



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

**OBSERVATOIRE ECONOMIQUE**

**DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE**

**RAPPORT OCTOBRE 2014**

# RESUME DU RAPPORT

Conformément à ses attributions, l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé sur la période des six premiers mois 2014 qui ont été produites par l'ATIH et la CNAMTS.

Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du PMSI et du SNIIRAM. Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé.

L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans la poursuite du fort dynamisme des dépenses du poste « médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) » facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation.

# SOMMAIRE

Analyse du champ des établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (source ATIH) 4

---

Résumé

Constat des recettes perçues par les établissements : *données en date de remboursement*

Constat des recettes perçues par les établissements sur 12 mois glissants : *données en date de remboursement*

Evolution prospective : données en date de soins

*Evolution des dépenses*

*Evolution du volume*

Représentation graphique des dépenses

Analyse du champ des établissements de santé anciennement financés sous objectif quantifié national (source CNAMTS) 10

---

Les dépenses du Régime Général sur le champ France Métropolitaine

*Analyse des dépenses en date de remboursement en août 2014*

*Analyse des dépenses en date de soins à fin juin 2014*

*Graphiques*

Les dépenses de l'ensemble des régimes sur le champ France entière

Décomposition des remboursements par sous-poste

Analyse détaillée des dépenses de la liste en sus 15

---

Secteur ex DG (ATIH)

Les médicaments

Les dispositifs médicaux et implantables

Secteur ex OQN (CNAMTS, médicaments uniquement)

Conclusion 23

## Résumé

### **Résultats à fin juin 2014 : données en date de remboursement**

Les activités en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie soumises à la tarification à l'activité dans les établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) relatives aux mois de janvier à juin 2014 évoluent comme suit : les recettes globales remboursées au titre de l'activité des établissements de santé ex-DG évoluent de **+3,1%** dont :

**+2,7%** sur la part tarifs (séjours, actes et consultations externes, activité d'hospitalisation à domicile (HAD));  
**+7,6%** sur les médicaments et DM facturables en sus.

Les recettes afférentes aux séjours (hors actes et consultations externes et hors hospitalisation à domicile (HAD)) augmentent de **+2,4%**.

### **Résultats sur douze mois glissants : données en date de remboursement**

Au titre de la période de douze mois se terminant à fin juin 2014 (soit juillet 2013 – juin 2014 comparée à juillet 2012 – juin 2013) les recettes globales d'activité des établissements de santé évoluent de **+3,0%**, dont

**+2,5%** sur la part tarifs (séjours et séances, actes et consultations externes, activité d'hospitalisation à domicile (HAD))  
**+8,0%** sur les médicaments et DM facturables en sus.

### **Résultats à fin juin en date de soins**

L'évolution du volume économique de la part tarifs est évaluée à **+3,0%** dont :

**+2,7%** sur les séjours  
**+4,5%** sur les actes et consultations externes.

Cette évaluation est obtenue en neutralisant les effets périmètres tarifaires, les effets prix et l'application du coefficient prudentiel.

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des mois de janvier à juin 2014 recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 26 août 2014.

**Constat des recettes perçues par les établissements : données en date de remboursement**

En date de remboursement, les recettes globales des établissements évoluent de **+3,1%** dont +2,7% sur la part tarifs et +7,6% sur les médicaments et DM facturables en sus. Les recettes afférentes aux séjours (hors dialyse, hors actes et consultations externes et hors hospitalisation à domicile (HAD)) sont en évolution de +2,4%.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes sur la période (janvier-juin 2014/janvier-juin 2013)						
	Séjours hors dialyse et hors HAD	Dialyse (séances et forfaits)	Actes et consultations externes	HAD (GHT)	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DM payés en sus	TOTAL
CH	+2,1%	+6,0%	+4,9%	+0,0%	+2,5%	+5,4%	+2,7%
CLCC	+3,6%	-89,5%	+4,9%	+9,7%	+3,9%	+11,8%	+5,2%
EBNL	+1,8%	+4,5%	+4,8%	+4,1%	+2,2%	+5,7%	+2,5%
SSA	-1,1%	+16,8%	+3,8%		-0,3%	-0,8%	-0,4%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+6,0%</b>	<b>+4,1%</b>	<b>+5,4%</b>	<b>+3,0%</b>	<b>+9,0%</b>	<b>+3,7%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2,4%</b>	<b>+5,9%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+3,2%</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+7,6%</b>	<b>+3,1%</b>

Les activités respectives des mois de janvier-février 2014 et janvier-février 2013 sont soumises aux paramètres de la campagne tarifaire 2013 et 2012. Aussi, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de réaffecter (ou de neutraliser) dans les recettes de janvier et février 2014 les montants identifiés aux évolutions de la liste en sus intervenus au 1<sup>er</sup> mars 2014.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes sur la période corrigées des changements de périmètre (janvier-juin 2014/janvier-juin 2013)						
	Séjours hors dialyse et hors HAD	Dialyse (séances et forfaits)	Actes et consultations externes	HAD (GHT)	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DM payés en sus	TOTAL
CH	+2,0%	+5,7%	+4,9%	-0,3%	+2,3%	+7,9%	+2,7%
CLCC	+3,6%	-89,5%	+4,9%	+8,9%	+3,8%	+12,0%	+5,2%
EBNL	+1,6%	+4,1%	+4,8%	+3,9%	+2,1%	+8,0%	+2,5%
SSA	-1,2%	+16,8%	+3,8%		-0,4%	-0,1%	-0,4%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+5,8%</b>	<b>+4,1%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+10,7%</b>	<b>+3,7%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2,2%</b>	<b>+5,6%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+3,0%</b>	<b>+2,5%</b>	<b>+9,5%</b>	<b>+3,1%</b>

L'évolution des recettes globales des établissements est presque inchangée à +3,1%.

En revanche, cette évolution conduit à une augmentation des recettes des produits de la liste en sus de +9,5% (contre +7,6% avant la neutralisation des changements de champ).

### **Constat des recettes perçues par les établissements sur 12 mois glissants : données en date de remboursement**

Dans le but de connaître la tendance de l'évolution des dépenses sur une période plus longue tout en tenant compte de la dynamique des derniers mois de soins constatés, les dépenses remboursées sur douze mois glissants (ou en année complète mobile) sont reconstituées et comparées. A fin juin 2014, la période de remboursements juillet 2013 – juin 2014 est comparée à la période juillet 2012 – juin 2013.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes sur la période (juillet 2013-juin 2014/juillet 2012-juin 2013)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DM payés en sus	TOTAL
<b>Total France</b>	<b>+2.2%</b>	<b>+4.8%</b>	<b>+2.5%</b>	<b>+8,0%</b>	<b>+3,0%</b>

Les recettes globales des établissements évoluent alors de +3,0% dont :

- ✓ +2,5% sur la part tarifs ;
- ✓ +8,0% sur les médicaments et DMI facturables en sus.

*Il est rappelé que cette évolution fournit une indication de la tendance de l'évolution des dépenses sur les douze derniers mois mais ne saurait s'appliquer à l'ensemble de l'exercice de soins 2014.*

### **EVALUATION PROSPECTIVE : données en date de soins**

Les versements à effectuer par l'assurance maladie sont évalués en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, l'activité facturée ne correspond pas à la totalité de l'activité réalisée, ce qui se traduit par un délai entre la date de soins et la date de valorisation (ou « liquidation »). Pour réaliser une estimation des dépenses en date de soins, il est nécessaire de considérer l'intégralité de l'activité, y compris celle n'ayant pas encore fait l'objet de remboursement. De plus, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise.

#### **Evolution des dépenses**

Les estimations opérées font apparaître une évolution de **+2,5%** des dépenses estimées en date de soins relatives à l'activité réalisée sur la période étudiée au titre des **séjours** (GHS et suppléments, hors dialyse).

Pour les **actes et les consultations externes**, l'évolution des dépenses estimées en date de soins sur la période est évaluée à +4,6%.

Pour les médicaments et dispositifs médicaux payés **en sus**, une évolution de +7,7% est estimée.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période (janvier-juin 2014/janvier-juin 2013)						
	Séjours hors dialyse et hors HAD	Dialyse (séances et forfaits)	Actes et consultations externes	HAD (GHT)	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DM payés en sus	TOTAL
CH	+2,2%	+7,5%	+5,0%	-0,2%	+2,6%	+5,6%	+2,8%
CLCC	+4,5%	-89,6%	+4,9%	+10,5%	+4,6%	+11,7%	+5,8%
EBNL	+1,8%	+6,1%	+4,9%	+4,0%	+2,2%	+5,8%	+2,5%
SSA	-1,3%	+14,2%	+3,8%		-0,5%	-0,6%	-0,5%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+6,0%</b>	<b>+4,0%</b>	<b>+5,4%</b>	<b>+3,1%</b>	<b>+9,2%</b>	<b>+3,7%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2,5%</b>	<b>+6,9%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+3,1%</b>	<b>+2,8%</b>	<b>+7,7%</b>	<b>+3,2%</b>

Comme dans le cas des évolutions en date de remboursement, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de neutraliser dans les recettes 2014 des montants identifiés lors des transferts vers la liste en sus au 1<sup>er</sup> mars 2014.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en en date de soins sur la période corrigées des changements de périmètres						
	Séjours hors dialyse et hors HAD	Dialyse (séances et forfaits)	Actes et consultations externes	HAD (GHT)	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DM payés en sus	TOTAL
CH	+2,0%	+7,2%	+5,0%	-0,5%	+2,5%	+8,0%	+2,8%
CLCC	+4,4%	-89,6%	+4,9%	+9,7%	+4,6%	+11,9%	+5,8%
EBNL	+1,6%	+5,7%	+4,9%	+3,9%	+2,1%	+8,1%	+2,5%
SSA	-1,4%	+14,2%	+3,8%		-0,5%	+0,2%	-0,5%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+5,8%</b>	<b>+4,0%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+10,7%</b>	<b>+3,7%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2,3%</b>	<b>+6,6%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+2,6%</b>	<b>+9,6%</b>	<b>+3,2%</b>

En date de soins et à champ tarifaire constant, les recettes globales augmentent de **+3,2%**.

### **Evolution du volume**

A la progression de recettes constatée sur les six premiers mois 2014 correspond un volume<sup>1</sup> d'activité. Pour mesurer la progression du volume, outre l'effet lié au changement de périmètre des tarifs, il convient de tenir compte de :

- l'effet tarif introduit par les évolutions de tarifs de mars 2013 et 2014 ;
- l'effet lié à l'application du coefficient prudentiel depuis mars 2013 ;
- l'effet lié à la convergence finale du coefficient de transition dans le cadre du schéma de transition du modèle<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Le volume de l'activité de courts séjours hospitaliers ne comprend pas uniquement la progression du nombre de séjours (i.e., l'évolution physique de l'activité). Il mesure en plus l'évolution de la structure de l'activité, c'est-à-dire l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge.

<sup>2</sup> Seuls les établissements du service de santé des armées (SSA) et de Guyane demeurent encore soumis.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période (sans coefficients de transition) corrigées des effets prix (y compris coefficient prudentiel) et des changements de périmètres				
	Séjours hors dialyse et hors HAD	Dialyse (séances et forfaits)	Actes et consultations externes	HAD (GHT)	Part tarifs (y compris HAD)
CH	+2,5%	+7,6%	+5,0%	-0,7%	+2,8%
CLCC	+4,9%	-89,6%	+4,8%	+9,4%	+4,9%
EBNL	+2,1%	+6,1%	+4,8%	+3,7%	+2,5%
SSA	+0,5%	+16,4%	+5,3%		+1,3%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+3,1%</b>	<b>+6,2%</b>	<b>+3,9%</b>	<b>+4,8%</b>	<b>+3,2%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+7,0%</b>	<b>+4,5%</b>	<b>+2,6%</b>	<b>+3,0%</b>

La neutralisation des différents effets (effets prix, effets liés aux transferts de financement) permet d'évaluer l'effet volume sur la part tarif à **+3,0%**, dont :

- ✓ **+2,7% sur les séjours ;**
- ✓ **+4,5% sur les actes et consultations externes.**

#### Représentation graphique des dépenses

---

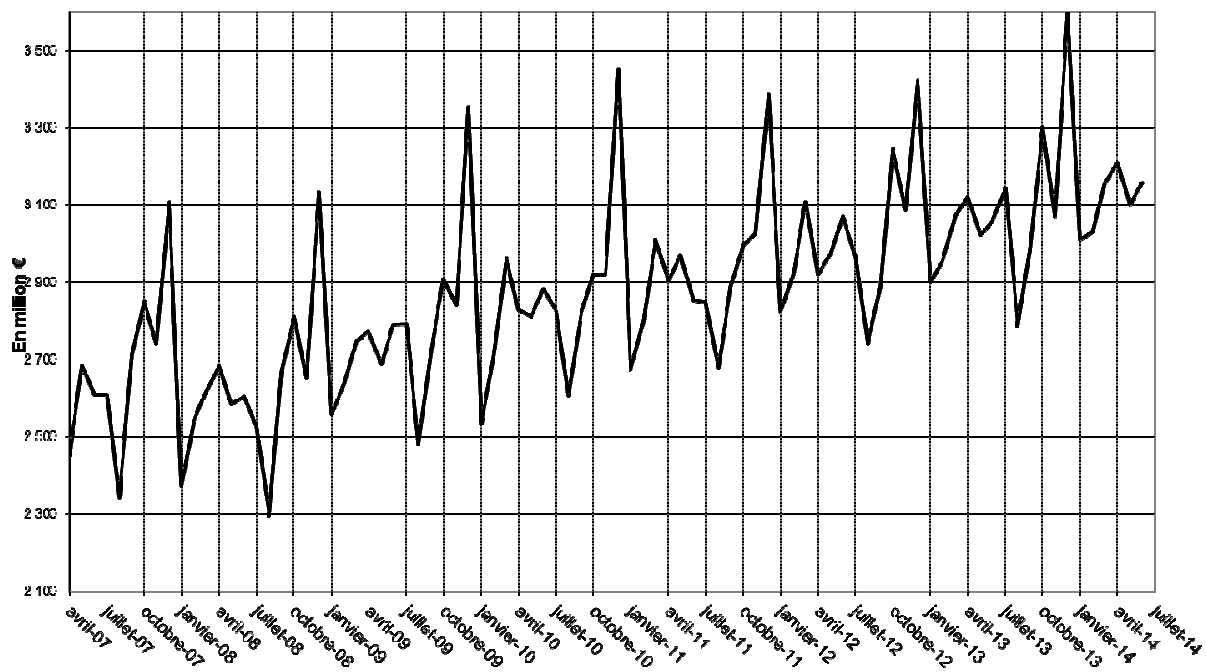
La courbe ci-après représente les dépenses remboursées<sup>3</sup> mensuellement. Plusieurs corrections importantes sont appliquées à la série pour la rendre plus homogène et comparable depuis 2007 :

- champ de tarification à l'activité: pour l'exercice 2007, les dépenses sont estimées comme étant à 100% de tarification à l'activité bien que seule 65% de la valorisation faisait l'objet d'un remboursement.
- champ tarifaire : La baisse tarifaire des séjours intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008 compte tenu du passage à 100% T2A (environ -3,7%) a également été neutralisée. De plus, depuis mars 2009, plusieurs transferts de la masse tarifaire vers l'enveloppe MIGAC (permanence de soins (PDSES), précarité, financement des internes) sont neutralisés.

<sup>3</sup> Les dépenses des établissements manquants au moment du traitement sont exclues des données du début à la fin de la série.



Série mensuelle des remboursements AM de l'ensemble des prestations



Les dépenses du Régime général en France Métropolitaine

**Analyse des dépenses en date de remboursement en août 2014 (données provisoires)**

Les montants remboursés pour le poste ODMCO progressent de **+2,0%** en données CJO-CVS sur les 8 premiers mois de l'année 2014. Les remboursements de l'OQN SSR et de l'OQN Psychiatrie progressent respectivement de **+4,7 %** et **+4,1 %**.

Sur les douze derniers mois, l'ODMCO a augmenté de **+2,8%**, les SSR de **+5,1%** et la PSY de **+4,3%** en données CJO-CVS.

Date de remboursement août 2014	Taux de croissance PCAP (en %)		Taux de croissance (septembre 2013 - août 2014) / (septembre 2012 - août 2013) (en %)	
	BRUTES	CJO-CVS	BRUT	CJO
Régime Général - Métropole yc SLM - Tous risques				
ODMCO	1,0	2,0	2,0	2,8
OQN psychiatrie	3,4	4,1	3,6	4,3
OQN SSR	3,8	4,7	4,5	5,1

<sup>4</sup>Les taux de croissance brutes en PCAP du tableau ci-dessus sont déclinés par sous poste dans le tableau page 14

**Précisions : date de remboursement et date de soins**

L'analyse des dépenses entre les dates de remboursements et les dates de soins sont complémentaires. Les dates de remboursements donnent les montants remboursés dans le mois. Elles contiennent des factures du mois correspondant mais également des factures des mois antérieurs (selon le délai entre les soins et le remboursement des soins). Les dates de remboursement reflètent non seulement l'activité de soins mais aussi l'activité de liquidation des caisses qui peut subir des à-coups au cours du temps.

Les dates de soins contiennent les factures correspondant aux mois de soins. Ces mois de soins sont ainsi complétés au fil du temps (selon le délai entre les soins et le remboursement des soins). Plus la date de soins est éloignée du dernier mois de remboursement connu plus le mois de soins sera complet. Il est ainsi nécessaire d'utiliser une méthode statistique pour compléter chaque mois de soins en fonction du mois de remboursement. C'est pourquoi les dates de soins peuvent évoluer à la marge dans le temps.

**Analyse des dépenses en date de soins à fin juin 2014**

Les dépenses du poste ODMCO augmentent de **+2,6%** en données CJO-CVS sur les 6 premiers mois de 2014 par rapport à la même période en 2013. Les évolutions pour les postes SSR et PSY sur le premier semestre de l'année sont respectivement de **+6,2%** et **+4,2%** en données CJO-CVS.

<sup>4</sup> PCAP : Période Comparable à l'Année Précédente, évolution (janv. 2014- août 2014) sur (janv. 2013-août 2013)

Sur les douze derniers mois, l'ODMCO progresse de **+2,5%** en données CJO-CVS. L'OQN SSR et psychiatrie augmentent respectivement de **+5,8%** et **+3,3%**.

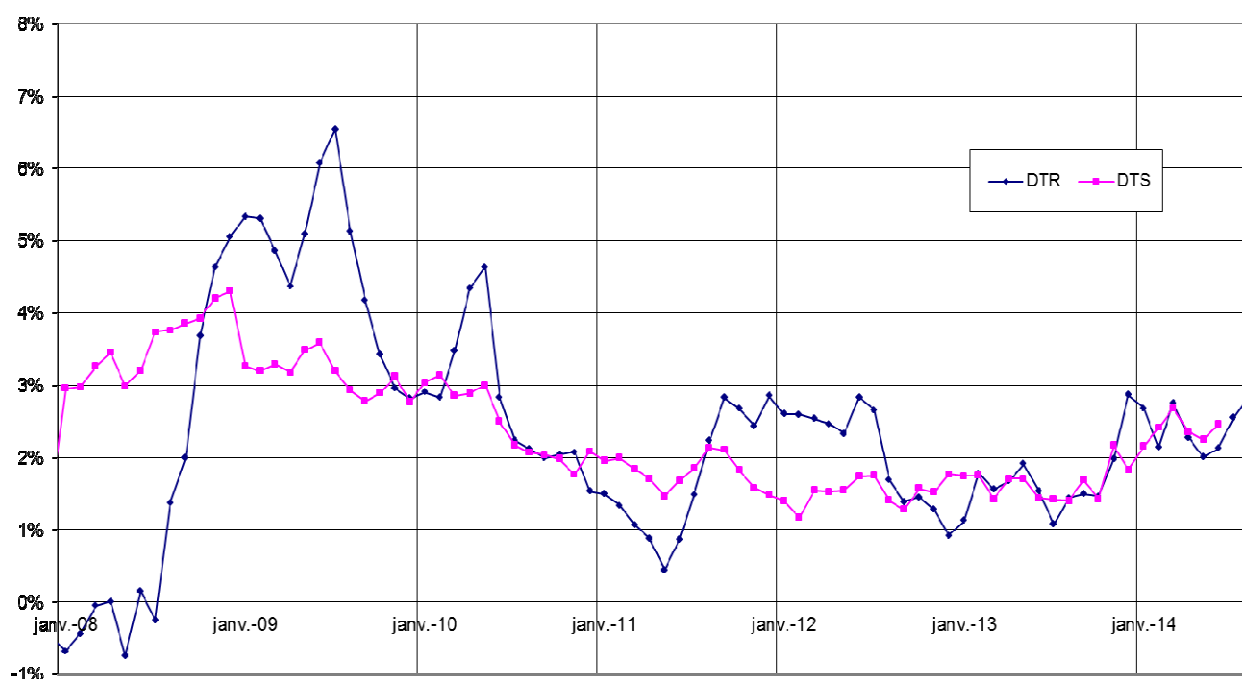
En volume, l'évolution des remboursements de l'ODMCO est de **+3%** sur les 12 derniers mois; celles des SSR et de la PSY sont respectivement de **+6,4%** et de **+3,8%**.

Date de soins - juin 2014 - remboursement d'août 2014						
Régime Général - Métropole yc SLM - Tous risques	Taux de croissance PCAP (en %)			Taux de croissance année complète mobile (en %)		
	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS
ODMCO	2,6%	2,6%	3,2%	2,8%	2,5%	3,0%
PSY	4,1%	4,2%	4,7%	3,3%	3,3%	3,8%
SSR	5,9%	6,2%	6,7%	5,8%	5,8%	6,4%

## Graphiques

- Les trois graphiques suivants représentent l'évolution des dépenses en date de remboursement (DTR) et en date de soins (DTS) de l'ODMCO, de l'OQN PSY et de l'OQN SSR en Année Complète mobile (ACM).
- Le point « d'août 2013 » du graphique en date de remboursement correspond à l'évolution de l'année glissante (sept. 2012-août 2013) sur (sept. 2011-août 2012).

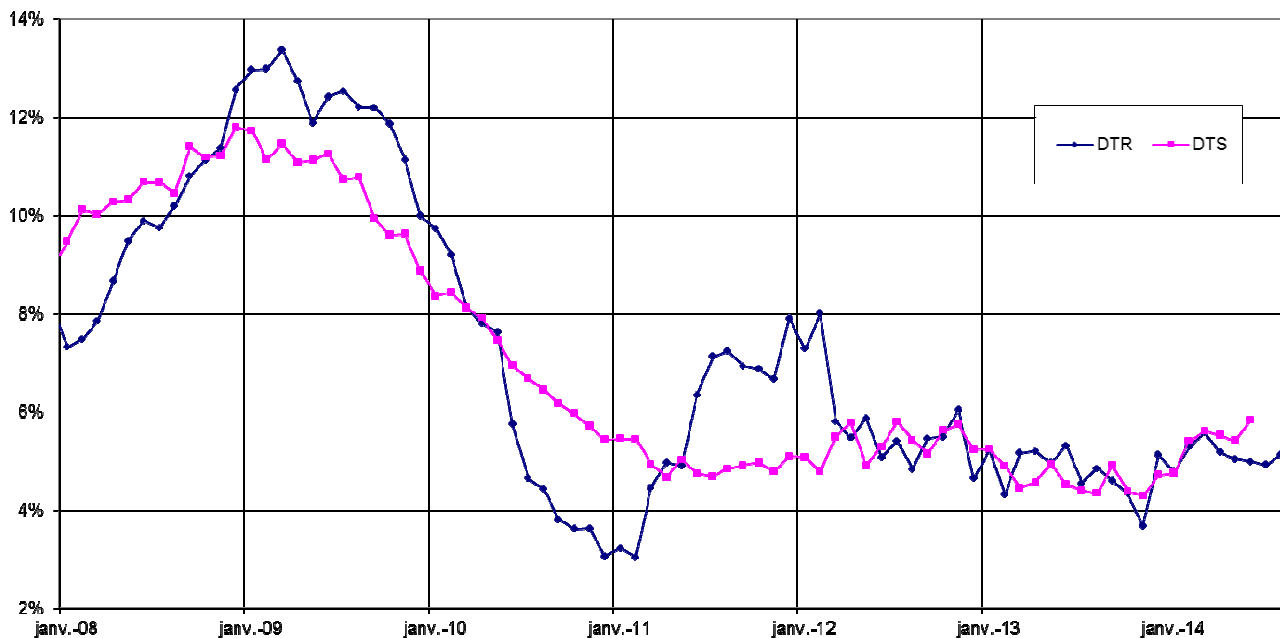
**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'ODMCO en ACM**



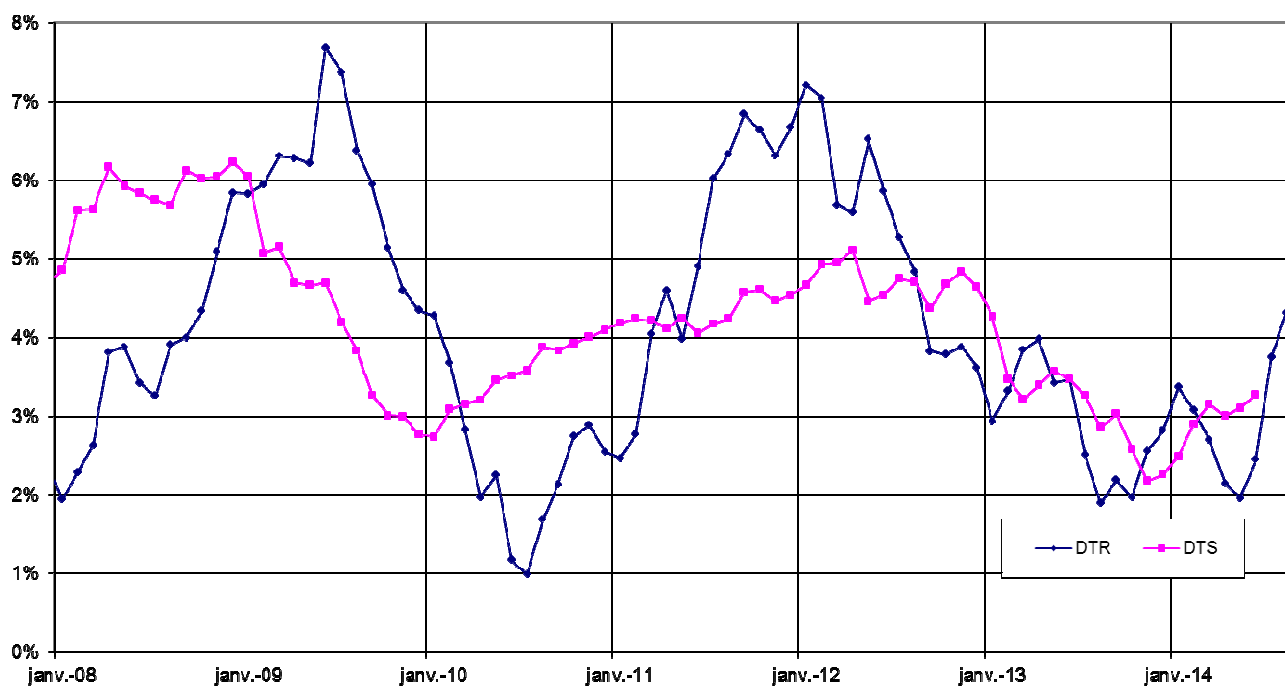
Le mois de remboursement de mars 2011 de la psychiatrie et des SSR était particulièrement important car une forte partie de la liquidation concernait des soins de 2010. Ce phénomène

explique, la hausse importante de l'ACM (graphiques ci-dessous) à partir de mars 2011 et la décroissance à partir de mars 2012 en date de remboursement.

**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'OQN SSR en ACM**



**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'OQN psychiatrie en ACM**



## Les dépenses de l'ensemble des régimes sur le champ France Entière

---

L'estimation des dépenses pour l'ensemble des régimes est réalisée à partir du poids<sup>5</sup> 2013 du régime général dans les résultats tous régimes de la CCSS de juin 2014. On considère le poids 2014 du régime général supérieur de 0,2 point au poids 2013 pour l'OQN et 0,25 point pour l'ODMCO (le nombre de bénéficiaires du dispositif auto-entrepreneurs n'augmente plus autant que les années précédentes et ne compense plus complètement la décroissance structurelle des effectifs de la MSA). En sens inverse, les remboursements des DOM sont plus rapides que ceux de la France métropolitaine. Les effets CJO sont considérés comme équivalents pour le régime général et pour l'ensemble des régimes.

Date de soins - juin 2014 - remboursement d'août 2014						
Tous régimes - France Entière yc SLM - Tous risques	Taux de croissance PCAP (en %)			Taux de croissance ACM (en %)		
	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS
ODMCO	2,4%	2,4%	3,0%	2,4%	2,0%	2,6%
PSY	3,8%	4,0%	4,4%	3,6%	3,6%	4,1%
SSR	5,6%	5,9%	6,4%	5,6%	5,6%	6,2%

## Décomposition des remboursements par sous poste.

---

Le tableau ci-dessous présente la ventilation fine des remboursements sur le champ régime général, France métropolitaine, tous risques, sur la période allant de janvier 2014 à août 2014, ainsi que l'évolution par rapport à 2013.

---

<sup>5</sup> Le poids est la part des dépenses du régime général (champ de la France entière) dans les dépenses de l'ensemble des régimes (champ de la France entière).

**STATISTIQUES DES DÉPENSES DES C.P.A.M.**  
**PERIODE DU 1.1 AU 31.8.2014**

VI - TOUS RISQUES : DEPENSES en milliers d'euros

	TOTAL	PCAP
<b>2) ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>		
<b>A) OBJECTIF DE DEPENSES COMMUN A LA MEDECINE CHIRURGICALE, L'OBSTETRIQUE ET L'ODONTOLOGIE (ODMCO)</b>	<b>5 581 813</b>	<b>1,0%</b>
<b>1. Frais de séjours et de soins</b>	<b>4 828 555</b>	<b>1,4%</b>
Frais de séjours et de soins (GHS, EXH)	3 999 025	3,9%
Reversement du coefficient prudentiel	146	
Suppléments journaliers aux GHS en réanimation (REA, REP), soins intensifs (STF), surveillance continue (SRC), soins particulièrement coûteux (SRA), supplément de surveillance continue (SSC), supplément antepartum (ANT), supplément radiothérapie pédiatrique (RAP)	201 405	0,7%
Suppléments journaliers aux GHS en néonatalogie (NN1, NN2, NN3)	16 043	8,9%
Forfait sécurité et environnement (SE1, SE2, SE3, SE4, FSD)	25 287	5,4%
Administration de produits et prestations en environnement hospitalier	1	2,0%
Forfaits d'hospitalisation à domicile (GHT)	211 586	0,9%
Forfaits de dialyse et indemnité compensatrice à tierce personne (DTP)	348 190	-19,5%
Forfaits d'IVG	2 136	67,5%
Forfaits techniques: Scanner, IRMN, Tomographie,video-capsules et consommables en médecine nucléaire	20 385	-15,9%
Monitoring des sages femmes	3 049	7,7%
Tarification anciennement prix de journée (avant TAA)	1 302	-43,8%
<b>2. Tarification mixte: tarifs de prestation et forfaits annuels</b>	<b>73 916</b>	<b>1,1%</b>
<b>a) Urgence</b>	73 792	1,2%
Forfait accueil et traitement (ATU)	25 443	3,2%
Forfait annuel (FAU)	48 349	0,2%
<b>b) Prélèvements d'organes</b>	124	26,4%
Forfait de prélèvement (PO1, ..., PO9, POA)	28	
Forfait annuel d'activité (CPO)	95	0,1%
<b>c) Forfait annuel haute technicité</b>		
<b>3. Dispositifs médicaux</b>	<b>431 712</b>	<b>1,4%</b>
<b>4. Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine</b>	<b>287 228</b>	<b>-6,1%</b>
Médicaments en sus du GHS (PH8)	283 318	-6,1%
Médicaments coûteux (PH1), produits d'origine humaine	3 911	-7,6%
<b>5. Participation assuré</b>	<b>-39 598</b>	<b>0,1%</b>
<b>B) OQN - PSYCHIATRIE - SOINS DE SUITE OU READAPTATION FONCTIONNELLE (SSR)</b>	<b>1 539 733</b>	<b>3,7%</b>
<b>1. OQN Psychiatrie</b>	<b>404 004</b>	<b>3,4%</b>
dont prix de journée	357 890	2,9%
dont forfaits psychiatrie (PY0 à PY7, PY9)	32 092	10,3%
<b>2. OQN SSR</b>	<b>1 135 730</b>	<b>3,8%</b>
dont prix de journée	1 040 476	3,3%
dont forfaits de séances de soins (SNS ou FS)	75 284	9,5%
dont forfaits pharmaceutiques (PHJ)	9 833	6,3%
dont participation assuré (18 Euros)	-252	-4,6%

## Secteur ex DG

### *Synthèse*

En date de remboursement, l'évolution des dépenses de la liste en sus sur la période de janvier à juin 2014 est de **+7,6%**, avec +7,6% pour les médicaments et +7,5% pour les dispositifs médicaux.

### Les médicaments

S'agissant des **médicaments**, pour mémoire **18 UCD ont été inscrites en 2013** sur la liste en sus et **8 en 2014**. Ces molécules sont mécaniquement en forte évolution sur les six premiers mois 2014. Ces codes UCD représentent 2,6% des dépenses en 2014 et participent ainsi à **37% de la croissance des dépenses de médicaments en sus**.

D'autres molécules ont fait l'objet **d'extension d'indications** et se caractérisent donc par une forte contribution à la croissance : AVASTIN, REMICADE, SOLIRIS, MABTHERA en 2013 et VELCADE en 2014. L'ensemble des codes UCD de ces molécules représente 41% des dépenses relatives aux six premiers mois 2014, avec des dépenses en augmentation de +7,4%. Ils participent ainsi à **40% de la croissance** des dépenses de médicaments en sus.

De plus, l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) a fait part en février 2014 de **tensions d'approvisionnement**<sup>6</sup> en immunoglobulines polyvalentes humaines. Pour contourner cette difficulté, une solution alternative est mise en place. Un approvisionnement supplémentaire en PRIVIGEN et en OCTAGAM est proposé. Cette solution explique la croissance importante observée sur ces deux molécules qui augmentent de +34,0% et **contribuent ainsi à 16% de la croissance**.

### **Les autres molécules ont une évolution plus modérée de l'ordre de +3%.**

Les délivrances de molécules onéreuses sont principalement réalisées lors de séances et notamment celles de chimiothérapie pour affections tumorales et non tumorales. Globalement, en neutralisant le changement de périmètre tarifaire de la campagne 2014 (radiation de liste en sus des EPO et intégration dans les tarifs des GHS), **l'évolution du nombre de séances** avec au moins une délivrance **est en hausse** (+8,4%).

---

<sup>6</sup> [Communiqué ANSM](#) du 11/04/2014

Comme indiqué précédemment, 18 codes UCD ont été inscrits en 2013 sur la liste en sus. Ces molécules sont mécaniquement en forte évolution sur l'année 2014. Il s'agit des produits suivants :

- ✓ ADCETRIS 50 MG PERF FL
- ✓ BENEFIX 3 000 UI INJ FL + SRG
- ✓ CONFIDEX 1 000 UI INJ FL + FL
- ✓ CYRDANAX 20 MG/ML INJ FL 500 MG
- ✓ ENBREL 10 MG PEDIA FL + SRG + N
- ✓ FACTANE 200 UI/ML FV + FV 10 ML
- ✓ FACTANE 200 UI/ML FV + FV 5 ML
- ✓ HIZENTRA 200MG/ML INJ FV 50ML
- ✓ JEVTANA 60 MG PERF FL + FL
- ✓ NOVOSEVEN 1 MG INJ FL + SRG
- ✓ NOVOSEVEN 2 MG INJ FL + SRG
- ✓ NOVOSEVEN 5 MG INJ FL + SRG
- ✓ NOVOSEVEN 8 MG INJ FL + SRG
- ✓ PERJETA 420 MG PERF FL 14 ML
- ✓ PRIVIGEN 100 MG/ML PERF FV 400 ML
- ✓ REFACTO AF 250 UI INJ SRG + MAT
- ✓ ZALTRAP 25 MG/ML PERF FL 4 ML
- ✓ ZALTRAP 25 MG/ML PERF FL 8 ML

En 2014, 8 codes UCD ont été inscrits sur la liste en sus.

- ✓ DIFICLIR 200 mg, comprimé
- ✓ HERCEPTIN 600 MG/5 ML INJ FL
- ✓ HEXVIX 85 MG VESIC FV + FP
- ✓ KADCYLA 100 MG PERF FL
- ✓ KADCYLA 160 MG PERF FL
- ✓ ORENCIA 125 MG INJ SRG 1 ML + P/A
- ✓ SIMPONI 100MG INJ SRG1ML
- ✓ SIMPONI 100MG INJ STY1ML

### Evolution des dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus 2012/2013- date de remboursement

	Montants M6 2013 (en M€)	Montants M6 2014 (en M€)	Evolution Dépenses 2013/2014	Contribution à la croissance 2013/2014
Molécules radiées après le 01/03/2014*	18.3	5.7	-68.5%	-15.8%
Molécules inscrites après le 01/03/2013		28.9		36.6%
Molécules inscrites après le 01/03/2014		0.2		0.2%
Molécules avec extension d'indication après le 01/03/2013**	425.7	457.1	+7.4%	39.7%
Tensions approvisionnement immunoglobulines	37.0	49.6	+34.1%	15.9%
Autres molécules	554.5	573.1	+3.3%	23.4%
<b>TOTAL</b>	<b>1 035.5</b>	<b>1 114.7</b>	<b>+7.6%</b>	<b>100.0%</b>

\* Pour les molécules concernées ce sont des EPO : RETACRIT, NEORECORMON, MIRCERA, EPREX, EPORATIO, BINOCRIT, ARANESP, l'ensemble des UCD associées sont prises en compte.

\*\* Pour les molécules concernées : AVASTIN, SOLIRIS, REMICADE, MABTHERA, VELCADE l'ensemble des UCD associées sont prises en compte.



A l'inverse, les molécules d'EPO ont été radiées, elles contribuent à 16% à la baisse de la croissance des médicaments en sus.

### **Molécules qui contribuent le plus à la croissance**

Vingt codes UCD expliquent la croissance de la liste en sus sur la période janvier à juin 2014.

## Evolution des montants en date de remboursement entre janvier à juin 2013 et 2014

Code UCD	Date d'inscription sur la liste en sus	Libellé	Dénomination de la classe internationale	Commentaire	Evolution M6 2013/2014	Contribution à la croissance M6 2013/2014	Poids relatif (recettes M6 2014)	Evolution M6 2012/2013	Evolution M12 2012/2013
<b>TOTAL</b>					<b>+7.6%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>+8.6%</b>	<b>8.6%</b>
Sous-total des 20 codes UCD présentés					+19.9%	126.6%			
9213737	10/05/2005	REMICADE 100MG PERF FL	Infliximab	Ext. indic	+11.9%	18.1%	12.0%	+11.2%	+10.3%
9374067	24/04/2012	YERVOY 5 mg/ml Perf FL 40 ml	Ipilimumab		+197.5%	15.5%	1.7%	+373.1%	+356.2%
9365950	30/07/2013	JEVTANA 60 MG PERF FL + FL	Cabazitaxel	Nouveau		12.8%	0.9%		
9299207	19/12/2007	SOLIRIS 300MG PERF FL 30ML	Eculizumab	Ext. indic	+17.8%	11.2%	5.2%	+49.3%	+48.8%
9312669	25/11/2008	PRIVIGEN 100MG/ML PERF FV 200ML	Immunoglobuline humaine normale	Approv. Immuno.	+42.0%	8.9%	2.1%	+6.0%	+7.2%
9391344	04/07/2013	ADCETRIS 50 MG PERF FL	Brentuximab vedotin	Nouveau		8.4%	0.6%		
9197719	10/05/2005	MABTHERA 500MG PERF FL50ML	Rituximab	Ext. indic	+6.5%	7.9%	9.2%	+4.4%	+4.5%
9395106	05/12/2013	PERJETA 420 MG PERF FL 14 ML	Pertuzumab	Nouveau		7.4%	0.5%		
9395112	24/12/2013	PRIVIGEN 100 MG/ML PERF FV 400 ML	Immunoglobuline humaine normale	Nouveau		6.3%	0.4%		
9194460	10/05/2005	CAELYX 2MG/ML PERF FL10ML	Doxorubicine		+102.0%	4.7%	0.7%	+1072.4%	+1115.2%
9374050	24/04/2012	YERVOY 5 mg/ml Perf FL 10 ml	Ipilimumab		+207.0%	4.2%	0.4%	+742.9%	+412.4%
9260010	10/05/2005	VELCADE 3,5MG INJ FL 1	Bortezomib	Ext. indic	+8.1%	3.7%	3.5%	+7.6%	+6.1%
9312652	25/11/2008	PRIVIGEN 100MG/ML PERF FV 100ML	Immunoglobuline humaine normale	Approv. Immuno.	+36.5%	3.2%	0.8%	-14.2%	+2.8%
9274762	03/09/2009	VIDAZA 25MG/ML INJ FL	Azacitidine		+11.5%	3.1%	2.1%	-7.8%	-1.6%
9212494	10/05/2005	OCTAGAM 50MG/ML INJ FL200ML	Immunoglobuline humaine normale	Approv. Immuno.	+61.2%	2.6%	0.5%	+36.5%	-4.5%
9300181	29/08/2007	ORENCIA 250MG PERF FL+SRG	Abatacept		+13.2%	2.0%	1.2%	+9.9%	+7.3%
9293593	29/06/2007	ELAPRASE 2MG/ML PERF FL 3ML	Idursulfase		+13.5%	1.9%	1.1%	-4.4%	0.0%
9332620	20/11/2009	CLOTTAFAC 1,5G/100ML FL + FL	Fibrinogène humain		+12.5%	1.6%	1.0%	+16.1%	+16.4%
9259082	02/06/2010	FEIBA 1000U INJ FL + FL + BJ	Complexe prothrombique active		+137.7%	1.5%	0.2%	+276.2%	+114.6%
9261110	26/07/2005	AVASTIN 25MG/ML PERF FL 16ML	Bevacizumab	Ext. indic	+1.1%	1.5%	9.8%	+21.0%	+17.1%

## Les dispositifs médicaux et implantables

L'augmentation des dépenses de dispositifs médicaux en sus est pour un tiers liée aux **bioprothèses valvulaires** qui sont nouvellement inscrites sur la liste en sus. Selon les produits, les codes LPP ont été inscrits sur la liste en sus soit en 2012, soit en 2013.

Libellé LPP	Montants M6 2013 en M€	Montants M6 2014 en M€	Evolution M6 2013/2014	Contribution à la croissance M6 2013/2014	Poids relatif (recettes M6 2014)
TOTAL	387.1	416.1	+7.5%	100.0%	100.0%
Bioprothèses valvulaires	21.68	31.66	+46.0%	34.4%	7.6%
Implants vasculaires	86.58	94.53	+9.2%	27.4%	22.7%
Implants articulaires de genou	42.76	48.05	+12.4%	18.2%	11.5%
Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) dits "cœur artificiels"	1.69	4.42	+161.5%	9.4%	1.1%
Systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral	0.34	2.83	+738.9%	8.6%	0.7%
Implants du rachis	12.19	13.50	+10.7%	4.5%	3.2%
Implants urogénitaux	8.55	9.55	+11.7%	3.4%	2.3%
Sondes de stimulateur cardiaque	16.07	17.07	+6.2%	3.4%	4.1%
Neurostimulateur médullaire quadripolaire implantable	5.58	6.44	+15.4%	3.0%	1.5%

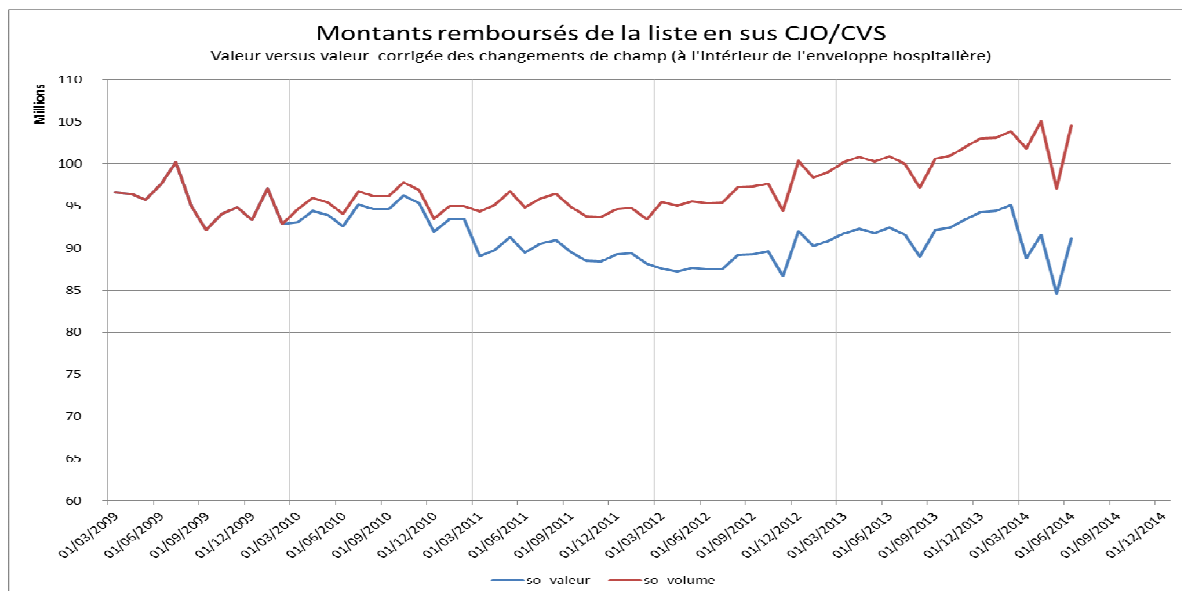
## Secteur ex OQN

### Synthèse

En juin 2014, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux en sus remboursées par l'assurance maladie au titre des activités MCO des établissements de santé ex-OQN sont en augmentation de 0,1% par rapport aux 6 premiers mois de 2013. Ces remboursements en sus représentent 12,9% des dépenses liés à la T2A (part tarif + liste en sus).

Evolution	Montants remboursés	Effet CJO/ CVS	Effet chgt champ	montants à champ constant
2011	-4,6%	-0,3%	-3,7%	-0,6%
2012	-2,1%	-0,1%	-3,0%	1,0%
2013	3,5%	-0,3%	-0,6%	4,5%
PCAP juin 2014	0,1%	0,7%	-3,2%	2,6%

Après neutralisation des effets de champs dus à la réintégration de certains produits de la liste en sus dans les GHS, il est constaté une accélération de la dynamique de ces dépenses depuis mi 2012. L'évolution reste néanmoins plus faible sur les 6 premiers mois de 2014 (+2,6%) que celle observée en 2013 (+4,5%). Néanmoins, le graphique suivant montre un mois de mai très faible qui peut expliquer une grande part de cette dynamique plus faible début 2014.



## Les médicaments

Les médicaments les plus contributeurs à la croissance sont :

NOM COURT	CLASSE ATC	janv-juin 2013	janv-juin 2014	Evolution PCAP 2014	Contribution A l'ensemble des médicaments en sus 2014
JEVTANA 60 MG	TAXANES	0	7 308 226		2,6%
PERJETA 420 MG	PERTUZUMAB	0	3 339 122		1,2%
REMICADE 100 mg	INFLIXIMAB	23 563 627	26 705 447	13%	1,1%
CAELYX 2 mg/ml	DOXORUBICINE	2 148 589	3 922 122	83%	0,6%
ZALTRAP 25 MG/ML	AFLIBERCEPT	0	841 232		0,3%
ELAPRASE 2 mg/ml	IDURSULFASE	1 164 706	1 818 732	56%	0,2%
INDUCTOS 12 mg	DIBOTERMINÉ ALFA	3 637 627	4 268 299	17%	0,2%
HALAVEN 0,44 MG/ML	ERIBULIN	4 418 996	5 049 187	14%	0,2%
ZALTRAP 25 MG/ML	AFLIBERCEPT	0	495 483		0,2%
VIDAZA 25 MG/ML	AZACITIDINE	2 429 806	2 798 986	15%	0,1%
HEXVIX 85 mg	AUTRES MEDICAMENTS POUR DIAGNOSTIC	817	255 658	31200%	0,1%
CLAIRYG 50 MG/ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, POUR ADM INTRAVASCULAIRE	540 715	793 749	47%	0,1%
OCTAGAM 10 G/200 ML	IMMUNOGLOBULINES HUMAINES	201 920	447 975	122%	0,1%

	POLYVALENTES, POUR ADM INTRAVASCULAIRE				
FEIBA 1 000 U/20 ML	COMPLEXE PROTHROMBIQUE ACTIVE	26 722	241 420	803%	0,1%
YERVOY 5 MG/ML	IPILIMUMAB	85 764	300 174	250%	0,1%
TOTAL		38 219 289	58 585 812	53%	7,1%

Les 2 codes UCD les plus contributeurs à la croissance sont le « JEV TANA 60 mg » et le « PERJATA 420 mg ». Ces codes ont été respectivement inscrits sur la liste en sus en juillet 2013 et en décembre 2013. Comme en 2013, les plus gros contributeurs sont le « REMICADE » et le « CAELIX ».

### Sur les extensions d'indication et/ou l'intégration de nouveaux médicaments :

Le tableau ci-dessous indique les montants remboursables, en date de remboursement, pour 2013 et 2014, concernant les médicaments en sus inscrits ou ayant fait l'objet d'une évolution de la gamme en 2013 et en 2014. En période comparable à l'année précédente (PCAP) à fin août, ces montants étaient de 0,1M€ en 2013 et de 12,8M€ en 2014. Ainsi, les médicaments inscrits sur la liste en sus ont engendré une augmentation des dépenses de 12,7M€ sur les 8 premiers mois de 2014.

Parmi ces médicaments, Yervoy®, Jevtana®, Perjeta®, Hexvix® sont présents parmi les contributeurs les plus importants, comme vu précédemment.

NOM COURT	DATE INSCRIPTION	année 2013	pcap 2013	pcap 2014
YERVOY 5 MG/ML solution a diluer pour perfusion, flacon de 200 mg/40 ml	08/03/2013	285 880	85 764	300 174
YERVOY 5 MG/ML solution a diluer pour perfusion, flacon de 50 mg/10 ml	08/03/2013	155 805	14 294	82 191
JEVTANA 60 MG 1 Boite de 2, flacon (verre), solution a diluer : 1,5 ml , solvant : 4,5 ml, boite 1 flacon + 1 flacon, solution a diluer et s	31/07/2013	2 531 366	0	7 308 226
CYRDANAX 20 MG/ ML poudre pour solution pour perfusion en flacon de 500 mg	10/08/2013	5 054	0	74 151
HIZENTRA 200 MG/ML, Solution injectable sous cutanee en flacon de 50 ml	10/08/2013	459	0	0
NOVOSEVEN 2 MG (100 KUI) Poudre et solvant pour solution injectable (flacon + solvant)	10/08/2013	0	0	1 242
NOVOSEVEN 5 MG (250 KUI) Poudre et solvant pour solution injectable (flacon + solvant)	10/08/2013	0	0	3 104
MYOZYME 50 MG poudre pour solution a diluer pour perfusion	16/11/2013	0	0	66 468
ZALTRAP 25 MG/ML solution a diluer pour perfusion en flacon de 4 ml	06/12/2013	0	0	495 483
ZALTRAP 25 MG/ML solution a diluer pour perfusion en flacon de 8 ml	06/12/2013	0	0	841 232
PERJETA 420 MG solution a diluer pour perfusion	14/12/2013	0	0	3 339 122
HEXVIX 85 mg Poudre et solvant pour solution pour administration intravesicale	01/03/2014	1 225	817	255 658
Total général		2 979 789	100 875	12 767 051

### Sur les principales raisons de la baisse des médicaments en sus des GHS en 2014 :

Deux éléments principaux concourent à la baisse des remboursements des médicaments en sus des GHS dans les cliniques. D'une part, les médicaments en sus radiés sont importants à partir de mars 2014. D'autre part, des médicaments issus de l'Avastin® présentent une forte baisse de prix.

#### Les médicaments en sus radiés (EPO).

Le tableau ci-dessous indique les montants remboursables, en date de remboursement, pour 2013 et 2014, concernant les médicaments en sus radiés ou ayant fait l'objet d'une évolution de la gamme en 2013 et 2014.

En milliers d'euros	Remboursable 2013	Remboursable 2014
Radiés en mars 2013	336	2
Radiés en mars 2014	54 238	12 709

Les médicaments en sus radiés en mars 2014 concernent 2 classes ATC : « DARBEPOETINE ALFA » et « ERYTHROPOIETINE ». La première classe représentait 36M€ en 2013 et la seconde 18M€.

A fin août 2014, la radiation de ces deux classes ATC contribue pour -8,1% à l'évolution globale des médicaments en sus des GHS.

#### Baisse des prix de l'Avastin®.

Les 2 codes UCD ayant les contributions les plus faibles sur les 8 premiers mois de remboursements 2014 concernent l'AVASTIN. Aucun de ces 2 médicaments n'a pourtant été radié en mars 2014. Il est observé une baisse de prix

NOM COURT	janv-juin 2013	janv-juin 2014	Evolution PCAP 2014	Contribution 2014
AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion en flacon de 4 ml	11 380 363	9 597 700	-16%	-0,6%
AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion en flacon de 16 ml	74 714 368	67 213 534	-10%	-2,6%
TOTAL	86 094 731	76 811 234	-11%	-3,2%

## **CONCLUSION**

Les six premiers mois de l'année 2014 sont marqués par la poursuite du dynamisme des dépenses de la liste en sus et notamment pour le secteur MCO ex-DG. Il est également observé un fort dynamisme des dépenses de l'OQN SSR et de l'OQN PSY.

Toutefois, il convient de rappeler que les évolutions des premières périodes de l'année sont généralement peu prédictives d'une tendance annuelle.

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

**Marine JEANTET**  
Inspectrice des affaires sociales