



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS**

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

**OBSERVATOIRE ECONOMIQUE**

**DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE**

**RAPPORT D'OCTOBRE 2009**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE  
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

## Introduction

La présente note a été adoptée par l'Observatoire lors de sa réunion du 16 octobre 2009, après une première séance tenue le 15 septembre 2009.

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 2009**. 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 avant la mi-octobre.<sup>1</sup>

L'analyse qui est présentée repose sur une comparaison des données obtenues sur cette période rapportée à la même période de l'exercice 2008.

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

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des cinq premiers mois (janvier à mai 2009) recueillies dans le cadre du PMSI.

Depuis l'exercice 2007, l'activité de courts séjours (y compris les actes et consultations externes associés) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale est valorisée sans taux de conversion. Dans ce cadre, les versements à effectuer par l'assurance maladie sont évalués 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. Ainsi, il existe dorénavant un délai entre la date de soins pour un séjour et la date de valorisation (ou « liquidation ») de ce séjour. Par conséquent, toute l'activité transmise ne donne pas lieu à un versement puisque seule l'activité facturée fait l'objet de valorisation.

---

<sup>1</sup> 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 sont pas disponibles avant début octobre; il en va de même pour les données issues du SNIIRAM, le retraitement en date de soins oblige à prendre en compte un décalage de 3 mois par rapport au mois concerné.

De plus, pour réaliser une estimation des dépenses en date de soins, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise. Ce défaut est évalué notamment à partir des taux d'exhaustivité des transmissions observés sur les exercices précédents.

### 1-1- Evolution des dépenses

Les estimations opérées font apparaître une évolution des dépenses en dates de soins relatives à l'activité réalisée au cours des cinq premiers mois 2009 de +0,3% sur les séjours se décomposant en une forte baisse des suppléments journaliers (-2,5%) et une augmentation de +0,6% pour les seuls GHS.

Pour les actes et consultations externes, l'évolution est modérée, soit +1,1%.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus progressent de +12,0% sur les cinq premiers mois, soit une évolution conforme aux prévisions réalisées lors de la construction des objectifs. Cette augmentation est plus marquée cette année pour les DMI que pour les médicaments.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	0.4%	1.2%	0.5%	-9.2%	0.3%	-0.4%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	1.3%
CHR	0.2%	-2.6%	-0.1%	1.1%	33.2%	0.0%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	1.1%
TOTAL CHR-APH	0.3%	-1.7%	0.0%	-1.7%	7.2%	-0.1%	13.0%	11.1%	15.3%	13.7%	1.1%
CH	0.5%	-3.1%	0.2%	2.2%	21.7%	0.5%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	1.1%
CLCC	2.8%	-0.2%	2.7%	9.3%	13.1%	3.7%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	4.6%
EBNL	1.4%	-6.4%	1.0%	3.8%	6.7%	1.5%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	2.2%
<b>Total France</b>	<b>0.6%</b>	<b>-2.5%</b>	<b>0.3%</b>	<b>1.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>0.5%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>1.3%</b>

Source : ATIH – PMSI- Le total France exclut le service de santé des armées (SSA) passé en T2A en 2009

Les établissements pour lesquels les évolutions sont très marquées sont les CLCC et les établissements à but non lucratifs.

Il convient toutefois de noter que si ces taux correspondent à l'évolution de recettes telle qu'elle peut être constatée sur les différents items, elle n'a de sens que lorsque le champ tarifaire entre les deux exercices reste constant. **Or la campagne 2009 a été marquée par 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.**

**Ainsi, pour mesurer la réelle progression de recettes des établissements, il convient de rajouter aux recettes séjours 2009 les montants identifiés lors du transfert vers l'enveloppe MIGAC de la précarité et de la PDSH et de procéder aux comparaisons sur ces bases.**

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période corrigé de l'effet PDSH et précarité										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	2.6%	1.2%	2.4%	-9.2%	0.3%	1.2%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	2.8%
CHR	2.4%	-2.6%	1.7%	1.1%	33.2%	1.7%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	2.6%
TOTAL CHR	2.4%	-1.7%	1.9%	-1.7%	7.2%	1.6%	13.0%	11.1%	15.3%	13.7%	2.7%
CH	2.7%	-3.1%	2.3%	2.2%	21.7%	2.3%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	2.8%
CLCC	5.1%	-0.2%	4.9%	9.3%	13.1%	5.6%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	6.1%
EBNL	3.6%	-6.4%	2.9%	3.8%	6.7%	3.2%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	3.8%
<b>Total France</b>	<b>2.7%</b>	<b>-2.5%</b>	<b>2.2%</b>	<b>1.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>2.2%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>2.9%</b>

Source : ATIH- PMSI - La correction porte sur l'effet PDSH et sur l'effet précarité. Le total France exclut le service de santé des armées (SSA) passé en T2A en 2009

Sur cette base, l'évolution des recettes liées aux tarifs d'hospitalisation est évaluée à +2,7% contre +0,6% avant neutralisation des changements de périmètre des tarifs. Cette évolution entraîne une augmentation des recettes d'hospitalisation (i.e. en intégrant les suppléments) de +2,2%. Les évolutions les plus marquées concernent les CLCC et les EBNL.

### 1-2- Evolution du volume

A la progression de recettes brutes constatées sur les cinq premiers mois 2009 correspond un volume d'activité. Pour mesurer la progression du volume, il convient de tenir compte de plusieurs effets :

- effet lié au **changement de périmètre des tarifs** lié au 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 ;

- effet prix introduit par les évolutions de tarifs de mars 2008 et mars 2009.

En outre, s'ajoute un effet lié à la convergence du coefficient de transition dans le cadre du schéma de transition du modèle. Cet effet est neutre globalement, mais pas par catégorie d'établissements, ni par établissement.

Il convient de rappeler que 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.

Catégorie d'établissements	Evolution du volume en date de soins hors CT sur la période corrigé de l'effet prix et de l'effet PDSH et précarité										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	4.5%	2.6%	4.3%	-7.9%	0.0%	2.9%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	4.4%
CHR	2.5%	-2.9%	1.8%	0.9%	32.8%	1.8%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	2.7%
TOTAL CHR	3.0%	-1.6%	2.4%	-1.4%	6.9%	2.1%	13.0%	11.1%	15.3%	13.7%	3.1%
CH	2.1%	-3.8%	1.7%	1.2%	21.3%	1.7%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	2.2%
CLCC	4.5%	-1.4%	4.3%	8.7%	12.8%	5.0%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	5.6%
EBNL	4.2%	-6.4%	3.6%	4.2%	6.4%	3.8%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	4.4%
<b>Total hors SSA</b>	<b>2.7%</b>	<b>-2.7%</b>	<b>2.2%</b>	<b>0.7%</b>	<b>10.6%</b>	<b>2.1%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>2.9%</b>

Source ATIH- PMSI - La correction porte sur l'effet PDSH et précarité ainsi que sur l'effet prix. Le total France exclut le service de santé des armées (SSA) passé en T2A en 2009

Sur les 5 premiers mois de l'année, l'évolution du volume d'activité est évaluée à +2,2% sur les séjours, dont respectivement +2,7% sur les GHS et -2,7% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses sont en hausse de +0,7% et les médicaments et dispositifs implantables de +12,0%.

Les évolutions d'activité les plus marquées concernent les CLCC, les EBNL, et l'APHP.

Au total, pour le secteur ex DG, la mise en perspective des chiffres 2009 avec ceux de la même période pour 2008 conduit à l'analyse suivante. En 2008, l'Observatoire avait relevé une évolution de dépenses en date de soins entre les cinq premiers mois 2008 et les cinq premiers mois 2007 de +4,3%. Ce taux était donc plus soutenu que celui observé en 2009 (+2,9%). Pour autant, ces différences ne permettent pas d'extrapoler une tendance pour l'ensemble de l'année.

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

Sont analysées les dépenses des cliniques privées en date de soins sur les cinq premiers mois de 2009 à partir des remboursements à fin juillet 2009.

### 2-1- 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 3,6 % en date de soins sur les cinq premiers mois de 2009 (données brutes). En données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVO-CJS), la hausse est de 4,1 %.

		janv-mai 2008	janv-mai 2009	évolution PCAP	PCAP CJO- CVS
<b>ODMCO</b>		<b>3 413 037</b>	<b>3 488 164</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,7%</b>
	frais de séjours (hors participation de l'assuré de 18 euros)	2 914 831	2 983 216	2,3%	2,8%
	Médicaments et DMI	501 709	504 667	0,6%	1,1%
	forfaits annuels (forfaits d'accueil aux urgences, coordination pour prélèvement d'organes)	23 871	29 161	22,2%	22,2%
	Participation de 18 euros	-27 374	-28 880	5,5%	6,0%
<b>OQN PSY SSR</b>		<b>769 310</b>	<b>842 993</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,7%</b>
	PSY	213 436	225 137	5,5%	5,6%
	SSR	555 873	617 856	11,2%	11,3%
<b>Total (*)</b>		<b>4 182 347</b>	<b>4 331 156</b>	<b>3,6%</b>	<b>4,1%</b>

\* ce total ne représente pas l'ensemble des versements aux cliniques privées qui comprend par ailleurs les MIGAC et les dépenses non régulées (Unités de Soins de Longue Durée, conventions internationales, établissements hors territoire)

**Les dépenses de l'enveloppe ODMCO augmentent de +2,7 % en données corrigées CJO CVS (correspondant à +2,2% en données brutes) par rapport à la même période de l'année précédente.** Ces dépenses s'entendent déduction faite de 28,8 millions d'euros au titre de la participation des assurés de 18 euros.

Les frais de séjour et de soins enregistrent une augmentation de +2,8 % en données CJO CVS (correspondant à +2,3% en données brutes). Le forfait haute technicité est intégré aux frais de séjour. On note une progression modeste des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs

médicaux (+1,1 % CJO-CVS) et une forte hausse des forfaits annuels (FAU, CPO) versés sur les cinq premiers mois (+ 22,2 %).

*Les dépenses de l'OQN PSY SSR* augmentent de +9,7 % (CJO-CVS) tirées par une progression toujours soutenue du sous ensemble des soins de suite et de réadaptation (+11,3%), elle même liée à un effet de créations de places nouvelles.

## 2-2- 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 janvier à mai 2009 extrapolation à partir des résultats du régime général

2009	ODMCO	SSR	PSY	TOTAL
Montants tous régimes	4 181	725	248	5 156
PCAP fin mai CJO-CVS	2,5 %	11,3 %	5,6 %	3,9 %

Source : SNIIRAM

## 2-3- Précisions méthodologiques

Pour le régime général, les soins délivrés à fin mai 2009 sont estimés à partir des remboursements effectués jusqu'à fin juillet 2009. Or, ces derniers ont été impactés à compter du mois de mars par la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM induisant des retards dans la facturation. Ce point rend à ce stade plus incertaine l'estimation des dépenses (risque de rattrapage dans les mois à venir).

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. Une dérive conventionnelle de 0,2% a été appliquée à ce taux afin de tenir compte de l'augmentation du poids du Régime Général.

La mise en perspective des données 2009 avec celles de la même période pour 2008 conduit à l'analyse suivante. L'Observatoire avait estimé une évolution de dépenses en date de soins entre les cinq premiers mois 2008 et les cinq premiers mois 2007 de +3,1% pour l'ensemble des régimes. Ce taux était donc légèrement moins soutenu que celui observé en 2009 (+ 3,9%).

Pour autant, ces estimations, tant sur le régime général que sur l'ensemble des régimes, ainsi que les difficultés de facturation rencontrées à compter du mois de mars rendent très incertaine une estimation pour l'ensemble de l'année.

## CONCLUSION

Lors de sa séance du 16 octobre, l'Observatoire a pris connaissance des premières données fournies par l'ATIH et la CNAMTS pour les deux champs couverts au titre des 6 premiers mois de l'année 2009 en date de soins.

Les premières informations tirées de ces présentations sont rapportées succinctement. **Elles laissent apparaître, comparativement aux tendances observées sur les 5 premiers mois de 2009, un rythme plus soutenu dans les deux champs ex DG et ex OQN.** Cette reprise pourrait s'expliquer, s'agissant du secteur MCO, par un effet V11, ayant conduit à un rythme de facturation plus lent en début de période suivi d'un phénomène de rattrapage à partir de la fin du printemps. **Pour autant, les tendances observées restent à ce stade compatibles avec les objectifs fixés pour la campagne tarifaire.**

Le tableau suivant récapitule les données en valeur et en volume sur les deux périodes, à savoir les 5 premiers mois et les 6 premiers mois de 2009, comparées aux mêmes périodes de 2008.

	Tendance 5 mois 2009		Tendance 6 mois 2009	
	recettes	volume	recettes	volume
<b>Champ ex DG (*) (***)</b>	+2,9%	+2,1%	+3,1%	+2,4%
<b>Champ ex OQN (**)</b>	+3,9%	+2,9%	+4,0%	+3,0%
<i>ODMCO (***)</i>	+2,5%	+2,0%	+3,0%	+2,5%
<i>OQN SSR</i>	+11,3%	+9,8%	+10,7%	+9,2%
<i>OQN PSY</i>	+5,6%	+4,1%	+4,9%	+3,4%

(\*) Sur ce champ, les données se rapportent aux dépenses MCO, hors forfaits annuels mais y compris les dépenses de médicaments et DM en sus et corrigées des effets de changement de champ tarifaire

(\*\*) Hors MIGAC et dépenses non régulées

(\*\*\*) Volume (effet nombre + structure) des frais de séjours et des consultations et actes externes, hors médicaments et DMI facturés en sus et hors forfaits annuels (urgence et prélèvements d'organes)

La prochaine réunion de l'Observatoire, prévue pour analyser les tendances sur 9 mois, permettra d'approcher plus finement la tendance annuelle au titre de l'exercice 2009.

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



Valérie Delahaye-Guillocheau,

## ANNEXES

–

Annexe 1 - Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 15 septembre 2009

Annexe 2 - Suivi des dépenses d'activité du secteur ex-DG – Analyse des 5 premiers mois 2009 (ATIH)

Annexe 3 - Suivi des dépenses d'activité du secteur ex DG – Analyse des 6 premiers mois 2009 (ATIH)

Annexe 3 – Evolution des dépenses des cliniques privées en date de soins sur les 6 premiers mois 2009 (CNAMTS)



## **ANNEXE 1**

Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 15 septembre 2009



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE  
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

## Réunion du 15 septembre 2009

### Compte-rendu

—

#### **Présents :**

*Au titre des services de l'Etat :*

Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, représentant le chef de l'Inspection générale des affaires sociales,  
M. Félix Faucon, chef de service, représentant la directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins,  
Mme Nadia Amer, représentant le directeur de la sécurité sociale,  
M. Nicolas Blanchard, représentant la directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

*Au titre des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés :*

M. Yves Gaubert, représentant le président de la Fédération Hospitalière de France,  
M. Philippe Burnel, représentant le président fédéral de la Fédération de l'Hospitalisation Privée,  
Mme Céline Moreau, représentant le président de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés,  
Mme Sandrine Boucher, représentant le président de la Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer,

*Au titre des organismes nationaux d'assurance maladie :*

Mme Hélène Caillol, représentant la directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS,  
Mme Virginie Deldossi, représentant le directeur général de la CCMSA,  
M. Djiby Diagne, représentant le directeur général du RSI.

#### **Excusé :**

M. François Bérard, représentant la présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

Le compte-rendu de la réunion du 24 juin 2009 est approuvé

## **1 – Examen du projet de note semestrielle relative aux dépenses hospitalières d'assurance maladie des cinq premiers mois l'année 2009**

a) Les évolutions dans les établissements du secteur ex DG

L'ATIH présente sa note.

Concernant l'évolution réelle des dépenses, l'ATIH souligne que cette évolution ne peut être évaluée qu'à champ constant. Il a ainsi été nécessaire de neutraliser les effets de champ du passage à la V11 (version 11 de la classification), à savoir le transfert des tarifs vers la dotation MIGAC de la prise en charge de certains coûts liés à la PDSH ainsi que de la précarité (tableau 2 de la note).

L'agence souligne également qu'elle s'efforce de réaliser des estimations en dates de soins en redressant les données sur la base des taux d'exhaustivité des transmissions des exercices précédents.

Concernant l'évolution des volumes, c'est surtout l'évolution des volumes de séjours qui est importante. Elle est particulièrement forte dans les CLCC et les EBN. Toutefois, pour ces catégories comme pour les autres, les évolutions présentées à ce stade de l'année ne sont pas prédictives des évolutions annuelles. Il est certain que l'effet du passage à la V 11 ne sera pas neutre. Ainsi, le taux d'évolution globale des séjours de +2,2% est significatif, mais ce n'est pas le taux annuel.

La représentante de la FNLCC s'étonne du taux d'évolution des dépenses des actes et consultations externes des CLCC, soit + 9,3 %, figurant dans le 2<sup>ème</sup> tableau de la note de l'ATIH. Ce taux ne lui paraît pas cohérent avec les données de MAT2A pour les 5 premiers mois de l'année 2008. L'ATIH répond que le problème vient de ce que les transmissions de l'IGR (Institut Gustave Roussy) ont été très irrégulières en cours d'année 2008. Il faut donc redresser le taux d'évolution 2008 de cet effet IGR, fortement perturbateur compte tenu du poids de l'Institut dans la catégorie des CLCC.

La représentante de la FNCLCC n'est pas convaincue que l'effet IGR suffise à expliquer le taux de + 9,3 %.

La DHOS souligne le dynamisme de l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

Le représentant de la FHP demande comment joue l'effet du coefficient de transition. L'ATIH répond que cet effet est neutre au niveau national, sur l'ensemble des établissements, mais qu'il y a des effets au niveau des établissements eux-mêmes. Concrètement, les établissements perdent par l'application du coefficient de transition une partie de leurs gains d'activité.

Le représentant de la FHP demande ensuite s'il y a un effet prix qui serait un facteur d'explication des évolutions. La MT2A répond que cet effet est quasiment nul.

La présidente demande si l'on peut conclure que l'ONDAM sera exactement respecté, à supposer que la tendance se poursuive pendant les sept derniers mois de 2009. L'ATIH souligne cependant que les dépenses d'activité des 5 premiers mois de 2009 ont été réalisées en V 10 pour

les 2 premiers mois, en en V 11 pour les 3 suivants. La DHOS observe que le taux d'évolution observé des dépenses de médicaments et dispositifs facturables en sus est supérieur au taux d'évolution fixé par arrêté pour 2009.

b) L'évolution des dépenses des cliniques privées, en date de soins

La CNAMTS présente sa note.

Elle indique qu'à la suite du passage à la V 11, les taux de complétude ont reculé de 3 points. Le mois de mars a pâti d'un retard de facturation. Les estimations en date de soins ont donc une moins bonne fiabilité qu'habituellement. Elle souligne le dynamisme de l'évolution des dépenses de SSR. Elle précise que le forfait HT transitoire est pris en compte mais avec un décalage compte tenu de la montée en charge progressive de ce forfait.

Des données supplémentaires disponibles début septembre montrent une évolution forte des dépenses liée à un rattrapage des retards consécutifs aux changements de nomenclature.

L'ATIH rappelle que le taux d'évolution présenté, soit + 3,5 %, ne porte que sur les dépenses du régime général. Si l'on prenait en compte les autres régimes, le taux serait plus bas. La CNAMTS indique que la population relevant du régime général croissant plus rapidement que celles qui relèvent des autres régimes, les dépenses du régime général devraient augmenter plus fortement en montant. Mais ce n'est pas toujours ce qu'on observe.

La présidente rappelle qu'en 2008 cela a été le cas (cf rapport de Juin de l'Observatoire). Elle demande s'il y a eu une exploitation croisée des données 2008 issues du PMSI et du SNIIRAM pour expliquer ce qui s'est passé en 2008. L'ATIH répond que la confrontation est difficile en début d'année car les données ne sont pas exhaustives. L'agence constate un problème de complétude SNIIRAM.

La CNAMTS confirme qu'elle exploite le SNIIRAM comme seule source, et que des difficultés subsistent en ce qui concerne les transmissions des mutuelles décompteuses. Des progrès ont toutefois été accomplis, notamment par la MGEN, qui est passée à la norme d'échange 303. Depuis juillet dernier, les délais de cette mutuelle sont les mêmes que ceux des caisses primaires. Dans les autres régimes, des décalages structurels persistent ainsi que des problèmes de qualité d'imputation et de répartition entre exercices. Des travaux sont en cours sur ces sujets.

La présidente souligne que les problèmes d'alimentation du SNIIRAM sont récurrents et qu'il faut progresser sur ce sujet. La représentante de la MSA estime qu'il serait intéressant de formaliser cette étude. La présidente rappelle qu'en juin dernier il a été prévu que la CNAMTS établisse le cahier des charges d'une étude à conduire dans les trois principaux régimes, sur un échantillon de factures des cliniques, pour vérifier si l'imputation aux cliniques est correcte, cette vérification étant conduite parallèlement dans le système statistique et dans le système comptable. Une première esquisse du cahier des charges était attendue pour septembre-octobre 2009.

La CNAMTS indique que le service d'audit de la caisse nationale a donné son accord pour mener cette étude. Des contacts à cette fin ont été pris avec la MSA mais ils restent à prendre avec le RSI. Un point sur ce sujet pourra être présenté à l'Observatoire lors de sa prochaine réunion.

Le représentant de la FHP appuie les propos de la présidente. Il constate qu'aucun progrès n'a été réalisé sur cette question, malgré des déclarations de bonnes intentions, et il souligne que les fournisseurs de données doivent prendre la mesure des enjeux. La DHOS appuie cette position en

souhaitant que les actes suivent les mots. Elle rappelle que le déficit de l'assurance maladie se creuse, que dans ce contexte on ne peut pas se permettre de prendre des décisions sur des bases floues. Elle souligne que les enjeux de ces décisions sont majeurs, y compris en termes d'emplois.

A la DHOS qui lui demande si les prévisions 2008 ont été révisées compte tenu de la reprise des provisions, la représentante de la CNAMTS indique qu'elle n'est pas en mesure de donner une réponse. La DHOS rappelle que les décisions de régularisation sont prises sur la base des données comptables. Aussi longtemps que l'on a des interrogations sur les provisions, les difficultés de recollement des données comptables et des données statistiques persistent.

La présidente conclut que les membres de l'Observatoire ont une attente forte en ce qui concerne l'étude et en premier lieu le contenu détaillé de son cahier des charges. Il faudra prendre le temps d'examiner ce cahier des charges, ou au moins une première version lors de la séance du 16 octobre prochain en présence d'un membre du service d'audit de la CNAMTS .

Observant que le secteur SSR est dynamique, la DHOS demande à la CNAMTS si elle a des éléments d'analyse sur les effets des créations de places début 2009 par rapport à 2008. La CNAMTS répond qu'elle n'a pas d'éléments d'appréciation mais elle rappelle qu'il existe un décalage entre les créations de places et les effets de ces créations sur les dépenses d'assurance maladie. La FHP estime qu'il y a un problème de cohérence entre les décisions d'autorisation d'ouverture et les décisions relatives à l'OQN. La DHOS indique que c'est la raison pour laquelle des enquêtes sur les créations de places sont lancées chaque année, en toute fin d'année, auprès des ARH.

La FEHAP estime que les fédérations manquent d'informations sur les « débasages » concernant la prise en charge de la précarité et la PDSH et sur l'utilisation qui a été faite des montants « débasés ». Il semble que ce qui a été ainsi enlevé aux établissements ne leur a pas toujours été rendu dans les MIGAC. La DHOS répond que la délégation des crédits des MIGAC par les ARH n'est pas effectuée immédiatement ni de façon homogène. La direction va demander aux ARH comment elles ont utilisé la marge de 10 % laissée à leur main pour accompagner les réorganisations. Par ailleurs, les établissements qui constateraient une anomalie dans l'attribution des crédits de financement de la PDSH ou de la précarité peuvent interroger leur ARH.

La présidente récapitule les points qui seront inscrits à l'ordre du jour de la séance du 16 octobre prochain :

- projet de note semestrielle de l'Observatoire établi sur la base des notes examinées et du débat ;
- projet de cahier des charges relatif à l'étude conduite par la CNAMTS sur les problèmes d'imputation des dépenses des cliniques privées ;
- éléments d'analyse sur l'impact de la V 11.

Par ailleurs, elle regrette que, dans la dépêche de l'APM sur le rapport de l'Observatoire de juin 2009 récemment mis en ligne, les journalistes de la presse médicale ne prennent pas en compte, dans leurs commentaires, les précautions méthodologiques dont s'est entouré l'Observatoire. Cette omission peut donner lieu à des erreurs d'interprétation à l'occasion de la sortie du prochain rapport de la Commission des comptes.

## **2- Plan Santé Outre-mer de juillet 2009 : modalités particulières de suivi des dépenses hospitalières d'assurance maladie des DOM**

La DHOS présente ce plan dont l'avant-dernier axe concerne les difficultés financières spécifiques aux DOM. Il s'agit de s'efforcer d'objectiver les conséquences financières de situations ultra-marines. L'Observatoire est missionné pour faire un suivi particulier de ces départements.

La présidente indique que, compte tenu de ses missions légales et réglementaires, le seul axe d'analyse sur lequel l'Observatoire pourra faire une focale spécifique aux DOM est le suivi des dépenses d'assurance maladie. Toutefois, jusqu'à présent l'Observatoire avait précisément décidé d'éviter les analyses trop ciblées par secteur géographique ou thématique, au-delà des catégories que l'Observatoire utilise traditionnellement. Par ailleurs, en ce qui concerne les DOM on se heurte à des difficultés d'alimentation qui obligent à faire des redressements statistiques, notamment pour le champ ex OQN. Or la qualité de l'information statistique est moindre que pour les données d'ensemble, ne serait-ce qu'en conséquence de la loi des grands nombres puisque les masses sont beaucoup plus faibles. Une grande prudence s'impose donc. Enfin, la présidente souligne, pour les mêmes raisons, que l'Observatoire ne pourra pas fournir de données sur les DOM en cours d'année : il assurera un suivi annuel.

La DHOS indique que ce qui importe c'est de s'efforcer de progresser dans l'objectivation : le suivi spécifique des dépenses des DOM peut être un suivi annuel dès lors que l'Observatoire explique pour quelles raisons méthodologiques il en reste là. Par ailleurs, dans l'idéal, il s'agit de suivre et d'analyser séparément les données des quatre DOM.

La FHF estime que le réexamen des coefficients géographiques est une priorité, les coefficients de la Martinique et de la Guadeloupe paraissant insuffisants à cette fédération.

La CNAMTS indique que des progrès ont été réalisés dans les caisses des départements concernés, notamment en matière d'informatisation. Toutefois, l'agitation qu'ont connue les DOM en 2009 va amplifier les difficultés liées au passage à la V 11. L'ATIH confirme que la qualité des données est très hétérogène, notamment entre la Réunion et la Guyane.

La présidente ajoute que l'objectif général du plan Santé Outre-mer est le rééquilibrage entre l'outre-mer et les DOM en matière de santé. L'Observatoire ne pourra fournir que des tendances d'évolution des dépenses d'assurance maladie. On ne pourra rien en inférer quant à la satisfaction des besoins de santé dans les DOM. Le sujet pourra être inscrit à l'ordre du jour de la première séance de juin 2010. Un point sera fait sur ce dont disposent les pourvoyeurs de données – ATIH et CNAMTS – concernant les dépenses d'assurance maladie des établissements de santé dans les quatre DOM.

La DHOS convient qu'il faut en effet avancer avec beaucoup de prudence et ajoute que, si cela s'avère plus opérant, l'objectivation recherchée pourrait être obtenue par d'autres voies.

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 2**

Suivi des dépenses d'activité du secteur ex-DG – Analyse des 5 premiers mois 2009 (ATIH)



Référence : \_\_\_\_\_

## Suivi des dépenses d'activité du secteur ex-DG

### Analyse des cinq premiers mois 2009 : Période sur Période

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des cinq premiers mois (janvier à mai 2009) recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 23 juillet 2009.

Depuis l'exercice 2007, l'activité de courts séjours (y compris les actes et consultations externes associés) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale est valorisée sans taux de conversion. Dans ce cadre, les versements à effectuer par l'assurance maladie sont évalués en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, c'est non plus l'activité réalisée mais bien l'activité facturée qui déclenche le versement des recettes assurance maladie. Ainsi, il existe dorénavant un délai entre la date de soins pour un séjour et la date de valorisation (ou « liquidation ») de ce séjour. Par conséquent, toute l'activité transmise ne donne pas lieu à un versement puisque seule l'activité facturée fait l'objet de valorisation.

De plus, pour réaliser une estimation des dépenses en date de soins, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise. Ce défaut est évalué notamment à partir des taux d'exhaustivité des transmissions observés sur les exercices précédents.

#### 1. Evolution des dépenses

Les estimations opérées font apparaître une évolution des dépenses en dates de soins relatives à l'activité réalisée au cours des cinq premiers mois 2009 de +0,3% sur les séjours se décomposant en une forte baisse des suppléments journaliers (-2,5%) et une augmentation de +0,6% pour les seuls GHS.

Pour les actes et consultations externes, l'évolution est modérée, soit +1,1%.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus progressent de +12,0% sur les cinq premiers mois, soit une évolution conforme aux prévisions réalisées lors de la construction des objectifs. Cette augmentation est plus marquée cette année pour les DMI que pour les médicaments.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	0.4%	1.2%	0.5%	-9.2%	0.3%	-0.4%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	1.3%
CH	0.5%	-3.1%	0.2%	2.2%	21.7%	0.5%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	1.1%
CHR	0.2%	-2.6%	-0.1%	1.1%	33.2%	0.0%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	1.1%
CLCC	2.8%	-0.2%	2.7%	9.3%	13.1%	3.7%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	4.6%
EBNL	1.4%	-6.4%	1.0%	3.8%	6.7%	1.5%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	2.2%
<b>Total France</b>	<b>0.6%</b>	<b>-2.5%</b>	<b>0.3%</b>	<b>1.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>0.5%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>1.3%</b>





Les établissements pour lesquels les évolutions sont très marquées sont les CLCC, l'APHP et les établissements à but non lucratifs.

## 2. Evolution du volume

Il convient de rappeler que 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.

L'estimation de l'évolution du volume s'obtient à partir de l'évolution des dépenses corrigées de 3 effets:

- l'effet prix : pour neutraliser l'évolution tarifaire 2008/2009 ;
- l'effet convergence intra sectorielle : les dépenses sont considérées hors coefficient de transition, ce qui permet de neutraliser l'effet lié à la convergence intra sectorielle des établissements ;
- l'effet lié aux débasages de la précarité et de la PDSH : pour être sur un champ tarifaire constant entre 2008 et 2009.

Sur les 5 premiers mois de l'année, l'évolution du volume est évaluée à +2,2% sur les séjours, dont respectivement +2,7% sur les GHS et -2,7% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses sont en hausse de +0,7% et les médicaments et dispositifs implantables de +12,0%.

Catégorie d'établissements	Evolution du volume en date de soins hors CT sur la période corrigé de l'effet prix et de l'effet PDSH										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	4.5%	2.6%	4.3%	-7.9%	0.0%	2.9%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	4.4%
CH	2.1%	-3.8%	1.7%	1.2%	21.3%	1.7%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	2.2%
CHR	2.5%	-2.9%	1.8%	0.9%	32.8%	1.8%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	2.7%
CLCC	4.5%	-1.4%	4.3%	8.7%	12.8%	5.0%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	5.6%
EBNL	4.2%	-6.4%	3.6%	4.2%	6.4%	3.8%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	4.4%
<b>Total France</b>	<b>2.7%</b>	<b>-2.7%</b>	<b>2.2%</b>	<b>0.7%</b>	<b>10.6%</b>	<b>2.1%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>2.9%</b>



## **Analyse Principale : Détail de l'analyse de l'activité du secteur ex-DG Cinq premiers mois 2009**

L'activité de soins de courte durée des établissements sanitaires antérieurement sous dotation globale (établissements publics et établissements privés à but non lucratif) est financée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 à 100% de fraction tarifaire, la convergence dans ce secteur s'effectuant dorénavant à l'aide d'un coefficient de transition, propre à chaque établissement, appliqué aux tarifs des prestations.

Depuis avril 2007, les remontées d'information PMSI et les versements par les caisses d'assurance maladie s'opèrent selon une périodicité mensuelle. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie des prestations dispensées par l'établissement de santé est propre à chaque prestation (séjour, acte, consultation) et est fonction des taux de prise en charge de chaque patient (ou assuré social). La valorisation de l'activité tenant compte du taux de prise en charge nécessite l'appariement des informations administratives de chaque assuré social avec les informations médicales du PMSI.

Les tarifs des prestations de séjours (GHS et suppléments journaliers) appliqués en 2009 sur la base de la classification V11 des GHM s'appliquent à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009.

Les tarifs des prestations des actes et consultations externes (ACE, ainsi que les FFM, ATU, IVG et FTN) sont régis par les accords conventionnels entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux.

Le dispositif tarifaire des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables payables en sus des séjours relèvent du CEPS (comité économique des produits de santé).

Les tarifs des prestations d'hospitalisation à domicile (GHT) appliqués à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009 connaissent une évolution d'environ +0,52% par rapport à 2008.

Le traitement des données consiste à présenter dans un premier temps, les résultats issus des versements pour la période, soit des montants relatifs à l'activité présentés en date de remboursement. Ces éléments font ensuite l'objet de complétude pour réaliser, toujours sur la période, une estimation de l'activité réalisée en date de soins. Cette estimation est ensuite extrapolée pour obtenir une évaluation sur l'exercice. Cette évaluation est pour finir comparée aux prévisions de dépenses réalisées pour le secteur ex DG dans le cadre de la construction de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

Les informations sont systématiquement présentées selon le détail suivant :

- activité relative aux séjours d'hospitalisation
- actes et consultations externes
- médicaments onéreux facturables en sus
- dispositifs médicaux implantables facturables en sus
- activité d'hospitalisation à domicile.

### **I. Résultats en date de soins pour la période : présentation des résultats bruts en date de remboursement et estimation en date de soins**

Depuis 2007, le mode de valorisation requérant la prise en compte du taux de prise en charge du patient par l'assurance maladie introduit un délai entre la délivrance des soins et le remboursement de ces soins. Le suivi de l'activité des établissements nécessite une estimation de la dépense des soins produits sur la période considérée à partir des données de valorisation des soins disponibles.

#### **1. Séjours**

##### **i. Evolution des dépenses en date de remboursement et valorisation de l'intégralité des séjours transmis**

Dans le cadre des remontées PMSI, sont disponibles, pour une période donnée, non seulement les séjours valorisés (cette valorisation constitue la dépense brute de valorisation) mais aussi l'ensemble des séjours réalisés.

Ainsi, l'ensemble des séjours transmis est constitué par :

- o les séjours valorisés,
- o les séjours en attente de taux de prise en charge,
- o les séjours en attente de décision sur les droits du patient,



- o les séjours non facturables à l'assurance maladie (ou séjours non pris en charge correspondant notamment aux patients étrangers bénéficiant de l'aide médicale d'état).

Si les séjours non facturables à l'assurance maladie n'ont pas vocation à être remboursés, les séjours en attente de décision sur les droits du patient ainsi que les séjours en attente de taux de prise en charge ont vocation à l'être. Ces deux types de séjours sont donc valorisés en utilisant les taux de prise en charge moyens calculés par GHS et par établissement sur les séjours (déjà) valorisés. La prise en compte de **cette valorisation constitue une première estimation de la dépense pour la période en dates de soins.**

Le tableau ci-dessous illustre l'effet de la prise en compte de tous les séjours dans l'analyse des dépenses relatives à l'activité des établissements pour la période.

Catégorie d'établissements	Nombre de séjours/séances valorisés sur la période	Nombre de séjours/séances valorisables sur la période	Nombre de séjours/séances transmis sur la période	Evolution sur la période du nombre de séjours/séances valorisés	Evolution sur la période du nombre de séjours/séances valorisables	Evolution sur la période du nombre total de séjours/séances transmis
APHP	446 832	453 671	477 066	-1,6 %	-2,6 %	-2,6 %
CH	3 123 719	3 131 711	3 178 970	+0,9 %	+0,8 %	+1,0 %
CHR	1 536 748	1 540 442	1 571 014	+1,6 %	+1,2 %	+1,4 %
CLCC	457 346	457 480	463 834	+1,1 %	+1,0 %	+1,6 %
EBNL	474 225	475 102	482 432	+4,0 %	+4,0 %	+4,1 %
SSA	49 028	49 529	51 730			
<b>Total hors SSA</b>	<b>6 038 870</b>	<b>6 058 406</b>	<b>6 173 316</b>	<b>+1,1 %</b>	<b>+0,9 %</b>	<b>+1,1 %</b>

Tableau I.1 : Répartition et évolution du nombre de séjours/séances transmis (hors SSA).

Pour la période étudiée, les séjours en attente de valorisation rajoutés aux séjours déjà valorisés sont au nombre d'environ 20 000, ce qui représente environ 0,3% des séjours seulement. Cette proportion ne cesse de diminuer depuis la mise en place de la facturation sans taux de conversion en janvier 2007. Elle demeure stable par rapport à l'exercice 2008.

Par contre, la part des séjours non pris en charge par l'assurance maladie est stable ; elle vaut 1,9%, soit une valeur semblable à celle observée en 2008 qui était de 1,8% des séjours.

Catégorie d'établissements	Montant brut de la valorisation des séjours (avec coefficient de transition)	Montant brut de la valorisation des séjours (sans coefficient de transition)	Montant théorique de la valorisation des séjours en attente de valorisation (avec coefficient de transition)	Montant brut de la valorisation des séjours (sans coefficient de transition) l'année dernière	Montant théorique de la valorisation des séjours en attente de valorisation (avec coefficient de transition) l'année dernière	Evolution des dépenses des séjours valorisés sur la période <sup>1</sup> (avec CT)	Evolution des dépenses des séjours valorisables sur la période <sup>2</sup> (avec CT)
APHP	1 016,23	977,99	11,16	962,16	20,04	-0,1 %	-1,0 %
CH	5 507,48	5 556,07	12,46	5 554,50	17,63	+0,4 %	+0,3 %
CHR	3 068,95	3 058,49	7,08	3 067,63	13,32	-0,5 %	-0,7 %
CLCC	309,90	312,48	0,19	304,22	0,95	+3,2 %	+2,9 %
EBNL	902,79	903,31	1,96	887,74	1,96	+1,0 %	+1,0 %
SSA	117,54	117,54	0,88				
<b>Total hors SSA</b>	<b>10 805,36</b>	<b>10 808,34</b>	<b>32,86</b>	<b>10 776,25</b>	<b>53,90</b>	<b>+0,3 %</b>	<b>+0,1 %</b>

Tableau I.2 : Estimation des dépenses de l'ensemble des séjours transmis (dépenses AM en M€).

<sup>1</sup> Correspond à l'évolution des recettes en date de remboursement, c'est à dire le rapport des montants bruts valorisés sur la période en 2009 et des montants bruts valorisés sur même période en 2008.

<sup>2</sup> Correspond à l'évolution des recettes liées aux séjours valorisés et en attente de valorisation entre la période considérée en 2009 et la même période en 2008.



Le montant des séjours susceptibles d'être valorisés après la fin de la période où ils sont dispensés atteint 33 M€ sur la période considérée (GHS, extrêmes, suppléments journaliers) soit moins de 0,3% de la dépense brute. Pour la même période, sur l'exercice précédent, cette valeur atteignait 3%. Il convient de souligner que ce montant est une estimation et n'a pas fait l'objet d'un versement aux établissements pour la période considérée.

ii. Complétude des séjours pour une estimation en date de soins

Les corrections précédentes visent à prendre en compte tous les séjours produits par les établissements et qui ont fait l'objet de transmission aux ARH. Toutefois, certains séjours se rattachant à la période considérée n'ont pas encore fait l'objet de transmission aux ARH. Pour l'appréciation de l'activité sur la période, il convient d'estimer le volume et la valorisation de ces séjours.

Cette évaluation est basée sur l'analyse du profil de transmission des séjours au cours des exercices précédents.

A titre d'illustration, pour la période étudiée, ce ratio est estimé 1,0130.

Catégorie d'établissements	Montant estimé en date de soins de la valorisation des séjours (avec coefficient de transition)	Montant observé en fin d'année au titre de l'activité de soins sur la même période l'année dernière	Évolution des dépenses des séjours sur la période estimée en date de soins (avec CT)
APHP	1 078,35	1 072,57	+0,5 %
CH	5 673,40	5 659,85	+0,2 %
CHR	3 228,60	3 233,36	-0,1 %
CLCC	315,65	307,30	+2,7 %
EBNL	914,07	905,46	+1,0 %
SSA	124,29		
<b>Total hors SSA</b>	<b>11 210,07</b>	<b>11 178,54</b>	<b>+0,3 %</b>

Tableau I.3 : Estimation et évolution de la dépense associée aux séjours en date de soins (dépense AM en M€).

## 2. Actes et consultations externes

Sont regroupés, sous l'agrégat actes et consultations externes (ACE), les prestations suivantes :

- ATU (accueil et traitement des urgences) ;
- IVG (interruption volontaire de grossesse) ;
- FTN (forfaits techniques) ;
- FFM (forfait de petit matériel) ;
- SE (sécurité et environnement hospitalier) ;
- dialyse péritonéale ou alternative à la dialyse en centre (DP) ;
- les actes et consultations externes proprement dit codés en NGAP ou en CCAM, selon leur nature.

Comme pour les séjours, le taux de prise en charge par l'assurance maladie pour les actes et consultations externes est obtenu par l'appariement de ces prestations aux informations administratives du patient (ou assuré social). Ces données sont donc généralement issues des logiciels de facturation des établissements. Aussi, sur cet agrégat « actes et consultations externes », les données de facturations sur une période ne correspondent pas totalement aux actes et consultations externes réalisés sur la période. Il convient donc d'en tenir compte dans le suivi des dépenses infra annuelles.



i. Résultats en date de remboursement

Catégorie d'établissements	Montant remboursé de la valorisation des ACE (avec coefficient de transition)	Montant remboursé de la valorisation des ACE sur la même période l'année dernière (avec coefficient de transition)	Evolution brute sur la période (avec coefficient de transition)
APHP	92,41	102,70	-10.0%
CH	571,82	555,75	2.9%
CHR	302,04	299,92	0.7%
CLCC	48,75	46,99	3.8%
EBNL	75,14	73,01	2.9%
SSA	18,00		
<b>Total hors SSA</b>	<b>1 090,17</b>	<b>1 078,37</b>	<b>1.1%</b>

ii. Résultats en date de soins

Le délai dans la transmission/facturation des prestations d'actes et consultations externes doit être pris en compte. Pour ce faire, la structure de transmission mensuelle de chacune des prestations constitutives de l'agrégat telle qu'elle est connue en fin d'année 2008 est appliquée aux transmissions actuelles, sauf si cette structure conduit à une baisse des observations, établissement par établissement. Cette structure de transmission est aussi bornée en cas de doublement des observations.

Catégorie d'établissements	Montant estimé en date de soins de la valorisation des ACE (avec coefficient de transition)	Montant observé en fin d'année au titre des ACE sur la même période l'année dernière (avec coefficient de transition)	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période (avec coefficient de transition)
APHP	110,81	122,06	-9.2%
CH	618,72	605,43	2.2%
CHR	330,88	327,24	1.1%
CLCC	53,34	48,82	9.3%
EBNL	78,30	75,46	3.8%
SSA	18,00		
<b>Total hors SSA</b>	<b>1 192,05</b>	<b>1 179,02</b>	<b>1.1%</b>

Tableau I.4 : Estimation et Evolution sur la période des dépenses relatives aux actes et consultations externes à 100% (dépenses AM sans coefficient de transition en M€) en date de soins.

**3. Médicaments payés en sus**

Les modalités de transmission et de valorisation des médicaments payés en sus sont comparables en 2008 et en 2009. En plus du volume d'activité des établissements, les éléments explicatifs de l'évolution des dépenses de molécules onéreuses doivent donc être recherchés dans des effets de champ ou des effets de prix.



Catégorie d'établissements	Dépenses autorisées des médicaments sur la même période l'année dernière	Dépenses autorisées des médicaments	Evolution des dépenses autorisées des médicaments	Dépenses brutes des médicaments sur la même période l'année dernière	Dépenses brutes des médicaments	Evolution des dépenses brutes des médicaments
APHP	88,49	105,68	+19,4 %	84,37	98,51	+16,8 %
CH	244,88	272,21	+11,2 %	242,53	253,49	+4,5 %
CHR	219,77	238,45	+8,5 %	213,69	228,96	+7,1 %
CLCC	91,40	99,89	+9,3 %	82,34	89,45	+8,6 %
EBNL	38,65	43,70	+13,1 %	35,76	39,67	+10,9 %
SSA						
<b>Total hors SSA</b>	<b>683,19</b>	<b>759,93</b>	<b>+11,2 %</b>	<b>658,69</b>	<b>710,08</b>	<b>+7,8 %</b>

Le montant des dépenses autorisées est supérieur d'environ 7% au montant des dépenses brutes, soit environ 50 M€ (hors SSA) sur la période. Cet écart semble supérieur à celui observé l'année dernière. Rembourser les dépenses d'établissements sur la base de leur prix d'achat ferait donc réaliser une économie d'environ 3,5% de la dépense globale.

i. Résultats en date de remboursement

Catégorie d'établissements	Montant brut issu de la valorisation sur la période	Montant brut issu de la valorisation sur la période l'année dernière	Evolution des montants remboursés sur la période
APHP	101,89	86,41	+17,9 %
CH	260,54	237,42	+9,7 %
CHR	233,31	216,25	+7,9 %
CLCC	94,40	86,83	+8,7 %
EBNL	41,55	37,15	+11,8 %
SSA	6,11		
<b>Total hors SSA</b>	<b>731,70</b>	<b>664,06</b>	<b>+10,2 %</b>

Tableau I.5 : Evolution sur la période des dépenses en Médicaments (dépenses AM en M€) en date de remboursement.

ii. Résultats en date de soins

Pour l'estimation en date de soins, de manière analogue aux prestations des actes et consultations externes, la structure de transmission mensuelle de l'exercice 2008 est mise à profit.

Catégorie d'établissements	Montant estimé en date de soins de la valorisation sur la période	Montant observé en fin d'année sur la période l'année dernière	Evolution des montants estimés en date de soins
APHP	111,74	94,76	+17,9 %
CH	275,31	251,42	+9,5 %
CHR	254,10	228,95	+11,0 %
CLCC	96,83	88,66	+9,2 %
EBNL	42,73	37,36	+14,4 %
SSA	6,11		
<b>Total hors SSA</b>	<b>780,71</b>	<b>701,15</b>	<b>+11,3 %</b>

Tableau I.6 : Estimation et évolution sur la période des dépenses en Médicaments (dépenses AM en M€) en date de soins.

#### 4. DMI payés en sus

Les modalités de transmission et de valorisation des DMI payés en sus ne sont pas tout à fait comparables en 2008 et en 2009. En effet en 2008, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2008, les DMI étaient valorisés selon les remontées de FICHCOMP uniquement si les informations codées étaient suffisamment exhaustives ce qui était rarement le cas. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'application des nouvelles règles a eu pour effet de réduire l'évolution des dépenses afférentes. Disposant en 2009 du recul nécessaire, les dépenses actuelles apparaissent comme d'autant plus dynamiques.

En plus du volume d'activité des établissements, les éléments explicatifs de l'évolution des dépenses de dispositifs médicaux doivent donc être recherchés dans des effets de champ ou des effets de prix.

Catégorie d'établissements	Dépenses autorisées des DMI sur la même période l'année dernière	Dépenses autorisées des DMI	Evolution des dépenses autorisées des DMI	Dépenses brutes des DMI sur la même période l'année dernière	Dépenses brutes des DMI	Evolution des dépenses brutes des DMI
APHP	16,92	21,21	+25,3 %	15,45	19,27	+24,7 %
CH	97,47	108,40	+11,2 %	89,45	99,29	+11,0 %
CHR	109,87	126,79	+15,4 %	101,81	117,56	+15,5 %
CLCC	2,41	1,33	-44,7 %	1,86	1,15	-38,1 %
EBNL	27,67	30,88	+11,6 %	26,35	29,45	+11,8 %
SSA						
<b>Total hors SSA</b>	<b>254,34</b>	<b>288,61</b>	<b>+13,5 %</b>	<b>234,92</b>	<b>266,73</b>	<b>+13,5 %</b>

Les montants des dépenses autorisées et brutes sont plus proches l'un de l'autre pour les DMI (22 M€ hors SSA) par rapport au même écart l'année dernière. L'écart relatif est supérieur d'environ 1 point à celui constaté sur les médicaments en sus. Cet écart sur la période représente environ 8% des dépenses, rembourser les dépenses d'établissements sur la base de leur prix d'achat ferait donc réaliser une économie d'environ 4% de la dépense globale.

##### i. Résultats en date de remboursement

Catégorie d'établissements	Montant brut issu de la valorisation sur la période	Montant brut issu de la valorisation sur la période l'année dernière	Evolution des montants remboursés sur la période
APHP	20,21	16,16	+25,0 %
CH	103,58	93,09	+11,3 %
CHR	121,80	105,55	+15,4 %
CLCC	1,24	2,13	-41,8 %
EBNL	30,11	26,97	+11,7 %
SSA	2,57		
<b>Total hors SSA</b>	<b>276,93</b>	<b>243,90</b>	<b>+13,5 %</b>

Tableau I.7 : Evolution sur la période des dépenses en DMI (dépenses AM en M€) en date de remboursement.

##### ii. Résultats en date de soins

Pour l'estimation en date de soins, de manière analogue aux prestations des actes et consultations externes, la structure de transmission mensuelle de l'exercice 2008 est mise à profit.



Catégorie d'établissements	Montant estimé en date de soins de la valorisation sur la période	Montant observé en fin d'année sur la période l'année dernière	Evolution des montants estimés en date de soins
APHP	25,33	20,26	+25,0 %
CH	109,82	96,96	+13,3 %
CHR	131,73	115,94	+13,6 %
CLCC	1,29	2,02	-36,0 %
EBNL	31,25	27,90	+12,0 %
SSA	2,57		
<b>Total hors SSA</b>	<b>299,42</b>	<b>263,08</b>	<b>+13,8 %</b>

Tableau I.8 : Estimation et évolution sur la période des dépenses en DMI (dépenses AM en M€) en date de soins.

### 5. Hospitalisation à domicile

Catégorie d'établissements	Montant des GHT pour la période en cours	Montant des GHT pour la période en cours l'exercice précédent	Evolution des dépenses GHT remboursées sur la période en cours	Montant des Médicaments en HAD pour la période en cours	Montant des Médicaments en HAD pour la période en cours l'exercice précédent	Evolution des dépenses de Médicaments en HAD remboursés sur la période en cours
APHP	18,77	18,72	+0,3 %	1,62	1,60	+1,7 %
CH	39,39	31,59	+24,7 %	1,28	1,01	+26,5 %
CHR	6,59	4,95	+33,2 %	0,50	0,31	+59,1 %
CLCC	3,66	3,23	+13,1 %	0,83	0,93	-11,2 %
EBNL	66,36	62,20	+6,7 %	2,41	2,25	+7,1 %
SSA	0,00			0,00		
<b>Total hors SSA</b>	<b>134,77</b>	<b>120,68</b>	<b>+11,7 %</b>	<b>6,64</b>	<b>6,10</b>	<b>+8,8 %</b>

Tableau I.9 : Évolution sur la période des dépenses en HAD (dépenses AM en M€).

## II. Évolutions des dépenses et du volume relatifs à l'activité par catégories d'établissements et de prestations

### 1. Evolution des dépenses

#### i. Dépenses en date de remboursement

L'évolution des dépenses en date de remboursement sur les 5 premiers de l'année pour les séjours atteint 0,3%, dont respectivement +0,3% sur les séjours et 0,1% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses augmentent de +1,1%.

Sur cette même période les dépenses de médicaments et de dispositifs implantables augmentent de +11,1%.





Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec CT (avant toute correction) sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	-0.6%	3.2%	-0.1%	-10.0%	0.3%	-1.0%	17.9%	1.7%	25.0%	18.8%	0.7%
CH	0.5%	0.1%	0.4%	2.9%	21.7%	0.8%	9.7%	25.8%	11.3%	10.2%	1.3%
CHR	-0.5%	-0.5%	-0.5%	0.7%	33.2%	-0.3%	7.9%	59.1%	15.4%	10.4%	0.6%
CLCC	3.1%	5.0%	3.2%	3.8%	13.1%	3.3%	8.7%	-11.2%	-41.8%	7.3%	4.2%
EBNL	1.3%	-3.4%	1.0%	2.9%	6.7%	1.5%	11.8%	7.1%	11.7%	11.6%	2.1%
<b>Total hors S</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.3%</b>	<b>1.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>0.4%</b>	<b>10.2%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.5%</b>	<b>11.1%</b>	<b>1.2%</b>

## ii. Dépenses en date de soins

Après passage en date de soins, les dépenses des séjours augmentent de +0,3%, dont respectivement +0,6% sur la partie GHS et -2,5% sur les suppléments journalier.

Les actes et consultations externes connaissent une hausse de 1,1% et les médicaments et dispositifs implantables de +12,0%.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	0.4%	1.2%	0.5%	-9.2%	0.3%	-0.4%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	1.3%
CH	0.5%	-3.1%	0.2%	2.2%	21.7%	0.5%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	1.1%
CHR	0.2%	-2.6%	-0.1%	1.1%	33.2%	0.0%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	1.1%
CLCC	2.8%	-0.2%	2.7%	9.3%	13.1%	3.7%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	4.6%
EBNL	1.4%	-6.4%	1.0%	3.8%	6.7%	1.5%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	2.2%
<b>Total France</b>	<b>0.6%</b>	<b>-2.5%</b>	<b>0.3%</b>	<b>1.1%</b>	<b>11.0%</b>	<b>0.5%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>1.3%</b>

## 2. Evolution du volume

Il convient de rappeler que 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.

L'estimation de l'évolution du volume s'obtient à partir de l'évolution des dépenses corrigées de 3 effets:

- l'effet prix : pour être à champs tarifaire constant entre 2008 et 2009 ;
- l'effet convergence : les données hors CT sont alors prises en compte, pour ne pas avoir l'effet lié au changement du taux de convergence des établissements ;
- l'effet lié aux débasage de la précarité et de la PDSH : pour être sur le même champs entre 2008 et 2009.

Sur les 5 premiers mois de l'année, l'évolution du volume est évaluée à +2,2% sur les séjours, dont respectivement +2,7% sur les GHS et -2,7% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses sont en hausse de +0,7% et les médicaments et dispositifs implantables de +12,0%.



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

Catégorie d'établissements	Evolution du volume en date de soins hors CT sur la période corrigé de l'effet prix et de l'effet PDSH										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHS en HAD	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	4.5%	2.6%	4.3%	-7.9%	0.0%	2.9%	17.9%	1.7%	25.0%	18.9%	4.4%
CH	2.1%	-3.8%	1.7%	1.2%	21.3%	1.7%	9.5%	25.8%	13.3%	10.6%	2.2%
CHR	2.5%	-2.9%	1.8%	0.9%	32.8%	1.8%	11.0%	59.1%	13.6%	11.9%	2.7%
CLCC	4.5%	-1.4%	4.3%	8.7%	12.8%	5.0%	9.2%	-11.2%	-36.0%	8.0%	5.6%
EBNL	4.2%	-6.4%	3.6%	4.2%	6.4%	3.8%	14.4%	7.1%	12.0%	13.2%	4.4%
<b>Total France</b>	<b>2.7%</b>	<b>-2.7%</b>	<b>2.2%</b>	<b>0.7%</b>	<b>10.6%</b>	<b>2.1%</b>	<b>11.3%</b>	<b>8.7%</b>	<b>13.8%</b>	<b>12.0%</b>	<b>2.9%</b>

## **ANNEXE 3**

Suivi des dépenses d'activité du secteur ex-DG – Analyse des 6 premiers mois 2009 (ATIH)



Référence : DL-VS-1440-2009

## Suivi des dépenses d'activité du secteur ex-DG

### Analyse des six premiers mois 2009

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des six premiers mois (janvier à juin 2009) recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 4 septembre 2009.

#### 1. CONSTAT des recettes perçues par les établissements : Données en date de remboursement

L'évolution des dépenses en date de remboursement sur les six premiers de l'année pour les séjours atteint +0,8%, dont respectivement +0,8% sur les séjours et +0,5% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, ces dépenses augmentent de +1,6%.

Sur cette même période, les dépenses de médicaments et de dispositifs implantables augmentent de +9,8%.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec CT (avant toute correction) sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	+1,7%	+3,8%	+1,9%	-9,2%	+0,6%	+0,9%	+12,4%	+2,8%	+18,4%	+13,2%	+2,0%
CH	+0,7%	-0,2%	+0,7%	+3,2%	+20,3%	+1,0%	+9,8%	+30,0%	+12,4%	+10,5%	+1,5%
CHR	+0,4%	+0,5%	+0,4%	+1,5%	+25,5%	+0,5%	+5,7%	+55,4%	+14,0%	+8,5%	+1,2%
CLCC	+3,0%	+6,4%	+3,1%	+5,6%	+12,8%	+3,5%	+8,6%	-16,5%	-42,7%	+7,2%	+4,3%
EBNL	+1,5%	-4,4%	+1,1%	+2,7%	+6,8%	+1,6%	+11,7%	+4,3%	+10,4%	+10,9%	+2,2%
<b>Total CHR+APHP</b>	<b>+0,7%</b>	<b>+1,4%</b>	<b>+0,8%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>+6,2%</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+7,7%</b>	<b>+12,5%</b>	<b>+14,6%</b>	<b>+9,7%</b>	<b>+1,4%</b>
<b>Total hors SSA</b>	<b>+0,8%</b>	<b>+0,5%</b>	<b>+0,8%</b>	<b>+1,6%</b>	<b>+10,5%</b>	<b>+1,0%</b>	<b>+8,8%</b>	<b>+7,8%</b>	<b>+12,8%</b>	<b>+9,8%</b>	<b>+1,6%</b>

Il convient toutefois de noter que si ces taux correspondent à l'évolution de recettes telle qu'elle peut être constatée sur les différents items, elle n'a de sens que lorsque le champ tarifaire entre les deux exercices reste constant. Or la campagne 2009 a été marquée par 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.

Ainsi, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de soustraire aux recettes séjours 2008 les montants identifiés lors du transfert vers l'enveloppe MIGAC de la précarité et de la PDSH.



Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec CT sur la période corrigées de l'effet PDSH										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	+4,3%	+3,8%	+4,2%	-9,2%	+0,6%	+2,9%	+12,4%	+2,8%	+18,4%	+13,2%	+3,8%
CH	+3,2%	-0,2%	+3,0%	+3,2%	+20,3%	+3,1%	+9,8%	+30,0%	+12,4%	+10,5%	+3,5%
CHR	+2,9%	+0,5%	+2,6%	+1,5%	+25,5%	+2,5%	+5,7%	+55,4%	+14,0%	+8,5%	+3,1%
CLCC	+5,6%	+6,4%	+5,6%	+5,6%	+12,8%	+5,7%	+8,6%	-16,5%	-42,7%	+7,2%	+6,0%
EBNL	+3,9%	-4,4%	+3,4%	+2,7%	+6,8%	+3,6%	+11,7%	+4,3%	+10,4%	+10,9%	+4,0%
Total CHR+APHP	+3,2%	+1,4%	+3,0%	-1,3%	+6,2%	+2,6%	+7,7%	+12,5%	+14,6%	+9,7%	+3,3%
Total hors SSA	+3,3%	+0,5%	+3,1%	+1,6%	+10,5%	+3,0%	+8,8%	+7,8%	+12,8%	+9,8%	+3,5%

Ainsi, l'évolution des recettes liées aux tarifs d'hospitalisation est évaluée à +3,3% contre +0,8% avant neutralisation des changements de périmètre des tarifs. Cette évolution entraîne une augmentation des recettes d'hospitalisation (i.e. : en intégrant les suppléments) de +3,1%. Les évolutions les plus marquées concernent les CLCC et les EBNL.

## 2. EVALUATION PROSPECTIVE : Données en date de soins

Depuis l'exercice 2007, l'activité de courts séjours (y compris les actes et consultations externes associés) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale est valorisée sans taux de conversion. Dans ce cadre, les versements à effectuer par l'assurance maladie sont évalués en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, c'est non plus l'activité réalisée mais bien l'activité facturée qui déclenche le versement des recettes assurance maladie. Ainsi, il existe dorénavant un délai entre la date de soins pour un séjour et la date de valorisation (ou « liquidation ») de ce séjour. Par conséquent, toute l'activité transmise ne donne pas lieu à un versement puisque seule l'activité facturée fait l'objet de valorisation. Pour réaliser une estimation des dépenses en date de soins, il est nécessaire de considérer l'intégralité de l'activité, y compris celle n'ayant pas fait l'objet de versement. Par ailleurs, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise. Ce défaut est évalué notamment à partir des taux d'exhaustivité des transmissions observés sur les exercices précédents.

### i. Evolution des dépenses

Les estimations opérées font apparaître une évolution des dépenses en dates de soins relatives à l'activité réalisée au cours des six premiers mois 2009 de +0,2% sur les séjours. Les suppléments journaliers aux GHS sont en forte baisse (-2,6%), ainsi l'évolution des seuls GHS s'établit à +0,5%.

Pour les actes et consultations externes, l'évolution est évaluée à la hausse, +1,8%.

Pour les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus, une évolution conforme aux prévisions réalisées lors de la construction des objectifs est observée pour les six premiers mois, +11,2%. Cette augmentation est plus marquée cette année pour les DMI que pour les médicaments.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	+0,2%	+1,6%	+0,4%	-8,6%	+0,6%	-0,5%	+12,4%	+2,8%	+18,4%	+13,3%	+0,7%
CH	+0,5%	-3,4%	+0,2%	+3,2%	+20,3%	+0,6%	+10,0%	+30,0%	+12,6%	+10,8%	+1,2%
CHR	+0,0%	-2,4%	-0,3%	+2,0%	+25,5%	-0,0%	+9,3%	+55,4%	+15,3%	+11,4%	+1,0%
CLCC	+2,7%	-0,8%	+2,6%	+6,5%	+12,8%	+3,2%	+9,4%	-16,5%	-40,9%	+8,0%	+4,2%
EBNL	+1,6%	-7,8%	+1,0%	+2,3%	+6,8%	+1,5%	+15,1%	+4,3%	+10,8%	+13,0%	+2,2%
Total CHR+APHP	+0,1%	-1,4%	-0,1%	-0,9%	+6,2%	-0,1%	+10,2%	+12,5%	+15,7%	+11,9%	+0,9%
Total hors SSA	+0,5%	-2,6%	+0,2%	+1,8%	+10,5%	+0,5%	+10,3%	+7,8%	+13,6%	+11,2%	+1,3%

Les établissements pour lesquels les évolutions sont très marquées sont les CLCC et les établissements à but non lucratifs.



Comme pour les évolutions en date de remboursement, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de soustraire aux recettes séjours 2008, les montants identifiés lors du transfert vers l'enveloppe MIGAC de la précarité et de la PDSH.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses en date de soins avec CT sur la période corrigées de l'effet PDSH										
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes	Médicaments payés en sus	Médicaments en HAD	DMI payés en sus	Global Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
APHP	+2,6%	+1,6%	+2,5%	-8,6%	+0,6%	+1,3%	+12,4%	+2,8%	+18,4%	+13,3%	+2,4%
CH	+2,9%	-3,4%	+2,5%	+3,2%	+20,3%	+2,7%	+10,0%	+30,0%	+12,6%	+10,8%	+3,1%
CHR	+2,4%	-2,4%	+1,8%	+2,0%	+25,5%	+1,9%	+9,3%	+55,4%	+15,3%	+11,4%	+2,7%
CLCC	+5,2%	-0,8%	+5,0%	+6,5%	+12,8%	+5,3%	+9,4%	-16,5%	-40,9%	+8,0%	+5,9%
EBNL	+4,0%	-7,8%	+3,2%	+2,3%	+6,8%	+3,4%	+15,1%	+4,3%	+10,8%	+13,0%	+4,0%
<b>Total CHR+APHP</b>	<b>+2,5%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>+2,0%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>+6,2%</b>	<b>+1,7%</b>	<b>+10,2%</b>	<b>+12,5%</b>	<b>+15,7%</b>	<b>+11,9%</b>	<b>+2,7%</b>
<b>Total hors SSA</b>	<b>+2,9%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>+2,4%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>+10,5%</b>	<b>+2,4%</b>	<b>+10,3%</b>	<b>+7,8%</b>	<b>+13,6%</b>	<b>+11,2%</b>	<b>+3,1%</b>

L'évolution des recettes liées aux tarifs d'hospitalisation est évaluée à +2,9% contre +0,5% avant neutralisation des changements de périmètre des tarifs. Cette évolution entraîne une augmentation des recettes d'hospitalisation (i.e. : en intégrant les suppléments) de +2,4%. Les évolutions les plus marquées concernent les CLCC et les EBNL.

## ii. Evolution du volume

A la progression de recettes constatées sur les six premiers mois 2009 correspond un volume d'activité. Pour mesurer la progression du volume, outre l'effet lié au changement de périmètre des tarifs, il convient de tenir compte de:

- l'effet prix introduit par les évolutions tarifs de mars 2008 et mars 2009 ;
- l'effet lié à la convergence du coefficient de transition dans le cadre du schéma de transition du modèle. Cet effet est neutre globalement, mais pas par catégorie d'établissements ou par établissement.

Il convient de rappeler que 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.

Sur les six premiers mois de l'année, l'évolution du volume est évaluée à +2,4% sur les séjours, dont respectivement +2,9% sur les GHS et -2,8% sur les suppléments journaliers. Concernant les actes et consultations externes, les dépenses correspondantes sont en hausse de +1,4% et pour les médicaments et dispositifs implantables, les dépenses correspondantes progressent de +11,2%.

Catégorie d'établissements	Evolution du volume en date de soins hors CT sur la période corrigé de l'effet prix et de l'effet PDSH					
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes
APHP	+4.5%	+2.9%	+4.3%	-7.2%	+0.3%	+3.1%
CH	+2.4%	-4.0%	+2.0%	+2.3%	+19.8%	+2.1%
CHR	+2.6%	-2.7%	+1.9%	+1.8%	+25.1%	+2.0%
CLCC	+4.7%	-1.8%	+4.5%	+6.0%	+12.5%	+4.8%
EBNL	+4.7%	-7.8%	+3.9%	+2.7%	+6.4%	+4.0%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+3.2%</b>	<b>-0.9%</b>	<b>+2.6%</b>	<b>-0.5%</b>	<b>+6.2%</b>	<b>+2.4%</b>
<b>Total France</b>	<b>+2.9%</b>	<b>-2.8%</b>	<b>+2.4%</b>	<b>+1.4%</b>	<b>+10.1%</b>	<b>+2.4%</b>

## **ANNEXE 4**

Evolution des dépenses des cliniques privées en date de soins sur les 6 premiers mois 2009  
(CNAMTS)

**Evolution des dépenses des cliniques privées en date de soins sur les six premiers mois de 2009 à partir des remboursements à fin août 2009**

**Les résultats du régime général**

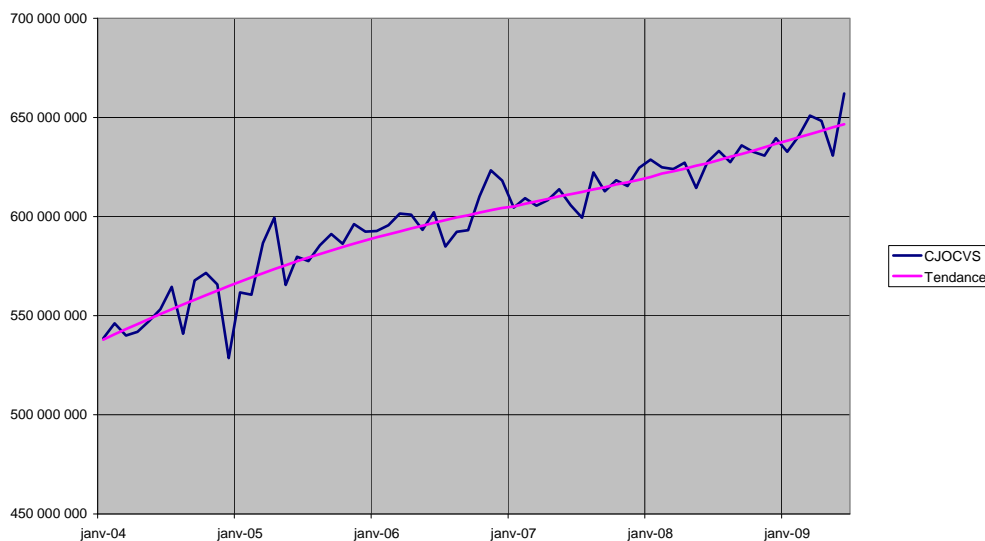
Pour la France entière, et hors MIGAC et dépenses non régulées, les dépenses remboursées relatives à l'activité des cliniques privées ont progressé de 3,9 % en date de soins sur les six premiers mois de 2009 (données brutes). En données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés, la hausse est de 4,2 % contre 4,1% à fin mai 2009.

	janv-juin 2009	PCAP fin juin (brut)	PCAP fin juin (CJO-CVS)	PCAP fin mai (CJO-CVS)
<b>ODMCO</b>	<b>4 214 626</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,7%</b>
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	3 589 702	2,8%	3,2%	2,8%
médicaments et DMI	606 105	0,8%	1,2%	1,1%
forfaits annuels (FAU,CPO)	53 592	37,4%	37,4%	22,2%
PAS 18 euros	-34 773	5,2%	5,6%	6,0%
<b>OQN PSY SSR</b>	<b>1 003 181</b>	<b>9,0%</b>	<b>9,1%</b>	<b>9,7%</b>
PSY	266 866	4,8%	4,9%	5,6%
SSR	736 314	10,6%	10,7%	11,3%
<b>Total (*)</b>	<b>5 217 807</b>	<b>3,9%</b>	<b>4,2%</b>	<b>4,1%</b>

(\*) Ce total ne représente 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 3,2 % en données brutes (2,8% en données brutes) par rapport à la même période de l'année précédente. Elles progressent un peu rapidement qu'à fin mai (+2,7% CJO-CVS) du fait qu'une activité qui paraît assez forte en juin alors qu'elle avait été modérée en mai.

ODMCO, CJO CVS et tendance





- Les dépenses de l'OQN PSY SSR augmentent de 9,0 % tirées par une progression toujours soutenue des soins de suite et de réadaptation (+10,6%).

### 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 janvier à juin 2009  
extrapolation à partir des résultats du régime général**

	2009	ODMCO	SSR	PSY	TOTAL cliniques
tous régimes		5 053	864	294	6 330
PCAP fin juin CJO-CVS		3,0%	10,7%	4,9%	4,0%

### Précisions

Pour le régime général, les soins délivrés à fin juin 2009 sont estimés à partir des remboursements effectués jusqu'à fin août 2009. Ces derniers ont été impactés à compter du mois de mars par la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHS. Ce point rend à ce stade plus incertain l'estimation des dépenses.

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 janvier à juin 2009 CJO-CVS		
	Dépenses remboursées	Volume
ODMCO frais de séjours	3,0%	2,5%
OQN SSR- PSY	9,2%	7,7%