



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE

DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVÉE

RAPPORT D'OCTOBRE 2010



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 14 octobre 2010, après une première séance tenue le 15 septembre 2010.

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 2010**. En effet, jusqu'en 2009 les modalités de disponibilité et de consolidation des données issues du SNIIRAM ou des bases PMSI, ne permettaient pas de pouvoir travailler sur des données d'un semestre entier avant la mi-octobre.¹ L'analyse qui est présentée repose sur une comparaison des données obtenues sur cette période rapportée à la même période de l'exercice 2009.

Cependant, à compter de 2010, l'accélération du rythme de transmission des données du PMSI permet de disposer de ces données pour le premier semestre de l'année en cours dès le mois de septembre. Les données des six premiers mois de 2010 issues du PMSI et du SNIIRAM font donc également l'objet d'une présentation dans la partie annexe de ce rapport.

Enfin, il importe de souligner que la comparaison entre les données des cinq premiers mois de l'année 2010 et celles de la même période en 2009 comporte des limites. En effet, la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM a perturbé le rythme de facturation en le ralentissant en début de période, ce ralentissement ayant été suivi d'un rattrapage.

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 2010) 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.

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 Pour les données issues du PMSI concernant les établissements de santé ex DG, les données du mois de juin retraitées en date de soins n'étaient pas disponibles avant début octobre; quant aux 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.

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 2010 de +2,0% sur les séjours se décomposant en une légère baisse des suppléments journaliers (-0,8%) et une augmentation de +2,2% pour les seuls GHS.

Pour les actes et consultations externes, l'évolution est forte, soit +5,9%.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus progressent de +4,8% sur les cinq premiers mois. Cette évolution est cependant plus marquée cette année pour les dispositifs médicaux que pour les médicaments.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période avec coefficients de transition										
	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
CH	+1,2%	-0,7%	+1,4%	+5,9%	+11,9%	+1,8%	+5,1%	+6,5%	+7,8%	+5,8%	+1,9%
CHR-APHP	+3,0%	-0,8%	+2,3%	+5,9%	+1,3%	+2,8%	+3,0%	+32,1%	+9,4%	+5,1%	+3,0%
CLCC	+5,2%	+5,3%	+3,2%	+5,9%	+35,7%	+9,8%	-3,5%	+10,9%	-12,8%	+3,5%	+3,7%
EBNL	+4,1%	+0,6%	+3,9%	+6,9%	+4,1%	+4,1%	+5,0%	+23,1%	+6,2%	+6,1%	+4,2%
SSA	+2,7%	-11,8%	+1,4%	+8,8%	+0,0%	+2,4%	+24,6%		+17,2%	+22,4%	+3,7%
Total hors Guyane	+2,2%	-0,8%	+2,0%	+5,9%	+6,3%	+2,4%	+3,2%	+21,2%	+8,6%	+4,8%	+2,6%

Source : ATIH - PMSI

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. Ainsi, pour mesurer la réelle progression de recettes des établissements, il convient de corriger les recettes séjours 2009 des montants identifiés lors des transferts vers l'enveloppe MIGAC de la précarité et de la PDSH et les évolutions de la liste en sus.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en en date de soins sur la période avec coefficients de transition corrigées des effets PDSH et précarité et des évolutions de la liste en sus										
	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
CH	+2,8%	-0,7%	+2,4%	+5,9%	+11,9%	+2,8%	+6,3%	+6,5%	+6,1%	+6,9%	+3,0%
CHR-APHP	+4,3%	-0,8%	+3,7%	+5,9%	+1,3%	+3,8%	+3,7%	+32,1%	+14,5%	+7,1%	+4,1%
CLCC	+6,2%	+5,3%	+6,2%	+5,9%	+35,7%	+6,5%	-2,2%	+10,9%	-12,8%	-2,3%	+4,5%
EBNL	+5,4%	+0,6%	+5,1%	+6,9%	+4,1%	+5,2%	+6,0%	+23,1%	+9,0%	+7,6%	+5,4%
SSA	+2,7%	-11,3%	+1,3%	+8,8%	+0,0%	+2,3%	+25,7%	+0,0%	+17,2%	+23,2%	+3,7%
Total hors Guyane	+3,8%	-0,8%	+3,2%	+5,9%	+6,3%	+3,5%	+4,2%	+21,2%	+11,4%	+6,4%	+3,7%

Source : ATIH- PMSI

Sur cette base, l'évolution des recettes liées aux tarifs d'hospitalisation est évaluée à +3,6% contre +2,2% avant neutralisation des changements de périmètre des tarifs. Cette évolution entraîne une augmentation des recettes d'hospitalisation (i.e. en intégrant les suppléments) de +3,2%. 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 2010 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, ainsi que l'évolution de la liste en sus ;

- effet prix introduit par les évolutions de tarifs de mars 2009 et mars 2010.

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 des dépenses estimées en date de soins sur la période sans coefficients de transition corrigées des effets prix et des effets PDSH et précarité et des évolutions de la liste en sus					
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes
CH	+2,7%	-1,2%	+2,4%	+5,6%	+11,7%	+2,8%
CHR-APHP	+5,3%	-0,5%	+4,6%	+6,1%	-1,5%	+4,7%
CLCC	+6,4%	+4,7%	+6,4%	+5,6%	+35,4%	+6,5%
EBNL	+5,9%	+0,9%	+5,6%	+7,2%	+3,9%	+5,6%
SSA	+4,2%	-10,5%	+2,8%	+9,9%	+0,0%	+3,7%
Total hors Guyane	+4,0%	-0,7%	+3,6%	+5,9%	+6,0%	+3,9%

Source ATIH- PMSI

Sur les cinq premiers mois de l'année, l'évolution du volume d'activité est évaluée à +3,6% sur les séjours, dont respectivement +4,0% sur les GHS et -0,7% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses sont en hausse de +5,9%. Globalement, les évolutions d'activité les plus marquées concernent les CLCC, les EBNL, et les CHR-APHP.

1-3- Evolution de l'effet structure

L'évolution du volume d'activité peut se décomposer selon ses 2 composantes :

- l'évolution du volume physique des séjours (augmentation des effectifs dits « effets effectifs »)
- l'évolution de la structure d'activité induite, soit par une augmentation de la lourdeur des patients, soit par une amélioration du codage des informations médicales pouvant entraîner un accroissement des séjours de niveaux de sévérité lourde (« effets structure »).

Ainsi pour apporter un éclairage complémentaire à l'évolution du volume d'activité sur les premiers mois 2010, une analyse de la déformation de la structure d'activité selon le niveau de sévérité des séjours a été menée. Deux indicateurs ont été étudiés :

- la part des séjours ayant un niveau de sévérité 2,3, ou 4 dans l'ensemble des séjours de niveau 1, 2, 3, 4, J ou T (i.e. mesure de la part de l'ensemble des séjours sévères);
- la part des séjours ayant un niveau de sévérité 3, ou 4 dans l'ensemble des séjours de niveau 1, 2, 3, 4, J ou T (i.e. mesure de la part des séjours très sévères).

L'évolution tendancielle mensuelle en date de soins de ces indicateurs de mars 2009² aux premiers mois de 2010 permet d'appréhender la déformation de la structure d'activité des établissements. Il s'agit d'apprécier l'évolution du codage des établissements après une année complète de mise en œuvre de la version 11 de la classification des séjours.

Globalement, la part des séjours classés dans les niveaux sévères dans l'ensemble des séjours hors séances et hors obstétrique et néonatalogie (CMD 14 et 15) a augmenté tout au long de l'année 2009. **Les résultats des premiers mois 2010 semblent proches de ceux qui ont été observés en fin d'année 2009, avec toutefois un léger infléchissement en 2010, qui indiquerait que l'effet v11 en termes d'amélioration du codage a atteint son niveau optimal en fin d'année 2009.**

Ainsi sur la période de mars 2009 à mars 2010 :

- la part des séjours de niveau 2,3 et 4 est passée de 26,8% à 28,9% entre mars et décembre 2009, puis semble se stabiliser à 28,5% en avril 2010 ;
- la part des séjours de niveau 3 et 4 est passée de 11,1% à 12,6% entre mars et décembre 2009, et stagne à 12,4% en avril 2010.

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

Sont analysées les dépenses des cliniques privées en dates de soins, sur les cinq premiers mois de 2010 à partir des remboursements à fin juillet 2010.

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 2.6 % en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés sur les cinq mois de 2010. En données brutes, la hausse est de 3.3%.

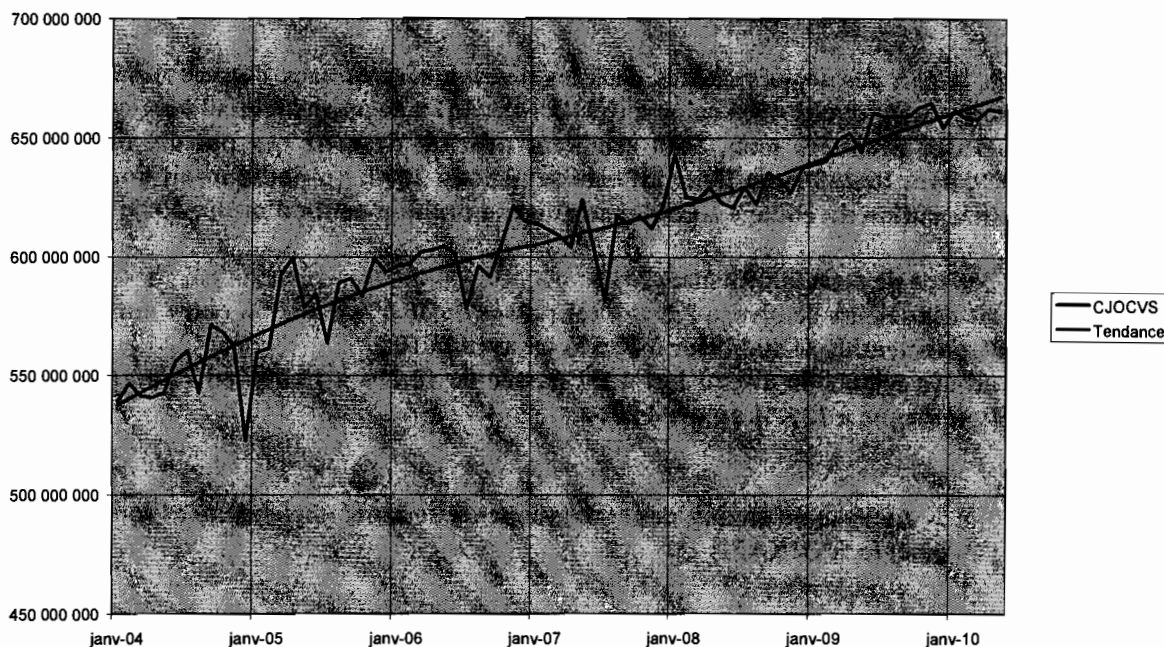
	mai-09	mai-10	PCAP fin mai (brut)	PCAP fin mai (CJO-CVS)	PCAP fin avril (CJO-CVS)
ODMCO	3 486 133	3 599 266	3,2%	2,4%	2,3%
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	2 966 038	3 084 526	4,0%	3,1%	3,2%
dont hospitalisation à domicile	109 203	124 156	13,7%	12,5%	12,9%
médicaments et DMI	506 746	500 104	-1,3%	-2,1%	-5,8%
forfaits annuels (FAU,CPO)	41 410	43 989	6,2%	5,3%	6,0%
PAS 18 euros	-28 062	-29 353	4,6%	3,7%	2,9%
OQN PSY SSR	833 495	862 328	3,5%	3,8%	3,8%
PSY	219 320	225 966	3,0%	3,3%	2,6%
SSR	614 175	636 362	3,6%	4,0%	4,3%
Total (*)	4 319 628	4 461 594	3,3%	2,6%	2,6%

- (*) 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 2.4% en données CJO-CVS (3.2% en données brutes) par rapport à la même période de l'année précédente. La dépense du poste MCO évolue à un rythme légèrement inférieur à la tendance depuis le début de l'année 2010.

² Depuis le 1er mars 2010 l'activité est codée selon la version 11 b de la classification des GHM. Aussi, pour réaliser la comparaison de la structure d'activité de différentes périodes, les données antérieures au 1^{er} mars 2010 ont fait l'objet d'un regroupement en version 11 b de la classification. Cette méthodologie permet de neutraliser les évolutions strictement liées au changement de classification pour se focaliser sur les effets dits de codage.

ODMCO, CJOCVS et tendance



Les dépenses des postes PSY et SSR augmentent respectivement de 3.3% et 4.0% en CJO-CVS. Ces dépenses pour ce poste augmentent très modérément. Ce constat s'expliquerait par les revalorisations tarifaires fixées tardivement par les ARS dans ces deux secteurs. Les cliniques ont ainsi pu tarder à envoyer des factures. On pourrait par conséquent avoir un rattrapage dans les prochains mois.

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 mai 2010
extrapolation à partir des résultats du régime général**

	2010	ODMCO	SSR	PSY	TOTAL cliniques
tous régimes		4 315	747	249	5 311
2010/2009		3,0%	3,6%	3,0%	3,1%

2-3- Précisions méthodologiques

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

2-4- 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 mai 2010 CJO-CVS		
	Dépenses remboursées	Volume
ODMCO frais de séjours	2,1%	2,2%
OQN SSR- PSY	3,9%	3,1%

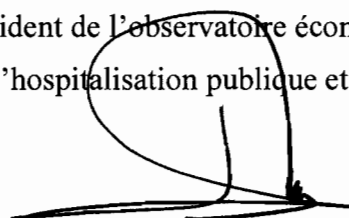
CONCLUSION

Lors de sa séance du 16 octobre, l'Observatoire a pris connaissance des premières données fournies par la CNAMTS au titre des 6 premiers mois de l'année 2010 en date de soins.

Les premières informations tirées de cette présentation ainsi que de celle faite par l'ATIH pour la même période sont rapportées succinctement en annexe.

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 2010.

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a vertical line and a horizontal stroke at the bottom.

Denis Debrosse

ANNEXES

–

Annexe 1 - Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 15 septembre 2010

Annexe 2 - Suivi des dépenses d'activité du secteur ex DG – Premiers éléments d'analyse des données des 6 premiers mois 2010 (ATIH)

Annexe 3 – Evolution des dépenses des cliniques privées en date de soins sur les 6 premiers mois 2010 (CNAMTS)

Annexe 4 – Note méthodologique sur le partage volume/prix des cliniques privées (CNAMTS)

Annexe 5- Tableaux comparatifs des dépenses des cliniques privées pour mai et juin 2009 et pour mai et juin 2010 (CNAMTS)

ANNEXE 1

—

Réunion du 15 septembre 2010

Compte-rendu

—

Présents :

Au titre des services de l'Etat :

M. Denis Debrosse, représentant le chef de l'Inspection générale des affaires sociales,
M. Félix Faucon, représentant la directrice générale de l'offre de soins,
M. Denis Raynaud, représentant la directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,
M. Laurent Caussat, représentant le directeur de la sécurité sociale,
Mme Danielle Metzen-Ivars, représentant le directeur général de la santé,

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

Mme Gaëlle le Bayon, représentant le président de la Fédération Hospitalière de France,
M. Philippe Burnel, représentant le président fédéral de la Fédération de l'Hospitalisation Privée,
M. Nicolas Ferrafiat, 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 :

M. Jean-Philippe Roux, représentant le directeur général de la CNAMTS,
M. Michel Pouliquen, représentant la directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS,
Mme Valérie le Corre, représentant le directeur général de la CCMSA.

Excusés:

M. Jean-Baptiste Hagenmüller, représentant la présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile,
M. Julien Lesrel, représentant le directeur général du RSI.

1) Projet de relevé de conclusions de la réunion du 24 juin 2010

Ce relevé de conclusions est adopté.

2) Point sur les travaux de la CNAMTS relatifs au traitement des factures dans les différents régimes

Le représentant de la directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS confirme qu'un changement de méthode s'est avéré nécessaire.

Le Président rappelle les attentes de l'Observatoire

La CNAMTS s'engage à ce qu'un point sur l'avancée de ces travaux soit fait auprès de l'observatoire lors de la prochaine réunion de celui-ci prévue le 14 octobre. Les premiers éléments de résultat desdits travaux pourront être apportés lors de la réunion de décembre.

3) Projet de rapport d'octobre 2010

1) Présentation des réalisations du secteur antérieurement sous dotation globale

L'ATIH présente, sur la base des données du PMSI, les réalisations des cinq premiers mois de 2010 pour les établissements antérieurement sous dotation globale ainsi qu'une analyse de ces données.

Le représentant de la FHP demande à quelle date on peut estimer que l'on dispose de données exhaustives ne nécessitant plus des redressements. L'ATIH répond que les données des quatre premiers mois de l'année sont considérées comme exhaustives à M +6, autrement dit avec un décalage de deux mois.

Le représentant de la FHP observe qu'il serait intéressant de faire apparaître la contribution des différentes catégories d'établissements au taux d'évolution des différentes catégories de prestations.

2) Présentation des réalisations des cliniques

La CNAMTS présente, sur la base des données du SNIIRAM à fin juillet 2010, les réalisations des cinq premiers mois 2010 pour les cliniques privées. Elle précise qu'il convient de supprimer, dans le tableau du paragraphe 2-4 de l'avant-projet de rapport, les mots « frais de séjour » accolés au sigle « ODMCO ».

Le représentant de la FHP remarque que les montants des réalisations ainsi présentés par la CNAMTS sont très inférieurs à ceux présentés tout récemment, dans une autre enceinte, pour le même champ. Il demande comment s'expliquent ces écarts.

Le représentant de la directrice générale de l'offre de soins répond que les chiffres plus élevés en cause résultent d'extrapolations réalisées par l'ATIH sur la base d'un échantillon de cliniques privées. Il souligne que la caisse nationale est seule responsable de la production des données statistiques pour ce secteur et que ce sont ses chiffres qui font foi. Par ailleurs, les chiffres présentés par l'ATIH correspondaient à une période de 4 mois.

Le président demande à la CNAMTS si elle peut fournir les réalisations des cliniques privées pour les six premiers mois de 2010. La caisse nationale ayant répondu favorablement, ces données seront présentées en annexe au rapport comme les données des six premiers mois pour le secteur antérieurement sous dotation globale.

La DSS indique qu'il subsiste quelques problèmes de conciliation des différentes sources de données, en particulier dans le secteur des cliniques privées. Ces divergences pourraient être réduites d'ici à la prochaine réunion de l'Observatoire.

La FHF demande que soit rectifié le troisième alinéa du paragraphe 1-1. En effet, les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus progressent de 4,8% sur les 5 premiers mois de 2010. Cette évolution n'est pas conforme aux prévisions retenues (+ 11,96 %) lors de la construction des objectifs 2010.

La FHP demande si la baisse des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus constatée dans le secteur des cliniques privées prend en compte les effets de champ : les chiffres présentés sont ils bruts ou redressés ? La CNAMTS apportera des précisions sur ce point.

Les remarques envoyées par la FNEHAD, excusée, sont présentées à l'Observatoire. Concernant la présentation des données de l'activité HAD, il est souligné, d'une part, que les tableaux présentant, par catégories d'établissements, les données du secteur ex DG comportent une colonne GHT, d'autre part, que le tableau présentant les résultats pour le régime général dans les cliniques privées (p. 6) comporte une ligne relative à l'évolution des frais de séjour en HAD. Par ailleurs, la CNAMTS complétera sa présentation en ce qui concerne les médicaments et dispositifs médicaux payés en sus en HAD et hors HAD.

Enfin, pour répondre à une demande de la DGOS, la CNAMTS enverra une note méthodologique relative aux redressements effectués dans les différents champs, note qui sera annexée au rapport d'octobre.

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

Denis Debrosse

ANNEXE 2

Données d'activités des six premiers mois 2010, de janvier à juin 2010, pour les établissements antérieurement sous dotation globale

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

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des six premiers mois (janvier à juin 2010) 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.

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 six premiers mois 2010 de +2,0% sur les séjours se décomposant en une légère baisse des suppléments journaliers (-0,3%) et une augmentation de +2,2% pour les seuls GHS.

Pour les actes et consultations externes, l'évolution est forte, soit +6,2%.

Les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés en sus progressent de +4,5% sur les six premiers mois. Cette augmentation est plus marquée cette année pour les DMI que pour les médicaments.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période avec coefficients de transition										
	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
CH	+1.3%	-0.1%	+1.2%	+6.0%	+13.6%	+1.7%	+4.1%	+2.5%	+9.0%	+5.3%	+1.9%
CHR-APHP	+2.9%	-0.6%	+2.5%	+8.2%	-0.2%	+2.8%	+3.8%	+54.6%	+7.8%	+5.2%	+3.0%
CLCC	+5.8%	+3.7%	+5.6%	+7.4%	+35.0%	+6.1%	-4.0%	+11.7%	-10.3%	-3.9%	+4.0%
EBNL	+3.6%	+1.3%	+3.5%	+6.7%	+3.7%	+3.7%	+4.3%	+26.0%	+5.6%	+5.3%	+3.8%
SSA	+3.7%	+6.3%	+2.7%	+7.4%	+7.4%	+3.3%	+19.0%		+9.6%	+16.2%	+4.2%
Total hors Guyane	+2.2%	-0.3%	+2.0%	+6.2%	+6.7%	+2.6%	+3.1%	+28.7%	+7.8%	+4.8%	+2.6%

Source : ATIH – PMSI

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. **Ainsi, pour mesurer la réelle progression de recettes des établissements, il convient de corriger les recettes séjours 2009 des montants identifiés lors des transferts vers l'enveloppe MIGAC de la précarité et de la PDSH et les évolutions de la liste en sus.**

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sur la période avec coefficients de transition corrigées des effets PDSH et précarité et des évolutions de la liste en sus										
	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
CH	+2.5%	-0.1%	+2.3%	+8.0%	+13.6%	+2.7%	+5.5%	+2.5%	+8.3%	+6.3%	+2.9%
CHR-APHP	+4.0%	-0.6%	+3.4%	+6.2%	+1.2%	+3.7%	+4.5%	+54.6%	+13.2%	+7.4%	+4.0%
CLCC	+6.4%	+3.7%	+10.3%	+7.4%	+85.0%	+6.7%	-2.5%	+11.7%	-10.3%	-2.5%	+4.8%
EBNL	+4.7%	+1.3%	+6.0%	+6.7%	+3.7%	+4.6%	+5.1%	+26.0%	+8.7%	+7.2%	+4.8%
SSA	+4.8%	-6.3%	-1.7%	+7.4%	+0.0%	+4.2%	+20.2%	+0.0%	+8.8%	+17.0%	+5.1%
Total hors Guyane	+3.3%	-0.3%	+3.0%	+6.2%	+4.7%	+5.5%	+4.1%	+23.7%	+10.8%	+6.2%	+3.6%

Source : ATIH- PMSI

Sur cette base, l'évolution des recettes liées aux tarifs d'hospitalisation est évaluée à +3,3% contre +2,2% avant neutralisation des changements de périmètre des tarifs. Cette évolution entraîne une augmentation des recettes d'hospitalisation (i.e. en intégrant les suppléments) de +3,0%. 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 six premiers mois 2010 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, ainsi que l'évolution de la liste en sus ;

- effet prix introduit par les évolutions de tarifs de mars 2009 et mars 2010.

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	Evolutions des dépenses estimées en date de soins sur la période sans coefficients de transition corrigées des effets prix, des effets PDSH et précarité et des évolutions de la liste en sus					
	GHS	Suppléments	Total séjours	Actes et consultations externes	GHT	Global Séjours et Actes et consultations externes
CH	+2,6%	-0,3%	+2,3%	+5,7%	+13,4%	+2,7%
CHR-APHP	+5,0%	-0,3%	+4,3%	+6,8%	-0,4%	+4,5%
CLCC	+6,6%	+3,0%	+6,3%	+7,1%	+34,8%	+6,8%
EBNL	+5,2%	+1,7%	+3,0%	+7,0%	+3,5%	+5,1%
SSA	+6,6%	-5,4%	-1,5%	+8,5%		+5,9%
Total hors Guyane	+3,8%	-0,3%	+3,5%	+6,3%	+6,5%	+3,8%

Source ATIH- PMSI

Sur les six premiers mois de l'année, l'évolution du volume d'activité est évaluée à +3,5% sur les séjours, dont respectivement +3,8% sur les GHS et -0,3% sur les suppléments journaliers.

Concernant les actes et consultations externes, leurs dépenses sont en hausse de +6,3%. Les évolutions d'activité les plus marquées concernent les CLCC, les EBNL, et le SSA.

ANNEXE 3

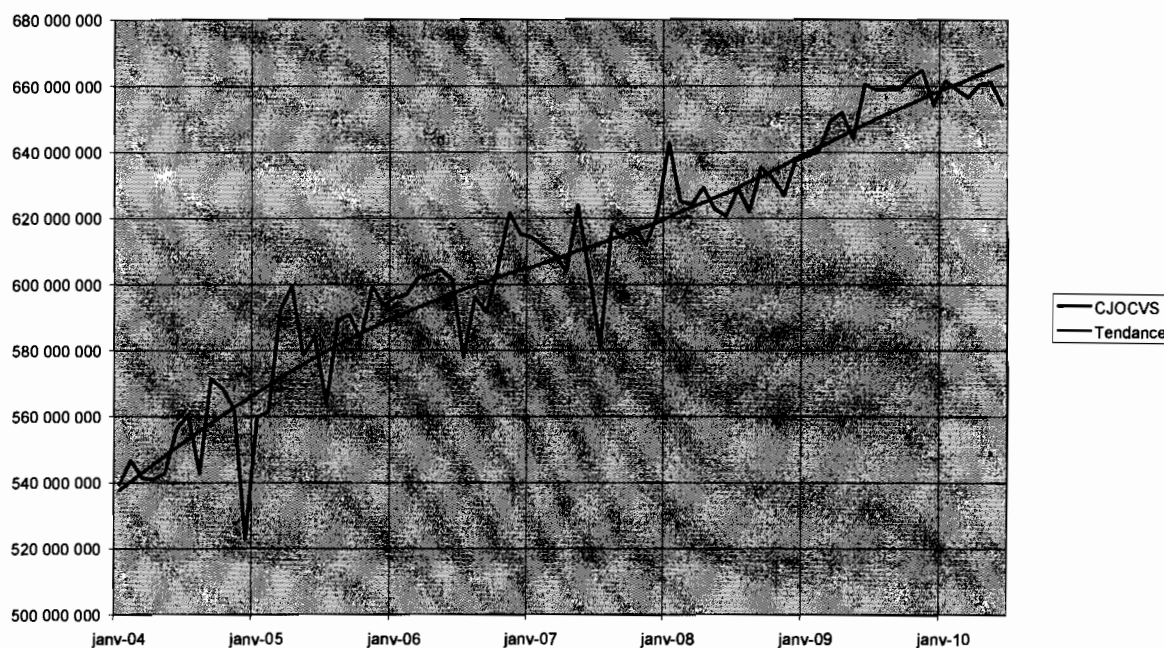
Évolution des dépenses des cliniques privées sur les 6 premiers mois 2010 en date de soins à partir des remboursements de fin août 2010

Pour la France entière, les dépenses remboursées relatives à l'activité des cliniques privées ont progressé de 2,1 % en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés sur les six premiers mois de 2010. En données brutes, cette évolution est de 3,0%.

	juin-09	juin-10	PCAP fin juin (brut)	PCAP fin juin (CJO-CVS)	PCAP fin mai (CJO-CVS)
ODMCO	4 209 695	4 331 849	2,9%	1,8%	2,3%
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	3 584 568	3 714 377	3,6%	2,5%	3,1%
dont hospitalisation à domicile	131 381	149 650	13,9%	11,8%	12,9%
médicaments et DMI	609 615	599 507	-1,7%	-2,7%	-5,6%
forfaits annuels (FAU,CPO)	49 417	53 392	8,0%	6,8%	3,4%
PAS 18 euros	-33 905	-35 426	4,5%	3,3%	2,8%
OQN PSY SSR	998 128	1 032 294	3,4%	3,4%	3,3%
PSY	261 923	270 548	3,3%	3,4%	3,0%
SSR	736 204	761 746	3,5%	3,4%	3,4%
Total	5 207 823	5 364 143	3,0%	2,1%	2,5%

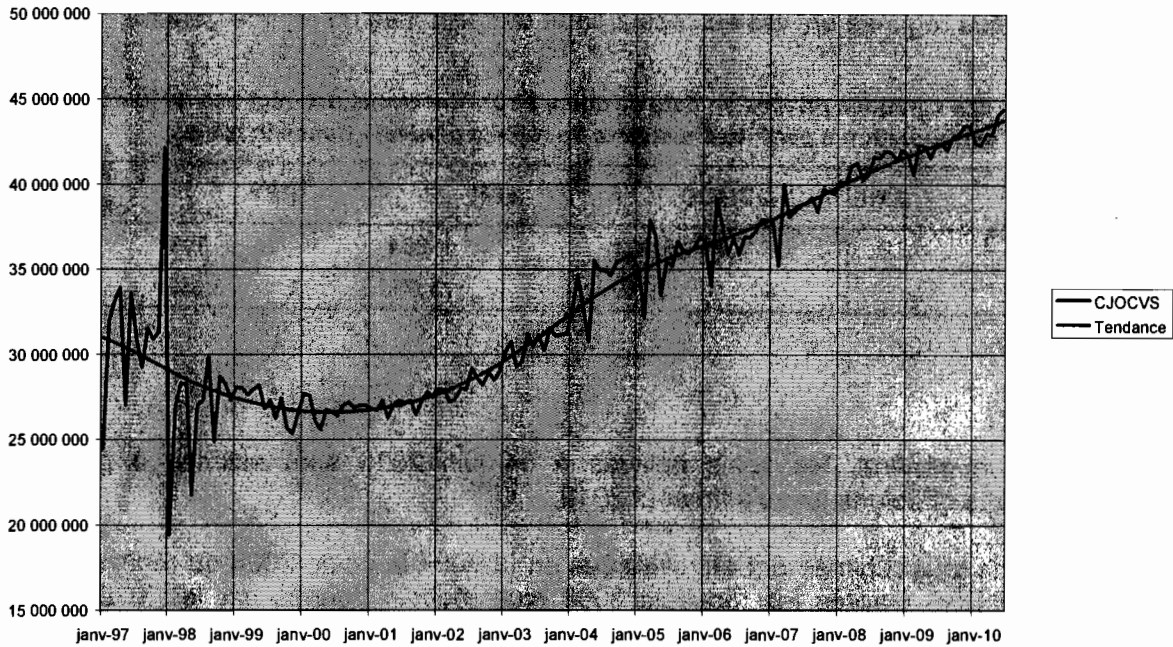
- Les dépenses de l'enveloppe ODMCO augmentent de 1,8% en données CJO-CVS (2,9% en données brutes) par rapport à la même période de l'année précédente. La dépense du poste MCO évolue à un rythme très légèrement inférieur à la tendance depuis le début de l'année 2010.

ODMCO, CJO-CVS et tendance

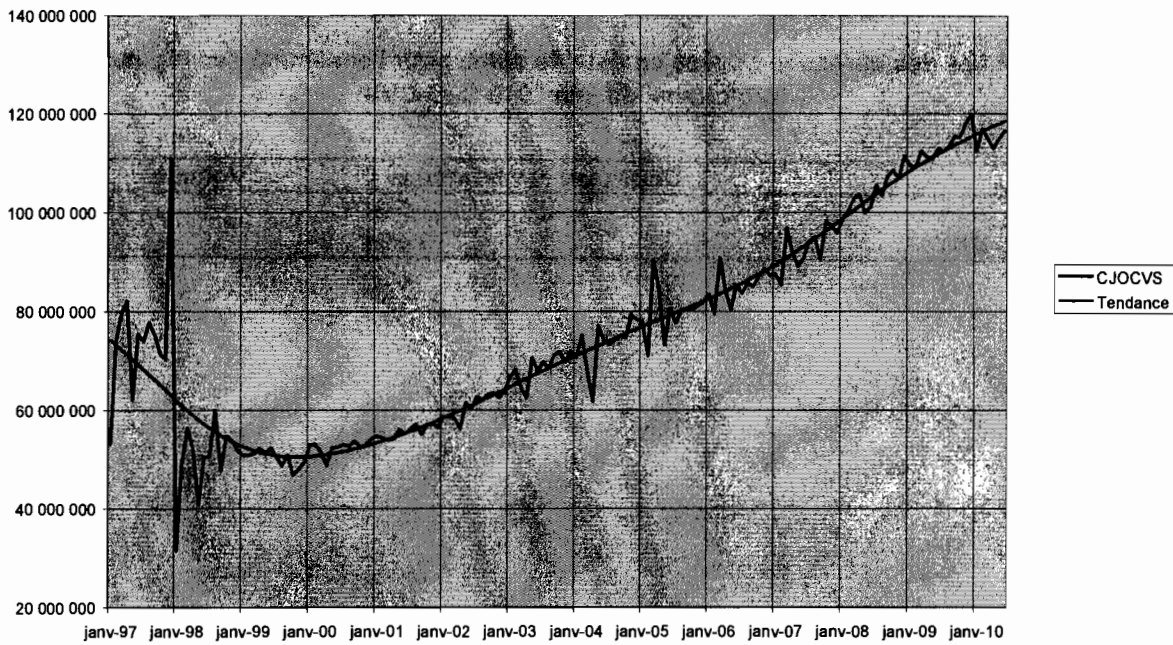


- Les dépenses de l'OQN PSY SSR augmentent de 3,4% en CJO-CVS.

PSY, CJOCVS et tendance



SSR, CJOCVS et tendance



Suite à la campagne tarifaire tardive de cette année, les postes OQN PSY et SSR avaient vu un ralentissement de leur croissance les mois précédents. Néanmoins, les dépenses pour les postes PSY et SSR amorcent un rattrapage ce mois-ci.

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 juin 2010 extrapolation à partir des résultats du régime général - données brutes

2010	ODMCO	SSR	PSY	TOTAL cliniques
tous régimes	5 193	894	298	6 385
2010/2009	2,7%	3,5%	3,3%	2,8%

Précisions

Pour le régime général, les soins délivrés à fin juin 2010 sont estimés à partir des remboursements effectués jusqu'à fin août 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 du poids du régime général de 0,2%.

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 juin 2010 CJO-CVS		
	Dépenses remboursées	Volume
ODMCO	1,5%	1,6%
OQN SSR- PSY	3,4%	2,7%

Suivi des versements en date de soins aux cliniques privées pour les six premiers mois 2010 – Régime général – France Métropole

	Montant des dépenses (en Milliers d'Euros)		PCAP fin juin (brut)
	juin-09	juin-10	
<u>ODMCO</u>	4 068 879	4 178 130	2,7%
1- Tarification à l'activité MCO	3 438 789	3 571 377	3,9%
Frais de séjours et de soins (hors PAS 18 euros)	2 791 602	2 897 580	3,8%
<i>Frais de séjours et de soins (GHS)</i>	2 631 661	2 736 198	4,0%
<i>Suppléments journaliers aux GHS</i>	145 462	144 826	-0,4%
<i>Forfaits de sécurité et environnement</i>	14 479	16 557	14,3%
Forfaits techniques (IRMN, scanners,...)	55 685	58 486	5,0%
Dialyse	409 154	428 018	4,6%
Hospitalisation à domicile (GHT)	112 152	127 523	13,7%
Dépenses liées aux IVG	1 208	953	-21,1%
FHT	68 988	58 817	-14,7%
2- Médicaments et DMI en SUS	598 647	587 953	-1,8%
Médicaments en SUS	260 677	264 074	1,3%
Dispositifs médicaux	317 687	320 399	0,9%
Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine	20 283	3 480	-82,8%
3- Forfaits annuels (FAU, CPO)	48 377	50 354	4,1%
4- Tarification prix de journée	16 306	3 124	-80,8%
5- Participation assuré 18 euros	-33 239	-34 678	4,3%
<u>OQN PSY/SSR</u>	951 951	982 975	3,3%
1- Psychiatrie	257 581	265 657	3,1%
2- Soins de suite ou de réadaptation fonctionnelle	694 370	717 318	3,3%
<u>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</u>	5 020 830	5 161 105	2,8%

Quelques remarques sur ce tableau :

1. Le passage des montants métropole aux montants France entière est en cours de réalisation. A ce niveau de détail, il demande en effet plus de précautions que dans le tableau présenté habituellement. D'une manière générale, passer à un niveau de détails supérieur conduit à plus de précautions : passage en France entière, multiplication des effets de champ.
2. Le détail médicaments en sus dont médicament en HAD n'est pas disponible.

Aucun redressement n'est effectué sur ce tableau comme sur le tableau présenté habituellement. En particulier, le passage de médicaments de la liste en sus vers les GHS n'est pas redressé.

ANNEXE 4

Note méthodologique sur le partage volume/prix de cliniques privées

1/ Méthodologie

Mode de calcul

Les volumes correspondent au rapport entre les dépenses corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières et l'évolution tarifaire. Ces derniers sont calculés sur les principaux postes des cliniques privées (ODMCO, PSY, SSR, AUTRES). Le volume des cliniques est la somme des volumes ODMCO, PSY, SSR et AUTRES.

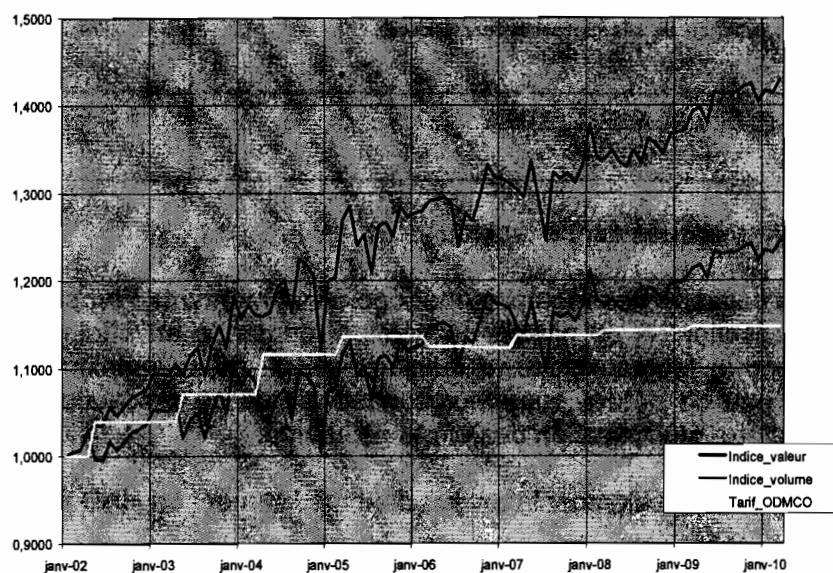
Evolution annuelle

Une fois par an, généralement en mars, les tarifs sont modifiés et évoluent de façon constante jusqu'au mois de mars de l'année suivante. Ces évolutions correspondent au **taux d'évolution moyen national des tarifs MCO** et des prestations de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie.

2/ Bilan des années précédentes

Année	Taux d'évolution moyen national	
	ODMCO	Hors ODMCO (PSY/SSR/AUTRES)
2002	3,93%	3,93%
2003	7,05%	7,05%
2004	4,25%	4,25%
2005	1,81%	0,00%
2006	-1,00%	0,00%
2007	1,26%	0,00%
2008	0,50%	1,20%
2009	0,47%	1,50%

Evolution des dépenses du MCO en valeurs, volumes et prix base janvier 2002



ANNEXE 5

Dépenses des cliniques privées pour mai et juin 2010 et comparaison à l'année précédente Régime général – France entière

Dépenses des cliniques privées, en milliers d'€, mois de MAI, France Entière	Montant des dépenses (en Milliers d'Euros)		PCAP fin mai (brut)
	mai-09	mai-10	
ODMCO			
1- Tarification à l'activité MCO	3 486 133	3 599 266	3,2%
Frais de séjours et de soins (hors PAS 18€)	2 966 038	3 084 526	4,0%
Frais de séjours et forfaits de soins (GHS, EXH, GHT)	2 485 004	2 569 426	3,4%
Dialyse	371 831	390 944	5,1%
HAD(GHT)	109 203	124 156	13,7%
2 - médicaments et DM en sus	506 746	500 104	-1,3%
DM	267 877	271 108	1,2%
Médicaments	238 869	228 996	-4,1%
3-Forfaits annuels (FAU, CPO)	41 410	43 989	6,2%
4-Participation assuré 18€	-28 062	-29 353	4,6%
OQN PSY SSR	833 495	862 328	3,5%
1- psychiatrie	219 320	225 966	3,0%
2-SSR	614 175	636 362	3,6%
Total Cliniques privées	4 319 628	4 461 594	3,3%

Dépenses des cliniques privées, en milliers d'€, mois de JUIN, France Entière	Montant des dépenses (en Milliers d'Euros)		PCAP fin juin (brut)
	juin-09	juin-10	
ODMCO			
1- Tarification à l'activité MCO	4 209 695	4 331 849	2,9%
Frais de séjours et de soins (hors PAS 18€)	3 584 568	3 714 377	3,6%
Frais de séjours et forfaits de soins (GHS, EXH, GHT)	3 004 631	3 094 716	3,0%
Dialyse	448 556	470 010	4,8%
HAD(GHT)	131 381	149 650	13,9%
2 - médicaments et DM en sus	609 615	599 507	-1,7%
DM	321 142	324 376	1,0%
Médicaments	288 472	275 131	-4,6%
3-Forfaits annuels (FAU, CPO)	49 417	53 392	8,0%
4-Participation assuré 18€	-33 905	-35 426	4,5%
OQN PSY SSR	998 128	1 032 294	3,4%
1- psychiatrie	261 923	270 548	3,3%
2-SSR	736 204	761 746	3,5%
Total Cliniques privées	5 207 823	5 364 143	3,0%