



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

**OBSERVATOIRE ECONOMIQUE**  
**DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE**

**RAPPORT JUIN 2008**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE  
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

## **Note semestrielle de l'Observatoire de l'Hospitalisation publique et privée Juin 2008**

### **Introduction**

La présente note a été adoptée par l'Observatoire de l'hospitalisation lors de sa réunion du 17 juin 2008, à l'issue de travaux préparatoires et d'une réunion tenue le 23 mai 2008.

Conformément aux dispositions réglementaires, ce document présente une analyse des dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé au titre de l'exercice 2007.

Le document est structuré autour des parties suivantes :

- rappel des principales caractéristiques de la campagne budgétaire et tarifaire 2007 ;
- rappel de principes méthodologiques sur les données analysées par l'Observatoire ;
- examen des réalisations 2007 par catégories de sous-objectifs ;
- travaux engagés par l'Observatoire et pistes de travail à conduire.

### **I - Eléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire de l'exercice 2007**

L'analyse des données de l'exercice 2007 doit être replacée dans le contexte de construction de la campagne budgétaire et tarifaire de l'année. Un rappel des principaux paramètres de construction de la campagne est nécessaire, ainsi qu'une description des éléments spécifiques ou nouveaux de cette campagne.

**1-1- Les principaux éléments prévisionnels de la campagne budgétaire et tarifaire 2007**

Lors de la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les établissements de santé (y compris FMESPP), l'évolution des charges a été arrêtée à 4,66% (soit 2 646 M€ de ressources nouvelles). Par ailleurs, l'effort d'économie demandé à ces mêmes établissements a été fixé à 460 M€ (dont 180 M€ au titre de l'augmentation du forfait journalier, 80 M€ au titre de la mise en place des 18€ et 280 M€ sur les achats et restructurations). Ainsi, le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier pour l'exercice 2007 a été fixé à 3,49%.

La répartition de ce taux d'évolution par sous objectif s'est faite comme suit :

Base 2007			
MN 2007			
Objectifs 2007			
Taux d'évolution de l'objectif par rapport à la base			
	<b>ODMCO/MIGAC</b>		
<b>total</b>			
45 715,53			
1 667,90			
47 383,43			<b>3,65%</b>
	<b>ODMCO</b>		
<b>total</b>			
40 244,85			
1 138,76			
41 383,61			2,83%
	<b>MIGAC</b>		
<b>total</b>			
5 470,68			
529,14			
5 999,82			9,67%
	<b>ODAM/OQN</b>		
<b>total</b>			
16 630,28			
469,54			
17 099,82			<b>2,82%</b>
	<b>ODAM</b>		
<b>total</b>			
14 812,48			
375,62			
15 188,11			

		2,54%
DAF		
13 460,13		
347,97		
13 808,11		2,59%
USLD		
1 352,35		
27,65		
1 380,00		2,04%
	OQN	
OQN PSY/SSR		
1 817,80		
93,91		
1 911,71		5,17%
	FMESPP	
<b>total</b>		
327,00		
49,00		
376,00		14,98%
<b>Total</b>		
62 673,28		
2 186,44		
64 859,72		3,49%

Ainsi, pour les ressources des établissements antérieurement sous dotation globale, l'évolution a été fixée à +2,54 %, pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. Pour ces mêmes activités, l'évolution des ressources a été fixée à +5,17% pour les établissements privés sous OQN.

Pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, l'évolution des ressources communes aux deux secteurs a été arrêtée à +9,67%.

Pour les dépenses relatives à l'activité MCO des établissements de santé des deux secteurs, l'évolution des dépenses a été arrêtée à +2,83%. Cette évolution comprend l'évolution des dépenses de molécules onéreuses et de DMI facturables en sus, celle des forfaits annuels (urgence, greffes et prélèvements d'organes) et celle de la DAC et de l'activité tarifées

Pour les médicaments et DMI en sus, l'évolution a été fixée à +12,14%.

Pour les forfaits annuels, les mesures nouvelles affectées à ce poste s'élèvent à 18,3 M€, soit une évolution de +2,06%.

Pour les établissements antérieurement sous DG, la fraction de tarifs a été fixée à 50%. La répartition des mesures nouvelles entre la DAC et la part tarifs ne s'est pas faite uniformément, mais les mesures nouvelles ont été intégralement affectées sur la part tarifs.

Pour les deux secteurs, l'augmentation en volume de l'activité MCO a été prévue à +1,7% et l'évolution moyenne des tarifs au 1<sup>er</sup> mars s'est élevée à +1,26%.

Si l'évolution moyenne des tarifs a été identique pour les deux secteurs, des modulations de tarifs propres à chaque secteur sont intervenues.

S'agissant des établissements antérieurement financés par dotation globale, les mesures ciblées ont porté notamment sur :

- l'hématologie ;
- la prise en charge des AVC ;
- le cancer et la périnatalogie, en complément des financements prévus dans les plans « cancer » et « périnatalité » ;
- la prise en charge des sevrages complexes au titre du plan « addictologie ».
- La prise en compte des démences en tant que morbidité associée aux séjours dans le cadre du plan « solidarité grand âge ».

Certaines activités spécialisées et de haute technicité ont bénéficié de revalorisation de tarifs, notamment la réanimation pédiatrique, le traitement des brûlures étendues et le traitement de l'épilepsie, ainsi que les prélèvements d'organe sur cœur arrêté. Ces revalorisations ont représenté plus de 83 millions d'euros.

Outre le passage de cinq GHM à 100 % de la fraction tarifaire, le développement de la chirurgie ambulatoire a également été encouragé par des mesures de modulation tarifaire afin de rendre les prestations de chirurgie ambulatoire plus attractives par comparaison avec l'hospitalisation complète. Dans ce but, un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours a été effectué. Il a été décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples pour les établissements antérieurement financés par dotation globale.

S'agissant des établissements privés relevant antérieurement de l'OQN, outre la transposition des mesures prévues pour le secteur public, des mesures ciblées ont concerné les activités suivantes :

- l'obstétrique : l'effort de soutien des maternités privées par la revalorisation de certains tarifs est poursuivi ;
- la dialyse à domicile dans le prolongement des mesures intervenues en septembre 2006 ;
- le traitement du cancer dans le cadre du plan « cancer » ;
- la neurochirurgie de la maladie de Parkinson.

Par ailleurs, l'inscription à la CCAM de nouveaux actes médicaux a conduit à la création de nouveaux GHS prévus pour financer les traitements par radiofréquence de l'hypertrophie bénigne de prostate, ainsi que les hémorroïdectomies par agrafage circulaire.

### ***1-2- Les éléments nouveaux ou les changements de règles du jeu au cours de l'année 2007***

Plusieurs éléments ont pu affecter à des titres divers le déroulement de la campagne budgétaire et tarifaire 2007 des établissements de santé publics et/ou privés. Ils méritent d'être rappelés en amont de la présentation des réalisations au regard des objectifs initiaux ou des comparaisons par rapport aux exercices précédents.

S'agissant des **établissements anciennement financés par dotation globale**, l'exercice 2007 a été marqué par plusieurs modifications du dispositif de collecte des données d'activités qui ont pu contribuer à perturber la transmission de ces données :

- la suppression du taux de conversion:

La suppression du taux de conversion<sup>1</sup> est intervenue en janvier 2007. Dans ce cadre, les établissements ont été conduits à revoir leur système d'informations, en vue d'apparier les données PMSI avec les données administratives des patients. Ce changement a introduit la notion d'activité facturée à l'assurance maladie. De fait, depuis 2007, le déclenchement du versement des recettes assurance maladie ne se fait plus sur l'activité réalisée mais bien sur l'activité facturée.

- le passage à un rythme mensuel des données d'activité

Le rythme de transmission des données d'activités s'est accéléré puisque la transmission se fait, depuis avril 2007, selon un rythme mensuel alors qu'il était trimestriel depuis 2004.

- le rattachement des dépenses de médicaments et DMI aux séjours:

La dépense des médicaments et DMI payés en sus doit désormais être rattachée aux séjours au cours desquels ces produits ont été délivrés. Cette obligation est intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2007 pour les médicaments anti-cancéreux ou dérivés de la liste des médicaments payés en sus.

Pour **l'ensemble des établissements de santé**, l'année 2007 a été caractérisée par la création des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SEH) destinés à rémunérer l'environnement de plateau technique sur certains actes externes. Ces modifications sont susceptibles d'avoir eu une incidence sur la répartition de l'activité entre les séjours de moins de 24 heures et les activités externes de ces établissements.

## **II- Rappel de principes méthodologiques sur les données analysées par l'Observatoire**

Il est précisé que les données analysées par l'Observatoire pour l'exercice 2007 sont issues de sources statistiques et portent sur le seul champ régulé des établissements de santé. Les données comptables font l'objet d'une présentation dans le cadre du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale elles portent sur un champ plus large incluant le secteur non régulé, et par ailleurs les modalités de comparaisons entre objectifs et réalisations ne sont pas strictement comparables.

La mise en place progressive à compter de l'exercice 2007 et 2008 d'une nomenclature comptable des dépenses des établissements de santé devrait permettre à terme de rapprocher ces données du niveau des sous-objectifs.

Les sous-objectifs de l'ONDAM suivis par l'Observatoire sont les suivants :

---

<sup>1</sup> Le taux de conversion est le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, calculé par établissement et par année. Il est remplacé par le taux réel de prise en charge de chaque patient en fonction des caractéristiques des soins qu'il a reçus et de sa situation administrative.

- sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité, lui-même décomposé en ODMCO et MIGAC ;
- sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé, comprenant notamment l'OQN SSR et psychiatrie et l'ODAM (DAF et USLD), les autres composantes de ce sous-objectif n'étant pas étudiées ici

L'analyse conduite par l'Observatoire au titre de l'année 2007 consiste à mesurer les réalisations de dépenses d'assurance maladie au regard des prévisions d'objectifs au titre de ce même exercice, en valeur absolue, comme en taux de progression. Dans toute la mesure du possible, cette analyse décompose ce taux de progression entre l'effet prix et l'effet volume.

*Précisions sur la décomposition prix/volume des dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé*

La progression des réalisations d'un exercice sur l'exercice antérieur est mesurée grâce au rapport entre les versements de l'assurance maladie au titre de l'activité MCO évaluées à 100% des tarifs de l'exercice N, d'une part, et les mêmes valeurs de l'exercice N-1, d'autre part. Ce taux de progression doit ensuite être décomposé entre celui des tarifs et celui du volume.

Le taux de progression des tarifs est calculé en fonction du calendrier de mise en œuvre des évolutions de tarifs pour les deux campagnes tarifaires successives.

Ainsi, à titre d'exemple, sur le secteur des établissements antérieurement sous DG, lors des campagnes tarifaires 2006 et 2007, les tarifs ont évolué, en moyenne, de la manière suivante :

- 1% au 1<sup>er</sup> mars 2006 ;
- +1,26% au 1<sup>er</sup> mars 2007.

Pour simplifier, sur l'exercice 2007, pour douze mois, l'évolution des tarifs est évaluée à +0,88%, soit -1% sur 2 mois et +1.26% sur 10 mois. Un calcul plus précis devrait conduire à tenir compte également de l'impact de l'évolution des tarifs de l'année précédente (soit l'effet sur janvier et février 2007 de l'augmentation du 1<sup>er</sup> mars 2006). Ainsi sera appréciée l'évolution des tarifs moyens 2007 par rapport à l'évolution des tarifs moyens 2008.

Le taux de progression du volume est ensuite estimé comme le solde entre le taux de progression des dépenses (en valeur) et le taux d'évolution des tarifs calculé selon la méthode décrite ci-dessus. Ainsi, le taux de progression en volume est un concept plus large que la simple mesure de la progression du nombre de séjours (i.e..évolution « physique » de l'activité). Il mesure, en plus de l'augmentation physique de l'activité (qui intègre également l'incidence de l'augmentation des capacités), l'évolution de la structure de l'activité, c'est à dire l'évolution de sa lourdeur (déformation du case-mix). Ainsi, à nombre de séjours stable ou même en diminution, le volume mesuré peut progresser dès lors que les séjours pris en charge sont plus lourds, (plus de séjours codés avec CMA par exemple).

### **III - Analyse détaillée des réalisations 2007 pour les établissements de santé**

#### ***3-1- Les dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO/MIGAC)***

### *3-1-1-Réalisations de la campagne tarifaire pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale*

Les résultats issus des différentes sources de données (PMSI, ARBUST) permettant le suivi des objectifs hospitaliers indiquent que **les réalisations 2007 font apparaître une légère sous consommation des prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des établissements de santé antérieurement sous DG lors de la construction des objectifs 2007**. Celle-ci s'établit à -35 M.€ : -33 M.€ au titre de l'ODMCO et -2 M.€ au titre des MIGAC.

#### - ODMCO

Les réalisations 2007 sont compatibles avec l'objectif ODMCO 2007.

Sur la DAC, l'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 5,3M€.

Au total, la part activité (activité GHS et activité externe, dialyse, HAD) connaîtrait une évolution en dépenses estimée à **2,5%**. La neutralisation de l'effet prix et de l'effet lié à la suppression du taux de conversion permet d'obtenir **un effet volume estimé à 1.9% sur les séjours et une stabilité des consultations et actes externes**. Le poste « Médicaments et DMI » évolue, lui, de 16.5%.

Il convient toutefois de noter que les résultats disponibles comportent à ce stade des éléments de prévision. En effet, la suppression du taux de conversion pour le secteur ex DG a introduit un décalage entre la date de production des soins et la date de remboursement. Par ailleurs, ce changement a également entraîné des modifications des systèmes d'informations des établissements qui ont entraîné une perte d'exhaustivité de l'information codée (exhaustivité qui devrait être rattrapée en 2008).

#### - MIGAC

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 6 193 M€.

Pour pouvoir être comparées à l'objectif, ces réalisations doivent être corrigées pour neutraliser le mouvement, opéré en fin de campagne, de transferts de crédits DAC / MIGAC dans le cadre du passage à 100% tarifs (transfert de 258M€). Ainsi, les réalisations corrigées s'élèvent à 5 932 M€. **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à -2,4M€.**

### *3-1-2- Analyse détaillée des réalisations 2007 sur le secteur ex-OQN*

Les résultats issus des différentes sources de données (PMSI, ARBUST, SNIIRAM) permettant le suivi des objectifs hospitaliers indiquent que **les réalisations 2007 font apparaître une légère sous consommation des prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des établissements de santé antérieurement sous OQN lors de la construction des objectifs 2007**. Celle-ci s'établit à -7 M€ : +3 M€ au titre de l'ODMCO et - 10 M€ au titre des MIGAC.

#### - ODMCO

Les données relatives à l'exécution de la campagne 2007 concernant les cliniques privées sont établies sur la base de deux méthodes statistiques:

- l'exploitation des données du SNIIRAM ;
- l'exploitation des données du PMSI complétées par les données du SNIIRAM.



Une fiche technique jointe en annexe explicite les sources utilisées<sup>2</sup>.

Ces deux méthodes conduisent pour l'exercice 2007 à des écarts, faibles en ce qui concerne les réalisations en valeur, plus significatifs en ce qui concerne les variations 2006-2007. **Toutefois, les résultats sur les deux exercices 2006 et 2007 sont globalement cohérents ; les différences sur 2007 seraient donc imputables à des questions de rattachement des dépenses à chacun des deux exercices.**

**Quelle que soit la source statistique utilisée, et en dépit des incertitudes qui demeurent sur le constat définitif, les résultats font apparaître que le niveau de l'activité MCO des cliniques privées serait compatible avec les hypothèses retenues lors de la construction des objectifs 2007.**

Selon la source SNIIRAM/PMSI, l'évolution globale des dépenses relatives à l'activité MCO en 2007 calculée par rapport aux réalisations pour l'exercice 2006 est estimée à +3,6% : +3,5% pour la part tarifs et + 4,5% pour les médicaments et DMI facturables en sus.

Sur la part tarifs, compte tenu de l'augmentation moyenne des tarifs opérée en 2007 (+1,26%) et de la baisse réalisée sur l'exercice 2006 (-1%), l'effet prix est évalué à 1,5% environ. Aussi, le volume d'activité évoluerait de **1,9%**.

S'agissant de l'exploitation de la source SNIIRAM seule, les dépenses apparaissent en hausse de +1,7% en 2007, soit **0,8% en volume** (après correction des tarifs et de la participation de l'assuré).

Les analyses déjà engagées afin d'identifier les causes des écarts ainsi constatés entre les sources doivent être poursuivies durant l'été par l'ATIH et la CNAMTS (cf.infra, alinéa 4-2).

#### - MIGAC

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 54 M€. Pour mémoire, la prévision des dépenses pour le secteur lors de la construction des objectifs 2007 s'élevait à 65 M€.

**L'écart entre les prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM du secteur hospitalier et les délégations des ARH s'élève à -10,5M€.**

**Toutefois l'évolution sur ce poste est très importante avec un taux de progression de +47,5%.**

### *3-2- Autres dépenses relatives aux établissements de santé (ODAM et OQN psychiatrie-SSR)*

#### *3-2-1- O DAM*

Sur la DAF, la réalisation de la campagne 2007 par les régions montre que les délégations régionales s'élèvent à 13 829 M€. **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 16,4M€.**

Pour la dotation de soins USLD, la réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 1

---

<sup>2</sup> Cf annexe n° 2-b, qui explicite les méthodes employées sur les deux sources statistiques.

377 M€. L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 1,6M€.

### 3-2-2 Champ OQN SSR et psychiatrie

Dans ce secteur, et comme le précise la note de méthodologie précitée (cf supra), les différences de sources utilisées restent minimales avec des écarts inférieurs à la dizaine de millions d'euros.

Globalement, dans les deux cas, les réalisations 2007 des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation se situeraient à un niveau légèrement inférieur à l'objectif du secteur, de l'ordre de 25 à 30 M.€ sur un total de dépenses de près de 1,9 MM.€.

Le taux prévisionnel des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006 est évalué à +7,2%, soit un taux supérieur au taux retenu pour la construction de l'objectif 2007. Il convient de rappeler que le constat 2006 s'est avéré être inférieur à l'objectif de 62 M€. Ainsi, l'écart observé entre le taux d'évolution des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006 (+7,2%) et le taux d'évolution des dépenses 2007 par rapport aux objectifs 2006 correspond à la sous consommation 2006 qui a été partiellement rattrapée en 2007.

Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2007 et 2006, la neutralisation de l'effet prix conduit à estimer l'évolution du **volume 2007 à +4,9%** pour ce secteur.

On relèvera le caractère particulièrement dynamique des dépenses du secteur des SSR, qui selon la source SNIIRAM, augmentent de +7.5% en 2007. Ce poste est en forte augmentation depuis plusieurs années. Le rythme de croissance avait diminué en 2006 et sur le premier trimestre 2007 (+6.4% pour le régime général). Par contre, depuis, la croissance est plus forte (+7.9% pour le 2<sup>ème</sup> trim, +8.5% pour le 3<sup>ème</sup> et + 8.9% pour le 4<sup>ème</sup>).

La tendance pour la psychiatrie est un peu moins dynamique avec une augmentation de +4.8% en 2007. Ce poste connaît une évolution régulière depuis 2 ans. Le rythme s'est un peu accéléré (comme pour les SSR) depuis le deuxième trimestre 2007.

### 3-3- Analyse et commentaires d'ensemble pour le secteur des établissements de santé

**Au total sur l'ensemble des agrégats suivis par l'Observatoire, on relève que les résultats statistiques de la campagne 2007 sont compatibles avec les prévisions de construction des sous-objectifs correspondants de l'ONDAM, comme le montrent les deux tableaux de synthèse joints en annexe 2-d au présent rapport.**

Une légère sous-consommation globale de l'ONDAM hospitalier régulé apparaît, avec selon les hypothèses retenues pour le secteur ex OQN-MCO des variantes, comme récapitulé dans les deux tableaux suivants :

	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs	Réalisations prévisionnelles	Ecart réalisations/montants prévisionnel	Taux d'évolution 2007/2006
<b>Total objectif hors champ non régulé</b>	<b>64 483</b>	<b>64 426</b>	<b>-57</b>	<b>3,19%</b>
Etablissements de santé tarifés à l'activité	47 383	47 340	-43	3,38%
ODMCO	41 383	41 353	-30	2,75%
MIGAC	5 999	5 986	-13	7,90%

Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 099	17 086	-13	2,67%
ODAM	15 188	15206	18	2,14%
OQN Psy/SSR	1 912	1 880	-32	7,15%

Source : Données SNIIRAM, PMSI- CNAMTS et ATIH

	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs	Réalisations prévisionnelles	Ecart réalisations/montants prévisionnel	Taux d'évolution 2007/2006
<b>Total objectif hors champ non régulé</b>	<b>64 483</b>	<b>64 429</b>	<b>-54</b>	<b>2,91%</b>
Etablissements de santé tarifés à l'activité	47 383	47 338	-45	3,01%
ODMCO	41 383	41 351	-32	2,34%
MIGAC	5 999	5 986	-13	7,90%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 099	17 091	-8	2,62%
ODAM	15 188	15 206	18	2,14%
OQN Psy/SSR	1 912	1 885	-27	6,68%

Source : Données SNIIRAM, PMSI- CNAMTS et ATIH

### 3-4- Analyse spécifique sur le secteur de l'hospitalisation à domicile

Pour les établissements antérieurement sous DG, le secteur HAD représente une part très limitée de l'activité MCO (1,8% des dépenses MCO). Toutefois, ce secteur connaît une activité en forte évolution puisque le taux d'évolution des dépenses de ce secteur (activité + Médicaments et DMI) est évalué à +14,4% ; évolution qui se décompose en :

- +13,5% sur les GHT
- + 37,9% sur les médicaments et DMI.

Le secteur de l'hospitalisation à domicile (HAD) représente pour les établissements de santé ex-OQN une part encore limitée des versements à la charge de l'assurance maladie (il représente, en 2007, 2,5% des frais de séjour du champ ODMCO). Néanmoins, il est en fort développement : le taux de croissance des versements à la charge de l'assurance maladie est de + 43 % en 2007.

### 3-5- Autres analyses explicatives des réalisations 2007

Au-delà des analyses centrées sur les versements de l'assurance maladie au titre des établissements de santé, l'Observatoire a examiné quelques études complémentaires qui permettent d'étayer ces éléments, notamment s'agissant de l'activité des établissements de santé anciennement sous dotation globale à partir de la base PMSI, à la fois sur le nombre de séjours et sur les évolutions par CMD.

### 3-5-1- Evolution globale en nombre de séjours

Une analyse plus fine consiste à examiner le volume de l'activité produit par les établissements. Pour ce faire, les données transmises pour les exercices 2006 et 2007 ont été utilisées<sup>3</sup>. Il convient de noter que s'agissant des séjours non pris en charge par l'assurance maladie (conventions internationales, aide médicale, etc.), ils sont bien entendu exclus de l'activité 2007 mais compris dans l'activité 2006 puisque non repérables. L'évolution observée sera donc analysée en tenant compte du poids de ces séjours, qui sont comptabilisés en 2006 et non pris en compte en 2007 (en moyenne le poids de séjours non pris en charge par l'assurance maladie vaut 1,67%, mais est très variable selon les établissements).

Le volume d'activité peut se mesurer en nombre de séjours mais également en séjours pondérés par les tarifs. L'évolution de ces derniers permet de mesurer le dynamisme de l'activité tout en tenant compte de l'évolution de la structure (ainsi, une activité stable en nombre de séjours mais à la hausse en effectifs pondérés traduit une évolution de la lourdeur de l'activité et/ou un meilleur codage des CMA).

	Evolution du nombre de séjours	Evolution du nombre de journées	Evolution des effectifs pondérés
<b>APHP</b>	<b>-0,44%</b>	<b>-0,49%</b>	<b>0,30%</b>
<b>CH</b>	<b>0,46%</b>	<b>0,65%</b>	<b>1,99%</b>
<b>CHR</b>	<b>-0,85%</b>	<b>-0,53%</b>	<b>0,79%</b>
<b>CLCC</b>	<b>0,72%</b>	<b>1,35%</b>	<b>2,28%</b>
<b>EBNL<sup>4</sup></b>	<b>4,08%</b>	<b>4,37%</b>	<b>5,73%</b>
<b>Total France</b>	<b>0,34%</b>	<b>0,53%</b>	<b>1,80%</b>

La catégorie d'établissements la plus dynamique est celle des établissements à but non lucratif. Viennent ensuite les CLCC et les CH (pour cette catégorie également 36 établissements font l'objet d'une correction). Les CHR sont, en revanche, moins dynamiques que l'évolution moyenne observée.

Ces résultats montrent également que quand bien même l'évolution du nombre de séjours est à peu près stable, voire à la baisse pour les CHR, l'évolution de l'activité pondérée est en hausse, avec un écart de 1,5% par rapport à l'évolution du nombre de séjours. Ainsi, la structure d'activité est toujours plus lourde (ou les CMA mieux codées).

### 3-5-2- Evolution du nombre de séjours par catégorie majeure de diagnostics

<sup>3</sup> Ces données correspondent aux séjours, en dehors des séjours de la CMD 90 (séjours groupés en erreur), des prestations inter établissements et des séjours des GHS 9999 (chirurgie esthétique, etc.).

<sup>4</sup> Etablissements à but non lucratif autres que les CLCC

CMD V10	libellé	Valorisation par les tarifs 2007	Evolution du nombre de séjours	Evolution du nombre de journées	Evolution des effectifs pondérés
CMD 01	Affections du système nerveux	2 012,5	-0,25%	-1,18%	0,82%
CMD 02	Affections de l'œil	228,0	-10,56%	-7,87%	-8,81%
CMD 03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	448,0	-1,63%	-2,83%	-1,01%
CMD 04	Affections de l'appareil respiratoire	<b>2 330,8</b>	<b>3,33%</b>	<b>2,78%</b>	<b>3,47%</b>
CMD 05	Affections de l'appareil circulatoire	2 990,7	0,33%	-0,35%	1,15%
CMD 06	Affections du tube digestif	2 065,9	-0,30%	-0,56%	0,65%
CMD 07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	882,6	1,00%	-0,45%	1,19%
CMD 08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	<b>2 594,0</b>	<b>2,09%</b>	<b>0,34%</b>	<b>3,43%</b>
CMD 09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	675,2	0,48%	-0,84%	1,49%
CMD 10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	687,1	-1,81%	-2,82%	-0,87%
CMD 11	Affections du rein et des voies urinaires	856,9	1,58%	1,01%	2,51%
CMD 12	Affections de l'appareil génital masculin	236,8	-0,33%	-1,92%	-0,37%
CMD 13	Affections de l'appareil génital féminin	385,5	0,14%	-1,50%	1,47%
CMD 14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 640,7	0,87%	0,14%	1,14%
CMD 15	Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1 296,0	0,96%	0,46%	1,18%
CMD 16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	<b>351,8</b>	<b>7,50%</b>	<b>9,16%</b>	<b>11,06%</b>
CMD 17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	673,3	-0,65%	-2,57%	1,09%
CMD 18	Maladies infectieuses et parasitaires	491,4	-1,62%	-2,15%	-0,55%
CMD 19	Maladies et troubles mentaux	431,4	3,57%	2,46%	3,95%
CMD 20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	140,4	2,34%	1,48%	4,42%
CMD 21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	278,5	-2,69%	-5,04%	-3,43%
CMD 22	Brûlures	87,6	-0,11%	0,06%	1,42%
CMD 23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	<b>1 152,8</b>	<b>4,44%</b>	<b>6,64%</b>	<b>9,42%</b>
CM 24	Séjours de moins de 2 jours	<b>3 051,7</b>	<b>-2,50%</b>	<b>0,89%</b>	<b>-0,01%</b>
CMD 25	Maladies dues à une infection par le VIH	71,5	-0,04%	-2,65%	-1,93%
CMD 26	Traumatismes multiples graves	132,5	5,19%	4,13%	4,16%
CM 27	Transplantations d'organes	335,0	2,67%	3,32%	10,72%
CMD 28	Séances	1 383,9	2,97%	2,97%	3,82%
CM 90	Erreurs et autres séjours inclassables	38,7	-5,60%	-8,28%	-10,71%
	<b>total</b>	<b>27 951,5</b>	<b>0,34%</b>	<b>0,53%</b>	<b>1,80%</b>

Pour l'activité France Entière, les CMD qui évoluent le plus rapidement sont respectivement :

- les CMD 16 (Affections du sang et des organes hématopoïétiques) et 23 (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) qui connaissent des fortes évolutions mais qui représentent des masses financières assez faibles ;
- Les CMD 08 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) et 04 (Affections de l'appareil respiratoire).

Il convient de noter que la CMD 24 diminue légèrement avec un effet probable de la création des SEH; les séances sont, en revanche, en augmentation.

#### IV - Axes de travail engagés et à poursuivre

En complément de l'analyse au titre de l'exercice 2007, l'Observatoire a pu tout à la fois mesurer les marges de progrès déjà accomplies au cours des derniers mois, et pointer les éléments susceptibles d'être encore améliorés

#### *4-1- Les travaux menés au sein de l'Observatoire et les autres éléments concourant à l'amélioration des données*

Au niveau du suivi strictement comptable, et dans le cadre des données consolidées in fine dans les TCDC, le changement de nomenclature comptable cohérent avec la définition des différents agrégats et sous-objectifs de l'ONDAM devrait permettre de disposer pour l'exercice 2008 d'une ventilation plus fiable des données TCDC selon les différentes composantes.

Le travail mené par la CNAMTS avec les sections locales mutualistes sur les normes d'échange (nouvelle norme 303 en remplacement de la norme 301) devrait permettre une plus grande qualité des données du SNIRAM (possibilités de renseigner le GHS à terme par les SLM). Le déploiement de cette nouvelle norme est en cours depuis le début du 1<sup>er</sup> semestre 2008, et sera généralisé d'ici à la fin de 2008 ;

Les modifications réglementaires intervenues (sanctions en cas de non transmission) pour améliorer la complétude des données dans les bases PMSI permettent là encore de fiabiliser les données.

#### *4-2- Les pistes de travail à poursuivre*

Compte tenu des différences observées selon les sources utilisées pour le secteur ex OQN-MCO, il a été suggéré que les travaux techniques déjà engagés entre les services techniques de la CNAMTS et l'ATIH soient poursuivis en concertation avec la DHOS et la DSS afin d'identifier si les écarts constatés en 2007, en partie imputables à des bases de référence 2006 différentes (problèmes de rattachement aux exercices 2005 et 2006), étaient liés aux conditions atypiques des campagnes budgétaires et tarifaires 2006 et 2007 (changement de règles tarifaires et impact sur le rythme de facturation). Des travaux sur la base d'échantillons de factures et d'établissements devraient contribuer à ces analyses.

Pour le président de l'Observatoire économique  
de l'hospitalisation publique et privée

**signé**

## **Annexes à la note semestrielle de juin 2008 de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée**

–

### **Fiches et tableaux détaillés par secteur au titre de l'exercice 2007 :**

- a- Réalisations détaillées de la campagne 2007 pour le secteur antérieurement sous dotation globale (ex-DG)
- b- Méthodologie de traitement des données relatives aux dépenses du secteur ex-OQN
- c- Réalisations de la campagne tarifaire 2007 pour le secteur privé (source : données PMSI complétées par données SNIIRAM)
- d- Réalisations de la campagne tarifaire 2007 pour le secteur privé (source : données SNIIRAM)
- e- Tableaux de synthèse des réalisations 2007

**Tableaux et fiches détaillées sur les réalisations 2007.**



## Fiche a

### Réalizations détaillées de la campagne 2007- Secteur antérieurement sous dotation globale (ex DG)

-

#### I. SYNTHÈSE GLOBALE SUR LE SECTEUR EX DG

[1]

	ODMCO	MIGAC	ODAM	total	total dotations (DAC/MIGAC/ODAM)
objectifs 2007	32 353,04	5 934,88	15 188,10	53 476,02	35 119,34
délégations nationales et activités	32 352,99	5 934,73	15 187,98	53 475,70	35 119,02
réalisations brutes 2007 (*)	32 052,79	6 193,45	15 209,19	53 455,42	35 126,50
<b>réalisations 2007 corrigées (délégations régionales après neutralisation des transferts anticipés (crédits DAC transférés en MIGAC réaffectés en DAC) + réalisation activité T4 2007)</b>	<b>32 319,91</b>	<b>5 932,49</b>	<b>15 206,05</b>	<b>53 458,46</b>	<b>35 129,54</b>
<b>ecart réalisation 2007-délégations nationales</b>	<b>- 33,08</b>	<b>- 2,24</b>	<b>18,07</b>	<b>- 17,25</b>	<b>10,52</b>
<b>Evolution</b>	<b>2,76%</b>	<b>9,16%</b>	<b>12,97%</b>	<b>6,18%</b>	<b>6,91%</b>

(\*) : Ces réalisations correspondent aux informations directes issues d'ARBUST s'agissant des dotations. Pour pouvoir être comparées aux objectifs 2007, ces réalisations doivent être corrigées afin de neutraliser la fongibilité anticipée par les régions qui fait l'objet d'un ajustement en base ainsi que les mouvements DAC / MIGAC opérés dans le cadre du passage à 100% tarifs.

Les résultats synthétiques du tableau ci dessus font apparaître une légère sous consommation, de l'ordre de 17M€, du sous objectif des établissements ex DG en 2007. Cette sous consommation s'explique par une sous consommation de l'ODMCO de 33M€ qui concerne l'activité mais également la DAC dans une moindre mesure.

En ce qui concerne la sur consommation de l'enveloppe DAF, elle est due aux écarts d'affectations entre les délégations régionales et les délégations nationales. Ainsi, ces écarts aboutissent à une sous consommation de l'enveloppe DAC à hauteur de 5,3 M€, une sous consommation de l'enveloppe MIGAC (ex DG et ex OQN) de 12,8M€ au profit de l'enveloppe DAF (+18,1 M€). Ces mouvements entre enveloppes sont naturellement neutres pour l'objectif des dépenses de l'assurance maladie.

## II. ODMCO

### 2-1- Synthèse globale sur l'ODMCO pour le secteur ex DG

Le tableau suivant présente les résultats sur l'ODMCO pour le secteur ex DG.

Les réalisations 2007 montrent une légère sous consommation de 33M€ par rapport aux prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des établissements antérieurement sous DG au moment de la construction des objectifs 2007. Il convient toutefois de noter que les résultats disponibles comportent à ce stade des éléments de prévision. En effet, la suppression du taux de conversion pour le secteur ex DG a introduit un décalage entre la date de production des soins et la date de remboursement. Par ailleurs, ce changement a également entraîné des modifications des systèmes d'informations des établissements, qui ont entraîné une perte d'exhaustivité de l'information codée (exhaustivité qui devrait être rattrapée en 2008).

	ODMCO	dont activité	dont forfaits	dont DAC
objectifs 2007	32 353,04	17 496,61	860,07	13 996,35
délégations nationales	32 352,99	17 496,61	860,07	13 996,30
réalisations brutes 2007 (*)	32 052,79	17 428,14	900,78	13 723,87
<b>réalisations 2007 corrigées (délégations régionales après neutralisation des transferts anticipés (crédits DAC transférés en MIGAC réaffectés en DAC) + réalisation activité T4 2007)</b>	<b>32 319,91</b>	<b>17 428,14</b>	<b>900,78</b>	<b>13 990,99</b>
<b>ecart réalisation 2007-délégations nationales</b>	<b>- 33,08</b>	<b>- 68,47</b>	<b>40,70</b>	<b>- 5,31</b>
<b>Evolution par rapport à la base 2007</b>	<b>2,76%</b>	<b>4,71%</b>	<b>6,76%</b>	<b>0,19%</b>

(\*) : Ces réalisations correspondent aux informations directes issues d'ARBUST s'agissant des dotations. Pour pouvoir être comparées aux objectifs 2007, ces réalisations doivent être corrigées afin de neutraliser la fongibilité anticipée par les régions qui fait l'objet d'un ajustement en base ainsi que les mouvements DAC / MIGAC opérés dans le cadre du passage à 100% tarifs.

### 2-2- La Dotation Annuelle complémentaire

Pour mémoire, au sein de l'objectif des dépenses relatives aux activités de soins Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO) pour l'année 2007, le montant cible de la dotation annuelle complémentaire s'élevait à 13 996 M€. Les délégations nationales notifiées par voie de circulaire pour l'année 2007 conduisent à une dotation égale à l'objectif.

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 13 991 M€.

Par conséquent, **l'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 5,3M€.**

Il convient de noter que pour réaliser cette analyse de comparaison des réalisations à l'objectif **le transfert de crédits opérés en fin de campagne entre la DAC et l'enveloppe MIGAC a été neutralisé.**

En effet, pour garantir la neutralité des ressources dans le cadre du passage à 100% tarifs en 2008, la DAC a dû être épurée de crédits non couverts par les tarifs. Ces crédits sont de deux natures :

- les crédits DAC 100 correspondant aux montants destinés à être transférés (sincérité des comptes et décentralisation des écoles) ; ces crédits isolés en DAC depuis la mise en place de la TAA n'ont jamais été soumis à la fraction de tarif ;
- les crédits non reconductibles alloués en DAC ; ces crédits étant non pérennes, ils ont chaque année étaient positionnés en MIGAC lors de la construction des bases régionales.

Afin de ne pas créer de sur dotation artificielle, l'ensemble des ces crédits ont été transférés en AC. Ainsi, en fin d'année 2007, les ARH ont notifié aux établissements de santé des dotations annuelles complémentaires n'incluant plus ces montants.

**Le montant des crédits ainsi transférés s'élève à 258 M€ dont 235 M€ au titre des crédits isolés en DAC 100.**

### *2-3- L'activité MCO des établissements antérieurement sous DG*

Les données d'activités de l'année 2007 font apparaître une **évolution des dépenses pour l'activité MCO des établissements ex DG compatible avec l'objectif des dépenses MCO** de ces mêmes établissements. Les données d'activités de l'année 2007 ainsi que les notifications des forfaits annuels font apparaître une évolution des dépenses pour l'activité MCO des établissements ex DG qui serait inférieure à l'objectif des dépenses MCO de ces mêmes établissements. Ces données montrent en effet une **sous consommation qui serait d'environ 28M€**.

Cette sous consommation peut être décomposée par une sur consommation de 41 M€ sur les forfaits annuels et par une sous consommation de 69 M€ sur l'activité (GHS et suppléments, GHT, actes et consultations externes, médicaments et DMI).

<b>Etablissements antérieurement sous DG</b>				
<b>Activité à la fin 2007</b>				
<b>Part activité 2007 (fraction tarifaire à 50%)</b>				
<b>Hypothèse moyenne: a=3 b=1.7 c=-10</b>				
<b>Montants en M€</b>				
	Réalisations prévisionnelles 2007	Evolution des dépenses de l'activité à 100% (hors HAD) en année pleine 2007/2006	Objectifs 2007	Ecart objectifs - réalisations
Activités GHS et GHT (y compris la dialyse et les suppléments aux GHS)	13 769,82	3,6%		
Activités externes (y compris ATU, IVG, etc.)	1 403,43	-7,7%		
<b>Total activités</b>	<b>15 173,25</b>	<b>2,4%</b>	<b>15 313,74</b>	<b>140,49</b>
Médicaments payés en sus	1 591,03	18,4%		
DMI payés en sus	663,87	12,3%		
<b>Total Médicaments et DMI payés en sus</b>	<b>2 254,89</b>	<b>16,5%</b>	<b>2 182,88</b>	<b>- 72,02</b>
<b>Total</b>	<b>17 428,14</b>	<b>3,3%</b>	<b>17 496,62</b>	<b>68,47</b>

### *2-3-1- L'activité MCO*

La part activité (activité GHS et suppléments, activité de dialyse, activité d'HAD et activité externe) atteint, en dépenses, 15,173 Mds d'€. L'objectif de la part activité pour les établissements antérieurement sous dotation globale s'élevant à 15,313 Mds d'€, ce résultat conduit à une sous consommation de 140 M€.

La hausse des tarifs du secteur intervenue au 1 mars 2007 de 1,26% conduit à évaluer l'effet prix des dépenses constatées à environ -0,9% (l'évolution des tarifs ne concerne que les séjours, le niveau de tarif des consultations et actes externes étant régulé dans d'autres cadres). Par ailleurs, il convient de neutraliser les effets liés à la suppression du taux de conversion. En effet, en 2006, les dépenses d'assurance maladie étaient obtenues par application d'un taux moyen de prise en charge calculé globalement sur les séjours et les consultations et actes externes. En 2007, les dépenses AM sont directement calculées selon la situation administrative du patient. Ainsi, à niveau d'activité constante, la suppression du taux de conversion fait attendre sur le poste « activité externe » une baisse mécanique d'environ 7,8% (exclusivement liée au fait qu'en 2006, la conversion en dépenses assurance maladie se faisait par le biais d'un taux moyen global : séjours et activité externe). A l'inverse, sur les séjours, devrait être observée une hausse mécanique de 0.9%.

**L'évolution des dépenses relatives à l'activité à 100%<sup>5</sup> comprenant l'activité HAD est évaluée à 2,5%**, dont respectivement 3,7% sur les séjours et GHT et -7,7% sur les consultations et actes externes.

**La neutralisation de l'effet prix et de l'effet lié à la suppression du taux de conversion permet d'obtenir un effet volume estimé à 1.9% sur les séjours et une stabilisation des consultations et actes externes, soit au total une évolution de l'activité de 1,7%.**

### *2-3-2- Les médicaments et DMI*

Les dépenses de médicaments et de DMI dépasseraient les prévisions de dépenses réalisées pour ce poste dans la cadre de la construction des objectifs 2007. Les dépenses correspondantes atteignent 2,255 Mds d'€ pour un objectif de 2,183, soit un dépassement de 72 M€.

Les médicaments onéreux payés en sus connaîtraient une évolution d'environ 18,4%, tandis que les DMI augmenteraient de 12,3%. Au total les médicaments et DMI facturables en sus évolueraient de 16,5%.

Le taux d'évolution des dépenses retenu au moment de la construction des objectifs était de 15%. Les données de l'année 2007 font donc apparaître un dépassement de ce taux. Il convient d'être prudent sur l'interprétation de ces résultats qui sont basés sur des travaux de correction d'exhaustivité et d'extrapolation, notamment en ce qui concerne les médicaments et DMI dont les dépenses doivent être rattachées aux séjours.

---

<sup>5</sup> L'évolution de l'activité est appréciée en comparant l'activité estimée en année pleine 2007 valorisée à 100% des tarifs 2007 (ou 2006 sur les deux premiers mois d'activité) à l'activité réalisée en 2006 valorisée à 100% par les tarifs 2006 (ou 2005 sur les deux premiers mois).

### III. MIGAC

Pour mémoire, pour l'année 2007, l'objectif global de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation s'élevait à 6 000 M€. Pour les établissements antérieurement sous DG, les prévisions de dépenses réalisées sur cette enveloppe s'élevaient à 5 935 M€.

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 6 193 M€.

Pour pouvoir être comparées à l'objectif, ces réalisations doivent être corrigées pour neutraliser le mouvement opéré en fin de campagne de transferts de crédits DAC / MIGAC dans le cadre du passage à 100% tarifs (cf.supra). Ainsi, les réalisations corrigées s'élèvent à 5 932 M€.

Ainsi les établissements ex DG se sont vus attribuer 2,2 M€ de moins que les prévisions de dépenses relatives à ce secteur réalisées lors de la construction des objectifs 2007. Cette sous-consommation a permis une délégation de crédits sur l'enveloppe DAF supérieure aux délégations nationales.

### IV. ODAM

#### a. Synthèse sur l'ODAM

Le tableau suivant présente les résultats sur l'ODAM.

	ODAM	dont DAF (y compris SSA INI, Fresnes, St Pierre et Miquelon, Mayotte )	dont USLD
objectifs 2007	15 188,10	13 808,10	1 380,00
délégations nationales	15 187,98	13 812,89	1 375,09
réalisations brutes 2007 (*)	15 209,19	13 833,02	1 376,16
<b>réalisations 2007 corrigées (délégations régionales après neutralisation des transferts anticipés)</b>	<b>15 206,05</b>	<b>13 829,31</b>	<b>1 376,74</b>
<b>écart réalisation 2007-délégations nationales</b>	<b>18,07</b>	<b>16,42</b>	<b>1,65</b>

(\*) : Ces réalisations correspondent aux délégations de crédits renseignées dans ARBUST. Pour pouvoir être comparées aux objectifs, ces réalisations doivent être corrigées pour neutraliser les transferts anticipés qui sont pris en compte lors de la fongibilité opérée en base pour 2008.

#### b. La dotation annuelle de financement

Pour mémoire, pour l'année 2007, l'objectif de la dotation annuelle de financement s'élevait à 13 808 M€ (y compris SSA INI, Fresnes, St Pierre et Miquelon, Mayotte). Les délégations nationales notifiées par voie de circulaire pour l'année 2006 conduisent à une dotation de 13 813 M€ (pour mémoire, un transfert de 4,9M€ a été opéré entre la dotation annuelle de financement et la dotation de soins USLD).

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 13 829 M€.

**Par conséquent, l'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 16,4M€.**

*c. La dotation de soins USLD*

Pour mémoire, pour l'année 2007, l'objectif de la dotation annuelle de soins USLD s'élevait à 1 380 M€. Les délégations nationales notifiées par voie de circulaire pour l'année 2006 conduisent à une dotation de 1 375 M€.

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 1 377 M€.

**Par conséquent, l'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 1,6M€.**

## Fiche b

### Méthodologie de traitement des données relatives aux dépenses des cliniques privées antérieurement sous OQN et sous OQN

—

#### I. Activités MCO

Les données d'activités MCO des cliniques privées sont disponibles selon deux sources d'informations :

- les remboursements de l'assurance maladie (SNIIRAM) ;
- les données issues du PMSI qui appartiennent aux factures adressées à l'assurance maladie et les données médico-économiques collectées selon les nomenclatures du PMSI.

Il convient de rappeler que l'activité MCO regroupe également les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile.

##### *1-1- Champ du PMSI*

Les données du PMSI couvrent totalement les activités MCO, à l'exception de la dialyse et de l'HAD.

S'agissant de l'activité de la dialyse, celle réalisée en centre est très bien couverte par le PMSI. En revanche, l'activité de l'alternative à la dialyse en centre est très peu recensée dans ce cadre. En effet, les associations concernées ne fournissent pas le PMSI dans leur très grande majorité.

En ce qui concerne l'HAD, elle est appréciée à travers un dispositif spécifique (RAPSS) qui n'apparie pas encore les données d'activités médico-économiques et les factures adressées à l'assurance maladie.

Il convient également de noter que l'activité d'urgence (ATU, FFM et forfait annuel) n'est pas couverte par le PMSI.

Enfin, les prestations financées par forfaits techniques (SCANNERS, IRMN, etc.) ne sont pas collectées dans le PMSI.

En résumé, dans l'optique de l'utilisation des données du PMSI pour apprécier la réalisation des objectifs du secteur, le PMSI couvre l'activité MCO hors certaines activités. Il s'agit de l'activité dialyse en alternative à la dialyse en centre, de l'activité HAD, de l'activité d'urgence et des forfaits techniques. Aussi, les montants issus du PMSI ne peuvent être comparés directement à l'objectif MCO des cliniques privées ; il faut pour cela apprécier au préalable les montants relatifs aux activités MCO non couvertes par le PMSI. Ces montants ne peuvent être évalués qu'à l'aide des données de remboursement de l'assurance maladie. Ils représenteraient environ 8,7% des dépenses MCO des cliniques privées.

### *1-2- Champ des remboursements de l'assurance maladie*

Les remboursements de l'assurance maladie couvrent l'ensemble de l'activité MCO, y compris les activités non couvertes par le PMSI (l'activité dialyse en alternative à la dialyse en centre, de l'activité HAD, de l'activité d'urgences et des forfaits techniques). Le champ couvert par ces remboursements va toutefois au delà du champ régulé. Ainsi, les activités des établissements installés hors du territoire national sont recensées pour les assurés sociaux relevant des régimes obligatoire: il s'agit des établissements de Monaco, notamment.

Les forfaits techniques relatifs à des appareils gérés par des professionnels de santé en dehors de tout établissement de santé sont également retracés par les remboursements de l'assurance maladie.

L'exploitation des dépenses d'assurance maladie nécessite de se limiter strictement au champ de l'ODMCO. A cette fin, deux solutions peuvent être envisagées :

- l'établissement d'une liste des établissements entrant dans le champ pour ne prendre en compte que l'activité MCO de ces établissements, c'est le choix qui est opéré par l'ATIH pour confronter les données du PMSI et les données du SNIIRAM.
- la mise en place de filtres sur la base de critères (catégorie d'établissements, disciplines de prestations, statut juridique, mode de financement, nature de prestations, etc.) permettant de s'assurer de la limitation sur le champ concerné ; c'est cette méthode qu'utilise la CNAMTS sur le SNIIRAM pour réaliser son suivi des dépenses.

### *1-3- Comparaison des données du PMSI et celles issues des remboursements de l'assurance maladie (SNIIRAM).*

Pour permettre le suivi des dépenses des établissements, qui pourrait se faire notamment à l'aide des données du SNIIRAM, et l'analyse médicalisée et fine de l'activité de ces établissements, qui serait opérée à l'aide du PMSI, il convient de s'assurer de la cohérence entre ces deux sources. Il convient par conséquent de confronter les données issues de ces sources d'informations. Il faut noter que dans le cadre de cette confrontation, il n'y a pas de raison de penser que les données du SNIIRAM soient plus valides que celles du PMSI, ou l'inverse. Les deux sources ont des défauts d'exhaustivité propres.

Pour le PMSI, il s'agit de son caractère déclaratif. Même si les établissements ont l'obligation de fournir ces informations, il n'y a pas encore réellement de sanction en l'absence de fourniture de ces informations. La parution du décret relatif à ces sanctions est toutefois imminente.

En ce qui concerne le SNIIRAM, l'absence d'exhaustivité est liée à la multiplicité des organismes de liquidation (16 régimes, plus d'une cinquantaine de sections locales mutualistes, etc.). Tous ces organismes n'ont pas les mêmes systèmes de liquidation et



certaines ont beaucoup de difficultés à intégrer dans leur dispositif de liquidation les différentes évolutions du dispositif de financement.

Pour les exercices 2006 et 2007, les résultats issus des données SNIIRAM et ceux issus du PMSI demeurent cohérents et conduisent globalement aux mêmes conclusions (cf tableaux de synthèse).

#### *1-4- Conclusion*

Les données PMSI ont vocation à être élargies aux activités de dialyse et à l'activité externe d'urgence, par la demande de remontées des données de facturation RSF, pour couvrir l'ensemble de l'activité MCO. Par ailleurs, le décret relatif aux sanctions prévues en cas de non fourniture de l'information sera publié très prochainement et devrait permettre de limiter très largement les derniers défauts d'exhaustivité liés à cette source d'information.

Dans le SNIIRAM, l'alimentation par l'ensemble des régimes devient de plus en plus opérationnelle. Ainsi, les données présenteront de moins en moins de défaut d'exhaustivité et les incertitudes liées à l'évaluation des dépenses des régimes manquants seront très limitées.

Par conséquent, l'amélioration de ces deux systèmes d'informations vers une plus grande exhaustivité devrait conduire à limiter de manière significative les écarts pouvant être observés entre ces deux sources.

## **II. Activités de psychiatrie et soins de suite et de réadaptation**

Il est rappelé que sur le secteur de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation, seules les données du SNIIRAM sont mobilisables directement pour le suivi de la réalisation de l'objectif.

Pour ce secteur également le suivi des réalisations des objectifs nécessite :

- l'établissement d'une liste d'établissements relevant du champ couvert. Ainsi, pour chaque campagne, l'ATIH et la DHOS mettent à jour par le truchement des ARH la liste des établissements du secteur ;
- la mise en place de filtres sur la base de critères (catégorie d'établissements, disciplines de prestations, statut juridique, mode de financement, nature de prestations, etc.) permettant de s'assurer de la limitation sur le champ concerné.

Pour l'exercice 2005, 2006 et 2007, il convient de redresser les données des régimes pour lesquels la totalité des données n'a pas fait l'objet de centralisation. Il faut également redresser les défauts d'exhaustivité imputables aux délais de remboursement (i.e. écart entre période de soins et période de remboursement). Cette dernière correction est d'autant plus importante que pour ces activités la durée de séjour est importante.

## Fiche c

### Réalisations de la campagne tarifaire 2007 pour le secteur des cliniques antérieurement sous OQN et sous OQN (sources : PMSI complété par le SNIIRAM)

—

Les résultats issus des différentes sources de données (PMSI, SNIIRAM, ARBUST) permettant le suivi des objectifs hospitaliers indiquent que les réalisations 2007 font apparaître une légère sous consommation des prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des cliniques antérieurement sous OQN et sous OQN lors de la construction des objectifs 2007.

La sous consommation serait de l'ordre de 39,5 M€. Elle s'explique par une sous consommation de l'activité de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation de -31,8 M€. S'agissant de l'activité MCO, les réalisations 2007 sont compatibles avec la prévision de dépenses réalisée pour cette activité lors de la construction des objectifs.

#### 1. ODMCO

Les données d'activités MCO des cliniques privées sont établies à partir du rapprochement deux sources d'informations :

- les remboursements de l'assurance maladie (SNIIRAM) ;
- les données issues du PMSI qui appartiennent aux factures adressées à l'assurance maladie et les données médico-économiques collectées selon les nomenclatures du PMSI.

Pour ces deux sources, les données d'activités relatives à l'année 2007 sont disponibles.

Des travaux d'évaluation de l'activité sont réalisés sur les données du PMSI complétées par celles issues du SNIIRAM pour les dépenses non couvertes par le PMSI ou non fournies dans le PMSI.

En dépit des incertitudes qui demeurent sur le constat définitif, les résultats font apparaître que le niveau de l'activité MCO des cliniques privées serait compatible avec les hypothèses retenues lors de la construction des objectifs 2007.

Au total, l'évolution globale des dépenses relatives à l'activité MCO en 2007 calculée par rapport aux réalisations pour l'exercice 2006 est estimée à 3,6% : 3,5% pour la part tarifs et 4,5% pour les médicaments et DMI facturables en sus.

Sur la part tarifs, compte tenu de l'augmentation moyenne des tarifs opérée en 2007 (+1,26%) et de la baisse réalisée sur l'exercice 2006 (-1%), l'effet prix est évalué à 1,5% environ. Aussi, le volume d'activité évoluerait à **1,9%**.

#### 2. MIGAC

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 54 M€. Pour mémoire, la prévision des dépenses réalisée pour le secteur lors de la construction des objectifs 2007 s'élevait à 65 M€.

**L'écart d'affectation entre les prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM du secteur hospitalier et celles des ARH s'élève à -10,5M€.**

**Toutefois l'évolution sur ce poste est très importante puisqu'il atteint +47,5%.**

### **3. OQN PSY / SSR**

Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, seules les données du SNIIRAM sont mobilisables directement pour le suivi de la réalisation de l'objectif.

En dépit de l'incertitude qui demeure sur le constat définitif, les réalisations 2007 des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation se situeraient à un niveau légèrement inférieur à l'objectif du secteur : -31,8 M€.

Le taux prévisionnel des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006 est évalué à 7,2%, soit un taux supérieur au taux retenu pour la construction de l'objectif 2007. Il convient de rappeler que le constat 2006 s'est avéré être inférieur à l'objectif de 62 M€. Ainsi, l'écart observé entre le taux d'évolution des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006 (+7,2%) et le taux d'évolution des dépenses 2007 par rapport aux objectifs 2006 correspond à la sous consommation 2006 qui a été partiellement rattrapée en 2007.

Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2007 et 2006, la neutralisation de l'effet prix conduit à estimer l'évolution du **volume 2007 à 4,9%** pour ce secteur.

## Annexe à la fiche c

### Réalizations détaillées de la campagne 2007 - Secteur ex OQN et OQN

#### I. Synthèse globale sur les secteurs ex OQN et OQN

	ODMCO	MIGAC	OQN	total
objectifs 2007	9 030,57	64,94	1 911,71	11 007,22
délégations nationales	9 030,57	64,94	1 911,71	11 007,22
<b>réalisations 2007</b>	<b>9 033,36</b>	<b>54,42</b>	<b>1 879,95</b>	<b>10 967,73</b>
<b>écart réalisations 2007 - délégations nationales</b>	<b>2,79</b>	<b>- 10,52</b>	<b>- 31,75</b>	<b>- 39,49</b>
<b>Evolution</b>	<b>2,73%</b>	<b>50,80%</b>	<b>3,42%</b>	<b>3,01%</b>

Les résultats disponibles qui comportent encore à ce stade des éléments de prévision, compte tenu des délais de remboursement, indiquent un risque de sous consommation des crédits qui est principalement imputable à l'activité PSY/SSR des établissements privés sous OQN. Sur l'activité MCO, les réalisations sont compatibles avec la prévision de dépenses faite lors de la construction des objectifs 2007.

#### II. ODMCO

Les données d'activités MCO des cliniques privées sont disponibles selon deux sources d'informations :

- les remboursements de l'assurance maladie (SNIIRAM) ;
- les données issues du PMSI qui appartiennent aux factures adressées à l'assurance maladie et les données médico-économiques collectées selon les nomenclatures du PMSI.

En se basant sur les données du PMSI et en les complétant par celles issues du SNIIRAM, pour les dépenses non couvertes par le PMSI ou non fournies dans le PMSI pour l'année 2007, les dépenses du champ ODMCO s'élèvent à 9,033 Mds d'€, soit une consommation conforme aux prévisions de dépenses réalisées dans le cadre de la construction des objectifs 2007.

	Estimations des Réalisations 2007	Prévisions de dépenses réalisées lors de la construction des Objectifs 2007	Ecart réalisations 2007 / prévisions de dépenses
Part Tarifs	7 638	7 552	86
Médicaments et DMI payés en sus	1 324	1 419	-95
Forfaits annuels	71	59	12
<b>Total</b>	<b>9 033</b>	<b>9 030</b>	<b>3</b>

Une étude comparative des données issues du PMSI et celles issues du SNIIRAM montre que ces résultats sont cohérents, pour l'exercice 2007, avec les remboursements effectués par l'assurance maladie et enregistrés dans SNIIRAM.

En dépit des incertitudes qui demeurent sur le constat définitif, les résultats font apparaître qu'il n'y aurait pas de dépassement en 2007 pour l'activité MCO des cliniques privées.

L'évolution globale des dépenses relatives à l'activité MCO en 2007 par rapport aux réalisations de l'exercice 2006 est estimée à 3,6%. La hausse des tarifs du secteur de 1,26% intervenue au 1er mars 2007 conduit à évaluer l'effet prix des dépenses constatées à environ 1,5%.

Au total, la part activité (hors médicaments/DMI et forfaits) connaîtrait une évolution en dépenses de 3,46% soit une évolution en volume estimée à 1,9%.

	Evolution des dépenses 2006-2007	Effet prix 2006-2007	Evolution des volumes 2006-2007
Part Tarifs	3.46%	1.53%	1.90%
Médicaments et DMI payés en sus	4.47%	/	/
Forfaits annuels	6.17%	/	/
<b>Total</b>	<b>3.63%</b>	<b>1.53%</b>	<b>1.90%</b>

Cette évolution est calculée sur l'ensemble de l'activité MCO : GHS, dialyse, et HAD. Il convient de noter que les taux d'évolution sur ces trois postes ne sont pas uniformes. Ainsi, par rapport à l'exercice 2006, les dépenses liées aux séjours (GHS, extrêmes et suppléments journaliers) évolueraient de 2% ; les dépenses relatives à l'activité de dialyse augmenteraient de 5,8% ; les dépenses relatives à l'activité d'Hospitalisation à Domicile connaîtraient un taux d'évolution important évalué à 46,7%.

	Evolution des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006
GHS	1,97%
GHT	46,71%
Dialyse	5,75%
Urgences, IVG, Forfaits techniques	13,85%
<b>Sous-Total</b>	<b>3,46%</b>

### III. MIGAC

Pour mémoire, pour l'année 2007, l'objectif de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation s'élevait à 6 000 M€. Au sein de cet objectif, le montant prévisionnel des crédits pour le secteur des cliniques ex OQN était de 65 M€.

La réalisation de la campagne 2007 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 54,5 M€.

**L'écart d'affectation entre les prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM du secteur hospitalier et celles des ARH s'élève à -10,5M€.**

**Toutefois l'évolution sur ce poste est très importante puisqu'il atteint +47,5%.**

### IV. OQN PSY/SSR

Il est rappelé que sur le secteur de la psychiatrie, des soins de suite et de la réadaptation, seules les données du SNIIRAM sont mobilisables directement pour le suivi de la réalisation de l'objectif.

Pour chaque campagne, l'ATIH et la DHOS mettent à jour par le truchement des ARH la liste des établissements du secteur. Seules les dépenses relatives à ces activités se rattachant aux établissements de la liste sont retenues pour établir le suivi à partir du SNIIRAM.

Les dépenses 2007 pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation peuvent être estimées à 1 880 M€, soit une sous consommation d'environ 32 M€. Il faut toutefois rappeler que les données du SNIIRAM ne sont pas exhaustives notamment pour une partie de la MSA et quelques sections locales mutualistes.

En dépit de l'incertitude qui demeure sur les données du SNIIRAM, notamment en termes d'exhaustivité pour quelques sections locales mutualistes et une partie de la MSA, il est probable que les réalisations 2007 des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation soient conformes à l'objectif du secteur.

	Objectifs	Réalisations	Ecart
Soins de suite		684,39	
Rééducation et réadaptation fonctionnelle		676,29	
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle		1 360,68	
Psychiatrie		519,28	
Total OQN PSY/SSR	1 911,71	1 879,95	- 31,75

Le taux d'évolution des dépenses prévisionnelles 2007 par rapport à l'objectif 2006 est estimé à 3,52%. Ce taux se situe légèrement en dessous de celui retenu lors de la construction des objectifs 2007.

Toutefois, le constat 2006 s'est avéré être inférieur à l'objectif de 62 M€. Ainsi, le taux prévisionnel des dépenses 2007 par rapport aux réalisations 2006 s'élève à 7,2%. L'écart observé entre les taux correspond à la sous consommation 2006 qui a été rattrapée en 2007.

Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2007 et 2006, l'effet prix pour le champ OQN vaut 2,2%. La neutralisation de cet effet conduit à estimer un volume 2007 par rapport aux réalisations 2006 à 4,9%.

Cette forte augmentation du volume est liée au rattrapage de la sous consommation 2006. Ce phénomène est surtout observé pour l'activité de soins de suite et de rééducation. Le constat 2006 avait amené à conclure que bien que le nombre de lits autorisés en SSR avait considérablement augmenté<sup>6</sup>, leur mise en place nécessitait un délai. De fait, la sous consommation 2006 semblait temporaire et imputable au délai de mise en œuvre des autorisations. L'année 2007 montre que la mise en place des lits est maintenant effective, ce qui justifie l'évolution de volume importante.

	Taux évolution masse financière 2006-2007	Taux évolution Tarif 2006-2007	Taux évolution Volume 2006-2007
Soins de suite	6,43%	2,22%	4,12%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	9,41%	1,89%	7,38%
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle	7,97%	2,06%	5,79%
Psychiatrie	5,2%	2,45%	2,68%
Total OQN PSY/SSR	7,19%	2,17%	4,91%

---

<sup>6</sup> Enquête diligentée par la sous direction des affaires financières auprès des ARH

## Fiche d

### Réalisations de la campagne tarifaire 2007 pour le secteur des établissements sous OQN

—

Ce document présente la situation des cliniques privées en dates de soins. Les données présentées sont issues des liquidations, par les caisses de l'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance maladie, des factures transmises par les cliniques pendant les trois années 2005 à 2007. Elles sont reprises de la centralisation des flux d'information effectuée au sein du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM).

Des traitements statistiques spécifiques ont été réalisés pour ne retenir que les factures relevant des exercices (dates de soins) 2005 à 2007 et pour estimer le reste à facturer et à liquider en 2008 pour des soins relevant des exercices antérieurs.

Le présent document est divisé en trois parties : la présentation des données, la situation à fin 2007 et la mesure de l'impact de la participation assurée (18€). Les courbes et tableaux d'évolution des principaux postes sont disponibles à la fin de cette note.

## 1- Les données

Les montants étudiés sont les dépenses remboursées (en milliers d'€) en dates de soins pour les cliniques privées (tous régimes France entière). On peut les décomposer en différents postes :

- ODMCO (objectif de dépenses commun à la médecine chirurgicale, l'obstétrique et l'odontologie)
- Psychiatrie
- SSR (soins de suite et rééducation)
- USLD (unité de soins longue durée)

Dans cette note, nous ne prenons pas en compte la partie non régulée (usld, établissements non conventionnés, conventions internationales et MIGAC).

## 2- La situation à fin 2007

Les remboursements sont connus jusqu'à fin mars 2008. Cela permet d'évaluer les dépenses en date de soins jusqu'à fin décembre 2007.

### Total cliniques privées (hors non régulé et MIGAC):

Les dépenses des cliniques privées ont augmenté de 2.5% en 2007 (2.4% en CJOCVS). On peut noter que, pour le régime général, le premier trimestre a été le plus faible (+1.8% CJOCVS par rapport au premier trimestre 2006) alors que le troisième trimestre a connu une évolution plus forte (+4.1% CJOCVS). L'évolution CJOCVS du deuxième et quatrième trimestre pour le régime général est : +2.6% et +2.8%.

### ODMCO :



L'ODMCO représente 82% des dépenses. Les dépenses sont en hausse de +1.7% en 2007, soit 0.8% en volume (après correction des tarifs et de la participation assurée).

On peut noter que la hausse est, cette année, principalement due à :

- L'hospitalisation à domicile (GHT) : +43%
  - Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine : +10%
  - Les forfaits de dialyse : +4.3%
- Par contre, les dépenses pour les dispositifs médicaux diminuent : -3.9%

L'application de la participation assurée (18€) permet aussi de contenir l'augmentation des dépenses d'ODMCO.

Le poste principal : frais de séjours et de soins (GHS, EXH) a des dépenses en hausse de +1.1%.

L'ODMCO contribue à 55% de l'augmentation des dépenses des cliniques privées (soit 1.5 des 2.6 pts d'augmentation).

#### SSR :

Les soins de suite et rééducation fonctionnelle représentent 12% du total des dépenses des cliniques. Ils augmentent de 7.5% en 2007. Ce poste est en forte augmentation depuis plusieurs années. Le rythme de croissance avait diminué en 2006 et sur le premier trimestre 2007 (+6.4% pour le régime général). Par contre, depuis, la croissance est plus forte (7.9% pour le 2<sup>ème</sup> trim , 8.5% pour le 3<sup>ème</sup> et 8.9% pour le 4<sup>ème</sup>).

La SSR contribue à 34% de l'augmentation des dépenses des cliniques privées (soit 0.9 des 2.6 pts d'augmentation).

#### Psychiatrie :

Les dépenses de psychiatrie représentent 4.7% du total et augmentent de 4.8% en 2007. Ce poste connaît une évolution régulière depuis 2 ans. Le rythme s'est un peu accéléré (comme pour les SSR) depuis de deuxième trimestre 2007.

La psychiatrie contribue à 9% de l'augmentation des dépenses des cliniques privées (soit 0.2 des 2.6 pts d'augmentation).

#### Autres postes :

Les autres postes ne sont pas pris en compte.

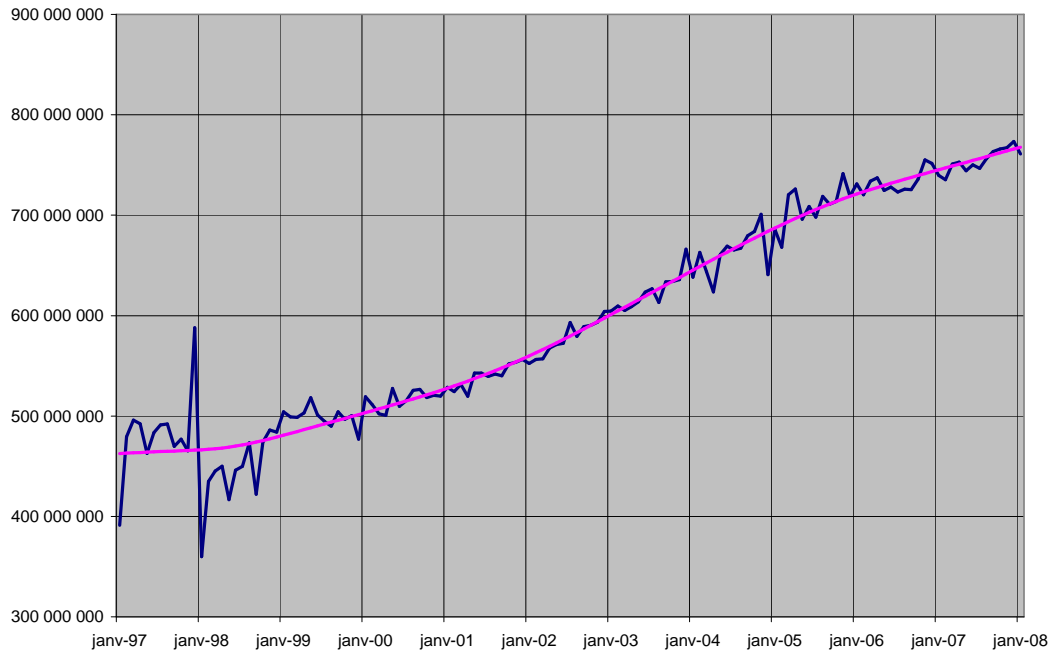
### **3 – Impact de la participation assuré**

La participation assurée (18 €) a été introduite en septembre 2006. Elle a représenté, sur le total cliniques privées de 2006 (dates de soins) : -16.9 millions d'€.

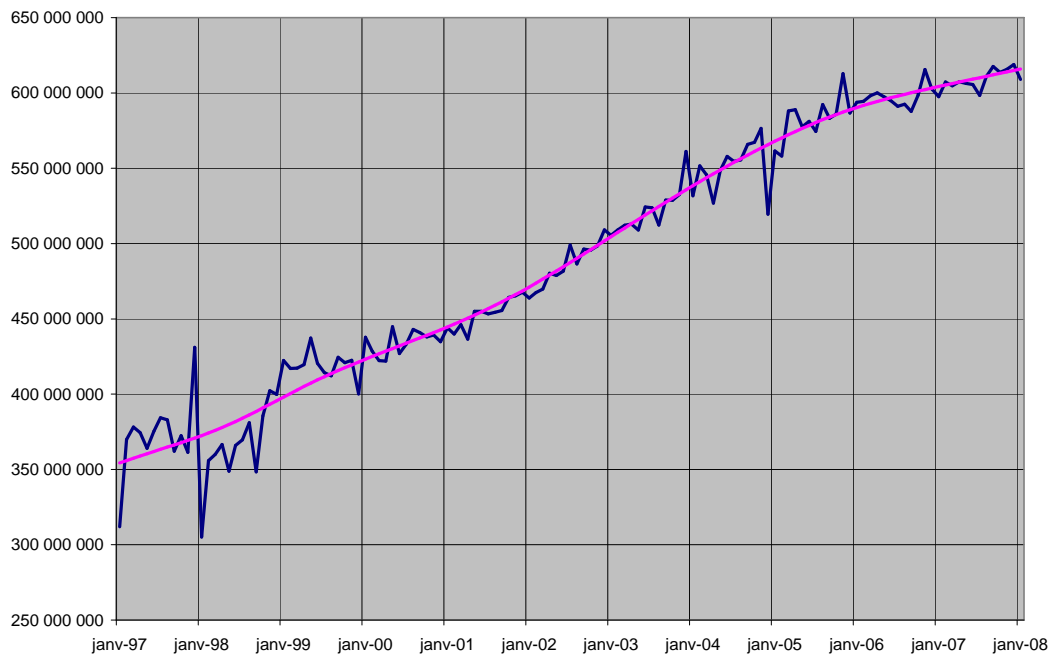
En 2007 : -65 millions d'€

Si l'on corrige les dépenses des gains de la participation assurée ( $65-16.9=48.1$  millions d'€), on obtient une évolution des dépenses remboursables des cliniques privées de : +2.9% (contre +2.5% en dépenses remboursées) soit un impact de 0,4 point sur les dépenses totales et 0,5 point sur les seules dépenses ODMCO.

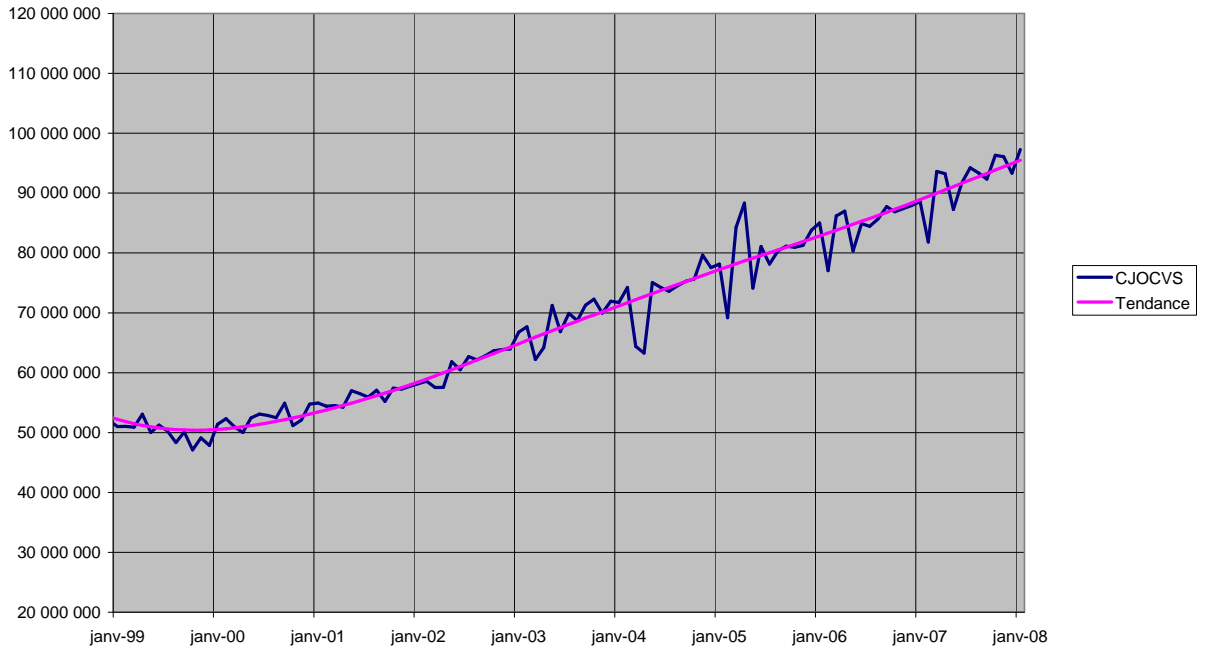
Total cliniques privées régime général métropole, CJOCVS et tendance



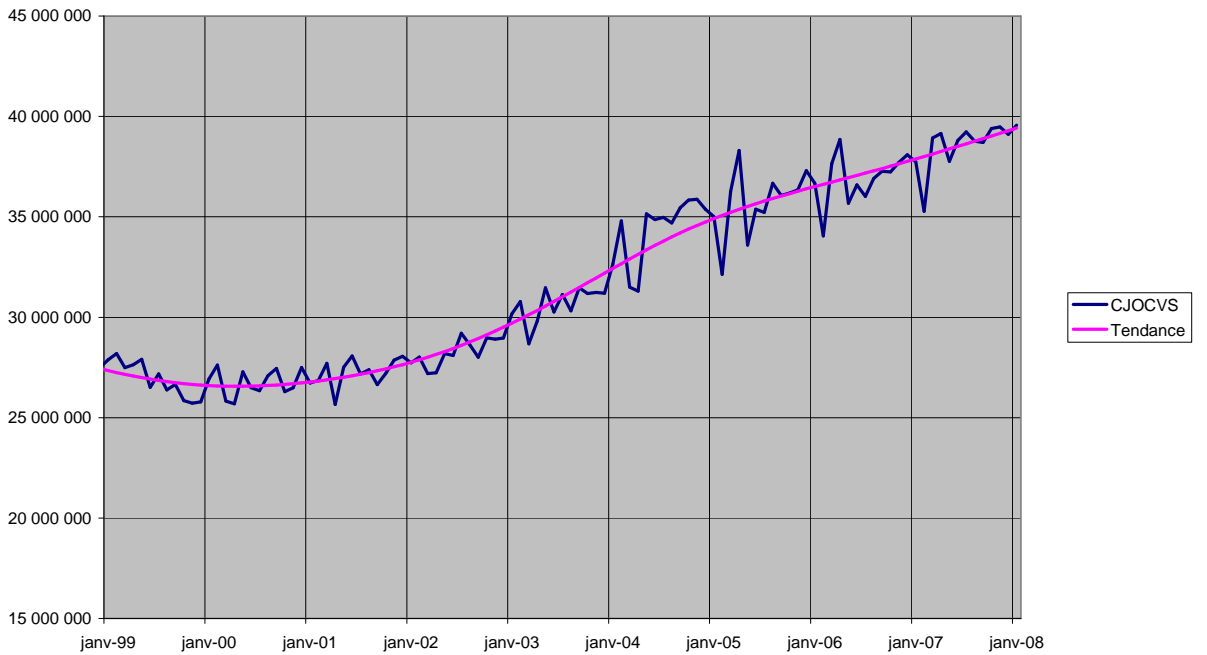
ODMCO régime général métropole, CJOCVS et tendance



SSR régime général métropole, CJOCVS et tendance



PSY régime général métropole, CJOCVS et tendance



Suivi des versements aux cliniques privées hors non régulé et MIGAC)  
Tous régimes, droits constatés, France entière

Fin 2007

	Montant des dépenses (en Milliers d'Euros)	Taux PCAP
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES (hors non régulé et MIGAC)</b>	<b>10 916 426</b>	<b>2.5%</b>
<u>ODMCO</u>	9 031 138	1.7%
1- Frais de séjours et de soins	7 674 945	2.3%
Frais de séjours et forfaits de soins(GHS, EXH)	6 537 777	1.1%
Dialyse	946 343	4.4%
Hospitalisation à domicile (GHT)	190 825	43.5%
2- Forfaits annuels (FAU, CPO)	95 505	4.4%
3- Dispositifs médicaux	722 593	-3.9%
4- Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine	603 162	10.0%
5- PAT	-65 066	285.6%
<u>OQN PSY/SSR</u>	1 885 288	6.7%
1- Psychiatrie	534 036	4.7%
2- Soins de suite	1 351 252	7.5%
3- Rééducation fonctionnelle	}	

## Fiche e

### Tableaux de synthèse des sous objectifs de l'ONDAM afférents aux établissements de santé

—

**Evolutions 2006 - 2007 des principales composantes de l'ONDAM hospitalier régulé**  
**Suivi de l'activité des cliniques privées basé sur le PMSI complété par le SNIIRAM**

	2005	2006	2007					taux d'évolution 2007/2005	taux d'évolution annuel 2007/2005
			réalisations	réalizations	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs (I)	réalizations prévisionnelles (II)	écart (II)-(I)		
<b>total champ objectifs hors champ non régulé (*)</b>	<b>61 078,85</b>	<b>62 435,60</b>	<b>64 483,24</b>	<b>64 426,19</b>	<b>- 57,06</b>	<b>3,19%</b>	<b>5,48%</b>	<b>2,70%</b>	
<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>	<b>44 816,73</b>	<b>45 793,21</b>	<b>47 383,43</b>	<b>47 340,18</b>	<b>- 43,25</b>	<b>3,38%</b>	<b>5,63%</b>	<b>2,78%</b>	
<b>ODMCO</b>	<b>39 997,60</b>	<b>40 244,64</b>	<b>41 383,60</b>	<b>41 353,26</b>	<b>- 30,34</b>	<b>2,75%</b>	<b>3,39%</b>	<b>1,68%</b>	
<b>ODMCO public (****)</b>	<b>31 415,96</b>	<b>31 524,88</b>	<b>32 353,04</b>	<b>32 319,91</b>	<b>- 33,13</b>	<b>2,52%</b>	<b>2,88%</b>	<b>1,43%</b>	
DAC (**)	21 717,71	18 395,21	13 996,35	13 990,99	- 5,36				
activité	7 218,82	10 360,00	15 313,74	15 173,25	- 140,49	1,42%	0,8%	0,4%	
médicaments et DMI	1 677,19	1 933,39	2 182,88	2 254,89	72,02	16,63%	34,44%	15,95%	
forfaits annuels	802,24	836,27	860,07	900,78	40,70	7,71%	12,28%	5,96%	
<b>ODMCO privé (***)</b>	<b>8 581,64</b>	<b>8 719,76</b>	<b>9 030,57</b>	<b>9 033,36</b>	<b>2,79</b>	<b>3,60%</b>	<b>5,26%</b>	<b>2,60%</b>	
activité	7 166,46	7 385,08	7 551,67	7 638,11	86,45	3,43%	6,58%	3,24%	
médicaments et DMI	1 358,82	1 267,55	1 419,38	1 324,07	- 95,31	4,46%	-2,56%	-1,29%	
forfaits annuels	56,36	67,12	59,52	71,17	11,65	6,03%	26,27%	12,37%	
<b>MIGAC</b>	<b>4 819,12</b>	<b>5 548,57</b>	<b>5 999,82</b>	<b>5 986,91</b>	<b>- 12,91</b>	<b>7,90%</b>	<b>24,23%</b>	<b>11,46%</b>	
<b>autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	<b>16 262,12</b>	<b>16 642,39</b>	<b>17 099,82</b>	<b>17 086,01</b>	<b>- 13,81</b>	<b>2,67%</b>	<b>5,07%</b>	<b>2,50%</b>	
ODAM+OQN	16 262,12	16 642,39	17 099,82	17 086,01	- 13,81	2,67%	5,07%	2,50%	
<b>ODAM</b>	<b>14 602,04</b>	<b>14 887,95</b>	<b>15 188,11</b>	<b>15 206,05</b>	<b>17,95</b>	<b>2,14%</b>	<b>4,14%</b>	<b>2,05%</b>	
DAF (hors USLD)	13 194,89	13 503,87	13 808,11	13 829,31	21,21	2,41%	4,81%	2,38%	
USLD	1 407,15	1 384,08	1 380,00	1 376,74	- 3,26	-0,53%	-2,16%	-1,09%	
<b>OQN psy-ssr</b>	<b>1 660,09</b>	<b>1 754,45</b>	<b>1 911,71</b>	<b>1 879,95</b>	<b>- 31,75</b>	<b>7,15%</b>	<b>13,24%</b>	<b>6,42%</b>	

(\*) Les données présentées ici sont issues de sources statistiques et portent sur le seul champ régulé. Le constat de l'écart entre la construction de l'ONDAM et les réalisations estimées n'est donc pas comparable aux constats réalisés à partir des données

(\*\*) dans les réalisations 2007 du transfert DAC / AC opéré en fin d'année dans le cadre du passage à 100% TAA a été neutralisé

(\*\*\*) pour le secteur des cliniques privées, les réalisations sont issues des données PMSI

(\*\*\*\*) les taux d'évolution 2005-2007 sur le secteur ex-DG ne sont pas significatifs compte tenu des transferts importants hors champ de l'ONDAM (IFSI) affectant la base 2005

**Evolutions 2006 - 2007 des principales composantes de l'ONDAM hospitalier régulé**  
**Suivi de l'activité des cliniques privées basé sur le SNIIRAM**

	2005	2006	2007				taux d'évolution 2007/2005	taux d'évolution annuel 2007/2005
	réalisations	réalisations	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs (I)	réalisations prévisionnelles (II)	écart (II)-(I)	taux d'évolution 2007/2006		
<b>total champ objectifs hors champ non régulé (*)</b>	<b>61 138,41</b>	<b>62 608,22</b>	<b>64 483,24</b>	<b>64 429,30</b>	<b>- 53,94</b>	<b>2,91%</b>	<b>5,38%</b>	<b>2,66%</b>
<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>	<b>44 880,06</b>	<b>45 953,03</b>	<b>47 383,43</b>	<b>47 337,96</b>	<b>- 45,47</b>	<b>3,01%</b>	<b>5,48%</b>	<b>2,70%</b>
ODMCO	40 060,93	40 404,46	41 383,60	41 351,05	- 32,56	2,34%	3,22%	1,60%
ODMCO public (****)	31 415,96	31 524,88	32 353,04	32 319,91	- 33,13	2,52%	2,88%	1,43%
DAC (**)	21 717,71	18 395,21	13 996,35	13 990,99	- 5,36			
activité	7 218,82	10 360,00	15 313,74	15 173,25	- 140,49	1,42%	0,8%	0,4%
médicaments et DMI	1 677,19	1 933,39	2 182,88	2 254,89	72,02	16,63%	34,44%	15,95%
forfaits annuels	802,24	836,27	860,07	900,78	40,70	7,71%	12,28%	5,96%
ODMCO privé (***)	8 644,97	8 879,58	9 030,57	9 031,14	0,57	1,71%	4,47%	2,21%
activité	7 211,06	7 487,43	7 551,67	7 609,88	58,21	1,64%	5,53%	2,73%
médicaments et DMI	1 359,14	1 300,68	1 419,38	1 325,75	- 93,62	1,93%	-2,46%	-1,24%
forfaits annuels	74,77	91,47	59,52	95,50	35,98	4,41%	27,74%	13,02%
MIGAC	4 819,12	5 548,57	5 999,82	5 986,91	- 12,91	7,90%	24,23%	11,46%
<b>autres dépenses relatives aux établissements de santé</b>	<b>16 258,36</b>	<b>16 655,19</b>	<b>17 099,82</b>	<b>17 091,34</b>	<b>- 8,47</b>	<b>2,62%</b>	<b>5,12%</b>	<b>2,53%</b>
ODAM+OQN	16 258,36	16 655,19	17 099,82	17 091,34	- 8,47	2,62%	5,12%	2,53%
ODAM	14 602,04	14 887,95	15 188,11	15 206,05	17,95	2,14%	4,14%	2,05%
DAF (hors USLD)	13 194,89	13 503,87	13 808,11	13 829,31	21,21	2,41%	4,81%	2,38%
USLD	1 407,15	1 384,08	1 380,00	1 376,74	- 3,26	-0,53%	-2,16%	-1,09%
OQN psy-ssr	1 656,32	1 767,24	1 911,71	1 885,29	- 26,42	6,68%	13,82%	6,69%

(\*) Les données présentées ici sont issues de sources statistiques et portent sur le seul champ régulé. Le constat de l'écart entre la construction de l'ONDAM et les réalisations estimées n'est donc pas comparable aux constats réalisés à partir des données

(\*\*) dans les réalisations 2007 du transfert DAC / AC opéré en fin d'année dans le cadre du passage à 100% TAA a été neutralisé

(\*\*\*) pour le secteur des cliniques privées, les réalisations sont issues des données PMSI

(\*\*\*\*) les taux d'évolution 2005-2007 sur le secteur ex-DG ne sont pas significatifs compte tenu des transferts importants hors champ de l'ONDAM (IFSI) affectant la base 2005

