



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS**

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

**NOTE SEMESTRIELLE**

**JUIN 2009**

## Résumé du rapport

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé pour l'année 2008 produites par l'ATIH et la CNAMTS.

Les données définitives sur l'année complète font apparaître, contrairement aux tendances observées sur les cinq premiers mois de l'année (cf. note d'octobre 2008 de l'Observatoire), un rythme d'évolution des dépenses supérieur aux prévisions des sous-objectifs correspondants de la campagne tarifaire dans tous les secteurs de l'hospitalisation, avec un taux d'évolution de 4%, correspondant à un dépassement à l'objectif de 227 M.€ Ce dépassement est assez logiquement concentré sur les établissements financés à l'activité (165 M. €).

Contrairement à l'exercice 2007, le secteur des établissements anciennement financés par dotation globale a connu un rythme d'évolution des dépenses supérieur à l'objectif de 126 M. € soit une progression de 3,6%, traduisant un effet volume global estimé à 3,2%.

S'agissant du secteur « ex OQN », celui-ci a connu un rythme d'évolution des dépenses supérieur de 44 M. € à l'objectif, soit un rythme de progression de 4%, traduisant un effet volume de 2,7%.

Les secteurs des Soins de suite et de réadaptation (SSR) et Psychiatrie de l'Objectif quantifié national (OQN) connaissent aussi un dépassement de 67 M.€ reflétant une forte dynamique principalement dans les SSR.

Les éclairages apportés par les études qualitatives mettent en lumière un alourdissement des prises en charge, dont on ne peut encore préciser à ce stade s'il s'agit d'une conséquence du processus d'appropriation de la tarification à l'activité par les établissements par un meilleur codage ou d'un effet indirect du développement de la chirurgie ambulatoire sur les séjours d'hospitalisation complète.

## INTRODUCTION

La présente note a été adoptée par l'Observatoire de l'hospitalisation lors de sa réunion du 24 juin 2009, après une première séance qui s'est tenue le 12 juin 2009.

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 2008.

Le document est structuré autour des parties suivantes :

- I- Rappel des éléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire 2008 ;
- II- Rappel des principes méthodologiques d'analyse des données par l'Observatoire ;
- III- Présentation synthétique des réalisations 2008 ;
- IV- Analyse détaillée des réalisations 2008 par catégories de sous-objectifs ;
- V- Axes de travail pour 2009-2010.

### **I - Eléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire de l'exercice 2008**

L'analyse des réalisations de l'exercice 2008 doit être replacée dans le contexte de construction de la campagne budgétaire et tarifaire de l'année. Un rappel des principaux paramètres 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 2008***

Lors de la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour les établissements de santé (y compris le Fonds de modernisation des établissements de santé -FMESPP), le taux d'évolution des charges a été arrêté à + 3,9 % (soit 2 539 M€ de ressources nouvelles). Par ailleurs, l'effort d'économie supplémentaire demandé en 2008 à ces mêmes établissements a été fixé à - 287 M€, montant auquel il faut ajouter le montant des économies relatives aux médicaments et Dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus pour -109 M€, ces économies étant réparties sur l'ensemble des objectifs et dotations en fonction de leur poids relatif. Au total, le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier pour l'exercice 2008 a été fixé, FMESPP compris, à + 3,2 %.

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

**Tableau 1 : Définition des sous objectifs hospitaliers prévisionnels de la campagne tarifaire 2008**

			Base 2008	Mesures nouvelles 2008	Objectifs 2008	Taux d'évolution de l'objectif par rapport à la base
<b>ODMCO/MIGAC</b>	<b>total</b>		<b>47 310</b>	<b>1 524</b>	<b>48 835</b>	<b>3,2%</b>
	ODMCO	total	41 083	1 143	42 226	2,8 %
	MIGAC	total	6 227	381	6 609	6,1 %
<b>ODAM/OQN</b>	<b>total</b>		<b>17 071</b>	<b>610</b>	<b>17 681</b>	<b>3,6%</b>
	ODAM	total	15 154	524	15 678	3,5%
		DAF	13 854	449	14 303	3,2%
		USLD	1 299	76	1 375	5,8%
	OQN	OQN PSY/SSR	1 917	85	2 002	4,4%
<b>FMESPP</b>	<b>total</b>		<b>376</b>	<b>-75</b>	<b>300</b>	<b>-20,2%</b>
<b>Total (hors non régulé)</b>			<b>65 516</b>	<b>2 059</b>	<b>67 575</b>	<b>3,1%</b>

En milliards d'euros

Source : ATIH

Ainsi, pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée des établissements antérieurement sous dotation globale, l'évolution des ressources a été fixée à + 3,5%. Pour les établissements privés sous OQN, le taux d'évolution des ressources pour ces mêmes activités a été fixé à + 4,4%.

Pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, le taux d'évolution des ressources communes aux deux secteurs a été arrêté à + 6,1 %.

Pour les dépenses relatives à l'activité Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) des établissements de santé des deux secteurs, l'évolution des dépenses a été arrêtée à + 2,8 %. 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 l'activité tarifée.

L'évolution de la part dévolue aux tarifs MCO est de + 2,1 %, soit un montant de mesures nouvelles de 759 M€

Pour les médicaments et DMI en sus, l'évolution a été fixée à +10,0 %, soit 360 M€ de mesures nouvelles.

Pour les forfaits annuels, les mesures nouvelles affectées à ce poste s'élèvent à 24 M€, soit une évolution de + 2,6 %.

L'année 2008 a été marquée par le passage à 100 % de la fraction tarifaire financée à l'activité. L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 aligne ainsi le mode de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des hôpitaux sur celui des cliniques privées. En conséquence, la dotation annuelle complémentaire est supprimée et l'activité est valorisée à 100 % par les tarifs avec application d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement afin de garantir, avant toute convergence, la neutralité, pour le calcul des recettes, de l'application de la tarification à l'activité à 100 %.

Ce passage à un financement de l'activité à 100 % a nécessité un ajustement technique des tarifs avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008, ajustement neutre financièrement pour ces établissements.

Pour les deux secteurs public et privé, l'augmentation en volume de l'activité MCO a été prévue en progression de + 1,7 % sur l'année et l'évolution moyenne des tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2008 s'est élevée à + 0,5 %. Cette évolution s'est appliquée de manière uniforme sur tous les tarifs hors mesures ciblées, y compris aux tarifs des nouveaux groupes homogène de séjours (GHS) créés par la V10-c de la classification, aux forfaits environnement (SE), aux forfaits de prélèvement d'organes (PO), aux ATU/FFM (passages aux urgences) ainsi qu'aux suppléments journaliers.

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

S'agissant des établissements antérieurement financés par dotation globale, la politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire a été poursuivie. Dans ce but, et sur la base de critères médicaux, le tarif de l'hospitalisation complète (séjours de plus de 48 heures) a été baissé afin de le faire converger vers le tarif de l'hospitalisation courte au sein de 9 couples de groupes homogènes de malades (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.

S'agissant des établissements privés relevant antérieurement de l'OQN, les tarifs des GHS de nouveau-nés de plus de 2,5 kg ont été augmentés de + 24,3 %.

Dans les deux secteurs, les tarifs des interruptions volontaires de grossesses (IVG) chirurgicales ont été majorés de + 20 % et le développement de la dialyse hors centre a été encouragé par une progression des tarifs de dialyse péritonéale (DPA et DPCA) de + 2 % alors que les tarifs de la dialyse en centre augmentaient de + 0,3 %.

Par ailleurs, il a été décidé de réduire la valeur du coefficient de haute technicité de 50 % pour 2008, cette réduction s'accompagnant du versement à chaque établissement d'un montant équivalent à 50 % de la valeur du forfait annuel de haute technicité.

Concernant les tarifs des prestations de soins de suite et de rééducation ou de psychiatrie dans les établissements sous OQN, le taux d'évolution moyen national a été fixé à + 1,2 %, avec + 1% pour les soins de suite et de réadaptation et + 1,71 % pour la psychiatrie.

### *1-2- Eléments particuliers ou conjoncturels de l'année 2008*

Les retards de transmission des données d'activité liés à la grève du codage intervenue à la mi-2008 n'ont été résorbés qu'à la fin de l'année 2008 en ce qui concerne l'AP-HP mais aussi d'autres CHU notamment les Hospices civils de Lyon.

## **II - Rappel de principes méthodologiques d'analyse des données par l'Observatoire**

Il est précisé que les données analysées par l'Observatoire pour l'exercice 2008 sont issues de sources statistiques et portent sur le seul champ régulé des établissements de santé<sup>1</sup>. Les données comptables font l'objet d'une présentation dans le cadre de la Commission des comptes de la sécurité sociale : celles-ci 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 d'une nomenclature comptable des dépenses des établissements de santé devrait permettre à terme de pouvoir rapprocher ces données au niveau des sous-objectifs.

---

<sup>1</sup> Ceci exclut donc les dépenses d'assurance maladie afférentes à certains établissements sis hors du territoire français, aux soins de longue durée et aux conventions internationales.

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

- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité, lui-même décomposé en ODMCO et MIGAC ;
- 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.

L'analyse conduite par l'Observatoire au titre de l'année 2008 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.

### **Analyse prix/volume pour les dépenses relatives aux établissements de santé**

La progression des réalisations d'un exercice sur l'exercice antérieur est mesurée grâce au rapport entre les recettes d'assurance maladie versées au titre de l'activité MCO évaluées à 100% tarifs de l'exercice N et les mêmes valeurs de l'exercice N-1. 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 OQN, lors des campagnes tarifaires 2006 et 2007, les tarifs ont évolué, en moyenne, de la manière suivante : +1,26% au 1<sup>er</sup> mars 2007 et +0,43% au 1<sup>er</sup> mars 2008.

Pour simplifier, sur l'exercice 2008, pour douze mois, l'évolution moyenne des tarifs est évaluée à +0,57%, soit  $((1,26)*(2/12)+(0,43)*(10/12))$ . Le taux de progression des tarifs sur cet exercice est donc évalué en première approximation à +0,57%.

Le taux de progression du volume est ensuite estimé comme le solde entre le taux de progression des recettes (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, soit l'évolution de sa lourdeur de l'activité prise en charge.

En conséquence, 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 – Présentation synthétique des réalisations 2008

Le suivi de l'ensemble des agrégats suivis par l'Observatoire fait apparaître les résultats statistiques suivants :

- **une augmentation des dépenses globales en rythme annuel de + 4 % se décomposant en**
  - + 4,1 % sur les établissements de santé tarifés à l'activité,
  - + 3,8 % sur les autres établissements de santé ;
  
- **une surconsommation globale par rapport aux objectifs annuels de 227 M€, soit un dépassement de + 0,3% par rapport aux prévisions de construction des sous-objectifs correspondants de l'ONDAM, se décomposant en :**
  - + 164 M€ sur les établissements de santé tarifés à l'activité,
  - + 62 M€ sur les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

Contrairement à l'analyse menée à pareille époque au titre de l'exercice 2007, l'année 2008 se caractérise par une assez forte dynamique en termes d'activité et partant de dépenses d'assurance maladie. On rappellera que l'exercice 2007 s'était soldé par une sous-consommation assez nette pour les établissements ex DG, réelle mais moindre pour le champ ex OQN. Le résultat inverse observé en 2008 aboutit, sur les deux exercices cumulés, à une tendance moyenne assez conforme aux hypothèses de construction des campagnes tarifaires par les pouvoirs publics.

Ces observations finales au titre de l'exercice 2008 soulignent le fait que les prévisions établies à l'automne 2008, sur les bases des 5 premiers mois d'activité des établissements, étaient difficilement prédictives de la tendance dynamique, finalement observée sur les 12 mois.

**Tableau 2 : Réalisations 2008 des sous objectifs hospitaliers**

	Montant prévisionnels pour la construction des objectifs	Réalisations prévisionnelles	Ecart réalisations/montant prévisionnel	Taux d'évolution 2008/2007
<b>Total objectif hors champ non régulé (hors FMESPP)</b>	<b>66 515</b>	<b>66 742</b>	<b>227</b>	<b>4,0%</b>
Etablissements de santé tarifés à l'activité	48 835	48 999	164	4,1%
ODMCO	42 226	42 396	170	3,8%
MIGAC	6 609	6 604	- 5	5,7%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 681	17 743	62	3,8%
ODAM	15 678	15 673	- 5	3,1%
OQN Psy/SSR	2 002	2 070	67	9,6%

Source : Données SNIIRAM et PMSI- CNAMTS et ATIH

Les présentes données sont détaillées dans l'annexe A.

## IV- Analyse détaillée des réalisations 2008

La présente partie détaille les résultats précédents par sous objectifs, notamment pour faire apparaître la décomposition de cette évolution entre l'effet prix et l'effet volume.

### a) Les dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO)

#### i. *Réalisations de la campagne tarifaire pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale*

A partir des différentes sources de données (PMSI, ARBUST) permettant le suivi des objectifs hospitaliers, **les réalisations 2008 font apparaître une sur consommation par rapport aux prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des établissements de santé antérieurement sous DG lors de la construction des objectifs 2008.** Celle-ci s'établit à 146 M€

La part activité (activité GHS et activité externe, dialyse, HAD) connaîtrait une évolution en dépenses estimée à +3,6%, dont respectivement +3,2% sur les séjours et +5,9% sur les actes et consultations externes.

S'agissant de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD, prestations GHT), elle augmente de +9,9%. Compte tenu du fait que les tarifs des prestations d'hospitalisation à domicile (GHT) appliqués en 2008 n'ont pas connu d'évolution et sont donc inchangés par rapport à 2007, cette évolution correspond exclusivement à une augmentation en volume.

**La neutralisation de l'effet prix (estimé à + 0,36 % sur les dépenses de séjours uniquement, le niveau de prix des actes et consultations externes étant supposé constant) permet d'obtenir un effet volume global estimé à +3,2%, dont respectivement +2,9% sur les séjours et +5,9% sur les actes et consultations externes.**

Par conséquent, l'évolution de volume constatée serait supérieure de 0,4 point à l'hypothèse de volume retenue lors de la construction des objectifs qui est de +2,8% lorsqu'on compare les dépenses prévisionnelles 2008 retenues pour la construction des objectifs 2008 aux réalisations 2007.

Il faut en effet rappeler que le taux d'évolution qui correspond à la comparaison des dépenses prévisionnelles 2008 retenues pour la construction des objectifs 2008 par rapport aux dépenses prévisionnelles 2007 retenues pour la construction des objectifs 2007 est +1,7%.

Toutefois la réalisation 2007 sur l'activité (i.e. en se limitant aux GHS, suppléments aux GHS et actes et consultations externes) s'est avérée inférieure aux dépenses prévisionnelles 2007 retenues pour la construction des objectifs 2007 d'environ 1,1 point. Ainsi, l'évolution en volume des dépenses prévisionnelles 2008 retenue de fait pour la construction des objectifs 2008 par rapport aux réalisations 2007 est de +2,8 %.

#### **Méthode de calcul d'un dépassement de l'objectif**

Le taux d'évolution de l'activité, tel qu'établi dans la présente note, compare les réalisations de l'exercice n aux réalisations de l'exercice n-1.

Le taux d'évolution d'un objectif compare les objectifs de l'année n à l'objectif de l'année n-1.

Pour apprécier l'existence d'un dépassement de l'objectif fixé en début de campagne, on ne peut pas comparer directement ces deux taux, sauf si l'objectif de l'année n est strictement égal aux réalisations de l'année n-1.

C'est pour cela que le taux d'évolution par rapport à l'objectif de l'année n est calculé par rapport à la réalisation de l'année n-1, en l'absence de rebasage de l'objectif. C'est ce taux que l'on peut comparer au taux d'évolution des réalisations.



Le taux d'évolution des dépenses de médicaments et DMI payés en sus des GHS est de +13,8%. Ce taux d'évolution est supérieur au taux de +12% retenu lors de la construction des objectifs 2008. Toutefois, la réalisation 2007 réévaluée en fonction des transmissions observées au cours de l'année 2008 de l'activité 2007 s'avère inférieure (environ 55 M€) au montant ayant servi de base à la construction des objectifs 2008, le taux d'évolution réel entre les objectifs de dépenses 2008 et la réalisation 2007 est évalué à +14,9%. Ainsi, la sous-consommation estimée pour 2008 représente 1,1 point d'évolution.

ii. *Analyse détaillée des réalisations 2008 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 2008 font apparaître une sur consommation des prévisions de dépenses réalisées pour le secteur des établissements de santé antérieurement sous OQN lors de la construction des objectifs 2008**. Celle-ci s'établit à 19 M€

Les données relatives à l'exécution de la campagne 2008 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.

**En dépit des incertitudes qui demeurent sur le constat définitif, les résultats font apparaître que, d'après l'exploitation des données PMSI, le niveau de l'activité MCO des cliniques privées serait en légère sur consommation par rapport aux 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 2008 calculée par rapport aux réalisations pour l'exercice 2007 est estimée à +4,0%<sup>2</sup> : +3,2% pour la part tarifs (2,3% pour l'activité MCO (GHS et suppléments), 4,8% pour l'activité de dialyse et 27,7% pour l'activité de HAD) et + 8,2% pour les médicaments et DMI facturables en sus.

**Compte tenu des effets prix, l'effet volume est évalué à 2,7%, soit 1,7% pour les GHS et suppléments, 4,2% pour l'activité de dialyse et 27,6% pour l'activité de HAD.**

Par conséquent, l'évolution de volume constatée serait supérieure de 1,4 points à l'hypothèse de volume retenue lors de la construction des objectifs de +1,3 % lorsqu'on compare les dépenses prévisionnelles 2008 retenues pour la construction des objectifs 2008 aux réalisations 2007.

Il faut en effet rappeler que le taux d'évolution correspond à la comparaison des dépenses prévisionnelles 2008 retenues pour la construction des objectifs 2008 par rapport aux dépenses prévisionnelles 2007 retenues pour la construction des objectifs 2007 est +1,7 %. Toutefois la réalisation 2007 sur l'activité (i.e. en se limitant à la part Tarifs), s'est avérée supérieure aux dépenses prévisionnelles 2007 retenues pour la construction des objectifs 2007 d'environ 0,4 %. Ainsi, l'évolution en volume des dépenses prévisionnelles 2008 retenues pour la construction des objectifs 2008 par rapport aux réalisations 2007 est de +1,3 %.

---

<sup>2</sup> Ce taux diffère légèrement de celui figurant dans le tableau de l'annexe D à la présente note (+ 3,5 %). Cette différence est due à une différence de champ :

- le taux de + 4% est le taux d'évolution de l'activité MCO pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie établi sur la base des données du PMSI complétées par celles du SNIIRAM ;
- le taux d'évolution de + 3,5 % est le taux d'évolution de l'activité MCO pour le seul régime général établi sur la base des données du SNIIRAM.

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

i. O DAM

Globalement, les délégations nationales octroyées par voie de circulaire se sont légèrement écartées des prévisions initiales effectuées sur la DAF ainsi que sur les des dotations de soins USLD réalisées au moment de la construction des objectifs 2008. Compte tenu du mode de financement de ce secteur, ces écarts minimes sont le fruit d'arbitrages ex ante réalisés entre les autorités compétentes.

Sur la DAF, la réalisation de la campagne 2008 par les régions montre que les délégations régionales s'élèvent à 13 787 M€ **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à +0,8 M€**

Pour la dotation de soins USLD, la réalisation de la campagne 2008 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 1 352 M€ **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à 1,1 M€**

ii. Champ OQN SSR et psychiatrie

Globalement, les réalisations 2008 des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation se situeraient à un niveau supérieur à l'objectif du secteur, de l'ordre de 67 M€ sur un total de dépenses de près de 2 Mds€

Les estimations des données brutes font apparaître une évolution sensible des dépenses relatives à l'activité réalisée au cours de l'année 2008 de +7,9 % sur les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle. Pour l'activité de psychiatrie, l'évolution est en hausse de +2,4 %, soit au total une évolution de l'activité OQN PSY/SSR de +6,4 %.

Les réalisations 2007 et 2008 permettent d'évaluer le taux d'évolution de la masse financière entre 2007 et 2008. Ce taux est de 9,6%. Il est supérieur à celui retenu lors de la construction des objectifs 2008 qui était de 4,5%. En tenant compte de la sous consommation de l'exercice 2007 (23 M€), le taux d'évolution de l'objectif 2008 par rapport aux réalisations 2007 ressort à 5,7%.

En définitive, le dépassement des réalisations 2008 est évalué à + 4%.

Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2008 et 2007, l'effet prix pour le champ OQN vaut 1,4%. **La neutralisation de cet effet conduit à estimer la progression liée au volume 2008 par rapport aux réalisations 2007 à 8,1%.**

**c) 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% 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 +10,7%. Cette évolution se décompose en

- +9,9% sur les GHT
- +26,2% sur les médicaments et DMI.

Pour mémoire, entre 2006 et 2007, l'évolution était évaluée à +14,4% (+13,5% sur les GHT et + 37,9% sur les médicaments et DMI).

Ces évolutions mériteraient d'être expliquées. En effet, l'évolution de l'activité peut être due à une augmentation de cette activité à nombre de lits constants ou à la création de nouveaux lits. De même, il serait intéressant d'analyser par pathologie l'évolution des dépenses de 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.

## V- Analyse qualitative des réalisations 2008

Cette partie procède, à partir des travaux de l'ATIH sur les bases PMSI, à une analyse qualitative de l'activité des établissements MCO, et de son évolution en 2008, à la fois sur le nombre de séjours et sur les évolutions par catégorie majeure de diagnostic (CMD).

### a) Réalisations 2008 pour le secteur ex-DG

#### - Suppléments journaliers

Les suppléments journaliers connaissent entre 2007 et 2008 une évolution soutenue en masse monétaire : +3,4%. Toutefois, cette évolution n'entraîne pas de modification de la part des suppléments dans l'ensemble de la valorisation, cette part reste stable et proche de 9%.

**Tableau 3 : Evolution des suppléments journaliers (montants en M€)**

Type de suppléments journaliers	Effectifs en 2007	Effectifs en 2008	Evolution des effectifs 2007/2008	Masse financière en 2008	Evolution de la masse financière 2007/2008
Réanimation	1 193 550	1 209 524	1,3%	1 001,67	1,3%
Réanimation pédiatrique	51 378	67 264	30,9%	63,71	30,7%
Soins intensifs	1 368 008	1 397 000	2,1%	579,73	2,2%
Soins continus	769 676	916 012	19,0%	250,93	19,2%
Néonatalogie niveau 1	589 807	615 112	4,3%	193,25	4,2%
Néonatalogie niveau 2	373 211	359 637	-3,6%	170,12	-3,8%
Néonatalogie niveau 3	180 834	176 371	-2,5%	167,65	-2,4%
<b>Sous total</b>	<b>4 526 464</b>	<b>4 740 920</b>	<b>4,7%</b>	<b>2427,06</b>	<b>3,3%</b>
<b>Séances en sus</b>	<b>277 651</b>	<b>286 376</b>	<b>3,1%</b>	<b>82,22</b>	<b>4,9%</b>
<b>TOTAL</b>				<b>2 509,28</b>	<b>3,4%</b>

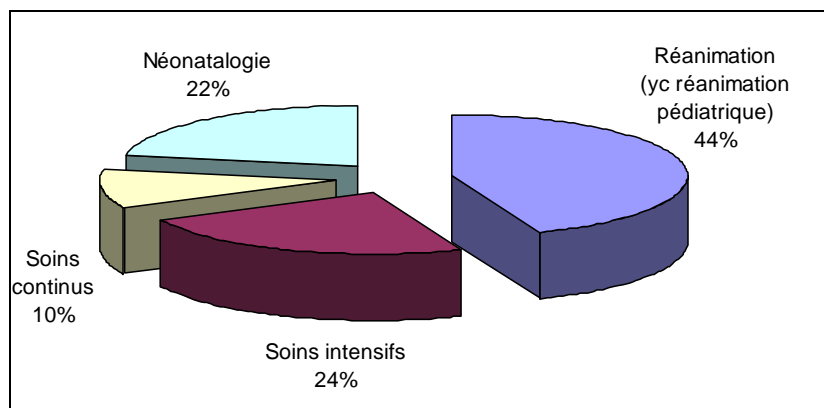
Pour mémoire, dans le cadre du plan « périnatalité », a été créé en 2007 le supplément de réanimation pédiatrique à un tarif supérieur à celui de la réanimation adulte. Cette création a été suivie par une forte montée en charge de ce supplément entre 2007 et 2008 (+30,7%).

En ce qui concerne la surveillance continue, l'évolution est également forte entre 2007 et 2008 (+19,2%).

Parmi les suppléments de néo-natalité, les évolutions diffèrent en fonction du niveau :

- nette augmentation pour le niveau 1
- diminution pour les niveaux 2 et 3.

**Figure 1 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2008, hors séances en sus**



Lecture : En 2008, ce sont les suppléments de réanimation qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments (44%), viennent ensuite les soins intensifs et la néonatalogie, représentant chacun moins d'un quart de l'ensemble. Enfin les soins continus ne représentent que 10%.

### - Les catégories d'établissements

- Les CLCC connaissent l'évolution d'activité la plus soutenue en 2008, l'augmentation du nombre de séjours ayant été plus forte que l'augmentation de l'activité pondérée<sup>3</sup>.
- Vient ensuite l'AP-HP avec une évolution assez similaire en termes de séjours et de l'activité pondérée (effet structure<sup>4</sup> quasiment nul).
- Pour les CHR, le nombre de séjours a augmenté de +1,9% et l'activité pondérée de +3,3%, ce qui se traduit par un fort effet structure (+1,3%).
- Pour les CH, comme pour l'AP-HP l'évolution est similaire en termes de séjours et de l'activité pondérée (effet structure quasiment nul).
- Enfin, les EBNL constituent la catégorie d'établissements ayant la plus faible évolution en termes d'activité pondérée alors que l'évolution du nombre de séjours est en augmentation ce que reflète l'effet structure (+2,1%).

**Tableau 4: Evolution de l'activité pondérée par catégories d'établissement.**

	2008			Evolution 2007/2008		
	Nombre d'établissements	Nombre de séjours (en milliers)	Effectifs pondérés (en M€)	Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Effet structure
APHP	1	1 157,63	2 605,31	3,7%	3,5%	-0,2%
CH	456	7 708,48	14 780,67	1,8%	2,1%	0,3%
CHR	30	3 782,76	8 155,21	1,9%	3,3%	1,3%
CLCC	20	1 137,31	783,43	5,5%	4,9%	-0,5%
EBNL	134	1 138,28	2 286,70	2,9%	0,7%	-2,1%
<b>Ensemble</b>	<b>641</b>	<b>14 924,47</b>	<b>28 611,31</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,5%</b>	<b>0,2%</b>

*Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)*

<sup>3</sup> **Définition de l'activité pondérée :**

l'activité pondérée correspond à la valorisation des séjours par une échelle de pondération qui doit être identique pour les deux années 2007 et 2008 ; ainsi l'évolution des effectifs pondérés entre 2007 et 2008 se base sur une pondération par les tarifs 2008.

<sup>4</sup> **Définition de l'effet structure :**

L'effet-structure (correspondant à l'écart entre la mesure de l'évolution en effectifs pondérés et la mesure de l'évolution en nombre de séjours) recouvre :

- l'évolution de la structure qui traduit l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge ;
- l'effet codage (évolution du codage des séjours avec comorbidités associées-CMA) ;
- l'évolution des extrêmes.

## - Les catégories de prise en charge

L'augmentation du nombre de séjours entre 2007 et 2008 est importante : +2,3% alors que le nombre de journées diminue de -0,2%.

- L'évolution du nombre de séjours plus rapide observée pour les séances est de +5,7%.
- Pour les séjours de moins de 2 jours, le nombre de séjours augmente de +0,9% et le nombre de journées a évolué plus rapidement, de +1,9%. Cette évolution indique à la fois un probable glissement des séjours de 2 jours vers les séjours d'une journée et une augmentation de la part des séjours d'une journée par rapport aux séjours de 0 jour (hausse de la DMS, passant de 0,33 à 0,34).
- Par contre, pour l'hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24), l'évolution en nombre de séjours a été de +1,1% alors que le nombre de journées est resté stable (-0,3%), ce qui se traduit par une diminution de la DMS passant de 7,67 à 7,57 jours. Cette évolution indique donc une réduction de la durée de séjour pour les séjours de plus de 2 jours.

**Tableau 5 : Evolution des catégories de prise en charge.**

Séjours et journées en milliers	Nombre de séjours produits en 2007	Nombre de journées produites en 2007	DMS 2007 = journées/ effectif	Nombre de séjours produits en 2008	Nombre de journées produites en 2008	DMS 2008 = journées/ effectif	Evolution du nombre de séjours produits	Evolution du nombre de journées produites	Evolution de la DMS
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	4 472,04	1 487,32	0,33	4 512,66	1 515,18	0,34	+0,9%	+1,9%	+1,0%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	5 962,53	45 715,70	7,67	6 025,14	45 585,58	7,57	+1,1%	-0,3%	-1,3%
Séances (CM 28)	4 148,54			4 386,67	47 100,76		+5,7%		
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>14 583,11</b>	<b>47 203,02</b>		<b>14 924,47</b>	<b>1 515,18</b>		<b>+2,3%</b>	<b>-0,2%</b>	

Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)

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 de la sévérité des cas hospitalisés (co-morbidité associée-CMA).

Dans cette pondération, les suppléments de prélèvements d'organes ne sont pas valorisés.

Le rapport entre l'évolution en effectifs pondérés et l'évolution en nombre de séjours correspond à l'effet structure, approchant ainsi l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge.

Ainsi par exemple :

- une augmentation du nombre de séjours plus rapide que l'augmentation des effectifs pondérés se traduit par un effet structure négatif, indiquant que la part des cas avec sévérité et CMA a diminué ;
- une augmentation du nombre de séjours moins rapide que l'augmentation des effectifs pondérés se traduit par un effet structure fort, indiquant que la part des cas avec sévérité et CMA a augmenté.

**Tableau 6: Evolution de l'activité pondérée (hors suppléments)**

	2008	Evolution 2007/2008	
	Effectifs pondérés (en M€)	Effectifs pondérés	Effet structure
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	3 039,70	+2,7%	+1,8%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	21 609,44	+2,1%	+1,1%
Séances (CM 28)	1 452,91	+6,7%	+0,9%
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>26 102,05</b>	<b>+2,4%</b>	<b>+0,1%</b>

Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)

Sur l'ensemble des séjours, l'activité pondérée par les tarifs 2008 a évolué de +2,4%.

- En hospitalisation partielle, l'activité pondérée a augmenté de 2,7% entre 2007 et 2008. C'est pour ce type de séjours que l'effet structure est le plus fort ;
- L'activité pondérée de l'hospitalisation complète augmente plus rapidement qu'en nombre de séjours ;
- Comme pour l'évolution du nombre de séjours, ce sont les séances qui connaissent l'évolution la plus forte en termes d'activité pondérée, évolution qui s'explique principalement par une évolution du nombre de séances.

### - Les activités de soins (ASO)

Les activités de soins qui connaissent les plus fortes évolutions entre 2007 et 2008 en nombre de séjours et en masse monétaire sont les séances (respectivement +5,7% et +6,7%) et l'interventionnel (respectivement +4,4% et +5,1%). Cependant, ces activités représentent des masses financières de faible importance.

Pour la médecine, qui est l'activité prépondérante, si le nombre de séjours semble stable entre 2007 et 2008, en revanche les effectifs pondérés ont progressé plus vite qu'entre 2006 et 2007 et l'effet structure est important (+1,7%).

En obstétrique, l'évolution de la masse monétaire est également plus forte entre 2007 et 2008 (+1,7% contre +0,7% entre 2006 et 2007).

**Tableau 7 : Evolution de l'activité pondérée (hors suppléments) par type d'activité (séjours en milliers et montant en M€)**

	2008		Evolution 2006/2007			Evolution 2007/2008		
	Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Effet structure	Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Effet structure
Chirurgie	2 283,87	8 129,51	1,3%	2,1%	0,8%	2,3%	2,8%	0,5%
Interventionnel	927,56	1 195,67	3,0%	4,2%	1,2%	4,4%	5,1%	0,7%
Médecine	5 912,67	12 768,06	-2,5%	1,1%	3,7%	0,0%	1,7%	1,7%
Obstétrique Néonatalogie	1 413,70	2 555,90	-0,4%	0,7%	1,1%	0,8%	1,7%	0,9%
Séances	4 386,67	1 452,91	2,0%	2,9%	0,9%	5,7%	6,7%	0,9%
<b>Total</b>								
<b>Hospitalisation</b>	<b>14 924,47</b>	<b>26 102,05</b>	<b>-0,2%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,7%</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,4%</b>	<b>0,1%</b>

*Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)*

### - Analyse par Catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui évoluent le plus significativement à la hausse sont :

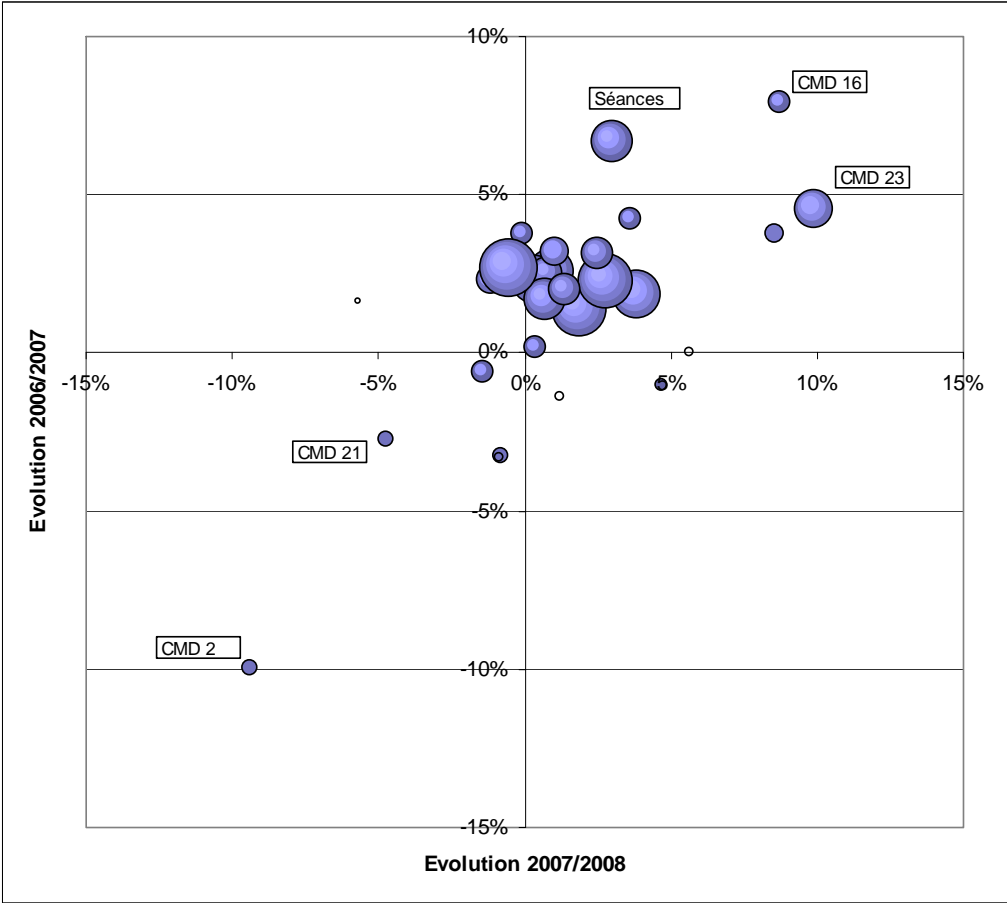
- la **CMD 16 « Affections du sang et des organes hématopoïétiques »** avec +7,2% en nombre de séjours et +8,0% en pondération ;
- la **CM 28 « Séances »** avec +5,7% en nombre de séjours et +6,7% en pondération.
- La **CMD 23** (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) avec +3,6% en nombre de séjours et +4,6% en pondération ;
- la **CMD 19 « Maladies et troubles mentaux »** avec +3,1% en nombre de séjours et +4,3% en pondération.

A l'inverse, les CMD qui évoluent le plus significativement à la baisse sont:

- la **CMD 02 « Affections de l'œil »** avec -14,2% en nombre de séjours et -9,9% en pondération. Cette CMD connaît l'effet structure le plus fort (+5,1%);
- la **CMD 21 « Traumatismes, allergies et empoisonnements »** avec -5,3% en nombre de séjours et -2,7% en pondération ;
- la **CMD 22 « Brûlures »** avec -3,3% en nombre de séjours mais une baisse limitée à -1,3% en pondération.

Comme l'illustre le graphique ci-après, à l'exception de la CM 28 « séances » et de la CMD 23, celles qui connaissent les évolutions les plus fortes ont des masses financières assez faibles. En outre, les évolutions observées entre 2007 et 2008 sont proches de celles qui avaient été observées entre 2006 et 2007.

**Figure 2 : Evolution de l'activité pondérée par CMD 2006-2008**



*La taille des bulles est proportionnelle à la masse financière de la CMD en 2008.*

**Tableau 8: Evolution de l'activité pondérée par CMD (séjours en milliers et montant en M€)**

CMD	2008		Evolution 2007/2008		
	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments	Effet structure
1 Affections du système nerveux	417,70	1 803,31	1,5%	2,6%	1,1%
2 Affections de l'œil	72,66	191,44	-14,2%	-9,9%	5,1%
3 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	144,80	419,00	-1,6%	-0,5%	1,1%
4 Affections de l'appareil respiratoire	478,89	2 042,11	1,9%	1,9%	0,0%
5 Affections de l'appareil circulatoire	671,99	2 605,78	0,1%	1,4%	1,4%
6 Affections du tube digestif	510,58	1 937,07	1,6%	2,4%	0,7%
7 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	185,49	834,93	2,3%	2,6%	0,2%
8 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	604,27	2 597,01	0,7%	2,3%	1,6%
9 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	191,02	684,63	1,3%	3,2%	1,9%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	213,09	680,21	1,9%	2,4%	0,4%
11 Affections du rein et des voies urinaires	227,05	816,29	1,9%	3,2%	1,3%
12 Affections de l'appareil génital masculin	60,76	223,39	-2,5%	-3,2%	-0,8%
13 Affections de l'appareil génital féminin	117,14	377,05	-1,4%	0,2%	1,7%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	665,40	1 649,11	1,4%	1,8%	0,3%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	593,89	834,63	1,6%	2,1%	0,4%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	88,78	356,91	7,2%	8,0%	0,8%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	171,65	631,06	1,1%	3,0%	1,9%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	77,47	391,35	0,7%	3,8%	3,1%
19 Maladies et troubles mentaux	115,06	457,57	3,1%	4,3%	1,1%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	52,66	151,87	1,7%	-0,9%	-2,6%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	62,25	234,59	-5,3%	-2,7%	2,8%
22 Brûlures	6,03	63,93	-3,3%	-1,3%	2,1%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	267,27	1 195,84	3,6%	4,6%	0,9%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	8,86	61,41	-2,9%	-3,3%	-0,4%
26 Traumatismes multiples graves	6,87	80,96	0,8%	0,1%	-0,7%
27 Transplantations d'organes	8,77	260,79	2,9%	3,8%	0,9%
90 Erreurs et autres séjours inclassables	4,74	27,19	-0,2%	1,7%	1,9%
Total Hospitalisation complète	6 025,14	21 609,44	1,1%	2,1%	1,1%
24 Séjours de moins de 2 jours	4 512,66	3 039,70	0,9%	2,7%	1,8%
28 Séances	4 386,67	1 452,91	5,7%	6,7%	0,9%
TOTAL	14 924,47	26 102,05	2,3%	2,4%	0,1%

Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)

Affections de l'œil : CMD ayant une forte baisse de l'activité pondérée entre 2007 et 2008

Maladies et troubles mentaux : CMD ayant une forte hausse de l'activité pondérée entre 2007 et 2008

Maladies infectieuses et parasitaires : CMD ayant un fort effet structure entre 2007 et 2008



## b) Autres analyses explicatives des réalisations 2008 pour le secteur ex-OQN

### - Suppléments journaliers

Les suppléments journaliers connaissent entre 2007 et 2008 une évolution soutenue en masse monétaire : +8,1%. Toutefois cette évolution n'entraîne pas de modification de la part des suppléments dans l'ensemble de la valorisation, cette part reste stable et proche de 4,5%.

**Tableau 9 : Evolution des suppléments journaliers (montants en M€ et nombre de séjours en milliers)**

Type de suppléments journaliers	Effectifs en 2007	Effectifs en 2008	Evolution des effectifs 2007/2008	Masse financière en 2008	Evolution de la masse financière 2007/2008
Supplément néonatalogie (NN1)	89,6	90,6	1,2%	23,7	-0,1%
Supplément néonatalogie (NN2)	4,6	4,3	-7,5%	1,7	-8,1%
Supplément dit de réanimation (SRA, REA)	434,5	405,1	-6,8%	195,2	-1,8%
Supplément soins intensifs (STF)	43,2	100,6	133,1%	33,1	132,0%
Supplément surveillance continue (SSC, SRC)	541,2	642,9	18,8%	48,7	18,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1 113,0</b>	<b>1 243,5</b>	<b>11,7%</b>	<b>302,3</b>	<b>8,1%</b>

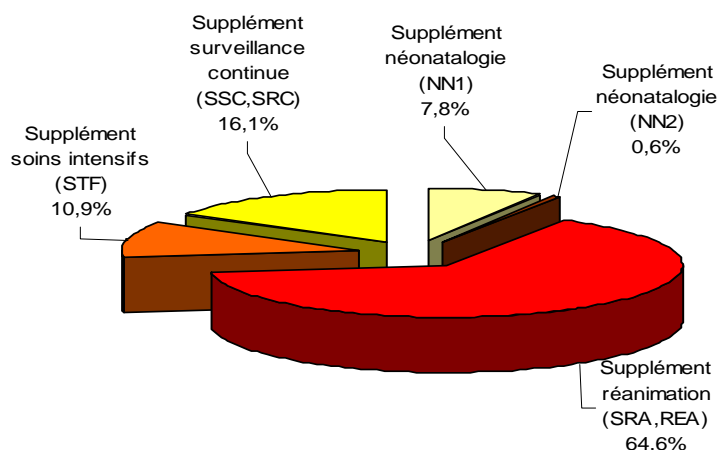
Compte tenu de la mise en place des autorisations dans le cadre des SROS, une hypothèse de transfert des suppléments de réanimation vers les suppléments de soins intensifs peut être formulée.

En ce qui concerne la surveillance continue, l'évolution observée entre 2007 et 2006 se poursuit également entre 2007 et 2008 (+18,4%).

Parmi les suppléments de néo-natalité, les évolutions diffèrent en fonction du niveau :

- stagnation pour le niveau 1
- forte diminution pour le niveau 2.

**Figure 3 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2008**



Lecture : En 2008, ce sont les suppléments dits de réanimation qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments, viennent ensuite la surveillance continue et les soins intensifs. Enfin la néonatalogie ne représente que 8,4%.

En 2007, la part des suppléments dits de réanimation étaient plus importante (71,1% en 2007 contre 64,2% en 2008), alors que celle des soins intensifs étaient plus faible (5,1% en 2007 contre 10,9% en 2008).

## - Les catégories de prise en charge : hospitalisation complète et partielle

L'augmentation du nombre de séjours entre 2007 et 2008 est faible: +0,4% alors que le nombre de journées diminue de-1,4%.

- L'évolution du nombre de séjours plus rapide a été observée pour les séances : +2,6%.
- Pour les séjours de moins de 2 jours, le nombre de séjours augmente de +1,1% et le nombre de journées a diminué, de -1,5%. Cette évolution indique une baisse de la part des séjours d'une journée par rapport aux séjours de 0 jour, qui pourrait s'expliquer notamment par un probable glissement des séjours de 1 jour vers les séjours de 2 jours (baisse de la DMS, passant de 0,18 à 0,17). Cette hypothèse fera l'objet d'une étude complémentaire notamment par l'examen des séjours courts distingués selon leur durée.
- Par contre, pour l'hospitalisation complète (CMD 1 à 27, hors 24), l'évolution en nombre de séjours a été de -1,0%. L'évolution du nombre de journées étant de la même grandeur que celle du nombre de séjours, la DMS reste stable à 5,4 jours.

**Tableau 10: Evolution des effectifs (séjours et journées en milliers)**

	Nombre de séjours produits en 2007	Nombre de journées produites en 2007	DMS 2007 = journées/ effectif	Nombre de séjours produits en 2008	Nombre de journées produites en 2008	DMS 2008 = journées/ effectif	Evolution du nombre de séjours produits	Evolution du nombre de journées produites	Evolution de la DMS
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	3 474,06	621,8	0,18	3 511,88	612,3	0,17	1,1%	-1,5%	-5,6%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	2 676,99	14 594,9	5,45	2 650,29	14 384,7	5,43	-1,0%	-1,4%	-0,4%
Séances (CM 28)	745,94			765,16			2,6%		
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>6 896,98</b>	<b>15 216,7</b>		<b>6 927,32</b>	<b>14 996,9</b>		<b>0,4%</b>	<b>-1,4%</b>	

*Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)*

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 de la sévérité des cas hospitalisés.

Le rapport entre l'évolution en effectifs pondérés et l'évolution en nombre de séjours correspond à l'effet structure, approchant ainsi l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge.

Ainsi par exemple :

- une augmentation du nombre de séjours plus rapide que l'augmentation des effectifs pondérés se traduit par un effet structure négatif, indiquant que la part des cas avec sévérité et CMA a diminué ;
- une augmentation du nombre de séjours moins rapide que l'augmentation des effectifs pondérés se traduit par un effet structure fort, indiquant que la part des cas avec sévérité et CMA a augmenté.

**Tableau 11: Evolution de l'activité pondérée (montants en M€)**

	2008	Evolution 2007/2008	
	Effectifs pondérés hors suppléments	Effectifs pondérés hors suppléments	Effet structure
Hospitalisation partielle (CM 24 hors séances)	1 825,5	3,7%	2,5%
Hospitalisation complète (CMD 1 à 27 hors 24)	4 184,0	0,5%	1,5%
Séances (CM 28)	243,2	2,9%	0,3%
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>6 252,8</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,1%</b>

*Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)*

Sur l'ensemble des séjours, l'activité pondérée par les tarifs 2008 a évolué de +1,5%.

- En hospitalisation partielle, l'activité pondérée a augmenté de 3,7% entre 2007 et 2008. C'est pour ce type de séjours que l'effet structure est le plus fort ;
- L'activité pondérée de l'hospitalisation complète stagne sur l'ensemble de la période ;
- Les séances augmentent de 2,9% en termes d'activité pondérée, et pour ce type de séjours, l'effet structure est le plus faible.

### - Les activités de soins MCO

Les activités de soins qui connaissent les plus fortes évolutions en nombre de séjours et en masse monétaire sont les séances (respectivement +2,6% et +2,9%) et l'interventionnel (respectivement +1,2% et +4,8%). Il convient néanmoins de noter que s'agissant des séances, leur représentation en une masse financière est peu importante.

L'activité d'obstétrique connaît une diminution en nombre de séjours (-0,5%) et stagne en masse monétaire (+0,3%).

L'activité de médecine présente une évolution de l'activité pondérée de +0,8% alors que son nombre de séjours diminue. Ainsi, pour cette activité, comme pour l'interventionnel (cf. supra), l'effet structure est important.

La chirurgie reste l'activité prédominante du secteur. Néanmoins, l'augmentation forte de l'activité interventionnelle, si elle perdure, est de nature à modifier la répartition de l'activité de soins dans les cliniques. La croissance de l'activité de médecine est également mais dans une moindre mesure notable.

**Tableau 12 : Evolution de l'activité pondérée par type d'activité (séjours en milliers et montants en M€)**

	2008		Evolution 2007/2008		
	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments	Nombre de séjours	Effectifs pondérés hors suppléments	Effet structure
Chirurgie	2 978,4	3 700,9	0,2%	0,9%	0,7%
Interventionnel	1 816,3	997,0	1,2%	4,8%	3,6%
Médecine	824,2	751,4	-1,4%	0,8%	2,2%
Obstétrique Néonatalogie	543,3	560,2	-0,5%	0,3%	0,8%
Séances	765,2	243,2	2,6%	2,9%	0,3%
<b>Total Hospitalisation</b>	<b>6 927,3</b>	<b>6 252,8</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,1%</b>

*Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)*

### - Analyse par Catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui évoluent le plus significativement **à la hausse** sont :

- la **CMD 22 (Brûlures)** avec +28,0% en nombre de séjours et +4,8% en pondération ;
- la **CM 16 (Affections du sang et des organes hématopoïétiques)** avec +5,1% en nombre de séjours et +5,3% en pondération.

A l'inverse, les CMD qui évoluent le plus significativement **à la baisse** sont:

- la **CMD 02 (Affections de l'œil)** avec -14,5% en nombre de séjours et -14,1% en pondération ;
- la **CMD 21 (Traumatismes, allergies et empoisonnements)** avec -14,1% en nombre de séjours et -14,8% en pondération ;
- la **CMD 3 (Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents)** avec -6,9% en nombre de séjours mais une baisse limitée à -4,8% en pondération ;
- la **CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin)** avec -6,2% en nombre de séjours et -6,9% en pondération ;
- la **CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin)** avec -3,9% en nombre de séjours et -3,2% en pondération.

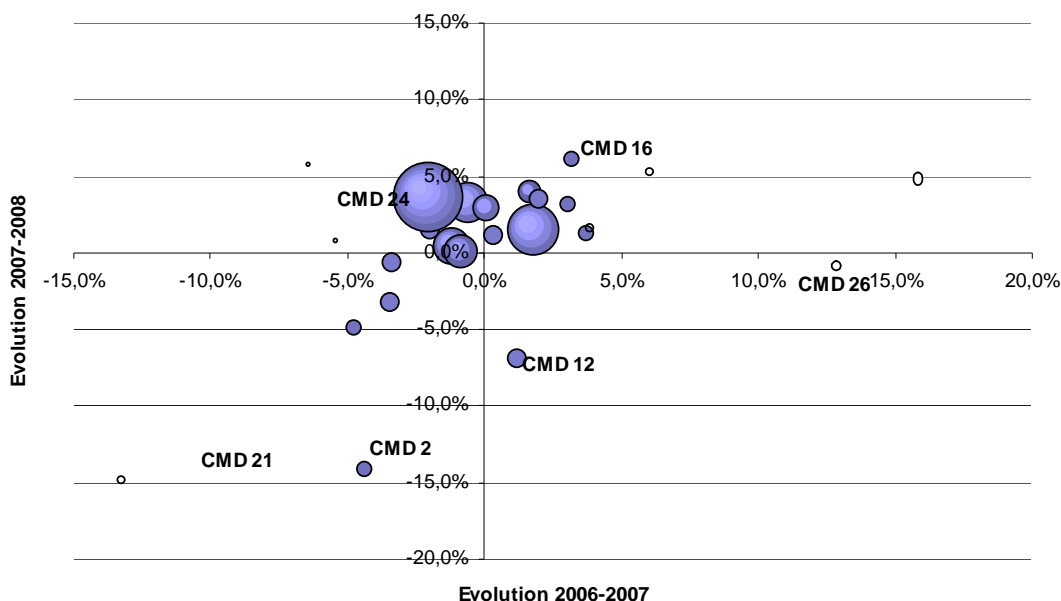
Comme l'illustre le graphique ci-après, les CMD qui connaissent les évolutions les plus fortes ont des masses financières assez faibles.

En outre, les évolutions observées entre 2007 et 2008 sont proches de celles qui avaient été observées entre 2006 et 2007.

Il convient de noter que l'activité des cliniques est très concentrée. Ainsi, l'activité de courte durée (CM24) représente environ 30% de l'activité (le cristallin représentant une part importante de cette activité). En complément avec deux autres CMD (les Affections de l'appareil circulatoire, et les Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), l'activité couverte représente plus de 50% de l'activité des cliniques.

En dehors de la CMD 08, les deux autres CMD présentent une évolution soutenue d'activité de l'ordre de 3,5%.

**Figure 4 : Evolution de l'activité pondérée par CMD 2006-2008**



*La taille des bulles est proportionnelle à la masse financière de la CMD en 2008.*

**Tableau 13: Evolution de l'activité pondérée par CMD (séjours en milliers et montant en M€)**

CMD	Libellé de la CMD	2008		Evolution 2007/2008		
		Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Nombre de séjours	Effectifs pondérés	Effet structure
1	Affections du système nerveux	53,8	94,9	3,5%	6,1%	2,5%
2	Affections de l'œil	88,3	114,6	-14,5%	-14,1%	0,5%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	100,3	104,0	-6,9%	-4,8%	2,2%
4	Affections de l'appareil respiratoire	67,4	113,6	2,5%	3,2%	0,7%
5	Affections de l'appareil circulatoire	343,4	672,8	-0,8%	3,2%	4,0%
6	Affections du tube digestif	335,3	516,7	-0,7%	0,4%	1,1%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	87,2	152,4	1,9%	1,2%	-0,7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	473,2	927,0	0,4%	1,5%	1,1%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	95,5	118,4	-0,7%	-0,6%	0,2%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	58,4	88,7	-1,1%	1,3%	2,4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	123,4	171,1	3,1%	4,0%	0,8%
12	Affections de l'appareil génital masculin	77,2	139,3	-6,2%	-6,9%	-0,8%
13	Affections de l'appareil génital féminin	113,0	161,3	-3,9%	-3,2%	0,8%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	263,0	407,3	0,1%	0,1%	0,0%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	231,2	140,2	0,4%	1,5%	1,0%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	18,2	27,8	5,1%	5,3%	0,3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	27,9	40,9	0,6%	1,6%	1,0%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8,3	15,5	2,1%	5,8%	3,6%
19	Maladies et troubles mentaux	6,8	9,9	2,7%	0,9%	-1,8%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	6,0	9,0	1,8%	15,5%	13,5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	12,7	25,2	-14,1%	-14,8%	-0,8%
22	Brûlures	0,1	0,5	28,0%	4,8%	-18,1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	58,3	129,8	0,8%	3,6%	2,7%
24	Séjours de moins de 2 jours	3 511,9	1 825,5	1,1%	3,7%	2,5%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0,1	0,3	-1,3%	-20,4%	-19,3%
26	Traumatismes multiples graves	0,2	0,9	-2,6%	-1,0%	1,7%
28	Séances	765,2	243,2	2,6%	2,9%	0,3%
90	Erreurs et autres séjours inclassables	1,1	1,6	-6,6%	-0,9%	6,1%
<b>TOTAL</b>		<b>6 927,3</b>	<b>6 252,8</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,1%</b>

Source : Casemix 2007(v10c) et 2008(v10c) (PMSI)

## **VI- Axes de travail pour 2009-2010**

A l'occasion des travaux de l'Observatoire menés sur l'analyse rétrospective des dépenses 2008, plusieurs axes de fonctionnement et de travail ont été tracés pour les prochains mois.

### **La mise en place d'une réunion intermédiaire sur l'exécution des trois premiers trimestres de l'année**

Afin que l'Observatoire puisse remplir pleinement la mission de suivi des dépenses hospitalières d'assurance maladie qui lui est impartie par la loi, il apparaît nécessaire de prévoir, entre les réunions de validation de ses rapports semestriels, une réunion permettant d'établir un constat partagé sur les réalisations des trois premiers trimestres de l'année.

Une telle réunion, qui se tiendrait en décembre de l'année n ou en janvier de l'année n+1, permettrait de disposer d'un éclairage sur les tendances de l'année n, certes encore partiel mais néanmoins plus significatif que celui fourni en octobre sur la base des données des cinq premiers mois de cette même année, comme cela a été indiqué précédemment.

### **La conduite de travaux sur l'imputation des factures des cliniques privées**

Des travaux ont été conduits par la CNAMTS, la MSA et le RSI en vue d'harmoniser la nomenclature comptable avec le suivi statistique, mais la première mise en œuvre sur une année complète ne pourra être effectuée qu'en 2010 au titre de l'exercice 2009. Les travaux sous l'égide de la MCP de la direction de la sécurité sociale se poursuivront également dans le but de parvenir à l'homogénéisation des modalités d'alimentation du SNIIRAM par les différents régimes obligatoires.

Parallèlement à cette démarche, il conviendrait de conduire des travaux techniques sur un échantillon de factures des cliniques pour vérifier les modalités de traitement selon les régimes, les caisses et les régions.

Des tests pourraient être effectués sur un échantillon représentatif, dans les différents régimes pour vérifier la bonne imputation aux sous ensembles de l'ONDAM concernés tant dans le système statistique que dans le système comptable. Le cahier des charges d'une telle étude pourra être présenté par la CNAMTS lors des séances d'automne de l'Observatoire.

### **La poursuite de l'analyse des causes des effets structures**

Les travaux qualitatifs sur les réalisations de l'exercice 2008, qui mettent en lumière des facteurs d'alourdissement des séjours, mériteraient d'être poursuivis et complétés.

### **A terme, la mise en place d'un indicateur de complétude**

Plusieurs années de recul sont en effet nécessaires pour permettre d'établir des tendances concernant les délais de prise en compte des évolutions tarifaires par les établissements de santé, délais qui ont un impact sur le rythme des remontées de données d'activité. Compte tenu des modifications régulières des caractéristiques des campagnes tarifaires, il est difficile à brève échéance de pouvoir lancer des travaux de ce type.

Paris, le 24 juin 2009

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

**signé**

Valérie Delahaye-Guillocheau,  
Inspectrice générale des Affaires Sociales

## ANNEXES

–

### **Annexe 1- Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 12 juin 2009**

### **Annexe 2- Fiches et tableaux détaillés sur les réalisations de l'exercice 2008**

- A- tableau synthétique des réalisations pour les années 2005 à 2008
- B- suivi des dépenses d'activité pour l'année 2008
- C- suivi des crédits relatifs aux dotations
- D- réalisations 2008 pour les cliniques privées – régime général-, en dates de soins fin avril 2009
- E- évolution 2007-2008 du volume d'activité pour les établissements ex DG
- F- évolution 2007-2008 du volume d'activité pour les établissements ex OQN