

Numéro 7 – Septembre 2020

Vanessa DI BARTOLOMEO

Carole FRANCK

Isabelle ROLLAND

Laurence WEBER



LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2020

CAHIER STATISTIQUE

PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES AU LUXEMBOURG



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Sommaire

Introduction	5
1 Méthodologie	6
1.1 Sources des données.....	6
1.2 Critères de construction du fichier	6
2 Analyse de sous-sections de la nomenclature	9
2.1 Hernies et éventrations de la paroi abdominale	9
2.1.1 Caractéristiques des admissions liées aux « Hernies et éventrations de la paroi abdominale »	10
2.1.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section des « Hernies »	12
2.1.3 Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec les prises en charge de la sous-section « Hernies ».....	13
2.1.4 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	14
2.1.5 Analyse de la facturation des actes principaux	15
2.1.6 Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « Hernies ».....	16
2.2 Chirurgie arthroscopique du genou	16
2.2.1 Caractéristiques des admissions liées à la « Chirurgie arthroscopique du genou »	17
2.2.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section « arthroscopie du genou »	19
2.2.3 Profil des médecins facturant les actes	21
2.2.4 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	21
2.2.5 Analyse de la facturation des différents actes principaux	22
2.2.6 Facturation des actes principaux.....	23
2.2.7 Facturation des actes complémentaires.....	24
2.2.8 Comportement de facturation des actes des différents hôpitaux	24
2.2.9 Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « arthroscopie du genou »	25
2.3 Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique.....	25
2.3.1 Nombre d'admissions liées à la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique »	25
2.3.2 Dépenses liées aux admissions de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique ».....	28
2.3.3 Nombre d'unités d'œuvre (UO) facturées en lien avec les traitements et admissions de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique »	29
2.3.4 Profil des médecins facturant les actes	29
2.3.5 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	29
2.3.6 Durée moyenne de séjour.....	30
2.3.7 Analyse détaillée de la facturation des actes principaux.....	30
2.3.8 Coût moyen d'une prise en charge liée à des actes médico-chirurgicaux sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin ou la sclérotique	30
2.4 Chirurgie mammaire	31
2.4.1 Nombre d'admissions liées à la sous-section « Chirurgie mammaire »	31
2.4.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section de la « Chirurgie mammaire »	33

2.4.3	Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec la chirurgie mammaire	34
2.4.4	Profil des médecins facturant les actes	35
2.4.5	Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	35
2.4.6	Durée moyenne de séjour.....	37
2.4.7	Détail des actes principaux	38
2.4.8	Détails de la facturation des différents hôpitaux	39
2.4.9	Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « chirurgie des seins »	39
2.5	Néphrologie, épuration extra-rénale	39
2.5.1	Nombre d'admissions liées à la sous-section « Néphrologie, épuration extra-rénale ».....	40
2.5.2	Dépenses liées aux admissions de la sous-section de la « Dialyse »	41
2.5.3	Durée moyenne de séjour.....	42
2.5.4	Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec les admissions de la section « néphrologie »	42
2.5.5	Profil des médecins facturant les actes	42
2.5.6	Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	42
2.5.7	Analyse de la facturation des actes principaux	43
2.5.8	Coût moyen d'un traitement de la sous-section « Néphrologie ».....	44
2.6	Squelette	44
2.6.1	Nombre d'admissions liées à la sous-section « Squelette ».....	45
2.6.2	Dépenses pour radiodiagnosics liés au squelette.....	47
2.6.3	Analyse de la facturation des unités d'œuvre lors d'une prise en charge ambulatoire pour la réalisation d'au moins une radiographie de squelette	48
2.6.4	Profil des médecins facturant les actes	48
2.6.5	Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	48
2.6.6	Détail des actes principaux	49
2.6.7	Coût moyen d'un traitement lié à la sous-section « Squelette »	50
2.7	Échographie.....	50
2.7.1	Nombre d'enregistrements liés à la sous-section « Échographie » en 2018	51
2.7.2	Dépenses liées aux échographies.....	52
2.7.3	Répartition des unités d'œuvre facturées lors de la réalisation d'une échographie en secteur hospitalier ambulatoire	53
2.7.4	Profil des médecins facturant les actes	53
2.7.5	Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG.....	54
2.7.6	Détail des actes principaux	54
2.7.7	Facturation des différents hôpitaux	55
2.7.8	Coût moyen d'un traitement de la sous-section « Échographie ».....	55
	Constats	56

INTRODUCTION

La présente étude fait un état des lieux de la prise en charge hospitalière globale au Luxembourg et donne un aperçu de l'activité hospitalière ambulatoire. A cette fin, une nouvelle base de données qui recense les données des prises en charge ambulatoires et stationnaires du secteur hospitalier a été construite. Elle a été enrichie par une première année des données de la documentation hospitalière disponibles et validées. L'analyse porte sur les prestations 2018¹.

Cette étude se concentre sur l'analyse des coûts pour actes médicaux et forfaits hospitaliers liés aux admissions en secteur hospitalier présentant une facturation d'au moins un des actes médicaux inscrits dans sept sous-sections² de la nomenclature des actes et services des médecins³. Le choix des sous-sections est motivé par le fait que ces dernières recensent des actes considérés comme des indicateurs de la pratique ambulatoire (chirurgie de la cataracte, chirurgie des hernies, chirurgie mammaire, arthroscopies du genou) proposés par les organismes internationaux (OCDE, Eurostat), des examens diagnostiques réalisés dans le secteur hospitalier (échographies ou radiographies) et des prises en charge de pathologies chroniques (insuffisance rénale avec l'analyse des dialyses).

¹ Prestations 2018, sauf pour l'analyse de la sous-section liée aux interventions des hernies de l'abdomen qui se base sur la version du 1er janvier 2019 de la nomenclature des actes et services des médecins et sur les prestations 2019.

² Sous-sections ou pour certaines parties « sections ».

³ Version du 1er janvier 2018, sauf pour l'analyse de la sous-section liée aux interventions des hernies de l'abdomen qui se base sur la version du 1er janvier 2019.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 SOURCES DES DONNÉES

Les données utilisées pour réaliser cette étude proviennent de la base de données de la CNS, plus précisément des facturations et des remboursements des prestations médicales et des forfaits hospitaliers.

- Les fichiers sur la facturation des actes et services de la CNS et sur la prise en charge des patients par les hôpitaux sont basés sur la date de la prestation de ces actes et services. Il s'agit de données administratives qui sont continuellement mises à jour.
- Les fichiers de la documentation hospitalière recensent entre autres les diagnostics de sortie et les « Diagnostic Related Groups » (DRG) des séjours hospitaliers (stationnaires et ambulatoires). Ces données sont transmises semestriellement par les hôpitaux à la CNS.

Cette analyse se focalise sur les prises en charge réalisées au Luxembourg en 2018 pour 6 chapitres de ce rapport et en 2019 pour le 7ème⁴. Comme les assurés disposent d'un délai de deux ans pour introduire leurs demandes de remboursements, l'année 2018 est considérée comme l'année la plus récente avec un exercice prestation quasiment complet. De plus, 2018 est la première année disponible dans le cadre de la documentation hospitalière permettant ainsi l'analyse pilote des DRG et des diagnostics de sortie, codés en ICD-10-CM⁵.

1.2 CRITERES DE CONSTRUCTION DU FICHIER

L'étude recense dans un même fichier, les actes de la nomenclature des actes et services des médecins⁶ et les forfaits hospitaliers pour l'utilisation de l'infrastructure des hôpitaux négociés dans le cadre de la budgétisation hospitalière entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les quatre hôpitaux suivants : le Centre hospitalier du Luxembourg (CHL), le Centre hospitalier Émile Mayrisch (CHEM), les Hôpitaux Robert Schuman (HRS) et le Centre hospitalier du Nord (CHdN)⁷.

L'approche retenue est de caractériser l'activité médicale par les sous-sections de la nomenclature⁸. Seuls les actes médico-chirurgicaux d'une sous-section de la nomenclature, prestés en 2018 et facturés à « plein tarif » ont servi pour la saisie des traitements et admissions à analyser. Ces actes sont appelés actes principaux.

En combinant ces actes principaux avec les données des prises en charge renseignées par les hôpitaux, 3 types de prise en charge sont identifiables (cf. graphique 1).

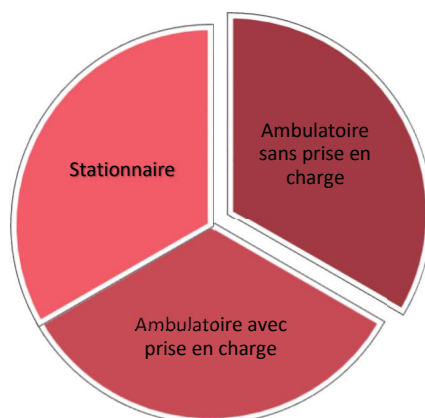
⁴ L'analyse de la sous-section « Hernies et éviscérations de la paroi abdominale » est réalisée avec les données de 2019, étant donné que cette partie de la nomenclature des actes et services des médecins a été entièrement révisée en vue de mieux refléter les pratiques médicales contemporaines. Les cures de hernies sont des gestes à réaliser si possible en chirurgie ambulatoire. Il faut également noter que les diagnostics de sortie et les DRG issus de la documentation hospitalière ne sont disponibles que pour les six premiers mois de l'année 2019.

⁵ 10ème révision de la classification internationale des maladies (International classification of diseases – clinical modification) (ICD-10-CM)

⁶ Lorsqu'une nomenclature actualisée existe, ce sont ces parties de la nomenclature qui sont analysées en priorité : arthroscopie du genou (base de données 2018) et chirurgie de l'appareil digestif (base de données 2019).

⁷ Y inclus les prestations refacturées à des organismes étrangers.

⁸ Sous-sections pour 6 parties de la nomenclature et section pour la partie de la nomenclature liée à la chirurgie de la cataracte.

Graphique 1 - Les différents types de prise en charge ⁹

Concernant les types de prise en charge, l'étude distingue en ambulatoire entre les admissions en ambulatoire avec prise en charge et les traitements en ambulatoire sans prise en charge, et enfin le troisième type de prise en charge correspond aux admissions en stationnaire.

- Un premier critère utilisé pour définir le type de prise en charge est la notion d'une **admission hospitalière formelle**, appelée aussi prise en charge (PEC).
 - Si une admission formelle existe, toute l'activité médicale et hospitalière réalisée lors du séjour est considérée comme des **soins hospitaliers ambulatoires avec prise en charge** ou des **soins hospitaliers stationnaires**.
 - Si aucune admission formelle à l'hôpital n'est enregistrée, les actes médicaux facturés sont prestés lors d'un passage à l'hôpital, identifié par la facturation de forfaits hospitaliers pour l'utilisation de l'infrastructure (appelés unités d'œuvre dans la suite du document). Ceux-ci sont aussi pris en compte dans le calcul du coût du traitement. Si un ou plusieurs actes médicaux et au moins une unité d'œuvre sont facturés le même jour à un même assuré, cette activité médicale et hospitalière est définie comme « **soins hospitaliers ambulatoires sans prise en charge** », respectivement comme traitement ambulatoire sans prise en charge, comme par exemple une consultation, un examen diagnostic, éventuellement une prise de médicament réalisés en dehors de toute hospitalisation.
- Un deuxième critère qui permet de classer les deux types d'hospitalisation est la **durée de séjour des admissions hospitalières formelles**.
 - Si l'assuré est entré et sorti le même jour sans être présent à minuit, son séjour hospitalier correspond à une hospitalisation ambulatoire et les soins médicaux et hospitaliers associés sont des « soins hospitaliers ambulatoires avec prise en charge »
 - Si la prise en charge de l'assuré requiert une présence d'au moins une nuitée à l'hôpital, le séjour hospitalier est appelé séjour stationnaire et les soins médicaux et hospitaliers associés sont des « soins hospitaliers stationnaires ».

L'activité médicale est classée en activité principale et activité connexe¹⁰. Si un acte médical appartient à la sous-section analysée de la nomenclature, alors celui-ci est appelé acte principal, sinon l'acte est considéré comme acte connexe.

⁹ Prise en charge : par suite « PEC ».

¹⁰ Tout acte principal facturé sans suffixe « A » et « P » permet d'identifier le médecin « principal » et de lui attribuer tous les actes principaux réalisés lors du traitement, respectivement du séjour hospitalier. Tout acte principal facturé avec suffixe « A » est attribué à l'anesthésiste. Tout acte principal facturé avec le suffixe « P » est attribué à un médecin assistant (aide opératoire) au médecin principal. Le médecin qui réalise des actes ne pouvant être attribués ni à un médecin principal, ni à un anesthésiste, ni à une assistance opératoire est appelé « autre médecin ».

Il résulte de cette façon de sélectionner les données que :

- Un même séjour peut être sélectionné dans plusieurs sous-sections suivant les actes principaux facturés au cours du séjour.
- Les chiffres et les coûts rapportés dans cette analyse sont à prendre en compte uniquement par section/sous-section étudiée.
- La somme de l'activité de toutes les sections/sous-sections ne représente pas l'activité globale car elle n'est rapportée ni au patient, ni au séjour.
- Les coûts médicaux indiqués correspondent aux sommes remboursées aux assurés, le reste à charge n'est pas pris en compte dans cette étude.
- Certains graphiques comparent les soins hospitaliers ambulatoires avec prise en charge aux soins hospitaliers stationnaires alors que d'autres comparent le total des soins hospitaliers ambulatoires (avec prise en charge et sans prise en charge) aux soins hospitaliers stationnaires. Dans ce dernier cas de figure, les graphiques reprennent la notion « Ambulatoire ».
- Les coûts sont calculés en euros.

2 ANALYSE DE SOUS-SECTIONS DE LA NOMENCLATURE

L'étude porte sur l'activité hospitalière secondaire à la prestation d'actes médicaux-chirurgicaux repris dans 7 sous-sections¹¹ de la nomenclature. Les sous-sections retenues pour l'analyse de ces prises en charge hospitalières ont été sélectionnées sur base des critères suivants :

- L'existence de recommandations pour une prise en charge ambulatoire émanant d'organismes internationaux (OCDE, Eurostat)
- Une activité importante
- Une actualisation récente de leur nomenclature

L'analyse commence par les parties actualisées de la nomenclature, notamment celles concernant la chirurgie des hernies de l'abdomen et celles des arthroscopies du genou. Suit la chirurgie de la cataracte qui devrait être principalement réalisée en ambulatoire. La chirurgie mammaire a été choisie car un rapport sur le cancer au Luxembourg devrait être publié dans le cadre de l'évaluation du 1^{er} plan cancer et le cancer du sein est un des cancers les plus fréquents. L'analyse s'intéresse, aussi à travers la prise en charge des dialyses à une des complications du diabète, maladie chronique qui touche un peu moins de 30.000 assurés mais qui représente un important problème de santé publique, nombre de patients ignorant qu'ils en sont atteints. Enfin l'étude de la prise en charge d'examens diagnostiques, les radiographies du squelette et les échographies, réalisés pour leur très grande majorité en secteur hospitalier, donne une autre image de l'utilisation de l'hôpital que la prise en charge de pathologies or il ne faut pas négliger toute cette activité étant donné son implication financière en termes de budget pour l'assurance maladie-maternité.¹²

2.1 HERNIES ET ÉVÉNTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Chirurgie > Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen > Hernies et éviscération de la paroi abdominale > Partie II > Chapitre 2 > Section 6 > Sous-section 1

	Libellé	Code	Coeff.
1)	Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie	2W01	288,49
2)	Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracotomie ou par laparotomie	2W02	254,01
3)	Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par laparotomie	2W03	254,01
4)	Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie	2W04	93,06
5)	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W05	144,77
6)	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie	2W06	110,30
7)	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie	2W07	127,54
8)	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie	2W08	93,06
9)	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W09	93,06
10)	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W10	127,54
11)	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W11	93,06
12)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W12	185,90
13)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W13	220,38
14)	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	2W14	185,90
15)	Cure d'éviscération de la paroi abdominale antérieure, sans pose de prothèse, incluant les hernies péristomales, par laparotomie	2W15	126,97
16)	Cure d'éviscération de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie	2W16	161,45
17)	Cure d'éviscération de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par laparotomie	2W17	126,97
18)	Cure d'éviscération de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse et séparation des translations médianes des muscles grands droits de l'abdomen selon la « composants separation technique », par laparotomie	2W18	163,91
19)	Ablation de prothèse ou d'implant de la paroi abdominale, par toute voie d'abord	2W19	126,97

¹¹ Pour « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique », il s'agit d'une section et non pas d'une sous-section.

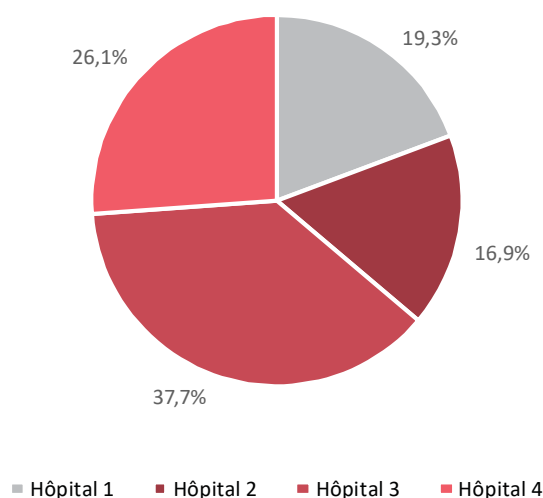
¹² L'analyse de la base de données met en évidence que sans prise en compte des soins ambulatoires sans PEC, 51% des admissions hospitalières sont des admissions ambulatoires avec PEC et 49% sont des admissions en secteur stationnaire.

La sous-section « Hernies et éventrations de la paroi abdominale » se situe en 60ème position concernant le nombre de prises en charge décroissant dans le secteur hospitalier. L'intérêt d'analyser cette sous-section ne se justifie donc pas par l'importance de l'activité qu'elle représente mais par le fait que c'est une nouvelle nomenclature introduite en janvier 2019 et que certaines interventions pour hernies font partie des actes à réaliser si possible lors d'une prise en charge ambulatoire d'après la recommandation du Conseil scientifique. (<https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/chirurgie-ambulatoire/chirurgie-ambulatoire-longue.html>)

2.1.1 Caractéristiques des admissions liées aux « Hernies et éventrations de la paroi abdominale »

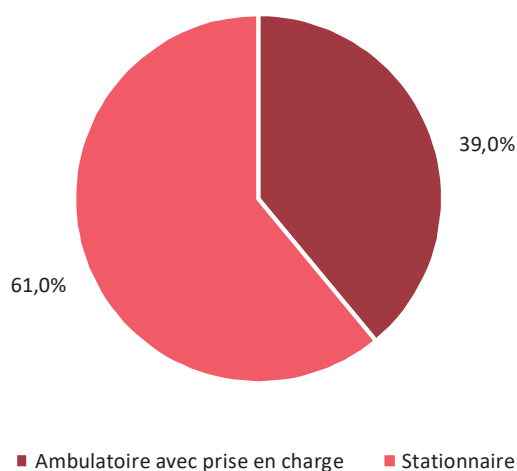
1 952 prises en charge liées à la sous-section « Hernies et éventrations de la paroi abdominale » (dans la suite du document « Hernies ») sont facturées en 2019 par les 4 hôpitaux du pays.

Graphique 2 - Répartition des prises en charge pour hernies par établissement hospitalier en 2019



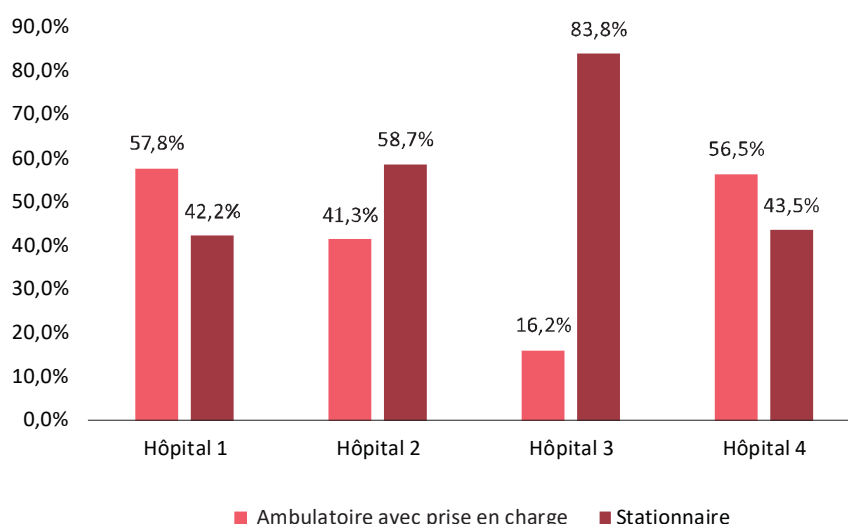
Trois hôpitaux sur 4 réalisent chacun entre 17% et 26% des prises en charge réalisées en 2019. Le quatrième établissement réalise à lui seul environ 38% de la chirurgie des hernies.

Graphique 3 - Répartition des prises en charge réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation en 2019

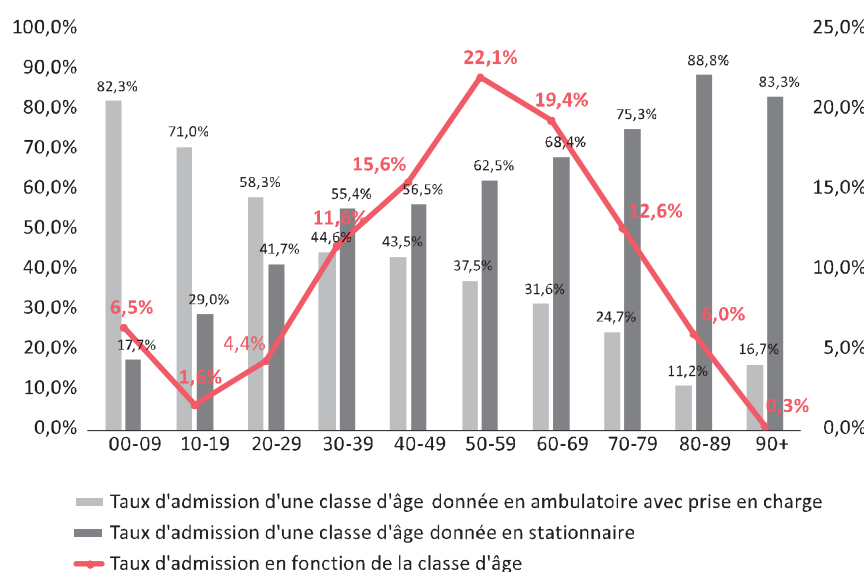


61% des admissions pour hernies se font en séjour stationnaire, et 39,0% sont réalisées en ambulatoire et correspondent à des admissions ambulatoires avec PEC.

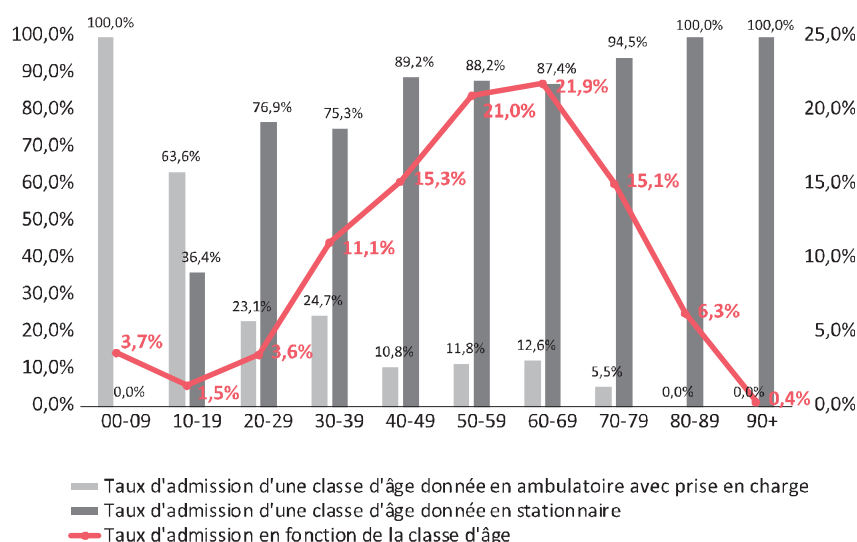
La répartition globale du nombre de hernies opérées entre secteur hospitalier ambulatoire ou stationnaire est fortement influencée par la pratique d'un hôpital qui réalise la majorité de cette activité en stationnaire (graphique 3). L'hôpital 3 facture le plus grand nombre d'interventions pour hernies et en réalise 84% en stationnaire. Deux établissements hospitaliers réalisent les cures de hernies, respectivement à 57% et à 58%, en ambulatoire avec prise en charge.

Graphique 4 - Répartition des prises en charge réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et hôpital en 2019

Au cours d'un même séjour, d'autres médecins que le médecin principal, l'anesthésiste ou le médecin assistant, peuvent intervenir dans la prise en charge médico-chirurgicale d'un patient, c'est le cas dans 2% des admissions en ambulatoire avec prise en charge, mais dans 19% des admissions hospitalières stationnaires. Un médecin assistant intervient dans 73% respectivement 75% des admissions en ambulatoire avec prise en charge voire des admissions hospitalières stationnaires.

Graphique 5 - Répartition des prises en charge en fonction du type d'hospitalisation par classe d'âge et courbe de la répartition des hernies selon l'âge

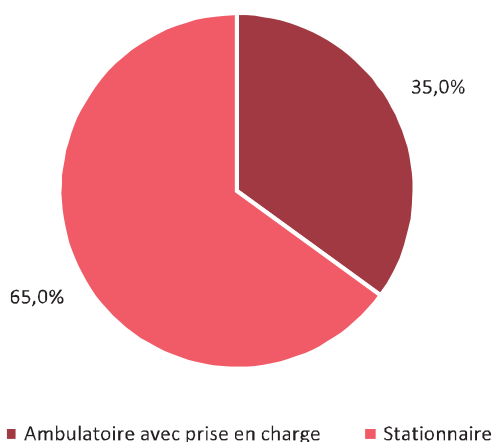
Le taux de prise en charge en ambulatoire avec prise en charge diminue de la naissance à 79 ans passant de 82,3% à 11,2%, il remonte légèrement à partir de 90 ans et plus pour atteindre 16,7%. Les cures de hernies sont les plus fréquentes entre 50 et 59 ans, représentant 22,1% des interventions.

Graphique 6 - Répartition des prises en charge réalisées pour l'hôpital 3 par type d'hospitalisation et classe d'âge en 2019

L'hôpital qui réalise le plus grand nombre de cures de hernies a un profil d'interventions et de patients particulier. Par rapport à l'ensemble des données, les patients pris en charge sont plus âgés et beaucoup plus souvent hospitalisés en milieu stationnaire sauf pour les jeunes enfants jusqu'à 10 ans.

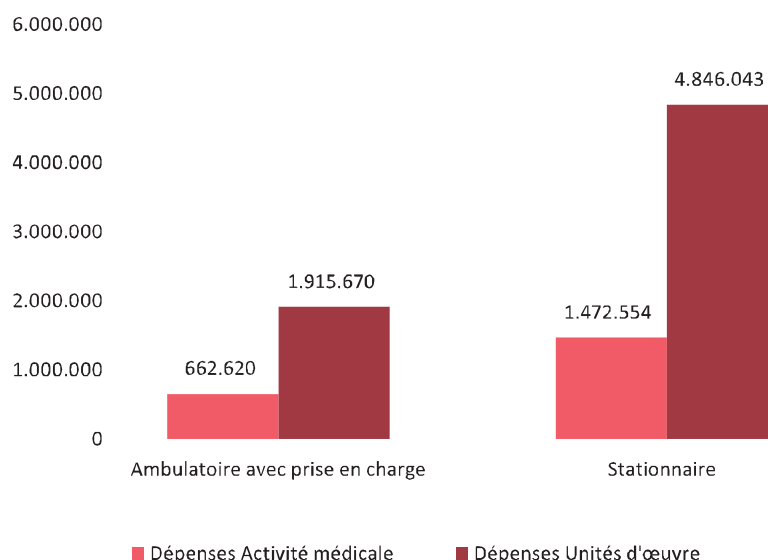
2.1.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section des « Hernies »

Les dépenses liées aux actes médicaux définis comme actes principaux de la sous-section « Hernies » s'élèvent à 1,8 millions d'euros.

Graphique 7 - Répartition des dépenses pour les actes médicaux principaux par type d'hospitalisation en 2019

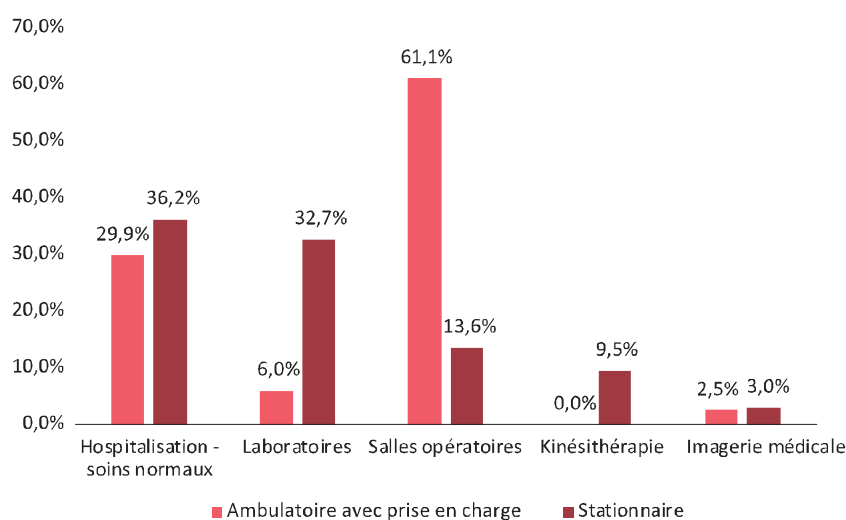
La présente analyse permet d'identifier un coût total (actes médicaux et séjours hospitaliers) des admissions hospitalières avec facturation d'au moins un acte de la sous-section « Hernies » égal à 8,9 millions d'euros¹³.

¹³ Coût total des admissions pour lesquelles au moins un acte de la sous-section « Hernies » a été facturé : dépenses liées à l'activité médicale (actes principaux + actes connexes) + dépenses liées à l'activité hospitalière.

Graphique 8 - Répartition des dépenses par type d'hospitalisation et type d'activité en 2019

La dépense liée aux admissions en ambulatoire avec prise en charge représentant 39% des prises en charge dans le secteur hospitalier s'élève ainsi à 2,6 millions d'euros, contre une dépense de 6,3 millions d'euros pour les admissions hospitalières stationnaires. Ces dépenses concernent les actes principaux de la sous-section « Hernies », les actes connexes et l'ensemble des unités d'œuvre facturées dans le cadre desdites admissions.

2.1.3 Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec les prises en charge de la sous-section « Hernies »

Graphique 9 - Répartition des prises en charge hospitalières par type d'hospitalisation et type d'unité d'œuvre en 2019 ¹⁴

¹⁴ Top 5 des unités d'œuvre qui représentent en ambulatoire avec PEC 99,5% de l'ensemble des admissions et 95,0% dans le stationnaire.

2.1.4 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

À peu près 57% des admissions 2019 (stationnaire et ambulatoire avec PEC) sont documentées, ce qui s'explique par une documentation hospitalière de 54% des admissions en ambulatoire avec PEC et une documentation hospitalière couvrant 59% des admissions stationnaires. La couverture d'un peu plus que la moitié des admissions s'explique par une documentation hospitalière qui porte sur le premier semestre 2019 et une facturation qui porte sur les deux semestres, sans pour autant être encore exhaustive.

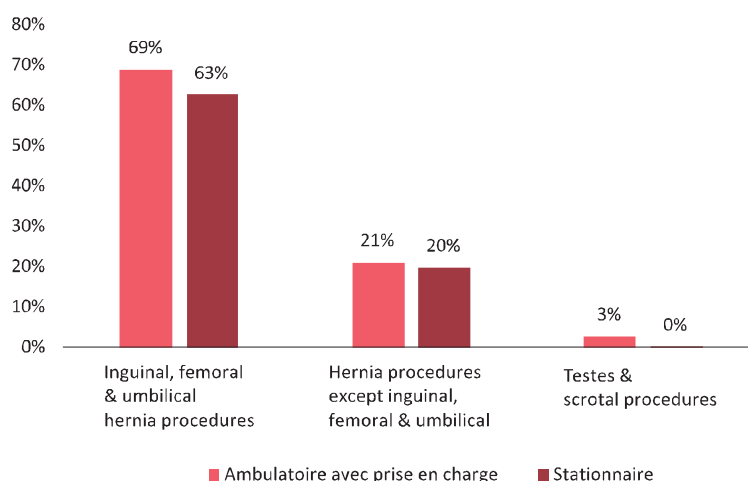
ICD-10-CM

91% des admissions hospitalières en ambulatoire avec PEC correspondent à la prise en charge d'une pathologie du chapitre XI « Maladies de l'appareil digestif », contre 86% en milieu stationnaire.

99,7% des admissions documentées en ambulatoire avec PEC et 98,8% des admissions documentées en stationnaire et liées à une pathologie du chapitre XI, correspondent au groupe « Hernies K40-K46 »¹⁵.

DRG

Graphique 10 - Répartition des prises en charge hospitalières par type d'hospitalisation et DRG en 2019



93% des admissions ambulatoires avec PEC et 83% des admissions stationnaires sont classées dans les DRG présentés dans le graphique 10.

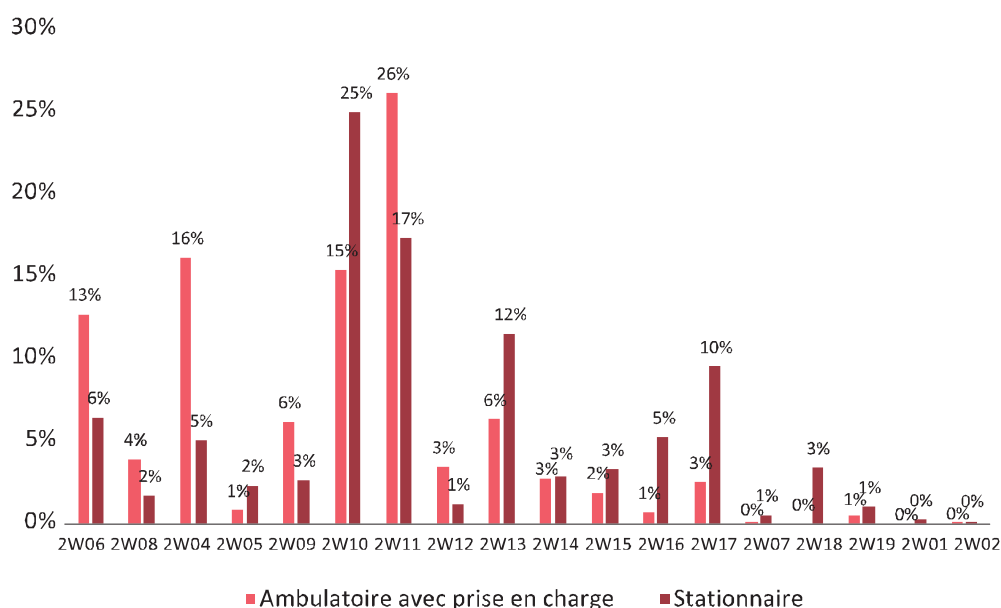
Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour des admissions stationnaires pour lesquelles des actes de la sous-section « Hernies » ont été facturés est de 4,0 jours.

¹⁵ Limitation aux groupes et donc à 3 digits étant donné que le nombre d'admissions par sous-groupe est relativement faible.

2.1.5 Analyse de la facturation des actes principaux

Graphique 11 - Détail des actes de la sous-section « Hernies » facturés par type d'hospitalisation en 2019



En 2019, l'analyse de la facturation des actes permet tout d'abord de constater que :

- A part la code 2W3, tous les codes de la sous-section « Hernies » ont été facturés.
- 39% de l'ensemble des actes de la sous-section « Hernies » sont facturés en ambulatoire avec PEC.
- En ambulatoire avec PEC, la « Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale) » (code 2W11) représente 26% de la facturation de l'ensemble des actes de la sous-section «Hernies». En stationnaire, cette part correspond à 17% de la facturation.
- Le code 2W11 est facturé à 49% en ambulatoire avec PEC. Par contre, l'hôpital qui a le plus d'admissions pour « Hernies » réalise seulement 10% de ces codes 2W11 en ambulatoire avec PEC. Parmi les 3 autres établissements, un hôpital facture 61% de ces codes 2W11 en ambulatoire avec PEC, les 2 autres facturent environ la moitié des cures de hernies unilatérales de l'aine avec pose de prothèse par voie inguinale en ambulatoire avec PEC.
- En stationnaire, la « Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie » (code 2W10) est l'acte le plus facturé, il représente un quart de l'ensemble des actes facturés, contre 15% en ambulatoire avec PEC. Le code 2W10 est facturé dans 28% des cures de hernies en ambulatoire avec PEC. L'hôpital qui a le plus d'admissions de la sous-section « Hernies » réalise 9% de ces codes 2W10 en ambulatoire avec PEC. Parmi les 3 autres établissements, un hôpital facture 71% de ces codes 2W10 en ambulatoire avec PEC.
- En stationnaire, les codes 2W10, 2W11, 2W17 représentent 64% des actes facturés.
- Pour trois établissements hospitaliers les codes 2W10 et 2W11 représentent entre 44% et 47% des codes facturés. Pour un quatrième hôpital, ces codes représentent 30% de l'ensemble des codes facturés en 2019.
- L'analyse des actes facturés par les différents hôpitaux permet de constater que deux hôpitaux facturent entre 56% et 59% de leurs actes en ambulatoire avec PEC. Un troisième hôpital facture 39% des actes en ambulatoire avec PEC et enfin l'hôpital avec le plus grand nombre d'actes facturés facture seulement 15% de cette activité en ambulatoire.

2.1.6 Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « Hernies »

Coût moyen (€)	Ambulatoire avec PEC	Stationnaire DMS4,0 j
Médecin principal	502,96	640,04
Anesthésiste	270,01	350,76
Médecin assistant	160,30	186,37
Soins hospitaliers	2.836,12	4.096,25
Autres	228,36	636,73
Coût moyen total	3.997,75	5.910,15

2.2 CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Chirurgie > Chirurgie des os et des articulations > Chirurgie arthroscopique du genou > Partie II > Chapitre 2 > Section 3 > Sous-section 3

Libellé	Code	Coeff.
1) Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle	2M01	109,73
2) Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abords	2M02	138,47
3) Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne	2M03	156,76
4) Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe	2M04	146,57
5) Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse	2M05	209,01
6) Arthroscopie du genou avec chondroplastie	2M06	157,02
7) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M07	133,76
8) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M08	143,69
9) Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque	2M09	195,94
10) Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques	2M10	235,13
11) Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie	2M11	146,57
12) Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire	2M12	209,01
13) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M13	219,72
14) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M14	219,72
15) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé postérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M15	235,13
16) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale	2M16	287,38
17) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale	2M17	365,76
18) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial	2M18	219,72
19) Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale	2M19	261,26
20) Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel	2M20	221,55
21) Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie	2M21	221,55
22) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: synovectomie subtotale par deux abords	2M22	57,48
23) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: suture de l'aileron rotulien interne	2M23	94,05
24) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: section de l'aileron rotulien externe	2M24	73,67
25) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: plastie de l'aileron rotulien interne avec greffe tendineuse	2M25	154,14
26) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: chondroplastie	2M26	94,58
27) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale d'un ménisque	2M27	48,07

28)	Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale des deux ménisques	2M28	67,93
29)	Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: microfracture ou forage de Pridie	2M29	73,67
30)	Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue	2M30	154,14
31)	Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M31	130,63

Remarque :

Les actes 2M01 à 2M21 ne sont pas cumulables entre eux.

Les actes 2M22 à 2M31 ne sont pris en charge que conjointement à un des actes 2M01 à 2M15 ou 2M18 à 2M21 et sous condition que leur contenu diffère en totalité de celui de l'acte principal qu'ils complètent. Les actes 2M16 et 2M17 sont non cumulables avec un acte complémentaire.

Un seul acte complémentaire peut venir compléter un acte principal d'arthroscopie

L'acte 2M18 ne peut être associé à un code d'ostéosynthèse pour la même localisation par voie ouverte, notamment les actes 2L43 et 2L44.

Aucun des actes 2M01 à 2M31 n'est cumulable avec l'acte 1R71.

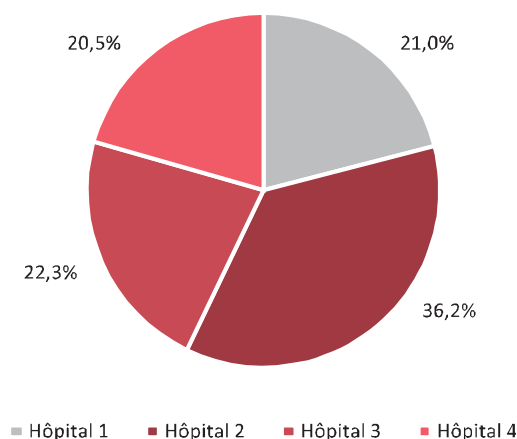
La sous-section « Chirurgie arthroscopique du genou » se situe en 52^{ème} position concernant le nombre de prises en charge décroissant dans le secteur hospitalier. L'intérêt d'analyser cette sous-section ne se justifie pas par l'importance de l'activité qu'elle représente mais par le fait que c'est une nouvelle nomenclature introduite en avril 2016 qui assure l'exhaustivité des actes d'arthroscopie du genou et exclut ainsi la possibilité d'une facturation par analogie. La facturation des actes d'arthroscopie du genou devrait donc donner une meilleure image du recours aux soins. D'autre part, les actes d'arthroscopie du genou font partie des actes à réaliser, si possible, lors d'une prise en charge en séjour ambulatoire d'après la recommandation du Conseil scientifique. (<https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/chirurgie-ambulatoire/chirurgie-ambulatoire-longue.html>)

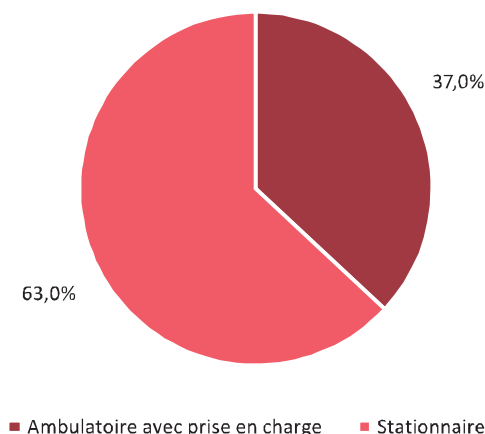
2.2.1 Caractéristiques des admissions liées à la « Chirurgie arthroscopique du genou »

2 138 prises en charge liées à la sous-section « Chirurgie arthroscopique du genou » (dans la suite du document « arthroscopie du genou ») sont facturées en 2018 par les 4 hôpitaux du pays.

Trois hôpitaux sur 4 réalisent chacun environ 20% des prises en charge réalisées en 2018. Le quatrième établissement réalise à lui seul 36% des arthroscopies du genou.

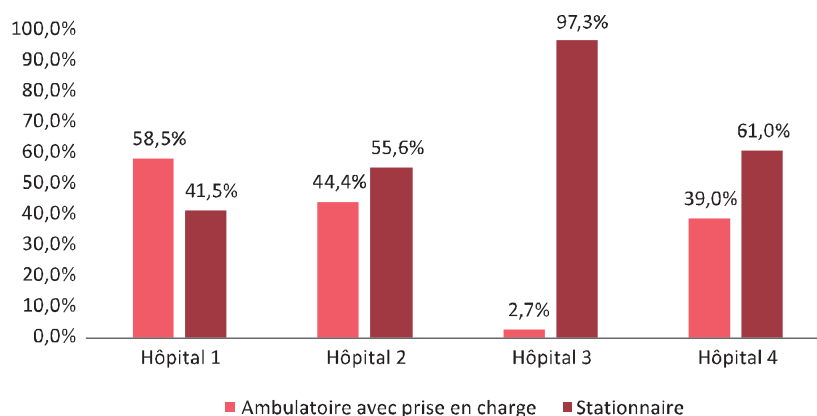
Graphique 12 - Répartition des prises en charge pour arthroscopies du genou par établissement en 2018



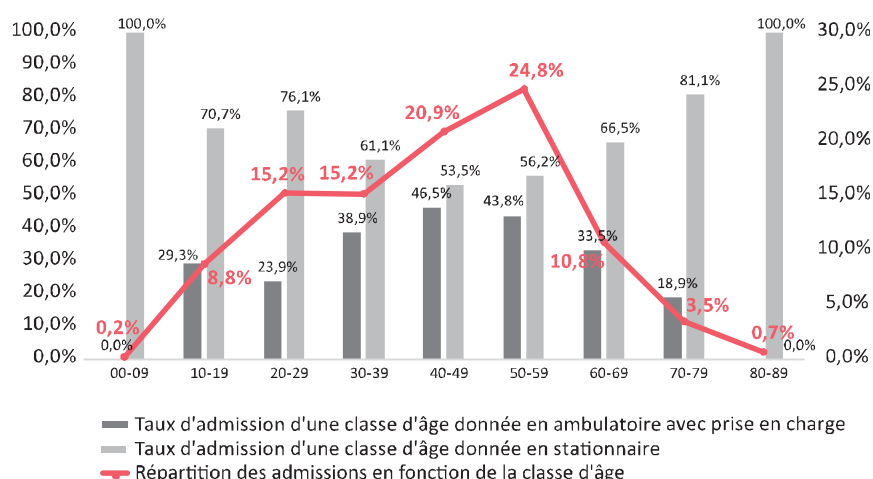
Graphique 13 - Répartition des prises en charge pour arthroscopies du genou réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation en 2018

63% des prises en charge pour une arthroscopie du genou se font en séjours stationnaires.

La répartition globale du nombre d'arthroscopies du genou entre séjours ambulatoires ou stationnaires est fortement influencée par la pratique d'un seul hôpital qui réalise la majorité de cette activité en stationnaire contrairement aux 3 autres établissements. L'hôpital qui facture le plus grand nombre d'arthroscopies du genou en réalise 44% en ambulatoire avec PEC¹⁶.

Graphique 14 - Répartition des prises en charge pour arthroscopies du genou réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et hôpital en 2018

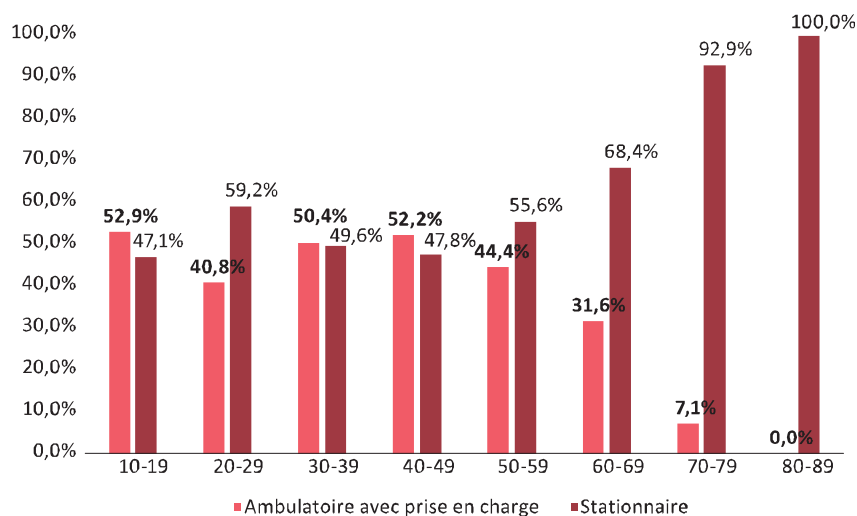
Au cours d'un même séjour, d'autres médecins que le médecin principal, l'anesthésiste ou le médecin assistant, peuvent intervenir dans la prise en charge médico-chirurgicale d'un patient, c'est le cas dans 2% des admissions en ambulatoire avec PEC, mais dans 23% des admissions hospitalières stationnaires. Un médecin assistant intervient dans 71% des admissions hospitalières stationnaires.

Graphique 15 - Répartition des prises en charge pour arthroscopies du genou en fonction du mode d'hospitalisation par classe d'âge et répartition selon l'âge

¹⁶ Les admissions en ambulatoire correspondent à des admissions avec prise en charge.

Les arthroscopies du genou sont peu réalisées avant 20 ans et après 60 ans, respectivement 9% et 15%. La part des prises en charge hospitalières ambulatoires augmente à partir de la classe d'âge de 20 ans pour atteindre un maximum entre 40 et 49 ans (46,5%) et puis redescendre jusqu'à l'âge de 59 ans.

Graphique 16 - Répartition des prises en charge pour arthroscopies du genou réalisées par l'hôpital 2 par type d'hospitalisation et classe d'âge



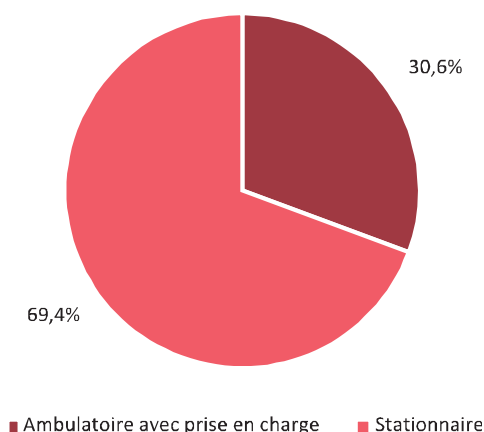
À partir de 60 ans, la part des prises en charge hospitalières ambulatoires diminue de façon conséquente au profit de la part des admissions hospitalières stationnaires passant de 68% pour la classe d'âge de 60 à 69 ans, à 92,9% pour la classe d'âge de 70 à 79 ans et à 100% pour la classe d'âge de 80 à 89 ans.

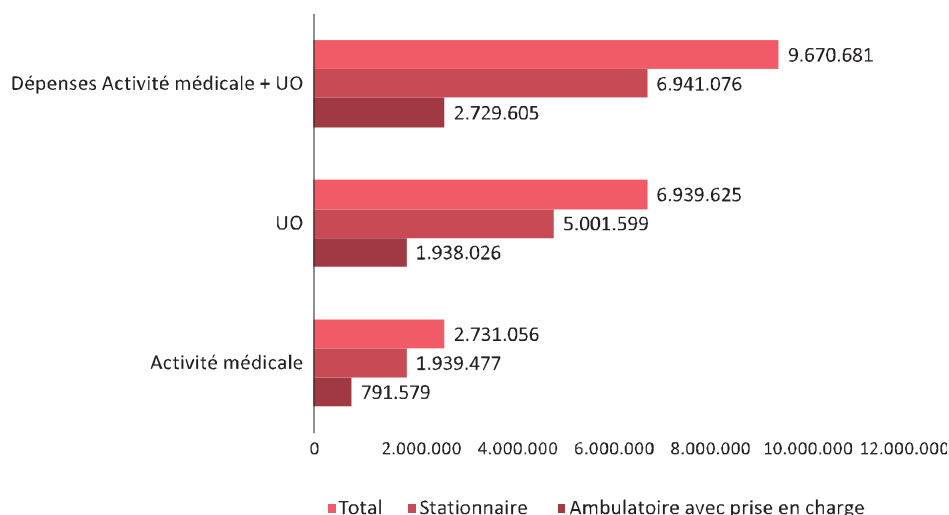
2.2.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section « arthroscopie du genou »

Actes principaux

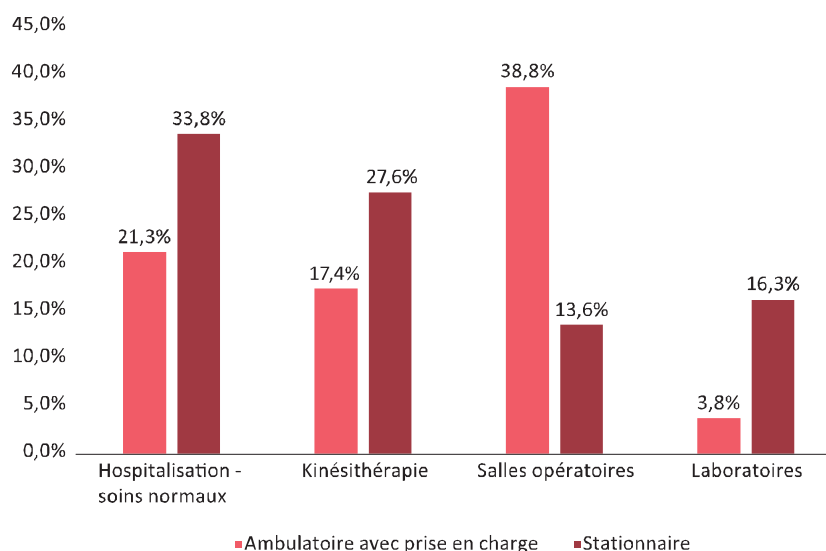
Les remboursements liés aux actes médicaux définis comme actes principaux de la sous-section « Chirurgie arthroscopique du genou » s'élèvent à 2,5 millions d'euros.

Graphique 17 - Répartition des dépenses concernant les actes médicaux principaux par type d'hospitalisation en 2018



Graphique 18 - Répartition des dépenses pour arthroscopies du genou par type d'hospitalisation et type d'activité en 2018

Unités d'œuvre

Graphique 19 - Répartition des différentes unités d'œuvre facturées lors d'arthroscopies du genou par type d'hospitalisation en 2018

Le graphique présente le Top 4 des unités d'œuvre représentant 81% des coûts hospitaliers ambulatoires et 91% des coûts hospitaliers stationnaires.

Coût global

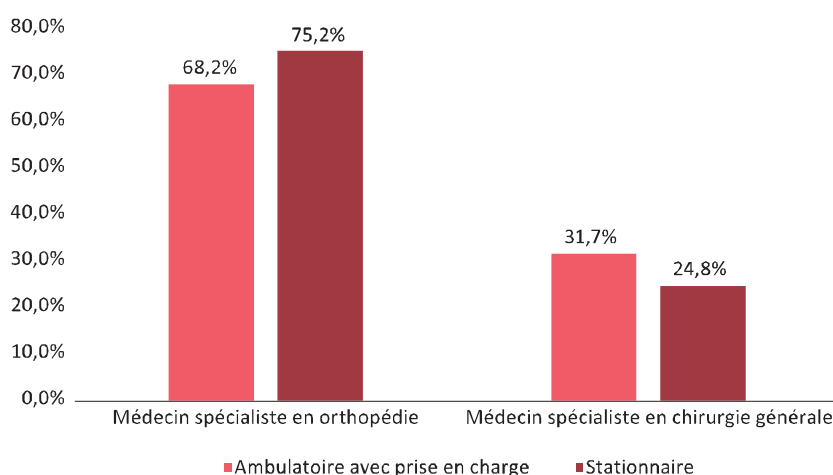
La présente analyse permet d'identifier un coût total (actes médicaux et séjours hospitaliers) des admissions hospitalières avec facturation d'au moins un acte de la sous-section « arthroscopie du genou » de 9,7 millions d'euros¹⁷.

La dépense liée aux prises en charge hospitalières ambulatoires qui représentent 37% des prises en charge dans le secteur hospitalier, s'élève à 2,8 millions d'euros.

¹⁷ Coût total des admissions pour lesquelles au moins un acte de la sous-section « arthroscopies du genou » a été facturé : dépenses liées à l'activité médicale (actes principaux + actes connexes) et aux dépenses liées à l'activité hospitalière.

2.2.3 Profil des médecins facturant les actes

Graphique 20 - Profil des médecins principaux ayant facturé des actes d'arthroscopies du genou en 2018



En ambulatoire, 68% des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » sont facturés par des médecins spécialistes en orthopédie et 32% par des médecins spécialistes en chirurgie générale. En stationnaire, 75% des actes de cette sous-section sont facturés par des médecins spécialistes en orthopédie et 25% par des médecins spécialistes en chirurgie générale.

2.2.4 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

Environ 87% des admissions (stationnaire + ambulatoire avec PEC) sont documentées, ce qui s'explique par une documentation hospitalière de 56% des admissions en ambulatoire avec PEC et 100% des admissions stationnaires.

ICD-10-CM

94% des admissions hospitalières stationnaires sont secondaires à une pathologie du chapitre XIII « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » et du chapitre XIX « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes ».

- 92% des admissions secondaires à une pathologie du chapitre XIII correspondent plus précisément au groupe « arthropathies M00-M25¹⁸ ». Les autres pathologies prises en charge sont des « ostéopathies et chondropathies, M80-M94 », des « affections des tissus mous, M60-M79 » et d'« autres maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, M95-M99 »
- 88% des admissions hospitalières stationnaires classées dans le chapitre XIX sont dues à des « lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89 ».

En ambulatoire, les pathologies prises en charge sont les mêmes que celles prises en charges en stationnaire :

- 97% concernent des pathologies du chapitre XIII « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ».
- 2% des séjours hospitaliers ambulatoires sont secondaires à des lésions du XIX,

DRG

88% des admissions hospitalières stationnaires sont classées selon les DRG suivants :

- Knee & lower leg procedures except foot (74%)
- Other musculoskeletal system & connective tissue procedures (9%)
- Tendon, muscle & other soft tissue procedures (5%)

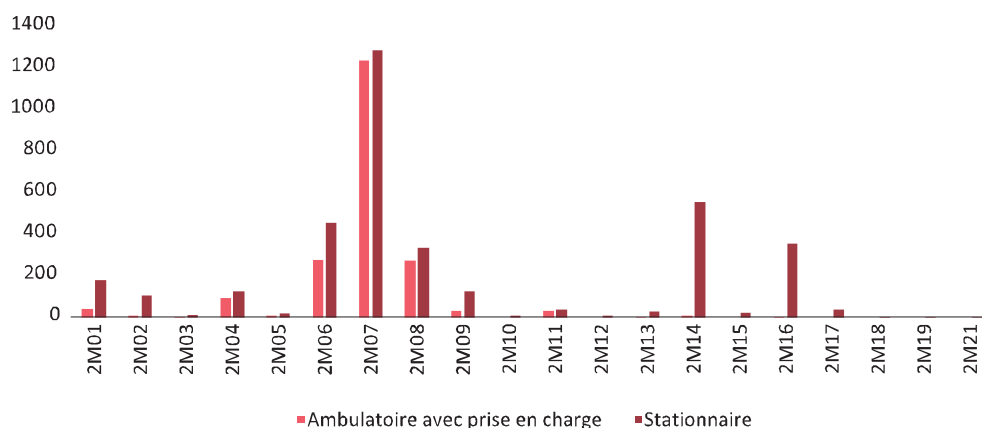
¹⁸ Limitation aux 3 digits étant donné que le nombre d'admissions par sous-groupe est relativement faible.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne des séjours en secteur stationnaire au cours desquels des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » ont été facturés est de 3,6 jours.

2.2.5 Analyse de la facturation des différents actes principaux

Graphique 21 - Détail des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » facturés par type d'hospitalisation en 2018



L'analyse de la facturation des actes permet tout d'abord de constater que

- A part « l'acte complémentaire d'arthroscopie du genou, mosaïcoplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue », (code 2M30), tous les actes de la sous-section « arthroscopie du genou » ont été prestés en 2018.
- En ambulatoire, « l'arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale du ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire » (code 2M07) représente 50% de la facturation de l'ensemble des actes d'arthroscopie du genou en 2018, y inclus les actes complémentaires (codes 2M22 à 2M31). En stationnaire, cette part correspond à ¼ de la facturation.

Tableau 1 - Co-facturation des actes principaux et des actes complémentaires en 2018

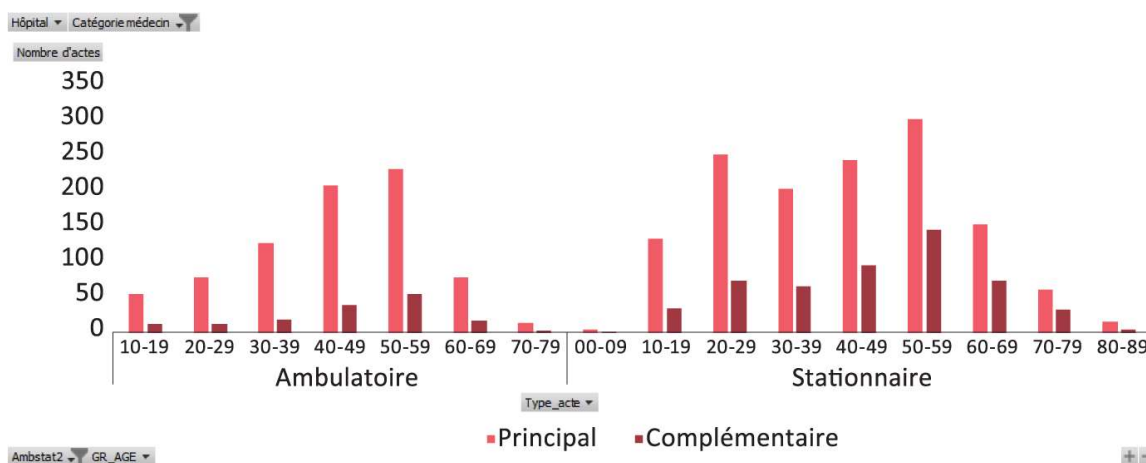
Répartition du nombre d'actes principaux facturés avec ou sans actes complémentaires (AC) par acte											
	Sans AC ¹	2M22	2M23	2M24	2M25	2M26	2M27	2M28	2M29	2M31	Total des actes
2M01	72		2		2	2	1	3	1	2	85
2M02	36			1		2				1	40
2M03	3			1					1		5
2M04	43	11	2			11	8	5	5		85
2M05	8						1				9
2M06	145	26	6	11			79	33	4	1	305
2M07	715	30		5	1	214			4		969
2M08	139	10		4		65	1		5		224
2M09	45	1	1			5	2		1		55
2M10	2										2
2M11	17	1		1		1	7	2			29
2M12	3										3
2M13	12										12
2M14	103	9				22	44	16	1		195
2M15	4	1					2	1			8
2M16	119										119
2M17	13										13
2M18	2										2
2M19						1					1
2M21	1										1
Total	1.482	89	11	23	3	323	145	60	22	4	2.162

1) La colonne sans AC recense les arthroscopies réalisées sans actes complémentaires.

2) Pour rappel c'est nouvelle nomenclature est basée sur le principe de l'acte unique c'est-à-dire que sauf exception un libellé correspond à l'ensemble des procédures réalisées dans le même temps opératoire.

1.482 arthroscopies (69,51%) ont été prestées sans facturation d'actes complémentaires, alors que 650 arthroscopies ont été prestées avec facturation d'au moins un acte complémentaire. En dehors des actes principaux facturés sans actes complémentaires, la co-facturation « 2M07-2M26 » est celle qui est facturée le plus souvent en 2018.

Graphique 22 - Répartition des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » par type d'hospitalisation et classe d'âge en 2018



Le graphique ci-dessus montre la facturation suivant les groupes d'âge des actes principaux et des actes complémentaires par type d'hospitalisation. En stationnaire, les actes complémentaires représentent 28% du total des actes facturés, contre 16% en ambulatoire. En stationnaire, la part de la facturation d'actes complémentaires augmente avec l'âge des patients.

2.2.6 Facturation des actes principaux

L'analyse de la facturation des actes principaux (codes 2M01 à 2M21) permet de constater que :

- 4 actes représentent 78% des arthroscopies du genou facturées en 2018, il s'agit :
 - Des « arthroscopies du genou avec chondroplastie » (code 2M06),
 - Des « arthroscopies du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica corps intra-articulaire » (code 2M07),
 - Des « arthroscopies du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire » (code 2M08),
 - Des « arthroscopies du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique) » (code 2M14).
- L'arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire (2M07) représente 45% de l'ensemble des actes d'arthroscopie du genou facturés en 2018, soit 35% de ceux facturés en stationnaire et 62% de ceux facturés en ambulatoire.
- Les codes 2M06, 2M07 et 2M08 figurent dans le TOP 4 des codes les plus facturés en stationnaire et ambulatoire. En stationnaire, le code 2M14 correspond à l'acte le plus facturé après 2M07.

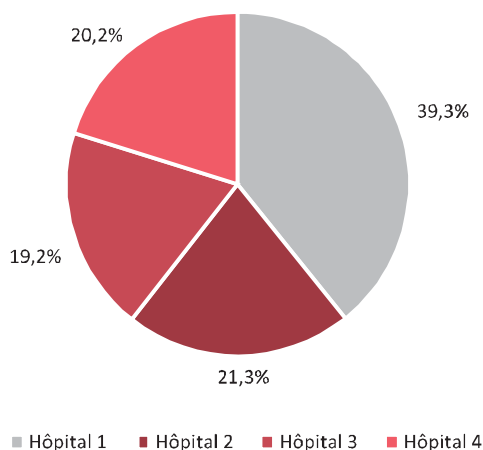
2.2.7 Facturation des actes complémentaires

L'analyse de la facturation d'actes complémentaires (codes 2M22 à 2M31) permet de constater que :

- L'acte complémentaire d'arthroscopie du genou : chondroplastie (code 2M26) est facturé le plus souvent et représente 49% des actes complémentaires facturés en 2018.
- L'acte complémentaire d'arthroscopie du genou : résection partielle ou totale d'un ménisque (code 2M27) figure en position deux des actes complémentaires facturés en 2018 et en représente 20%.
- L'acte complémentaire d'arthroscopie du genou : résection partielle ou totale des deux ménisques (code 2M28) figure en position trois des actes complémentaires facturés et représente 8%.

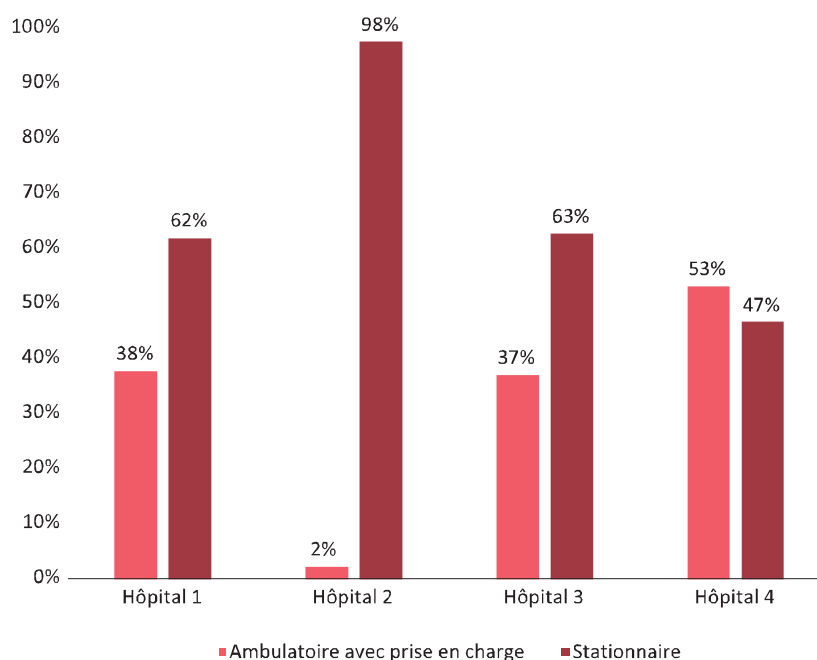
2.2.8 Comportement de facturation des actes des différents hôpitaux

Graphique 23 - Répartition des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » facturés en 2018 par hôpital



La répartition de la facturation est inégale entre les 4 établissements hospitaliers. Un hôpital facture environ 2/5 des actes et les 3 établissements restants facturent chacun à peu près 1/5 des actes.

Graphique 24 - Répartition des actes de la sous-section « arthroscopie du genou » facturés en 2018 par hôpital et type d'hospitalisation



2.2.9 Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « arthroscopie du genou »

Tableau 2 – Répartition des différents coûts selon le type de séjour

Coût moyen	Ambulatoire avec PEC	Stationnaire (DMS 3,6 jours)
Coût moyen d'une admission	3.455,24 €	5.149,17 €
Coût moyen par catégorie:		
Médecin principal	608,38 €	819,05 €
Anesthésiste	295,52 €	403,09 €
Médecin assistant	183,66 €	247,64 €
Soins hospitaliers	2.459,68 €	3.718,66 €
Autres	233,44 €	212,89 €

Le coût moyen plus élevé des séjours stationnaires s'explique essentiellement par les coûts des forfaits hospitaliers et non par les prises en charges plus complexes facturées ou l'âge des patients pris en charge. En effet, la part des coûts médicaux facturés en ambulatoire s'élève à 38,23% des coûts moyens totaux du séjour, alors qu'en stationnaire ils s'élèvent à 32,68% des coûts moyens.

2.3 IRIS, CORPS CILIAIRES, CRISTALLIN, SCLÉROTIQUE

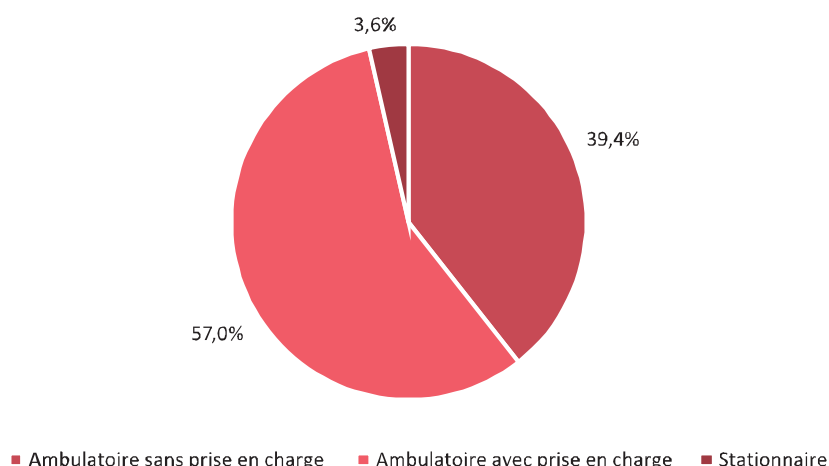
Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Ophtalmologie > Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique > Partie II > Chapitre 4 > Section 4

Libellé	Code	Coeff.
1) Extraction de corps étrangers intraoculaires	4G51	64,99
2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement	4G52	62,51
3) Capsulectomie pour cataracte	4G53	64,99
4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculectomie, trépanation sclérale, iridencleisis	4G54	67,29
5) Amputation du segment antérieur	4G55	62,51
6) Discision pour cataracte	4G61	34,82
7) Extraction du cristallin	4G62	78,48
8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel	4G63	124,35
9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé	4G64	39,26
10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique	4G65	14,40
11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie	4G66	79,72
12) Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier	4G67	79,72

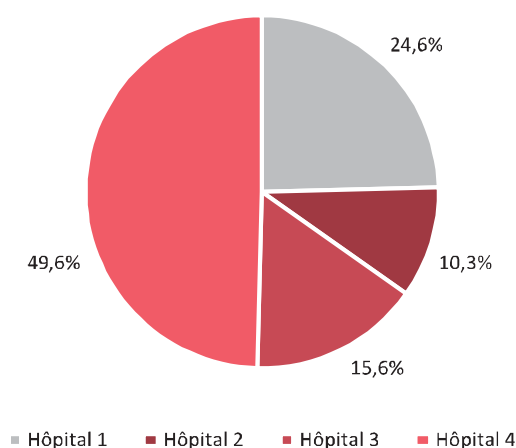
La section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » a été choisie pour l'analyse de la prise en charge hospitalière car la chirurgie de la cataracte figure parmi les actes considérés comme des indicateurs de la pratique ambulatoire par les organismes internationaux (OCDE, Eurostat) et le Conseil scientifique du domaine de la santé.

2.3.1 Nombre d'admissions liées à la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique »

En 2018, 13.778 prises en charge liées à la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » sont facturées par les hôpitaux CHL, CHEM, HRS et CHdN.

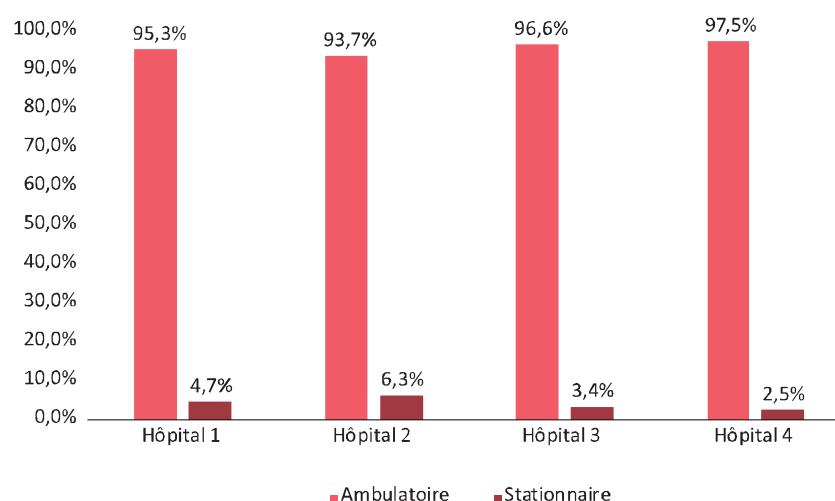
Graphique 25 - Répartition des « traitements » /admissions réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation en 2018

57% des traitements et admissions en secteur hospitalier sont réalisés en ambulatoire avec PEC, 39% en ambulatoire sans prise en charge et 4% en stationnaire. 96% des traitements et admissions dans le secteur hospitalier se font en ambulatoire.

Graphique 26 - Répartition des traitements et admissions hospitaliers de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » réalisés en fonction de l'hôpital en 2018

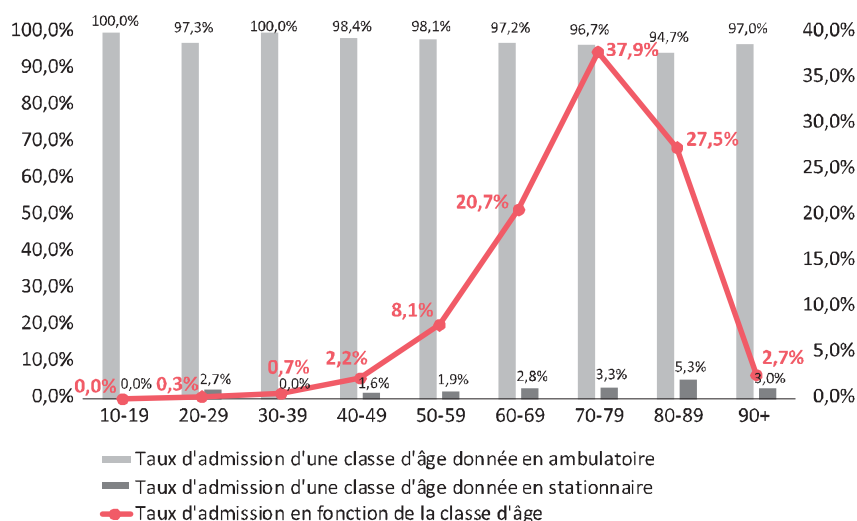
Un hôpital facture la moitié des traitements et admissions pour une intervention médico-chirurgicale sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin ou la sclérotique contre une part variant entre 10% et 25% pour les trois autres établissements hospitaliers.

La répartition entre traitements et admissions ambulatoires et stationnaires est stable entre les quatre établissements hospitaliers.

Graphique 27 - Répartition des prises en charge hospitalière de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique », par hôpital et type d'hospitalisation en 2018

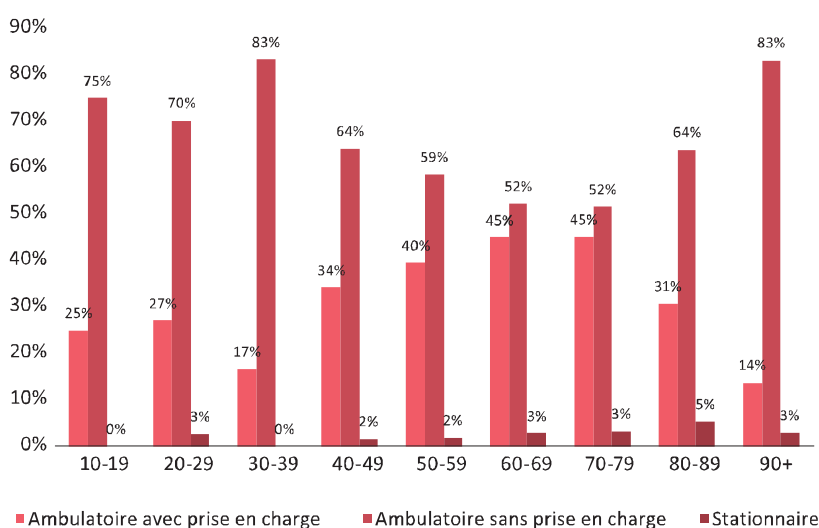
Concernant les traitements et admissions dans les différents hôpitaux, d'autres médecins que les médecins anesthésistes, médecins assistants et le médecin principal, interviennent dans 2,8% des traitements et admissions ambulatoires, contre 22,2% des admissions hospitalières stationnaires. Un médecin assistant intervient dans 31,6% des admissions hospitalières stationnaires, contre 11,8% en ambulatoire.

Graphique 28 - Répartition des traitements et admissions réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et classe d'âge



Les traitements et admissions facturés dans la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » sont peu réalisés avant 60 ans ou après 89 ans, respectivement 10% et 3%. Les classes d'âge de 50 à 89 ans représentent 95% des prises en charge hospitalières. La part des traitements et admissions hospitalières ambulatoires varie entre 95% et 100% suivant l'âge des patients. Une progression des taux d'admissions hospitalières stationnaires s'observe à partir de 50-59 ans pour atteindre à pic à 37,9% entre 70-79 ans.

Graphique 29 - Taux d'admission global en secteur hospitalier par type d'hospitalisation et classe d'âge

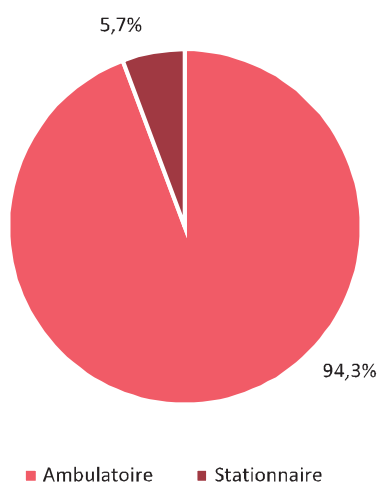


La part des admissions en ambulatoire avec PEC augmente entre 40 et 79 ans, passant de 34% de l'ensemble des admissions à 45%. Les admissions stationnaires représentent 0% à 5% des admissions par classe d'âge.

2.3.2 Dépenses liées aux admissions de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique »

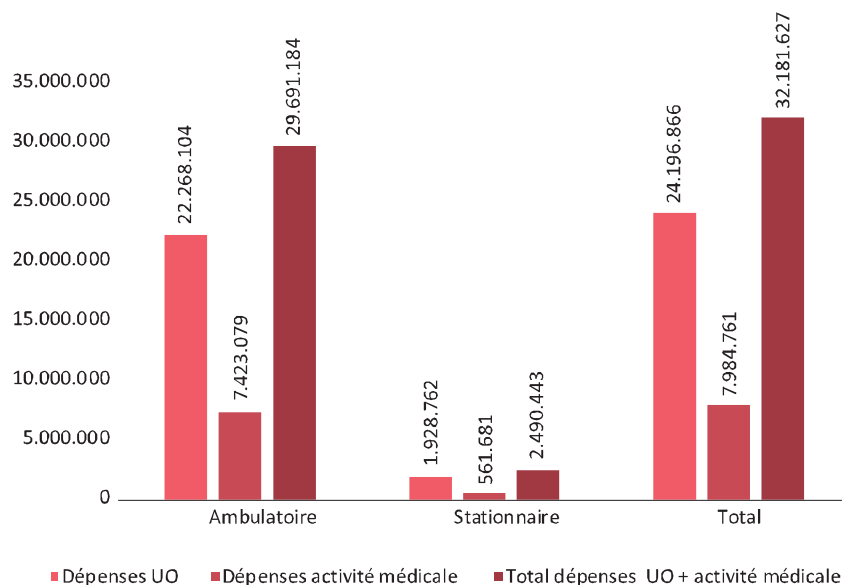
Les dépenses liées aux actes médico-chirurgicaux définis comme actes principaux de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » s'élèvent à 7,4 millions d'euros.

Graphique 30 - Répartition des dépenses pour les actes principaux par type d'hospitalisation en 2018



L'analyse de la facturation des actes facturés sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin ou la sclérotique permet d'attribuer un coût total (actes médicaux et séjours hospitaliers) de 32,2 millions d'euros¹⁹ aux traitements et admissions en secteur hospitalier avec facturation d'au moins un acte de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique ».

Graphique 31 - Répartition des dépenses par types d'hospitalisation et d'unité d'œuvre (UO) en 2018

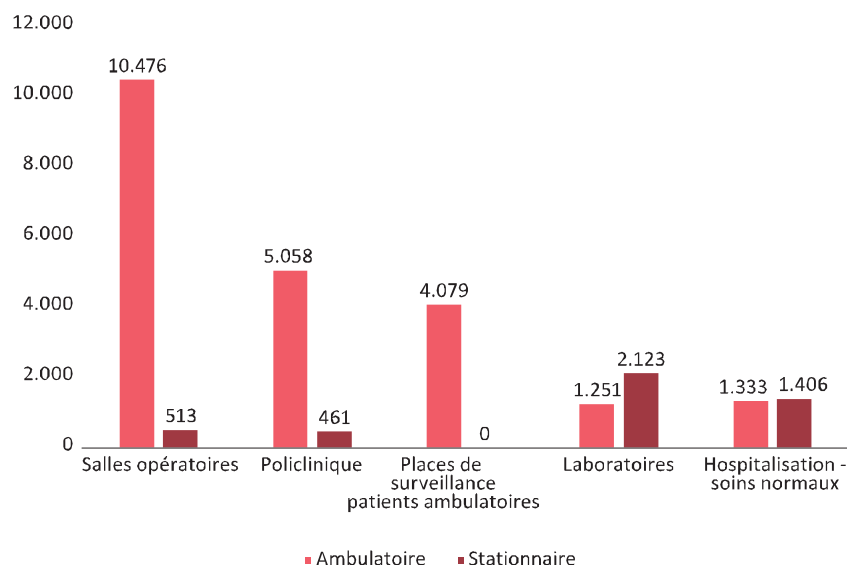


La part de la dépense liée aux traitements et admissions ambulatoires représente 96% des traitements et admissions réalisés à l'hôpital. En particulier, cette dépense s'élève à 29,7 millions d'euros, par rapport à une dépense de 2,5 millions d'euros pour les admissions en stationnaire.

¹⁹ Coût total des admissions pour lesquelles au moins un acte de la sous-section « CAG » a été facturé : dépenses liées à l'activité médicale (actes principaux + actes connexes) + dépenses liées à l'activité hospitalière (unités d'œuvre, UO).

2.3.3 Nombre d'unités d'œuvre (UO) facturées en lien avec les traitements et admissions de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique »

Graphique 32 - Répartition des traitements et admissions hospitaliers par type d'unité d'œuvre et type d'hospitalisation en 2018²⁰



En ambulatoire, 46,5% des unités d'œuvre facturées (UO) correspondent à celle de la « Salle opératoire », contre 22,5% pour l'UO « Policlinique » et 18,1% pour l'UO « Places de surveillance ».

2.3.4 Profil des médecins facturant les actes

Les médecins spécialistes en ophtalmologie réalisent exclusivement les actes principaux liés à cette section.

2.3.5 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

59% des admissions en secteur hospitalier ont lieu en ambulatoire avec PEC parmi lesquelles 61% sont documentées. Toutes les admissions en séjour stationnaire (4% des admissions du secteur hospitalier) ont été documentées.

ICD-10-CM

99,7% des pathologies de l'iris, du corps ciliaire, du cristallin ou de la sclérotique, prises en charge en ambulatoire avec PEC, sont classées dans le chapitre VII : « Maladies de l'œil et de ses annexes ». 99,5% de ces admissions concernent le groupe « affections du cristallin H25-H28²¹ ».

DRG

Le DRG « Eye procedures except orbit » regroupe 99,5% des admissions en ambulatoire avec PEC et 92% des admissions stationnaires.

²⁰ Le graphique se limite aux TOP 5 des unités d'œuvre (UO) soit 96% de l'activité hospitalière.

²¹ Limitation à trois digits étant donné que les sous-groupes ne comprennent qu'un nombre d'admissions très faible.

2.3.6 Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour des admissions hospitalières stationnaires au cours desquelles des actes de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » ont été facturés est de 4,1 jours.

2.3.7 Analyse détaillée de la facturation des actes principaux

L'analyse de la facturation des actes principaux sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin ou la sclérotique permet de retenir qu'en 2018 :

- Les libellés « Discision pour cataracte » (code 4G61) et « Amputation du segment antérieur » (code 4G55) n'ont pas été codés dans les mémoires d'honoraires.
- Deux actes : « Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel » (code 4G63) et « Injection intravitréenne, transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier » (code 4G67), représentent 92% de des actes facturés en ambulatoire et 98% de ceux facturés en stationnaire.
- Le code 4G63 représente :
 - 59% de l'ensemble des actes facturés en ambulatoire,
 - 92% de l'ensemble des actes facturés en stationnaire.
- Les codes 4G61, 4G62 (Extraction du cristallin), 4G63 (Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel) et 4G64 (Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé) recommandés par le Conseil scientifique comme procédures à réaliser si possible en chirurgie ambulatoire, sont facturés à 92% en ambulatoire.

2.3.8 Coût moyen d'une prise en charge liée à des actes médico-chirurgicaux sur l'iris, le corps ciliaire, le cristallin ou la sclérotique

Coût moyen	Ambulatoire avec PEC	Stationnaire DMS 4,1 J
Coût moyen d'une admission	3.230,44 €	5.072,19 €
Coût moyen par catégorie:		
Médecin principal	572,23 €	602,15 €
Anesthésiste	303,48 €	327,51 €
Médecin assistant	167,20 €	167,65 €
Soins hospitaliers	2.316,02 €	3.936,25 €
Autres	70,29 €	835,08 €

2.4 CHIRURGIE MAMMAIRE

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Chirurgie > Chirurgie du thorax et du cou > Chirurgie des seins > Partie II > Chapitre 2 > Section 5 > Sous-section 2

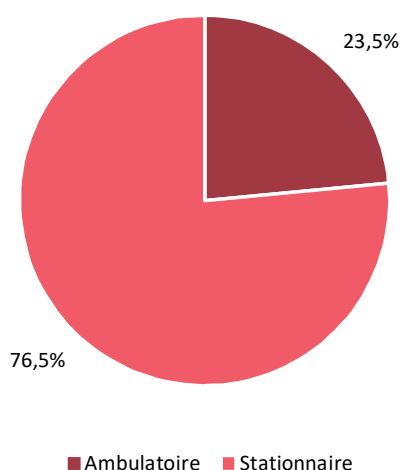
	Libellé	Code	Coeff.
1)	Incision et drainage d'un abcès du sein	2S11	8,13
2)	Biopsie du sein	2S21	10,04
3)	Ponction-biopsie du sein - C AC	2S22	2,63
4)	Ablation d'une tumeur bénigne du sein	2S31	10,04
5)	Excision locale d'une tumeur maligne du sein	2S32	102,87
6)	Mastectomie pour lésion bénigne	2S41	102,87
7)	Mastectomie pour lésion maligne	2S42	102,87
8)	Mastectomie pour gynécomastie de l'homme	2S43	102,87
9)	Plastie d'un sein pour hypertrophie - ACM	2S61	108,95
10)	Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein	2S62	108,95
11)	Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire	2S71	108,95
12)	Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire	2S72	163,47
13)	Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire après opération antérieure - APCM	2S73	54,52
14)	Implantation ou échange d'une prothèse mammaire - APCM	2S74	54,52
15)	Plastie d'augmentation d'un sein par prothèse en cas d'aplasie ou en cas d'hypoplasie unilatérale avec asymétrie importante - APCM	2S75	92,11

La chirurgie mammaire est analysée car c'est la chirurgie du cancer du sein, dont l'évaluation est importante dans la cadre du plan cancer.

2.4.1 Nombre d'admissions liées à la sous-section « Chirurgie mammaire »

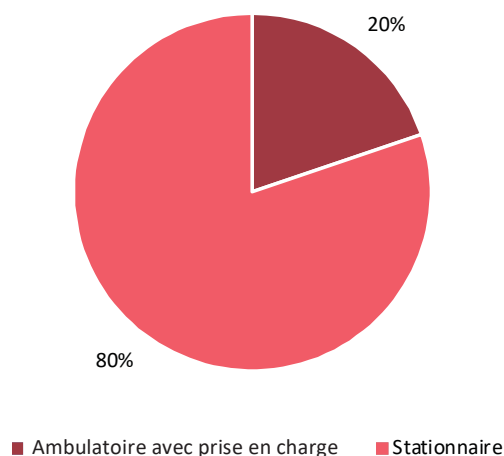
663 prises en charge liées à la chirurgie mammaire sont facturées en 2018 par les 4 hôpitaux du pays.

Graphique 33 - Répartition des prises en charge pour chirurgie mammaire réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation en 2018

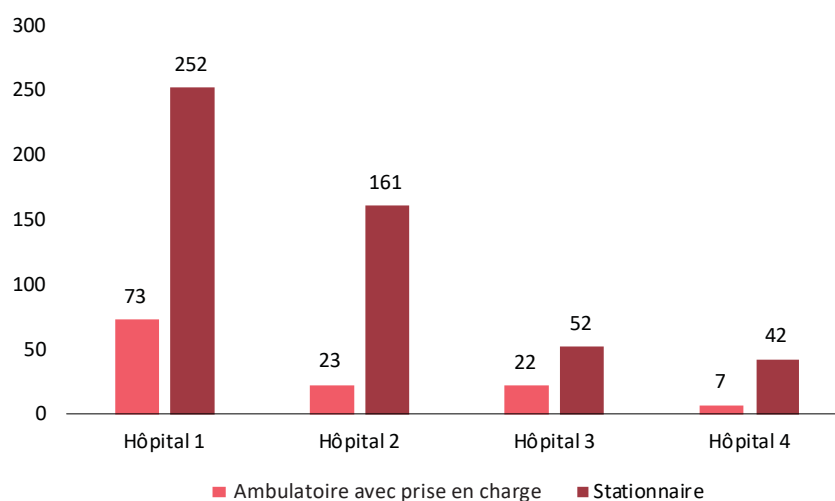


23,5% des prises en charge pour chirurgie mammaires sont réalisées en ambulatoire. En particulier, 18,9% des traitements et admissions dans le secteur hospitalier correspondent à des admissions en ambulatoire avec prise en charge.²²

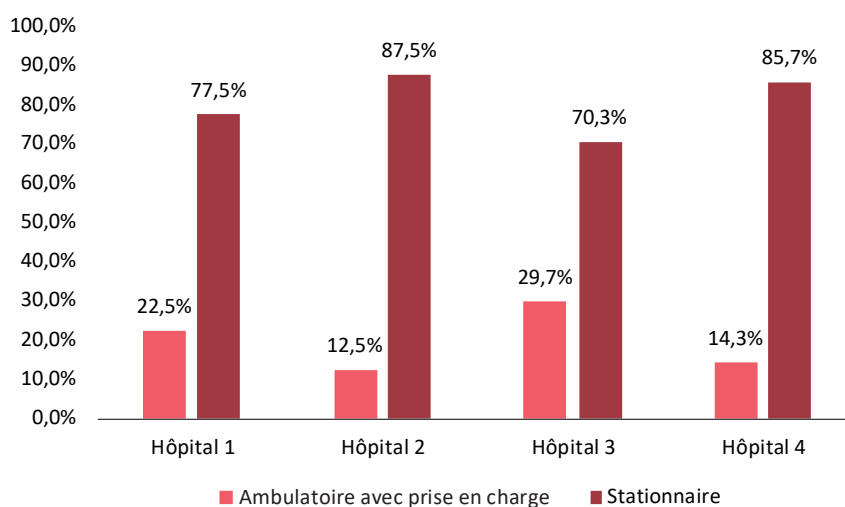
²² En ambulatoire, 80,1% des traitements et admissions sont des admissions avec prise en charge.

Graphique 34 - Répartition des prises en charge entre ambulatoire avec PEC et séjours stationnaires

En ne prenant pas en compte l'ambulatoire sans PEC, les admissions en secteur hospitalier sont réalisées pour 80% en stationnaire et pour 20% en ambulatoire avec PEC.

Graphique 35 – Répartition du nombre de prises en charge pour chirurgie mammaire par établissement hospitalier en 2018

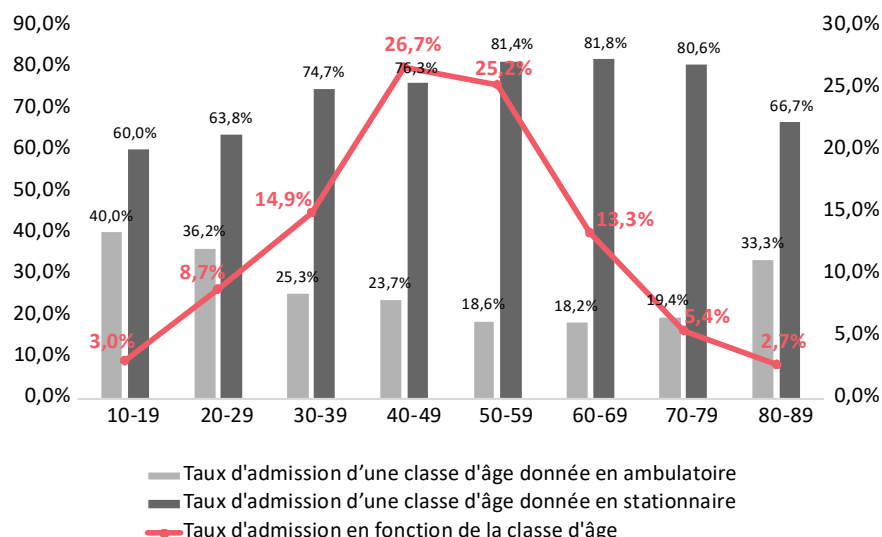
La répartition des admissions entre les établissements hospitaliers est inégale.

Graphique 36 - Répartition des prises en charge pour chirurgie mammaire réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et hôpital en 2018

La part des admissions enregistrées en ambulatoire avec PEC varie de 12,5% à 29,7% des admissions à l'hôpital pour chirurgie mammaire.

En stationnaire, un médecin assistant intervient dans 37,9% des admissions. Les taux de facturation de la présence d'un médecin assistant en ambulatoire ou en stationnaire varient d'un hôpital à l'autre.

Graphique 37 – Répartition des prises en charge pour chirurgie mammaire réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et classe d'âge en 2018

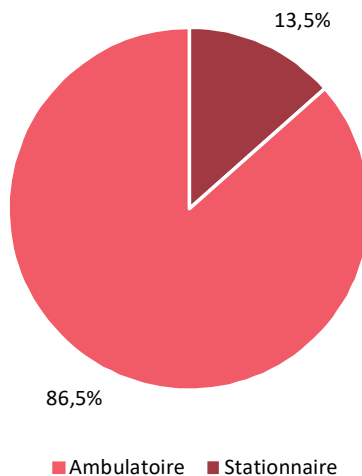


La part des admissions hospitalières stationnaires par rapport à l'ambulatoire augmente jusqu'à 69 ans, passant de 60,0% à 81,8%. Elle reste stable aux alentours de 80% des admissions hospitalières, entre 50 et 79 ans. Par contre, c'est entre 40 et 49 ans que le plus d'actes sont facturés.

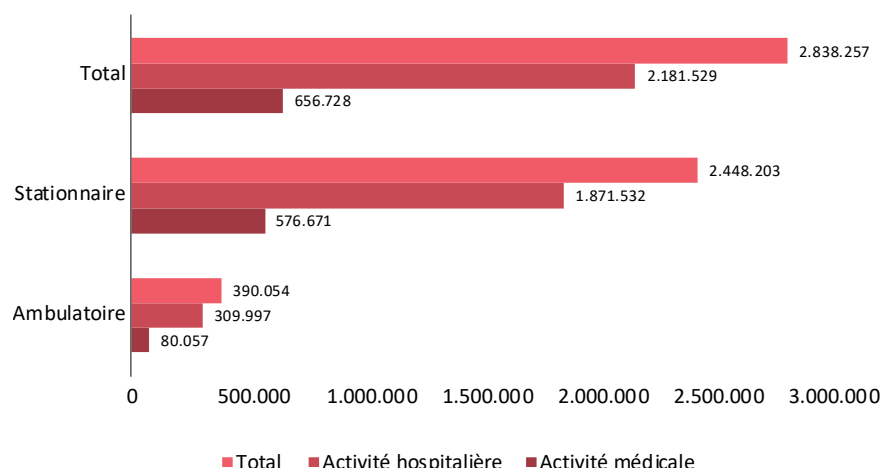
2.4.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section de la « Chirurgie mammaire »

Les dépenses liées aux actes médicaux définis comme actes principaux de la sous-section « Chirurgie mammaire » s'élèvent à 0,5 million d'euros.

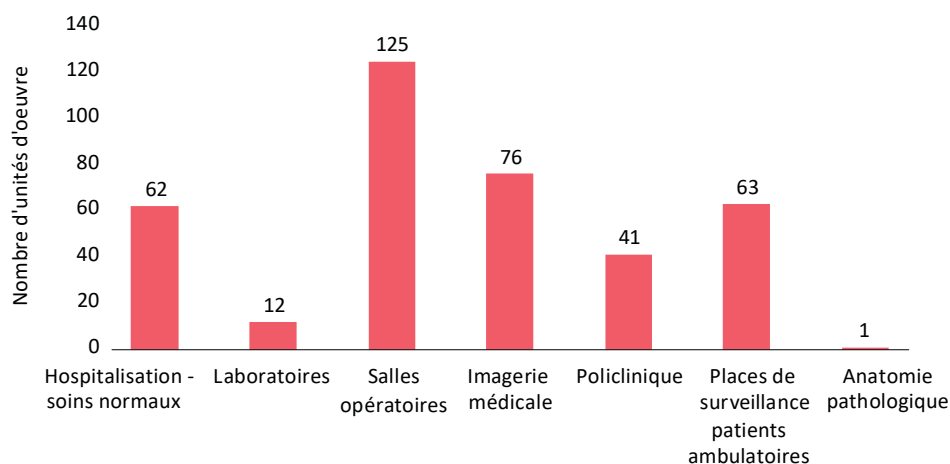
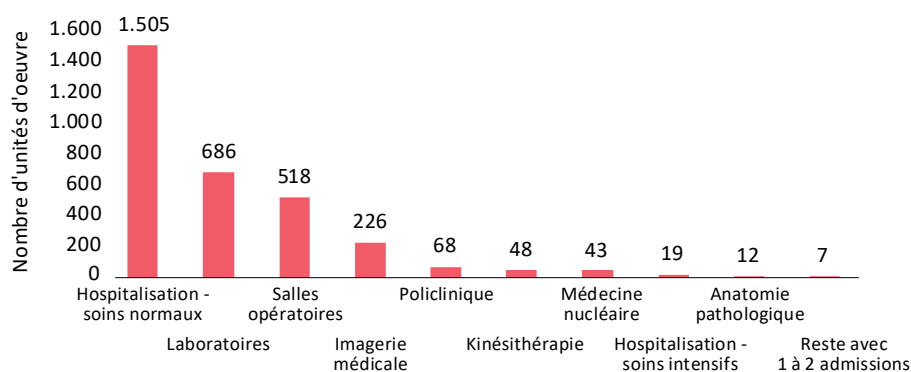
Graphique 38 – Répartition des dépenses concernant les actes médicaux principaux par type d'hospitalisation en 2018



En ajoutant les dépenses concernant les actes connexes, c'est-à-dire l'ensemble des actes réalisés par un médecin autre que le médecin principal, aux actes principaux (actes connexes et actes principaux : 0,7 million d'euros), et aux dépenses liées à l'activité hospitalière, les dépenses totales de la sous-section « chirurgie des seins » s'élèvent à 2,8 millions d'euros.

Graphique 39 - Répartition des dépenses liées à la chirurgie du sein par type d'hospitalisation et type d'activité en 2018

2.4.3 Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec la chirurgie mammaire

Graphique 40 - Répartition des unités d'œuvre facturées dans le cadre des prises en charge hospitalières ambulatoires pour chirurgie mammaire en 2018**Graphique 41 - Répartition des unités d'œuvre facturées dans le cadre des admissions hospitalières stationnaires pour chirurgie mammaire en 2018**

2.4.4 Profil des médecins facturant les actes

Tableau 3 – Répartition de la facturation des actes en fonction de la spécialité du médecin ayant facturé par type d'hospitalisation en 2018

	Ambulatoire	Stationnaire	Total
Médecin principal	164	657	821
Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	91	341	432
Médecin spécialiste en chirurgie générale	27	246	273
Médecin spécialiste en chirurgie plastique	26	65	91
Médecin spécialiste en radiodiagnostic	19	3	22

En ambulatoire, 55% des actes principaux sont facturés par des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, 16% par des médecins spécialistes en chirurgie générale et 16% par les médecins spécialistes en chirurgie plastique. En stationnaire, 52% des actes principaux sont facturés par des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, 37% par des médecins spécialistes en chirurgie générale et 10% par les médecins spécialistes en chirurgie plastique.

2.4.5 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

92% des traitements et admissions sont documentés, ce qui s'explique par une documentation de toutes les admissions stationnaires et une documentation de 82% des admissions en ambulatoire avec PEC.

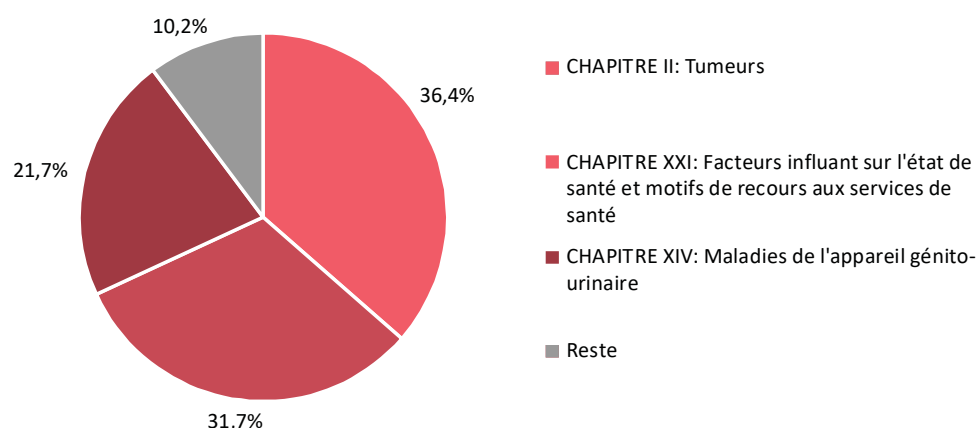
ICD-10-CM

82% des pathologies responsables des admissions en ambulatoire avec PEC sont documentées avec un code ICD-10-CM. En stationnaire, la documentation selon l'ICD-10-CM des séjours en rapport avec une chirurgie du sein est exhaustive.

90% des pathologies prises en charge dans le secteur hospitalier stationnaire et 93% dans le secteur hospitalier ambulatoire sont codées avec des codes des chapitres :

- Chapitre II : Tumeurs
- Chapitre XIV : Maladies de l'appareil génito-urinaire
- Chapitre XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Graphique 42 – Répartition de la classification des diagnostics selon les codes ICD-10-CM



Concernant les admissions en ambulatoire, la répartition des diagnostics entre les différents groupes est très proche de celle du stationnaire, particulièrement pour le chapitre XIV pour lequel toutes les admissions sont classées dans le groupe « affections du sein ».

Tableau 4 - Détails des codes ICD-10-CM

chap_icd_lib	groupe_icd_lib	icd	icdtxtr	n_ admissions
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques Z40-Z54	Z42.1	contact pour reconstruction de sein après mastectomie	104
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques Z40-Z54	Z41.1	contact pour chirurgie esthétique	42
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	Affections du sein N60-N65	N62	hypertrophie mammaire	40
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.411	néoplasme malin du quadrant supéro-externe du sein féminin droit	33
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.412	néoplasme malin du quadrant supéro-externe du sein féminin gauche	31
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	Affections du sein N60-N65	N65.1	disproportion mammaire après une reconstruction	23
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques Z40-Z54	Z40.01	contact pour enlèvement prophylactique de sein	20
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.212	néoplasme malin du quadrant supéro-interne du sein féminin gauche	16
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	Affections du sein N60-N65	N61.1	abcès du sein et du mamelon	15
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	Affections du sein N60-N65	N64.89	d'autres affections mammaires spécifiées	15
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.811	néoplasme malin de sites contigus du sein féminin droit	14
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs bénignes D10-D36	D24.1	néoplasme bénin du sein droit	13
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs bénignes D10-D36	D24.2	néoplasme bénin du sein gauche	13
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.912	néoplasme malin d'un site non spécifié du sein féminin gauche	11
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs in situ D00-D09	D05.11	carcinome in situ intracanalair du sein droit	11
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs in situ D00-D09	D05.12	carcinome in situ intracanalair du sein gauche	11
CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements ...	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs T80-T88	T85.44XA	contracture capsulaire d'un implant mammaire, contact initial	11
CHAPITRE II: Tumeurs	Tumeurs malignes C00-C97	C50.812	néoplasme malin de sites contigus du sein féminin gauche	10

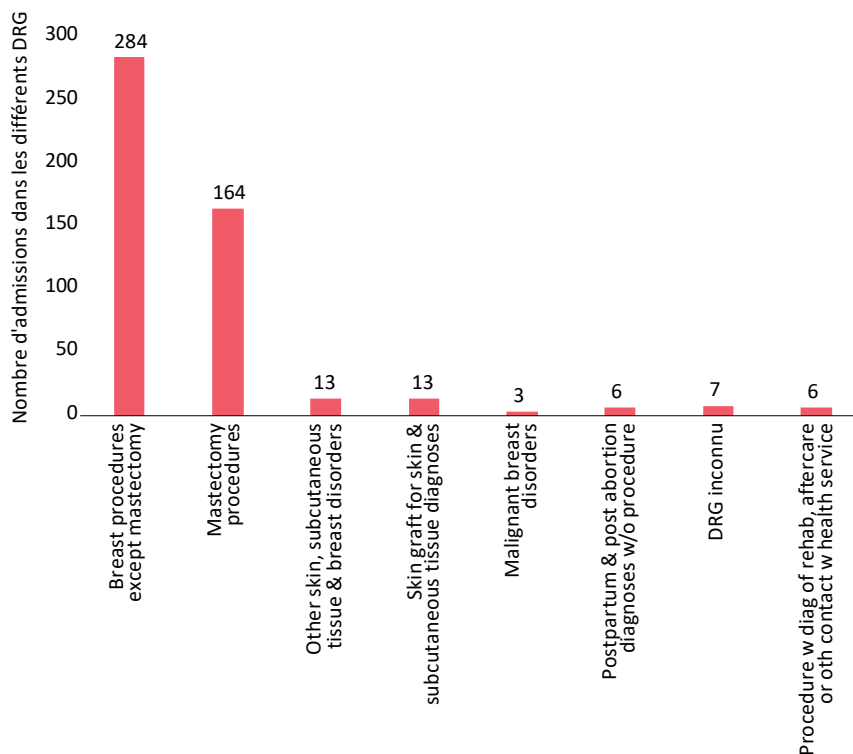
Le tableau ci-dessus affiche les sous-groupes de la classification ICD-10-CM qui comprennent au moins 10 admissions en 2018.

DRG

88,2% des admissions stationnaires sont classées dans les deux DRG suivants :

- Breast procedures except mastectomy
- Mastectomy procedures

Graphique 43 - Répartition des admissions hospitalières stationnaires en fonction du DRG du séjour en 2018 ²³



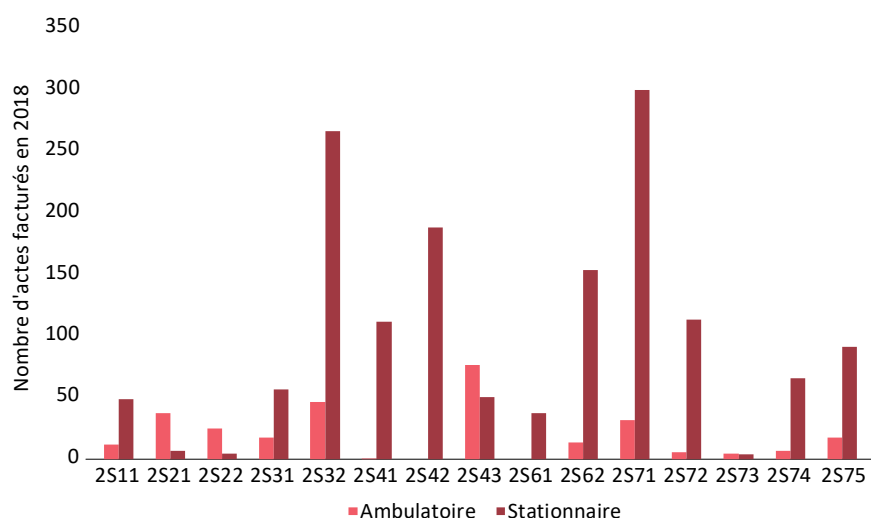
2.4.6 Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour des admissions hospitalières stationnaires liées à une chirurgie mammaire est de 4,1 jours.

²³ Seuls les DRG comprenant au moins 3 admissions hospitalières stationnaires sont repris dans ce graphique.

2.4.7 Détail des actes principaux

Graphique 44 - Détail des actes de la sous-section « chirurgie des seins » facturés par type d'hospitalisation en 2018



L'analyse de la facturation des actes permet tout d'abord de constater qu'en 2018 :

- Tous les codes de la sous-section « Chirurgie des seins » sont facturés.
- L'acte le plus souvent facturé est l'acte «Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire (code 2S71)».
 - Le code 2S71 représente 18,5% de l'ensemble des codes facturés
 - En stationnaire, le code 2S71 est le plus facturé.
- L'acte « Excision locale d'une tumeur maligne du sein (code 2S32) » figure en 2ème position des actes les plus facturés dans le secteur hospitalier.
 - Les excisions locales d'une tumeur maligne du sein représentent 17,4% de l'ensemble des actes facturés en 2018 :
 - 15,7% en milieu hospitalier ambulatoire,
 - 17,8% en milieu hospitalier stationnaire.
- La «Mastectomie pour lésion maligne (code 2S42) » arrive en 3ème position des actes les plus facturés en secteur hospitalier. Elle représente 12,6% des actes prestés en stationnaire, elle n'est pas réalisée en ambulatoire.
- En 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} position figurent les codes 2S62 (Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein), 2S43 (Mastectomie pour gynécomastie de l'homme) et 2S72 (Plastie de reconstruction du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire) :
 - La mastectomie pour gynécomastie de l'homme est l'acte facturé le plus souvent en ambulatoire avec une fréquence de 25,4%. En stationnaire, cet acte ne représente que 3,4% des actes facturés, il arrive en 10^{ième} position des actes les plus facturés.

2.4.8 Détails de la facturation des différents hôpitaux

L'analyse permet de constater qu'en 2018 :

- Concernant l'hôpital qui facture 50% de l'ensemble des actes de la sous-section « chirurgie des seins », les détails des actes facturés sont les suivants :
 - 14,5% sont des « Excision locale d'une tumeur maligne du sein » (code 2S32)
 - 12,4% sont des « Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire » (code 2S72)
 - 12,1% sont des « Plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire » (code 2S71)
 - 10,6% sont des « Remodelage du sein contro-latéral après amputation d'un sein » (code 2S62)
- L'acte le plus valorisé, la « Plastie reconstructrice du sein après amputation avec reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire » (code 2S72), est facturé 119 fois, dont 112 fois par l'hôpital qui facture le plus d'actes.
- La plastie reconstructrice du sein après amputation, y compris la mise en place éventuelle d'une prothèse mammaire (code 2S71) est facturée 332 fois.
- L'acte « Implantation et l'échange de prothèse mammaire après accord préalable du Contrôle médical (APCM) » (code 2S74) est facturé 72 fois, dont 44 fois par l'hôpital qui facture le plus d'actes.

2.4.9 Coût moyen d'une admission liée à la sous-section « chirurgie des seins »

Tableau 5 - Coût moyen d'une admission pour chirurgie mammaire par type d'hospitalisation en 2018

Coût moyen	Ambulatoire avec PEC	Stationnaire DMS 4,1 J
Coût moyen d'une admission	3.058,32 €	4.828,80 €
Coût moyen par catégorie :		
Actes prestés par le médecin principal	376,57 €	693,81 €
Actes prestés par l'anesthésiste	262,19 €	331,09 €
Actes prestés par le médecin assistant	175,08 €	191,19 €
Forfaits pour soins hospitaliers	2.439,44 €	3.691,39 €
Autres	144,57 €	259,10 €

2.5 NÉPHROLOGIE, ÉPURATION EXTRA-RÉNALE

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Médecine générale > Médecins interne spécialisée > Néphrologie, épuration extra-rénale > Partie II > Chapitre 1 > Section 2 > Sous-section 2

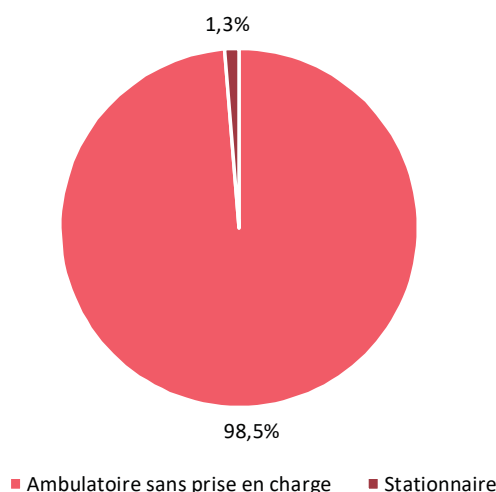
Libellé	Code	Coeff.
1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance	1S21	26,69
2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance	1S22	60,88
3) Plasmaphérèse, par séance	1S25	26,69
4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour	1S26	48,49
5) Dialyse péritonéale, 3è ou 4è jour du traitement; par jour	1S27	24,30
6) Dialyse péritonéale, à partir du 5è jour du traitement; par jour	1S28	14,54

Pour l'OMS, la prévention des maladies chroniques est un investissement vital (OMS 2006). Le diabète sucré est une maladie chronique qui peut être prévenue si elle est prise en charge tôt. L'insuffisance rénale chronique est une des complications du diabète, c'est à ce titre que les dialyses sont analysées ici.

2.5.1 Nombre d'admissions liées à la sous-section « Néphrologie, épuration extra-rénale »

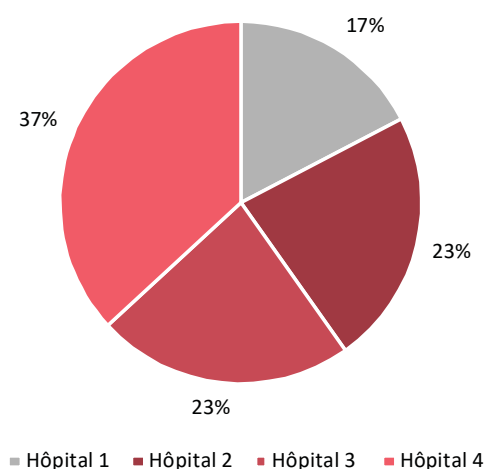
Avec 56 633 traitements et admissions pour lesquels des actes de la section « Néphrologie, épuration extra-rénale » (dans la suite du document « Dialyse ») sont facturés en 2018²⁴, ladite sous-section occupe la position 5 des sous-sections de la partie 2 avec le plus d'activité facturée dans le secteur hospitalier. Les actes sont presque exclusivement prestés en ambulatoire sans prise en charge (98,5%).

Graphique 45 - Répartition entre traitements ambulatoires sans prise en charge et admissions en milieu hospitalier stationnaire en 2018 ²⁵



La répartition des prises en charge réalisées à l'hôpital est la même dans les quatre établissements hospitaliers quel que soit le type d'hospitalisation. Le graphique ci-après présente la répartition des prises en charge (ambulatoire et stationnaire) du secteur hospitalier entre les 4 établissements hospitaliers.

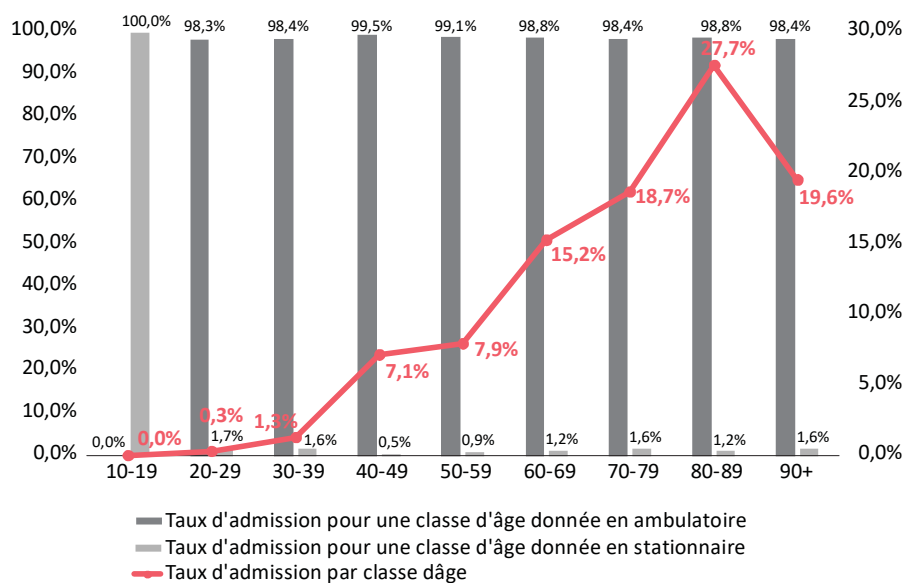
Graphique 46 - Répartition des prises en charge réalisées par hôpital en 2018



La répartition entre ambulatoire et stationnaire dans le secteur hospitalier est identique dans les quatre établissements hospitaliers: entre 98% et 99% des traitements et admissions ont lieu en ambulatoire. Pour les quatre établissements hospitaliers, 99,9% des traitements et admissions ambulatoires sont des traitements sans prise en charge et 0,1% ont lieu à l'ambulatoire avec PEC.

²⁴ L'acte « Plasmaphérèse, par séance » (Code 1S25) est très peu facturé en 2018.

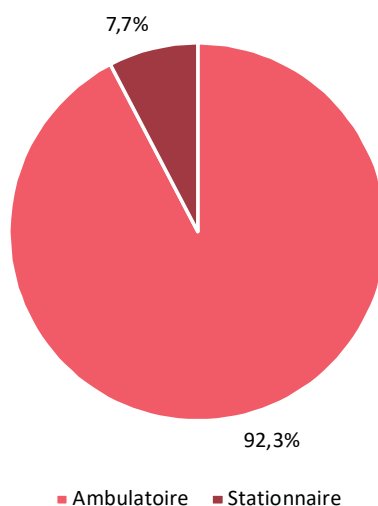
²⁵ Les prises en charge dans l'ambulatoire avec PEC ne sont pas reprises sur le graphique. Celles-ci représentent 0,1% des 56 633 traitements et admissions du secteur hospitalier.

Graphique 47 - Répartition des prises en charge réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation et classe d'âge en 2018 ²⁶

Le graphique montre que 89% des traitements et admissions réalisés à l'hôpital concernent les patients âgés de 50 ans et plus. Le nombre de dialyses augmente avec l'âge, il atteint un maximum entre 80 et 89 ans, soit environ 30% des dialyses réalisées.

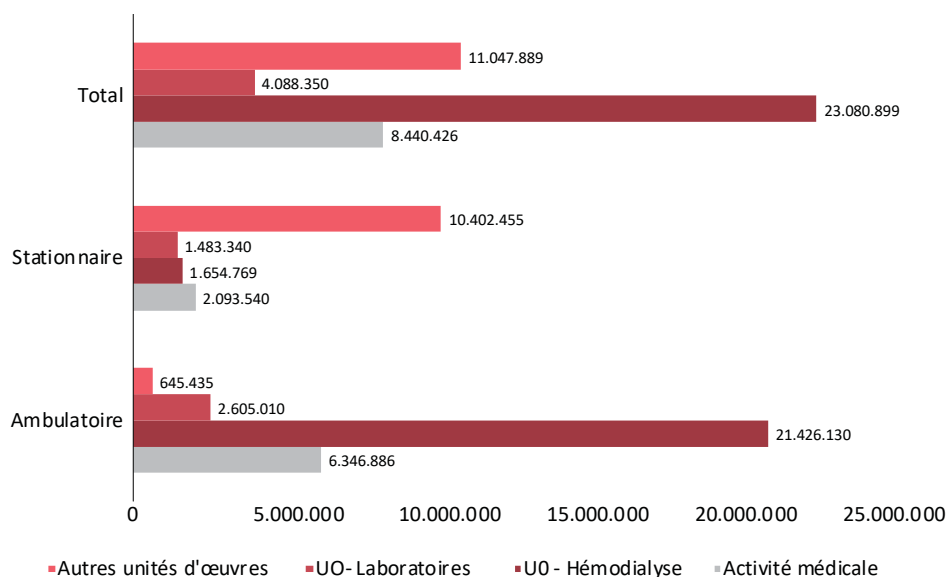
2.5.2 Dépenses liées aux admissions de la sous-section de la « Dialyse »

Les dépenses liées aux actes médicaux définis comme actes principaux de la section « Dialyse » s'élèvent à 6,6 millions d'euros.

Graphique 48 - Répartition des dépenses pour les actes médicaux principaux par type d'hospitalisation en 2018

En ajoutant d'un côté les dépenses pour les actes connexes (1,8 millions d'euros), c'est-à-dire l'ensemble des actes réalisés lors du traitement voire de l'admission par un autre médecin que le médecin principal, aux actes principaux (6,6 millions d'euros), et de l'autre côté les dépenses liées à l'activité hospitalière (unités d'œuvre), les dépenses totales liées à la prise en charge des dialyses s'élèvent à 46,7 millions d'euros.

²⁶ Pour mémoire : 99,9% des traitements et admissions hospitaliers ambulatoires sont des traitements sans prise en charge.

Graphique 49 - Répartition des dépenses par type d'hospitalisation et type d'activité en 2018

2.5.3 Durée moyenne de séjour

La durée des séjours des patients qui ont bénéficié d'au moins une séance de dialyse rénale au cours de leur hospitalisation est de 16 jours.

2.5.4 Nombre d'unités d'œuvre facturées en lien avec les admissions de la section « néphrologie »

En ambulatoire le TOP 3 des unités d'œuvre (UO) facturées le plus souvent sont les suivantes :

- L'unité d'œuvre « laboratoires » qui représente 49,7% de toutes les UO facturées, soit 59 056. Ce sont les examens de laboratoires à chaque dialyse.
- 46,9% pour l'unité d'œuvre « hémodialyse », soit 55 770 UO,
- 2,3% pour l'unité d'œuvre « policlinique », soit 2 705 UO.

En stationnaire, le TOP 3 des unités d'œuvre facturées sont les suivantes :

- L'unité d'œuvre « laboratoires » représente 54,3% des UO facturés, soit 33 152 UO « laboratoires »,
- 14,4% pour l'unité d'œuvre « hospitalisation – soins normaux », ce qui représente 8 816 UO,
- 11,2% pour l'unité d'œuvre « Kinésithérapie » ce qui représente 6 819 UO.

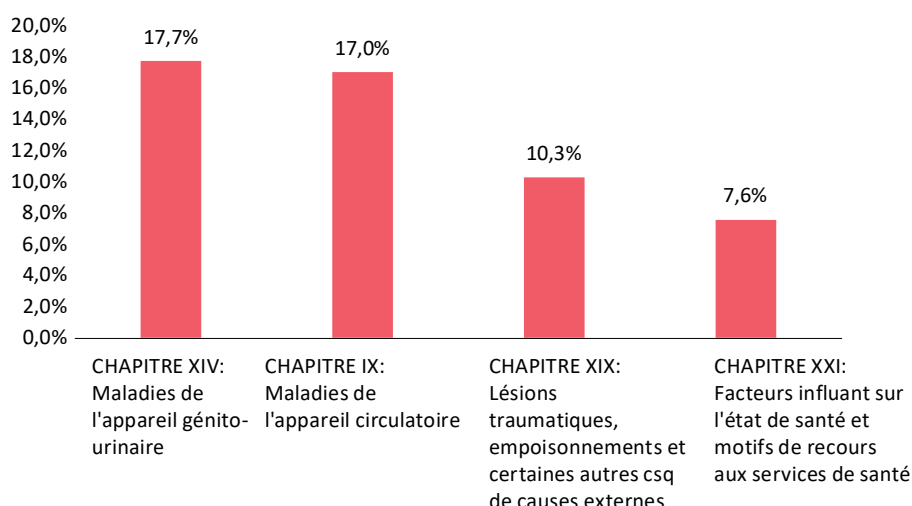
2.5.5 Profil des médecins facturant les actes

En ambulatoire, 85% des actes de la sous-section « Néphrologie » sont facturés par des médecins spécialistes en néphrologie et 15% sont facturés par des spécialistes en médecine interne. En stationnaire, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 80% et 20%.

2.5.6 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

1,4% des admissions (stationnaire + ambulatoire) sont documentées. Cette faible couverture s'explique par le fait que 98,5% des admissions totales sont des traitements ambulatoires sans prise en charge qui sont en dehors du périmètre d'application de la documentation hospitalière. 0,1% ont été réalisées dans l'ambulatoire avec PEC et 1,3% milieu hospitalier stationnaire.

ICD-10-CM

Graphique 50 - Répartition des admissions hospitalières stationnaires selon ICD-10-CM²⁷Tableau 6 - Ventilation des admissions hospitalières stationnaires selon les catégories du chapitre XIV²⁸

Catégories	Part en % du total des admissions classées dans le chapitre XIV
Insuffisance rénale N17-N19	80,6%
Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N53	5,6%
Maladies rénales tubulo-interstitielles N10-N16	4,0%
Autres affections du rein et de l'uretère N25-N29	4,0%
Autres maladies de l'appareil urinaire N30-N39	3,2%

DRG: admissions dans l'hôpital de jour et en milieu hospitalier stationnaire

Comme il y a seulement 61 admissions en ambulatoire avec PEC, et qu'en stationnaire les DRG sont tellement nombreux, l'analyse détaillée n'est pas reprise ici.

2.5.7 Analyse de la facturation des actes principaux

L'analyse de la facturation des actes permet de constater qu'en 2018 :

- Tous les codes de la sous-section « dialyse » sont facturés, mais les « Plasmaphérèse, par séance » (code 1S25), « Dialyse péritonéale (épuration extra-corporelle), ... » (code 1S26) et les « Dialyse péritonéale, 3e ou 4e jour du traitement » (code 1S27) sont très peu facturés.
- « L'Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance » (code 1S21) couvre 98,8% des actes de la sous-section « Néphrologie » facturés. Dans les quatre établissements hospitaliers, le code S21 représente la quasi-totalité des actes facturés en ambulatoire. En stationnaire, ce pourcentage s'élève à 86,9%.
- En ambulatoire, « L'Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours, par séance » (code 1S22) représente 0,3%. En stationnaire, ce pourcentage s'élève à 9,6%.
- En ambulatoire, la « Dialyse péritonéale, à partir du 5e jour du traitement, par jour » (code 1S28) représente 0,9%. En stationnaire, ce pourcentage s'élève à 3,0%.

²⁷ Les chapitres repris dans le graphique représentent le TOP 4 des chapitres avec le nombre d'admissions le plus élevé.

²⁸ Le tableau présente 98% des 124 admissions du chapitre XIV.

2.5.8 Coût moyen d'un traitement de la sous-section « Néphrologie »

Tableau 7 – Coût moyen d'un traitement/d'une admission avec facturation d'au moins un acte de la sous-section Néphrologie

Coût moyen	Ambulatoire sans PEC	Stationnaire DMS 16 J
Coût moyen d'un traitement / d'une admission	558,67 €	12.701,15 €
Coût moyen par catégorie:		
Médecin principal	148,94 €	636,16 €
Anesthésiste	268,60 €	776,26 €
Médecin assistant	68,24 €	211,57 €
Soins hospitaliers	364,60 €	10.581,80 €
Autres	104,55 €	1.469,50 €

2.6 SQUELETTE

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Imagerie médicale > Radiodiagnostic > Squelette > Partie II > Chapitre 8 > Section 1 > Sous-section 2

a) Membres

Libellé	Code	Coeff.
1) Rx doigts et/ou main - CAC	8S01	4,11
2) Rx poignet - CAC	8S02	4,11
3) Rx avant-bras - CAC	8S03	4,11
4) Rx coude - CAC	8S04	4,11
5) Rx humérus - CAC	8S05	4,11
6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,11
7) Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,11
8) Rx cheville - CAC	8S14	4,11
9) Rx jambe - CAC	8S15	4,11
10) Rx genou - CAC	8S16	4,11
11) Rx fémur-CAC	8S18	4,11
12) Rx bassin - C AC	8S22	4,11
13) Rx hanche - C AC	8S23	4,11
14) Radiomensuration ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,34
15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC	8S25	2,06
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,06

b) Tête et thorax

Libellé	Code	Coeff.
1) Rx crâne - CAC	8S40	4,11
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,11
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,11
4) Orthopantomographie	8S45	5,55
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,11
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,11

c) Colonne vertébrale

Libellé	Code	Coeff.
1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,17
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,11
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,17
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,11
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,34
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,06

d) Arthrographie, discographie

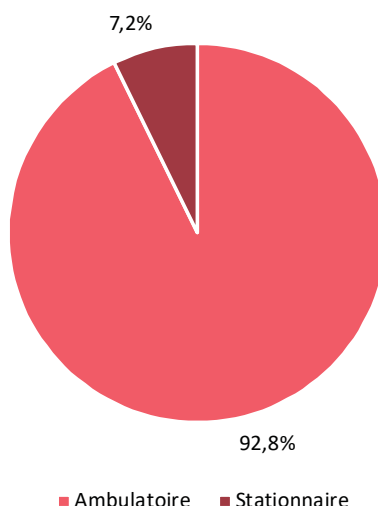
Libellé	Code	Coeff.
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	10,04
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	16,55
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	20,80
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	9,80
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	29,65

Remarque préliminaire : en plus des 4 établissements hospitaliers (CHEM ; CHL ; HRS et CHdN), d'autres établissements peuvent réaliser et facturer des radiographies du squelette, leur pratique n'est pas reprise dans cette analyse qui ne s'intéresse par définition qu'à la pratique du CHEM ; du CHL ; des HRS et du CHdN.

2.6.1 Nombre d'admissions liées à la sous-section « Squelette »

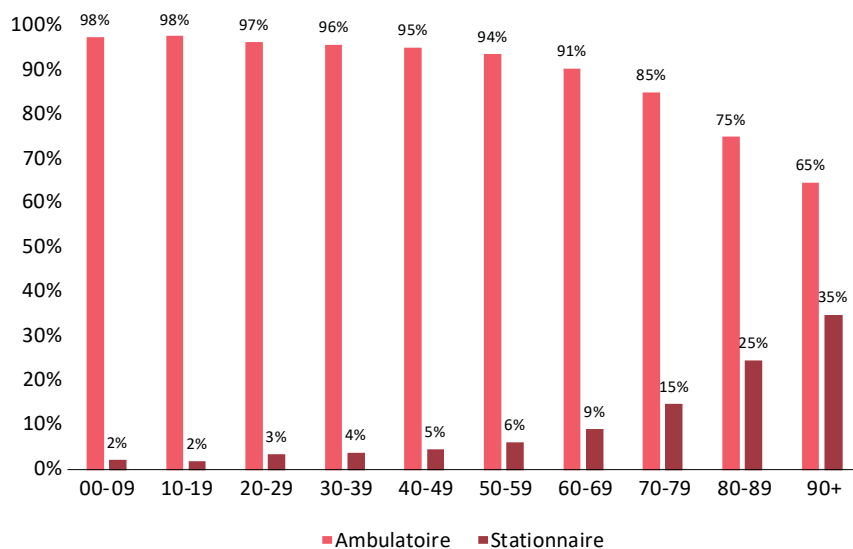
144 618 traitements et admissions liés au squelette sont facturés en 2018 par les hôpitaux CHL, HRS, CHEM et CHdN.

Graphique 51 - Répartition des radiodiagnostic liés au squelette réalisés par type d'hospitalisation en 2018

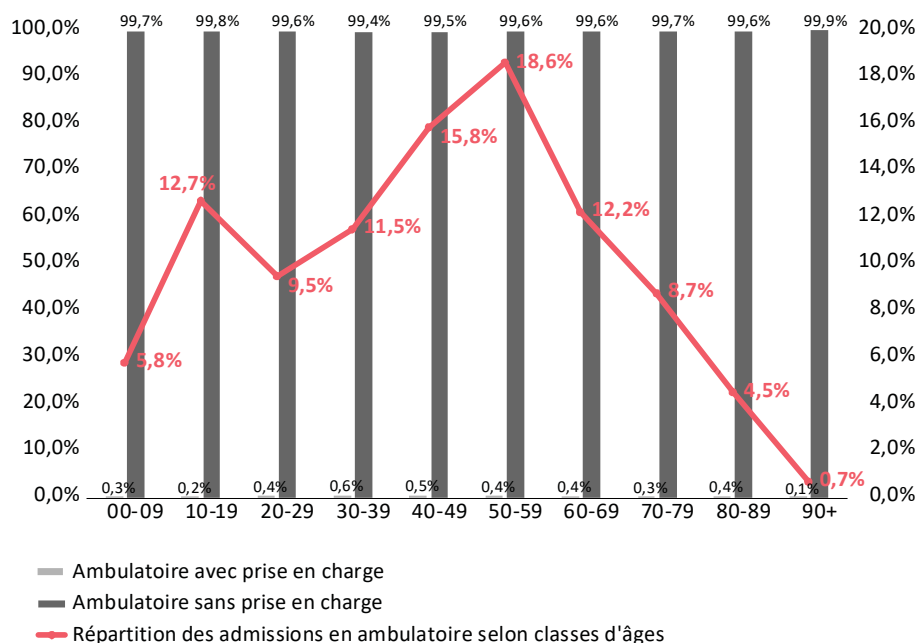


92,8% traitements et admissions liés au squelette sont prestés en ambulatoire avec ou sans prise en charge et 7,2% sont réalisés lors d'hospitalisations stationnaires. Plus spécifiquement, 99,6% des examens radiographiques du squelette, réalisés en ambulatoire sont prestés en dehors d'une hospitalisation.

La répartition entre ambulatoire et stationnaire est plus ou moins identique dans les 4 hôpitaux: la part de l'activité ambulatoire varie entre 91% et 94%. Un des quatre établissements hospitaliers a réalisé un tiers de l'ensemble des traitements et admissions liées au squelette réalisées en stationnaire, les trois autres facturant entre 16% et 27% de ces examens.

Graphique 52 - Répartition des traitements et admissions concernant les radiodiagnostic liés au squelette par type d'hospitalisation et classe d'âge

L'analyse des classes d'âge montre que jusqu'à l'âge de 69 ans plus de 90% des traitements et admissions liés au squelette se font en ambulatoire. À partir de 70 ans, cette part diminue pour s'établir à 65% pour les patients âgés de plus de 90 ans.

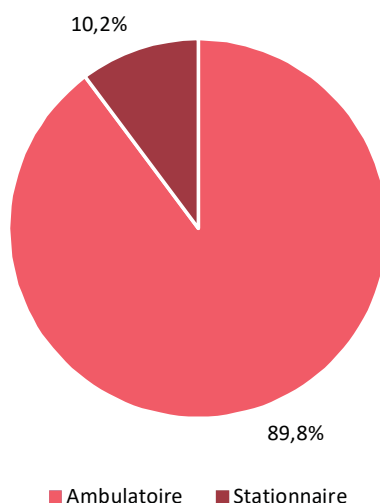
Graphique 53 - Répartition des 93% des traitements et admissions concernant les radiodiagnostic liés au squelette réalisés en ambulatoire selon la classe d'âge en 2018

19% des traitements et admissions sont réalisés entre la naissance et 19 ans. Les radiographies du squelette sont réalisées le plus fréquemment entre 50 et 59 ans.

2.6.2 Dépenses pour radiodiagnosics liés au squelette

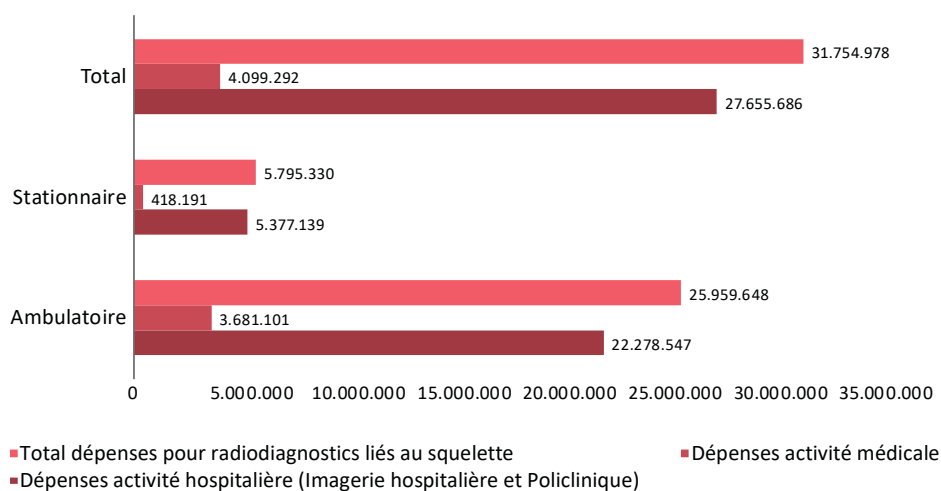
Les dépenses des actes médicaux liées aux examens radiographiques du squelette s'élèvent à 4,0 millions d'euros.

Graphique 54 - Répartition des dépenses pour radiographies du squelette selon le secteur hospitalier en 2018



Pour cette sous-section, la prise en compte des dépenses hospitalières se limite à la facturation des unités d'œuvre « Imagerie médicale et Policlinique ». En ajoutant celles-ci aux dépenses médicales, le coût global des radiographies de squelette s'élève à 31,8 millions d'euros, dont 87,1% sont des frais hospitaliers. Une analyse plus détaillée des dépenses concernant les radiographies de squelette (par acte) pourrait être intéressante car ces examens étant très majoritairement réalisés en ambulatoire, ils ne sont pas pris en compte dans la documentation hospitalière.

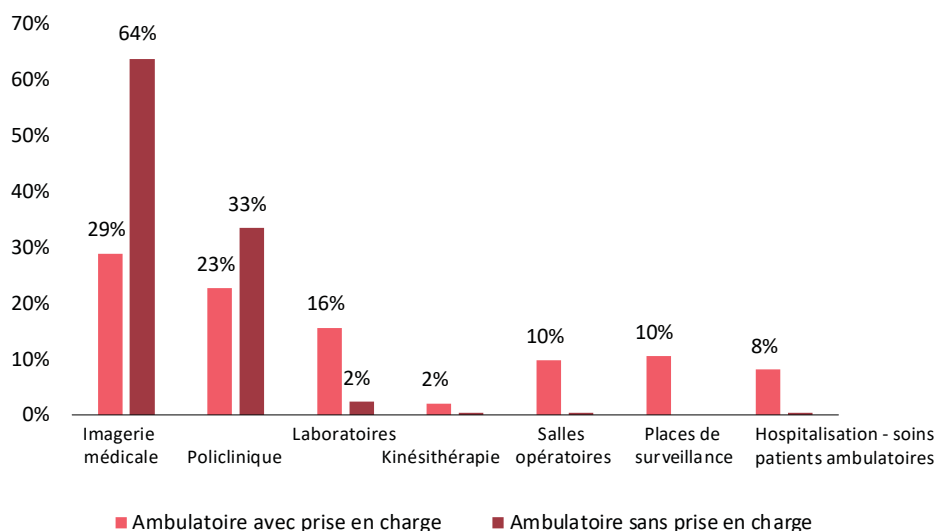
Graphique 55 - Répartition des coûts selon le types de dépenses et le lieu de réalisation en 2018



La dépense liée aux actes diagnostics réalisés dans le milieu hospitalier ambulatoire (93% de ces actes diagnostics) s'élève à 26 millions d'euros.

2.6.3 Analyse de la facturation des unités d'œuvre lors d'une prise en charge ambulatoire pour la réalisation d'au moins une radiographie de squelette

Graphique 56 - Répartition du nombre d'unités d'œuvre facturées lors d'une prise en charge ambulatoire pour la réalisation d'au moins une radiographie de squelette ²⁹



2.6.4 Profil des médecins facturant les actes

En 2018, 85,2% des actes radiodiagnostiques liés au squelette réalisés en ambulatoire sont facturés par des médecins spécialistes en radiodiagnostic, 7,4% par des médecins spécialistes en orthopédie et 3,4% par des médecins spécialistes en médecine nucléaire.

En stationnaire, 84,6% sont facturés par des médecins spécialistes en radiodiagnostic, 5,6% par des médecins spécialistes en orthopédie et 3,5% par des médecins spécialistes en médecine nucléaire.

Tableau 8 - Répartition du nombre de radiographies du squelette selon la spécialité du médecin et le type d'hospitalisation

Médecin principal	Ambulatoire	Stationnaire	Total
	193.570	21.094	214.664
Médecin spécialiste en radiodiagnostic	165.054	18.183	183.237
Médecin spécialiste en orthopédie	14.350	1.212	15.562
Médecin spécialiste en médecine nucléaire	6.757	706	7.463
Médecin spécialiste en chirurgie générale	4.689	915	5.604
Médecin spécialiste en rhumatologie	1.834	50	1.884
Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	581	0	581
Autres médecins	305	28	333

2.6.5 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

Concernant la classification ICD-10-CM, 73% des admissions hospitalières stationnaires concernent des pathologies des chapitres :

- Chapitre XIX : « Lésions traumatiques, empoisonnements, et certaines autres conséquences de causes externes »
- Chapitre XIII : « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ».

²⁹ Le TOP 7 des unités d'œuvre affichées dans ce graphique représentent 98% des UO totales facturées pour l'hospitalisation de jour et 100% pour l'ambulatoire sans prise en charge.

Tableau 9 - Répartition des diagnostics principaux des 4.214 concernant les admissions hospitalières stationnaires classées dans le chapitre XIX ³⁰

CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	
Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	19,2%
Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse S70-S79	19,1%
Lésions traumatiques de l'épaule et du bras S40-S49	13,9%
Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras S50-S59	13,8%
Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin S30-S39	8,1%
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs T80-T88	6,5%
Lésions traumatiques de la tête S00-S09	4,9%
Lésions traumatiques du poignet et de la main S60-S69	4,7%
Lésions traumatiques du thorax S20-S29	4,5%
Lésions traumatiques de la cheville et du pied S90-S99	3,0%
Lésions traumatiques du cou S10-S19	1,0%
Certaines complications précoces des traumatismes T79	0,7%

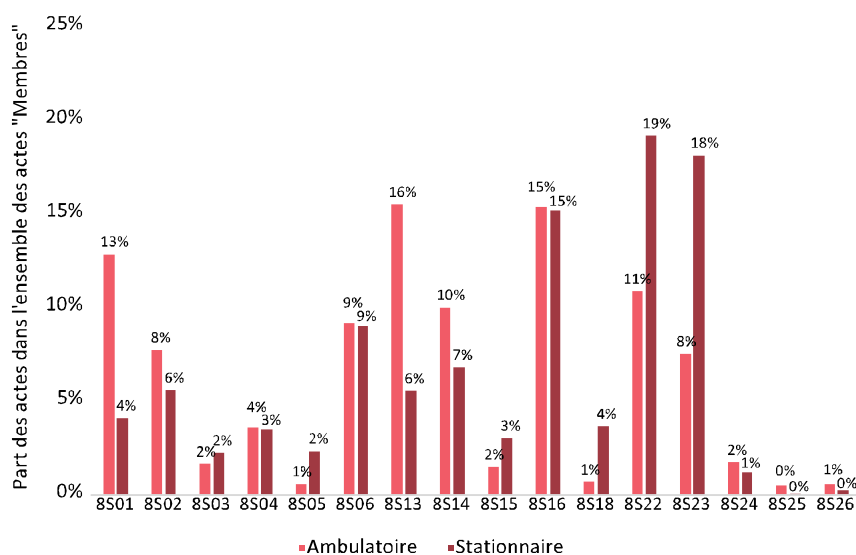
Les séjours ambulatoires ou stationnaires sont essentiellement classés suivant les 3 DRG suivant:

- « Hip Joint Replacement »,
- « Knee joint replacement »,
- « Shoulder, upper arm & forearm procedures except joint replacement ».

2.6.6 Détail des actes principaux

L'analyse de la facturation des actes permet de constater que :

- Tous les codes de la sous-section « Squelette » sont facturés en 2018.
- Les radiographies des « Membres » représentent 73% des radiographies du squelette facturées en ambulatoire et 83% de celles facturées en stationnaire.
- Une radiographie de la colonne vertébrale est facturée dans 7,0% des radiographies réalisées en stationnaire et 7,9% en ambulatoire.

Graphique 57 - Répartition des radiographies des membres selon la localisation anatomique et le secteur de prise en charge facturées en 2018

³⁰ Les groupes renseignés dans le tableau représentent 99,5% des admissions dudit chapitre.

- En ambulatoire, les « Rx orteils et/ou pied - CAC » (code 8S13) , les « Rx genou – CAC » (code 8S16) et les « Rx doigts et/ou mains -CAC » (code 8S01) sont les trois actes facturés le plus souvent, ces 3 actes représentent 41% de l'ensemble des radiographies des membres.
- En stationnaire, les deux actes facturés le plus souvent sont les « Rx bassin – CAC » (code 8S22) et « Rx hanche – CAC » (code 8S23).

2.6.7 Coût moyen d'un traitement lié à la sous-section « Squelette »

Tableau 10 - Coût moyen d'un traitement par type d'hospitalisation en 2018

Coût moyen d'une admission ambulatoire sans PEC	
	241,73 €
Coût moyen par catégorie:	
Médecin principal	40,33 €
Anesthésiste	-
Médecin assistant	-
Soins hospitaliers	169,66 €
Autres	53,38 €

Comme les actes de la sous-section « Squelette » sont utilisés pour réaliser un diagnostic médical, ils ne peuvent pas être considérés comme acte principal d'un traitement hospitalier stationnaire respectivement en ambulatoire avec prise en charge.

2.7 ÉCHOGRAPHIE

Nomenclature des actes et services des médecins > Actes techniques > Imagerie médicale >

Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes > Échographie > Partie II > Chapitre 8 > Section 3 > Sous-section 1

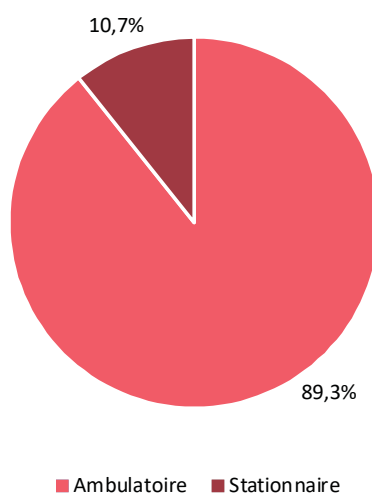
	Libellé	Code	Coeff.
1)	Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	8E01	12,20
3)	Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)	8E02	12,20
5)	Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans	8E03	12,20
7)	Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale	8E09	18,36
9)	Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	8E13	18,36
11)	Examen échographique des seins	8E14	12,20
13)	Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse)	8E21	12,20
15)	Echographie obstétricale du 2e trimestre	8E22	18,36
17)	Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")	8E25	6,12
19)	Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia	8E31	33,48
21)	Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	8E33	37,93
23)	Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	8E35	12,64

Les actes d'échographie repris dans cette sous-section couvrent tout le volet de l'échographie diagnostique, du suivi de la grossesse, à l'étude de la thyroïde ou de l'abdomen par exemple.

2.7.1 Nombre d'enregistrements liés à la sous-section « Échographie » en 2018

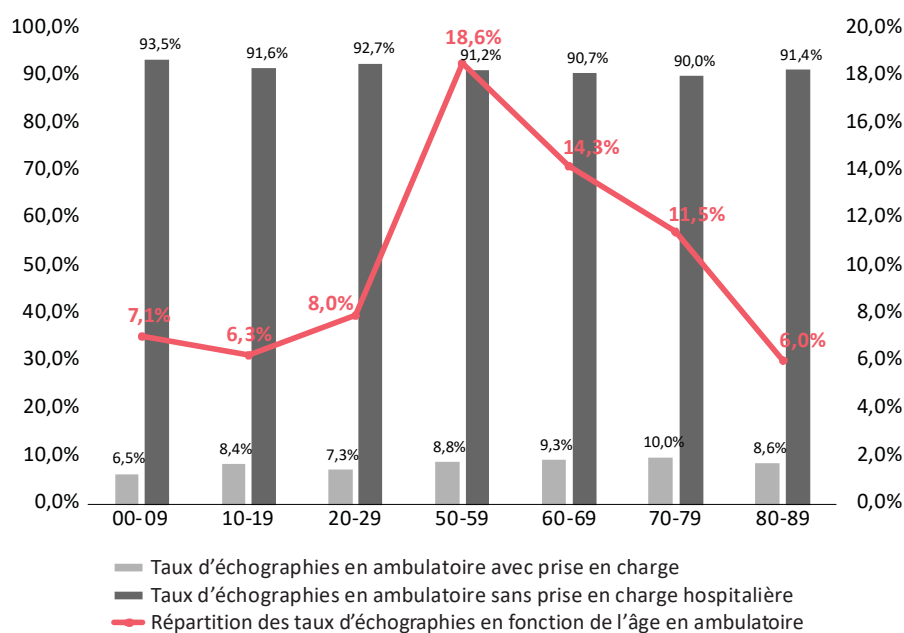
Les hôpitaux CHL, CHEM, HRS et CHDN enregistrent 127 255 traitements et admissions pour lesquels des échographies ont été facturées, dont 11% en stationnaire et 89% en ambulatoire.

Graphique 58 – Répartition des échographies réalisées à l'hôpital par type d'hospitalisation en 2018



Avant l'âge de 70 ans, 88 à 95% des échographies sont réalisées en ambulatoire.

Graphique 59 - Répartition par classe d'âge des échographies réalisées en milieu hospitalier ambulatoire

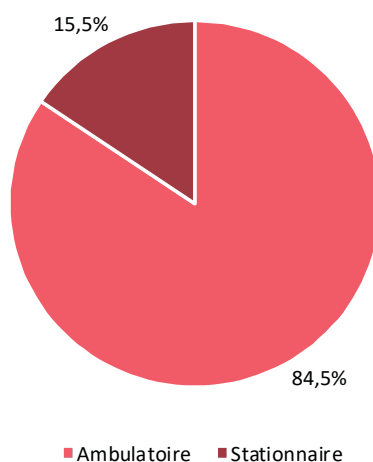


Pour les différentes classes d'âge, les échographies réalisées en ambulatoire avec PEC représentent 6,5% à 10% des échographies réalisées dans le secteur hospitalier ambulatoire. 90% à 93,5% sont des traitements en ambulatoire sans PEC.

2.7.2 Dépenses liées aux échographies

Les dépenses de l'activité médicale directement liée aux échographies s'élèvent à 7,6 millions d'euros.

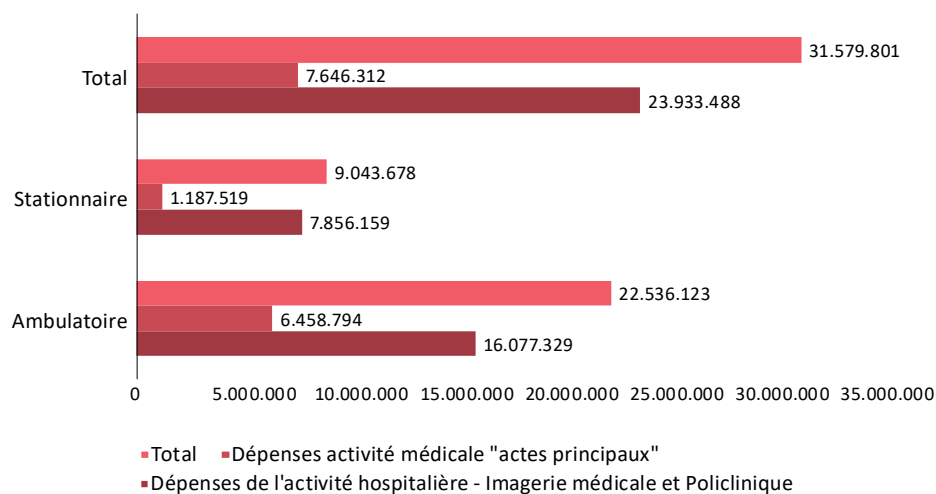
Graphique 60 - Répartition des dépenses liées à l'activité médicale principale pour la réalisation d'une échographies par type d'hospitalisation en 2018



15,5% des dépenses proviennent des échographies réalisées en stationnaire, et 84,5% proviennent des échographies réalisées en ambulatoire.

Les dépenses de l'activité hospitalière se limitent ici, à la prise en compte des unités d'œuvre « Imagerie médicale » et « Polyclinique ». En ajoutant ces deux montants aux dépenses de l'activité médicale liée aux actes principaux de la sous-section « Échographie », le coût total des dépenses imputables à la réalisation d'une échographie s'élève à 31,6 millions d'euros, 75,6% sont des frais hospitaliers.

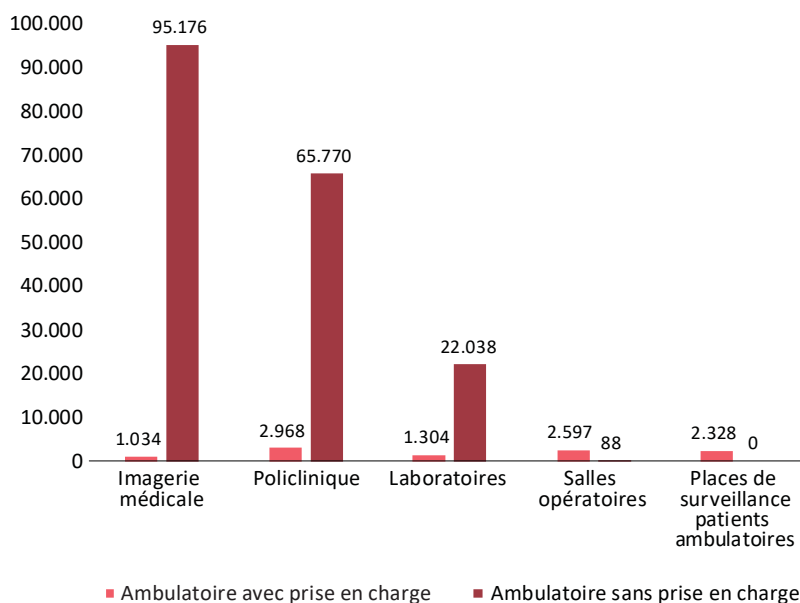
Graphique 61 - Répartition des dépenses par type d'hospitalisation et type d'activité en 2018



En particulier, la dépense liée aux échographies réalisées en ambulatoire représentant 89% des échographies réalisées à l'hôpital, s'élève à 22,6 millions d'euros, contre une dépense de 9,0 millions d'euros pour les admissions en stationnaire.

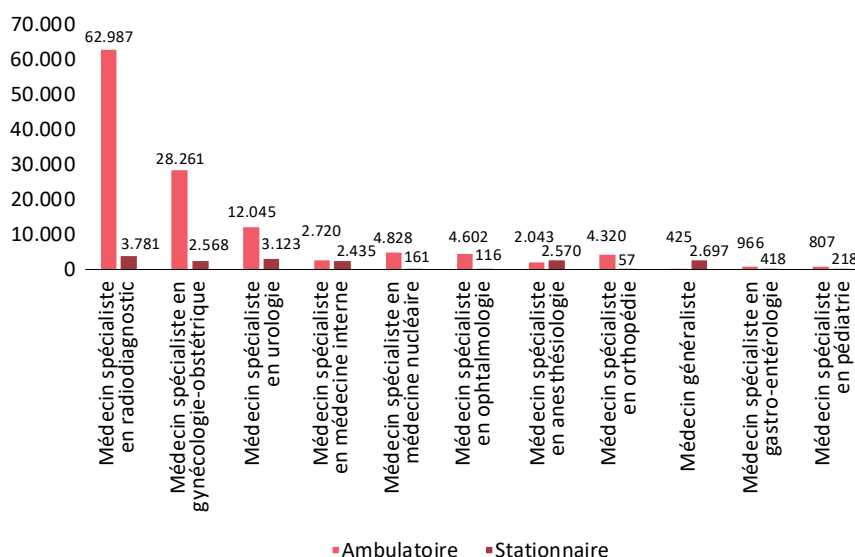
2.7.3 Répartition des unités d'œuvre facturées lors de la réalisation d'une échographie en secteur hospitalier ambulatoire

Graphique 62 - Nombre d'unités d'œuvre facturées dans le cadre des traitements/admissions hospitalières ambulatoires en 2018 ³¹



2.7.4 Profil des médecins facturant les actes

Graphique 63 – Nombre d'échographies facturées en milieu hospitalier en fonction de la spécialité du médecin principal et du secteur hospitalier en 2018 ³²



En 2018, environ 50% des traitements et admissions hospitaliers ambulatoires liés à la sous-section « Échographie », sont facturés par des médecins spécialistes en radiodiagnostic, 22,2% par des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et 9,5% par des médecins spécialistes en urologie. En stationnaire, 19,7% des échographies sont facturées par des médecins spécialistes en radiodiagnostic, 13,4% par des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et 16,3% par des médecins spécialistes en urologie.

³¹ Les unités d'œuvre affichées dans ce graphique représentent 88% des UO facturées en ambulatoire avec PEC et 99% pour les traitements ambulatoires sans prise en charge.

³² Ce graphique se limite aux spécialités médicales ayant une activité supérieure à 4 500 actes en 2018 (actes ambulatoires et stationnaires confondus).

Tableau 11 – Spécialité des médecins ayant facturé des échographies par type d'hospitalisation en 2018

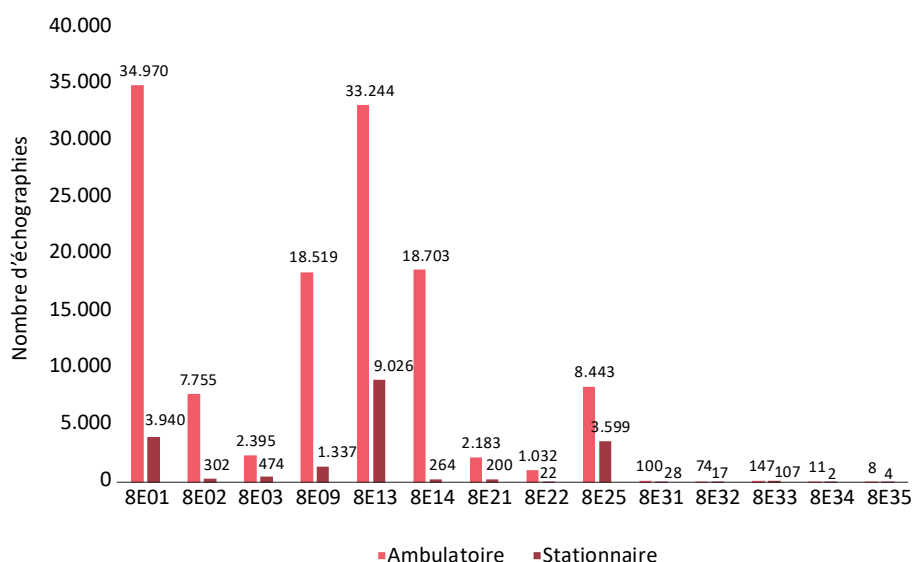
	Ambulatoire	Stationnaire	Total
Médecin principal	127.288	19.155	146.443
Médecin spécialiste en radiodiagnostic	62.987	3.781	66.768
Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	28.261	2.568	30.829
Médecin spécialiste en urologie	12.045	3.123	15.168
Médecin spécialiste en médecine interne	2.720	2.435	5.155
Médecin spécialiste en médecine nucléaire	4.828	161	4.989
Médecin spécialiste en ophtalmologie	4.602	116	4.718
Médecin spécialiste en anesthésiologie	2.043	2.570	4.613

2.7.5 Documentation des séjours hospitaliers : ICD-10-CM et DRG

87% des admissions dans le secteur hospitalier sont des traitements ambulatoires sans prise en charge, exclus du périmètre d'application la documentation hospitalière.

L'analyse de la documentation des admissions liées à la sous-section « Échographie » avec un code ICD-10-CM ou un DRG montre que celle-ci couvre quasiment tous les chapitres de l'ICD-10-CM et de nombreux DRG (dans 7% des séjours aucun DRG n'a pu être attribué). Concernant la classification ICD-10-CM, 7 chapitres regroupent chacun 7% à 10% des pathologies prises en charge en stationnaire. Les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles une échographie a été réalisée sont : les maladies de l'appareil génito-urinaire (Chapitre XIV), les maladies de l'appareil digestif (chapitre XI) et les lésions traumatiques, empoisonnements, et certaines autres conséquences de causes externes (Chapitre XIX).

2.7.6 Détail des actes principaux

Graphique 64 - Détail du type d'échographie par type d'hospitalisation

L'analyse de la facturation des actes permet de constater que :

- Tous les codes de la sous-section « Echographie » sont facturés en 2018.
- Les « Examens échographiques de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes » (code 8E01), les « Echographies du pelvis par voie transrectale ou transvaginale » (code 8E09), les « Examens échographiques des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse » (code 8E13) et les « Examens échographiques des seins » (code 8E14) représentent 82% de l'ensemble des échographies facturées en secteur hospitalier, et en particulier 83% des actes facturés en ambulatoire et 75% des actes facturés en stationnaire.

2.7.7 Facturation des différents hôpitaux

L'analyse met en évidence qu'en milieu hospitalier ambulatoire :

- Concernant l'hôpital qui facture le plus d'échographies :
 - Les 4 codes 8E01, 8E09, 8E13 et 8E14 figurent aussi parmi ceux facturés le plus souvent en 2018. A ces quatre actes s'ajoute encore le « Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique – CAT » (code 8E25)
 - Parmi les actes de la sous-section « Echographie » facturés en 2018, « l'Examen échographique des seins » (code 8E14) est celui facturé le plus souvent.
 - Ces 5 actes représentent 92% des actes de ladite sous-section facturés par l'hôpital qui facture le plus d'actes.
- L'hôpital occupant la deuxième position des hôpitaux qui facturent le plus d'actes de la sous-section analysée facture dans 81% des cas les codes 8E01, 8E09, 8E13 et 8E14. Le code facturé le plus souvent par ce dernier est le code 8E09.
- L'hôpital qui figure en troisième position des hôpitaux qui facturent le plus d'actes de la sous-section « Echographie » facture dans 4% des cas les codes 8E01, 8E09, 8E13. Le code facturé le plus souvent par ce dernier est le code 8E01, qui représente 38% des codes de ladite sous-section.
- L'hôpital qui se trouve en quatrième position de la facturation d'actes de la sous-section « Echographie » facture les 4 actes 8E01, 8E09, 8E13 et 8E14 dans 88% de l'ensemble des actes facturés par ce dernier.

2.7.8 Coût moyen d'un traitement de la sous-section « Échographie »

Tableau 12 - Coût moyen d'une échographie réalisée en ambulatoire sans prise en charge en 2018

Coût moyen	Ambulatoire sans prise en charge
Coût moyen d'un traitement	243,51 €

Comme les échographies sont utilisées pour réaliser un diagnostic médical et ne correspondent pas à un traitement ou une procédure médicale, elles ne peuvent pas être considérées comme acte principal d'une admission en stationnaire respectivement en ambulatoire avec PEC.

CONSTATS

Aperçu de l'activité hospitalière ambulatoire du pays

L'analyse de toute la base de données ³³ permet de constater que sans prise en compte des traitements ambulatoires sans prise en charge, 51% des admissions hospitalières sont des admissions ambulatoires et 49% sont des admissions stationnaires.

Concernant les sept différentes parties analysées, les taux des admissions réalisées en ambulatoire et en stationnaire sont parfois fortement influencés par la pratique de l'un des quatre établissements hospitaliers. Ainsi par exemple, pour l'arthroscopie du genou, 37,0% des admissions de l'ensemble des quatre établissements hospitaliers CHL, CHEM, HRS et CHNP sont réalisées en ambulatoire avec prise en charge, contre 63% en stationnaire. Trois hôpitaux présentent 39% et 59% de leurs admissions en ambulatoire avec prise en charge, contre un hôpital qui ne réalise que 3% de ses admissions en ambulatoire avec prise en charge et 97% en stationnaire. Pour la sous-section « Hernies et éventrations de la paroi abdominale » 39% des admissions sont réalisées en ambulatoire avec prise en charge. Trois établissements hospitaliers prestent entre 41% et 58% des admissions en ambulatoire avec prise en charge, mais l'hôpital qui réalise la majorité de l'activité preste uniquement 16% de ses séjours en ambulatoire avec prise en charge. En revanche, pour la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique », la répartition entre prises en charge ambulatoires et stationnaires est stable entre les quatre établissements. En particulier, une part de 57% de l'ensemble des admissions des 4 établissements hospitaliers est réalisée en ambulatoire avec prise en charge, 39,4% représentent des soins ambulatoires sans prise en charge et 3,6% des séjours ont lieu en stationnaire. Un hôpital réalise presque la moitié des admissions et en preste 2,5% en secteur stationnaire.

L'analyse par classes d'âge montre que l'âge influence le type de prise en charge. Par exemple, pour l'arthroscopie du genou, la part des séjours en ambulatoire avec PEC augmente à partir de la classe d'âge de 20 ans, atteint un maximum entre 40 et 49 ans, puis redescend continuellement avec l'âge des assurés. Les cures de hernies sont plus fréquentes entre 50 et 59 ans, et le taux de prise en charge en ambulatoire avec PEC diminue avec l'âge en passant de 82% à la naissance à 11% à 79 ans. Pour l'hôpital qui réalise le plus d'activité, les patients sont plus âgés et plus souvent hospitalisés en stationnaire sauf les enfants âgés de 0 à 10 ans. Pour les admissions liées à la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique », le taux de séjour en stationnaire augmente continuellement jusqu'à l'âge de 89 ans tout en restant faible pour l'ensemble des classes d'âges (0% à 5%).

Aperçu des résultats de la documentation hospitalière

L'analyse de la base de données globale³⁴ permet de constater qu'en 2018, la documentation hospitalière couvre 54% de l'activité en ambulatoire avec prise en charge et 97% de l'activité en stationnaire. En particulier, l'analyse de la sous-section « Chirurgie arthroscopique du genou » de la nomenclature des actes et services des médecins permet de constater que 87% des admissions en stationnaire et en ambulatoire avec prise en charge sont documentées. Ce taux s'explique par une couverture complète des admissions stationnaires, et une couverture de 56% des admissions ambulatoires avec prise en charge.

L'analyse de la sous-section « Hernies et éventrations de la paroi abdominale » porte sur les prestations 2019 et permet de constater que 57% des admissions stationnaires et ambulatoires avec prise en charge sont documentées. La couverture d'un peu plus de la moitié des admissions s'explique par une documentation hospitalière qui ne porte que sur le premier semestre 2019, alors que la facturation porte sur l'année entière, sans pour autant être complète.

L'analyse de la section « Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique » permet de constater que 61% des admissions en ambulatoire avec prise en charge et 100% des admissions stationnaires ont été documentées.

³³ Sans limitation aux 7 sous-sections analysées de façon détaillée.

³⁴ Idem.