



**Les
réalisations
de la campagne
budgétaire
2010**

*Analyse
du volume
MCO*

**Service Financement des établissements de santé
Pôle suivi de l'ONDAM hospitalier**



PLAN

I. Synthèse de l'analyse du volume	5
II. FICHE méthodologique	9
II.1 Du suivi des dépenses à l'analyse du volume	9
II.2 Méthodologie d'analyse du volume d'activité	14
III. FICHES d'analyse du secteur ex-DG	17
III.1 Analyse du volume par catégorie d'établissements	17
III.2 Analyse du volume par classe d'âge	19
III.3 Analyse du volume par catégorie de prise en charge	21
III.4 Analyse du volume par catégorie d'activités de soins (CAS)	23
III.5 Analyse par niveau de sévérité	25
III.6 Analyse du volume par catégorie majeure de diagnostic (CMD)	29
III.7 Analyse du volume par domaine d'activité (DA)	33
III.8 Analyse du volume par racine	35
III.8.1 Analyse des racines qui contribuent le plus à la croissance	35
III.8.2 Analyse des racines « légères » et « lourdes »	37
III.8.3 Analyse des racines « chaudes » – « froides »	39
III.9 Analyse du volume par GHM	43
III.10 Focus sur les séances	45
III.11 Analyse du volume par région	47
IV. FICHES d'analyse du secteur ex-OQN	49
IV.1 Analyse du volume par catégorie d'établissements	49
IV.2 Analyse du volume par classe d'âge	51
IV.3 Analyse du volume selon le type de prise en charge	52
IV.4 Analyse du volume par catégorie d'activités de soins (CAS)	54
IV.5 Analyse par niveau de sévérité	56
IV.6 Analyse du volume par catégorie majeure de diagnostic (CMD)	59
IV.7 Analyse du volume par domaine d'activités (DA)	63
IV.8 Analyse du volume par racine	65
IV.8.1 Analyse des racines qui font la croissance	65
IV.8.2 Analyse des racines « légères » et « lourdes »	67
IV.8.3 Analyse des racines « chaudes » – « froides »	68
IV.9 Analyse du volume par GHM	71
IV.10 Focus sur les séances	73
IV.11 Analyse du volume par région	75
V. Focus particuliers sur l'activité hors GHS	77
V.1 Hospitalisation à domicile	77
V.2 Dialyse	79
V.3 Suppléments journaliers	81

I. Synthèse de l'analyse du volume

- Secteur ex DG

Evolution globale de l'activité

Le volume économique relatif aux séjours (hors suppléments) sur l'année 2010 est en augmentation par rapport à 2009 de **+2,8%** avec une hausse du nombre de séjours de +1,7% et un effet structure de +1,1%.

Pour mémoire entre 2008 et 2009, en date de soins, le volume économique était en augmentation de **+3,8%** avec une hausse du nombre de séjours de +1,6% et un effet structure de +2,1%.

L'évolution du nombre physique de séjours entre 2009 et 2010 est donc similaire à celle qui a été observée entre 2008 et 2009. En revanche, l'effet structure observé entre 2009 et 2010 est nettement inférieur à celui qui avait été observé entre 2008 et 2009.

Analyse détaillée de l'activité

- L'analyse en termes de **catégorie d'établissements** (Cf. [FICHE III.1 : Analyse du volume par catégorie d'établissements](#)) révèle que les CH produisent la moitié des séjours. Les CLCC et les EBNL connaissent de fortes évolutions.

- L'étude par **classe d'âge** (Cf. [FICHE III.2: Analyse du volume par classe d'âge](#)) indique que les séjours ayant concerné des patients d'au moins 80 ans représentent en 2010 14% des séjours et 21% du volume économique. Ces séjours sont en forte hausse entre 2009 et 2010 : +5,5% en nombre de séjours et +6,3% en volume économique.

- S'agissant des types de **prise en charge** (Cf. [FICHE III.3: Analyse du volume par type de prise en charge](#)), l'analyse montre que les séances connaissent une évolution particulièrement dynamique mais elles représentent uniquement 6% du volume économique. L'hospitalisation complète représente 86,3% du volume économique de ce secteur. Les séjours en ambulatoire ont progressé plus vite qu'en hospitalisation complète. Cette progression rapide s'observe particulièrement sur la chirurgie.

- L'analyse par **catégorie d'activités de soins** (Cf. [FICHE III.4: Analyse du volume par catégorie d'activités de soins](#)) indique que la part des séjours en obstétrique est stable, alors que les parts des séjours de chirurgie non ambulatoire et des séjours sans acte classant ont diminué au profit des séjours de chirurgie ambulatoire, des séances et des séjours avec techniques peu invasives.

- L'étude des **niveaux de sévérité** (Cf. [FICHE III.5: Analyse du volume par niveau de sévérité](#)) montre sur les séjours sans actes classant la baisse des séjours de niveau 1 est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés alors que sur la chirurgie, cette baisse s'explique par une hausse de la prise en charge en ambulatoire.

- Pour les **catégories majeures de diagnostics** (Cf. [FICHE III.6: Analyse du volume par CMD](#)), celles qui contribuent le plus à la croissance sont la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), la CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) et la CMD 1 (Affections du système nerveux).

- L'analyse par **domaine d'activités** (Cf. [FICHE III.7: Analyse du volume par DA](#)) indique que, séances mises à part, les trois domaines d'activités qui contribuent le plus à la croissance entre 2009 et 2010 sont le DA 2 (Orthopédie traumatologie), le DA 9 (Pneumologie) et le DA 5 (Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels).

- L'examen par **racine** (Cf. [FICHE III.8: Analyse du volume par racine](#)) apporte trois éclairages différents. Une première approche, basée sur la contribution à la croissance, complète les analyses par CMD et par DA. Une deuxième approche, fondée sur la notion de lourdeur d'activité, révèle que

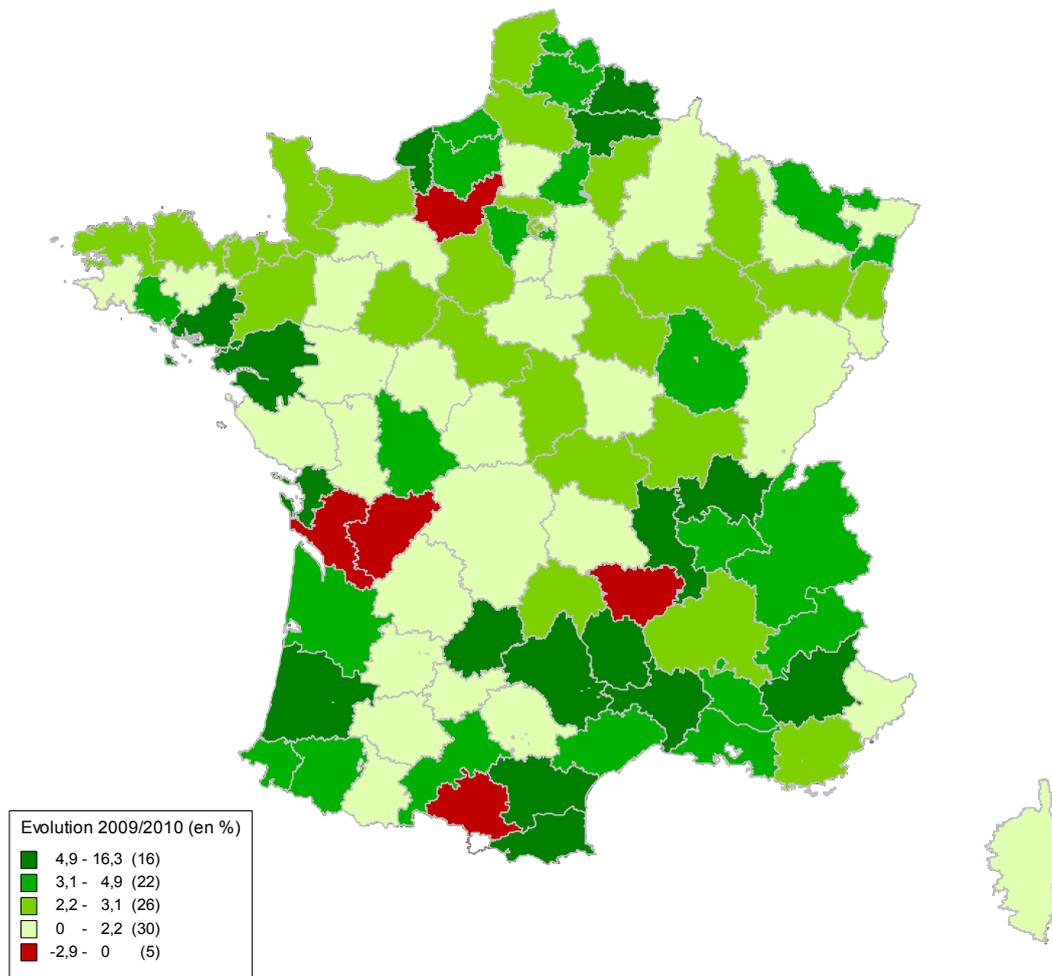
l'évolution du volume économique des racines dites « lourdes » est plus importante que celle des racines « légères » et cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours. La troisième approche se concentre sur 9 couples de racines « chaudes » et « froides » pour lesquels, il apparaît que l'évolution est plus forte que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines. Les racines « chaudes » et « froides » évoluent toutefois selon le même ordre de grandeur et avec la même décomposition entre effet nombre de séjours et effet structure.

- L'analyse par **GHM** (Cf. **FICHES -III.9: Analyse du volume par GHM**) complète l'analyse par racines en montrant que la forte contribution à la croissance s'explique souvent par l'évolution des séjours de niveaux 3 et 4 au sein des racines concernées.

- Un **focus sur les séances** (Cf. **FICHE III.10: Focus sur les séances**) indique que l'évolution du volume économique associé aux séances (+6,2%) s'explique principalement par l'évolution des séances de chimiothérapie (+8,3% en volume économique et +8,5% en nombre de séjours).

- L'analyse par **région** (Cf. **FICHE II.11 : Analyse du volume par région**) indique que l'évolution du volume économique est particulièrement dynamique dans les DOM, ainsi que dans les régions Languedoc-Roussillon (+5,1%), Nord-Pas-de-Calais (+4,0%) et Rhône-Alpes (+4,0%). Une représentation cartographique par territoire de santé illustre et affine ce constat.

Figure 1 : Evolution du volume économique par territoire de santé (Secteur ex-DG)



- Secteur ex OQN

Evolution globale de l'activité

Le volume économique relatif aux séjours (hors suppléments) sur l'année 2010 est en augmentation par rapport à 2009 de **+1,2%** avec une hausse du nombre de séjours de +0,6% et un effet structure de +0,7%.

Pour mémoire entre 2008 et 2009, en date de soins, le volume économique était en augmentation de **+2,5%** avec une hausse du nombre de séjours de +0,7% et un effet structure de +1,9%.

L'évolution du nombre physique de séjours entre 2009 et 2010 est donc similaire à celle observée entre 2008 et 2009. En revanche, l'effet structure observé entre 2009 et 2010 est nettement inférieur à celui qui avait été observé entre 2008 et 2009.

Analyse détaillée de l'activité

- L'analyse par **catégorie d'établissements** (Cf. **FICHE IV.1: Analyse du volume par catégorie d'établissements**) indique que la plus forte évolution de volume économique a été observée pour les établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une activité diversifiée ou une activité de chirurgie associée à une activité en obstétrique.

- L'étude des **classes d'âge** (Cf. **FICHE IV.2: Analyse du volume par classe d'âge**) indique que les séjours ayant concerné des patients d'au moins 80 ans représentent en 2010 10% des séjours et 15% du volume économique. Ces séjours sont en baisse en nombre entre 2009 et 2010 mais se caractérisent par un fort effet structure.

- S'agissant des types de **prise en charge** (Cf. **FICHE IV.3: Analyse du volume par type de prise en charge**), l'analyse révèle que les séjours sans nuitée connaissent une évolution particulièrement dynamique alors que le nombre de séjours en hospitalisation complète est en baisse. Concernant les séances, elles connaissent une légère baisse.

- L'analyse par **catégorie d'activités de soins (CAS)** (Cf. **FICHE IV.4: Analyse du volume par catégorie d'activités de soins**) indique que la part des séjours en obstétrique est stable, alors que les parts des séjours de chirurgie ambulatoire et des séjours avec techniques peu invasives ont augmenté. La part du nombre de séjours des séjours sans acte classant sans nuitée et des séances ont en revanche diminué.

- L'étude des **niveaux de sévérité** (Cf. **FICHE IV.5: Analyse du volume par niveau de sévérité**) indique que, pour les séjours sans acte classant, la baisse des séjours de niveau 1 est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés alors qu'en chirurgie, le nombre de séjours de niveau 1 augmente mais moins rapidement que celui des séjours de niveau J.

- Les **catégories majeures de diagnostics (CMD)** (Cf. **FICHE IV.6: Analyse du volume par CMD**) qui contribuent le plus à la croissance sont la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), la CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) et la CMD 2 (Affections de l'œil).

- L'analyse par **domaine d'activité (DA)** (Cf. **FICHE 0: Analyse du volume par domaine d'activité**) indique que, séances mises à part, les trois domaines d'activité qui contribuent le plus à la croissance entre 2009 et 2010 sont le DA 2 (Orthopédie traumatologie), le DA 11 (Ophtalmologie) et le DA 6 (Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels).

- L'examen par **racine** (Cf. **FICHE IV.8: Analyse du volume par racine**) apporte trois éclairages différents. Une première approche, basée sur la contribution à la croissance, complète les analyses par CMD et par DA. Une deuxième approche, fondée sur la notion de lourdeur d'activité, révèle que l'évolution du volume économique des racines dites «lourdes» est plus importante que celle des racines «légères» et cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours. La troisième approche se concentre sur 9 couples de racines «chaudes» et

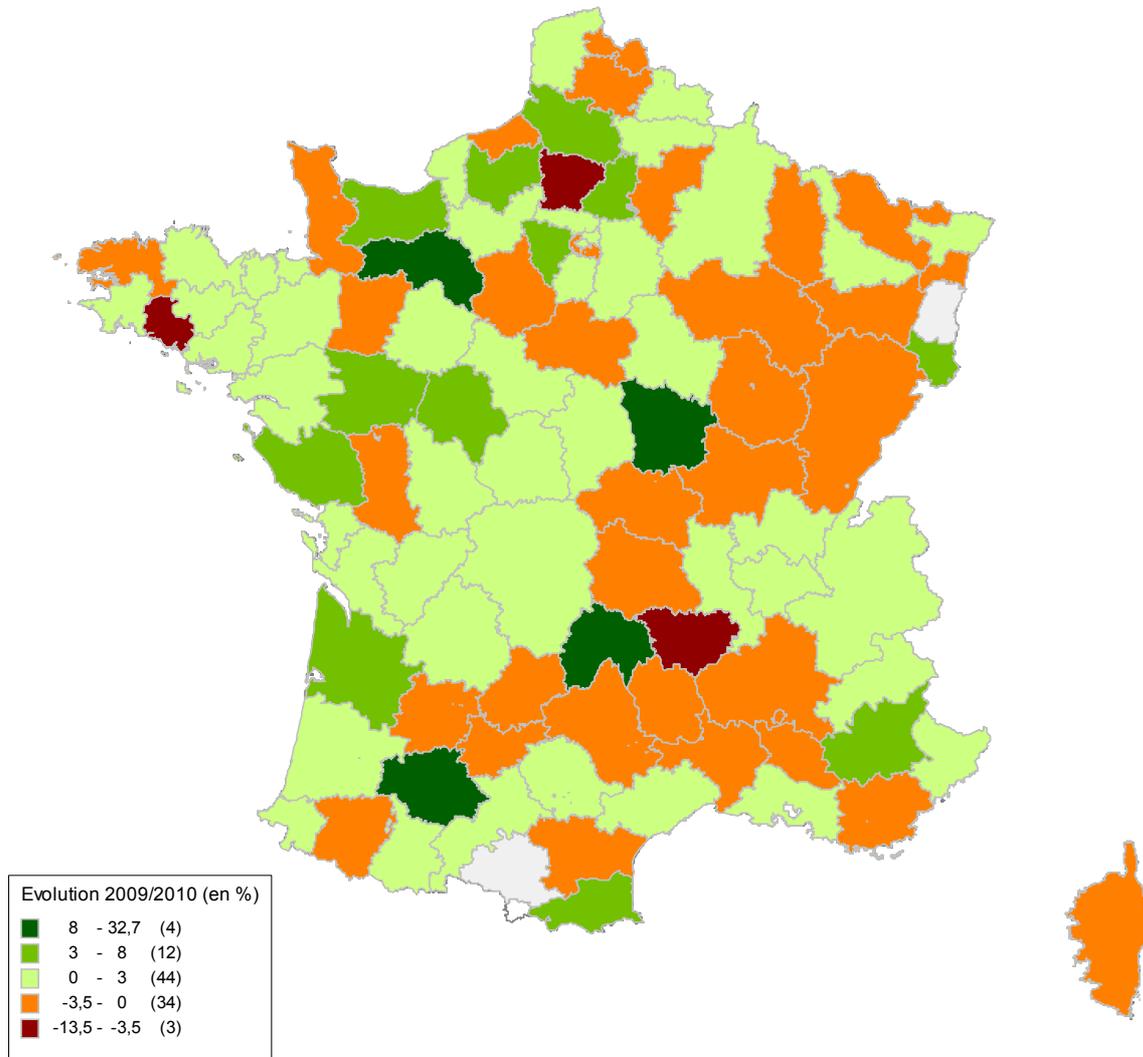
« froides » pour lesquels l'évolution est plus forte que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines. Les racines « chaudes » évoluent plus rapidement que les racines « froides ».

- L'analyse par **GHM (Cf. FICHE IV.9: Analyse du volume par GHM)** complète l'analyse par racine en montrant que la forte contribution à la croissance s'explique souvent par l'évolution des séjours de niveau J au sein des racines concernées.

- Un **focus sur les séances (Cf. FICHE IV.10: Focus sur les séances)** indique que la baisse du volume économique associé aux séances (-0,7%) s'explique principalement par l'évolution des séances de chimiothérapie (-1,0% en volume économique et -0,6% en nombre de séjours).

L'analyse par **région (Cf. FICHE IV.11: Analyse du volume par région)** indique que l'évolution du volume économique est particulièrement dynamique dans les DOM, sauf pour la Guyane ainsi que dans les régions Basse-Normandie (+3,7%) et Picardie (+3,0%). Une représentation cartographique par territoire de santé illustre et affine ce constat.

Figure 2 : Evolution du volume économique par territoire de santé (Secteur ex-OQN)



II. FICHE méthodologique

II.1 Du suivi des dépenses à l'analyse du volume

Rappel des résultats dans le cadre du comité de suivi de l'ONDAM

Le constat réalisé dans le cadre du suivi statistique de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2010 montre une hausse des dépenses relatives à l'ODMCO des établissements **antérieurement sous dotation globale** de +2,7%. Dans ce secteur, l'évolution des recettes liées à l'**activité de la part tarif** est de **+2,6%**.

S'agissant des établissements **antérieurement sous objectif quantifié**, les dépenses relatives à l'ODMCO augmente de +2,2% et dans ce secteur l'évolution des recettes liées à l'**activité de la part tarif** évolue à **+3,2%**.

Il convient de noter que ces taux traduisent également les effets champ, que ce soit ceux dus aux établissements¹ et ceux dus aux mouvements de crédits² et les effets tarifs.

En corrigeant ces effets, l'évolution du volume lié uniquement aux séjours (part GHS, hors suppléments) est pour le secteur ex-DG en **hausse de +2,8%**, et pour le secteur ex-OQN en **hausse de +1,1%**.

L'objet de cette note est d'analyser l'évolution du volume économique des GHS à partir des données d'activité détaillées sur les séjours.

Figure 3 : Evolution des recettes (traduisant les effets champ) et évolution du volume économique des séjours seuls (hors suppléments)

	ex DG	ex OQN
ODMCO	2.7%	2.2%
- Activité à la part tarifs	2.6%	3.2%
- Médicaments	4.8%	-0.4%
- Forfaits	1.9%	-14.8%

Focus sur l'activité des séjours seuls (hors suppléments)

avec neutralisation des effets champs (champ des établissements, transfert de crédits et effet tarif).

C A S E - M I X	2009 v11a / 2010 en v11b	
	ex DG	ex OQN
	2.8%	1.1%
	1.7%	0.5%
	1.0%	0.7%

Evolution du volume économique des séjours
 séjours, yc extrêmes, mais hors séances en sus et hors suppléments
 effet volume (évolution du nombre de séjours)
 effet structure (comprenant :
 - changement de structure à classification constante
 - changement de classification)

¹ Par exemple, l'entrée en 2010 en T2A de la Guyane

² Par exemple, le transfert de l'ODMCO vers l'enveloppe MIGAC des crédits finançant la précarité et la permanence des soins.

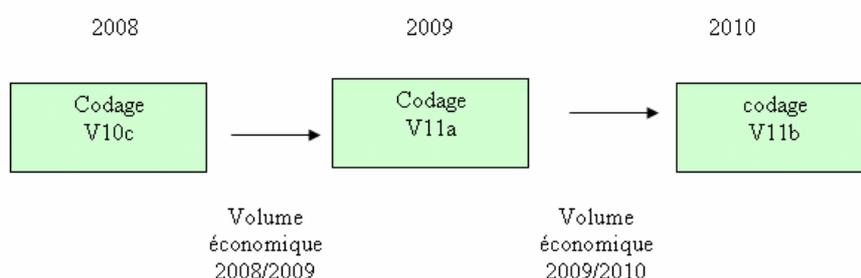
o **Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010**

L'exploitation des données d'activité transmises dans les case-mix de l'ensemble des établissements du secteur antérieurement sous dotation globale indique une augmentation du volume économique relatif aux séjours seuls (hors suppléments et hors séances en sus) de +2,8% entre 2009 et 2010. Pour mémoire entre 2008 et 2009, le volume économique était en augmentation de +3,8%.

Sur le secteur antérieurement sous OQN, cette augmentation est de +1,1% entre 2009 et 2010. Pour mémoire entre 2008 et 2009, le volume économique était en augmentation de +2,5%.

Il convient de noter que l'évolution du volume économique se mesure en comparant la valorisation de l'activité selon la classification propre à chaque exercice mais à champ tarifaire constant. Les changements de périmètre tarifaire ainsi que l'évolution des tarifs sont neutralisés dans les analyses en volume.

Figure 4 : Evolution du volume économique et évolution de la classification des GHM



Ainsi l'évolution du volume économique traduit à la fois :

- o l'évolution du volume physique des séjours (augmentation des effectifs dits « effets effectifs »)
- o l'évolution de la structure d'activité induite, soit par une augmentation de la lourdeur des patients, soit par une amélioration du codage des informations médicales pouvant entraîner un accroissement des séjours de niveaux de sévérité lourde (« effets structure »).

Lorsque la classification des GHM n'est pas la même pour deux exercices d'activité comparés, l'évolution de la structure d'activité inclut également un effet classification. Ainsi une part importante de l'effet structure observé entre 2008 et 2009 s'expliquait par l'effet lié au changement de classification des GHM, le passage de la V10c à la V11a.

Tableau 1: Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010

	Secteur Ex-DG		Secteur Ex-OQN	
	Evolution 2008/2009*	Evolution 2009/2010	Evolution 2008/2009	Evolution 2009/2010
Volume économique	+3,8%	+2,8%	+2,5%	+1,1%
- nombre de séjours	+1,6%	+1,7%	+0,7%	+0,5%
- effet structure	+2,1%	+1,1%	+1,9%	+0,7%

* éléments présentés dans le rapport des réalisations 2009, hors transmission de l'activité 2008 et 2009 intervenues en 2010

L'évolution du volume économique entre deux années et selon deux versions de classification peut être décomposée en :

- l'évolution mesurée sur une année introduite par le changement de pondération compte tenu des modifications de classification (ex : comparée la valorisation de l'activité 2009 en v11a à celle de l'activité 2009 en v11b)
- l'évolution du volume d'activité mesurée à classification identique

La première évolution est maîtrisée puisqu'elle est connue lors de la construction tarifaire. Elle traduit en effet uniquement l'effet des nouveaux tarifs (avant évolution du champ tarifaire et taux d'évolution), ces effets ayant été mesurés au moment même de la construction tarifaire. Un rapide rappel sera réalisé sur cet effet. L'objet de la note sera ensuite d'analyser, de manière détaillée, le volume d'activité à classification constante V11b.

○ **Effet du changement de pondération compte tenu des modifications de classification V11a – V11b**

Le changement d'échelle de pondération des séjours dû au changement de classification doit être nul par construction. En effet, lors de la campagne tarifaire, les tarifs sont calculés afin de reproduire la masse tarifaire d'une année sur l'autre. Cependant, lors de la campagne, les réalisations de l'année en cours ne sont pas connues et font donc l'objet d'estimation. Ces estimations peuvent introduire un biais mineur. Il convient de rappeler que cet effet ne traduit pas l'évolution des tarifs (donc ne mesure pas notamment l'effet de la convergence ciblée).

Tableau 2: Décomposition du volume économique 2009/2010

	Secteur Ex-DG		Secteur Ex-OQN	
	Evolution du volume économique 2009/2010 selon la classification en vigueur pour chaque exercice	Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante en V11b	Evolution du volume économique 2009/2010 selon la classification en vigueur pour chaque exercice	Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante en V11b
Volume économique	+2,8%	+3,1%	+1,1%	+1.2%
- nombre de séjours	+1,7%	+1,7%	+0,5%	+0.5%
- effet structure	+1,1%	+1,4%	+0,7%	+0.8%

L'effet du changement d'échelle de pondération mesuré sur l'année 2009 correspond à l'écart entre les deux taux d'évolution.

Le changement d'échelle de pondération est donc égal à -0.2% dans le secteur ex-DG et+ 0.1% dans le secteur ex-OQN. Il convient de noter que cet effet est globalement nul. Il est en revanche non neutre par catégorie d'activité de soins. En effet, cet effet traduit notamment les politiques tarifaires mises en œuvre sur certaines activités spécifiques. Ainsi, l'impact sur les établissements (et donc par catégorie d'établissements) n'est pas uniforme.

Secteur Ex-DG

Impact par catégorie d'établissement : L'effet du changement de l'échelle de pondération induit par les modifications de classification n'est pas uniforme selon la catégorie d'établissement. Ainsi, pour les CLCC, la nouvelle échelle de pondération est la plus favorable (induisant un effet positif de +0,9%). Pour les autres catégories d'établissements, l'effet est relativement proche de zéro, bien qu'il soit positif sur les l'APHP et les CHR et négatifs sur les CH, les EBNL et le SSA.

Tableau 3: Effets liés au changement de classification par catégorie d'établissements

Catégorie	Effets liés au changement de l'échelle de pondération
APHP	0.3%
CH	-0.6%
CHR	0.3%
CLCC	0.9%
EBNL	-0.2%
SSA	-0.1%
TOTAL	-0.2%

Impact par catégorie d'activité de soins : L'effet du changement de l'échelle de pondération induit par les modifications de classification est également différent par catégorie d'activité de soins :

- Sur la chirurgie, il vaut 1,6%, il est de sens contraire entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète.
- Sur les séjours sans acte classant, il est négatif et de façon particulièrement importante sur les séjours en hospitalisation partielle.
- Pour les techniques peu invasives et les séances, cet effet est proche de -1%.

S'agissant des séjours de 0 jour ou de courte nuitée, l'effet négatif s'explique par la création des GHM de courte durée. Cette création a pour conséquence de regrouper au sein d'un même GHM des séjours qui étaient auparavant classés avec des séjours plus lourds économiques. Le fait de les isoler entraîne de facto une baisse de leur poids économique et donc de leur rémunération.

Tableau 4 : Effets liés au changement de classification par catégorie d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Effets liés au changement de l'échelle de pondération
Chirurgie ambulatoire	-2.4%
Chirurgie en hospitalisation complète	1.9%
Chirurgie	1.6%
Séjours sans acte classant en hospitalisation partielle	-10.0%
Séjours sans acte classant en hospitalisation complète	-0.5%
Séjours sans acte classant	-1.3%
Obstétrique enfant	1.0%
Obstétrique mère	1.0%
Obstétrique	1.0%
Techniques peu invasives	-1.2%
Séances	-0.8%
TOTAL	-0.2%

Impact par niveau de sévérité : L'effet lié au changement de l'échelle de pondération dû au changement de classification est également différent par niveau de sévérité, même s'il est en moyenne assez modeste. :

Cet effet est fortement négatif sur les séjours de niveau T, et dans une moindre mesure sur les séjours de niveaux J.

Tableau 5 : Effets liés au changement de classification par niveau de sévérité

Niveau de sévérité	Effets liés au changement de l'échelle de pondération
1	1.1%
2	0.9%
3	-0.5%
4	1.6%
Sous total 1+2+3+4	0.7%
A	0.6%
B	2.1%
C	0.9%
D	8.7%
E	1.4%
J	-1.9%
T	-14.6%
Z	2.6%
Séances	-0.8%
TOTAL	-0.2%

Secteur Ex-OQN

Impact par catégorie d'activité de soins : L'effet du changement d'échelle pondération est globalement nul pour les séjours de chirurgie. Il est légèrement positif sur les séjours sans acte classant et sur l'obstétrique. S'agissant de la baisse sur la chirurgie ambulatoire, elle s'explique par la baisse du tarif de la cataracté. Sur les séances, lors de la construction de l'échelle, il a été décidé de se rapprocher des coûts ce qui explique également la baisse du tarif.

Tableau 6: Effets liés au changement de classification par catégorie d'activité de soins

Catégorie d'activité de soins	Effets liés au changement de l'échelle de pondération
Chirurgie ambulatoire	-5.9%
Chirurgie en hospitalisation complète	1.6%
Chirurgie	-0.1%
Séjours sans acte classant en hospitalisation partielle	-11.2%
Séjours sans acte classant en hospitalisation complète	3.4%
Séjours sans acte classant	2.4%
Obstétrique enfant	3.3%
Obstétrique mère	1.6%
Obstétrique	2.2%
Techniques peu invasives	-1.3%
Séances	-5.9%
TOTAL	0.1%

Impact par niveau de sévérité : L'effet lié au changement de l'échelle de pondération dû au changement de classification est également différent par niveau de sévérité, il est particulièrement élevé sur les niveaux de sévérité important. S'agissant des séjours de courte durée, l'effet négatif s'explique comme pour le secteur ex OQN par la création des GHM en T.

Tableau 7 : Effets liés au changement de classification par niveau de sévérité

Niveau de sévérité	Effets liés au changement de l'échelle de pondération
1	0.2%
2	2.9%
3	4.4%
4	10.2%
Sous total 1+2+3+4	1.8%
A	1.8%
B	2.6%
C	5.9%
D	82.8%
E	-1.6%
J	-4.3%
T	-12.1%
Z	1.2%
Séances	-5.9%
TOTAL	0.1%

Au global, l'effet du changement de l'échelle de pondération induit par les modifications de classification est quasiment nul. De plus, il est connu et a fait l'objet d'analyse dans le cadre de la campagne tarifaire. **L'objet de ce rapport n'est pas de l'étudier, il ne sera donc pas pris en compte dans ce rapport.** La suite du rapport s'attachera à étudier le volume d'activité à classification constante V11b, les effets induits par le changement de classification mesuré une année donnée étant connu.

Les résultats présentés par la suite portent sur une comparaison de l'activité à classification constante, en V11b, et selon une valorisation par les tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

II.2 Méthodologie d'analyse du volume d'activité

1. Champ des établissements

- S'agissant des établissements, pour le secteur anciennement sous dotation globale, seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte. Toutefois, afin de présenter une analyse du volume d'activité à champ d'établissements constant, les établissements de la Guyane, soumis à la tarification à l'activité depuis 2010, n'ont pas été retenus.

Il convient de noter que les données 2008 et 2009 intègrent les séjours qui n'avaient pas été initialement transmis au cours de l'exercice mais qui ont pu faire l'objet d'une transmission au cours de deux exercices suivants. Ainsi :

- * les réalisations 2008 ont été complétées en 2009 et 2010, elles sont désormais définitives ;
- * l'activité 2009 pourra encore être complétée par des transmissions en 2011 ;
- * l'activité 2010 sera complétée par des transmissions en 2011 et 2012.

- Pour le secteur anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, dans le cas où les données annuelles ne semblent pas correspondre à une production d'activité sur 12 mois, il a été retenu de travailler à partir des données transmises au titre des 11 premiers mois extrapolées en année pleine. De plus, dans l'échantillon retenu, seuls les établissements ayant des données sur 2009 et 2010 sont conservés (les établissements ayant fermés ou ouverts sur la période ont également été conservés). 593 établissements sont présents en 2010 et ils représentent 99% des recettes 2010 de l'ensemble du secteur.

2. Champ des séjours

S'agissant du champ des séjours, tous les séjours MCO transmis sont pris en compte (y compris séjours en attente de valorisation et non pris en charge).

3. Valorisation des séjours

L'analyse de l'évolution de l'activité peut se mesurer par le nombre de séjours mais ne traduit pas le volume au sens où il ne tient pas compte de la lourdeur économique de chaque séjour. Il est donc nécessaire de pondérer chaque séjour par sa valeur monétaire (i.e. : le tarif auquel il est payé).

La valorisation monétaire des séjours, appelée **volume économique**, inclut la valorisation des extrêmes mais pas celle des suppléments journaliers qui sont analysés à part.

Le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque établissement ne sont pas pris en compte.

Lors de la campagne tarifaire 2010, le changement de périmètre des tarifs dû à la réintégration dans le tarif des GHM de plusieurs éléments nécessite de neutraliser cet effet de champs tarifaire.

Il convient également de neutraliser le transfert vers l'enveloppe MIGAC de la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière (PDSH) et à la précarité et l'intégration des certains dispositifs médicaux et molécules onéreuses. Pour le secteur ex-OQN, il convient également de neutraliser la réintégration de la Haute technicité.

En ce qui concerne les effets prix, ils correspondent à l'évolution annuelle des tarifs (hors changement de périmètre des tarifs).

L'évolution du « **volume économique** » peut alors se décomposer en deux notions :

- l'évolution liée au nombre de séjours
- et l'effet structure

4. Classification des GHM

Pour l'analyse globale de l'évolution du « volume économique », il s'agit de comparer la valorisation des séjours de **2008 et 2009 et de 2009 et 2010** :

- les séjours de 2008 et 2009³ ayant été codés dans la version 11a de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2009 ;
- les séjours de l'année 2010⁴ ayant été codés dans la version 11b de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2010, en neutralisant le changement de périmètre des tarifs pour se situer au champ tarifaire de 2009.

Pour l'analyse détaillée de l'évolution du « volume économique », les séjours de 2008, 2009 et 2010 sont analysés selon un codage en version 11b et valorisés aux tarifs en vigueur au 1^{er} mars 2010.

5. Agrégats utilisés pour l'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité présentée dans ce rapport repose sur différents agrégats, notamment :

- le type de prise en charge : il permet de distinguer les séjours en ambulatoire, les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances ;

- les catégories d'activité de soins (CAS) : il s'agit d'une nouvelle proposition de classification qui a la particularité de s'affranchir des évolutions de regroupement des séjours selon les différentes versions de classification de GHM car elle repose de façon automatique sur la troisième lettre du code de la racine de GHM (C, M, K, Z) et la durée de séjour (avec ou sans nuitée). **Il en résulte une répartition en 8 catégories** :

- * Médecine sans nuitée
- * Médecine avec au moins une nuitée
- * Chirurgie ambulatoire
- * Chirurgie non ambulatoire
- * Obstétrique – mère
- * Obstétrique – enfant
- * Techniques peu invasives (diagnostics ou thérapeutiques)
- * Séances

- les catégories majeures de diagnostic (CMD) : elles correspondent aux deux premières lettres du GHM

- les domaines d'activité (DA) : dans chaque CMD, la distinction entre la discipline médicale et la discipline chirurgicale peut poser un problème d'interprétation. Pour y répondre, le regroupement en domaines d'activité s'est inspiré des « segments d'activité » qui existaient dans la nomenclature OAP.

Les principales modifications sont les suivantes :

- Distinction de l'orthopédie traumatologie et de la rhumatologie ;
- Distinction de la psychiatrie et de la toxicologie, intoxications, alcool ;
- Regroupement des maladies infectieuses et du VIH ;
- Création d'un groupe « transplantations d'organes » ;
- Création d'un groupe « séances » ;
- Création d'un groupe « douleurs chroniques, soins palliatifs » ;

• Un domaine « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues » a été créé, on y trouve notamment un certain nombre de racines de la CMD 23 (facteurs influant sur l'état de

³ Les séjours de 2008 et de janvier-février 2009 ont été initialement codés en version 10, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11a qui a été utilisé.

⁴ Les séjours de janvier-février 2010 ont été initialement codés en version 11a, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11b qui a été utilisé.

santé et autres motifs de recours aux services de santé) et les racines du type « autres....de la CMD XX.... » dans la mesure où cette CMD XX a été ventilée entre plusieurs domaines d'activité ;

- Le dernier domaine d'activité « autres symptômes ou motifs médicaux » regroupe 3 racines de la CMD 23, qui correspondent à des insuffisances de codage. Ce domaine d'activité pourrait être utilisé comme un indicateur de qualité du codage.

En procédant ainsi, 29 groupes sont obtenus, appelés « Domaines d'activité » (DA), ils sont transversaux à la répartition en M, C, O.

6. Typologie d'établissements du secteur ex-OQN

Afin de permettre une analyse par catégorie d'établissements pour le secteur ex-OQN, une analyse factorielle des correspondances (AFC) a été réalisée sur les données d'activité 2010.

Cette méthode sert à déterminer et à hiérarchiser les relations entre les différentes variables retenues pour l'analyse et de retenir les variables qui caractérisent le mieux les établissements selon les caractéristiques qu'ils ont en commun, formant ainsi des groupes, mais aussi celles qui les distinguent des uns des autres, entre groupes.

Les variables retenues pour l'analyse sont :

- le volume économique de l'établissement
- le nombre de racines représentant au moins 80% de l'activité de l'établissement
- les caractéristiques d'activité en termes de catégories d'activités de soins (codes CAS : cf. ci-avant partie 5)
- les domaines d'activité (DA : cf. ci-avant partie 5) : seuls les trois domaines qui peuvent représenter une large part de l'activité par établissement sont retenus : D 1 (digestif), D 2 (Orthopédie traumatologie) et D11 (Ophtalmologie)

L'analyse a permis de dégager 3 axes principaux de description :

1. le volume économique
- 2 la part de la chirurgie dans le volume économique
- 3 la part des autres activités

La mise en œuvre d'une classification ascendante hiérarchique a permis d'obtenir des classes pour regrouper les établissements. Au final huit groupes d'établissement ont été retenus.

Tableau 8 Typologie d'établissements ex-OQN

	Catégorie d'établissement	Nombre d'établissements en	Volume économique moyen par établissement (en M€)	Part moyenne de l'activité de chirurgie	Autre activité
G/DIV	Volume économique moyen > 10M€, activité diversifiée	95	19.1	53.4%	Séances
G/CHIR	Volume économique moyen > 10M€, chirurgie	159	15.0	60.8%	Techniques peu invasives et séances
G/O/CHIR	Volume économique moyen > 10M€, chirurgie et obstétrique	28	12.4	65.0%	Obstétrique
M/CHIR	Volume économique moyen entre 6 et 10M€, chirurgie	86	8.5	77.1%	Techniques peu invasives
M/OBS	Volume économique moyen entre 6 et 10M€, obstétrique	25	8.5	46.4%	Obstétrique
P/CHIR	Volume économique moyen < 6M€, chirurgie	45	5.8	79.6%	Techniques peu invasives
P/CHIRAMB	Volume économique moyen < 6M€, chirurgie ambulatoire	61	5.4	89.2%	Techniques peu invasives et séances
P/DIV	Volume économique moyen < 6M€, activité diversifiée	88	5.2	6.9%	Techniques peu invasives et séances
	Total France	587	11.2	60.8%	

III. FICHES d'analyse du secteur ex-DG

III.1 Analyse du volume par catégorie d'établissements

Dans l'ensemble des séjours transmis en 2010:

- près de la moitié, soit 7,9 millions de séjours ont été réalisés par les 445 centres hospitaliers (CH),
- un quart ont été réalisés par les 30 centres hospitaliers régionaux (CHR),
- 7,4% ont été réalisés par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP),
- 7,8% par les 116 établissements à but non lucratif (EBNL),
- 7,8% par les 19 centres de lutte contre le cancer (CLCC).
- et 0,8% par les 9 établissements du service de santé des armées

Figure 5 : Part de chaque catégorie d'établissement selon le nombre de séjours réalisés en 2010

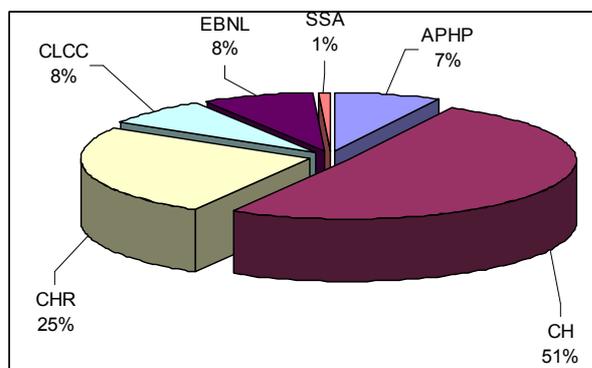
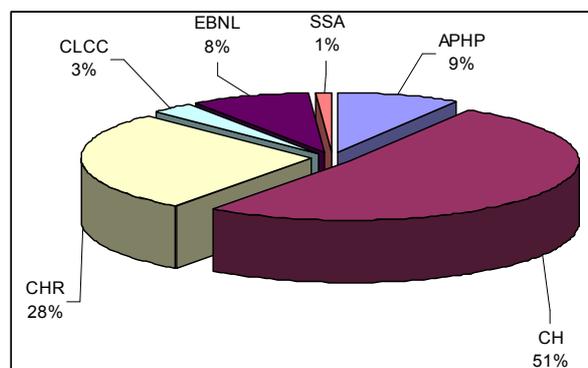


Figure 6 : Part de chaque catégorie d'établissement selon le volume économique associé en 2010



Le volume économique de l'ensemble du secteur a augmenté de +3,7% entre 2008 et 2009 et de +3,1% entre 2009 et 2010. Cette évolution diffère selon la catégorie d'établissements :

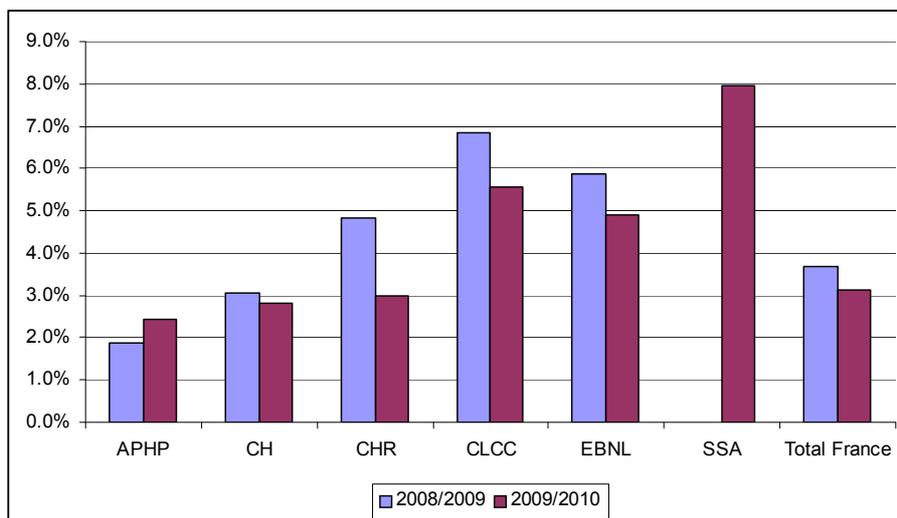
- Les établissements du service de santé des armées, passés en tarification à l'activité en 2009, se caractérisent par une évolution dynamique, avec un volume économique en progression de +8,0%.
- L'activité des CLCC et des EBNL est également soutenue du fait d'une forte évolution du nombre de séjours. En outre, les CLCC se caractérisent par un effet structure légèrement plus élevé que l'effet structure moyen de l'ensemble des établissements, alors que celui des EBNL est très faible.
- L'évolution du nombre de séjours des EBNL est particulièrement plus marquée sur les séjours sans nuitées alors que pour les autres catégories d'établissements les hausses de nombre de séjours se retrouvent principalement sur l'augmentation des nombres de séances (Cf. annexe 2).
- L'évolution du volume économique est plus forte pour les CHR que pour l'AP-HP, et ces deux catégories d'établissement se caractérisent également par un effet structure élevé.
- La plus faible évolution de volume économique est observée pour les CH.

Tableau 9 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par catégorie d'établissements

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Catégorie d'établissement	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	1 147.08	2 320.44	2.4%	0.7%	1.8%
CH	7 929.40	13 924.16	2.8%	1.4%	1.4%
CHR	3 912.39	7 501.14	3.0%	1.1%	1.9%
CLCC	1 212.95	815.55	5.6%	4.0%	1.5%
EBNL	1 220.69	2 264.48	4.9%	4.3%	0.6%
SSA	131.29	271.82	8.0%	6.7%	1.2%
Total France	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

Il convient de noter que les données 2010 ne sont pas exhaustives. Les données 2008 et 2009 intègrent les séjours qui n'avaient pas été initialement transmis au cours de l'exercice mais qui ont pu être transmis au cours des deux exercices suivants. De manière similaire, l'activité 2010 fera l'objet d'une transmission en 2011 et 2012.

Figure 7 : Evolution du volume économique par catégorie d'établissements


Le nombre de séjours et de séances par patient⁵ est stable entre 2009 et 2010. En effet, la progression de l'activité par catégorie d'établissement est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient. Seuls les CLCC ont une hausse de 0,13 séjours ou séances par patients.

Tableau 10 : Evolution du nombre de séjours ou séances par patient

	Nombre moyen de séjours/séances par patient	
	2009	2010
APHP	1.87	1.86
CH	1.71	1.73
CHR	1.89	1.90
CLCC	7.04	7.17
EBNL	1.66	1.67
SSA	1.70	1.71
Total	1.94	1.97

⁵ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/ séances dont le chaînage est correct sur les deux périodes étudiées.

III.2 Analyse du volume par classe d'âge

- En 2010, les séjours des patients âgés de 20 à 64 ans représentent la moitié des séjours et environ 40% du volume économique.
- Les séjours d'enfants (0-19 ans) représentent environ 10% des séjours et du volume économique.
- Les séjours des personnes âgées (80 ans et plus) représentent 14% des séjours et 21% du volume économique.

Figure 8 : Part de chaque classe d'âge selon le nombre de séjours réalisés en 2010

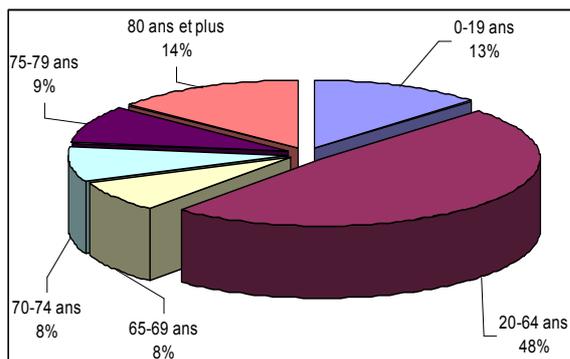
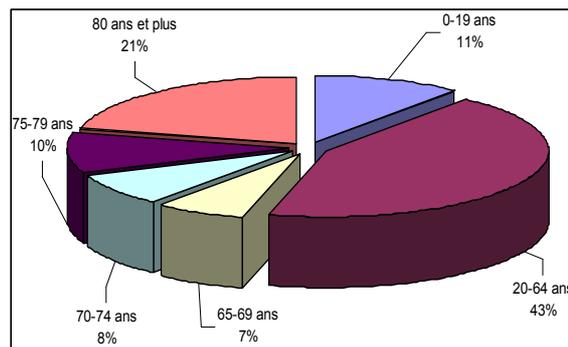


Figure 9 : Part de chaque classe d'âge selon le volume économique associé 2010

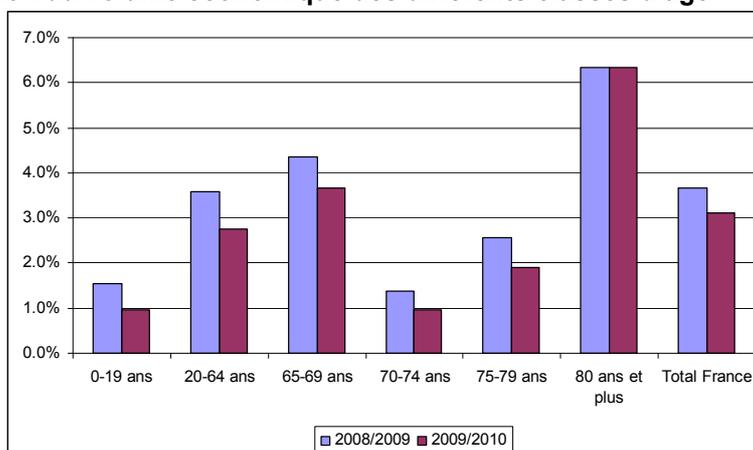


Le nombre de séjours pour les plus de 80 ans est en forte hausse et entraîne une hausse importante du volume économique (+6,3%). Cette hausse était déjà observable entre 2008 et 2009.

Tableau 11: Activité 2010 et évolution 2009/2010 par classe d'âge (Séjours en milliers, volume économique en M€)

Classe d'âge	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
0-19 ans	1 995.64	2 916.12	1.0%	-0.5%	1.4%
20-64 ans	7 495.30	11 763.48	2.7%	1.7%	1.0%
65-69 ans	1 184.10	1 834.14	3.7%	2.1%	1.5%
70-74 ans	1 305.96	2 188.79	1.0%	0.0%	1.0%
75-79 ans	1 381.64	2 601.99	1.9%	1.0%	0.9%
80 ans et plus	2 191.15	5 793.08	6.3%	5.5%	0.8%
Total France	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

Figure 10: Evolution du volume économique des différentes classes d'âge



III.3 Analyse du volume par catégorie de prise en charge

La part des catégories de prise en charge n'évolue pas entre 2009 et 2010 :

- L'hospitalisation complète représente 86,3% du volume économique en 2010 ;
- l'ambulatoire en représente 7,8%,
- et les séances 5,9% alors qu'elles représentent 32,2% en nombre de séjours réalisés.

Figure 11 : Part de chaque type de prise selon le nombre de séjours réalisés en 2010

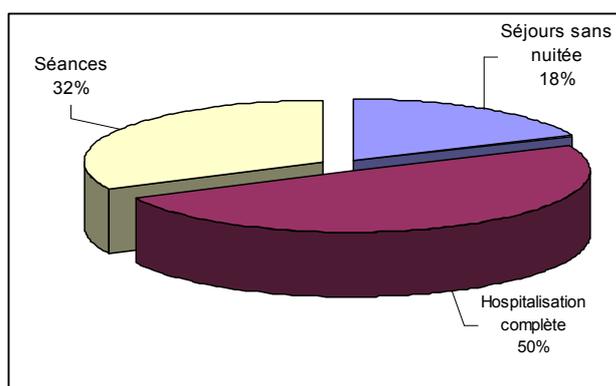
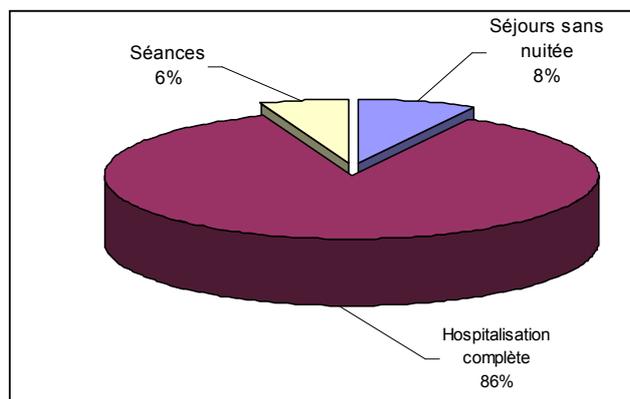


Figure 12 : Part de chaque type de prise en charge selon le volume économique associé en 2010



Sur l'ensemble des séjours, le volume économique évolue différemment selon le type de prise en charge :

- en hospitalisation partielle, l'évolution du volume économique a été de +3,3% qui s'explique plus par un effet structure important que par la hausse du nombre de séjours (+1%) ;
- en hospitalisation complète, l'évolution du volume économique a été de +2,9%, s'expliquant principalement par l'effet structure (+2,4%) de l'activité, l'augmentation du nombre de séjours n'étant que de +0,5% ;
- pour les séances, la forte évolution en nombre (+4,2%) et le fort effet structure induisent la plus forte augmentation du volume économique.

Tableau 12 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par type de prise en charge

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

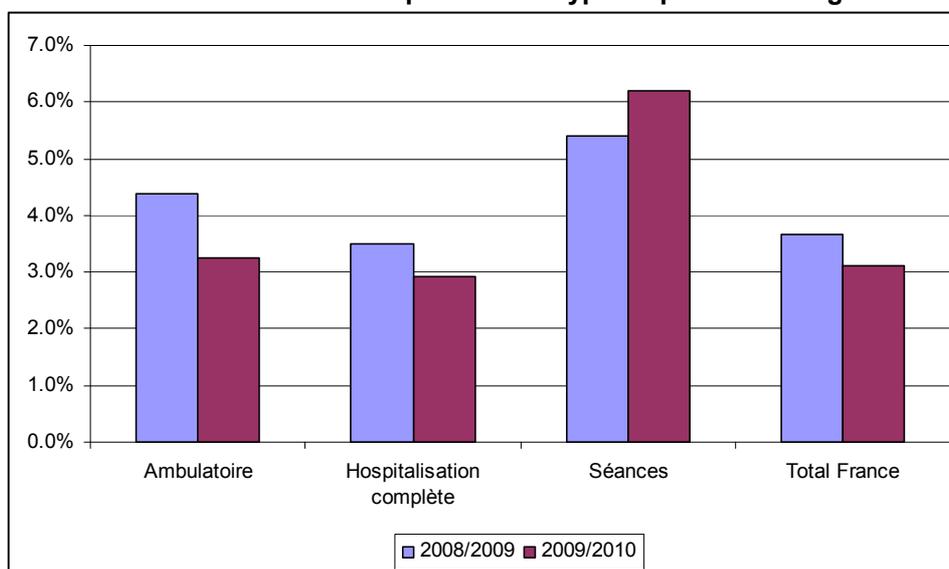
	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	2 836.12	2 122.25	3.3%	1.0%	2.2%
Hospitalisation complète	7 709.81	23 387.70	2.9%	0.5%	2.4%
Total hospitalisation	10 545.93	25 509.94	2.9%	0.6%	2.3%
Séances	5 007.86	1 587.65	6.2%	4.2%	2.0%
TOTAL	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

S'agissant des séjours en hospitalisation complète, entre 2008 et 2009 le nombre de journées avait diminué de -0.4%, alors que le nombre de séjours avait augmenté, ce qui a entraîné une baisse de la durée moyenne de séjours, passant de 6,25 à 6,17 journées par séjour entre 2008 et 2009.

Entre 2009 et 2010, le nombre de journées a augmenté légèrement plus rapidement que le nombre de séjours, entraînant une faible hausse de la durée moyenne de séjours, passant de 6,17 à 6,19

jours par séjour entre 2009 et 2010. Sur trois ans, la durée moyenne des séjours est relativement stable.

Figure 13: Evolution du volume économique selon le type de prise en charge



Le nombre de séjours et de séances par patient⁶ est stable entre 2009 et 2010. En effet, la progression de l'activité en nombre de séjours ou séances par type d'hospitalisation est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient.

Tableau 13 : Evolution du nombre de séjours ou séances par patient selon le type de pris en charge

	Nombre moyen de séjours par patient		Nombre moyen de séances par patient	
	2009	2010	2009	2010
Hospitalisation sans nuitée	1.38	1.36		
Hospitalisation complète	1.41	1.41		
TOTAL séjours en hospitalisation	1.53	1.53		
Séances			15.18	15.28

⁶ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/ séances dont le chaînage est correct sur les deux périodes étudiées.

III.4 Analyse du volume par catégorie d'activités de soins (CAS)

En 2010, les séjours **sans acte classant** représentent 38,9% de l'ensemble des séjours réalisés et 49,4% du volume économique :

- les séjours avec nuitée(s) représentent 29% des séjours et 45% de la masse financière de 2010
- à l'inverse, les séjours sans nuitée représentent 10% des séjours et 4% du volume économique.

Les séjours de **chirurgie** représentent près de 15% des séjours et 32% du volume économique :

- la chirurgie en hospitalisation complète représente 11% des séjours et 30% du volume économique,
- à l'inverse, la chirurgie ambulatoire représente 11% des séjours et 2% du volume économique.

Les séjours d'**obstétrique** représentent près de 9% des séjours et 8% de la masse financière de 2010. Les séjours comme le volume économique se répartissent quasiment pour moitié en séjours « mère » et pour moitié en séjours « enfant ».

Les **techniques peu invasives** représentent environ 5% des séjours et du volume économique.

Figure 14 : Part de chaque catégorie d'activité de soins selon le nombre de séjours réalisés en 2010

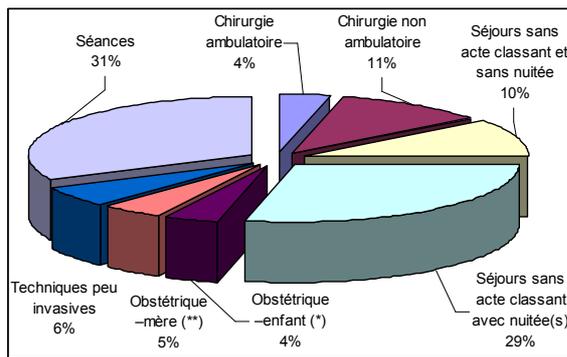
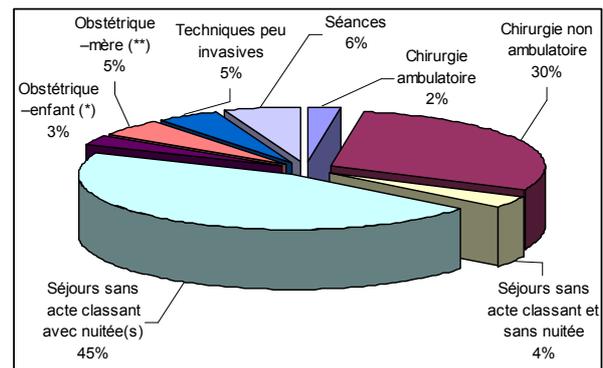


Figure 15 : Part de chaque catégorie d'activité de soins selon le volume économique associé en 2010



Si la **chirurgie** et les **séjours sans acte classant** se caractérisent par une évolution similaire de leur volume économique, à +2,7%, en revanche, leurs évolutions diffèrent à la fois selon le type de prise en charge et selon la décomposition des évolutions en nombre de séjours et effet structure :

- les séjours de chirurgie ambulatoire sont très dynamiques et la forte évolution du volume économique reflète une forte évolution du nombre de séjours (+7,3%) concomitante à une baisse des séjours d'hospitalisation complète ;
- les séjours sans acte classant et sans nuitée à l'inverse se caractérisent surtout par une baisse du nombre de séjours (-2,9%) ;
- pour les séjours en hospitalisation complète, qu'ils soient sans acte classant ou en chirurgie, l'évolution du volume économique s'explique principalement par un fort effet structure concomitant à une stabilité du nombre de séjours.

Les techniques peu invasives ont une évolution presque aussi dynamique que la chirurgie ambulatoire.

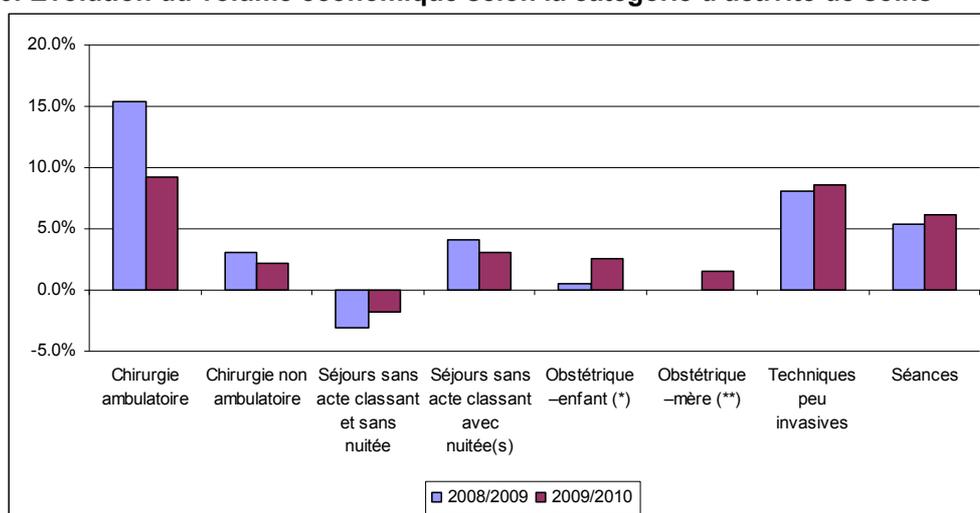
Tableau 14 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par catégorie d'activité de soins

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	564.91	654.07	9.2%	7.3%	1.7%
Chirurgie non ambulatoire	1 707.12	8 047.38	2.2%	-0.2%	2.4%
Chirurgie	2 272.03	8 701.45	2.7%	1.6%	1.1%
Séjours sans acte classant et sans nuitée	1 598.16	970.89	-1.8%	-2.9%	1.1%
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	4 451.97	12 426.23	3.1%	0.2%	2.9%
Séjours sans acte classant	6 050.13	13 397.12	2.7%	-0.7%	3.4%
Obstétrique –enfant (*)	696.20	1 350.81	2.6%	1.9%	0.7%
Obstétrique –mère (**)	625.03	782.92	1.6%	0.2%	1.4%
Obstétrique	1 321.23	2 133.73	2.0%	1.0%	1.0%
Techniques peu invasives	902.54	1 277.64	8.6%	6.9%	1.6%
Séances	5 007.86	1 587.65	6.2%	4.2%	2.0%
Total	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances et couvre tous les séjours de nourrissons de moins de 120 jours.

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

Figure 16: Evolution du volume économique selon la catégorie d'activité de soins


(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances et couvre tous les séjours de nourrissons de moins de 120 jours.

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

Le nombre de séjours et de séances par patient⁷ est stable entre 2009 et 2010. En effet, la progression de l'activité en nombre de séjours ou séances par catégorie d'activité de soin est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient.

Tableau 15 : Evolution du nombre moyen de séjours ou séances par patient

	Nombre moyen de séjours/r patient		Nombre moyen de séances/ patient	
	2009	2010	2009	2010
Chirurgie ambulatoire	1.11	1.12		
Chirurgie non ambulatoire	1.10	1.10		
Séjours sans acte classant et sans nuitée	1.51	1.49		
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	1.46	1.47		
Obstétrique –enfant (*)	1.05	1.05		
Obstétrique –mère (**)	1.24	1.23		
Techniques peu invasives	1.13	1.14		
Séances			15.18	15.28

⁷ Ces résultats portent uniquement sur les séjours/ séances dont le chaînage est correct sur les deux périodes étudiées.

III.5 Analyse par niveau de sévérité

- En 2010, les séjours de niveau 1 représentent environ 19% de l'ensemble des séjours réalisés et 25% de l'ensemble du volume économique ;
- les séjours de niveau 2 et 3 représentent chacun environ 5% de l'ensemble des séjours réalisés et un peu moins de 20% du volume économique ;
- les séjours de niveau 4 représentent une minime du nombre de séjours (environ 1%) alors qu'ils représentent près de 10% du volume économique.
- A l'inverse les séjours de niveau J et T représentent un peu plus de 15% des séjours et moins de 10% du volume économique.
- Les séjours de niveaux Z représentent 6% des séjours et du volume économique.

Figure 17 : Part de chaque niveau de sévérité selon le nombre de séjours réalisé en 2010

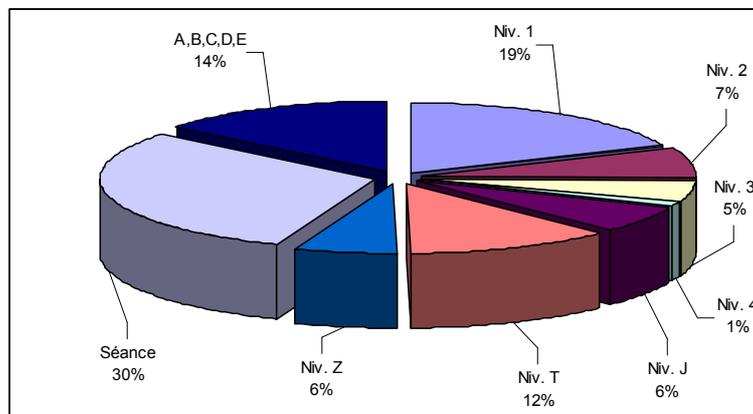
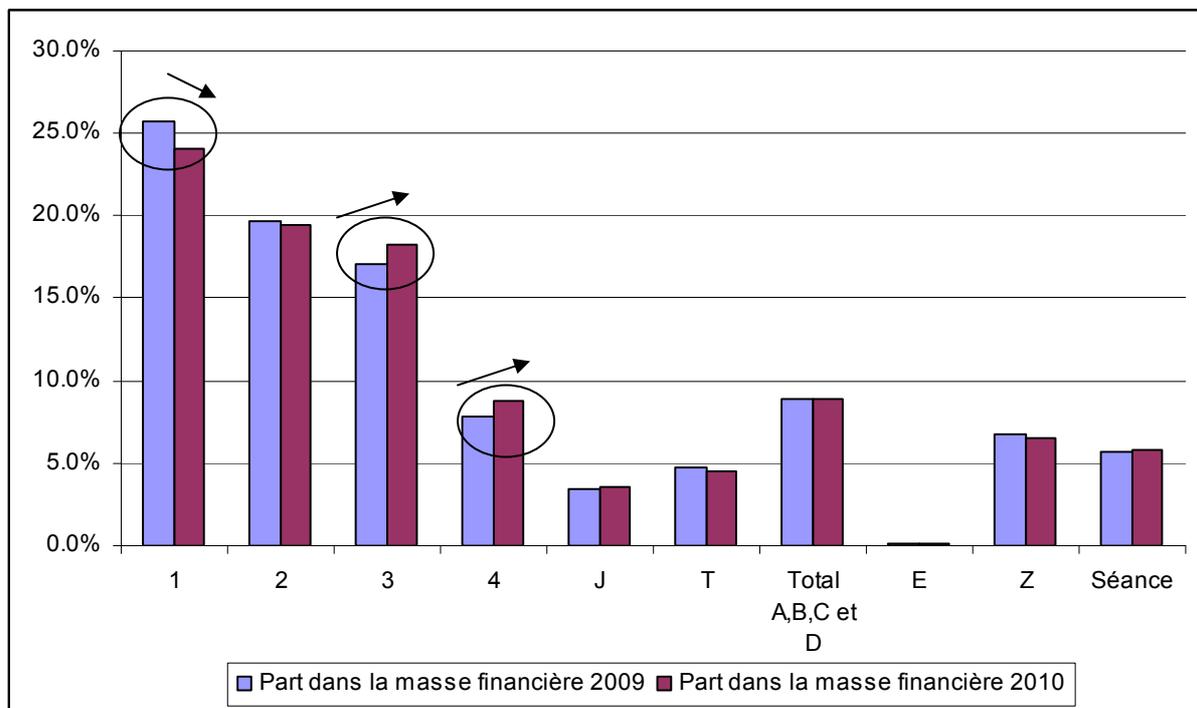


Figure 18 : Part de chaque niveau de sévérité selon le volume économique associé en 2009 et 2010



Le nombre de séjours classés dans le niveau 1 a diminué, traduisant deux phénomènes différents selon la catégorie de soins : parmi les séjours sans actes classant, cette baisse est concomitante à

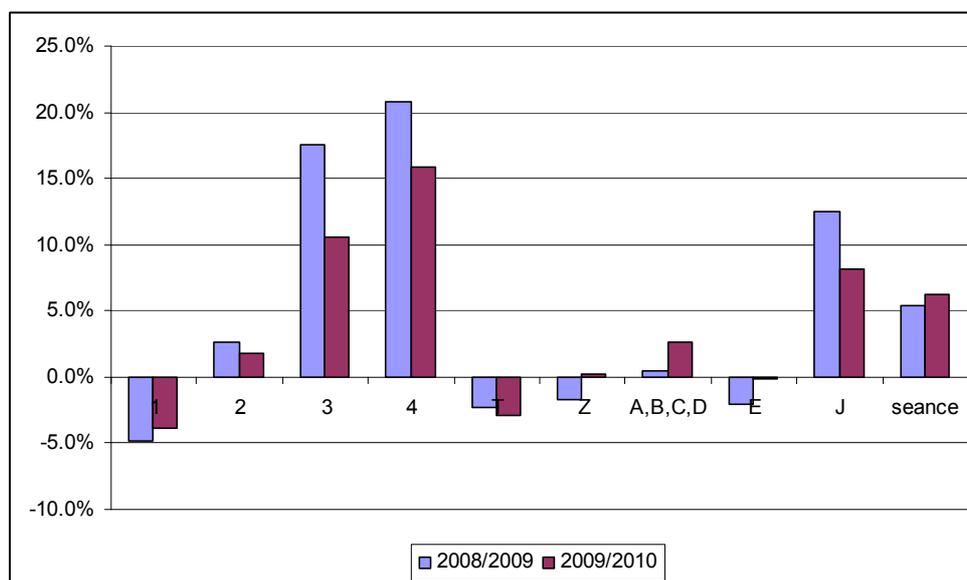
une hausse des séjours des niveaux plus élevés tandis qu'en chirurgie, la baisse des séjours de niveau 1 s'explique par une hausse de la prise en charge en ambulatoire, et la hausse des séjours sur les niveaux de sévérité plus importants s'explique par une hausse globale de l'activité.

Tableau 16: Activité 2010 et évolution 2009/2010 selon le niveau de sévérité

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

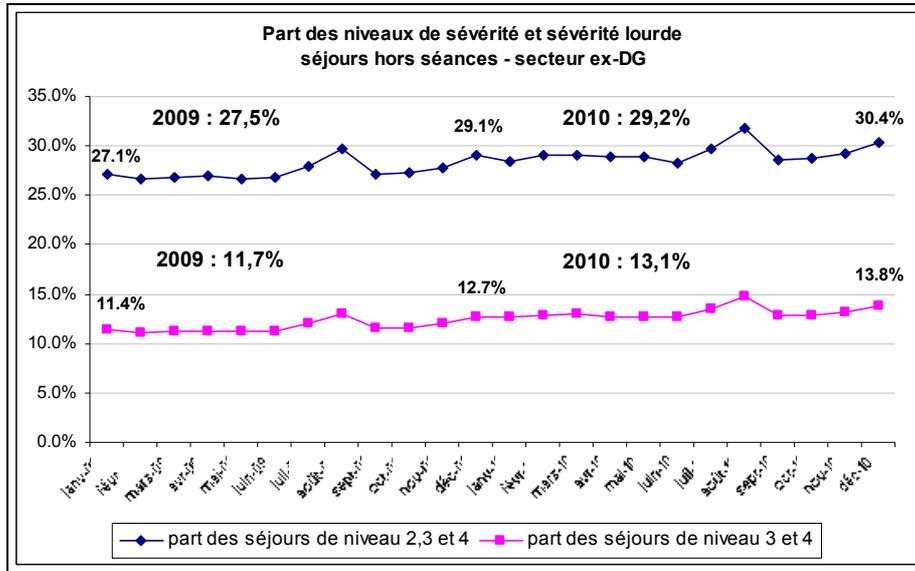
Niveau du GHM	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
1	3 064.16	6 509.89	-3.9%	-3.5%	-0.4%
2	1 189.72	5 262.04	1.8%	1.9%	-0.1%
3	765.62	4 956.98	10.6%	10.5%	0.1%
4	202.14	2 375.61	15.8%	18.2%	-2.0%
J	2 023.43	1 225.66	8.2%	7.1%	1.0%
T	1 013.98	1 778.84	-2.8%	-3.5%	0.7%
Sous total 1+2+3+4+J+T	8 259.03	22 109.02	3.2%	0.1%	3.1%
A	954.52	1 589.60	0.9%	0.8%	0.1%
B	214.04	483.42	4.9%	5.7%	-0.8%
C	77.58	306.68	8.1%	8.1%	0.1%
D	6.05	25.17	6.8%	8.2%	-1.3%
E	26.86	31.39	-0.1%	-0.2%	0.1%
Z	1 007.85	964.67	0.2%	3.4%	-3.2%
Séance	5 007.86	1 587.65	6.2%	4.2%	2.0%
TOTAL	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

Figure 19: Evolution du volume économique selon le niveau de sévérité



Cette évolution contrastée selon les niveaux indique une évolution de la structure d'activité globale. Un éclairage complémentaire peut être apporté en observant l'évolution mois par mois de la répartition des séjours selon leur niveau de sévérité, en se limitant aux racines ayant des niveaux (1, 2, 3, 4 ou J ou T). Globalement, il apparaît que la part des séjours classés dans les niveaux sévères dans l'ensemble des séjours hors séances et hors obstétrique et néonatalogies (CMD 14 et 15) a augmenté tout au long de l'année 2009 et cette évolution s'est prolongée avec la même saisonnalité en 2010.

Figure 20: Evolution de la part des séjours de niveaux de sévérité lourde (séjours hors séances)



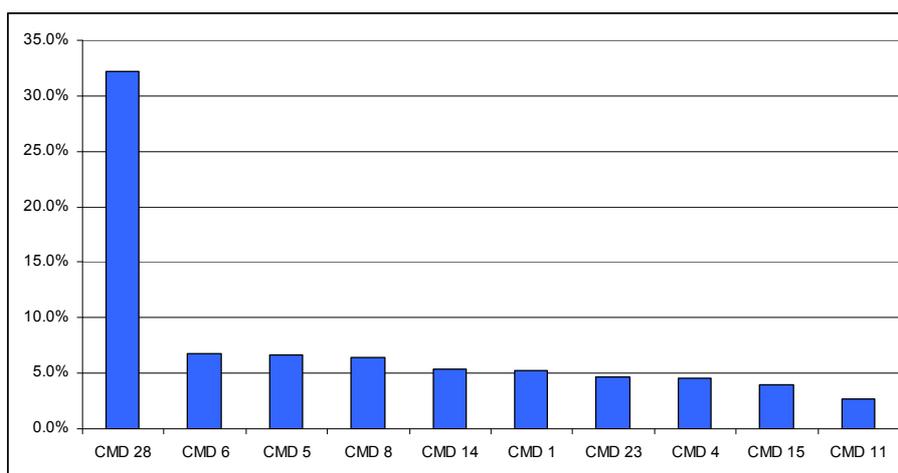
Note de lecture : Il convient de noter que ces indicateurs présentent un caractère saisonnier. Ainsi, le mois d'août 2010, comme le mois d'août 2009, présentent la valeur la plus importante, notamment en raison d'un niveau d'activité générale plus faible mais comportant une part importante de séjours sévères.

III.6 Analyse du volume par catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Selon le nombre de séjours, les CMD qui ont le plus de poids après les séances sont :

- La CMD 6 (Affections du tube digestif) (6.7%)
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) (6.7%)
- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) (6.4%)
- La CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum) (5.3%)
- La CMD 1 (Affections du système nerveux) (5.2%).

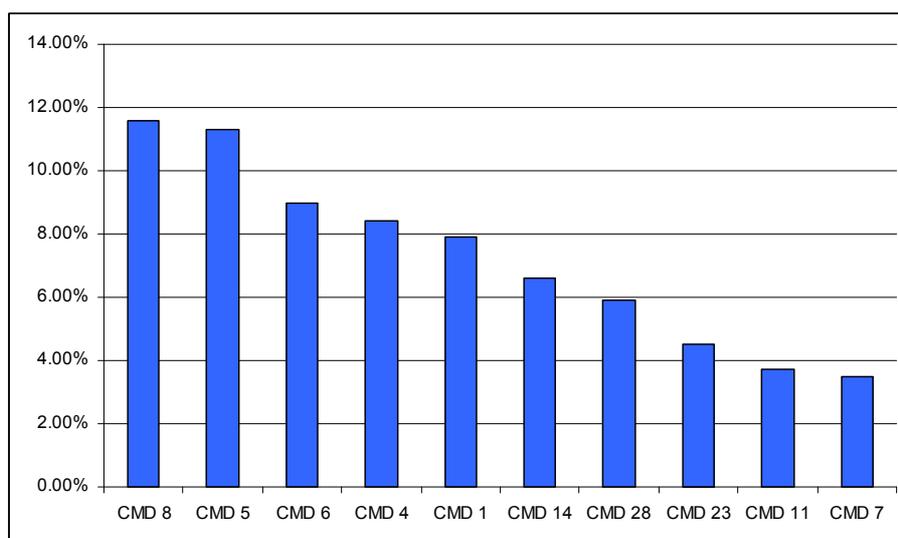
Figure 21 : Part des 10 CMD ayant le poids le plus important selon le nombre de séjours en 2010



Selon le volume économique, les CMD qui ont le plus de poids après les séances sont :

- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) (11.6%)
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) (11.3%)
- La CMD 6 (Affections du tube digestif) (9.0%)
- La CMD 4 (Affections de l'appareil respiratoire) (8.4%)
- La CMD 1 (Affections du système nerveux) (7.9%)

Figure 22 : Part des 10 CMD ayant le poids le plus important selon le volume économique associé en 2010



Les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui contribuent le plus à la croissance sont :

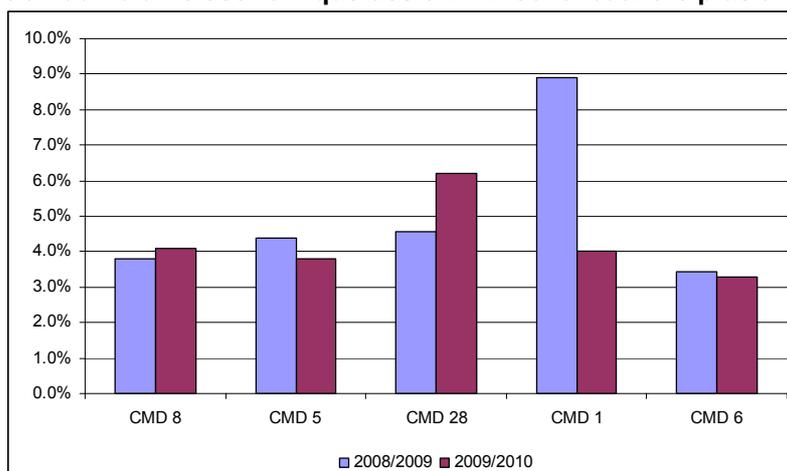
- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) avec une hausse du volume économique de +4,1%
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) avec une hausse du volume économique de +3,8%
- La CMD 1 (Affections du système nerveux) avec une hausse du volume économique de +4,0%

A l'inverse les catégories majeures de diagnostic qui contribuent le moins à la croissance sont :

- La CMD 18 (Maladies infectieuses et parasitaires) avec une baisse du volume économique de -12,7%
- La CMD 23 (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) avec une baisse du volume économique de -3,5%.

Tableau 17 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par CMD (Séjours en milliers, volume économique en M€)

CMD	Libellé	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
01	Affections du système nerveux	796.82	2 061.36	4.0%	1.4%	2.5%	10.0%
02	Affections de l'oeil	261.20	418.30	5.0%	4.6%	0.4%	2.6%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	360.77	615.36	3.8%	1.3%	2.4%	2.8%
04	Affections de l'appareil respiratoire	722.22	2 228.04	1.8%	-1.7%	3.6%	4.9%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 026.45	2 955.11	3.8%	0.9%	2.8%	13.5%
06	Affections du tube digestif	1 015.98	2 350.61	3.3%	3.3%	0.0%	9.5%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	298.74	929.35	3.5%	1.6%	1.9%	3.9%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	986.34	3 012.05	4.1%	1.0%	3.0%	15.1%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	405.48	848.19	3.9%	0.0%	3.9%	4.1%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	376.01	780.01	3.5%	-0.7%	4.2%	3.3%
11	Affections du rein et des voies urinaires	405.46	948.67	5.4%	2.7%	2.6%	6.2%
12	Affections de l'appareil génital masculin	126.09	267.56	2.1%	0.2%	1.9%	0.7%
13	Affections de l'appareil génital féminin	253.59	505.29	2.2%	1.6%	0.6%	1.3%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	826.49	1 753.90	2.0%	0.5%	1.5%	4.2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	613.34	763.03	2.6%	1.9%	0.7%	2.4%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	168.83	418.02	4.9%	1.4%	3.4%	2.5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	286.68	701.81	4.0%	-3.2%	7.4%	3.4%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	139.06	418.10	-12.7%	-7.4%	-5.7%	-6.5%
19	Maladies et troubles mentaux	239.46	495.49	6.4%	3.4%	2.9%	3.9%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	171.60	233.63	8.9%	6.6%	2.1%	2.5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	190.33	292.68	2.3%	-1.3%	3.6%	0.8%
22	Brûlures	11.85	84.93	8.1%	1.1%	7.0%	0.8%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	767.53	1 267.65	-3.5%	-4.4%	0.9%	-5.4%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	11.19	61.65	-1.4%	-5.1%	3.8%	-0.1%
26	Traumatismes multiples graves	8.14	93.63	2.4%	-0.5%	2.9%	0.3%
27	Transplantations d'organes	9.03	277.09	6.0%	3.1%	2.8%	2.0%
28	Séances	4 808.07	1 495.14	6.2%	4.2%	2.0%	11.3%
	TOTAL	15 286.75	26 276.64	3.1%	1.7%	1.4%	100%

Figure 23: Evolution du volume économique des 5 CMD contribuant le plus à la croissance

Analyse des racines des CMD présentant une forte croissance

 ➤ La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) :

Pour cette CMD, quatre racines ont une contribution à la croissance importante. Parmi elles, la racine 08C56 « Interventions pour affections ostéo-articulaires » présente la plus forte évolution entre 2009 et 2010, résultant d'une très forte augmentation du nombre de séjours et d'un fort effet structure.

(volume économique en M€)

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires	10 033	94.06	19.5%	14.7%	4.1%	18.6%
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	44 956	323.25	4.1%	2.3%	1.8%	15.3%
08C24	Prothèses de genou	24 953	150.58	7.9%	7.6%	0.3%	13.4%
08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	24 568	171.41	5.7%	3.4%	2.2%	11.2%

 ➤ La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) :

Les deux racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 5 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique autant par la hausse de leur nombre de séjours que leur fort effet structure.

(volume économique en M€)

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	161 468	560.58	7.0%	3.3%	3.6%	44.7%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	15 520	72.91	50.6%	11.4%	35.2%	29.8%

➤ La CMD 1 (Affections du système nerveux) :

Les racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 1 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique principalement par la hausse de leur nombre de séjours.

(volume économique en M€)

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	86 728	423.56	9.1%	5.8%	3.0%	42.8%
01M21	Douleurs chroniques rebelles	21 257	37.42	33.3%	31.5%	1.4%	11.4%
01M34	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	34 896	101.06	9.7%	8.2%	1.3%	10.8%

Analyse des racines des CMD présentant une perte de croissance

➤ La CMD 18 (Maladies infectieuses et parasitaires) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 18 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
18C02	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires	3 601	53.80	-17.8%	-21.8%	5.0%	-14.2%
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	25 911	163.55	-22.2%	-23.0%	1.0%	-56.9%

➤ La CMD 23 (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 23 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours, l'effet structure venant atténuer cette baisse.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	132 410	120.39	-4.1%	-14.0%	11.4%	-6.3%
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	66 383	540.04	-7.8%	-11.0%	3.6%	-55.7%

III.7 Analyse du volume par domaine d'activité (DA)

Selon le nombre de séjours en 2010, après les séances (DA 27), seuls 2 domaines d'activité ont un poids supérieur à 5% des séjours, tous les autres ayant un poids inférieur.

Selon le volume économique en 2010, seul 1 domaine d'activité représente plus de 12% de l'activité, et 6 domaines d'activité représentent entre 5% et 12%, tous les autres ayant un poids inférieur.

Figure 24 : Part des 10 DA ayant le poids le plus important selon le nombre de séjours en 2010

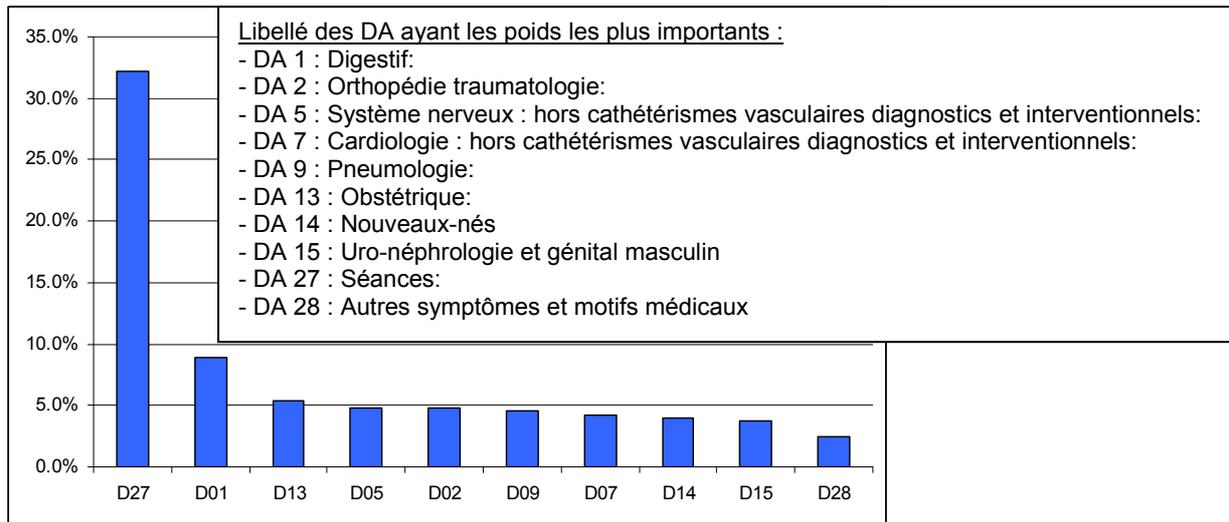
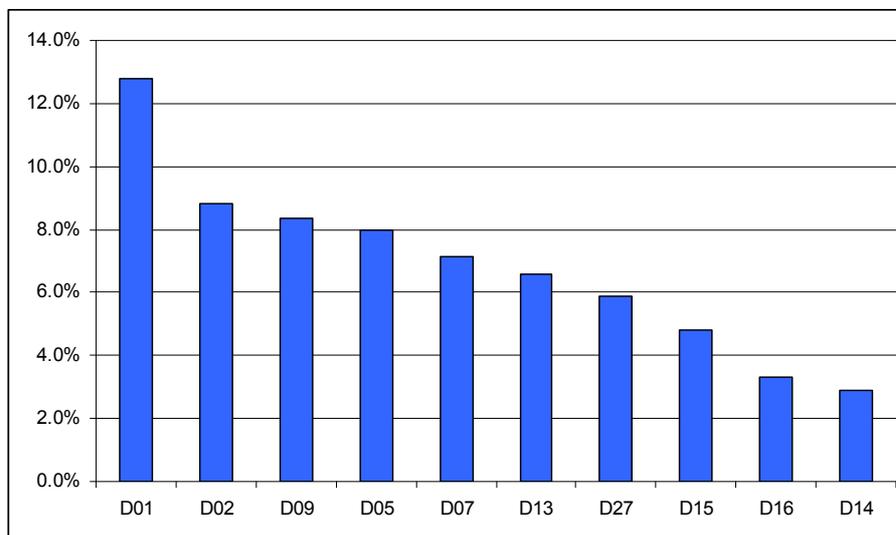


Figure 25 : Part des 10 DA ayant le poids le plus important selon le volume économique associé en 2010



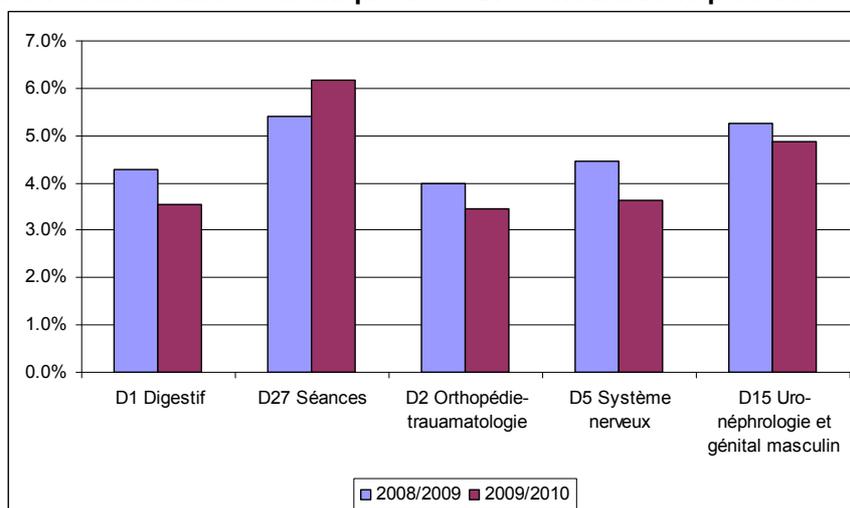
Les DA qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont:

- « Digestif» (D01) avec +3,0% en nombre de séjours et +3,5% en volume économique ;
- « Séances» (D27) avec +4,2% en nombre de séjours et +6,2% en volume économique ;
- « Orthopédie traumatologie» (D02) avec +0,8% en nombre de séjours et +3,4% en volume économique ;
- « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)» (D05) avec +0,8% en nombre de séjours et +3,6% en volume économique ;
- « Uro-néphrologie et génital masculin» (D15) avec +2,5% en nombre de séjours et +4,9% en volume économique.

Tableau 18 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par domaine d'activité (DA)

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

DA	Libellé	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
D01	Digestif	1 378.43	3 464.87	3.5%	3.0%	0.5%
D02	Orthopédie traumatologie	738.27	2 390.03	3.4%	0.8%	2.7%
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	8.09	95.88	2.4%	-0.5%	2.9%
D04	Rhumatologie	274.31	613.74	5.2%	0.9%	4.2%
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	749.25	2 167.76	3.6%	0.8%	2.8%
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels	213.00	644.20	9.3%	3.6%	5.5%
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	663.02	1 934.32	2.8%	0.3%	2.5%
D08	Vasculaire périphérique	164.11	511.06	1.5%	0.2%	1.3%
D09	Pneumologie	709.99	2 268.22	1.8%	-1.7%	3.6%
D10	ORL, Stomatologie	367.07	648.14	3.6%	1.3%	2.3%
D11	Ophthalmologie	273.17	439.40	5.0%	4.6%	0.4%
D12	Gynécologie - sein	286.08	686.91	2.0%	0.9%	1.1%
D13	Obstétrique	830.23	1 788.24	2.0%	0.5%	1.5%
D14	Nouveau-nés	625.03	782.92	2.6%	1.9%	0.7%
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	580.48	1 296.72	4.9%	2.5%	2.4%
D16	Hématologie	255.80	893.66	4.5%	-2.7%	7.4%
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	214.37	417.05	4.9%	1.1%	3.8%
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	143.70	367.17	-10.8%	-8.3%	-2.8%
D19	Endocrinologie	377.40	738.58	2.3%	-1.4%	3.8%
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	258.38	534.43	4.9%	0.0%	4.9%
D21	Brûlures	11.98	91.84	8.1%	1.1%	7.0%
D22	Psychiatrie	246.57	518.39	6.3%	3.4%	2.8%
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	343.12	429.28	6.2%	3.0%	3.1%
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	92.25	578.69	-5.9%	-2.1%	-3.9%
D25	Transplant. d'organes	4.51	126.28	6.8%	2.5%	4.2%
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	352.95	628.69	1.0%	-1.6%	2.6%
D27	Séances	5 007.86	1 587.65	6.2%	4.2%	2.0%
D28	Autres symptômes ou motifs médicaux	384.39	453.48	0.0%	-4.9%	5.2%
TOTAL		15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

Figure 26: Evolution du volume économique des 5 DA contribuant le plus à la croissance


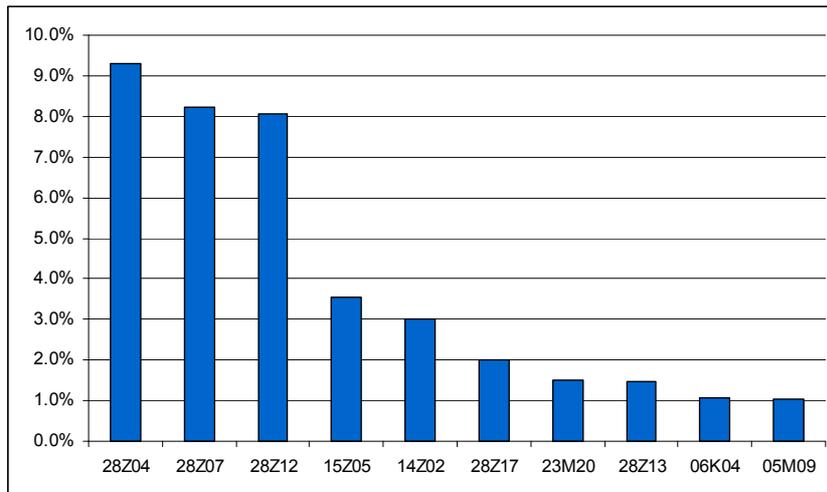
III.8 Analyse du volume par racine

III.8.1 *Analyse des racines qui contribuent le plus à la croissance*

Selon le nombre de séjours, les racines qui ont le plus de poids sont :

- La racine 28Z04 (Hémodialyse, en séances)
- La racine 28Z07 (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- La racine 28Z12 (Techniques complexes d'irradiation externe, en séances)
- La racine 15Z05 (Nouveau-nés de 2500 g et plus)
- La racine 14Z02 (Accouchements par voie basse)

Figure 27 : Part des 10 racines ayant le poids le plus important selon le nombre de séjours réalisés en 2010



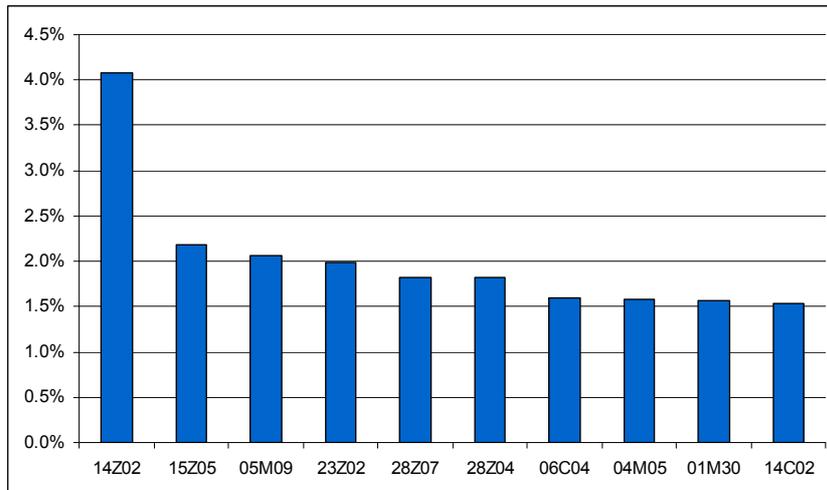
Autres racines :

- 28Z17 (Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances)
- 23M20 (Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23)
- 28Z13 (Autres techniques d'irradiation externe, en séances)
- 06K04 (Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire)
- 05M09 (Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire)

Selon le volume économique, les racines qui ont le plus de poids sont :

- La racine 14Z02 (Accouchements par voie basse)
- La racine 15Z05 (Nouveau-nés de 2500 g et plus)
- La racine 05M09 (Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire)
- La racine 23Z02 (Soins Palliatifs, avec ou sans acte)
- La racine 28Z07 (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)

Figure 28 : Part des 10 racines ayant le poids le plus important selon le volume économique en 2010



Autres racines :

- 28Z04 (Hémodialyse, en séances)
- 06C04 (Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon)
- 04M05 (Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans)
- 01M30 (Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires)
- 14C02 (Césariennes)

Les racines qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont (hors séances) :

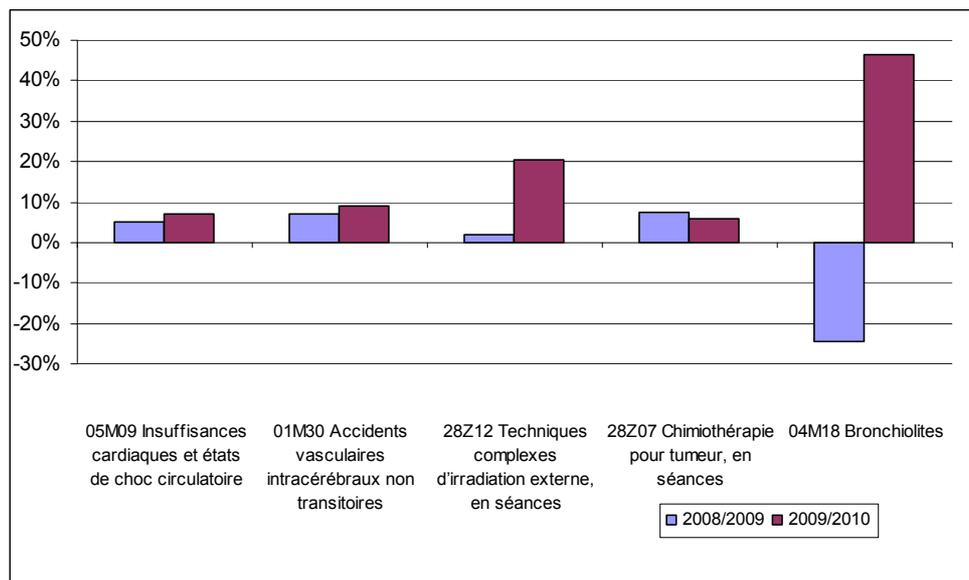
- « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire» (05M09) avec +3,3% en nombre de séjours et +7,0% en volume économique ;
- « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires» (01M30) avec +5,8% en nombre de séjours et +9,1% en volume économique ;
- « Bronchiolites» (04M18) avec +41,1% en nombre de séjours et +46,3% en volume économique ;
- « Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans» (05K13) avec +11,4% en nombre de séjours et +50,6% en volume économique ;
- « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées» (04M20) avec +10,5% en nombre de séjours et +17,2% en volume économique.

Tableau 19 : Palmarès des 20 racines qui contribuent le plus à la croissance du volume économique

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Racine	Libellé	Année 2010		Evolution 2009/2010		
		Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	86.73	423.57	9.1%	5.8%	3.0%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	155.02	223.24	7.5%	7.7%	-0.2%
04M07	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	28.22	152.67	15.3%	10.4%	4.4%
04M18	Bronchiolites	40.24	78.21	46.3%	41.1%	3.7%
04M20	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	44.00	164.30	17.2%	10.5%	6.1%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	15.52	72.91	50.6%	11.4%	35.2%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	161.47	560.58	7.0%	3.3%	3.6%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	168.18	124.86	11.4%	11.4%	0.0%
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires	10.03	94.06	19.5%	14.7%	4.1%
10M18	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans	18.73	73.53	26.1%	17.7%	7.1%
11C05	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	61.84	168.26	10.6%	9.3%	1.2%
11M04	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	61.33	168.27	14.6%	8.1%	6.0%
14C02	Césariennes	116.10	414.29	3.8%	3.1%	0.7%
14Z02	Accouchements par voie basse	470.47	1106.50	2.0%	1.8%	0.2%
15Z05	Nouveau-nés de 2500 g et plus	553.98	592.86	2.7%	1.9%	0.8%
19M06	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	53.68	160.16	12.2%	7.3%	4.5%
20Z04	Ethylisme avec dépendance	67.67	154.18	11.3%	14.4%	-2.7%
28Z07	28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1280.98	494.40	6.0%	6.0%	0.0%
28Z12	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	1253.88	195.34	20.3%	20.3%	0.0%
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	314.06	108.38	20.0%	20.0%	0.0%

Figure 29: Evolution du volume économique des 5 racines contribuant le plus à la croissance



III..8.2 Analyse des racines « légères » et « lourdes »

Les racines de la classification peuvent être classées selon la lourdeur médicale de la prise en charge. Cette classification concerne tous les séjours en hospitalisation hors séances.

La notion de lourdeur de l'activité retenue ici n'est pas la même que celle de sévérité. La sévérité du séjour du patient croît avec les complications qui surviennent lors du séjour, la lourdeur est recherchée dans l'activité de base d'une racine (niveau de sévérité 1 ou A). Par ailleurs si l'on s'intéresse à la lourdeur économique de la racine, le classement peut être satisfait en se basant notamment sur le tarif moyen par racine.

La part des racines «lourdes» et « légères» n'a pas évolué entre 2009 et 2010. Les racines « légères » représentent 58,1% de la masse et 78,6% des séjours.

Figure 30 : Part des racines lourdes et légères selon le nombre de séjours réalisés en 2010

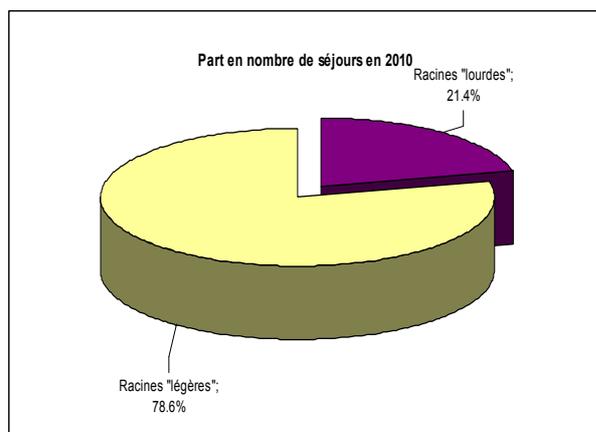
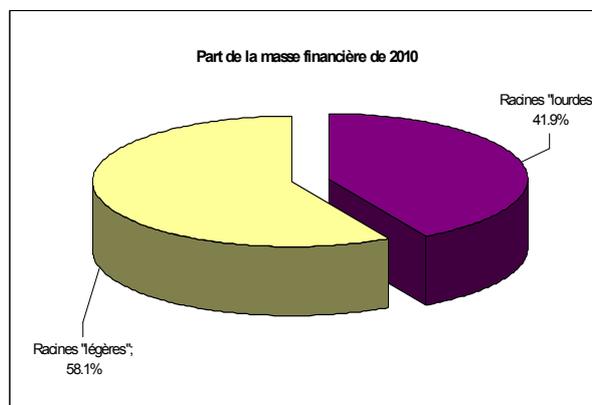


Figure 31 : Part des racines lourdes et légères selon le volume économique en 2010



L'évolution du volume économique des racines dites «lourdes» est plus importante que celle des racines « légères». Pour les deux catégories de racines, cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours.

Tableau 20 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par type de racines (lourdes ou légères)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Racines lourdes	2 254.52	10 676.66	3.6%	1.0%	2.6%
Racines légères	8 291.41	14 833.28	2.5%	0.6%	1.9%
TOTAL	10 545.93	25 509.94	2.9%	0.6%	2.3%

Approche par catégorie d'établissement : Le poids des racines « lourdes » pour les CHR et l'APHP est plus fort que sur la moyenne des établissements, alors que pour les EBNL ce poids est plus fort sur les racines « légères ».

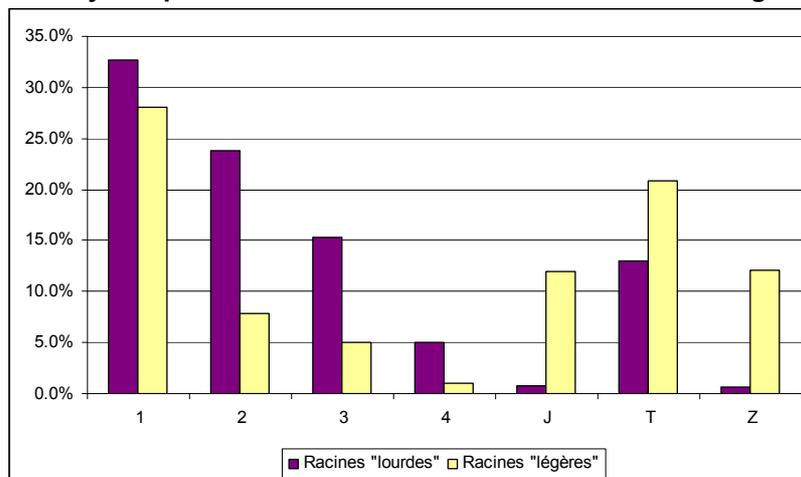
L'évolution du volume économique des CLCC est plus importante que la moyenne sur les racines « lourdes ». Cette évolution est entièrement due à un fort effet structure.

Les EBNL connaissent, quant à eux, une évolution de leur volume économique plus importante que la moyenne sur les racines légères, et elle est principalement due à une hausse du nombre de séjours.

Tableau 21 : Evolution par type de catégorie d'établissements (lourdes ou légères)

	Lourd				Léger			
	Poids en séjours	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en séjours	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	22.4%	3.1%	1.7%	1.4%	77.6%	1.8%	-0.7%	2.5%
CH	21.2%	3.6%	1.5%	2.0%	78.8%	2.1%	0.1%	2.0%
CHR	22.8%	3.5%	-0.5%	4.0%	77.2%	2.2%	0.4%	1.8%
CLCC	12.4%	5.6%	0.4%	5.2%	87.6%	2.5%	-0.6%	3.1%
EBNL	18.5%	3.6%	1.0%	2.5%	81.5%	5.6%	4.5%	1.0%
SSA	22.8%	7.7%	5.5%	2.1%	77.2%	7.9%	4.9%	2.8%
TOTAL	21.4%	3.6%	1.0%	2.6%	78.6%	2.5%	0.6%	1.9%

Approche par niveau de sévérité : Les racines légères se caractérisent par une forte proportion de séjours en ambulatoire et de courte durée (niveaux J,T et Z) tandis que les racines lourdes comptent une part important de séjours de niveaux 2,3 et 4.

Figure 32 : Part des séjours par niveau de sévérité des racines lourdes - légères en 2010


III.8.3 Analyse des racines « chaudes » – « froides »

La notion de pathologies intitulées « chaudes versus froides » a été créée pour différencier les pathologies aiguës versus celles qui sont chroniques et séparer ainsi les prises en charge programmables (racines dites « froides ») de celles qui sont non programmables (racines dites « chaudes »). Comme il n'existe pas de définition consensuelle ni de recueil dans le RSA pour distinguer le programmable du non programmable, il avait été décidé de l'approcher via les diagnostics, certains relevant de l'urgence (ex. fracture), d'autres pas (arthrose).

Les travaux n'ont concerné que trois CMD (catégorie majeure de diagnostics) et, pour l'essentiel, la CMD 08 des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif. En effet, cette CMD a fait l'objet de travaux importants visant l'amélioration de la description des racines de sa partie médicale puis de sa partie chirurgicale.

Les 9 couples de racines ciblées ici (« chaudes » versus « froides ») représentent 2,8% des séjours et 6,4% de la masse financière (hors séances).

Les racines « froides » représentent 48,0% de la masse et 54% des séjours.

Figure 33 : Part des racines chaud – froid selon le nombre de séjours réalisés en 2010

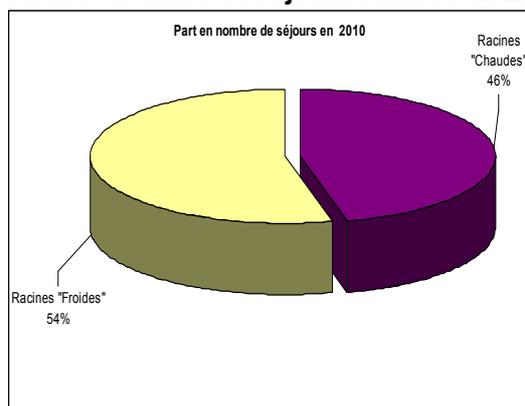
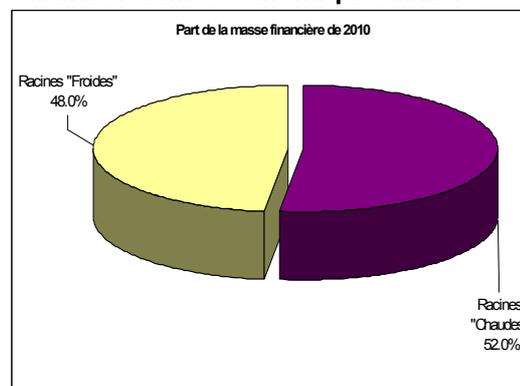


Figure 34 : Part des racines chaud – froid selon le volume économique en 2010



L'évolution du volume économique de ces 9 couples est plus importante (+4,2%) que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines. Cette augmentation est principalement due à une forte hausse de leur nombre de séjours (+2,6%). Les racines « chaudes » et « froides » évoluent selon le même ordre de grandeur et avec la même décomposition entre effet nombre de séjours et effet structure.

Tableau 22 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par type de racines (chaudes ou froides)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Racines chaudes	135.72	844.42	4.2%	2.3%	1.8%
Racines froides	159.00	778.30	4.1%	2.8%	1.3%
TOTAL	294.72	1 622.72	4.2%	2.6%	1.5%

L'ensemble des catégories d'établissement a une part plus importante des séjours « programmés » à l'exception des CH qui ont une part plus importante de séjours « non programmés ».

L'évolution des 9 couples de racines est plus forte pour APHP et les établissements du service de santé des armées. Cela s'explique principalement par une hausse importante du nombre de séjours, bien que leur effet structure reste également plus fort que la moyenne. Cependant, sur les racines dites froides, le nombre de séjours de l'APHP diminue avec un fort effet structure.

Les CHR ont un fort effet structure sur les racines « chaudes ».

Tableau 23 : Evolution par catégorie d'établissement (chaudes ou froides)

	Chaud				Froid			
	Poids en nombre de séjours	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Poids en nombre de séjours	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	38.4%	6.9%	4.3%	2.5%	61.6%	2.0%	-1.8%	3.9%
CH	54.9%	4.1%	2.7%	1.4%	45.1%	3.4%	2.4%	1.0%
CHR	39.9%	3.6%	0.5%	3.0%	60.1%	4.8%	3.5%	1.3%
CLCC	27.0%	-	-	-	73.0%	-20.5%	-1.8%	-19.1%
EBNL	26.3%	3.8%	3.6%	0.2%	73.7%	5.2%	4.6%	0.6%
SSA	39.4%	10.6%	8.4%	2.1%	60.6%	9.5%	11.1%	-1.4%
TOTAL	46.0%	4.2%	2.3%	1.8%	54.0%	4.1%	2.8%	1.3%

NB : Le nombre de séjours concernés par les racines chaudes et froides étant très faibles pour les CLCC leurs évolutions ne sont pas prises en comptes.

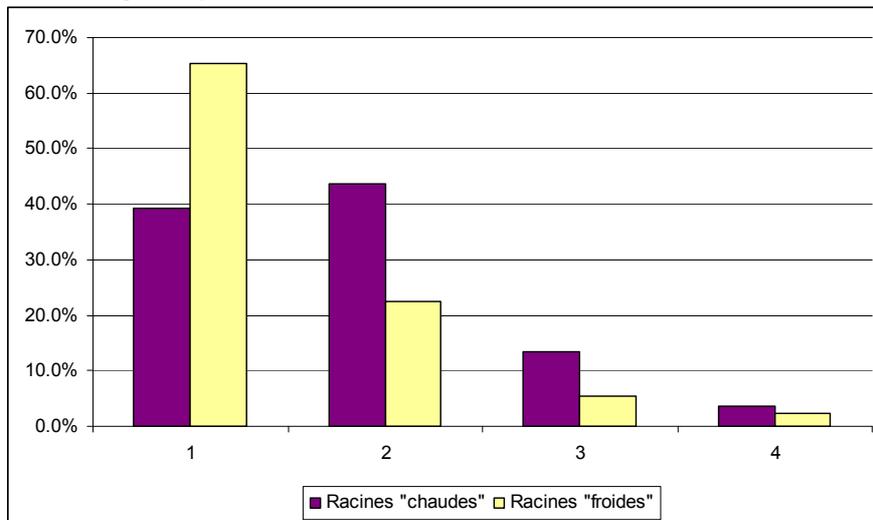
Par couple de racines, les évolutions entre chaud et froid ne sont pas les mêmes :

- 07C13, 07C14 - Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire : la racine 07C13 qui est la racine non programmé (« chaude ») connaît une baisse de séjours qui entraîne une baisse de son volume économique alors que la racine 07C14 qui concerne le programmé a une forte évolution de son nombre de séjours +4,0% et donc ainsi de son volume économique (+5,0%).
De même, le couples 08C55, 08C33 Interventions sur la cheville et l'arrière-pied : la racine « chaude » , 08C55, a son nombre de séjours qui baisse fortement (-6,0%) alors que celui de la racine «froide», 08C33, augmente (+4,7%).
- 08C53, 08C54 - Interventions sur le genou : sur ce couple, l'effet inverse est observé. En effet la racine 05C54 dite « froide » connaît une forte baisse de son nombre de séjours (-4,3%) alors que le nombre de séjours de la racine 08C53 (dite chaude) augmente (+3,6%).

Tableau 24 : Evolution par type de racines et par couples (chaud ou froid)

		Chaud			Froid		
		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
01C03,01C04	Craniotomies âge supérieur à 17 ans	5.6%	-1.5%	7.2%	4.1%	-0.2%	4.3%
01K07,01K02	Embolisations intracrâniennes et médullaires	5.5%	6.9%	-1.3%	5.8%	6.4%	-0.5%
05K05,05K06	Endoprothèses vasculaires	7.0%	5.3%	1.6%	4.7%	3.6%	1.0%
07C13,07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire	-0.1%	-1.0%	0.9%	5.0%	4.0%	0.9%
08C47,08C48	Prothèses de hanche	5.7%	3.4%	2.2%	2.8%	2.2%	0.6%
08C49,08C50	Interventions sur la hanche et le fémur âge supérieur à 17 ans	4.1%	2.3%	1.8%	1.5%	-3.9%	5.7%
08C51,08C52	Interventions majeures sur le rachis	4.2%	3.0%	1.2%	6.8%	6.3%	0.5%
08C53,08C54	Interventions sur le genou	4.9%	3.6%	1.2%	-2.8%	-4.3%	1.6%
08C55,08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied	-3.7%	-6.0%	2.4%	5.3%	4.7%	0.6%
TOTAL		4.2%	2.3%	1.8%	4.1%	2.8%	1.3%

Les racines concernant une activité dite « froide » ont une part plus importante de séjours de niveau 1, et moins importante de séjours de niveau 2,3, et 4 que les racines concernant une activité dite « chaude ».

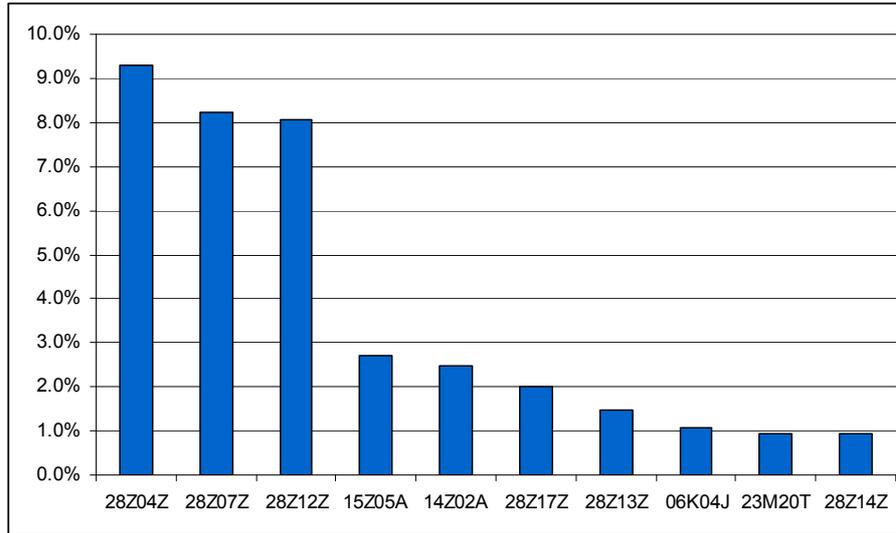
Figure 35 : Part des séjours par niveau de sévérité des racines chaud – froid en 2010


III.9 Analyse du volume par GHM

Selon le nombre de séjours en 2010, seuls 3 GHM ont un poids supérieur à 8%, 5 GHM ont un poids compris entre 1% et 8%, tous les autres GHM ont un poids inférieur à 1%.

Selon le volume économique en 2010, seul 1 GHM a un poids supérieur à 3%, 4 GHM ont un poids compris entre 1% et 3%, tous les autres GHM ont un poids inférieur à 1%.

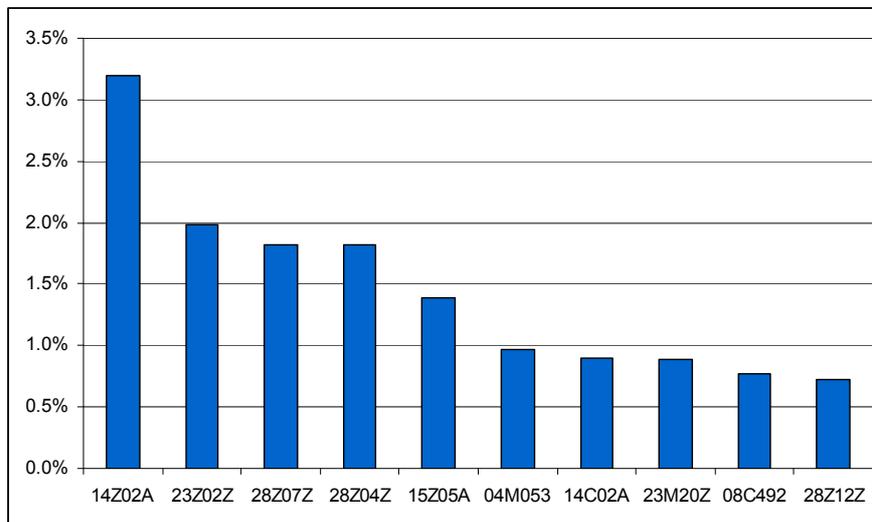
Figure 36 : Part des 10 GHM ayant le poids le plus important en nombre de séjours en 2010



Selon le nombre de séjours, les GHM qui ont le plus de poids sont :

- Le GHM 28Z04Z (Hémodialyse, en séances)
- Le GHM 28Z07Z (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- Le GHM 28Z12Z (Techniques complexes d'irradiation externe, en séances)
- Le GHM 15Z05A (Nouveaux-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif)
- Le GHM 14Z02A (Accouchements par voie basse sans complication significative)

Figure 37 : Part des 10 GHM ayant le poids le plus important en volume économique en 2010



Selon le volume économique, les GHM qui ont le plus de poids sont :

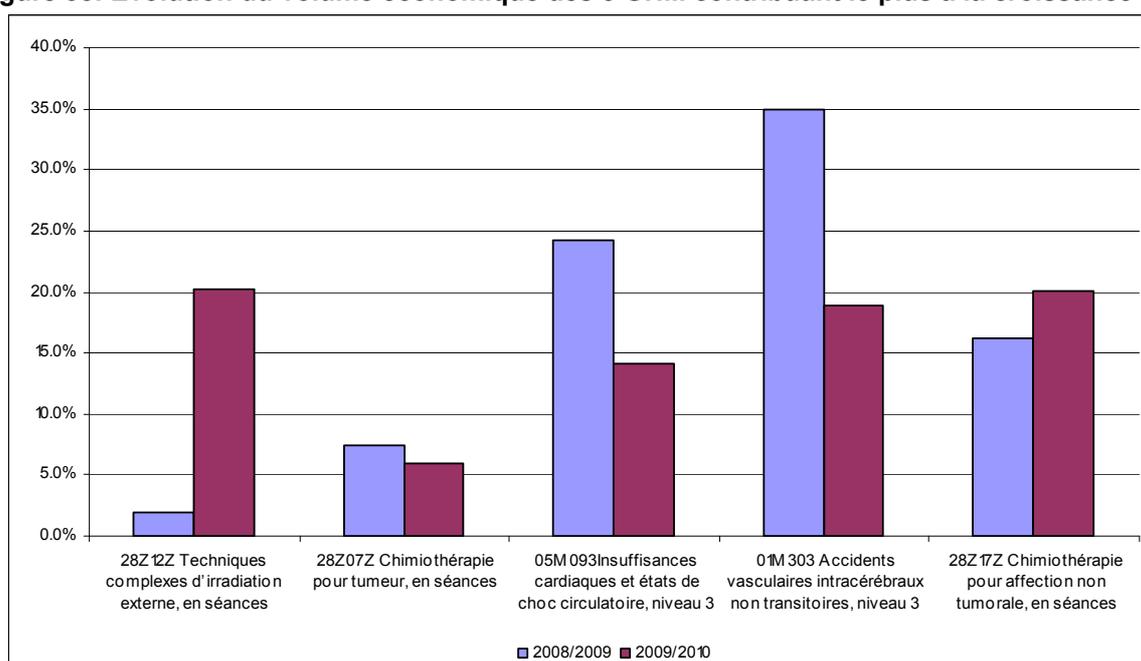
- Le GHM 14Z02A (Accouchements par voie basse sans complication significative)
- Le GHM 23Z02Z (Soins Palliatifs, avec ou sans acte)
- Le GHM 28Z07Z (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- Le GHM 28Z04Z (Hémodialyse, en séances)
- Le GHM 15Z05A (Nouveaux-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif)

Les groupes homogènes de malade (GHM) qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont (hors séances) :

- « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3 » (05M093) avec +13,5% en nombre de séjours et +14,1% en volume économique ;
- « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3 » (01M303) avec +19,1% en nombre de séjours et +18,9% en volume économique ;
- « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » (02C05J) avec +10,6% en nombre de séjours et +10,5% en volume économique ;
- « Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3 » (04M203) avec +40,2% en nombre de séjours et +41,0% en volume économique ;
- « Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4 » (11M044) avec +38,3% en nombre de séjours et +37,8% en volume économique.

Tableau 25 : Palmarès des 20 GHM qui contribuent le plus à la croissance du volume économique (hors séances) (Séjours en milliers, volume économique en M€)

GHM	Libellé	Année 2010		Evolution 2009/2010		
		Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	20.28	142.32	18.9%	19.1%	-0.2%
01M304	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	6.33	65.09	24.5%	24.7%	-0.2%
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	122.37	174.93	10.5%	10.6%	0.0%
03C254	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 4	1.49	35.93	46.2%	47.9%	-1.2%
04M054	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	6.41	46.36	32.2%	33.5%	-1.0%
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	9.89	65.70	22.0%	22.0%	0.0%
04M134	Oedème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	9.75	108.46	11.0%	12.2%	-1.0%
04M203	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3	10.35	55.79	41.0%	40.2%	0.6%
05K132	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2.74	20.95	99.0%	26.8%	56.9%
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	40.12	195.30	14.1%	13.5%	0.5%
05M094	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	7.39	57.39	38.3%	37.9%	0.3%
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	168.18	124.86	11.4%	11.4%	0.0%
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	6.47	66.20	26.0%	26.1%	0.0%
11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	10.78	58.38	37.8%	38.3%	-0.3%
14C02C	Césariennes avec complications majeures	21.00	124.09	10.7%	11.3%	-0.6%
19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	12.23	68.25	23.4%	23.0%	0.3%
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1280.98	494.40	6.0%	6.0%	0.0%
28Z11Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	49.53	35.04	53.7%	32.9%	15.6%
28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	1253.88	195.34	20.3%	20.3%	0.0%
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	314.06	108.38	20.0%	20.0%	0.0%

Figure 38: Evolution du volume économique des 5 GHM contribuant le plus à la croissance


III.10 Focus sur les séances

- La radiothérapie représente 35% des séances et 22% du volume économique
- La dialyse représente 29% des séances et 32% du volume économique
- La chimiothérapie représente 32% des séances et 38% du volume économique

Figure 39 : Part de chaque type de séances selon le nombre de séances réalisées en 2010

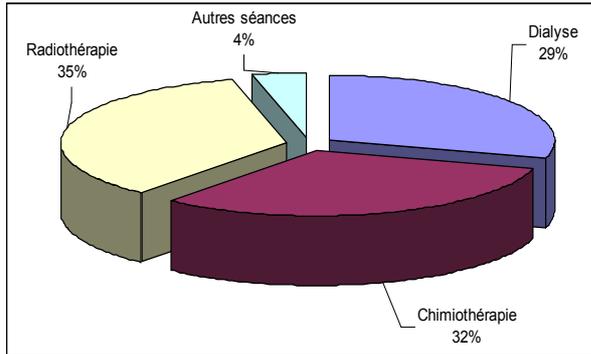
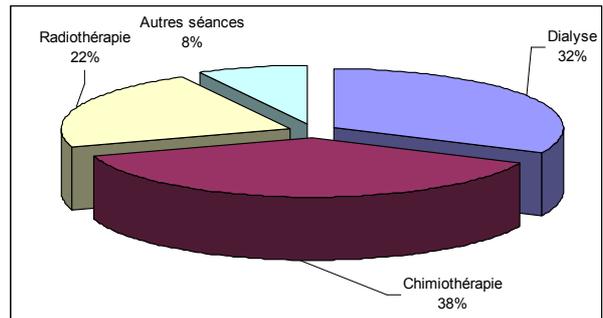


Figure 40 : Part de chaque type de séances selon le volume économique en 2010



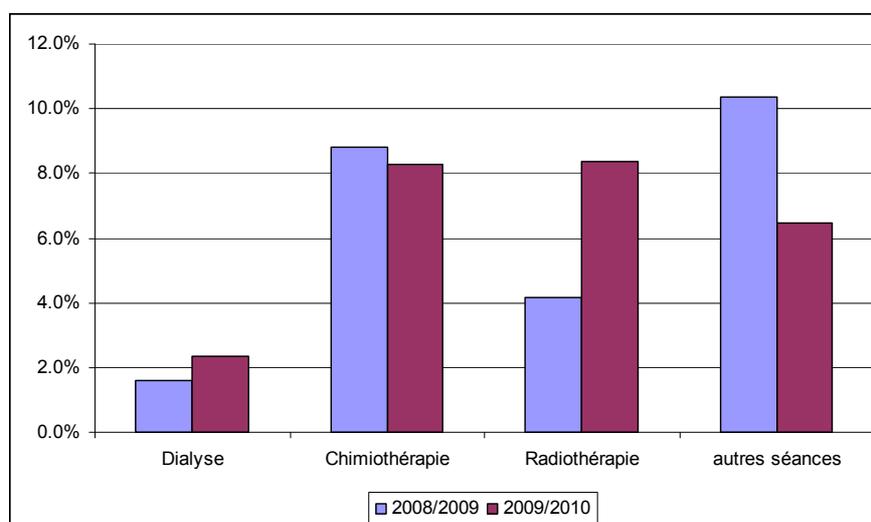
Un **focus sur les séances**, indique que l'évolution du volume économique associé aux séances (+6,2%) s'explique principalement par l'évolution des séances de chimiothérapie (+8,3% en volume économique et +8,5% en nombre de séjours).

Au sein de chaque type de séances (radiothérapie, chimiothérapie, etc.) il existe des transferts entre GHM, notamment en radiothérapie, du GHM 28Z13 « Autres techniques d'irradiation externe, en séances » vers le GHM 28Z18 « Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances » et vers le GHM 28Z12 « Techniques complexes d'irradiation externe, en séances ».

Tableau 26: Activité 2010 et évolution 2009/2010 des séances par racine

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Racine	LIBELLE	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
28Z01	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	1.37	0.58	-23.4%	-21.9%	-2.0%
28Z02	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	2.09	0.84	13.0%	14.7%	-1.4%
28Z03	Entraînements à l'hémodialyse, en séances	20.71	13.60	26.9%	26.9%	0.0%
28Z04	Hémodialyse, en séances	1 445.38	492.40	1.8%	2.0%	-0.1%
	Sous-total Dialyse	1 469.55	507.43	2.3%	2.2%	0.1%
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 280.98	494.40	6.0%	6.0%	0.0%
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	314.06	108.38	20.0%	20.0%	0.0%
	Sous-total Chimiothérapie	1 595.03	602.79	8.3%	8.5%	-0.2%
28Z08	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	74.05	65.18	10.1%	10.1%	0.0%
28Z09	Autres préparations à une irradiation externe	9.59	3.11	-26.5%	-26.4%	-0.1%
28Z10	Curiethérapie, en séances	6.43	6.51	8.7%	8.6%	0.1%
28Z11	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	49.53	35.04	53.7%	32.9%	15.6%
28Z12	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	1 253.88	195.34	20.3%	20.3%	0.0%
28Z13	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	229.97	28.87	-49.1%	-49.1%	0.0%
28Z18	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	129.57	20.84	29.1%	29.8%	-0.6%
	Sous-total Radiothérapie	1 753.01	354.89	8.4%	2.1%	6.2%
28Z14	Transfusions, en séances	143.17	91.16	4.5%	4.6%	-0.1%
28Z15	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	29.11	6.67	-5.2%	-5.7%	0.5%
28Z16	Aphérèses sanguines, en séances	17.98	24.71	18.5%	18.8%	-0.2%
	Sous-total autres séances	190.26	122.54	6.4%	4.0%	2.3%
	TOTAL SEANCES	5 007.86	1 587.65	6.2%	4.2%	2.0%

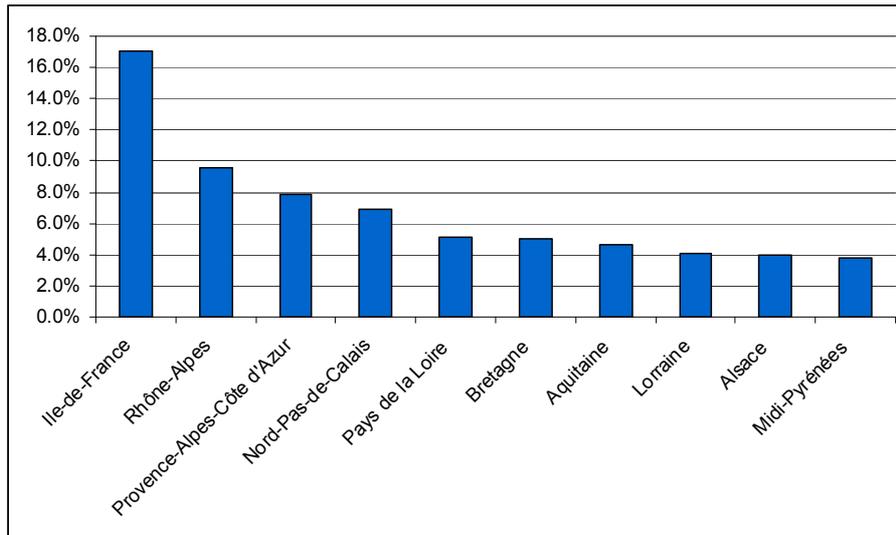
Figure 41: Evolution du volume économique des différents types de séances


III.11 Analyse du volume par région

En nombre de séjours, les régions qui ont le plus de poids sont :

- Ile-de-France
- Rhône-Alpes
- Provence-Alpes-Côte d'azur
- Nord-Pas-de-Calais
- Pays de la Loire

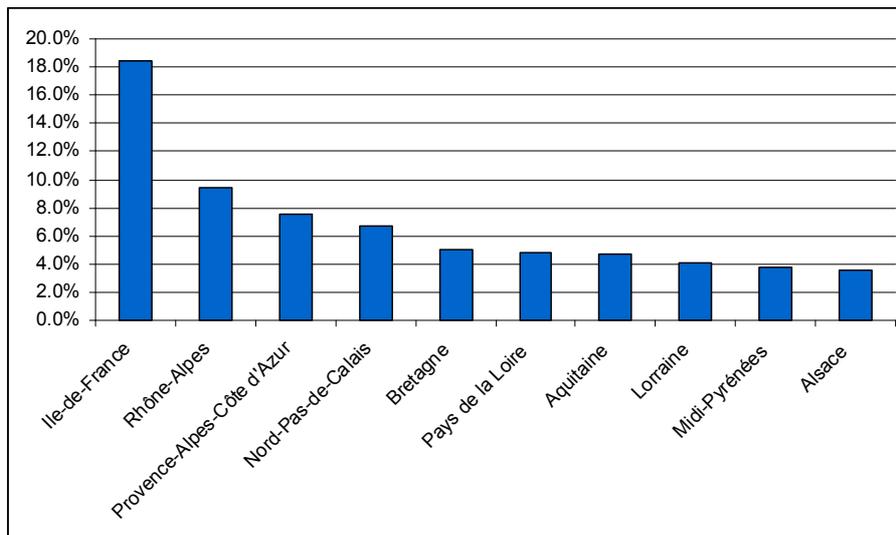
Figure 42 : Part des 10 régions ayant le poids le plus important en nombre de séjours en 2010



En masse financière, les régions qui ont le plus de poids :

- Ile-de-France
- Rhône-Alpes
- Provence-Alpes-Côte d'azur
- Nord-Pas-de-Calais
- Bretagne

Figure 43 : Part des 10 régions ayant le poids le plus important en volume économique en 2010



Les régions qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique entre 2009 et 2010 sont:

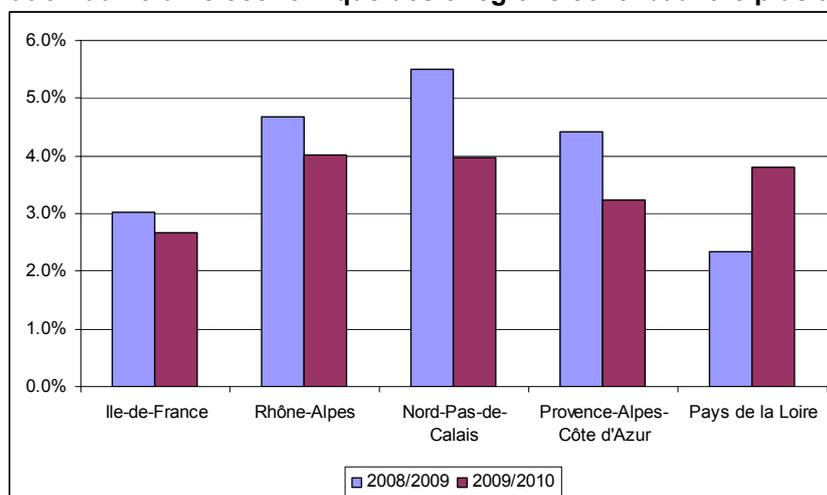
- Ile-de-France avec +2,7% de volume économique,
- Rhône-Alpes avec +4,0% de volume économique,
- Provence-Alpes-Côte d'azur avec +3,2% de volume économique,
- Nord-Pas-de-Calais avec +4,0% de volume économique,
- Pays de la Loire avec +3,8% de volume économique.

Tableau 27 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par région

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Région	Année 2010		Evolution 2009/2010		
	Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
Alsace	613.32	952.48	2.5%	1.3%	1.2%
Aquitaine	719.78	1 273.28	3.3%	3.3%	0.0%
Auvergne	329.08	577.18	1.1%	0.4%	0.7%
Bourgogne	422.93	763.88	2.9%	2.3%	0.5%
Bretagne	778.58	1 364.64	2.8%	1.6%	1.1%
Centre	522.60	942.92	2.0%	-0.1%	2.2%
Champagne-Ardenne	324.61	562.42	2.1%	1.6%	0.5%
Corse	53.22	90.80	1.8%	-1.0%	2.9%
Franche-Comté	322.43	513.35	0.2%	0.0%	0.2%
Ile-de-France	2 657.16	4 990.01	2.7%	1.2%	1.4%
Languedoc-Roussillon	519.81	915.41	5.1%	2.8%	2.3%
Limousin	228.56	382.68	1.3%	0.4%	0.9%
Lorraine	632.90	1 114.81	2.7%	0.6%	2.1%
Midi-Pyrénées	595.71	1 022.46	3.5%	2.0%	1.5%
Nord-Pas-de-Calais	1 074.77	1 824.91	4.0%	2.7%	1.2%
Normandie-Basse	407.82	708.78	2.5%	1.7%	0.8%
Normandie-Haute	406.17	659.72	2.8%	2.2%	0.6%
Pays de la Loire	799.43	1 309.23	3.8%	3.0%	0.8%
Picardie	487.87	812.31	3.2%	2.4%	0.8%
Poitou-Charentes	486.62	734.72	2.5%	1.0%	1.5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 217.48	2 056.63	3.2%	0.8%	2.4%
Rhône-Alpes	1 488.21	2 549.66	4.0%	2.5%	1.5%
SSA	131.29	271.82	8.0%	6.7%	1.2%
ZZ-Guadeloupe	71.01	153.62	3.6%	1.8%	1.8%
ZZ-Martinique	107.44	210.05	6.9%	4.0%	2.8%
ZZ-Réunion	154.99	339.83	6.2%	3.1%	3.0%
Total France	15 553.79	27 097.60	3.1%	1.7%	1.4%

Figure 44: Evolution du volume économique des 5 régions contribuant le plus à la croissance



IV. FICHES d'analyse du secteur ex-OQN

IV.1 Analyse du volume par catégorie d'établissements

Dans l'ensemble des séjours transmis en 2010:

- Près d'un tiers, soit 2,5 millions de séjours ont été réalisés par 159 établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une forte activité de chirurgie (G/CHIR) ;
- 28,0% ont été réalisés par les 95 établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une activité diversifiée (G/DIV) ;
- 5,2% par les 28 établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une activité de chirurgie accompagnée d'activité en obstétrique (G/O/CHIR) ;
- 11,5% par les 86 établissements ayant un volume économique moyen compris entre 6 et 10M€ et une forte activité de chirurgie (M/CHIR) ;
- 3,3% par les 25 établissements ayant un volume économique moyen compris entre 6 et 10M€ et une forte activité d'obstétrique (M/OBS) ;
- 4,2% par les 45 établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une forte activité de chirurgie (P/CHIR) ;
- 5,1% par les 61 établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une forte activité de chirurgie ambulatoire (P/CHIRAMB) ;
- 7,0% par les 88 établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une activité diversifiée (P/DIV).

Figure 45 : Part en nombre de séjours selon la catégorie d'établissement en 2010

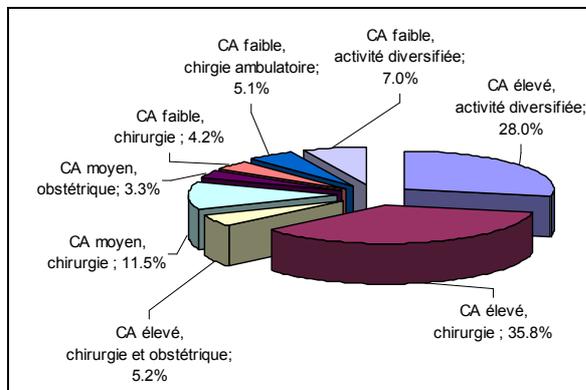
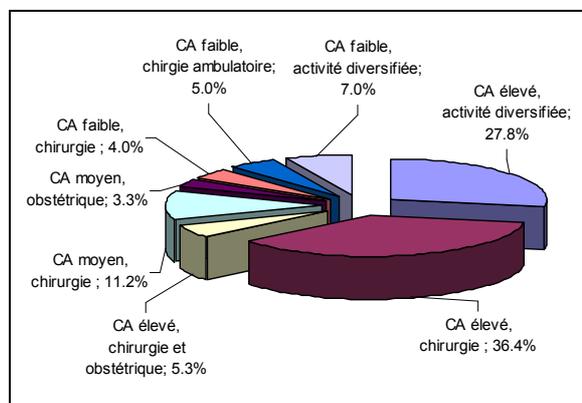


Figure 46 : Part du volume économique selon la catégorie d'établissement en 2010



Le volume économique de l'ensemble du secteur a augmenté de +2,2% entre 2008 et 2009 et de +1,2% entre 2009 et 2010. Cette évolution diffère selon la catégorie d'établissements :

- La plus forte évolution de volume économique a été observée pour les établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une activité diversifiée (+2,2%) ou une activité de chirurgie associée à une activité en obstétrique (+2,7%).
- Trois catégories d'établissements ont une évolution proche de l'évolution moyenne du volume économique du secteur : les établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une forte activité de chirurgie (+1,2%), les établissements ayant un volume économique moyen compris entre 6 et 10M€ et une forte activité d'obstétrique (+1,5%) et les établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une forte activité de chirurgie ambulatoire (+1,4%).

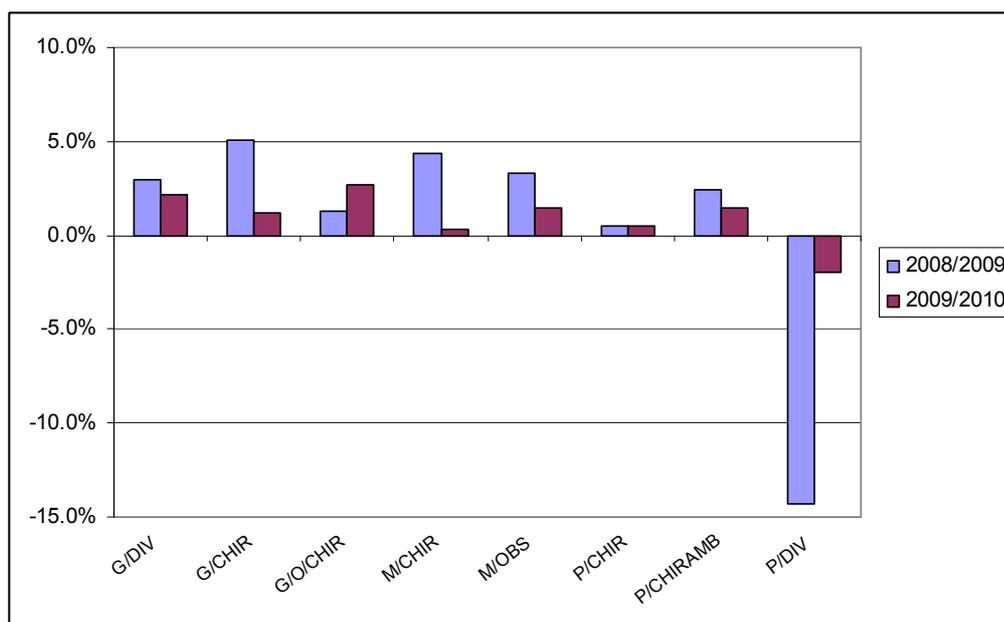
- Deux catégories d'établissements ont une évolution plus faible que l'évolution moyenne du volume économique du secteur : les établissements ayant un volume économique moyen compris entre 6 et 10M€ et une forte activité de chirurgie (+0,3%) et les établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une forte activité de chirurgie (+0,5%).
- Enfin la catégorie des établissements ayant un volume économique moyen inférieur à 6M€ et une activité diversifiée se démarque par une évolution à la baisse de son volume économique entre 2009 et 2010. Cette évolution s'explique notamment par la fermeture de certains établissements entre 2009 et 2010.

Tableau 28 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par catégorie d'établissements

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Catégorie d'établissement	Nombre d'établissements en 21010	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
G/DIV	Volume économique moyen > 10M€, activité diversifiée	95	1 946.9	1 818.80	2.2%	0.9%	1.3%
G/CHIR	Volume économique moyen > 10M€, chirurgie	159	2 482.7	2 383.45	1.2%	0.6%	1.9%
G/O/CHIR	Volume économique moyen > 10M€, chirurgie et obstétrique	28	361.1	347.43	2.7%	2.7%	4.2%
M/CHIR	Volume économique moyen entre 6 et 10M€, chirurgie	86	799.7	734.14	0.3%	0.0%	0.8%
M/OBS	Volume économique moyen entre 6 et 10M€, obstétrique	25	226.8	212.95	1.5%	1.2%	0.1%
P/CHIR	Volume économique moyen < 6M€, chirurgie	45	290.1	262.92	0.5%	-0.2%	0.5%
P/CHIRAMB	Volume économique moyen < 6M€, chirurgie ambulatoire	61	351.2	327.00	1.4%	1.1%	1.4%
P/DIV	Volume économique moyen < 6M€, activité diversifiée	88	484.3	460.21	-2.0%	-3.0%	2.7%
	Total France	587	6 942.8	6 546.88	1.2%	0.5%	1.7%

Il convient de noter que les données 2010 ne sont pas exhaustives. Les données 2008 et 2009 intègrent les séjours qui n'avaient pas été initialement transmis au cours de l'exercice mais qui ont pu être transmis au cours des deux exercices suivants. De manière similaire, l'activité 2010 fera l'objet d'une transmission en 2011 et 2012.

Figure 47 : Evolution du volume économique par catégorie d'établissements


IV.2 Analyse du volume par classe d'âge

- En 2010, les séjours des patients âgés de 20 à 64 ans représentent la moitié des séjours.
- Les séjours d'enfants (0-19 ans) représentent environ 11% des séjours et 7% du volume économique.
- Les séjours des personnes âgées (80 ans et plus) représentent 10% des séjours et 15% du volume économique.

Figure 48 : Part de chaque classe d'âge selon le nombre de séjours réalisés en 2010

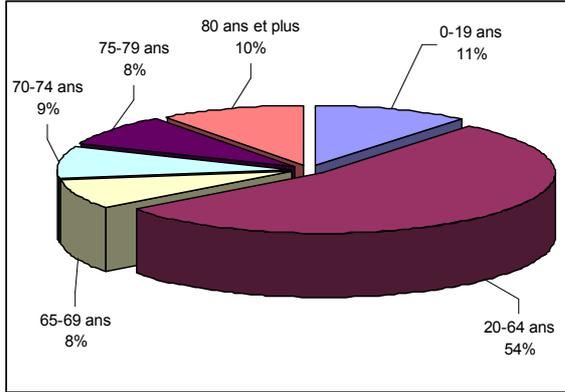
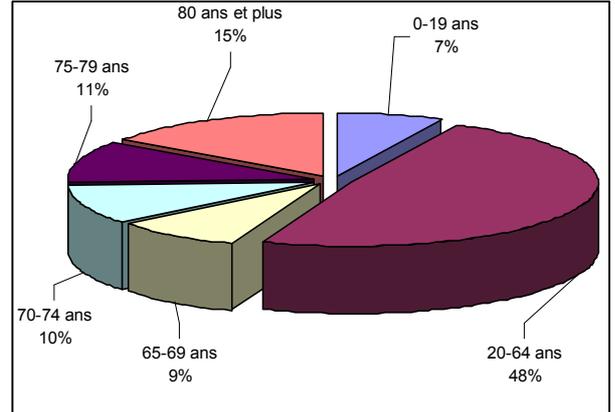


Figure 49 : Part de chaque classe d'âge selon le volume économique en 2010

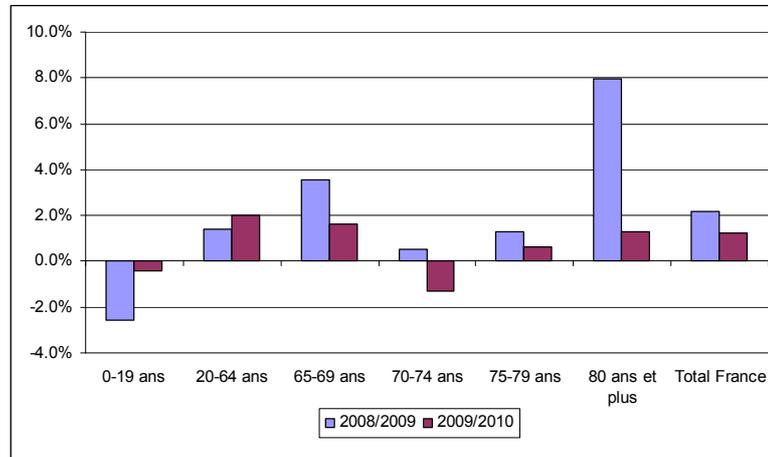


Le nombre de séjours pour les plus de 80 ans est en forte baisse mais se caractérise par un effet structure important (+5,5%).

Tableau 29: Activité 2010 et évolution par tranche d'âge (Séjours en milliers, volume économique en M€)

Classe d'âge	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
0-19 ans	750.3	451.71	-0.4%	0.1%	-0.6%
20-64 ans	3 738.7	3 198.80	2.0%	1.6%	0.4%
65-69 ans	566.6	558.35	1.6%	1.0%	0.6%
70-74 ans	595.0	642.00	-1.3%	-1.0%	-0.3%
75-79 ans	588.9	687.75	0.6%	0.2%	0.4%
80 ans et plus	703.8	1 007.81	1.3%	-4.0%	5.5%
Total France	6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%

Figure 50: Evolution du volume économique des différentes classes d'âge



IV.3 Analyse du volume selon le type de prise en charge

La répartition de l'activité selon les catégories de prise en charge n'évolue pas entre 2009 et 2010 :

- L'hospitalisation complète représente 72,9% du volume économique;
- L'ambulatoire en représente 23,8% ;
- Et les séances 3,3% alors qu'elles représentent 10,9% selon le nombre de séjours réalisés.

Figure 51 : Part de chaque type de prise en charge selon le nombre de séjours réalisés en 2010

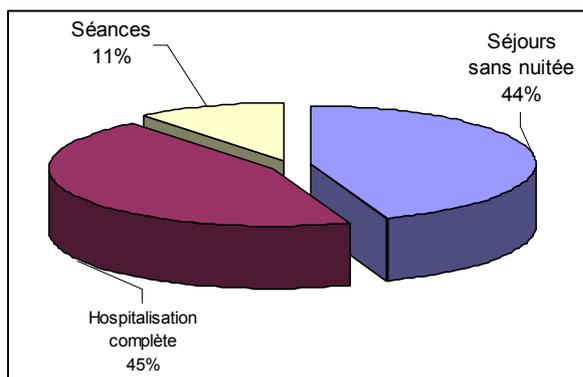
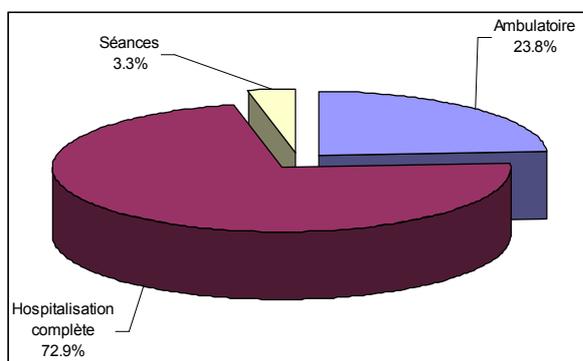


Figure 52 : Part de chaque type de prise en charge selon le volume économique en 2010



L'augmentation du nombre de séjours entre 2009 et 2010 est similaire à celle observée sur 2008 et 2009 et s'élève à +0,5% (contre +0,5% entre 2008 et 2009).

- En nombre de séjours, ce sont les séjours sans nuitée qui ont connu la plus forte croissance (+2,9%).
- En termes de volume économique, sur l'hospitalisation, c'est en ambulatoire que l'évolution a été la plus forte (+4,7%) : sa part dans la masse financière globale reste cependant stable entre 2009 et 2010.

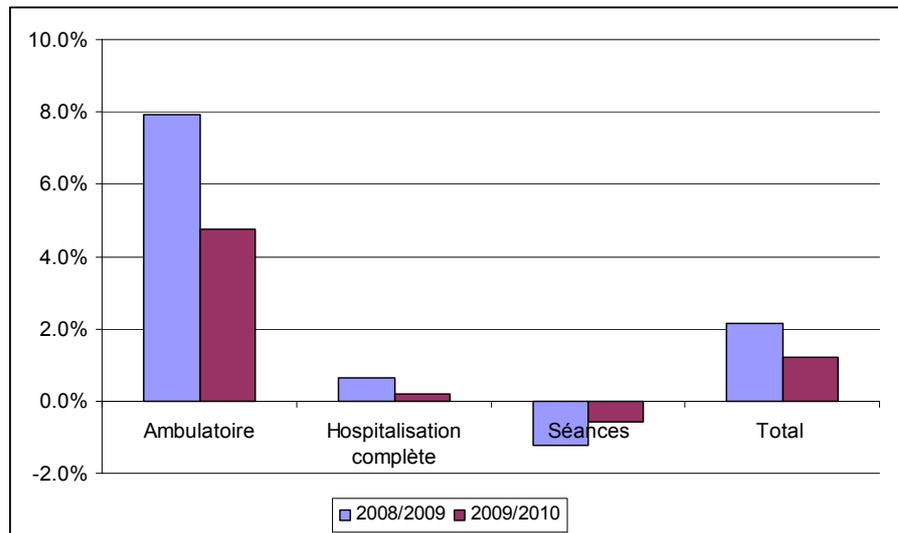
Sur l'ensemble des séjours, le volume économique évolue différemment selon le type de prise en charge :

- en hospitalisation partielle, l'évolution du volume économique a été de +4,7% qui s'explique plus par une forte hausse du nombre de séjours (+2,9%) ;
- en hospitalisation complète, l'évolution du volume économique a été de +0,2%, la baisse du nombre de séjours étant compensée par l'effet structure ;
- pour les séances en revanche il est constaté une diminution du volume économique de -0,6%.

Tableau 30 : Activité 2010 et évolution du volume économique par type d'hospitalisation
 (Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	3 091.56	1 556.58	4.7%	2.9%	1.8%
Hospitalisation complète	3 095.50	4 773.43	0.2%	-1.7%	1.9%
Total hospitalisation	6 187.06	6 330.00	1.3%	0.6%	0.7%
Séances	755.75	216.88	-0.6%	-0.3%	-0.3%
TOTAL	6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%

S'agissant des séjours en hospitalisation complète, la durée moyenne de séjours est stable entre 2008 et 2010 et se situe à 4,6 journées par séjour en moyenne.

Figure 53: Evolution du volume économique selon le type de prise en charge


Le nombre de séjours et de séances par patient est stable entre 2009 et 2010. En effet, la progression de l'activité en nombre de séjours ou de séances par type de prise en charge de soins est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient. Seul le nombre de séances par patient a augmenté de 1,14 séance.

Tableau 31 : Evolution du nombre de séjours ou séances par patient selon le type de prise en charge

	Nombre moyen de séjours par patient		Nombre moyen de séances par patient	
	2009	2010	2009	2010
Hospitalisation sans nuitée	1.13	1.13		
Hospitalisation complète	1.20	1.20		
TOTAL des séjours en hospitalisation	1.24	1.24		
Séances			15.71	16.85

IV.4 Analyse du volume par catégorie d'activités de soins (CAS)

Les séjours de chirurgie représentent 43,7% des séjours et 60,8% de la masse financière de 2010 :

- la chirurgie non ambulatoire représente 24% des séjours et 48% du volume économique de 2010
- à l'inverse, la chirurgie ambulatoire représente 20% des séjours et 13% de la masse

Les séjours sans acte classant représentent 13,2% des séjours et 14,1% de la masse financière de 2010 :

- Environ 11% des séjours de 2010 sont des séjours sans actes classant et ils représentent 13% de la masse financière de 2010
- les séjours sans actes classant sans nuitée représentent 3% des séjours et 1% du volume économique.

Les séjours d'obstétrique représentent 6,9% des séjours et 7,1% de la masse financière de 2010 :

- les séjours d'obstétrique mère représentant 4% des séjours et de la masse
- et les séjours d'obstétrique enfant 3%.

Les techniques peu invasives représentent environ 24% des séjours et du volume économique.

Figure 54 : Part en nombre de séjours selon la catégorie d'activités de soins en 2010

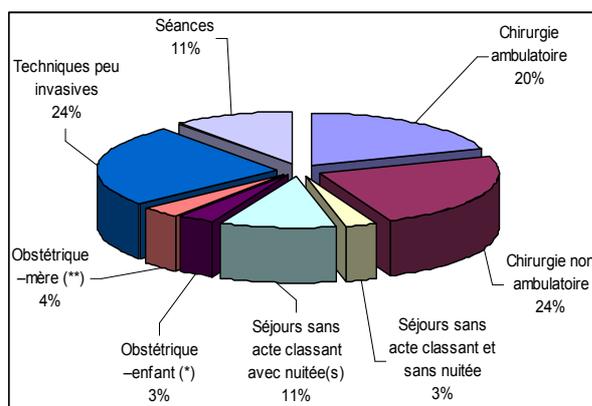
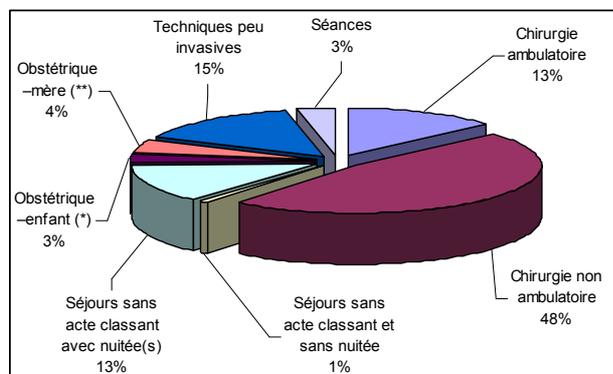


Figure 55 : Part de la masse financière des séjours selon la catégorie d'activités de soins en 2010



Si la **chirurgie** et les **séjours sans acte classant** se caractérisent par une évolution similaire de leur volume économique, à environ +1% en revanche leurs évolutions diffèrent à la fois selon le type de prise en charge et selon la décomposition des évolutions en nombre de séjours et effet structure :

- les séjours de chirurgie ambulatoire sont très dynamiques et la forte évolution du volume économique reflète une forte évolution du nombre de séjours (+5,3%) concomitante à une baisse des séjours d'hospitalisation complète. L'effet structure sur la chirurgie ambulatoire et non ambulatoire est important : +2,0% ;
- les séjours sans acte classant et sans nuitée à l'inverse se caractérisent surtout par une baisse du nombre de séjours (-4,4%). Les séjours sans acte classant d'au moins une nuitée se caractérisent par une baisse moins prononcée du nombre de séjours mais présentent un effet structure de +2,5%

Les techniques peu invasives ont une évolution dynamique.

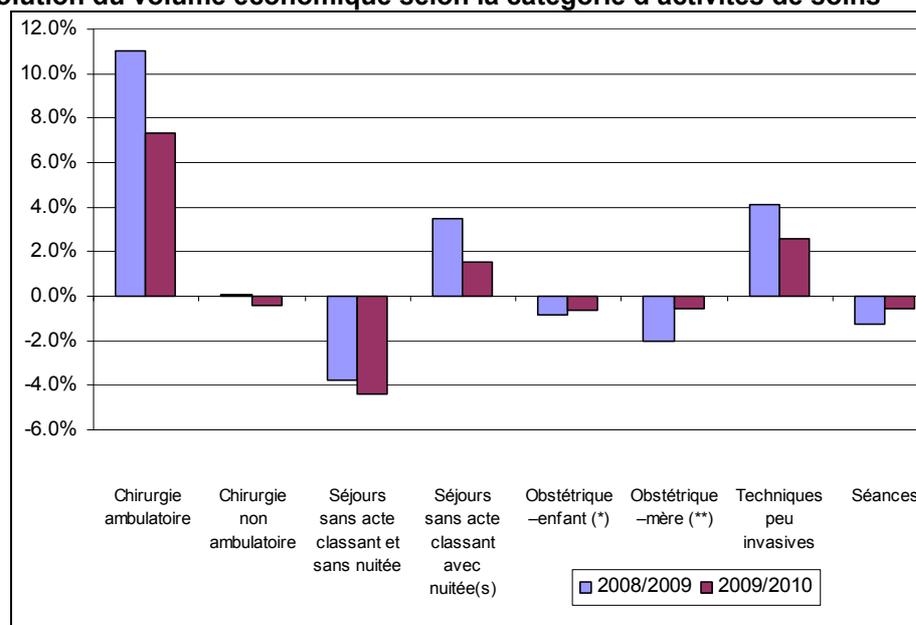
Tableau 32 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par catégorie d'activités de soins

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	1 370.23	872.21	7.4%	5.3%	2.0%
Chirurgie non ambulatoire	1 666.80	3 106.64	-0.4%	-2.3%	2.0%
Chirurgie	3 037.03	3 978.85	1.2%	1.0%	0.2%
Séjours sans acte classant et sans nuitée	183.99	51.38	-4.4%	-4.4%	0.0%
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	733.34	869.93	1.5%	-0.9%	2.5%
Séjours sans acte classant	917.34	921.32	1.2%	-1.6%	2.9%
Obstétrique –enfant (*)	231.15	173.78	-0.6%	-0.3%	-0.3%
Obstétrique –mère (**)	248.30	289.87	-0.6%	-0.9%	0.4%
Obstétrique	479.45	463.65	-0.6%	-0.6%	0.0%
Techniques peu invasives	1 753.25	966.19	2.6%	1.4%	1.2%
Séances	755.75	216.88	-0.6%	-0.3%	-0.3%
Total	6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%

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

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

Figure 56: Evolution du volume économique selon la catégorie d'activités de soins


Le nombre de séjours et de séances par patient est stable entre 2009 et 2010. Cette analyse montre que la progression de l'activité en nombre de séjours ou de séances par catégories d'activité de soins est liée à une progression du nombre de patients et non pas à l'augmentation du nombre de séjours réalisés par patient.

Tableau 33 : Evolution du nombre moyen de séjours ou séances par patient

	Nombre moyen de séjours par patient		Nombre moyen de séances par patient	
	2009	2010	2009	2010
Chirurgie ambulatoire	1.15	1.15		
Chirurgie non ambulatoire	1.10	1.10		
Séjours sans acte classant et sans nuitée	1.20	1.22		
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	1.24	1.24		
Obstétrique –enfant (*)	1.01	1.01		
Obstétrique –mère (**)	1.15	1.14		
Techniques peu invasives	1.07	1.07		
Séances			15.71	16.85

IV.5 Analyse par niveau de sévérité

- En nombre de séjours, le niveau 1 représente un quart des séjours et environ un tiers du volume économique ;
- Les séjours de niveau 2,3 et 4 réunis représentent un peu moins de 10% des séjours alors que les séjours de niveaux 2 représentent 17% du volume économique 2010, les séjours de niveaux 3 : 8% et les niveaux 4 : 3%.
- A l'inverse les séjours de niveau J et T représentent un peu plus de 40% des séjours et environ 22% du volume économique.
- Les séjours de niveau Z représentent environ 7% des séjours et du volume économique.

Figure 57 : Part de chaque niveau de sévérité selon le nombre de séjours réalisés en 2010

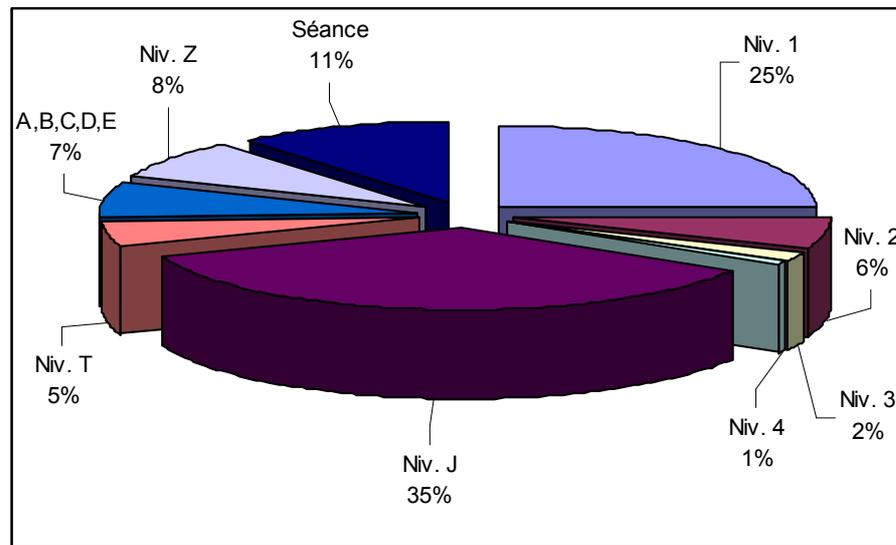
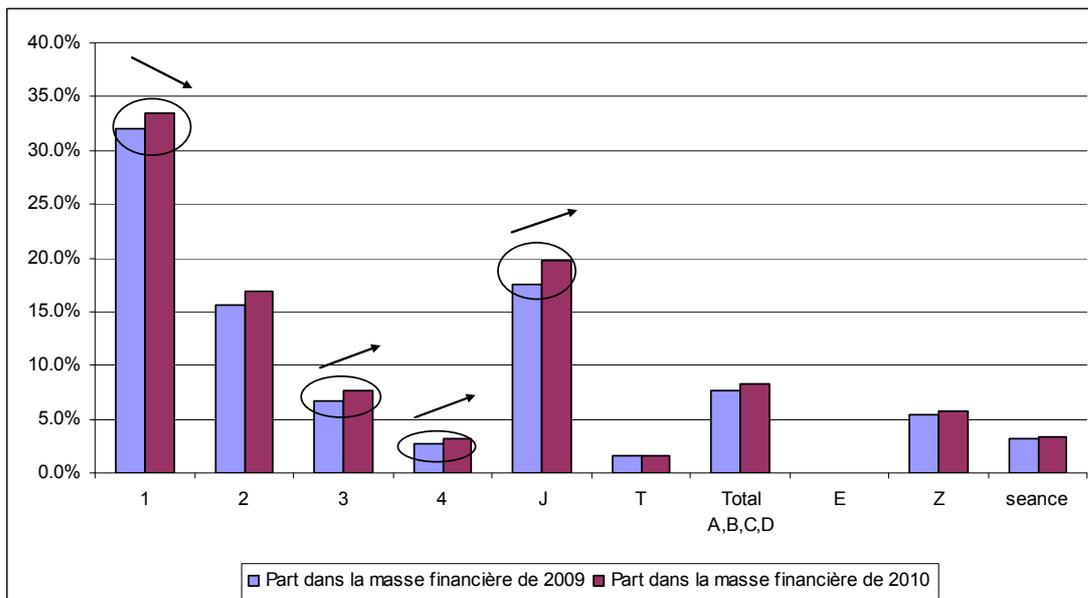


Figure 58 : Part de chaque niveau de sévérité selon le volume économique en 2009 et 2010



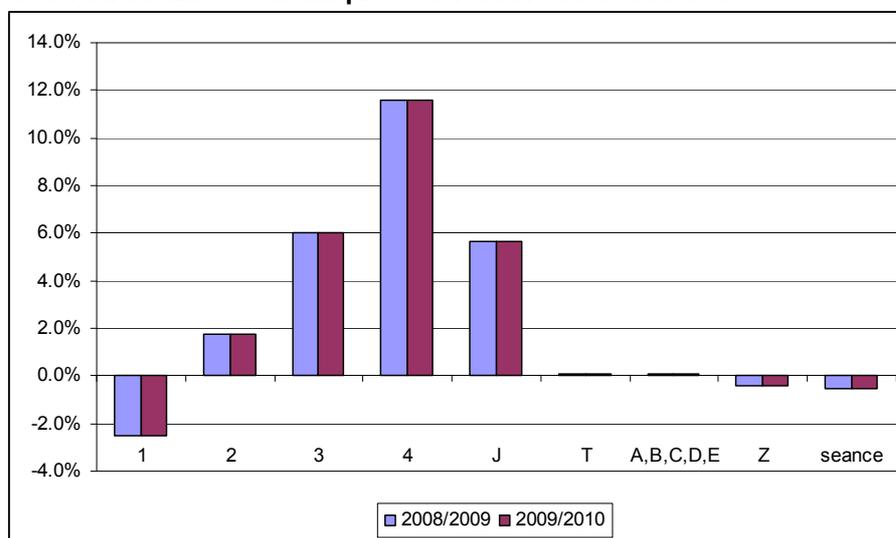
La diminution du volume économique observée pour les séjours de niveau 1 est liée à une baisse du nombre de séjours. Sur les séjours sans acte classant avec nuitée, cette baisse est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés.

Tableau 34: Activité 2010 et évolution 2009/2010 selon le niveau de sévérité

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Niveau du GHM	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
1	1 719.24	2 191.28	-2.5%	-3.7%	1.3%
2	429.18	1 110.29	1.7%	1.0%	0.8%
3	142.37	496.20	6.0%	6.4%	-0.4%
4	34.21	206.50	11.6%	13.3%	-1.5%
J	2 488.80	1 296.65	5.7%	3.9%	1.7%
T	332.03	108.54	0.1%	-1.5%	1.6%
Sous total 1+2+3+4+J+T	5 145.84	5 409.47	1.5%	0.8%	0.8%
A	378.21	418.30	-0.3%	-0.3%	-0.1%
B	78.23	87.40	1.0%	0.7%	0.2%
C	16.65	32.92	2.7%	2.9%	-0.2%
D	0.41	0.72	10.8%	5.9%	4.5%
E	2.11	1.26	-0.6%	0.4%	-1.1%
Z	565.61	379.94	-0.4%	-0.7%	0.3%
Séance	755.75	216.88	-0.6%	-0.3%	-0.3%
TOTAL	6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%

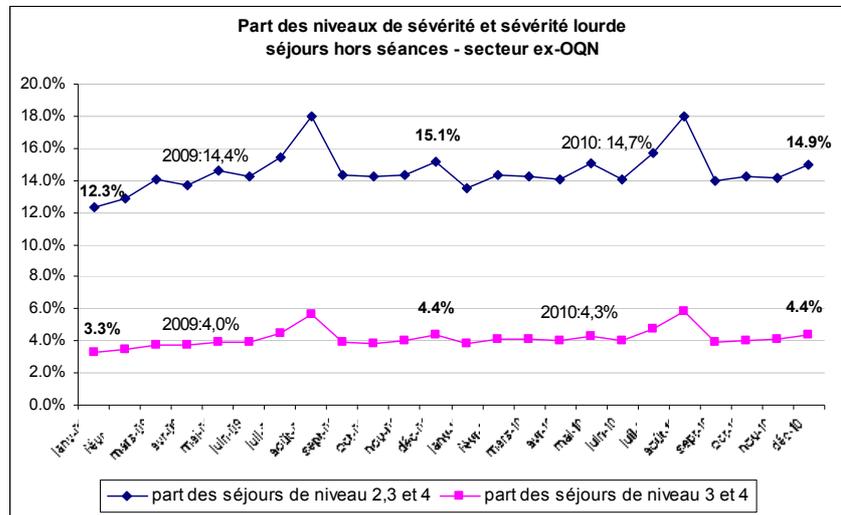
Figure 59: Evolution du volume économique selon le niveau de sévérité



Cette évolution contrastée selon les niveaux indique une évolution de la structure d'activité globale. Un éclairage complémentaire peut être apporté en observant l'évolution mois par mois de la répartition des séjours selon leur niveau de sévérité, en se limitant aux racines ayant des niveaux (1, 2, 3, 4 ou J ou T).

Globalement, il apparaît que la part des séjours classés dans les niveaux sévères dans l'ensemble des séjours hors séances et hors obstétrique et néonatalogie (CMD 14 et 15) a augmenté tout au long de l'année 2009, et cette évolution s'est légèrement prolongée avec la même saisonnalité en 2010.

Figure 60: Evolution de la part des séjours de niveaux de sévérité lourde (séjours hors séances)



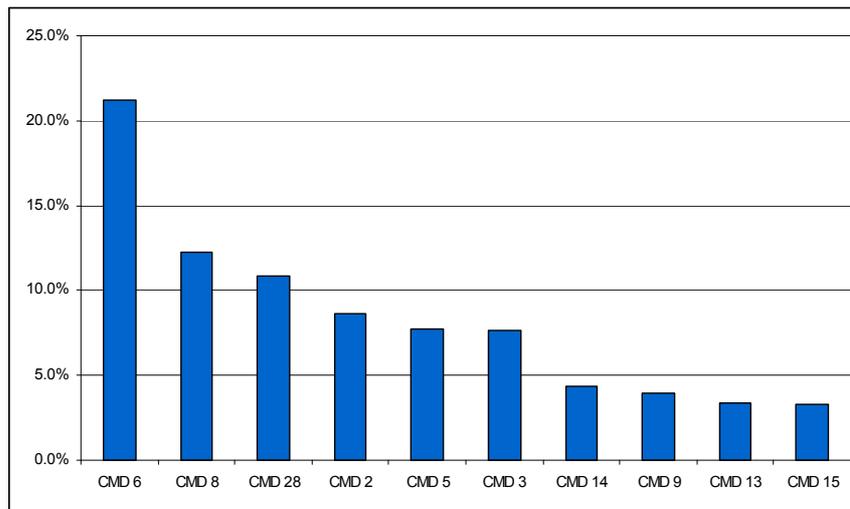
Note de lecture : Il convient de noter que ces indicateurs présentent un caractère saisonnier. Ainsi, le mois d'août 2010, comme le mois d'août 2009, présentent la valeur la plus importante, notamment en raison d'un niveau d'activité générale plus faible mais comportant une part importante de séjours sévères.

IV.6 Analyse du volume par catégorie majeure de diagnostic (CMD)

En nombre de séjours, les CMD qui ont le plus de poids en nombre de séjours après les séances sont :

- La CMD 6 (Affections du tube digestif) (21.2%)
- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) (12.3%)
- La CMD 2 (Affections de l'oeil) (8.7%)
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) (7.7%)
- La CMD 3 (Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents) (7.7%).

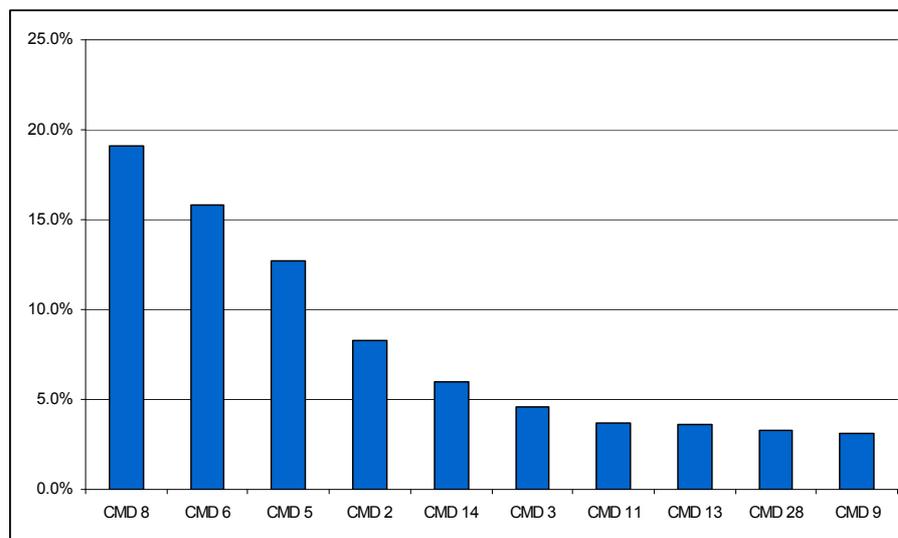
Figure 61 : Part des 10 CMD ayant le poids le plus important selon le nombre de séjours en 2010



En masse financière, les CMD qui ont le plus de poids en volume économique après les séances sont :

- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) (19.1%)
- La CMD 6 (Affections du tube digestif) (15.8%)
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) (12.7%)
- La CMD 2 (Affections de l'oeil) (8.3%)
- La CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum) (6.0%)

Figure 62 : Part des 10 CMD ayant le poids le plus important selon le volume économique en 2010



Les catégories majeures de diagnostic qui contribuent le plus à la croissance sont :

- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) avec une hausse du volume économique de +2,3% ;
- La CMD 2 (Affections de l'oeil) avec une hausse du volume économique de +4,1% ;
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) avec une hausse du volume économique de +2,4%.

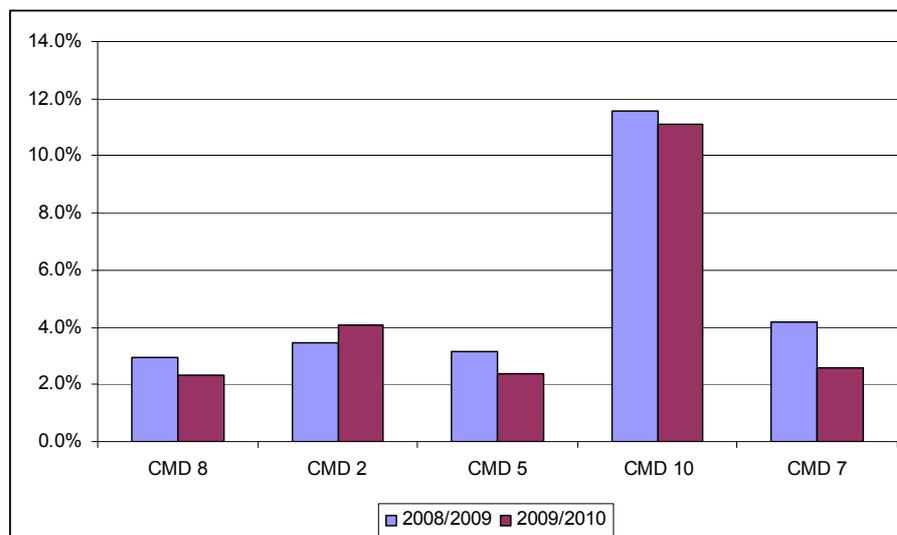
A l'inverse, les catégories majeures de diagnostic qui contribuent le moins à la croissance sont :

- La CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin) avec une baisse du volume économique de -2,9% ;
- La CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin) avec une baisse du volume économique de -1,9%.

Tableau 35 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par CMD

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

CMD	Libellé	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
01	Affections du système nerveux	188.58	170.78	2.0%	1.1%	0.8%	4.2%
02	Affections de l'oeil	600.77	541.49	4.1%	3.6%	0.5%	27.2%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	532.59	298.80	0.8%	0.0%	0.8%	2.8%
04	Affections de l'appareil respiratoire	106.71	150.06	1.9%	-0.8%	2.7%	3.5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	538.02	833.50	2.4%	0.5%	1.9%	24.3%
06	Affections du tube digestif	1 472.32	1 033.56	0.0%	0.7%	-0.7%	0.4%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	116.60	185.50	2.6%	2.4%	0.2%	5.9%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	850.83	1 249.94	2.3%	1.3%	1.0%	35.8%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	272.07	202.36	0.6%	-0.3%	0.9%	1.5%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	73.83	121.46	11.1%	6.5%	4.4%	15.4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	223.68	244.54	1.2%	-0.8%	2.0%	3.7%
12	Affections de l'appareil génital masculin	180.82	189.03	-2.9%	-0.8%	-2.2%	-7.3%
13	Affections de l'appareil génital féminin	235.84	234.22	-1.9%	-0.6%	-1.2%	-5.6%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	305.36	390.84	0.0%	-0.6%	0.6%	-0.1%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	231.15	173.78	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	33.63	39.34	0.7%	-0.7%	1.4%	0.3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	35.98	47.45	-3.0%	-9.5%	7.2%	-1.9%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	7.81	12.16	-15.1%	-12.7%	-2.8%	-2.7%
19	Maladies et troubles mentaux	7.46	8.72	-1.7%	-0.8%	-0.9%	-0.2%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	6.90	8.86	-2.9%	2.7%	-5.4%	-0.3%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	25.72	31.98	-2.3%	-0.8%	-1.6%	-1.0%
22	Brûlures	0.38	0.40	-23.8%	-21.7%	-2.6%	-0.2%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	139.63	159.64	-1.3%	-3.9%	2.7%	-2.7%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.17	0.42	-2.8%	-5.2%	2.5%	0.0%
26	Traumatismes multiples graves	0.20	1.17	-6.3%	-7.4%	1.2%	-0.1%
28	Séances	755.75	216.88	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.6%
	TOTAL	6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%	100.0%

Figure 63: Evolution du volume économique des 5 CMD contribuant le plus à la croissance

Analyse des racines des CMD présentant une forte croissance

 ➤ La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) :

Pour cette CMD, deux racines ont une contribution à la croissance importante.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
08C24	Prothèses de genou	49 207	170.42	3.9%	3.8%	0.0%	20.7%
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	46 031	58.56	11.2%	11.3%	-0.1%	19.2%

 ➤ La CMD 2 (Affections de l'oeil) :

La racine 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » explique quasiment à elle seule la croissance de la CMD 2 avec une contribution à la croissance de 93,1%. La racine 02C09 « Allogreffes de cornée » se caractérise par une forte évolution entre 2009 et 2010 mais le nombre de séjours et le volume économique sont de moindre importance.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	503 834	460.64	4.4%	4.4%	0.0%	93.1%
02C09	Allogreffes de cornée	2 172	7 491	33.9%	31.5%	1.8%	9.2%

➤ La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) :

Parmi les racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 5, deux racines se caractérisent par une très forte évolution de volume économique (05K13 et 05C08) qui s'explique surtout par un fort effet structure.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	16 491	33.86	35.6%	9.2%	24.2%	50.3%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	64 579	138.29	3.3%	3.4%	-0.1%	24.7%
05K11	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	10 255	37.95	11.7%	7.3%	4.1%	22.5%
05C08	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	932	4 758	118.8%	16.8%	87.3%	14.6%

Analyse des racines des CMD présentant une baisse de croissance

➤ La CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 12 connaissent une baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
12C11	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	15 562	51.29	-9.8%	-9.9%	0.1%	97.8%
12C04	Prostatectomies transurétrales	34 127	62.21	-1.3%	-1.7%	0.5%	14.1%

➤ La CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 13 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	30 736	37.26	-3.7%	-3.8%	0.1%	40.2%
13C03	Hystérectomies	23 792	49.61	-2.1%	-2.2%	0.1%	30.2%
13C17	Cervicocystopexie	13 931	19.68	-4.7%	-4.4%	-0.3%	27.0%
13M04	Autres affections de l'appareil génital féminin	3 366	2.99	-15.8%	-14.6%	-1.4%	20.0%
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	4 630	15.42	-3.7%	-3.9%	0.2%	16.7%

IV.7 Analyse du volume par domaine d'activités (DA)

Selon le nombre de séjours en 2010, 1 domaine d'activité a un poids supérieur à 20% des séjours, 5 DA ont un poids compris entre 5% et 20%, tous les autres DA ont un poids inférieur à 5%.

Selon le volume économique en 2010, 2 DA ont un poids supérieur à 15%, 3 DA ont un poids compris entre 5% et 20%, tous les autres DA ont un poids inférieur à 5%.

Figure 64 : Part en nombre de séjours des 10 DA ayant le poids le plus important en 2010

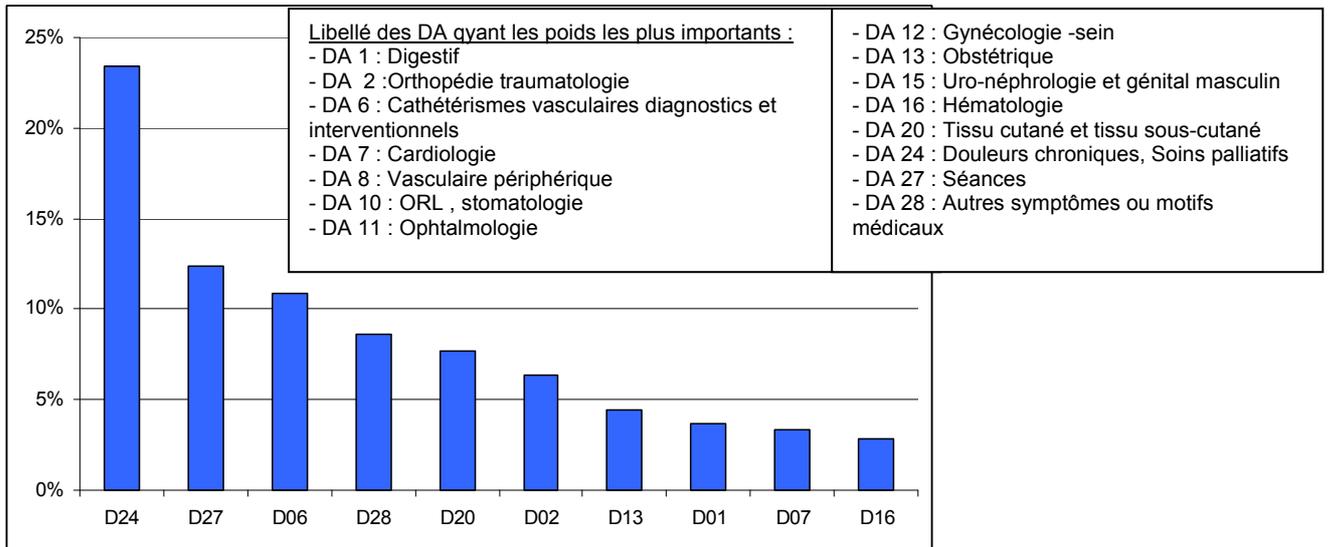
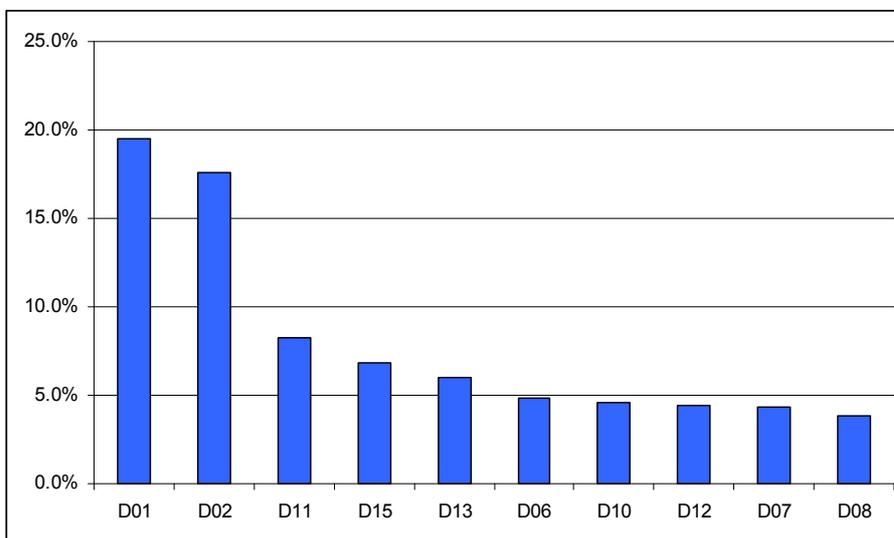


Figure 65 : Part de la masse financière des 10 DA ayant le poids le plus important en 2010



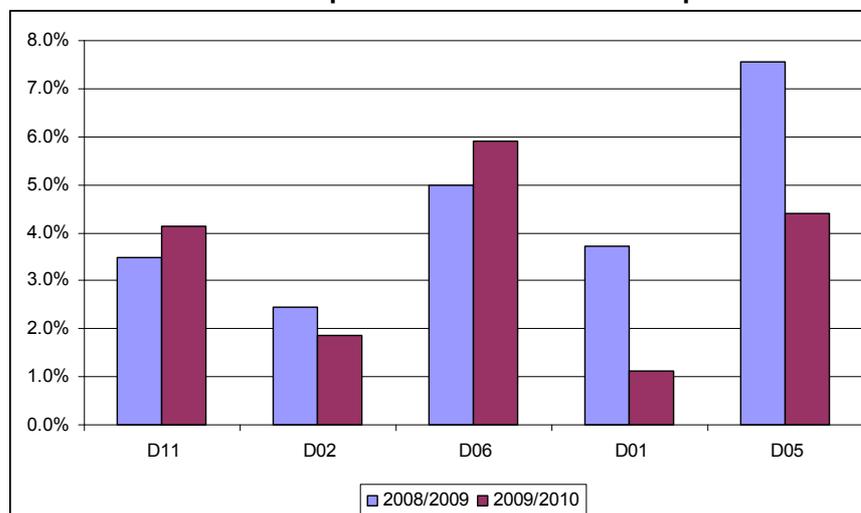
Les DA qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont :

- « Ophtalmologie » (D11) avec +3,6% en nombre de séjours et +4,1% en volume économique ;
- « Orthopédie traumatologie » (D02) avec +1,0% en nombre de séjours et +1,9% en volume économique ;
- « Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels » (D06) avec +2,6% en nombre de séjours et +5,9% en volume économique ;
- « Digestif » (D01) avec +1,1% en nombre de séjours et +1,0% en volume économique ;
- « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels) » (D05) avec +2,2% en nombre de séjours et +4,4% en volume économique.

Tableau 36 : Evolution par DA

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

DA	Libellé	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
D01	Digestif	254.23	286.84	1.1%	1.0%	-0.1%	18.0%
D02	Orthopédie traumatologie	439.27	446.23	1.9%	1.0%	0.9%	26.6%
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	152.32	101.79	-6.3%	-7.4%	1.2%	-0.1%
D04	Rhumatologie	7.22	10.77	3.5%	1.7%	1.8%	1.7%
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	43.90	54.85	4.4%	2.2%	2.2%	10.3%
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels	755.75	216.88	5.9%	2.6%	3.2%	22.5%
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)	231.15	173.78	0.4%	0.2%	0.3%	1.6%
D08	Vasculaire périphérique	27.25	95.83	0.1%	-0.9%	1.1%	0.5%
D09	Pneumologie	61.90	44.27	1.9%	-0.8%	2.7%	3.5%
D10	ORL, Stomatologie	13.13	14.29	0.8%	0.0%	0.8%	2.9%
D11	Ophtalmologie	7.27	8.33	4.1%	3.6%	0.5%	27.2%
D12	Gynécologie - sein	0.38	0.40	-2.2%	-1.3%	-0.9%	-8.2%
D13	Obstétrique	305.36	390.84	0.0%	-0.6%	0.6%	-0.1%
D14	Nouveau-nés	0.20	1.17	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.3%
D15	Uro-néphrologie et génital masculin	18.47	23.82	-0.5%	-0.5%	0.0%	-2.9%
D16	Hématologie	199.23	251.20	-2.6%	-7.6%	5.3%	-1.9%
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	168.63	284.69	1.5%	-1.6%	3.1%	0.4%
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	51.70	39.84	-12.4%	-10.8%	-1.8%	-1.9%
D19	Endocrinologie	140.82	94.36	4.5%	3.4%	1.1%	4.0%
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	533.28	299.92	2.4%	0.9%	1.6%	2.9%
D21	Brûlures	106.71	150.06	-23.8%	-21.7%	-2.6%	-0.2%
D22	Psychiatrie	56.99	73.44	-3.4%	-2.1%	-1.3%	-0.4%
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	102.97	193.41	-2.1%	-1.3%	-0.8%	-0.4%
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	1 623.98	1 276.00	-0.4%	5.5%	-5.5%	-0.5%
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	181.19	318.94	-1.6%	-3.1%	1.6%	-2.1%
D27	Séances	858.74	1 153.44	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.6%
D28	Autres symptômes ou motifs médicaux	600.77	541.49	-0.8%	-4.0%	3.4%	-0.4%
TOTAL		6 942.81	6 546.88	1.2%	0.5%	0.8%	100.0%

Figure 66: Evolution du volume économique des 5 DA contribuant le plus à la croissance


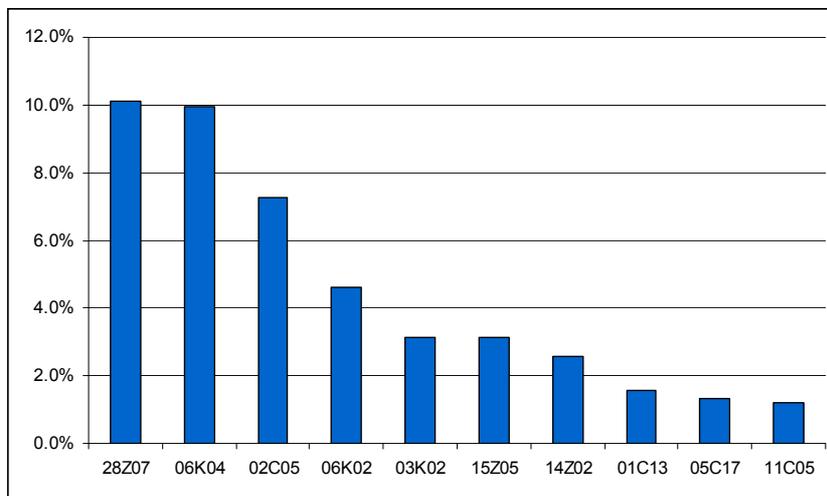
IV.8 Analyse du volume par racine

IV.8.1 *Analyse des racines qui font la croissance*

En nombre de séjours, les racines qui ont le plus de poids en nombre de séjours après les séances sont :

- La racine 28Z07Z (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- La racine 06K04 (Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire)
- La racine 02C05 (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie)
- La racine 06K02 (Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours)
- La racine 03K02 (Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires)

Figure 67 : Part en nombre de séjours des 10 racines ayant le poids le plus important en 2010



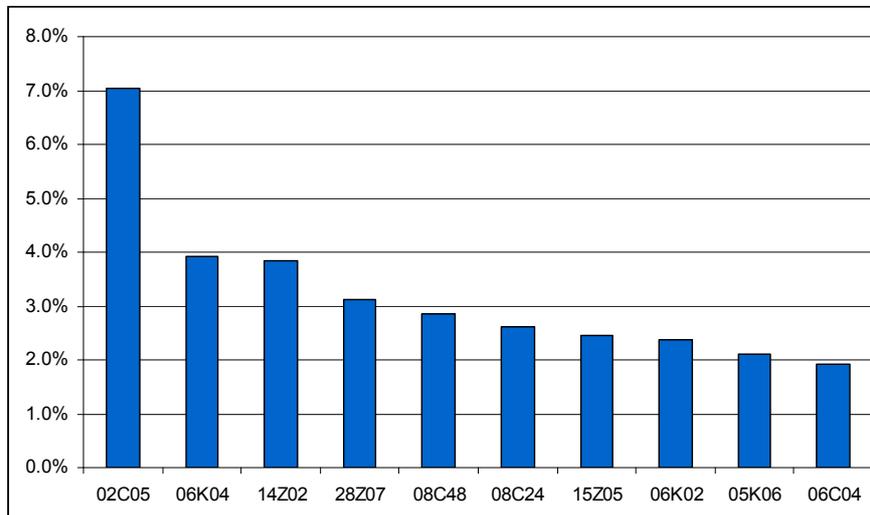
Autres racines :

- 15Z05 (Nouveau-nés de 2500 g et plus)
- 14Z02 (Accouchements par voie basse)
- 01C13 (Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels)
- 05C17 (Ligatures de veines et éveinages)
- 11C05 (Interventions transurétrales ou par voie transcutanée)

En masse financière, les DA qui ont le plus de poids en volume économique après les séances sont :

- La racine 02C05 (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie)
- La racine 06K04 (Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire)
- La racine 14Z02 (Accouchements par voie basse)
- La racine 28Z07 (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- La racine 08C48 (Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents)

Figure 68 : Part de la masse financière des 10 racines ayant le poids le plus important en 2010



Autres racines :

- 08C24 (Prothèses de genou)
- 15Z05 (Nouveau-nés de 2500 g et plus)
- 06K02 (Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours)
- 05K06 (Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde)
- 06C04 (Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon)

Les racines qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont (hors séances) :

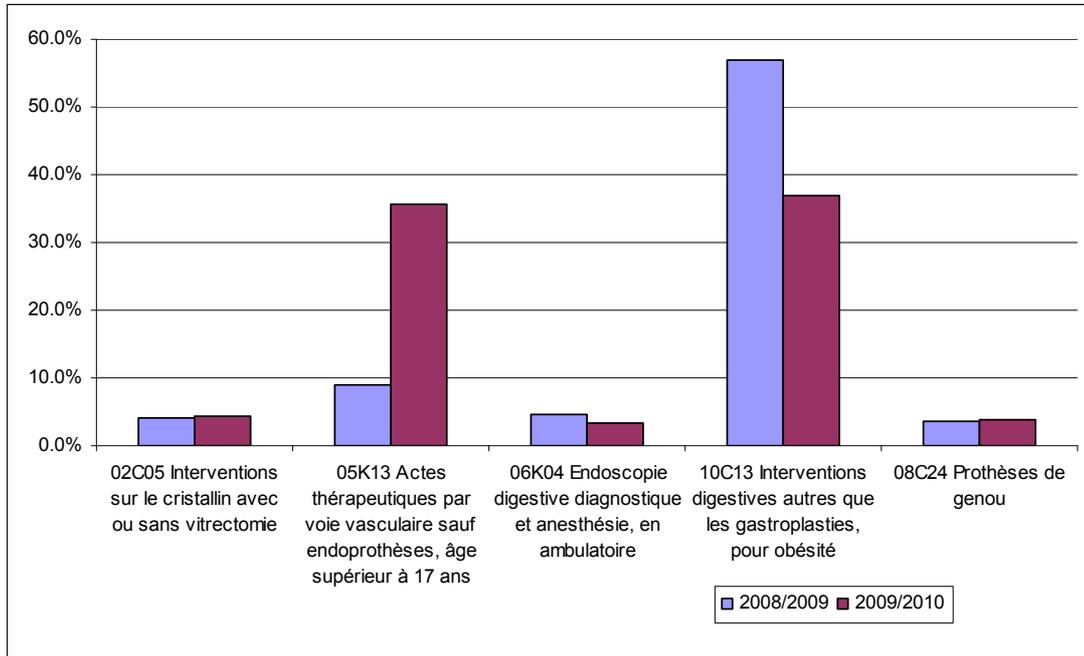
- « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » (02C05) avec +4,4% en nombre de séjours et +4,4% en volume économique ;
- « Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans » (05K13) avec +9,2% en nombre de séjours et +35,6% en volume économique ;
- « Endoscopie digestive diagnostic et anesthésie, en ambulatoire » (06K04) avec +3,3% en nombre de séjours et +3,3% en volume économique ;
- « Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité » (10C13) avec +34,3% en nombre de séjours et +36,8% en volume économique ;
- « Prothèses de genou » (08C24) avec +3,8% en nombre de séjours et +3,9% en volume économique.

Tableau 37 : Palmarès des 20 racines qui contribuent le plus à la croissance du volume économique (hors séances) (attention ! la colonne effet structure semble erronée ?)

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Racine	Libellé	Année 2010		Evolution 2009/2010		
		Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
01M21	Douleurs chroniques rebelles	7.98	7.35	36.7%	42.0%	-3.7%
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	503.83	460.64	4.4%	4.4%	0.0%
02C09	Allogreffes de cornée	2.17	7.49	33.9%	31.5%	1.8%
05C08	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	0.93	4.76	118.8%	16.8%	87.3%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	64.58	138.30	3.3%	3.4%	-0.1%
05K11	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	10.22	37.95	11.7%	7.3%	4.1%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	16.49	33.86	35.6%	9.2%	24.2%
06K04	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	691.82	257.30	3.3%	3.3%	0.0%
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	36.48	56.65	3.4%	3.9%	-0.5%
08C24	Prothèses de genou	49.21	170.42	3.9%	3.8%	0.0%
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	28.53	47.26	4.3%	4.3%	0.0%
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	46.03	58.56	11.2%	11.3%	-0.1%
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	59.04	187.22	1.0%	1.0%	0.0%
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	10.54	44.63	5.7%	5.4%	0.2%
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	2.09	13.42	19.5%	19.9%	-0.3%
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	11.54	36.17	9.2%	9.2%	0.0%
10C09	Gastroplasties pour obésité	11.28	21.24	11.6%	10.0%	1.4%
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	5.34	24.47	36.8%	34.3%	1.9%
11C05	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée	83.25	99.97	4.7%	5.5%	-0.8%
14C02	Césariennes	50.90	97.74	2.1%	2.4%	-0.3%

Figure 69: Evolution du volume économique des 5 racines contribuant le plus à la croissance



IV.8.2 Analyse des racines « légères » et « lourdes »

Les racines de la classification peuvent être classées selon la lourdeur de la prise en charge médicale. Cette classification concerne tous les séjours en hospitalisation hors séances.

La notion de lourdeur de l'activité retenue ici n'est pas la même que celle de sévérité. La sévérité du séjour du patient croît avec les complications qui surviennent lors du séjour, la lourdeur est recherchée dans l'activité de base d'une racine (niveau de sévérité 1 ou A). Néanmoins, utiliser la sévérité comme un des facteurs déterminants pour la lourdeur d'une activité n'est pas incompatible. Le souhait d'avoir un classement sur la lourdeur économique uniquement peut être satisfait en se basant notamment sur le tarif moyen « tout compris ».

La part des racines «lourdes» et « légères» n'a pas évolué entre 2009 et 2010. Les racines « légères » représentent 87% de la masse et 67% des séjours.

Figure 70 : Part en nombre de séjours des racines lourdes et légères en 2010

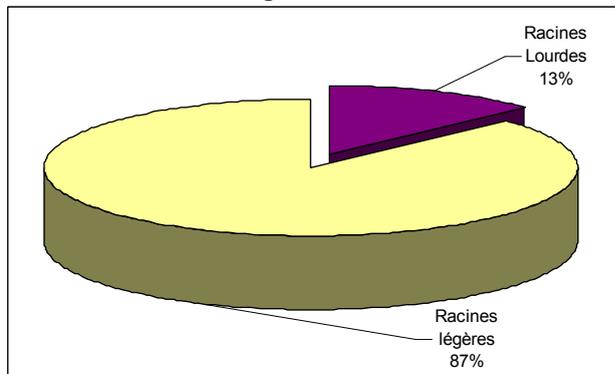
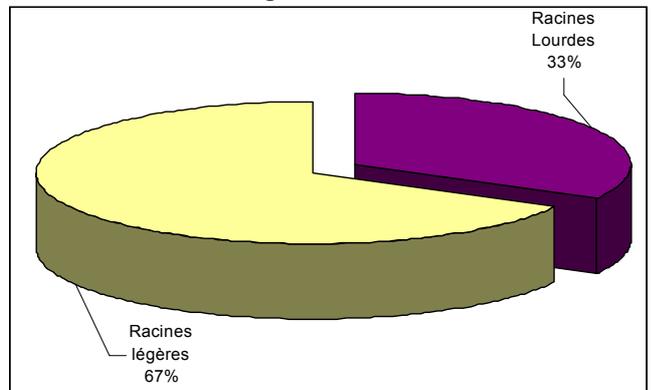


Figure 71 : Part de la masse financière des racines lourdes et légères en 2010



Les racines dites «lourdes» ont une évolution de leur volume économique qui est plus importante que celle des racines « légères».

Pour chacune des catégories, cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours.

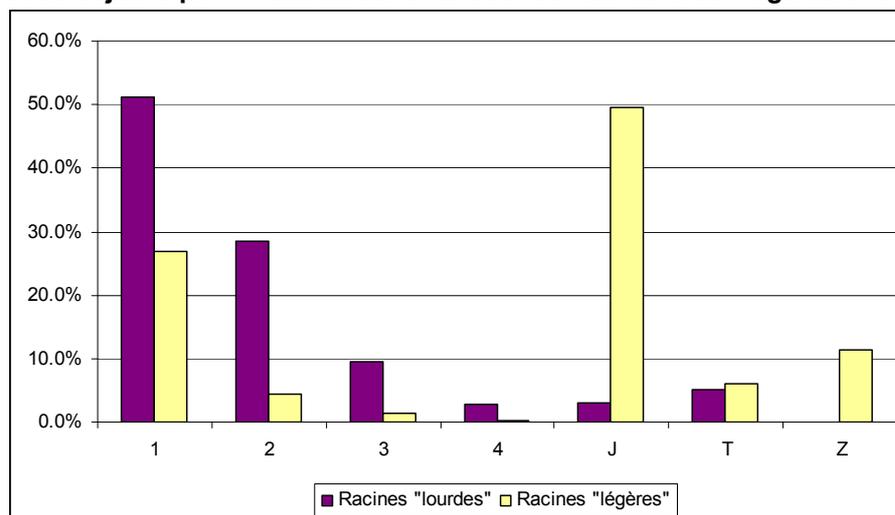
Tableau 38 : Evolution par type de racines (lourdes ou légères)

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Racines lourdes	809.57	2 099.83	1.9%	0.6%	1.2%
Racines légères	5 377.49	4 230.17	1.0%	0.5%	0.5%
TOTAL	6 187.06	6 330.00	1.3%	0.6%	0.7%

Les racines légères se caractérisent par une forte proportion de séjours en ambulatoire et de courte durée (niveaux J,T et Z) tandis que les racines lourdes comptent une part importante de séjours de niveaux 2,3 et 4.

Figure 72 : Part des séjours par niveau de sévérité des racines lourdes - légères entre 2009 et 2010



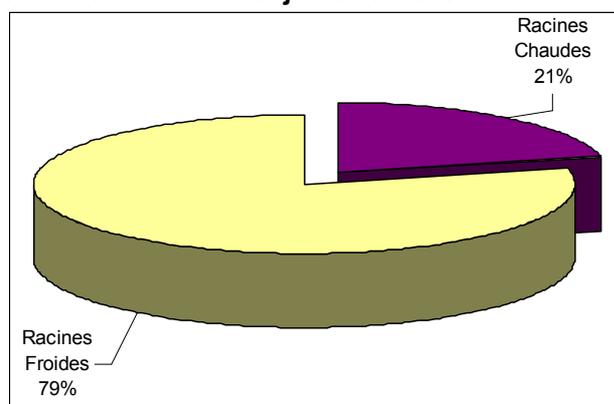
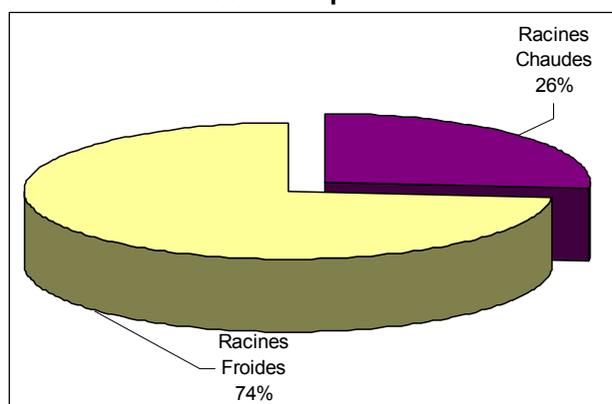
IV.8.3 Analyse des racines « chaudes » – « froides »

La notion de pathologies intitulées « chaudes versus froides » a été créée pour différencier les pathologies aiguës versus celles qui sont chroniques et séparer ainsi les prises en charge programmables (racines dites « froides ») de celles qui sont non programmables (racines dites « chaudes »). Comme il n'existe pas de définition consensuelle ni de recueil dans le RSA pour individualiser le programmable du non programmable, il avait été décidé de l'approcher via les diagnostics, certains relevant de l'urgence (ex. fracture), d'autres pas (arthrose).

Les travaux n'ont concerné que trois CMD (catégories majeures de diagnostics) et, pour l'essentiel, la CMD 08 des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif. En effet, cette CMD a fait l'objet de travaux importants visant l'amélioration de la description des racines de sa partie médicale puis de sa partie chirurgicale.

Les 9 couples de racines ciblées ici (« chaudes » versus « froides ») représentent 3,9% des séjours et 9,7% de la masse financière (hors séances).

Les racines « froides » représentent 74,0% de la masse et 79% des séjours.

Figure 73 : Part des racines chaud – froid selon le nombre de séjours réalisés en 2010

Figure 74 : Part des racines chaud – froid selon le volume économique en 2010


Ces couples de racines ont une augmentation de leur volume économique plus importante que la moyenne (+2,7%). Cette augmentation est principalement due à une forte hausse de leur nombre de séjours +2,5%. Les racines « chaudes » évoluent plus rapidement que les racines « froides ».

Tableau 39 : Activité 2010 et évolution 2009/2010 par type de racines (chaudes ou froides)

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Racines chaud	50.77	160.55	3.5%	2.0%	1.4%
Racines froid	189.17	451.04	2.4%	2.6%	-0.2%
TOTAL	239.95	611.58	2.7%	2.5%	0.2%

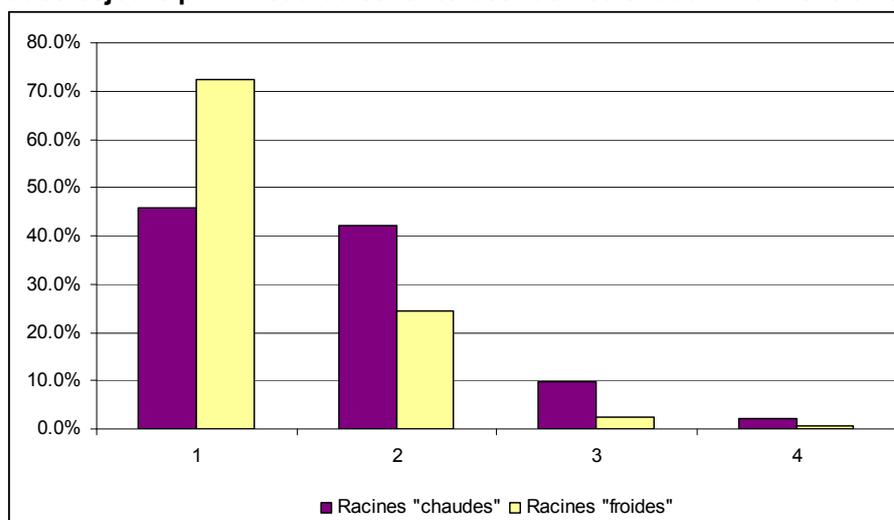
Par couple de racines, les évolutions entre chaud et froid ne sont pas les mêmes :

- 07C13, 07C14 - Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire : la racine 07C13 qui est la racine du non programmé (« chaude ») connaît une baisse de séjours qui entraîne une baisse de son volume économique alors que la racine 07C14 qui concerne le programmé (« froide ») a une forte évolution de son nombre de séjours +3,9% et donc ainsi de son volume économique (+3,4%).
De même, les couples 08C55, 08C33 Interventions sur la cheville et l'arrière-pied : la racine « chaude », 08C55, a son nombre de séjours qui baisse fortement (-6,6%) alors que celui de la racine « froide », 08C33, augmente (+3,6%).
- 08C53, 08C54 - Interventions sur le genou : sur ce couple, l'effet inverse est observé. En effet la racine 08C54 qui concerne le programmé (« froide ») connaît une forte baisse de son nombre de séjours (-6,0%) et le nombre de séjours de la racine 08C53 (« chaude ») baisse également (-4,9%).

Tableau 40 : Evolution par type de racines et par couples (chaud ou froid)

		Chaud			Froid		
		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
01C03,01C04	Craniotomies âge supérieur à 17 ans	8.1%	0.8%	7.2%	1.2%	0.4%	0.8%
01K07,01K02	Embolisations intracrâniennes et médullaires	-22.9%	-22.2%	-0.9%	0.1%	-0.8%	0.9%
05K05,05K06	Endoprothèses vasculaires	2.5%	3.3%	-0.8%	3.3%	3.4%	-0.1%
07C13,07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire	-0.6%	-0.7%	0.1%	3.4%	3.9%	-0.5%
08C47,08C48	Prothèses de hanche	2.2%	1.7%	0.5%	1.0%	1.0%	0.0%
08C49,08C50	Interventions sur la hanche et le fémur âge supérieur à 17 ans	5.7%	5.4%	0.2%	2.7%	2.6%	0.0%
08C51,08C52	Interventions majeures sur le rachis	19.5%	19.9%	-0.3%	9.2%	9.2%	0.0%
08C53,08C54	Interventions sur le genou	-5.0%	-4.9%	-0.1%	-8.2%	-6.0%	-2.3%
08C55,08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied	-6.3%	-6.6%	0.3%	3.1%	3.6%	-0.5%
TOTAL		3.5%	2.0%	1.4%	2.4%	2.6%	-0.2%

Les racines concernant une activité dite « froide » ont une part plus importante de niveau 1, et moins importante des niveaux 2,3, et 4 que les racines concernant une activité dite « chaude ».

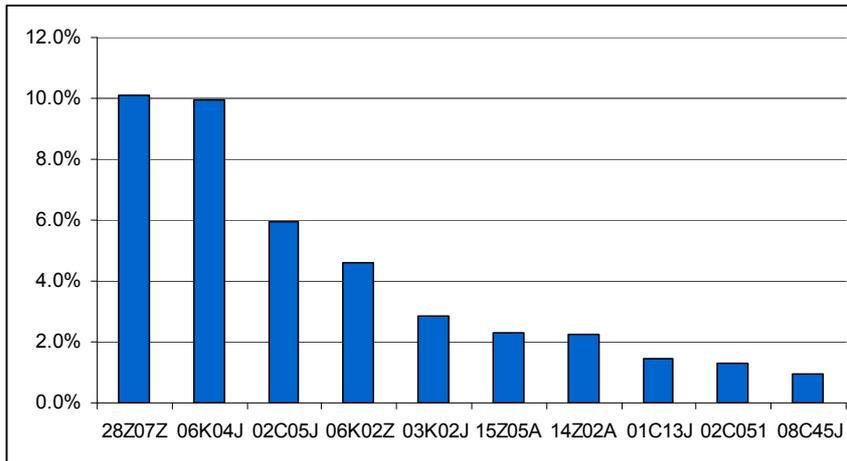
Figure 75 : Part des séjours par niveau de sévérité des racines chaud – froid entre 2009 et 2010


IV.9 Analyse du volume par GHM

Selon le nombre de séjours en 2010, seuls 2 GHM ont un poids supérieur à 6%, 5 GHM ont un poids compris entre 2% et 6%, tous les autres GHM ont un poids inférieur à 2%.

Selon le volume économique en 2010, seul 1 GHM a un poids supérieur à 5%, 4 GHM ont un poids compris entre 2% et 5%, tous les autres GHM ont un poids inférieur à 2%.

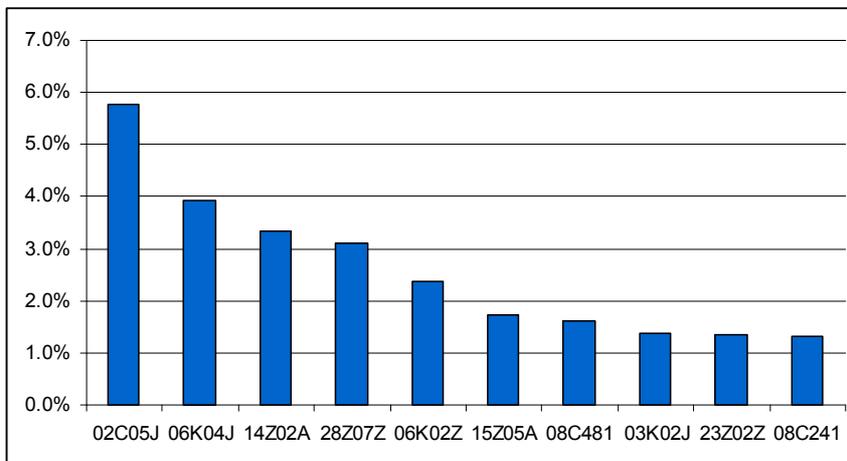
Figure 76 : Part en nombre de séjours des 10 GHM ayant le poids le plus important en 2010



En nombre de séjours, les GHM qui ont le plus de poids sont :

- Le GHM 28Z07Z (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- Le GHM 06K04J (Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire)
- Le GHM 02C05J (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire)
- Le GHM 06K02Z (Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours)
- Le GHM 03K02J (Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire)

Figure 77 : Part de la masse financière des 10 GHM ayant le poids le plus important en 2010



En volume économique, les GHM qui ont le plus de poids sont :

- Le GHM 02C05J (Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire)
- Le GHM 06K04J (Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire)
- Le GHM 14A02A (Accouchements par voie basse sans complication significative)
- Le GHM 28Z07Z (Chimiothérapie pour tumeur, en séances)
- Le GHM 06K02Z (Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours)

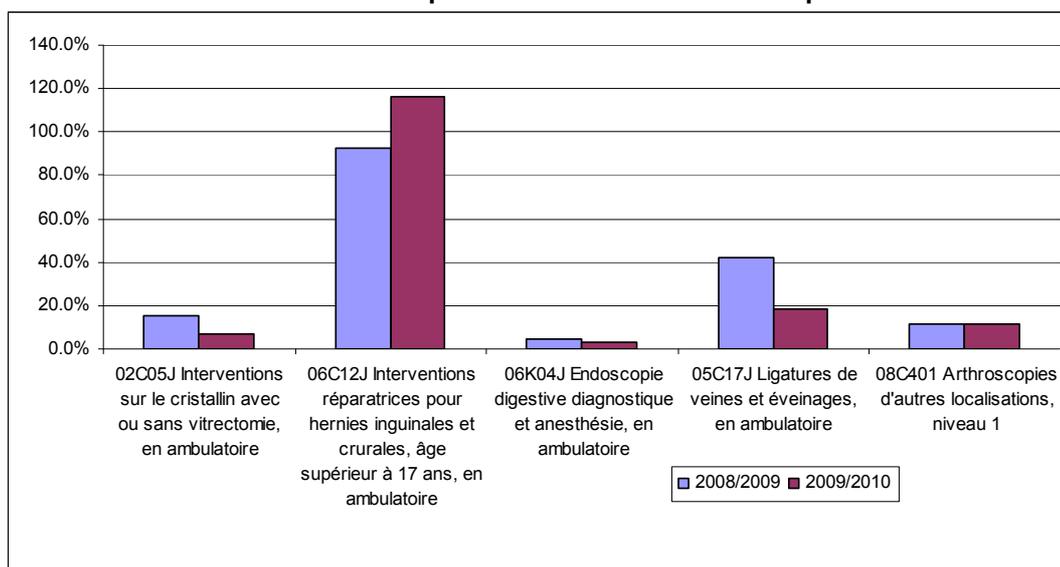
Les groupes homogènes de malade (GHM) qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont (hors séances) :

- « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » (02C05J) avec +7,2% en nombre de séjours et +7,2% en volume économique ;
- « Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire » (06C12J) avec +116.5% en nombre de séjours et +116.3% en volume économique ;
- « Endoscopie digestive diagnostic et anesthésie, en ambulatoire » (06K04J) avec +3,3% en nombre de séjours et +3,3% en volume économique ;
- « Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire » (05C17J) avec +18,2% en nombre de séjours et +18,1% en volume économique ;
- « Arthroscopies d'autres localisations, niveau 1 » (08C401) avec +11,6% en nombre de séjours et +11,8% en volume économique.

Tableau 41 : Palmarès des 20 GHM qui contribuent le plus à la croissance du volume économique (hors séances)

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

GHM	Libellé	Année 2010		Evolution 2009/2010		
		Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	413.06	377.37	7.2%	7.2%	-0.1%
03C254	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 4	0.53	11.04	28.0%	33.5%	-4.1%
03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	199.59	89.96	4.9%	5.0%	-0.1%
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	63.70	46.89	18.1%	18.2%	-0.1%
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	44.46	86.12	2.5%	2.6%	-0.2%
05K111	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	7.62	27.30	10.6%	7.2%	3.2%
05K131	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	9.08	15.43	13.8%	6.3%	7.1%
05K132	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1.68	8.32	104.5%	16.9%	75.0%
05K133	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	0.55	3.44	112.7%	38.2%	53.9%
06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	24.85	28.31	116.3%	116.5%	-0.1%
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	691.82	257.30	3.3%	3.3%	0.0%
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	31.93	45.98	4.2%	4.4%	-0.3%
08C241	Prothèses de genou, niveau 1	26.33	86.64	2.8%	2.8%	-0.1%
08C242	Prothèses de genou, niveau 2	19.91	71.68	4.5%	4.5%	0.0%
08C341	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1	27.79	45.83	4.1%	4.1%	0.0%
08C401	Arthroscopies d'autres localisations, niveau 1	37.74	49.46	11.8%	11.6%	0.2%
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 1	3.66	13.53	25.4%	25.6%	-0.2%
10C132	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité, niveau 2	1.35	7.08	62.8%	63.3%	-0.4%
11C051	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1	52.18	51.91	4.5%	5.0%	-0.5%
14C02A	Césariennes sans complication significative	42.85	73.89	2.9%	2.9%	0.0%

Figure 78: Evolution du volume économique des 5 GHM contribuant le plus à la croissance


IV.10 Focus sur les séances

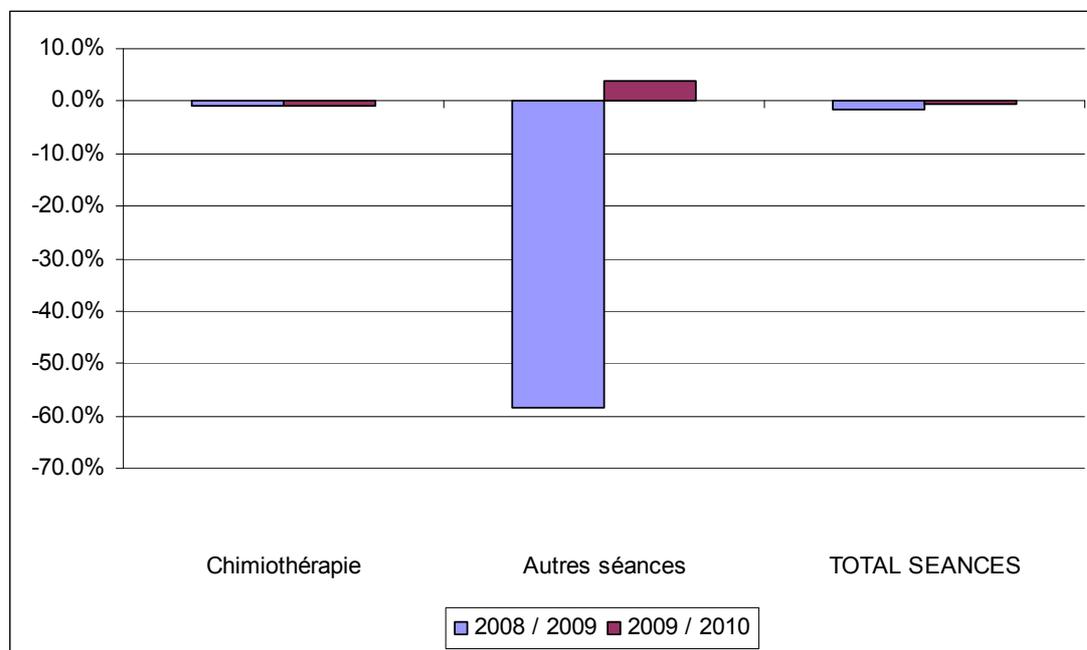
La chimiothérapie représente 92,9% des séjours et 96,4% du volume économique des séances

Un **focus sur les séances**, indique que l'évolution du volume économique associé aux séances (-0,6%) s'explique principalement par l'évolution à la baisse des séances de chimiothérapie (-0,7% en volume économique et -0,4% en nombre de séjours).

Tableau 42: Evolution des séances par racine

Racine	LIBELLE	Nombre de séjours en 2010	Volume économique en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	702.06	204.06	-1.2%	-1.2%	0.0%
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	26.34	4.58	25.7%	25.7%	0.0%
	Sous-total Chimiothérapie	728.41	208.64	-0.7%	-0.4%	-0.3%
28Z14	Transfusions, en séances	15.45	7.35	4.0%	4.0%	0.0%
28Z15	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	11.86	0.87	2.4%	2.4%	0.0%
28Z16	Aphérèses sanguines, en séances	0.03	0.02	181.8%	181.8%	0.0%
	Sous-total autres séances	27.34	0.89	4.0%	3.4%	0.6%
	TOTAL SEANCES	755.75	209.53	-0.6%	-0.3%	-0.3%

Figure 79: Evolution du volume économique des différents types de séances

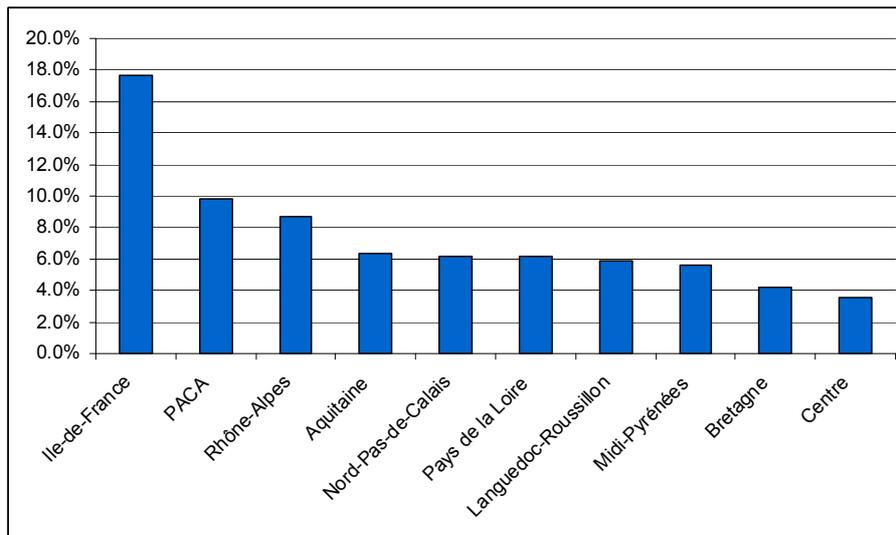


IV.11 Analyse du volume par région

En nombre de séjours, les régions qui ont le plus de poids sont :

- Ile-de-France
- Provence-Alpes-Côte d'azur
- Rhône-Alpes
- Aquitaine
- Nord-Pas-de-Calais

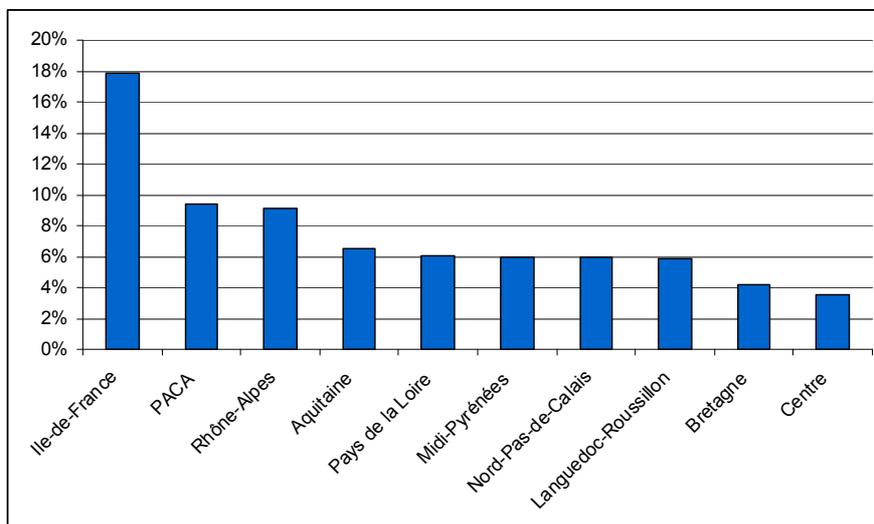
Figure 80 : Part en nombre de séjours des 10 régions ayant le poids le plus important en 2010



En volume économique, les régions qui ont le plus de poids sont :

- Ile-de-France
- Provence-Alpes-Côte d'azur
- Rhône-Alpes
- Aquitaine
- Pays de la Loire

Figure 81 : Part de la masse financière des 10 régions ayant le poids le plus important en 2010



Les régions qui contribuent le plus à l'augmentation du volume économique sont:

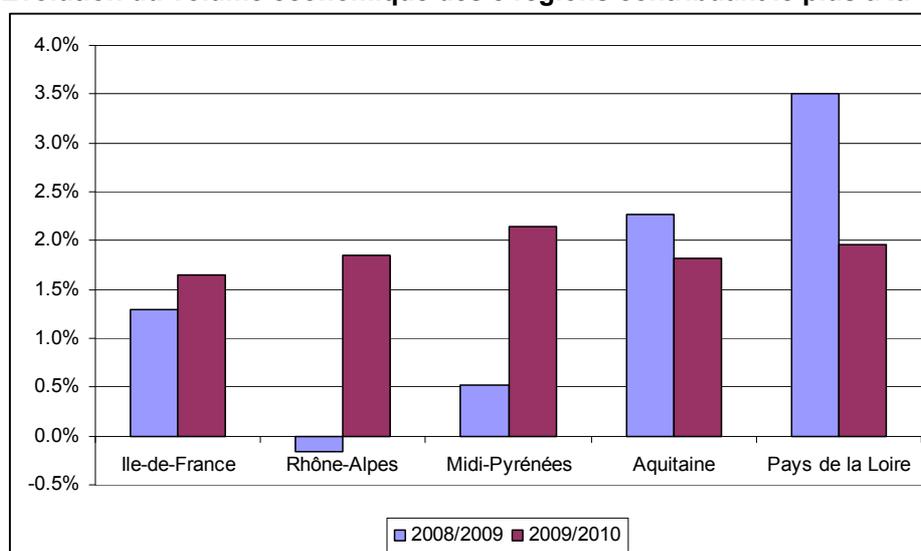
- Ile-de-France avec +1,6% de volume économique
- Rhône-Alpes avec +1,8% de volume économique
- Midi-Pyrénées avec +2,1% de volume économique
- Aquitaine avec +1,8% de volume économique
- Pays de la Loire avec +2,0% de volume économique

Tableau 43 : Evolution 2009/2010 par région

(Séjours en milliers, volume économique en M€)

Région	Année 2010		Evolution 2009/2010		
	Nombre de séjours	Volume économique	Volume économique	Dont nombre de séjours	Dont effet structure
Alsace	135.08	128.56	1.9%	2.0%	-0.1%
Aquitaine	444.02	426.65	1.8%	1.0%	0.8%
Auvergne	145.30	132.31	-1.1%	-2.2%	1.1%
Basse-Normandie	109.31	114.93	3.7%	4.9%	-1.1%
Bourgogne	178.29	161.52	2.2%	1.5%	0.7%
Bretagne	293.99	274.20	0.1%	-1.0%	1.1%
Centre	246.29	234.26	1.6%	0.0%	1.6%
Champagne-Ardenne	165.60	146.53	0.5%	-0.4%	0.9%
Corse	52.55	44.20	-2.6%	-4.9%	2.4%
Franche-Comté	79.73	75.66	-1.3%	-2.9%	1.7%
Haute-Normandie	208.97	182.35	2.1%	1.2%	0.9%
Ile-de-France	1 226.11	1 168.86	1.6%	0.4%	1.2%
Languedoc-Roussillon	409.72	386.49	0.5%	0.3%	0.2%
Limousin	82.89	85.57	0.4%	-0.8%	1.2%
Lorraine	202.83	188.85	-0.1%	-0.9%	0.8%
Midi-Pyrénées	390.23	391.12	2.1%	2.4%	-0.3%
Nord-Pas-de-Calais	430.26	389.87	-1.3%	-2.1%	0.9%
PACA	682.90	614.43	0.5%	0.0%	0.5%
Pays de la Loire	428.94	393.72	2.0%	1.5%	0.5%
Picardie	139.21	115.22	3.0%	1.6%	1.4%
Poitou-Charentes	153.60	148.01	1.6%	3.4%	-1.7%
Rhône-Alpes	604.28	598.39	1.8%	1.5%	0.4%
ZZ-Guadeloupe	45.22	46.27	2.8%	1.3%	1.5%
ZZ-Guyane	6.47	6.35	-1.1%	-7.4%	6.9%
ZZ-Martinique	19.96	22.64	5.8%	4.2%	1.5%
ZZ-Réunion	61.07	69.93	4.0%	0.7%	3.3%
Total France	6 810.72	6 408.57	1.2%	0.5%	0.8%

Figure 82: Evolution du volume économique des 5 régions contribuant le plus à la croissance



V. Focus particuliers sur l'activité hors GHS

V.1 Hospitalisation à domicile

- Secteur ex DG

Pour les établissements antérieurement sous DG, la prise en charge à domicile représente une part très limitée de l'activité MCO (1% des dépenses MCO). Toutefois, ce secteur connaît une activité en forte évolution puisque le taux d'évolution des dépenses de ce secteur (activité + Médicaments et DMI) est évalué à +6,1%. Cette évolution se décompose en +4,5% sur les GHT et +34,6% sur les médicaments et DMI.

- Secteur ex OQN

Pour les établissements antérieurement sous OQN, l'activité d'hospitalisation à domicile représente une part plus importante de l'activité MCO (3,7% des dépenses MCO). Ce secteur connaît également une activité en forte évolution avec un taux d'évolution des dépenses de l'activité GHT évalué à +13,7%. Pour les établissements ayant une activité exclusive d'HAD, le taux d'évolution des dépenses dudit secteur (activité + médicaments et DMI) est de 17,1%. Il se décompose en un taux d'évolution sur les GHT de +15,6% et sur les médicaments et DMI de +196,7%. Il convient toutefois de noter que ce dernier poste ne représente que 2,1% des recettes de ces établissements.

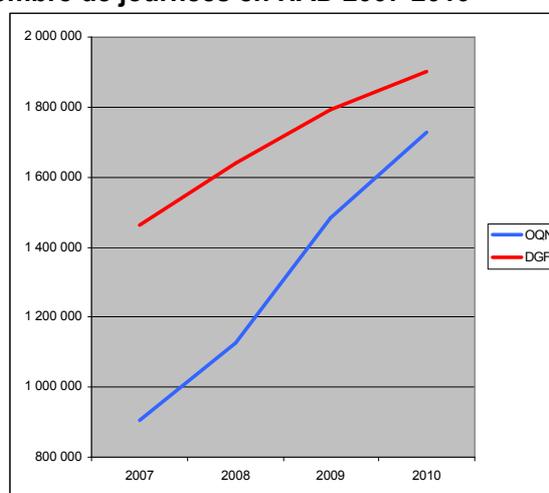
Tableau 44 Taux d'évolution des dépenses d'activité HAD

	Secteur Ex-OQN		Secteur ex-DG	
	Evolution 2008/2009	Evolution 2009/2010	Evolution 2008/2009	Evolution 2009/2010
Activité HAD	19.3%	17.1%	11.7%	6.1%
- dont GHT	19.1%	15.6%	11.5%	4.5%
- dont médicaments en HAD	41.3%	169.7%	14.6%	34.6%

Tableau 45 Evolution du nombre de journées en HAD 2007-2010

Année	Secteur Ex-OQN		Secteur ex-DG	
	Nombre de journées	Taux d'évolution	Nombre de journées	Taux d'évolution
2007	904 715		1 461 711	
2008	1 125 804	+24,4%	1 639 184	+12,1%
2009	1 483 738	+31,8%	1 793 342	+9,4%
2010	1 726 586	+16,4%	1 902 174	+6,1%

Figure 83 Evolution du nombre de journées en HAD 2007-2010



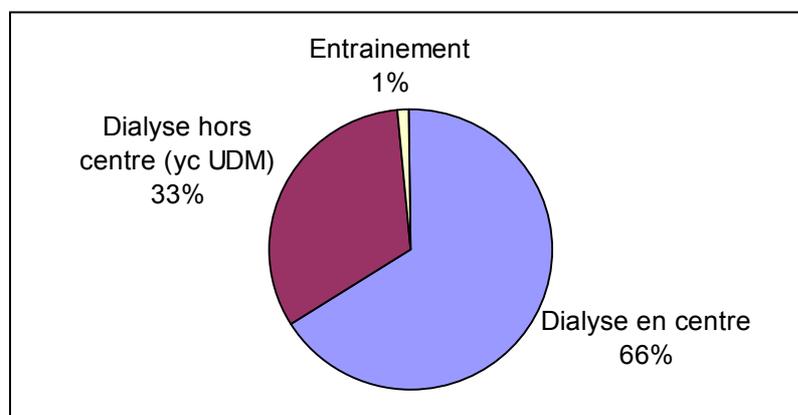
V.2 Dialyse

L'activité de dialyse en 2010 a représenté 560,9 millions d'euros pour les établissements du secteur ex-DG et 1 151,4 millions d'euros pour les établissements du secteur ex-OQN.

Tableau 46 Activité de dialyse en 2010 (montants en millions d'euros)

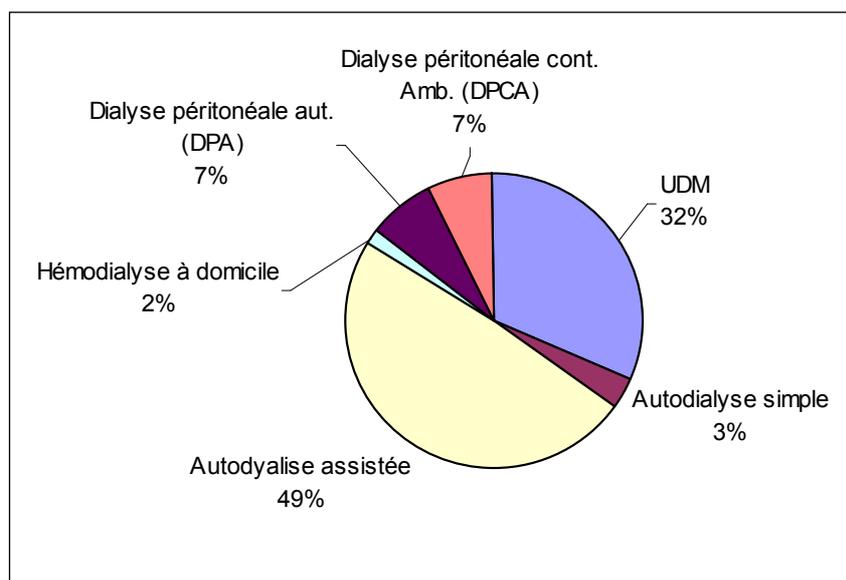
	Secteur ex DG	Secteur ex-OQN	Ensemble
Centre	539.8	588.0	1 127.8
Hors centre	21.1	563.4	584.5
Total	560.9	1 151.4	1 712.3

Figure 84 Activité de dialyse en 2010 (selon la masse financière de l'ensemble des 2 secteurs)



L'activité en centre est réalisée quasiment pour moitié dans chaque secteur alors que l'activité hors centre provient pour 96,4% du secteur ex-OQN.

Figure 85 Activité de dialyse hors centre du secteur ex-OQN (hors entraînement)



V.3 Suppléments journaliers

- Secteur ex DG

Dans le secteur ex-DG, les suppléments représentent 8,8% de la masse financière des séjours. Le montant des suppléments évolue entre 2009 et 2010 de 3,3%.

Les suppléments journaliers connaissent entre 2008 et 2009 une diminution en nombre (-4,6%). Cette tendance est imputable à la réduction du nombre de suppléments en surveillance continue (SRC). En effet, lors de la campagne 2009, les règles de facturation de ces suppléments ont été modifiées. Le supplément n'est plus seulement lié à la seule présence dans l'unité de soins ; des conditions liées à la nature de prise en charge ont été ajoutées.

Entre 2009 et 2010, l'évolution est de nouveau à la hausse de +2,9%.

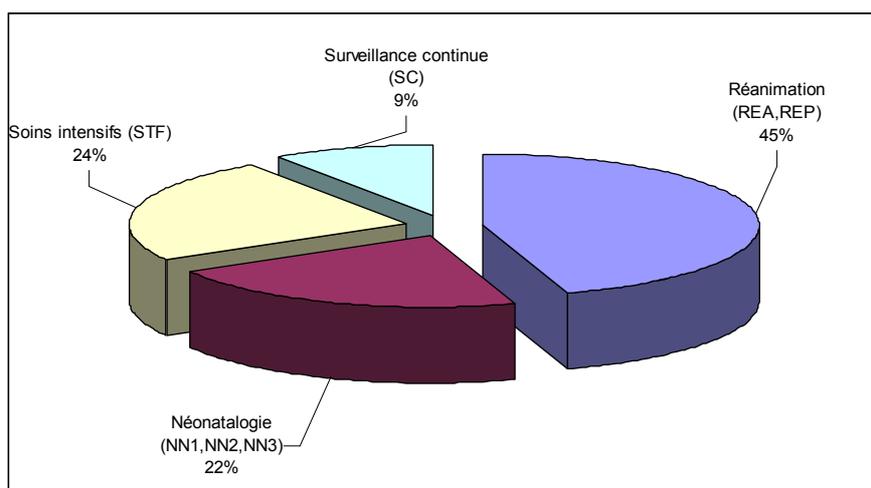
Tableau 47 : Evolution des suppléments journaliers – hors coefficient géographique

Libellé	Effectif 2010	Evolution 2008-2009 hors SSA	Evolution 2009-2010
Réanimation	1 279 447	2.0%	1.5%
Réanimation pédiatrique	77 168	4.8%	9.4%
Néonatalogie niveau 1	641 139	1.5%	2.6%
Néonatalogie niveau 2	346 372	-5.3%	2.0%
Néonatalogie niveau 3	194 140	4.6%	4.5%
Surveillance continue	706 714	-28.8%	7.5%
Soins intensifs	1 451 450	1.3%	1.9%
TOTAL	4 696 430	-4.6%	2.9%

Parmi les suppléments de néonatalité, l'évolution du niveau 3 est plus prononcée que celle du niveau 2

En masse financière, la répartition observée en 2010 est similaire à celle de 2009

Figure 86 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2010- hors coefficient géographique



Lecture : En 2010, ce sont les suppléments de réanimation qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments (45,0%), viennent ensuite les soins intensifs et la néonatalogie, représentant chacun moins d'un quart de l'ensemble. Enfin, les soins en surveillance continue ne représentent que 9,3%.

- **Secteur ex OQN**

Dans le secteur ex-OQN, les suppléments représentent 5,4% de la masse financière des séjours. Le montant des suppléments évolue entre 2009 et 2010 de 1,4%.

Les suppléments journaliers connaissent entre 2008 et 2009 une diminution en nombre (-12,5%). Toutefois cette évolution n'entraîne pas de modification de la part des suppléments dans l'ensemble de la valorisation, cette part reste stable et proche de 5,0%. Il convient toutefois de noter que les évolutions sont très difficilement interprétables. En effet, sur ce secteur, l'activité 2009 est marquée par plusieurs phénomènes :

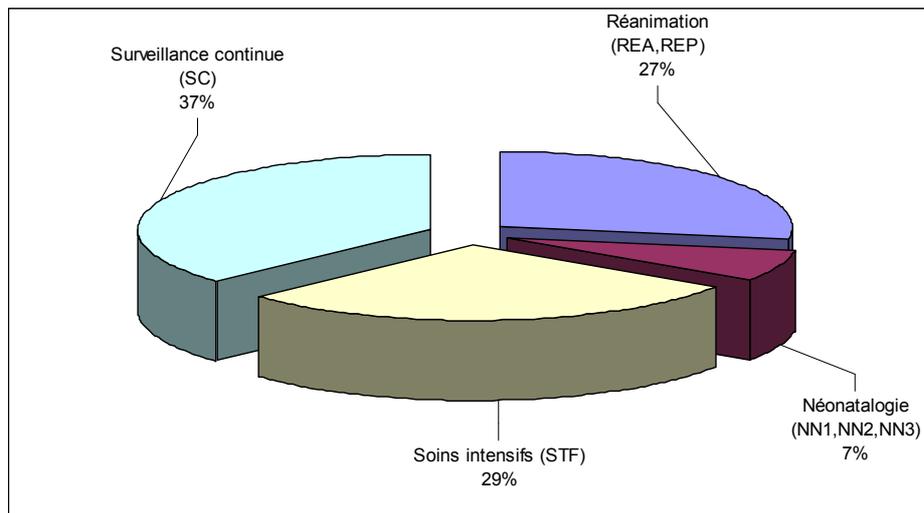
- la suppression des suppléments de SRA et SSC entraînant la nouvelle facturation des suppléments de REA et de SRC et STF qui ont été définis par de nouvelles autorisations et reconnaissances, à la suite de la suppression du droit d'option ;
- le changement des règles de facturation du supplément de surveillance continue

Les évolutions 2009 – 2010 sont moins impactées. On retrouve cependant, une baisse globale des suppléments avec une baisse des suppléments de réanimation et de soins intensifs. Les suppléments de surveillance continue et de néonatalogie de niveau 2 connaissent quant à eux de fortes hausses.

Tableau 48 : Evolution des suppléments journaliers – hors coefficient géographique

Libellé	Effectif 2010	Evolution 2008-2009	Evolution 2009-2010
Réanimation	150 864	-54.7%	-22.0%
Néonatalogie niveau 1	91 559	-3.5%	1.6%
Néonatalogie niveau 2	4 417	-12.0%	15.5%
Surveillance continue	506 775	-16.3%	-8.9%
Soins intensifs	316 593	181.4%	10.5%
TOTAL	1 070 209	-12.5%	-5.3%

Figure 87 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2010



Lecture : En 2010 ce sont les suppléments de surveillance continue qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments, viennent ensuite ceux de réanimation et de soins intensifs, puis la néonatalogie.