



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

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

NOTE SEMESTRIELLE

JUIN 2010

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 2009 produites par l'ATIH et la CNAMTS.

Les données définitives sur l'année complète font apparaître, contrairement aux tendances observées sur les différents mois de l'année (cf. note de décembre 2009 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 +3,4%, correspondant à un dépassement à l'objectif de 511 M€. Ce dépassement est assez logiquement concentré sur l'objectif des dépenses relatives à l'activité MCO (518 M€).

Comme pour l'exercice 2008, le secteur des établissements anciennement financés par dotation globale a connu un rythme d'évolution des dépenses relatives à l'activité MCO supérieur aux prévisions réalisées lors de la construction des objectifs 2009. Ce dépassement est estimé à 381M€ soit une progression des dépenses de +2,8 % (effets de champs non neutralisés), traduisant un effet volume global de la part activité estimé à +3,7%.

S'agissant du secteur « ex OQN », celui-ci a également connu un rythme d'évolution des dépenses supérieur aux prévisions réalisées lors de la construction des objectifs. Le dépassement est estimé à 137M€ soit un rythme de progression des dépenses de +3,6 % (effets de champs non neutralisés), traduisant un effet volume global de la part activité de +3,9 %.

Les secteurs des Soins de suite et de réadaptation (SSR) et Psychiatrie de l'Objectif quantifié national (OQN) connaissent aussi un dépassement de 65M€, reflétant une forte dynamique de créations de places imputables à la fois à des créations ou à des extensions de structures, principalement dans les SSR.

Les éclairages apportés par les études qualitatives mettent en lumière deux éléments d'explication de ces dépassements :

- le pic épidémique de la grippe A H1N1 en fin d'année 2009 ;
- l'effet codage.

INTRODUCTION

Le présent rapport a été adopté par l'Observatoire de l'hospitalisation lors de sa réunion du 24 juin 2010, après une première séance qui s'est tenue le 2 juin 2010.

Conformément aux dispositions réglementaires, ce rapport présente une analyse des dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé au titre de l'exercice 2009.

Le document est structuré autour des parties suivantes :

- I- Rappel des éléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire 2009
- II- Présentation synthétique des réalisations 2009 ;
- III- Analyse détaillée des réalisations 2009 par catégories de sous-objectifs ;
- IV- Axes de travail pour 2010-2011.

I - Eléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire de l'exercice 2009

L'analyse des réalisations de l'exercice 2009 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.

a) Les principaux éléments prévisionnels de la campagne budgétaire et tarifaire 2009

1- La définition des sous-objectifs et objectifs prévisionnels de la campagne 2009

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 + 3,81 % (soit 2 535 M€ de ressources nouvelles). Par ailleurs, l'effort d'économie supplémentaire demandé en 2009 à ces mêmes établissements a été fixé à 302,6 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 2009 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 :

			Base 2009	Mesures nouvelles 2009	Objectifs 2009	Taux d'évolution de l'objectif par rapport à la base
ODMCO/MIGAC	total		49 158	1 670	50 828	3,40 %
	ODMCO	total	41 811	1 323	43 134	3,16 %
	MIGAC	total	7 347	347	7 694	4,72 %
ODAM/OQN	total		17 129	562	17 691	3,28 %
	ODAM	total	15 075	440	15 515	2,92%
		DAF	13 940	374	14 314	2,68 %
		USLD	1 136	66	1 202	5,81 %
	OQN	OQN PSY/SSR	2 054	122	2 176	5,94 %
FMESPP	total		301	-110	191	-36,54 %
Total (hors non régulé)			66 588	2 122	68 710	3,19 %

Tableau 1 : Définition des sous-objectifs hospitaliers prévisionnels de la campagne tarifaire 2009

En millions d'euros

Source : DGOS/DSS

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 + 2,68 %. Pour les établissements privés sous OQN, le taux d'évolution des ressources pour ces mêmes activités a été fixé à + 5,94%.

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 + 4,72 %.

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 + 3,16 %. 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.

Pour les médicaments et DMI en sus, l'évolution a été fixée à + 10 %, soit 392M€ de mesures nouvelles.

Pour les forfaits annuels, les mesures nouvelles affectées à ce poste s'élèvent à 28,6M€ soit une évolution de +3 %.

2- Les évolutions législatives et réglementaires

L'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) prévoit qu'un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre des comptes fixe, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialité pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités, produits et prestations.

L'année 2009 a été marquée par la mise en œuvre de la version 11 de la classification des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO prévue par l'arrêté du 19 février 2009.

3- Les évolutions tarifaires

Pour 2009, la progression de 3,16 %, de l'ODMCO a permis de dégager une marge tarifaire de 931 M€ intégrée dans les tarifs applicables au 1^{er} mars 2009 après constitution de provisions pour faire face à la progression de l'activité valorisée compte tenu d'une hypothèse d'amélioration du codage induit par le changement de classification (+ 0,5 %) et d'une estimation d'augmentation du volume d'activité de + 1,7 %.

Cette décision a été motivée par plusieurs considérations :

- améliorer la cohérence du contenu des tarifs dans une perspective de convergence intra et intersectorielle en transférant à la dotation nationale MIGAC, au titre de 2009 et avec effet au 1^{er} mars 2009, une partie des ressources tarifaires représentatives des charges afférentes à la permanence des soins hospitalière et à la prise en charge des patients en situation de précarité ;
- prendre en compte les estimations les plus récentes relatives aux dépenses d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation pour les établissements de santé publics ;
- assurer le respect de l'ONDAM 2009 et de l'ODMCO en majorant la prévision d'évolution d'activité.

Les politiques tarifaires incitatives en faveur de certaines pratiques ou prises en charge développées antérieurement, telles que la chirurgie ambulatoire ou les pratiques d'accouchement, ont été poursuivies.

Le financement de l'activité de surveillance continue a été révisé dans le sens d'une meilleure prise en compte de la lourdeur des prises en charge des patients dont l'état clinique nécessite ce type de surveillance. Un nouveau supplément a été créé à cet effet, assorti de critères d'éligibilité sélectifs. Cette révision s'avérait indispensable en raison de la suppression des suppléments liés au classement et en conséquence du droit d'option dans le secteur ex OQN au 1^{er} mars 2009.

Le rapprochement des listes de dispositifs médicaux en sus du secteur public et du secteur privé s'est poursuivi en 2009 par l'intégration au sein des GHS des implants de réfection de paroi et des implants de colpo-suspension, qui étaient inscrits sur la liste en sus du secteur privé, et par l'inscription sur la liste en sus du secteur public des implants tendineux et ligaments artificiels.

En ce qui concerne les activités de SSR/PSY exercées par les établissements sous OQN, le taux d'évolution moyen national des tarifs a été fixé à 1,5 % compte tenu notamment de l'état prévisionnel des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés en 2008.

b) Eléments particuliers ou conjoncturels de l'année 2009

Il s'agit de l'épidémie de grippe A H1 N1 survenue au quatrième trimestre 2009 et qui a eu un impact sur les établissements ex DG tout particulièrement aux mois de novembre et décembre.

Rappel des principes méthodologiques d'analyse des données par l'Observatoire

Il est précisé que les données analysées par l'Observatoire pour l'exercice 2009 sont issues de sources statistiques et portent sur le seul champ régulé des établissements de santé¹. Les données comptables font l'objet d'une présentation dans le cadre de la Commission des comptes de la sécurité sociale : Ces dernières 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.

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 2009 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.

¹ 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.

II – Présentation synthétique des réalisations 2009

Au total sur l'ensemble des agrégats suivis par l'Observatoire, les résultats statistiques de la campagne 2009 font apparaître :

- **une augmentation des dépenses de 3,4 % se décomposant en**
 - + 4,8 % sur les établissements de santé tarifés à l'activité,
 - + 0,2% sur les autres dépenses relatives aux établissements de santé ;
- **une surconsommation globale de 511 M€, soit + 0,7% par rapport aux prévisions de construction des sous-objectifs correspondants de l'ONDAM, se décomposant en :**
 - 502 M€** sur les établissements de santé tarifés à l'activité,
 - 9 M€** sur les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs	Réalisations prévisionnelles	Ecart réalisations/montants prévisionnels	Taux d'évolution 2009/2008
Total objectif hors champ non régulé (hors FMESPP)	68 519	69 030	511	3,4%
Etablissements de santé tarifés à l'activité	50 828	51 330	502	4,8%
ODMCO	43 134	43 652	518	3,0%
MIGAC	7 694	7 678	-16	16,3%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 691	17 701	9	+0,2%
ODAM	15 515	15 460	-55	-1,4%
OQN Psy/SSR	2 176	2 241	65	8,3%

Source : Données SNIIRAM, PMSI- CNAMTS et ATIH

Il convient de noter que les évolutions de dépenses traduisent les mouvements de champ qui sont intervenus lors de la campagne 2009.

Ainsi :

- l'évolution importante des dépenses relatives à l'enveloppe MIGAC reflète le changement de périmètre des tarifs, à savoir le transfert vers l'enveloppe MIGAC de la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière et à la prise en charge de patients en situation de précarité ;
- l'évolution négative observée sur l'ODAM est le reflet de l'évolution du champ des établissements : les établissements du Service de Santé des Armées (SSA), qui étaient jusqu'à présent entièrement financés en DAF, sont depuis 2009 dans le champ des établissements de santé tarifés à l'activité.

III- Analyse détaillée des réalisations 2009

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

i. Analyse détaillée des réalisations 2009 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 2009 font apparaître une sur consommation des prévisions de dépenses réalisées, lors de la construction des objectifs 2009, pour le secteur des établissements de santé antérieurement sous DG**. Cette sur consommation s'établit à 389M€: 381M€ au titre de l'ODMCO, soit **1,1%** de la prévision de dépenses réalisée au moment de la construction des objectifs et 8M€ au titre des MIGAC.

Il convient de noter que les évolutions notées dans ce rapport tiennent compte pour 2008 des transmissions, via le module LAMDA, des données d'activités relatives à l'exercice 2008 mais réalisées en 2009.

	ODMCO	MIGAC
Prévisions de dépenses réalisées dans le cadre de la construction des objectifs	33 595.59	7 567.33
Réalisation	33 976.23	7 575.78
taux par rapport aux réalisations 2008	2.8%	15.9%
Ecart Réalisation/objectif	380.65	8.45

- ODMCO

	Prévisions de dépenses	réalisations	écart réalisations / objectifs		taux d'évolution 2009/2008 (réalisations / réalisations)
			en montant	en % de la prévision	
ODMCO public	33 595.59	33 976.23	380.65	1.1%	2.8%
activité	29 898.18	30 407.71	509.53	1.7%	2.3%
médicaments et DMI	2 778.16	2 603.93	- 174.23	-6.3%	8.8%
forfaits annuels	919.25	964.60	45.34	4.9%	4.1%

	Prévisions de dépenses	réalisations	écart réalisations / objectifs		taux d'évolution 2009/2008 (réalisations / réalisations)
			en montant	en % de la prévision	
ODMCO public	33 595.59	33 976.23	380.65	1.1%	2.8%
activité	29 898.18	30 407.71	509.53	1.7%	2.3%
médicaments et DMI	2 778.16	2 603.93	- 174.23	-6.3%	8.8%
forfaits annuels	919.25	964.60	45.34	4.9%	4.1%

L'évolution des dépenses de l'activité MCO se décompose comme suit :

- une évolution des dépenses relatives à l'activité de +2,3%, ce qui correspond à un dépassement de 510M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs ;

- une évolution des dépenses relatives aux médicaments et DMI facturables en sus de +8,8%, ce qui correspond à une sous consommation de 174 M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs ;
- une évolution des dépenses relatives aux forfaits annuels de 4,1%, ce qui correspond à un dépassement de 45M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs.

Il convient de noter que les évolutions de dépenses traduisent les mouvements de champ qui sont intervenus lors de la campagne 2009.

S'agissant des dépenses relatives à l'activité dont l'évolution est de 2,3%, à champ d'établissements constant (i.e. hors SSA qui est entré dans le champ de la T2A en 2009), l'évolution est évaluée à 1,2% dont respectivement +0,8% sur les séjours (y compris suppléments journaliers) et +3,7% sur les actes et consultations externes. Quant à l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD, prestations GHT), elle augmente de +11,5%.

La neutralisation de l'effet prix et un raisonnement à champ tarifaire constant (réintégration en MIG de la prise en charge de la permanence de soins hospitaliers et des patients en situation de précarité) permettent d'obtenir un effet volume global de la part activité **estimé à +3,7%, dont** +3,6% sur les séjours (y compris les suppléments journaliers) et +3,7% sur les actes et consultations externes. La neutralisation de l'effet prix pour l'activité d'hospitalisation à domicile permet d'obtenir un effet volume estimé à +11,1%.

Par conséquent, l'évolution de volume constatée serait supérieure de 1,6 point à l'hypothèse de volume retenue lors de la construction des objectifs qui est de 2,1% lorsqu'on compare les dépenses prévisionnelles 2009 retenues pour la construction des objectifs 2009 aux réalisations 2008.

A champ d'établissement constant (i.e. hors SSA qui est entré dans le champ de la T2A en 2009) l'évolution du volume des médicaments et DMI payés en sus des GHS est de +7,8%. Ce taux d'évolution est inférieur au taux de 12,9% retenu lors de la construction des objectifs 2009. Il convient de rappeler que la réalisation 2008 réévaluée en fonction des transmissions observées au cours de l'année 2009 de l'activité 2008 s'avère également inférieure aux prévisions de dépenses faites lors de la construction des objectifs 2008 et ayant servi de base à la construction des objectifs 2009.

- MIGAC

La réalisation de la campagne 2009 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 7 576 M€

L'écart d'affectation entre les prévisions de dépenses réalisées lors de la construction des objectifs 2009 et celles des ARH s'élève à 8,5 M€ Cet écart est à mettre en relation avec celui qui est observé pour les établissements du secteur ex-OQN et qui s'élève à -24,5M€

ii. Analyse détaillée des réalisations 2009 pour 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 2009 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 2009**. Cette sur consommation s'établit à 112,8 M€: 137,3 M€ au titre de l'ODMCO soit **1,4% de la prévision de dépenses** réalisée au moment de la construction des objectifs et - 24,5 M€ au titre des MIGAC.

	ODMCO	MIGAC
Prévisions de dépenses réalisées dans le cadre de la construction des objectifs	9 538.48	126.93
Réalisation	9 675.76	102.45
taux par rapport aux réalisations 2008	3.6%	58.1%
Ecart Réalisation/objectif	137.28	- 24.49

- ODMCO

Les données relatives à l'exécution de la campagne 2009 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.

			écart réalisations / objectifs		taux d'évolution 2009/2008 (réalisations / réalisations)
	Prévisions de dépenses	réalisations	en montant	en % de la prévision	
ODMCO privé	9 538.48	9 675.76	137.28	1.4%	3.6%
activité	7 746.70	8 010.95	264.25	3.4%	2.3%
médicaments et DMI	1 561.36	1 423.86	- 137.50	-8.8%	-0.8%
forfaits annuels	230.42	240.95	10.53	4.6%	228.1%

L'évolution des dépenses de l'activité MCO se décompose comme suit :

- une évolution des dépenses relatives à l'activité de +2,3%, ce qui correspond à un dépassement de 264M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs ;
- une évolution des dépenses relatives aux médicaments et DMI facturables en sus de -0,8%, ce qui correspond à une sous consommation de 138 M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs ;
- une évolution des dépenses relatives aux forfaits annuels de 228,1%, ce qui correspond à un dépassement de 11M€ par rapport à la prévision de dépenses faites au moment de la construction des objectifs.

Il convient de noter que les évolutions de dépenses traduisent les mouvements de champ qui sont intervenus lors de la campagne 2009.

L'évolution globale des dépenses relatives à l'activité MCO en 2009 calculée par rapport aux réalisations pour l'exercice 2008 est estimée à 2,3% pour la part tarif, cette évolution traduisant les évolutions de champ.

La neutralisation de l'effet prix et un raisonnement à champ tarifaire constant (neutralisation du forfait HT et du changement de périmètre des dispositifs facturés en sus) permettent d'obtenir un effet volume global de la part activité **estimé à +3,9%, dont** +3,3% sur les séjours (y compris les suppléments journaliers et SEH), +1,5% pour l'activité de dialyse. La neutralisation de l'effet prix pour l'activité d'hospitalisation à domicile permet d'obtenir un effet volume estimé à +15,5%.

Par conséquent, lorsqu'on compare les dépenses prévisionnelles 2009 retenues pour la construction des objectifs 2009 aux réalisations 2008, l'évolution de volume constatée serait supérieure de 1,8 points à l'hypothèse de volume de 2,1% retenue lors de la construction des objectifs.

- MIGAC

La réalisation de la campagne 2009 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à 102,4 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 -24,5 M€

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

i. O DAM

Globalement, les délégations nationales octroyées par voie de circulaire ont conduit à opérer un écart d'environ 42M€ avec les prévisions de dépenses DAF ainsi qu'avec les prévisions de dépenses au titre des dotations de soins USLD réalisées au moment de la construction des objectifs 2009.

Concernant la DAF, la réalisation de la campagne 2009 par les régions montre que les délégations régionales s'élèvent à 14 123M€ **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à -11M€**

Pour la dotation de soins USLD, la réalisation de la campagne 2009 par les régions, suivie grâce aux informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 1 185M€ **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARH s'élève à -2 M€**

ii. Champ OQN SSR et psychiatrie

Globalement, les réalisations 2009 des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation se situeraient à un niveau supérieur à l'objectif du secteur, l'écart étant de l'ordre de 65 M€ sur un total de dépenses de 2 241 M€

Les estimations des données brutes font apparaître une évolution sensible des dépenses relatives à l'activité réalisée au cours de l'année 2009 de +10,0 % sur les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle. Pour l'activité de psychiatrie, l'évolution est en hausse de +3,6 %, soit au total une évolution de l'activité OQN PSY/SSR de +8,3 %.

Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2009 et 2008, l'évolution du volume est estimée à +6,7%, dont 8,4% pour les soins de suite et réadaptation et 2,0% pour la psychiatrie. Le volume d'activité, s'agissant des SSR, s'explique principalement par les créations de places imputables à la fois à des créations ou à des extensions de structures.

c) Analyse spécifique sur le secteur de l'hospitalisation à domicile dans le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN

- 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 dudit secteur (activité + médicaments et DMI) est évalué à +11,7%. Cette évolution se décompose en
+11,5% pour les GHT
+14,6% pour les médicaments et DMI.

Pour mémoire, entre 2007 et 2008, l'évolution était évaluée à +10,7% (+9,9% sur les GHT et + 26,2% sur les médicaments et DMI).

- Pour les établissements antérieurement sous OQN, le secteur HAD représente une part plus importante de l'activité MCO (3,9% des dépenses MCO). Ce secteur connaît également une activité en forte évolution avec un taux d'évolution des dépenses de l'activité GHT évalué à +16,0%. Parmi les établissements qui n'effectuent que de l'HAD, le taux d'évolution des dépenses dudit secteur (activité + médicaments et DMI) est de 19,3%. Il se décompose en un taux d'évolution sur les GHT de 19,1% et sur les médicaments et DMI de 41,3%. Il convient toutefois de noter que ce dernier poste ne représente que 0,7% de l'activité de ces établissements.

Pour mémoire, entre 2007 et 2008, l'évolution était évaluée à +27,4% sur les GHT.

d) Analyses du volume relatif à l'activité d'hospitalisation MCO : éléments méthodologiques

METHODOLOGIE d'analyse du volume d'activité

1. Champ des établissements

S'agissant des établissements, pour le secteur anciennement sous dotation globale, seuls les établissements soumis à la tarification à l'activité sont pris en compte. Toutefois, afin de présenter une analyse du volume d'activité à champ d'établissements constant, les établissements du Service de Santé des armées, soumis à la tarification à l'activité depuis 2009 seulement, n'ont pas été retenus.

Pour le secteur anciennement sous objectifs quantifiés nationaux, seuls les établissements ayant des données concordantes entre le PMSI et le SNIIRAM pour l'année 2009 (écart de - de 5% en valeur absolue) sont conservés.

Toutefois, pour les établissements ayant des résultats vus en fin d'exercice inférieurs (écart supérieur à 5%) à leurs résultats connus fin novembre extrapolés en année pleine, ce sont les résultats connus fin novembre qui sont pris en compte et extrapolés en année pleine², les données transmises au mois de décembre ayant été jugées peu fiables.

Ainsi dans l'échantillon retenu, seuls les établissements ayant des données sur 2007, 2008 et 2009 sont conservés (les établissements qui ont été fermés ou ouverts pendant la période ont également été conservés).

587 établissements sont présents en 2009 et ils représentent 97% des recettes 2009 de l'ensemble du secteur.

2. Champ des séjours

S'agissant du champ des séjours, il convient de noter que dans les éléments présentés tous les séjours MCO transmis sont pris en compte (y compris les séjours en attente de valorisation et non pris en charge).

3. Valorisation des séjours

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

La valorisation monétaire des séjours inclut la valorisation des extrêmes et des séances en sus mais pas celle des suppléments journaliers aux séjours qui sont analysés à part.

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

Pour l'analyse de l'évolution du « volume économique », il s'agit de comparer la valorisation des séjours 2008 (en classification V10) et la valorisation des séjours 2009 (janvier-février en classification V10, et mars-décembre en classification V11) selon les grilles de tarifs réalisées sur la même masse et le même champ tarifaires.

L'activité de chacune des périodes est ainsi mesurée selon la version de la classification en vigueur.

L'évolution du « volume économique » peut se décomposer en deux évolutions:

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

L'effet structure traduit à la fois l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge et un effet codage induit par la mise en œuvre de la classification V11 qui donne un poids important à l'information médicale codée dans le cadre du financement.

² Pour les établissements qui n'ont pas de données M12 « exhaustives » leurs données M11 extrapolées en M12 sont prises en compte (pour 2008 le coefficient d'extrapolation est de 1,085 et pour 2009 il est de 1,090).

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

L'analyse de l'activité présentée dans ce rapport repose sur trois agrégats :

- les catégories de prise en charge : elles permettent de distinguer les séjours en ambulatoire, les séjours en hospitalisation complète (au moins une nuitée) et les séances ;

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

- * Médecine ambulatoire
- * Médecine non ambulatoire
- * Chirurgie ambulatoire
- * Chirurgie non ambulatoire
- * Obstétrique – mère
- * Obstétrique – enfant
- * Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)
- * Séances

- les CMD : le passage à la classification V11 des GHM marque une rupture entre 2008 et 2009. Afin de présenter une évolution cohérente en termes de CMD, l'activité 2008 et l'activité de janvier-février 2009 ont fait l'objet d'un transcodage en V11, les séjours ayant été initialement codés en V10. Ainsi l'analyse présentée par CMD repose sur l'activité V11 à la fois pour 2008 et 2009.

e) Analyses du volume relatif à l'activité d'hospitalisation MCO : **secteur ex DG**

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. L'évolution du volume d'activité des séjours présentée ci-après se base sur les données PMSI de 2008 et de 2009.

i. Suppléments journaliers

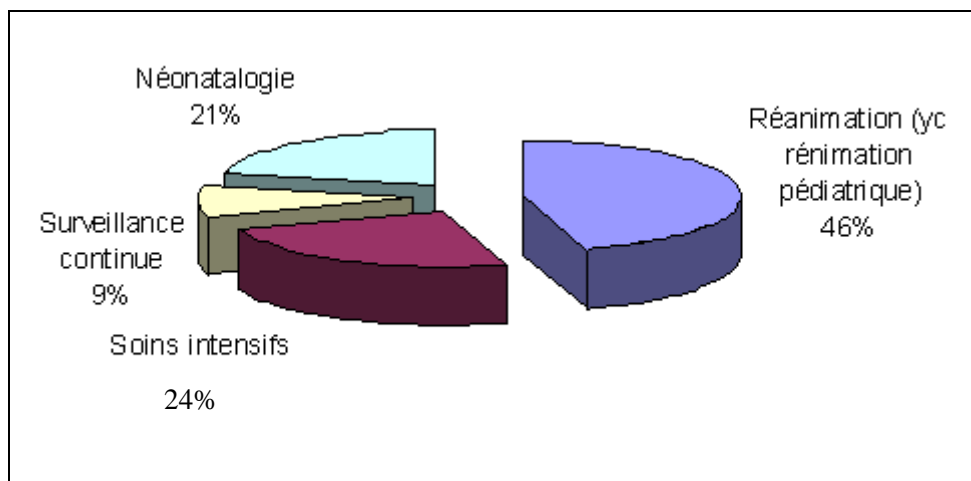
Les suppléments journaliers connaissent entre 2008 et 2009 une diminution en nombre (-4,8%). Cette tendance est imputable à la réduction du nombre de suppléments en surveillance continue (SRC).

Tableau 2 : Evolution des suppléments journaliers – hors coefficient géographique

Type de suppléments journaliers	Effectifs en 2008	Effectifs en 2009	Evolution des effectifs 2008/2009
Réanimation adulte	1 211 992	1 234 176	1.8%
Réanimation pédiatrique	67 272	70 415	4.7%
Soins intensifs	1 397 747	1 413 100	1.1%
Soins continus	919 061	651 661	-29.1%
Néonatalogie niveau 1	615 617	625 611	1.6%
Néonatalogie niveau 2	358 853	339 169	-5.5%
Néonatalogie niveau 3	177 450	185 682	4.6%
TOTAL	4 747 992	4 519 814	-4.8%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 1 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2009 – hors coefficient géographique



Lecture : En 2009, ce sont les suppléments de réanimation qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments (46%), viennent ensuite les soins intensifs et la néonatalogie, représentant chacun moins d'un quart de l'ensemble. Enfin les soins continus ne représentent que 9%.

Sur les périodes de janvier-février et mars-décembre les évolutions 2008 et 2009 sont différentes : une hausse est observée sur janvier-février et une baisse sur mars-décembre.

Cette tendance à la baisse sur les dix premiers mois codés en V11 est imputable à la réduction du nombre de suppléments en surveillance continue (SRC) liée à une modification des règles de prise en charge de cette prestation.

On constate des évolutions différentes selon les différentes catégories de suppléments :

- **suppléments de néonatalogie (NN)** : augmentation en janvier-février et diminution en mars-décembre, avec une évolution sensible des suppléments de réanimation néonatale (NN3) pouvant indiquer un transfert provenant des services de néonatalogie avec soins intensifs (NN2) ;
- **suppléments de réanimation (REA)** : faible augmentation sur les 2 périodes ;
- **suppléments de réanimation pédiatrique (REP)** : baisse en janvier-février et forte augmentation en mars-décembre ;
- **suppléments de surveillance continue (SRC)** : nette augmentation en janvier-février et très forte diminution en mars-décembre ; sur cette deuxième période, l'augmentation du tarif des suppléments de surveillance continue de +20,6% au 1^{er} mars 2009 compense légèrement la diminution du nombre de suppléments ;
- **suppléments de soins intensifs (STF)** : en faible augmentation sur les 2 périodes.

ii. Le volume des séjours

○ **Les catégories d'établissements**

- Les CLCC connaissent l'évolution de l'activité la plus soutenue en 2009, l'effet structure étant très élevé (+4,5%).
- Viennent ensuite les EBNL, qui connaissent la plus forte évolution du nombre de séjours (+4,0%).
- A l'AP-HP l'effet structure est également assez élevé (+4,2%), ce qui compense nettement la baisse de séjours observée.
- Pour les CHR, l'évolution du volume économique s'explique autant par l'effet structure que par l'évolution du nombre de séjours.
- Enfin, ce sont les CH qui connaissent l'effet structure le plus faible (+1,5%).

Tableau 3: Evolution du volume économique par catégorie d'établissement (séjours en milliers, volume économique en M€)

	2009			Evolution 2008/2009		
	Nombre d'établissements	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
APHP	1	1 139,40	2 351,53	-1,6%	+2,5%	+4,2%
CH	449	7 825,03	14 248,62	+1,5%	+3,0%	+1,5%
CHR	30	3 858,37	7 517,78	+1,9%	+4,5%	+2,5%
CLCC	20	1 165,52	812,97	+2,4%	+7,0%	+4,5%
EBNL	118	1 181,59	2 282,98	+4,0%	+6,4%	+2,3%
Total	618	15 169,90	27 213,88	+1,6%	+3,8%	+2,1%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

L'effet structure traduit à la fois l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge et un effet codage induit par la mise en œuvre de la classification V11 qui donne un poids important à l'information médicale dans le cadre du financement. Cet effet peut être mesuré en comparant pour un même séjour la valorisation issue du groupage selon la version 10 de la classification et la valorisation issue du groupage en V11.

Toutefois, cet effet codage ne peut être observé qu'à partir de l'entrée en vigueur de la classification V11 au 1^{er} mars 2009. Il correspond donc à l'écart, sur les 10 derniers mois 2009 (mars à décembre), entre la valorisation issue du groupage V10 de la classification et la valorisation issue du groupage V11.

L'effet codage lié au changement de classification observé sur la période de mars-décembre 2009 s'élève à 2,9%.

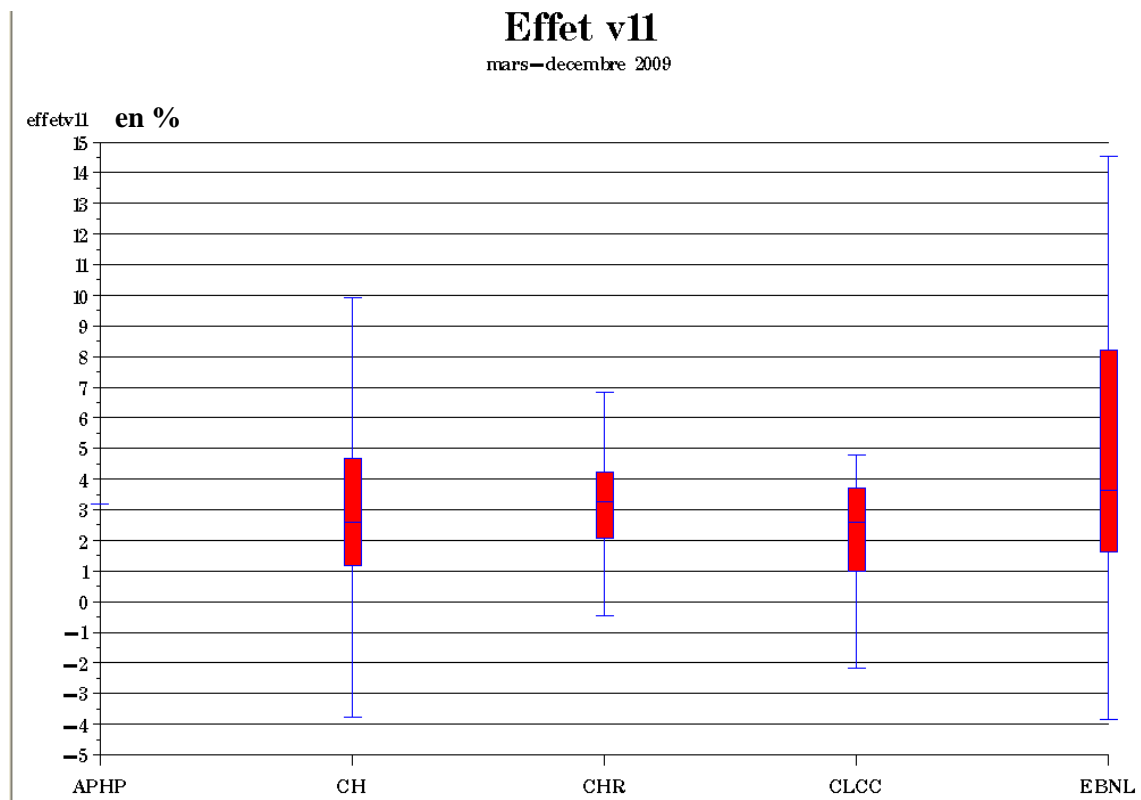
Cet effet est plus important pour les EBNL, les CHR et l'AP-HP où il dépasse les 3%.

Tableau 4: Effet codage lié au changement de classification par catégorie d'établissements – mars décembre 2009

	Effet codage lié au changement de classification
APHP	3.2%
CH	2.5%
CHR	3.4%
CLCC	2.8%
EBNL	3.5%
Total	2.9%

Au sein de chaque catégorie d'établissement la dispersion peut être forte, elle est présentée dans le graphique ci-dessous : l'effet codage lié au changement de classification varie de -4% à +10% pour les CH et de -4% à + 14% pour les EBNL.

Figure 2 : Dispersion de l'effet codage lié au changement de classification par catégorie d'établissements – mars décembre 2009



○ **Les catégories de prise en charge**

L'augmentation du nombre de séjours entre 2008 et 2009 s'élève à +1,6%.

- L'évolution la plus forte du nombre de séjours a été observée pour les séances : +3,8%.
- Pour les séjours en ambulatoire, le nombre de séjours augmente de +0,5%.
- En revanche, pour l'hospitalisation complète, l'évolution en nombre de séjours a été de +0,7% alors que le nombre de journées a diminué (-0,4%), ce qui se traduit par une diminution de la DMS passant de 6,25 à 6,18. Cette évolution indique donc une réduction de la durée de séjour.

Tableau 5 : Evolution des effectifs selon le type de prise en charge (séjours et journées en milliers)

	2008			2009			Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS
Ambulatoire (séjours de 0 jour)	2 777,38			2 789,94			+0,5%		
Hospitalisation complète	7 542,49	47 104,91	6,25	7 595,44	46 917,18	6,18	+0,7%	-0,4%	-1,1%
Séances	4 608,06			4 784,53			+3,8%		
Total	14 927,93			15 169,90			+1,6%		

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Sur l'ensemble des séjours, le volume économique a évolué de +3,8%.

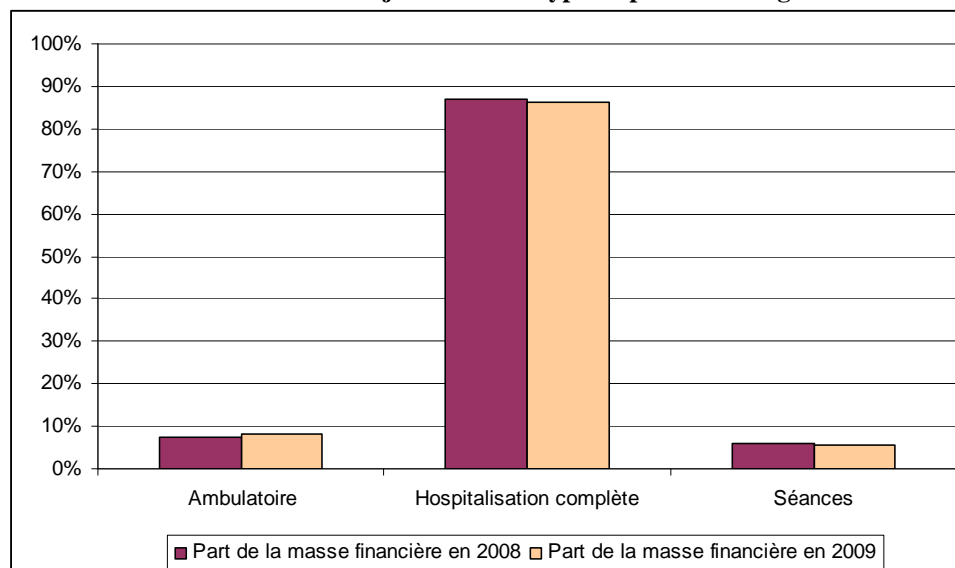
- C'est en ambulatoire que l'évolution du volume économique a été la plus forte (+16,3%), reflet de la politique tarifaire incitative.
- En hospitalisation complète, l'évolution du volume économique a été de (+2,8%), l'effet structure (+2,1%) est plus important que l'évolution du nombre de séjours (+0,4%).
- Les séances connaissent une évolution de leur volume économique moins forte que celle du nombre de séjours, ce qui induit un effet structure négatif.

Tableau 6: Evolution du volume économique selon le type de prise en charge (volume économique en M€)

	2009	Evolution 2008/2009	
	Volume économique	Volume économique	Effet structure
Ambulatoire (séjour de 0 jour)	2 231.57	+16.8%	+16.3%
Hospitalisation complète	23 422.07	+2.8%	+2.1%
Séances	1 560.25	+2.4%	-1.4%
Total	27 213.88	+3.8%	+2.1%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 3 : Part de la masse financière des séjours selon le type de prise en charge en 2008 et 2009



○ **Les catégories d'activités de soins**

Comme présenté dans l'encadré méthodologique (p.11 et 12), il s'agit d'une nouvelle proposition d'agrégats de GHM qui a la particularité de s'affranchir des évolutions de regroupement des séjours selon les différentes versions de classification de GHM. En effet, elle repose de façon automatique sur la troisième lettre du code de la racine de GHM (C, M, K, Z) et la durée de séjour (avec ou sans nuitée). Il en résulte une répartition en huit catégories :

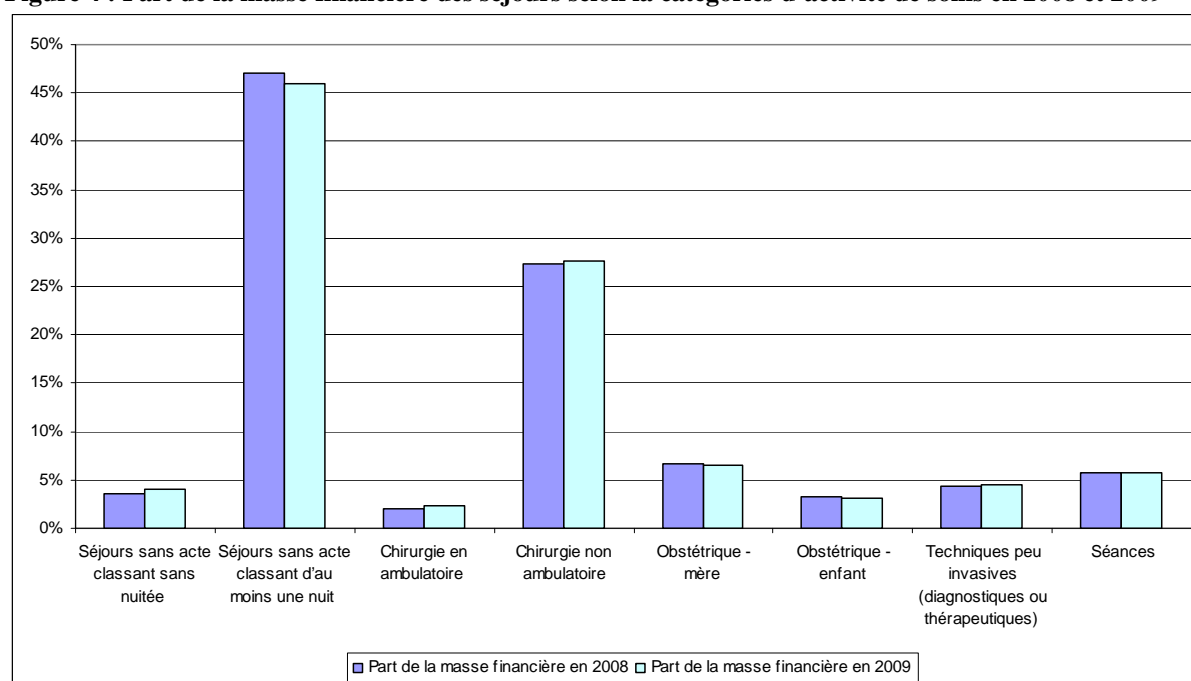
- C'est en chirurgie ambulatoire que l'évolution du nombre de séjours (+12,5%) et celle du volume économique (+19,7%) sont les plus fortes, reflet de la politique tarifaire incitative. En parallèle, le nombre de séjours en chirurgie non ambulatoire est stable (-0,6%) alors que le volume économique augmente (+5,0%), s'accompagnant d'un fort effet structure (+5,7%).
- A l'inverse en médecine, le nombre de séjours est à la baisse en ambulatoire (-5,3%) et à la hausse en non ambulatoire (+1,7%). L'évolution du volume économique pour la médecine ambulatoire (+17,1%) est comparable à celle de la chirurgie ambulatoire, mais avec un effet structure beaucoup plus fort (+23,6%).
- En obstétrique, le nombre de séjours est relativement stable, l'évolution économique et l'effet structure sont plus importants pour les séjours relatifs à la mère.
- Les techniques invasives connaissent également une évolution forte du nombre de séjours (+5,2%) et de leur volume économique (+9,1%).

Tableau 7 : Evolution par catégorie d'activités de soins (séjours en milliers, volume économique en M€)

	2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
Séjours sans acte classant sans nuitée (GHM en M et Z)	1 637.12	1 101.27	-5.3%	+17.1%	+23.6%
Séjours sans acte classant d'au moins une nuitée (GHM en M et Z)	4 399.30	12 512.71	+1.7%	+1.4%	-0.4%
Chirurgie en ambulatoire (GHM en C)	520.94	652.49	+12.5%	+19.7%	+6.4%
Chirurgie non ambulatoire (GHM en C)	1 553.86	7 510.08	-0.6%	+5.0%	+5.7%
Obstétrique – mère (CMD 14)	825.70	1 782.08	-0.9%	+2.8%	+3.8%
Obstétrique – enfant (CMD 15)	612.40	853.80	+0.1%	+1.2%	+1.1%
Techniques peu invasives diagnostiques ou thérapeutiques (GHM en K)	836.06	1 241.20	+5.2%	+9.1%	+3.7%
Séances (CMD 28)	4 784.53	1 560.25	+3.8%	+2.4%	-1.4%
Total	15 169.90	27 213.88	+1.6%	+3.8%	+2.1%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 4 : Part de la masse financière des séjours selon la catégories d'activité de soins en 2008 et 2009



○ Analyse par CMD

Parmi les catégories majeures de diagnostic (CMD), celles qui représentent la plus forte masse financière et qui évoluent le plus significativement **à la hausse** sont :

- La **CMD 04** (Affections de l'appareil respiratoire) avec +5,4% en nombre de séjours et +5,9% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +0,5%.
- La **CMD 05** (Affections de l'appareil circulatoire) avec +1,2% en nombre de séjours et +5,2% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +3,9%.
- La **CMD 08** (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) avec +1,8% en nombre de séjours et +5,1% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +3,3%.

A l'inverse, la CMD qui évolue le plus significativement **à la baisse** est :

- La **CMD 23** (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) avec -14,2% en nombre de séjours et -8,7% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +6,4%.

Tableau 8: Evolution par CMD (séjours en milliers, volume économique en M€)

Catégorie majeure de diagnostic selon la classification V11		2009		Evolution 2008/2009		
		Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
01	Affections du système nerveux	789.25	2 136.82	+4.6%	+5.2%	+0.6%
02	Affections de l'oeil	256.34	448.42	+8.7%	+7.2%	-1.4%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	355.96	622.56	+2.5%	+4.2%	+1.7%
04	Affections de l'appareil respiratoire	714.68	2 317.71	+5.4%	+5.9%	+0.5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	1 016.84	3 027.79	+1.2%	+5.2%	+3.9%
06	Affections du tube digestif	1 004.13	2 414.51	+3.7%	+5.3%	+1.5%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	295.33	943.63	+2.2%	+4.5%	+2.3%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	972.88	3 083.95	+1.8%	+5.1%	+3.3%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	400.49	871.36	+0.8%	+3.7%	+2.9%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	372.53	818.37	+1.0%	+4.5%	+3.4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	402.02	1 003.02	+2.8%	+5.6%	+2.8%
12	Affections de l'appareil génital masculin	125.15	288.06	+1.2%	+2.4%	+1.2%
13	Affections de l'appareil génital féminin	252.07	515.52	+1.2%	+4.7%	+3.5%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	825.70	1 782.08	-0.9%	+2.8%	+3.8%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	612.40	853.80	+0.1%	+1.2%	+1.1%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	166.96	433.43	+3.0%	+5.8%	+2.7%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	283.27	732.97	-1.9%	+4.5%	+6.6%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	137.29	429.28	-2.8%	+0.1%	+3.0%
19	Maladies et troubles mentaux	238.50	518.64	+1.3%	+0.1%	-1.2%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	170.90	249.73	+6.4%	+19.0%	+11.8%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	188.90	307.08	-0.8%	-2.3%	-1.6%
22	Brûlures	11.51	78.78	-5.0%	+13.1%	+19.0%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	764.23	1 339.70	-14.2%	-8.7%	+6.4%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	11.03	58.46	-15.8%	-9.4%	+7.6%
26	Traumatismes multiples graves	8.02	91.54	+3.3%	+11.5%	+8.0%
27	Transplantations	8.96	286.38	+0.4%	+8.2%	+7.8%
28	Séances	4 784.53	1 560.25	+3.8%	+2.4%	-1.4%
90	Erreur	0.06	0.03	-95.1%	-94.9%	+5.5%
Total		15 169.90	27 213.88	+1.6%	+3.8%	+2.1%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Focus sur l'évolution de la CMD 4 (Affection de l'appareil respiratoire) : La GRIPPE

L'évolution importante du nombre de séjours de la CMD 04 trouve une explication dans le phénomène de grippe qui est intervenu en novembre et décembre 2009.

L'activité des établissements du secteur ex-DG est marquée par cette pandémie. **L'augmentation de dépense engendrée par cette suractivité serait comprise entre 110M€ et 130M€**

Cette évolution peut se décomposer en :

- dépenses relatives aux séjours ayant un diagnostic de grippe³
- dépenses relatives aux autres séjours pour affections respiratoires
- dépenses relatives aux passages aux urgences et aux consultations et actes externes.

	Ecart entre les dépenses 2008 et 2009	
	Valorisation aux tarifs 2009 en V11	
	HYPOTHESE BASSE	HYPOTHESE HAUTE
Séjours avec diagnostic de grippe (yc suppléments)	63 146 108 €	63 146 108 €
Autres séjours pour affections respiratoires (*) (hors suppléments)	37 440 454€	53 290 680 €
Urgences et consultations et actes externes	10 000 000 €	10 000 000 €
TOTAL	110 242 878 €	126 093 104 €

(*) le mode de sélection de ces séjours est pertinent pour la pandémie de fin d'année mais pas pour la grippe de début d'année.

Séjours ayant un diagnostic de grippe

Le nombre de séjours ayant un diagnostic de grippe en diagnostic principal ou associé et recensés entre le 1^{er} janvier le 31 décembre est de 6 799 en 2008 et de 29 611 en 2009. L'activité 2009 a été nettement plus forte qu'en 2008 et l'écart en termes de dépenses s'élève à 63,1M€

Autres séjours pour affections respiratoires (hors séjours ayant un diagnostic de grippe)

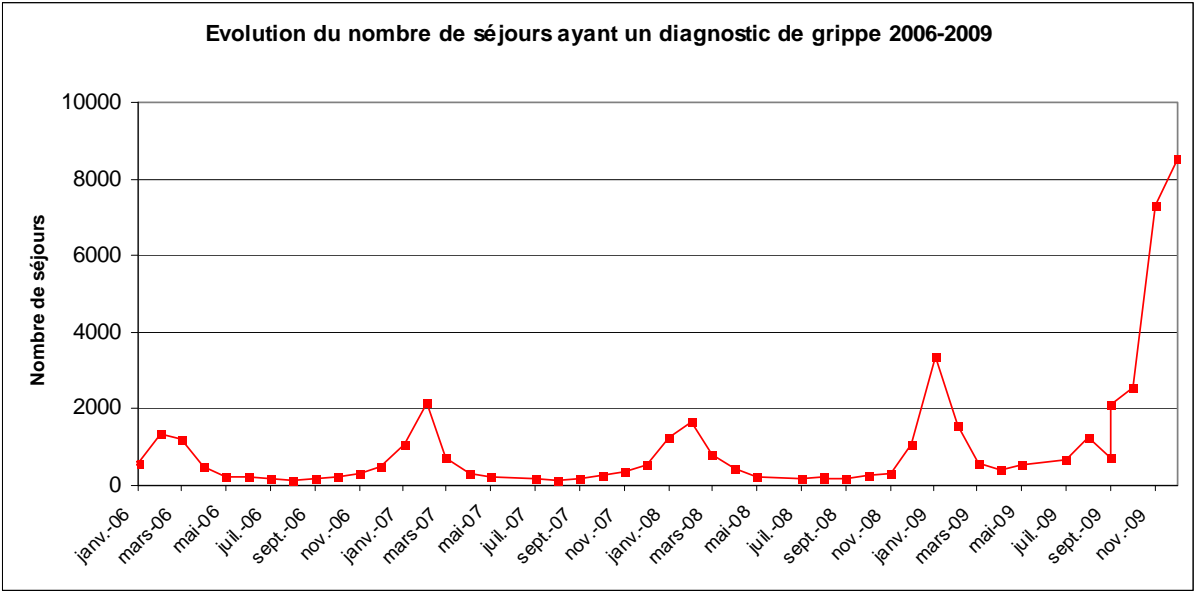
Il convient de noter que la pandémie grippale a également induit une augmentation de séjours sans que la grippe soit in fine avérée. Ces séjours sont des séjours médicaux pour affections respiratoires et pour lesquels le diagnostic de grippe n'a pas été porté dans les données médicales. Cette hypothèse est corroborée par l'analyse des autres séjours pour affections respiratoires (hors séjours ayant un diagnostic de grippe) qui indique que l'activité 2009 a été beaucoup plus forte qu'en 2008 et que l'écart est compris entre 37,4M€ et 53,3M€

Dépenses relatives aux urgences et aux consultations et actes externes

Le nombre de passages aux urgences s'est fortement accru sur les deux derniers mois 2009. Une partie de cette augmentation peut, sans aucun doute, être rattachée à la pandémie grippale. L'accélération de l'évolution de l'ensemble des consultations et des examens de biologie observée sur le mois de novembre conforte l'analyse. Ainsi 10M€ supplémentaires⁴ peuvent être imputés à la pandémie grippale.

³ Il convient de noter que l'évaluation a porté sur l'ensemble des codes diagnostics grippe, le codage ne permettant pas d'avoir une séparation entre la grippe H1N1 et les autres sur toute la période considérée.

⁴ Ceci est une hypothèse basse. Une autre hypothèse conduirait à une évaluation de l'ordre de 13 à 14M€



f) Analyses du volume relatif à l'activité d'hospitalisation MCO : secteur ex-OQN

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 objectifs quantifiés nationaux** à partir des données du PMSI de 2008 et de 2009.

o **Suppléments journaliers**

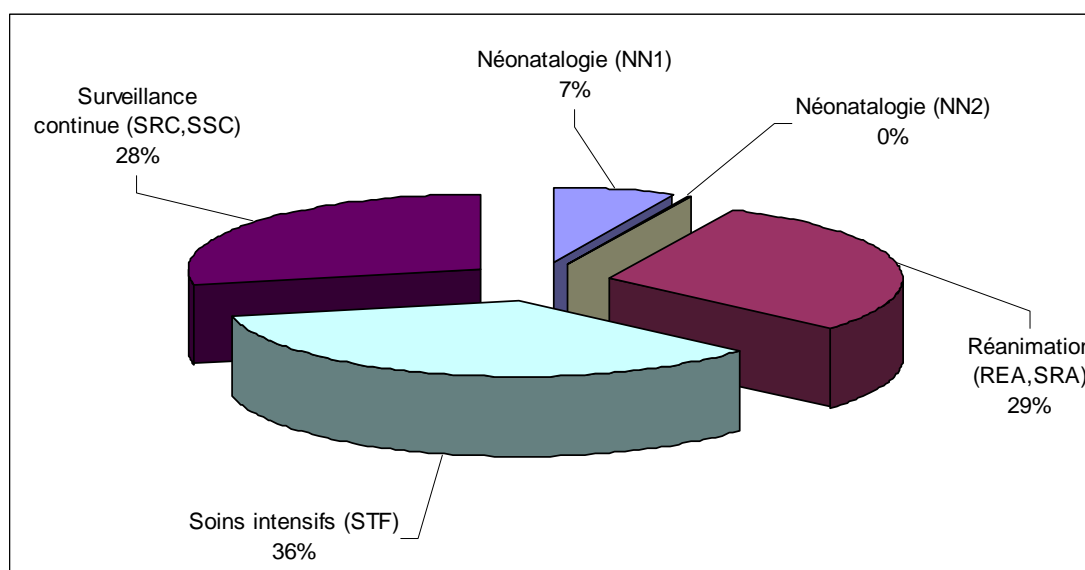
Les suppléments journaliers connaissent entre 2008 et 2009 une diminution en nombre (-12,3%). Toutefois cette évolution n'entraîne pas de modification de la part des suppléments dans l'ensemble de la valorisation, cette part restant stable et proche de 5,0%.

Tableau 9 : Evolution des suppléments journaliers – hors coefficient géographique

Type de suppléments journaliers	Effectifs en 2008	Effectifs en 2009	Evolution des effectifs 2008/2009
Néonatalogie niveau 1	88 179	84 043	-4.7%
Néonatalogie niveau 2	5 123	3 437	-32.9%
Réanimation	317 957	158 276	-50.2%
Surveillance continue	582 444	465 914	-20.0%
Soins intensifs	138 518	281 075	102.9%
TOTAL	1 132 222	992 744	-12.3%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 5 : Part de la masse financière des différents suppléments en 2009



Lecture : En 2009 ce sont les suppléments de soins intensifs qui représentent la part la plus importante dans la masse financière des suppléments, viennent ensuite ceux de réanimation et de surveillance continue. Enfin la néonatalogie ne représente que 7%.

En 2008, la part des suppléments dits de réanimation était plus importante (57% en 2008 contre 29% en 2009) alors que celle des soins intensifs était plus faible (16% en 2008 contre 36% en 2009).

Entre 2008 et 2009, les évolutions sont différentes pour les périodes de janvier à février et de mars à décembre.

Elles diffèrent également selon les catégories de suppléments:

- **suppléments de néonatalogie (NN)** : une hausse sur janvier-février et une baisse sur mars-décembre
- **suppléments de réanimation** :
 - **REA** : forte augmentation sur les 2 périodes
 - **SRA** : forte baisse sur mars à décembre

Au total les suppléments de réanimation sont en hausse sur janvier-février et en forte baisse sur mars-décembre.

- **suppléments de surveillance continue** :
 - **SRC**: en augmentation sur les 2 périodes
 - **SSC** : en forte baisse sur mars à décembre.

Au total, les suppléments de surveillance continue sont en forte hausse en montant pour les deux périodes. Cependant, en nombre, ils sont en baisse pour janvier-février.

Les fortes baisses observées sur les suppléments de SRA et SSC s'expliquent par la suppression de ces derniers. Elles se compensent par les fortes hausses respectivement des suppléments de REA et de SSC et STF qui ont été définis par de nouvelles autorisations et reconnaissances, à la suite de la suppression du droit d'option.

Il convient également de noter la modification des règles de financement.

- **suppléments de soins intensifs (STF)** : en forte augmentation sur les 2 périodes.

○ Les catégories de prise en charge

L'augmentation du nombre de séjours entre 2008 et 2009 est faible: +0,8%.

- L'évolution du nombre de séjours pour les séances diminue: -2,7%.
- Pour les séjours en ambulatoire, le nombre de séjours augmente de +5,8%.
- En revanche, pour l'hospitalisation complète, l'évolution en nombre de séjours a été de -2,8%.
L'évolution du nombre de journées étant de la même grandeur que celle du nombre de séjours, la DMS reste stable à 4,6 jours.

Tableau 10: Evolution des effectifs selon le type de prise en charge (séjours et journées en milliers)

	2008			2009			Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS
Ambulatoire	2 790.91			2 953.43			+5.8%		
Hospitalisation complète	3 181.45	14 670.47	4.61	3 091.98	14 378.33	4.65	-2.8%	-2.0%	+0.8%
Séances	767.34			746.92			-2.7%		
Total	6 740.06			6 792.58			+0.8%		

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Sur l'ensemble des séjours, le volume économique a évolué de +2,8%.

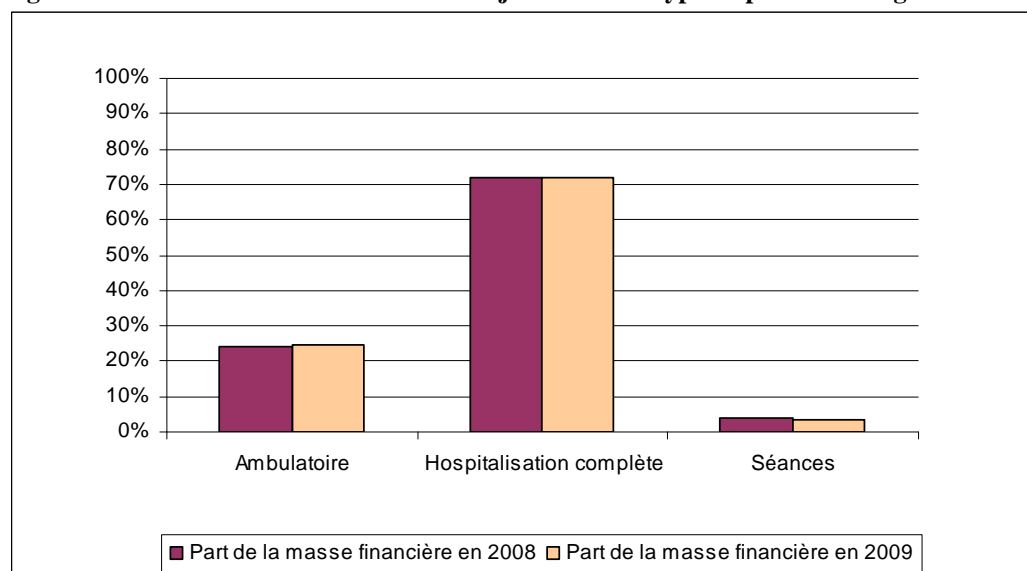
- C'est en ambulatoire que l'évolution du volume économique a été la plus forte (+5,5%), reflet de la politique tarifaire incitative.
- En hospitalisation complète, l'évolution du volume économique a été de +2,5%, l'effet structure (+5,5%) est plus important que l'évolution du nombre de séjours (-2,8%).
- Les séances connaissent une baisse de leur volume économique plus forte que celle du nombre de séjours, ce qui induit un effet structure également négatif.

Tableau 11: Evolution du volume économique selon le type de prise en charge (montants en M€)

	2009	Evolution 2008/2009	
	Volume économique	Volume économique	Effet structure
Ambulatoire	1 509.84	+5.5%	-0.3%
Hospitalisation complète	4 413.86	+2.5%	+5.5%
Séances	215.13	-9.1%	-6.6%
Total	6 138.83	+2.8%	+2.0%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 6 : Part de la masse financière des séjours selon le type de prise en charge en 2008 et 2009



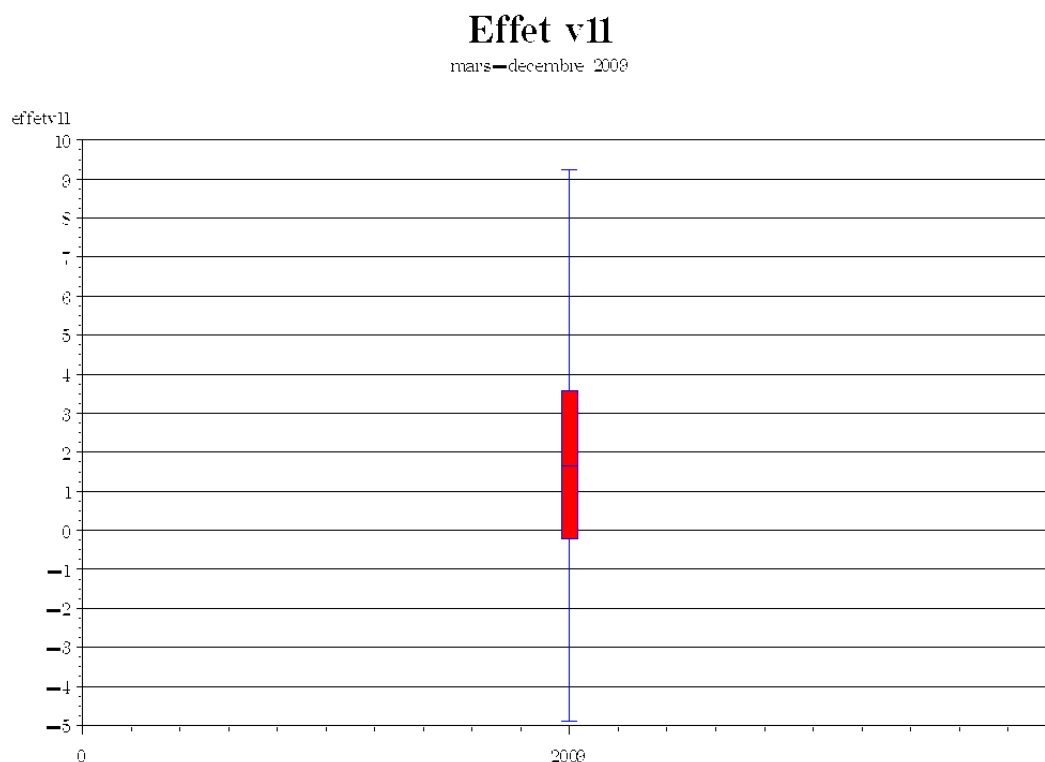
L'effet structure traduit à la fois l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge et un effet codage induit par la mise en œuvre de la classification V11 qui donne un poids important à l'information médicale codée dans le financement. Cet effet peut être mesuré en comparant, pour un même séjour, la valorisation issue du groupage selon la version 10 de la classification et la valorisation issue du groupage en V11.

Toutefois, cet effet codage ne peut être observé qu'à partir de l'entrée en vigueur de la classification V11 au 1^{er} mars 2009. Il correspond donc à l'écart, sur les 10 derniers mois 2009 (mars à décembre), entre la valorisation issue du groupage V10 de la classification et la valorisation issue du groupage V11.

L'effet codage lié au changement de classification observé sur la période de mars-décembre 2009 s'élève à 2,3%.

Au sein des établissements du secteur privé la dispersion peut être forte, elle est présentée dans le graphique ci-dessous : l'effet codage lié au changement de classification varie de -5% à +9,5%.

Figure 7 : Dispersion de l'effet codage lié au changement de classification – mars décembre 2009



○ **Les catégories d'activités de soins**

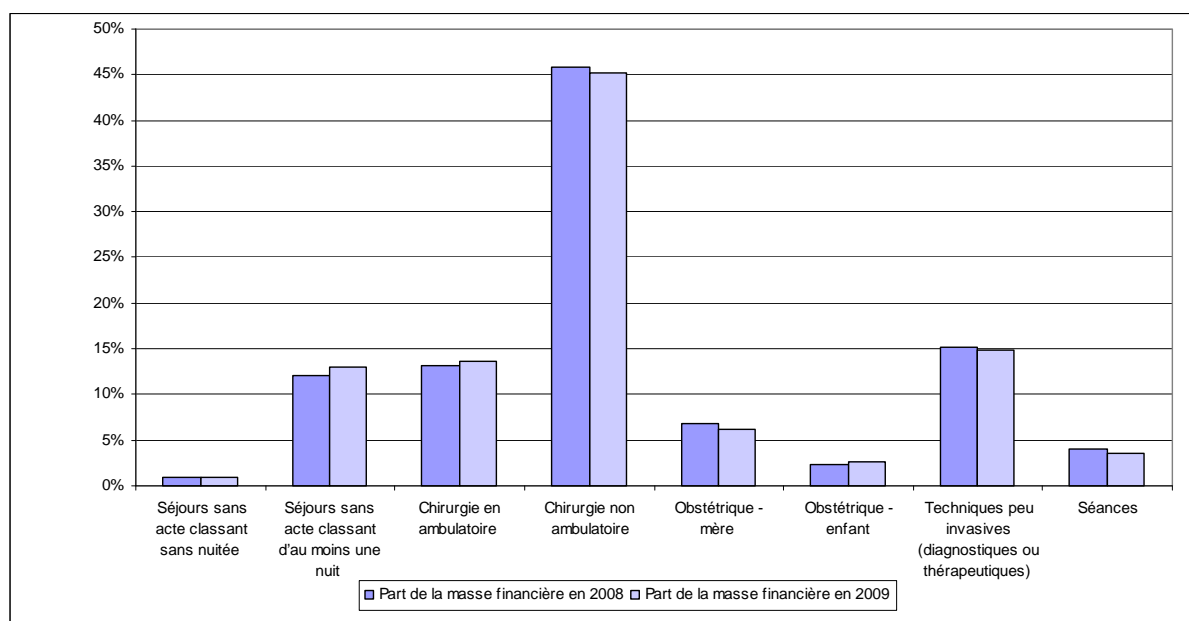
- Le nombre de séjours en obstétrique (mère et enfant) est à la baisse (respectivement -3,5% et -2,1%) alors que leur évolution en volume économique évolue en sens inverse. En effet, l'obstétrique-enfant augmente de +17,5% alors que l'obstétrique-mère baisse de -7,5%, avec un effet structure respectif de +20,0% et -4,1% dû à la campagne budgétaire.
- Pour la chirurgie, le nombre de séjour en ambulatoire augmente de +8,9% alors que le non ambulatoire diminue de -4,1%. En volume économique, les deux catégories d'activités sont à la hausse. Ceci entraîne un effet structure négatif sur l'ambulatoire alors qu'il est positif pour le non ambulatoire.
- Les séjours de médecine (GHM en M et Z) connaissent de forts effets structure (sans nuitée : +10,2%, avec nuitée(s) : +10,4%). Les GHM en M et Z avec nuitée(s) augmentent fortement en volume économique : +11,6%.
- Pour ce qui est des techniques peu invasives, le nombre de séjours augmente de +3,4% et en volume économique de +1,1%.

Tableau 12 : Evolution par catégorie d'activités de soins (séjours en milliers, volume économique en M€)

	2009		Evolution 2008/2009		
	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
Séjours sans acte classant sans nuitée (GHM en M et Z)	186.22	57.34	-5.5%	+4.1%	+10.2%
Séjours sans acte classant d'au moins une nuitée (GHM en M et Z)	726.46	801.49	+1.1%	+11.6%	+10.4%
Chirurgie en ambulatoire (GHM en C)	1 278.34	836.50	+8.9%	+6.9%	-1.8%
Chirurgie non ambulatoire (GHM en C)	1 625.38	2 778.27	-4.1%	+1.7%	+6.0%
Obstétrique – mère (CMD 14)	301.17	377.53	-3.5%	-7.5%	-4.1%
Obstétrique – enfant (CMD 15)	226.60	160.11	-2.1%	+17.5%	+20.0%
Techniques peu invasives diagnostiques ou thérapeutiques (GHM en K)	1 701.22	912.46	+3.4%	+1.1%	-2.3%
Séances (CMD 28)	746.92	215.13	-2.7%	-9.1%	-6.6%
Total	6 792.33	6 138.83	+0.8%	+2.8%	+2.0%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

Figure 8 : Part de la masse financière des séjours selon la catégorie d'activités de soins en 2008 et 2009



○ Analyse par CMD

Parmi les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui représentent la plus forte masse financière, celles qui évoluent le plus significativement à la hausse sont :

- La **CMD 10** (Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles) avec +4,0% en nombre de séjours et +14,1% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de 9,7%.
- La **CMD 04** (Affections de l'appareil respiratoire) avec +6,4% en nombre de séjours et +13,3% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +6,5%.
- La **CMD 11** (Affections du rein et des voies urinaires) avec +6,3% en nombre de séjours et +11,0% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de 4,4%.

A l'inverse, la CMD qui évolue le plus significativement à la baisse est :

- La **CMD 21** (Traumatismes, allergies et empoisonnements) avec -12,9% en nombre de séjours et -9,9% en pondération, ce qui entraîne un effet structure de +3,5%.

Tableau 13: Evolution par CMD (séjours en milliers, volume économique en M€)

		2009		Evolution 2008/2009		
		Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique	Effet structure
01	Affections du système nerveux	182.64	155.94	+2.8%	+5.3%	+2.4%
02	Affections de l'oeil	572.09	561.86	+4.1%	-3.1%	-6.9%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	524.24	290.22	-1.2%	+0.1%	+1.4%
04	Affections de l'appareil respiratoire	106.43	133.85	+6.4%	+13.3%	+6.5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	520.74	759.29	+0.0%	+1.3%	+1.3%
06	Affections du tube digestif	1 436.68	976.42	+3.9%	+4.6%	+0.6%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	111.51	168.30	+4.3%	+8.9%	+4.5%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	827.28	1 133.63	+2.0%	+6.0%	+3.9%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	269.78	194.04	-1.3%	+3.9%	+5.3%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	68.58	99.43	+4.0%	+14.1%	+9.7%
11	Affections du rein et des voies urinaires	220.96	226.53	+6.3%	+11.0%	+4.4%
12	Affections de l'appareil génital masculin	179.05	181.19	+0.3%	+4.4%	+4.1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	234.49	208.53	+0.7%	+2.5%	+1.8%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	301.17	377.53	-3.5%	-7.5%	-4.1%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	226.60	160.11	-2.1%	+17.5%	+20.0%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	33.23	36.38	-0.9%	+10.6%	+11.6%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	39.31	44.75	-24.3%	-4.2%	+26.5%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8.86	13.36	-14.0%	-14.6%	-0.6%
19	Maladies et troubles mentaux	7.51	8.82	-11.3%	-8.0%	+3.7%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	5.60	7.32	+9.5%	+8.5%	-0.9%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	25.62	30.93	-12.9%	-9.9%	+3.5%
22	Brûlures	0.48	0.51	-19.0%	-21.2%	-2.6%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	142.13	153.10	-6.0%	+6.1%	+12.8%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.17	0.46	+3.6%	+48.6%	+43.4%
26	Traumatismes multiples graves	0.22	1.19	+35.2%	+35.4%	+0.1%
28	Séances	746.92	215.13	-2.7%	-9.1%	-6.6%
90	Erreur	0.02	0.01	-95.2%	-93.7%	+31.4%
Total France		6 792.33	6 138.83	+0.8%	+2.8%	+2.0%

Source : Casemix 2008 et 2009 (PMSI)

IV- Axes de travail pour 2010-2011

L'Observatoire a constaté la réalisation ou la mise en chantier de certains des objectifs qu'il s'était donné pour 2009-2010.

a) Une **réunion intermédiaire** sur l'exécution des trois premiers trimestres de l'année en cours s'est tenue le 16 décembre 2009 et une note a été établie sur la base des données d'activité des 9 premiers mois de l'année 2009.

b) Concernant **l'harmonisation des nomenclatures comptables et statistiques des régimes**, un groupe de travail a été conduit en 2008 et 2009 par la MCP, à la DSS, afin d'identifier les divergences de comptabilisation des prestations maladie entre les principaux régimes, à savoir la CNAMTS, la CCMSA et le RSI.

Ce groupe de travail a identifié des divergences qui doivent être régularisées à partir de 2010 dans les algorithmes de chacun des services comptables et statistiques concernés lorsqu'un consensus de comptabilisation a pu être obtenu.

La base de travail repose sur un « guide de procédure inter-régimes sur la ventilation statistique et comptable des dépenses ». Ce guide, élaboré par la CNAMTS, contient, pour chaque prestation, les codes actes, les numéros de comptes comptables, les intitulés, ainsi que l'environnement dans lequel est effectué l'acte (clinique privée, etc.). Ce tableau est actualisé par la CNAMTS et diffusé à l'ensemble des régimes par la MCP qui assure le lien entre tous les régimes pour les ouvertures de comptes au PCUOSS et les différents questionnements qui peuvent se poser.

L'Observatoire souligne l'importance de la poursuite de ces travaux sur l'harmonisation des nomenclatures.

Des travaux complémentaires (DSS, MCP, régimes) menés en 2010 dans le domaine des dépenses des établissements de santé privés doivent permettre de progresser dans l'analyse des écarts entre données statistiques et données comptables. Ces données sont globalement cohérentes mais il subsiste encore des divergences en termes d'imputation entre sous-objectifs de l'ONDAM. La prise en compte de ces corrections permettra d'identifier les discordances résiduelles.

Un objectif à moyen terme de ces travaux pourrait être la construction d'un tableau de correspondance entre prestations, comptes et sous-objectifs de l'ONDAM qui serait mis à la disposition des régimes.

L'Observatoire attache également du prix à la poursuite des travaux sur l'imputation des factures des cliniques privées

Il s'agit des travaux techniques de l'assurance maladie engagés sur un échantillon de factures dont on suit le parcours dans les lignes comptables des régimes. Attendues pour fin 2010, les conclusions de ces travaux doivent apporter des éléments supplémentaires sur les divergences de traitement entre les régimes, les caisses et les régions.

Enfin, l'Observatoire estime qu'il conviendrait de conduire des travaux permettant une analyse plus fine de l'évolution de l'activité SSR/PSY dans les établissements sous OQN.

Il s'agit de parvenir à isoler, dans l'évolution de l'activité OQN, pour la psychiatrie, d'une part, pour les soins de suite et de réadaptation, d'autre part :

ce qui relève de l'effet champ, c'est-à-dire les créations de places en distinguant celles consécutives à des créations de structures et celles consécutives à des extensions de structures,

et ce qui relève de l'augmentation de l'activité dans le périmètre des places déjà existantes.

Paris, le

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

Denis Debrosse

ANNEXES

Annexe 1- Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 2 juin 2010

Annexe 2- Tableau synthétique des réalisations pour les années 2005 à 2009

Annexe 3 - Réalisations 2009 pour les cliniques privées en dates de soins fin mars 2010

Annexe 1

Annexe 2 : tableau des réalisations de la campagne 2009

	2007			2008		2009			taux d'évolution 2009/2008	taux d'évolution 2009/2005 (***)
	réalisations (revues compte tenu de la transmission par les établissements de l'activité 2008 via le module LAMDA)	dont DAC 100	écart réalisations / objectifs	réalisations estimées (tient compte de la transmission par les établissements de l'activité 2008 en 2009 via le module LAMDA)	écart réalisations / objectifs	objectifs	réalisations	écart réalisations / objectifs		
total champ objectifs hors champ non ré	64 146.73		- 336.51	66 741.38	226.01	68 519.57	69 030.91	511.34	3.4%	13.1%
établissements de santé tarifés à l'activité	47 052.05		- 331.36	48 999.26	164.45	50 828.33	51 330.22	501.89	4.8%	14.7%
ODMCO	41 065.14		- 318.46	42 395.73	169.85	43 134.07	43 651.99	517.93	3.0%	10.7%
ODMCO public	32 084.18		- 268.86	33 057.87	126.03	33 595.59	33 976.23	380.65	2.8%	10.2%
DAC (*)	13 990.99	258.91	- 5.36							
activité	15 072.46		- 241.28	29 737.37	132.14	29 898.18	30 407.71	509.53	2.3%	7.2%
médicaments et DMI	2 119.96		- 62.92	2 394.27	- 49.90	2 778.16	2 603.93	- 174.23	8.8%	55.3%
forfaits annuels	900.78		40.70	926.23	43.80	919.25	964.60	45.34	4.1%	20.2%
ODMCO privé (**)	8 980.96		- 49.61	9 337.86	43.81	9 538.48	9 675.76	137.28	3.6%	12.7%
activité	7 583.04		31.38	7 828.57	113.90	7 746.70	8 010.95	264.25	2.3%	11.8%
médicaments et DMI	1 327.09		- 92.29	1 435.86	- 82.45	1 561.36	1 423.86	- 137.50	-0.8%	4.8%
forfaits annuels	70.82		11.30	73.43	12.36	230.42	240.95	10.53	228.1%	327.5%
MIGAC (*)	5 986.91		- 12.90	6 603.52	- 5.40	7 694.26	7 678.23	- 16.04	16.3%	43.8%
autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 094.67		- 5.14	17 742.12	61.56	17 691.24	17 700.69	9.45	-0.2%	8.8%
ODAM+OQN	17 094.67		- 5.14	17 742.12	61.56	17 691.24	17 700.69	9.45	-0.2%	8.8%
ODAM	15 206.05		17.95	15 672.47	- 5.72	15 515.04	15 459.57	- 55.47	-1.4%	5.9%
DAF (hors USLD)	13 829.31		21.21	14 319.98	16.82	14 313.46	14 274.97	- 38.49	-0.3%	8.2%
USLD	1 376.74		- 3.26	1 352.48	- 22.53	1 201.58	1 184.60	- 16.99	-12.4%	-15.8%
OQN psy-ssr	1 888.62		- 23.09	2 069.66	67.28	2 176.19	2 241.11	64.92	8.3%	35.0%
autres (dont FMESPP)										

Annexe 3 Evolution des dépenses des cliniques privées en date de soins sur le mois de décembre 2009 à partir des remboursements à fin mars 2010

Les résultats du régime général

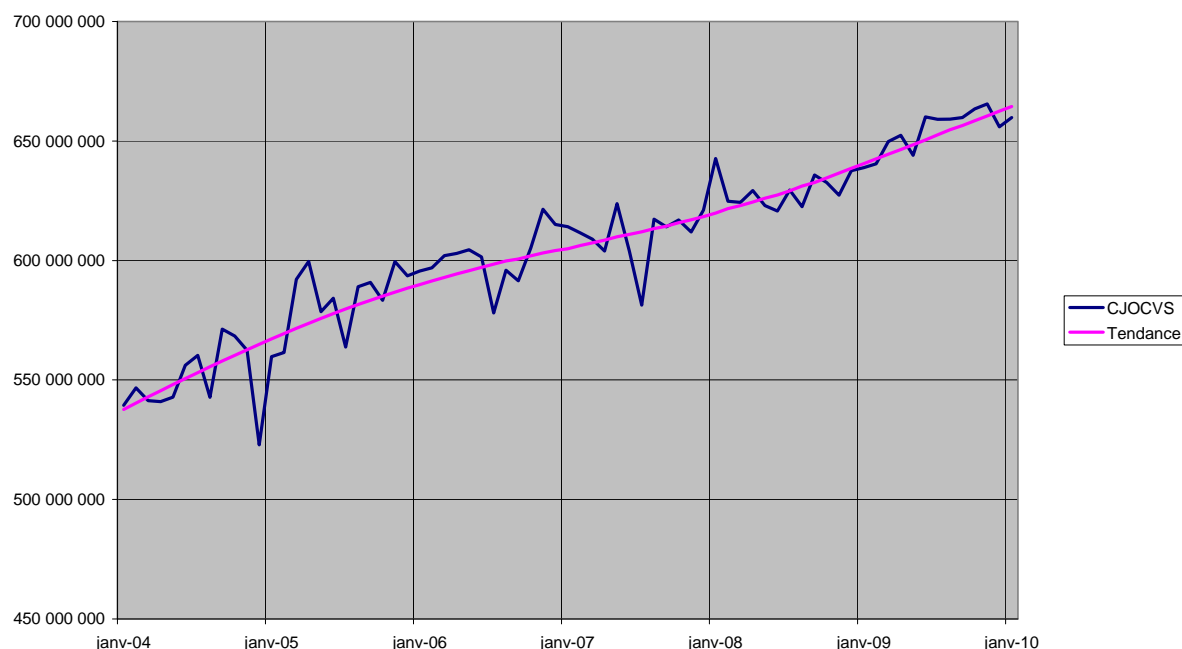
Pour la France entière, et hors MIGAC et dépenses non régulées, les dépenses remboursées relatives à l'activité des cliniques privées ont progressé de 4.4 % en date de soins sur l'année 2009 (données brutes). En données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés, la hausse est de 4.6 %.

	déc-08	déc-09	PCAP fin décembre (brut)	PCAP fin décembre (CJO-CVS)
ODMCO	7 827 935	8 117 133	3,7%	4,0%
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	6 620 606	6 912 685	4,4%	4,7%
<i>dont hospitalisation à domicile</i>	224 672	269 631	20,0%	15,8%
médicaments et DMI	1 173 591	1 170 886	-0,2%	0,0%
forfaits annuels (FAU,CPO)	94 720	97 194	2,6%	2,9%
PAS 18 euros	-60 981	-63 632	4,3%	4,6%
OQN PSY SSR	1 820 565	1 958 254	7,6%	7,2%
PSY	502 081	517 523	3,1%	2,9%
SSR	1 318 483	1 440 732	9,3%	8,9%
Total (*)	9 648 500	10 075 387	4,4%	4,6%

(*) Ce total ne représente pas l'ensemble des versements aux cliniques privées qui comprend par ailleurs les MIGAC et les dépenses non régulées (USLD, conventions internationales, établissements hors territoire)

- *Les dépenses de l'enveloppe ODMCO* augmentent de 4.0% en données CJO-CVS (3.7% en données brutes) par rapport à la même période de l'année précédente.

ODMCO, CJO-CVS et tendance



- *Les dépenses de l'OQN PSY SSR* augmentent de 7.2 % en données CJO-CVS.

Estimation des résultats tous régimes

Les résultats tous régimes ont été estimés à partir des résultats du régime général.

Dépenses des cliniques privées en date de soins pour l'ensemble des régimes de décembre 2009 extrapolation à partir des résultats du régime général

	2009	ODMCO	SSR	PSY	TOTAL cliniques
tous régimes		9 731	1 691	570	12 301
2009/2008		3,4%	9,3%	3,1%	4,5%

Précisions

Pour le régime général, les soins délivrés à fin décembre 2009 sont estimés à partir des remboursements effectués jusqu'à fin mars 2010.

Les estimations tous régimes ont été réalisées en utilisant le poids 2008 du régime général calculé par la DSS d'après les résultats 2008 tous régimes fournis par les TCDC. On a appliqué à ce taux une dérive conventionnelle de 0,2% afin de tenir compte de l'augmentation du poids du régime général.

Evolution tous régimes CJO-CVS corrigé de l'évolution des tarifs

Dépenses des cliniques privées en date de soins pour l'ensemble des régimes Evolutions de décembre 2009 CJO-CVS		
	Dépenses remboursées	Volume
ODMCO frais de séjours	3,7%	3,5%
OQN SSR- PSY	7,3%	5,7%