



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

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

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE

DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

RAPPORT OCTOBRE 2008



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

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

Note semestrielle de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée Octobre 2008

—

Introduction

La présente note a été adoptée par l'Observatoire lors de sa réunion du 17 octobre 2008, après une première séance tenue le 11 septembre 2008.

Conformément aux dispositions réglementaires, ce document présente une analyse des dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé au titre des **cinq premiers mois de l'exercice 2008**. En effet, les modalités de disponibilité et de consolidation des données issues du SNIIRAM ou des bases PMSI, ne permettent pas de pouvoir travailler sur des données d'un semestre entier pour la mi-octobre¹.

L'analyse qui est présentée repose sur une comparaison des données obtenues sur cette période rapportée à la même période de l'exercice 2007.

1- Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous dotation globale (source PMSI)

Depuis l'exercice 2007, l'activité de court séjour (y compris les actes et consultations externes associés) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale est valorisée sans taux de conversion. La suppression du taux de conversion permet d'évaluer les versements à effectuer par l'assurance maladie en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, ce n'est plus l'activité réalisée mais bien l'activité facturée qui déclenche le versement des recettes assurance maladie (cf. annexe). Ainsi, il existe dorénavant un délai entre la date de soins pour un séjour et la

¹ Pour les données issues du PMSI concernant les établissements de santé ex DG, les données du mois de juin retraitées en date de soins ne seront pas disponibles avant début octobre; il en va de même pour les données issues du SNIIRAM, le retraitement en date de soins obligeant à prendre en compte un décalage de 3 mois par rapport au mois concerné.

date de valorisation (ou « liquidation ») de ce séjour. Il en résulte que toute l'activité transmise ne donne pas nécessairement lieu à un versement.

Par ailleurs, pour réaliser une estimation en date de soins, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise. Ce défaut est évalué à partir des structures des transmissions observées sur les exercices précédents.

Montants en M€	Résultats bruts de la période avant correction	Résultats corrigés et estimés en date de soins	Evolution par rapport à l'exercice précédent des dépenses sur la période en date de soins
Activités GHS (y compris la dialyse et les suppléments aux GHS)	10 847,93	11 163,40	4,0%
Activités externes (y compris ATU, IVG, etc.)	1 084,64	1 112,97	-2,2%
Total Activités à la part tarifs	11 932,57	12 276,37	3,4%
Médicaments payés en sus	665,56	722,31	21,1%
DMI payés en sus	245,03	284,87	8,9%
Total Médicaments et DMI payés en sus	910,59	1 007,19	17,4%
Total Activité	12 843,16	13 283,56	4,3%

Source : ATIH

Les estimations opérées font apparaître une évolution significative des dépenses relatives à l'activité réalisée au cours des cinq premiers mois 2008 de +4,0% sur les séjours. Pour l'activité externe, l'évolution est évaluée en baisse de -2,2%, ce chiffre intégrant l'effet de rattrapage du retard accumulé en 2007 avec la suppression du taux de conversion.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus connaissent une évolution importante évaluée à +17,4%. Cette augmentation est surtout très marquée pour les médicaments, puisqu'elle atteint +21,1%.

Une analyse plus détaillée par catégories d'établissements donne les résultats suivants :

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées sur la période en date de soins						TOTAL
	Séjours	Actes et consultations externes	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	
APHP	3,6%	-16,1%	1,4%	33,1%	-2,1%	25,9%	3,4%
CH	4,5%	-2,3%	3,8%	17,8%	11,9%	16,0%	4,4%
CHR	2,4%	-0,8%	2,1%	20,9%	8,4%	16,3%	3,3%
CLCC	5,4%	16,5%	6,8%	17,6%	33,4%	17,9%	8,9%
EBNL	6,8%	4,2%	6,6%	22,5%	7,1%	15,3%	7,1%
Total France	4,0%	-2,2%	3,4%	21,1%	8,9%	17,4%	4,3%

Source : ATIH

Les établissements pour lesquels les évolutions sont très marquées sont les CLCC et les établissements à but non lucratifs. En effet, pour les établissements de lutte contre le cancer, l'activité de soins réalisée sur les cinq premiers mois 2008 augmenterait en dépenses de +5,4%, l'activité externe de +16,5%. Pour les établissements à but non lucratifs, l'activité externe

connaîtrait une moindre augmentation mais l'activité d'hospitalisation augmenterait quant à elle de 6,8%.

Pour les CHR, l'évolution de l'activité d'hospitalisation connaîtrait une évolution moins marquée, évaluée à 2,4%, tandis que l'activité externe est évaluée à la baisse.

En conclusion, les résultats observés sur les cinq premiers mois font apparaître un rythme élevé comparativement à l'exercice 2007. Plusieurs éléments doivent être pris en compte, et notamment l'effet probable d'un passage à 100% du financement en T2A, qui est plus incitatif pour les établissements à engager des projets de développement. Il ne faut pas négliger non plus un effet base lié à la légère sous-consommation 2007 du champ ex DG, qui avait été analysée dans le rapport du printemps, qui minore la base de référence de 60 M/€ en base annuelle.

Ces données ne permettent pas de procéder à une extrapolation annuelle, compte tenu par ailleurs des incertitudes pesant sur les mois de juin et suivants, affectés par les grèves de codage dans les CHR.

2- Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous OQN (source SNIIRAM)

Les résultats du régime général

Les versements du régime général aux établissements de santé privés ont progressé de +3,3% sur les cinq premiers mois de 2008 en date de soins. Cette évolution globale se décompose de la manière suivante :

- ODMCO : +2,0%
- MIGAC : +4,3%
- OQN PSY et SSR : +9,6%
- Dépenses non régulées : +0,7%

La progression de +2,0% des dépenses relevant de l'enveloppe MCO intègre 28 millions de participation des assurés (18 euros) qui entraîne une minoration du taux d'évolution de -0,3 point. Pour les seuls frais de séjours, la progression est de +1,3% avec une forte progression de l'hospitalisation à domicile (+34,1%) Les dispositifs médicaux progressent de +5,1% et les spécialités pharmaceutiques de +13,6%.

Les dépenses relevant de l'OQN psychiatrie et SSR progressent de +9,6% sous l'effet d'une accélération des dépenses de soins de suite et de réadaptation (+11,5%). Les dépenses de psychiatrie progressent de +5,1%.

Les dépenses dites « non régulées » à savoir les soins de longue durée, les conventions internationales et les établissements situés hors du territoire progressent de +0,7%.

Il faut noter que ces évolutions ne sont pas corrigées de l'effet du nombre de jours ouvrables. Les cinq premiers mois de 2008 comportant deux jours ouvrables de plus que les cinq premiers mois de 2007, ces taux sont majorés d'environ 0,2 points.

Suivi des versements aux cliniques privées
Régimes général, droits constatés, France entière

Fin mai 2008

Hypothèse : DOM représentent 2,7% des dépenses des cliniques privées en France

	Montant des dépenses (en Milliers d'Euros)	Taux PCAP
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES	4 179 434	3,3%
ODMCO	3 359 105	2,0%
1- Frais de séjours et de soins	2 838 722	1,3%
2- Forfaits annuels (FAU, CPO)	35 617	-5,4%
3- Dispositifs médicaux	270 848	5,1%
4- Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine	242 461	13,6%
5- Participation assuré de 18 euros	-28 543	67,1%
MIGAC	9 490	4,3%
OQN PSY/SSR	751 384	9,6%
1- Psychiatrie	212 228	5,1%
2- Soins de suite	539 156	11,5%
3- Rééducation fonctionnelle		
"Dépenses non régulées" - ONDAM hors ODMCO et OQN PSY/SSR	59 455	0,7%

Source : CNAMTS

Les estimations tous régimes

Compte tenu du décalage de disponibilité des données inter régimes (un à deux mois de décalage par rapport aux données du régime général), les résultats tous régimes ont été estimés à partir des résultats du régime général (cf. précisions méthodologiques). Les dépenses des cliniques privées progresseraient de +3,1% pour l'ensemble des régimes. Les dépenses relevant de l'objectif ODMCO progresseraient de +1,9%, les dépenses de soins de suite et de réadaptation de +11,3% et les dépenses de psychiatrie de +5,1%.

Dépenses des cliniques privées en dates de soins tous régimes France entière à fin mai 2008

Janv-mai	ODMCO	SSR	PSY	Autres	Total cliniques
2008	4 008 559	636 620	236 565	79 376	4 961 120
2008/2007	1,9%	11,3%	5,1%	0,9%	3,1%

Source : CNAMTS

Les données font apparaître un rythme de croissance contrasté selon les secteurs d'activité, avec un rythme plutôt faible pour le champ MCO, et à l'inverse des taux de croissance soutenus notamment pour le SSR. De ce point de vue, une analyse plus approfondie pourra être conduite au printemps 2009 pour mieux cerner les effets de champ (ouvertures de places nouvelles à un niveau tarifaire plus élevé que les anciennes places) sur la base notamment de l'enquête conduite par la DHOS sur le sujet.

Précisions méthodologiques

Pour le régime général, les soins délivrés à fin mai 2008 sont estimés à partir des remboursements effectués jusqu'à fin juillet 2008. On estime que le mois de mai est connu à 92%. Ce niveau de complétude (complétude à 3 mois) est stable depuis environ un an, l'estimation est donc fiable, mais reste inférieur aux taux atteints avant la mise en place de la T2A (d'environ 2 points) ce qui rend trop incertaine à ce stade une estimation de l'ensemble du premier semestre. Le mois d'avril est connu à 96% et les autres mois (janvier, février et mars) sont connus à plus de 98%.

Les estimations tous régimes ont été réalisées en appliquant au poids du régime général dans les réalisations définitives de l'année 2007 calculé par la Direction de la Sécurité Sociale la dérive tendancielle constatée (augmentation du poids du régime Général). Ce calcul a été fait par discipline. Pour l'ensemble des dépenses des cliniques privées, le poids du régime général est de 84,24% et la dérive de -0,2 point.

Conclusion

Les données des cinq premiers mois 2008 font apparaître des niveaux de progression contrastés selon les secteurs ex OQN et ex DG et, en leur sein, selon les secteurs médicaux (SSR, psychiatrie et MCO, DMI/ liste en sus).

Le rythme de progression des dépenses afférentes au secteur ex DG est certes élevé sur les cinq premiers mois de l'année. Toutefois, comme l'Observatoire l'avait relevé dans sa note de juin dernier, la réalisation 2007 caractérisée par une sous-consommation de l'ODMCO pour le secteur ex DG permet de supporter, pour ce secteur, un rythme de progression en volume pouvant aller jusqu'à + 2,3 % tout en restant conforme aux prévisions. Sur la part ex OQN de l'ODMCO, le rythme observé est plus faible.

Par ailleurs, une extrapolation annuelle semble difficile compte tenu des événements atypiques observés au cours de cet exercice à la suite de la grève du codage intervenue dans plusieurs CHU au cours de l'été.

Seul le suivi sur une période plus longue que cinq mois permettra de conforter ou non l'analyse.

Pour le chef de l'Inspection générale des Affaires sociales,
président de l'Observatoire économique de
l'hospitalisation publique et privée

Valérie Delahaye-Guillocheau
Inspectrice générale des Affaires sociales

ANNEXE

Méthodologie de passage du paiement en date de remboursement au paiement en date de soins

Jusqu'en 2006, les recettes versées aux établissements étaient directement liées à l'activité réalisée. Ainsi, dès lors qu'un séjour était codé dans le système d'informations, il faisait l'objet d'une valorisation qui conduisait un versement pour l'établissement. Dans ce schéma, la période de réalisation de soins et celle de la valorisation étaient identiques pour la quasi-totalité des séjours. En 2007, la suppression du taux de conversion conduit à évaluer les versements à effectuer par l'assurance maladie en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, en fonction de la disponibilité des données administratives, il existe un décalage entre la période de soins et la période de valorisation devant conduire au versement par l'assurance maladie. Ainsi, il existe donc un délai entre la date de soins pour un séjour et la date de valorisation (ou « de remboursement ») de ce séjour.

Le passage de la date de remboursement en date de soins se fait différemment selon les catégories de prestations.

1. Activité liée aux séjours

En complément des séjours faisant l'objet d'une valorisation à chaque période de transmission, les séjours dits « en attente de valorisation » ainsi que les séjours non pris en charge par l'assurance maladie sont également transmis par les établissements depuis 2007. Les séjours en attente de valorisation correspondent à des séjours dont la valorisation n'a pu être opérée dans le délai imparti (faute notamment d'éléments sur les droits du patient), mais ces séjours ont vocation à être payés par l'assurance maladie à l'établissement. La valorisation de ces séjours à partir des tarifs de la période concernée et d'un taux de remboursement propre aux séjours du même type pour chaque établissement, constitue une première étape de l'estimation de la dépense en date de soins.

La seconde étape consiste à appliquer aux dépenses un ratio d'exhaustivité qui rend compte de la structure de transmission/facturation des séjours (ou des montants valorisés) observée sur l'exercice précédent au niveau national. Ainsi, pour les 5 premiers mois de l'année, il a été observé sur l'exercice 2007 que les établissements ex-DG transmettaient en moyenne 2,2% de séjours en plus entre la première transmission et la transmission finale des séjours en fin d'année. Ce type de ratio est calculé, lorsque cela est possible, sur plusieurs exercices, et est utilisé pour compléter les informations transmises afin d'évaluer les dépenses relatives à l'activité en date de soins.

2. Consultations et actes externes

Pour ces prestations, le changement du mode de transmission s'est effectué en deux temps (depuis le 1^{er} juillet 2008 pour les prestations ATU, IVG, FFM et depuis avril 2007 pour les actes et consultations externes proprement dits : NGAP, CCAM...).

Pour les prestations ATU, IVG et FFM, l'estimation de la dépense en date de soins est réalisée à partir des transmissions selon le système FICHSUP (qui est exhaustif), que continuent d'effectuer les établissements.

S'agissant des actes et consultations externes proprement dits, ils font l'objet depuis 2008 d'une transmission exhaustive de l'activité, c'est-à-dire non seulement des actes et consultations valorisées mais aussi de ceux en attente de valorisation ou ne donnant pas lieu à remboursement par l'assurance maladie. La prise en compte de la valorisation des actes en attente constitue la première étape dans l'estimation en date de soins.

Toujours de manière analogue aux transmissions des séjours, la structure de transmission/facturation des actes et consultations externes (ou des montants valorisés) observée

sur les premiers mois de 2008 au niveau national montre qu'il existe une complétude des montants au fil des remontées. Ainsi, à titre d'illustration, à partir de la structure des remontées observées depuis le 1^{er} janvier 2008, il apparaît que les établissements ex-DG transmettront en moyenne environ 6% de ce type de prestations en plus d'ici la fin de l'exercice. Ce type de ratio est donc utilisé pour compléter les informations transmises et réaliser l'évaluation des dépenses relatives à l'activité en date de soins.

3. Médicaments et DMI facturables en sus

Depuis 2008, en plus des médicaments pour lesquels ce type de transmission existe depuis 2007, les DMI sont transmis à l'aide du dispositif FICHCOMP, et non plus FICHSUP. Cependant, ce dernier mode de transmission a été maintenu pour notamment apprécier le degré d'exhaustivité du support FICHCOMP. Ainsi, les données transmises par FICHSUP sont utilisées pour estimer les dépenses en date de soins des médicaments et des DMI.