obstétrique enfant	181,4	3,5%	1,01
Total Obstétrique	391,8	7,5%	1,08
Techniques peu invasives	1 865,1	35,8%	1,08
Total France	5 205,0	100,0%	1,26

* Taux de chaînage précisés dans l'onglet Descriptif

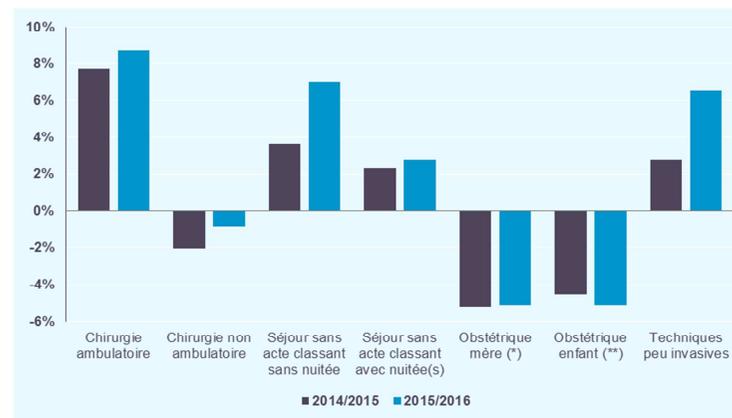
Répartition du nombre de séjours en 2016



Répartition du volume économique en 2016



Evolution du volume économique



Annexes 3

Evolution des séjours MCO par catégorie majeure de diagnostic (CMD) Secteur ex-DG

Déclinaison par catégorie majeure de diagnostic (hors forfaits/séances) :

- Les affections du système digestif (CMD 6) et les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) concentrent la part la plus importante de séjours avec respectivement 10,9% et 10,3% des séjours. Viennent ensuite les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) avec 9,3% des séjours. Ces trois CMD sont également celles qui représentent la plus grande part d'activité en volume économique mais dans un ordre différent. Elles contribuent à 41% de la croissance du volume économique.

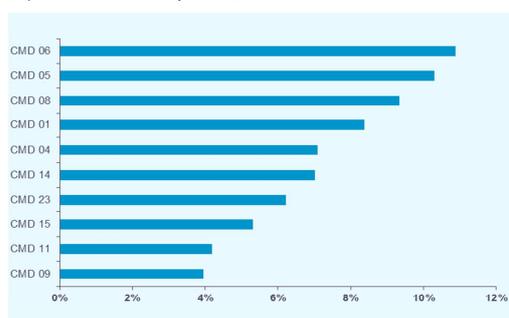
- 4 CMD contribuent chacune pour plus de 10% à la croissance du volume économique : les affections du système nerveux (CMD 1), les affections du système digestif (CMD 6), les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) et les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 8). Au total, elles contribuent à 55% de la croissance du volume économique.

- L'activité de six CMD est en diminution en 2016 contre huit en 2015. La baisse la plus accentuée concerne les maladies dues à une infection par le VIH (CMD 25 : -3,5%). La diminution observée en 2016 est inférieure à celle constatée en 2015.

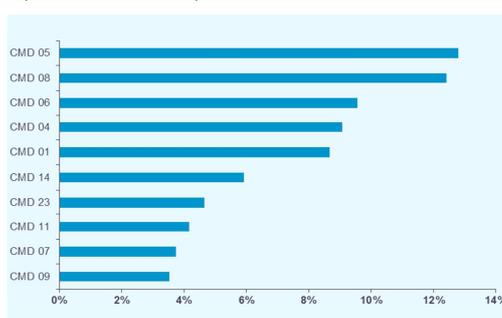
Catégorie majeure de diagnostic	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution 2014/2015			Evolution 2015/2016			Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
					Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure	Evolution volume économique	Evolution nombre de séjours	Effet structure		
01 Affections du système nerveux	981,49	2 510,44	8,4%	8,7%	2,3%	+2,2%	+0,1%	+4,1%	+4,8%	-0,6%	+15,8%	14,6%
02 Affections de l'oeil	348,92	519,67	3,0%	1,8%	3,3%	+3,4%	-0,0%	+4,6%	+4,7%	-0,0%	+5,5%	3,3%
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	405,48	688,68	3,5%	2,4%	1,6%	+1,7%	-0,1%	+1,9%	+2,3%	-0,4%	+3,2%	1,9%
04 Affections de l'appareil respiratoire	830,53	2 627,78	7,1%	9,1%	7,1%	+6,7%	+0,4%	+1,5%	+2,8%	-1,3%	+7,8%	5,5%
05 Affections de l'appareil circulatoire	1 207,48	3 703,02	10,3%	12,8%	3,1%	+2,2%	+0,8%	+2,7%	+3,7%	-0,9%	+15,2%	14,4%
06 Affections du tube digestif	1 275,87	2 763,69	10,9%	9,6%	3,1%	+3,5%	-0,5%	+3,3%	+4,8%	-1,5%	+20,5%	12,7%
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	338,66	1 084,91	2,9%	3,7%	3,1%	+2,1%	+1,0%	+1,7%	+1,2%	+0,6%	+1,4%	2,7%
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 093,63	3 591,21	9,3%	12,4%	2,9%	+1,1%	+1,7%	+2,6%	+2,1%	+0,8%	+7,8%	13,4%
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	463,73	1 021,83	4,0%	3,5%	4,2%	+1,4%	+2,7%	+2,4%	+1,9%	+0,5%	+3,0%	3,5%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	410,17	936,14	3,5%	3,2%	2,9%	+1,5%	+1,3%	+4,3%	+3,7%	+0,6%	+5,2%	5,7%
11 Affections du rein et des voies urinaires	490,03	1 207,54	4,2%	4,2%	3,6%	+2,5%	+1,1%	+3,3%	+2,7%	+0,5%	+4,6%	5,6%
12 Affections de l'appareil génital masculin	144,31	334,21	1,2%	1,2%	5,1%	+3,1%	+2,0%	+3,9%	+2,1%	+1,7%	+1,0%	1,8%
13 Affections de l'appareil génital féminin	275,95	547,87	2,4%	1,9%	-0,8%	-0,8%	-0,1%	+1,3%	+1,1%	+0,2%	+1,1%	1,0%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	821,94	1 712,24	7,0%	5,9%	-1,6%	-1,7%	+0,0%	-0,8%	-0,6%	-0,1%	-1,8%	-1,9%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	623,18	853,41	5,3%	2,9%	-0,9%	-1,5%	+0,7%	-0,4%	-0,7%	+0,3%	-1,5%	-0,5%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	212,31	557,76	1,8%	1,9%	3,1%	+0,8%	+2,2%	+3,9%	+2,9%	+0,9%	+2,1%	3,1%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	256,13	807,81	2,2%	2,8%	0,7%	-2,3%	+3,1%	+3,0%	-0,3%	+3,3%	-0,2%	3,5%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	114,76	338,14	1,0%	1,2%	0,0%	-3,0%	+3,1%	+2,6%	+0,7%	+1,9%	+0,3%	1,3%
19 Maladies et troubles mentaux	291,78	590,37	2,5%	2,0%	1,9%	+1,6%	+0,2%	+1,8%	+2,9%	-1,1%	+2,9%	1,5%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	204,68	285,85	1,7%	1,0%	-1,2%	-2,0%	+0,8%	+3,8%	+2,4%	+1,4%	+1,7%	1,5%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	156,77	293,42	1,3%	1,0%	-0,3%	-3,1%	+2,8%	-0,4%	-1,3%	+0,9%	-0,7%	-0,2%
22 Brûlures	11,62	88,71	0,1%	0,3%	-0,7%	-4,2%	+3,6%	+2,4%	-0,3%	+2,7%	-0,0%	0,3%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	728,83	1 344,43	6,2%	4,6%	1,6%	+1,1%	+0,5%	+2,0%	+2,0%	-0,1%	+5,1%	3,8%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	8,25	53,13	0,1%	0,2%	-1,6%	-4,1%	+2,6%	-3,5%	-3,5%	+0,1%	-0,1%	-0,3%
26 Traumatismes multiples graves	10,99	127,21	0,1%	0,4%	5,2%	+5,9%	-0,6%	+4,9%	+6,0%	-1,0%	+0,2%	0,9%
27 Transplantations d'organes	11,20	341,92	0,1%	1,2%	5,8%	+4,3%	+1,4%	+1,8%	+1,6%	+0,2%	+0,1%	0,9%
Total France	11 718,67	28 931,38	100,0%	100,0%	2,6%	+1,5%	+1,1%	+2,4%	+2,5%	-0,1%	+100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

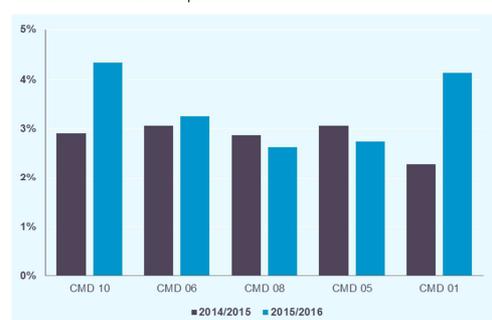
10 CMD les plus fréquentes en nombre de séjours, hors séances
Répartition du nombre de séjours en 2016



10 CMD les plus fréquentes en volume économique, hors séances
Répartition du volume économique en 2016



Les 5 CMD contribuant le plus à la croissance du volume économique, hors séances
Evolution du volume économique



Annexes 3

Evolution des séjours MCO par catégorie majeure de diagnostic (CMD) Secteur ex-OQN

Déclinaison par catégorie majeure de diagnostic (hors séances) :

- En 2016, 24,1% des séjours correspondent à des affections du tube digestif (CMD 06), ce qui représente 15,5% du volume économique des établissements ex-OQN.

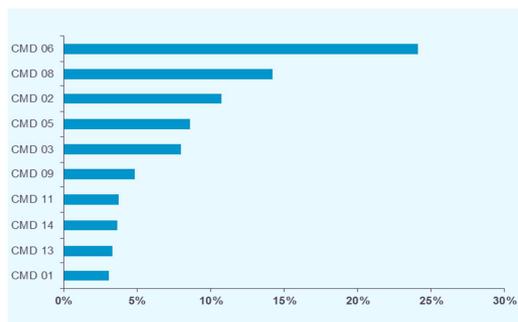
- Les CMD qui contribuent le plus à la croissance globale des séjours et du volume économique sont les affections de l'oeil (CMD 02), les affections de l'appareil respiratoire (CMD 05), les affections du tube digestif (CMD 06) et les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (CMD 08)

- Les catégories majeures d'obstétrique (CMD 14 et 15) et les affections de l'appareil génital féminin (CMD 13) représentent près de 10% des séjours du secteur de financement et diminuent en nombre de séjours comme en volume économique en 2016.

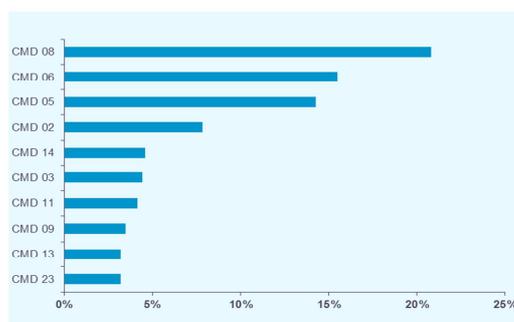
Catégorie majeure de diagnostic (CMD)	Nombre de séjours 2016	Volume économique 2016	Part en séjours 2016	Part en volume économique 2016	Evolution volume économique 2014/2015	Evolution nombre de séjours 2014/2015	Effet structure 2014/2015	Evolution volume économique 2015/2016	Evolution nombre de séjours 2015/2016	Effet structure 2015/2016	Contribution à la croissance en séjours 2015/2016	Contribution à la croissance en volume 2015/2016
01 Affections du système nerveux	204,12	177,25	3,1%	2,8%	+1,8%	+0,4%	+1,4%	+2,8%	+3,9%	-1,1%	4,3%	3,1%
02 Affections de l'oeil	707,73	529,84	10,8%	7,8%	+3,4%	+3,2%	+0,1%	+4,0%	+4,0%	-0,0%	15,2%	13,1%
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	524,55	299,69	8,0%	4,4%	-2,8%	-2,9%	+0,1%	+2,3%	+1,8%	+0,4%	5,3%	4,3%
04 Affections de l'appareil respiratoire	116,24	184,02	1,8%	2,7%	+5,1%	+3,5%	+1,6%	+2,4%	+2,4%	-0,0%	1,5%	2,7%
05 Affections de l'appareil circulatoire	566,38	964,76	8,6%	14,3%	+2,1%	+1,1%	+1,0%	+3,4%	+3,3%	+0,1%	10,2%	20,5%
06 Affections du tube digestif	1 688,08	1 040,31	24,1%	15,6%	-0,6%	+0,4%	-1,0%	+5,2%	+5,0%	-0,6%	48,9%	33,3%
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	126,65	181,08	1,9%	2,7%	-0,2%	+0,4%	-0,6%	+1,2%	+1,9%	-0,7%	1,3%	1,4%
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	935,68	1 408,31	14,2%	20,8%	+1,4%	+0,4%	+1,0%	+2,1%	+2,1%	+0,0%	10,7%	18,6%
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	318,94	235,33	4,8%	3,5%	+3,5%	+2,1%	+1,4%	+1,3%	+2,8%	-1,4%	4,9%	2,0%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	91,38	201,53	1,4%	3,0%	+2,6%	+1,7%	+0,9%	+5,5%	+5,0%	+0,5%	2,4%	6,7%
11 Affections du rein et des voies urinaires	247,08	282,20	3,8%	4,2%	+1,9%	+1,7%	+0,2%	+0,9%	-0,1%	+1,0%	-0,2%	1,6%
12 Affections de l'appareil génital masculin	186,94	192,67	2,8%	2,8%	+2,1%	+0,8%	+1,2%	+1,9%	+1,8%	+0,1%	1,9%	2,3%
13 Affections de l'appareil génital féminin	219,00	217,50	3,3%	3,2%	-3,3%	-2,6%	-0,7%	-1,7%	-1,4%	-0,3%	-1,7%	-2,4%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	241,20	311,66	3,7%	4,6%	-5,2%	-5,0%	-0,2%	-5,1%	-4,8%	-0,4%	-6,8%	-10,8%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	185,28	143,04	2,8%	2,1%	-4,5%	-4,9%	+0,4%	-5,1%	-5,0%	-0,2%	-5,4%	-4,9%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	37,61	49,48	0,6%	0,7%	+0,8%	+1,0%	-0,2%	+3,9%	+3,0%	+0,9%	0,6%	1,2%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33,70	46,82	0,5%	0,7%	-1,9%	-1,6%	-0,3%	+4,7%	+3,9%	+0,7%	0,7%	1,3%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	9,31	15,58	0,1%	0,2%	+7,9%	+0,8%	+7,0%	+5,8%	+5,1%	+0,6%	0,3%	0,5%
19 Maladies et troubles mentaux	8,82	9,93	0,1%	0,1%	+5,5%	+3,8%	+1,6%	+0,9%	+2,4%	-1,4%	0,1%	0,1%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	16,56	12,16	0,3%	0,2%	-1,2%	+4,7%	-5,7%	+3,0%	+5,5%	-2,4%	0,5%	0,2%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	27,13	34,49	0,4%	0,5%	+2,3%	+1,2%	+1,1%	-3,0%	-3,9%	+1,0%	-0,6%	-0,7%
22 Brûlures	0,28	0,38	0,0%	0,0%	+8,5%	-2,7%	+11,6%	+0,9%	+10,8%	-8,9%	0,0%	0,0%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	187,52	215,86	2,8%	3,2%	+5,0%	+6,6%	-1,4%	+4,4%	+6,2%	-1,7%	6,1%	5,8%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	0,13	0,45	0,0%	0,0%	+19,5%	+15,6%	+3,4%	+22,5%	-5,7%	+29,9%	0,0%	0,1%
26 Traumatismes multiples graves	0,23	1,45	0,0%	0,0%	-6,3%	-11,3%	+5,6%	+16,0%	+17,3%	-1,1%	0,0%	0,1%
Total France	6 580,53	6 764,79	100,0%	100,0%	+0,8%	+0,4%	+0,4%	+2,4%	+2,8%	-0,4%	100,0%	100,0%

Séjours en milliers - Montants en M€

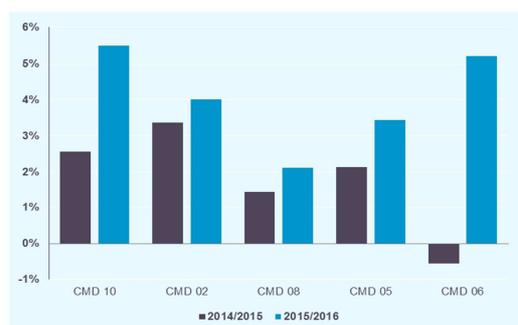
10 CMD les plus fréquentes en nombre de séjours, hors séances
Répartition du nombre de séjours en 2016



10 CMD les plus fréquentes en volume économique, hors séances
Répartition du volume économique en 2016



Les 5 CMD contribuant le plus à la croissance du volume économique, hors séances
Evolution du volume économique



Annexe 4
Liste et montant des dotations MIGAC 2016 (source HAPI)

Code	Intitulé Juin 2016	Montant notifié en 2016 en €
B02	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	1 573 206 959 €
C03	Le financement des activités de recours exceptionnel	49 514 796 €
D04	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	24 449 885 €
D05	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	14 324 461 €
D06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en oncologie (PHRCK)	3 105 753 €
D07	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	4 912 840 €
D09	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	490 149 €
D10	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en oncologie (PRTK)	930 660 €
D11	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	3 511 050 €
D12	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	1 077 376 €
D19	L'effort d'expertise des établissements de santé	2 010 500 €
D20	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	3 743 862 €
D21	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	4 445 898 €
D22	Les programmes de recherche médico-économique en oncologie (PRMEK)	401 041 €
D23	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	56 710 245 €
D24	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	14 177 556 €
D25	Investigation	40 792 708 €
D26	Coordination territoriale	13 822 163 €
D27	Qualité et performance de la recherche biomédicale à la promotion industrielle	19 978 990 €
E01	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	4 120 000 €
E02	Le financement des études médicales	661 381 735 €
F01	Les centres mémoire de ressources et de recherche	12 113 486 €
F03	Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	9 691 555 €
F04	Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	96 520 153 €
F05	Les centres de référence sur l'hémophilie	5 033 358 €
F06	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	18 454 332 €
F07	Les centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA)	6 699 998 €
F08	La mortalité périnatale	3 642 384 €
F09	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	8 741 368 €
F10	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)	7 617 897 €
F11	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	3 017 720 €
F12	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	13 979 879 €
F13	Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	4 259 080 €
F14	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique	13 166 733 €
F15	Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	1 367 258 €
F16	Les réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	6 522 885 €

F17	Les filières de santé pour les maladies rares	10 073 528 €
G02	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en attente de leur agrément	398 112 153 €
G03	Les actes de biologie, les actes d'anatomo-cyto-pathologie et les actes dentaires non-inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués	380 171 411 €
G05	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	3 249 652 €
H01	Les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) mentionnés à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale	5 807 020 €
H02	Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	5 255 265 €
H03	Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	8 465 667 €
H04	Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique	10 004 688 €
H05	Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	4 616 802 €
H06	Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	8 697 808 €
H07	Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	3 602 886 €
H08	Le Centre national de ressources de la douleur	351 530 €
H09	Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	1 207 610 €
H11	Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	40 585 840 €
H12	Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	775 837 €
I01	Les équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLISA)	1 826 026 €
I03	Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	515 458 €
I04	Les équipes de cancérologie pédiatrique	17 814 662 €
J01	Les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	7 422 900 €
J02	Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	17 655 080 €
J03	Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	1 358 754 €
J04	Les prélèvements de sang placentaire	1 937 487 €
K01	Les réseaux de télésanté, notamment la télémedecine	317 967 €
K02	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	14 455 471 €
K03	Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	5 365 067 €
M01	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine	114 748 €
N01	les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	5 224 724 €
O01	Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	717 596 €
O02	La mise en oeuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	3 912 067 €
O03	L'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	12 515 005 €
P01	Les consultations mémoire	100 230 €
P02	Les consultations hospitalières d'addictologie	52 543 157 €
P03	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer	581 445 €
P04	Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	61 053 640 €

P05	Les consultations hospitalières de génétique	34 048 805 €
P06	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile	21 027 227 €
P08	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	341 923 €
P09	La coordination des parcours de soins en cancérologie	2 450 000 €
P10	Les centres experts de la maladie de Parkinson	2 466 066 €
P11	Les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	3 750 558 €
P12	Primoprescription de chimiothérapies orales	1 000 440 €
Q01	Les services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique	245 437 728 €
Q02	Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique	753 772 335 €
Q03	Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultation	921 980 €
Q04	Obésité	1 076 159 €
Q05	Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	4 453 501 €
Q06	Aide médicale urgente en milieu périlleux	2 647 622 €
R02	La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des cris	14 589 327 €
R03	La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8	611 006 €
R04	La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité	5 783 493 €
R05	Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État	1 127 970 €
R06	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	55 765 800 €
S01	Peuvent être pris en charge, pour les ES chargés d'assurer la permanence des soins (article L. 6112-1 du code de la SP) et au titre de l'accueil, du suivi de la prise en charge des patients, quel que soit leur mode d'entrée ,la nuit, le week-end, sa	7 275 028 €
T02	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	18 204 414 €
T03	Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	176 909 184 €
T04	Les chambres sécurisées pour détenus	9 788 592 €
U01	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	157 927 836 €
U02	Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	60 432 182 €
U03	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires	1 803 312 €
V01	Scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	5 756 620 €
V02	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	5 887 811 €
V03	Les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	2 257 443 €
V04	La rémunération des internes en stage hospitalier	688 079 €
V05	L'effort d'expertise des établissements	1 000 €
Tot	Total général	5 392 533 887 €

Annexe 5
Bilan quantitatif des programmes de recherche ministériels 2011-2016
(Autorisations de programme allouées)

Programmes de recherche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Translational	3 262 000	5 339 745	12 526 429	6 860 672	5 955 903	2 914 943
Clinique	100 034 950	79 567 989	75 319 254	92 221 701	104 052 433	104 699 348
Médico-économique	10 731 026	11 167 934	12 893 544	18 814 047	9 708 207	7 000 748
Organisationnel	1 744 500	6 808 746	8 325 056	14 568 161	6 731 845	13 172 276
Paramédical	1 221 000	1 271 219	2 098 889	4 418 369	3 678 962	3 019 912
TOTAL (AE)	116 993 476	104 155 633	111 163 172	136 882 950	130 127 350	130 807 227