



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**

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

**RAPPORT D'OCTOBRE 2013**



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE  
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

## Sommaire

	Page
<b>Introduction.....</b>	3
<b>1<sup>ère</sup> partie : Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous dotation globale (source ATIH)- données provisoires-</b>	4 à 8
Résumé.....	4
1.1 Constat des recettes perçues par les établissements : données en date de remboursement	5
1.2 Constat des recettes perçues par les établissements sur 12 mois glissants : données en date de remboursement	6
1.3 Evaluation prospective : données en date de soins	6-7
1.3.1 : Evolution des dépenses	
1.3.2 : Evolution du volume	
1.4 Représentation graphique des dépenses	8
<b>2<sup>ème</sup> partie : Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous OQN (source CNAMTS)</b>	9-13
2.1 Les dépenses du Régime général sur le champ France Métropolitaine	9-11
2.1.1 : Analyse des dépenses en date de remboursement en août 2013	
2.1.2 : Analyse des dépenses en date de soins à fin juin 2013	
2.1.3 : Graphiques	
2.2 Les dépenses de l'ensemble des régimes sur le champ France Entière	12
2.3 Décomposition des remboursements par sous-poste	12-13
Conclusion.....	14

## **Introduction**

Conformément à ses attributions, l'analyse des données d'activité de soins des établissements de santé et des dépenses d'assurance maladie engendrées par ces activités, sur les six premiers mois de l'année 2013, a été effectuée au sein de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée à partir des données issues du PMSI et du SNIIRAM.

L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans le fort dynamisme constaté sur le poste de dépenses des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation.

Il convient de noter que les évolutions d'activité communiquées dans le présent rapport intègrent l'effet minorant lié à l'application du coefficient prudentiel (mis en œuvre au premier mars 2013) sur les tarifs MCO de prestation d'hospitalisation.

**1<sup>ère</sup> partie : Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous dotation globale (source ATIH) – données provisoires -**

**Résumé :**

***Résultats à fin juin 2013 en date de remboursement***

L'exploitation des transmissions des données d'activités en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie soumises à la tarification à l'activité dans les établissements antérieurement sous dotation globale relatives aux six premiers mois de 2013 met en avant le constat suivant :

en date de remboursement, les recettes globales au titre de l'activité des établissements de santé évoluent de +1,8%, dont :

- +1,2% sur la part tarifs (séjours, actes et consultations externes, activité d'hospitalisation à domicile (HAD)) ;
- et +9,6% sur les médicaments et DMI facturables en sus.

Les recettes afférentes aux séjours (hors actes et consultations externes et hors hospitalisation à domicile (HAD)) sont en évolution de +0,7%.

***Résultats sur douze mois glissants : données en date de remboursement***

Au titre de la période de douze mois se terminant à fin juin 2013 (soit juillet 2012 — juin 2013 comparée à juillet 2011 — juin 2012) les recettes globales d'activité des établissements de santé évoluent de +2,4%, dont :

- +2,0% sur la part tarifs (séjours, actes et consultations externes, activité d'hospitalisation à domicile (HAD)) ;
- et +8,0% sur les médicaments et DMI facturables en sus.

***Résultats à fin juin en date de soins***

en date de soins et à périmètre tarifaire constant et corrigé des effets prix (y compris coefficient prudentiel), l'évolution du volume économique de la part tarifs est évaluée à +1,9% dont :

- +1,5% sur les séjours ;
- et +5,1% sur les actes et consultations externes (ACE).

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités de la période janvier - juin 2013 recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 23 août 2013.

### 1-1 : Constat des recettes perçues par les établissements : données en date de remboursement

En date de remboursement, les recettes globales des établissements évoluent de +1,8% dont :

- +1,2% sur la part tarifs
- et +9,6% sur les médicaments et DMI facturables en sus.

Les recettes afférentes aux séjours - hors actes et consultations externes et hors hospitalisation à domicile (HAD) - sont en évolution de +0,7%.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec coefficients de transition (janvier-juin 2013/janvier-juin 2012)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
CH	+0,9%	+5,5%	+1,4%	+6,6%	+1,7%
CLCC	+3,3%	+5,1%	+3,6%	+8,0%	+4,3%
EBNL	+2,2%	+3,3%	+2,7%	+11,4%	+3,3%
SSA	-4,9%	+1,2%	-4,1%	+10,5%	-3,1%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+0,0%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+0,5%</b>	<b>+11,7%</b>	<b>+1,6%</b>
<b>Total France</b>	<b>+0,7%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+1,2%</b>	<b>+9,6%</b>	<b>+1,8%</b>

Les activités respectives des mois de janvier — février 2013 et janvier — février 2012 sont soumises pour partie aux paramètres des campagnes tarifaires 2012 et 2011, seuls les mois de soins depuis mars 2013 étant soumis à la campagne 2013.

Aussi, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de réaffecter (ou de neutraliser) dans les recettes de janvier et février 2012 les montants identifiés aux évolutions de la liste en sus intervenus au premier mars 2012.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec coefficients de transition corrigés des changements de périmètres (janvier-juin 2013/janvier-juin 2012)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
CH	+0,8%	+5,5%	+1,3%	+7,4%	+1,7%
CLCC	+3,0%	+5,1%	+3,3%	+9,6%	+4,3%
EBNL	+2,2%	+3,3%	+2,6%	+12,0%	+3,3%
SSA	-5,0%	+1,2%	-4,2%	+11,0%	-3,1%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>-0,0%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+0,5%</b>	<b>+12,2%</b>	<b>+1,6%</b>
<b>Total France</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+1,1%</b>	<b>+10,2%</b>	<b>+1,8%</b>

L'évolution des recettes globales des établissements de santé est inchangée à +1,8%. En revanche, cette évolution conduit à une augmentation des recettes de la liste en sus de +10,2% (contre +9,6% avant la neutralisation des changements de périmètre).

### 1-2 : Constat des recettes perçues par les établissements sur 12 mois glissants : Données en date de remboursement

Dans le but de connaître la tendance de l'évolution des dépenses sur une période plus longue tout en tenant compte de la dynamique des derniers mois de soins constatés, les dépenses remboursées sur douze mois glissants (ou en année complète mobile) sont reconstituées et comparées. A fin juin

2013, la période de remboursements juillet 2012 — juin 2013 est comparée à la période juillet 2011 — juin 2012.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses brutes avec coefficients de transition (juillet 2012-juin 2013/juillet 2011-juin 2012)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
Total France	+1,5%	+5,0%	+2,0%	+8,0%	+2,4%

Les recettes globales des établissements évoluent alors de +2,4% dont :

- +2,0% sur la part tarifs ;
- et +8,0% sur les médicaments et DMI facturables en sus.

Soit des niveaux plus forts sur les séjours et la part tarifs que sur les mois de janvier à juin uniquement et comparables aux évolutions constatées pour les remboursements de l'année civile 2012.

*Il est rappelé que cette évolution fournit une indication de la tendance de l'évolution des dépenses sur les douze derniers mois mais ne saurait s'appliquer à l'ensemble de l'exercice de soins 2013.*

### 1-3 : Evaluation prospective : données en date de soins

Les versements à effectuer par l'assurance maladie sont évalués en fonction de la situation administrative du patient. Aussi, l'activité facturée ne correspond pas à la totalité de l'activité réalisée, ce qui se traduit par un délai entre la date de soins et la date de valorisation (ou « liquidation »). 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 encore fait l'objet de remboursement. De plus, il convient de corriger les défauts d'exhaustivité de l'activité transmise.

#### 1.3.1 Evolution des dépenses

Les estimations opérées font apparaître une évolution de +0,6% des dépenses estimées en date de soins relatives à l'activité réalisée sur la période étudiée au titre des **séjours** (GHS et suppléments). Pour les **actes et les consultations externes**, l'évolution des dépenses estimées en date de soins sur la période est évaluée en forte hausse, +5,0%. Pour les médicaments et dispositifs médicaux implantables payés **en sus**, une évolution de +10% est estimée.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins avec coefficients de transition (janvier-juin 2013/janvier-juin 2012)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
CH	+08%	+5,7%	+1,4%	+6,7%	+1,7%
CLCC	+3,2%	+5,2%	+3,5%	+8,1%	+4,3%
EBNL	+2,2%	+2,7%	+2,6%	+11,9%	+3,2%
SSA	-5,1%	+2,6%	-4,1%	+10,2%	-3,0%
Total CHR-APHP	-0,0%	+4,6%	+0,5%	+12,1%	+1,6%
Total France	+0,6%	+5,0%	+1,2%	+9,8%	+1,8%

Ainsi, comme dans le cas des évolutions en date de remboursement, pour mesurer la réelle progression de recettes, il convient de neutraliser dans les recettes 2012 les montants identifiés lors des transferts vers la liste en sus au premier mars 2012.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins avec coefficients de transition corrigées des changements de périmètres (janvier-juin 2013/janvier-juin 2012)				
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)	Total Médicaments et DMI payés en sus	TOTAL
CH	+0,8%	+5,7%	+1,3%	+7,4%	+1,7%
CLCC	+2,9%	+5,2%	+3,3%	+9,7%	+4,3%
EBNL	+2,2%	+2,7%	+2,6%	+12,5%	+3,2%
SSA	-5,2%	+2,6%	-4,1%	+10,8%	-3,0%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>-0,1%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+0,5%</b>	<b>+12,6%</b>	<b>+1,6%</b>
<b>Total France</b>	<b>+0,6%</b>	<b>+5,0%</b>	<b>+1,1%</b>	<b>+10,5%</b>	<b>+1,8%</b>

En date de soins et à champ tarifaire constant, l'évolution des recettes globales est évaluée à +1,8%.

### 1.3.2 Evolution du volume économique

A la progression de recettes constatée sur les six premiers mois 2013 correspond un volume<sup>1</sup> 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 tarif introduit par les évolutions de tarifs de mars 2012 et 2013 ;
- l'effet lié à la convergence finale du coefficient de transition dans le cadre du schéma de transition du modèle<sup>2</sup>. Cet effet bien que neutre globalement, ne l'est pas par établissement ou par catégorie d'établissements.
- l'effet lié à la mise en place du coefficient prudentiel.

Catégorie d'établissements	Evolution des dépenses estimées en date de soins sans coefficients de transition corrigées des effets prix et des changements de périmètres (janvier-juin 2013/janvier-juin 2012)		
	Total séjours hors HAD	Actes et consultations externes	Part tarifs (y compris HAD)
CH	+1,7%	+5,7%	+2,1%
CLCC	+3,8%	+5,2%	+4,0%
EBNL	+3,1%	+2,8%	+3,4%
SSA	-2,9%	+4,6%	-1,9%
<b>Total CHR-APHP</b>	<b>+0,8%</b>	<b>+4,6%</b>	<b>+1,2%</b>
<b>Total France</b>	<b>+1,5%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>+1,9%</b>

La neutralisation des différents effets (effets tarifs, effets liés aux transferts de financement) permet d'évaluer l'effet volume sur la part tarif à +1,9%, dont respectivement +1,5% sur les séjours et +5,1% sur les actes et consultations externes.

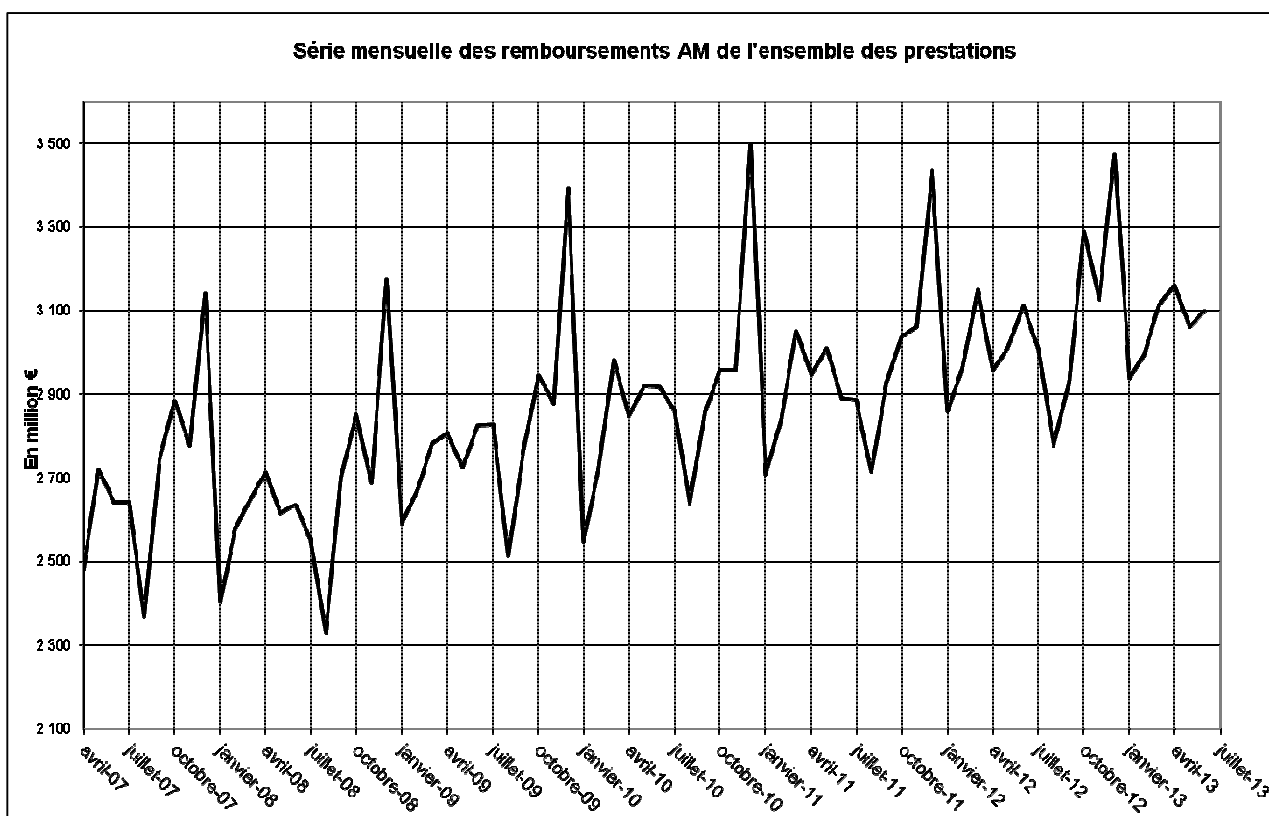
<sup>1</sup> Le volume de l'activité de courts séjours hospitaliers ne comprend pas uniquement la progression du nombre de séjours (i.e., l'évolution physique de l'activité). Il mesure en plus l'évolution de la structure de l'activité, c'est-à-dire l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge.

<sup>2</sup> Seuls les établissements du service de santé des armées (SSA) et de Guyane y demeurent encore soumis.

## 1-4 : Représentation graphique des dépenses

La courbe ci-après représente les dépenses remboursées<sup>3</sup> mensuellement. Plusieurs corrections importantes sont appliquées à la série pour la rendre plus homogène et comparable depuis 2007 :

- champ de tarification à l'activité: pour l'exercice 2007, les dépenses sont estimées comme étant à 100% de tarification à l'activité bien que seule 65% de la valorisation faisait l'objet d'un remboursement.
- champ tarifaire : La baisse tarifaire des séjours intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2008 compte tenu du passage à 100% T2A (environ -3,7%) a également été neutralisée. De plus, depuis mars 2009, plusieurs transferts de la masse tarifaire vers l'enveloppe MIGAC (permanence de soins (PDSES), précarité, financement des internes) sont neutralisés.



<sup>3</sup> Les dépenses des établissements manquants au moment du traitement sont exclues des données du début à la fin de la série.



**2<sup>ème</sup> partie : Analyse du champ des établissements de santé anciennement sous OQN (source CNAMTS)**

**2.1 : Les dépenses du Régime général sur le champ France Métropolitaine**

2.1.1 Analyse des dépenses en date de remboursement en août 2013

Les montants remboursés pour le poste ODMCO progressent de 1,9% en données CJO-CVS sur les huit premiers mois de l'année 2013. Les remboursements de l'OQN SSR et de l'OQN Psychiatrie progressent respectivement de 4,4% et 1,8 %.

Sur les douze derniers mois, l'ODMCO a augmenté de 1,4%, les SSR de 4,7% et la PSY de 1,9% en données CJO-CVS.

Date de remboursement août 2013	Taux de croissance PCAP (en %)		Taux de croissance (septembre 2012 - août 2013) / (septembre 2011 - août 2012) (en %)	
	BRUTES	CJO-CVS	BRUT	CJO
Régime Général - Métropole yc SLM - Tous risques				
ODMCO	0,9	1,9	0,4	1,4
OQN psychiatrie	1,0	1,8	1,1	1,9
OQN SSR	4,0	4,4	4,0	4,7

2.1.2 Analyse des dépenses en date de soins à fin juin 2013

Sur les six premiers mois de l'année 2013, les dépenses du poste ODMCO augmentent de 1,6% en données CJO-CVS par rapport à la même période de l'année précédente. L'évolution des dépenses pour les postes SSR et PSY sur le premier semestre de l'année est respectivement de +5,4% et +2,5% en données CJO-CVS.

Ces évolutions sont très proches de celles des douze derniers mois hormis pour l'OQN psychiatrie qui progresse de 3,7% sur l'année.

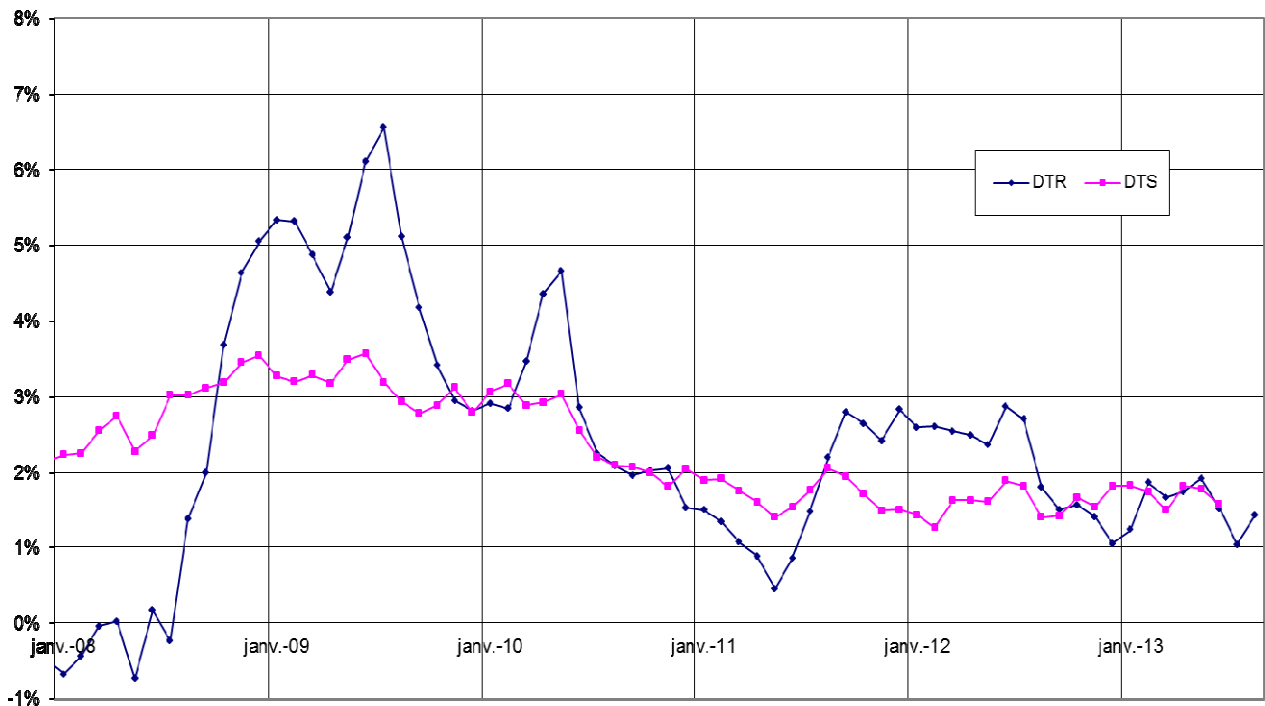
En volume, l'évolution des remboursements de l'ODMCO est de 1,6% ; celles des SSR et de la PSY sont respectivement de 5,3% et de 3,5% sur les 12 derniers mois.

Date de soins - juin 2013 - remboursement d'août 2013						
Régime Général - Métropole yc SLM - Tous risques	Taux de croissance PCAP (en %)			Taux de croissance ACM (en %)		
	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS
ODMCO	0,9	1,6	2,0	1,5	1,6	1,6
PSY	2,3	2,5	2,8	3,6	3,7	3,5
SSR	5,0	5,4	5,7	5,2	5,3	5,3

### 2.1.3 Graphiques

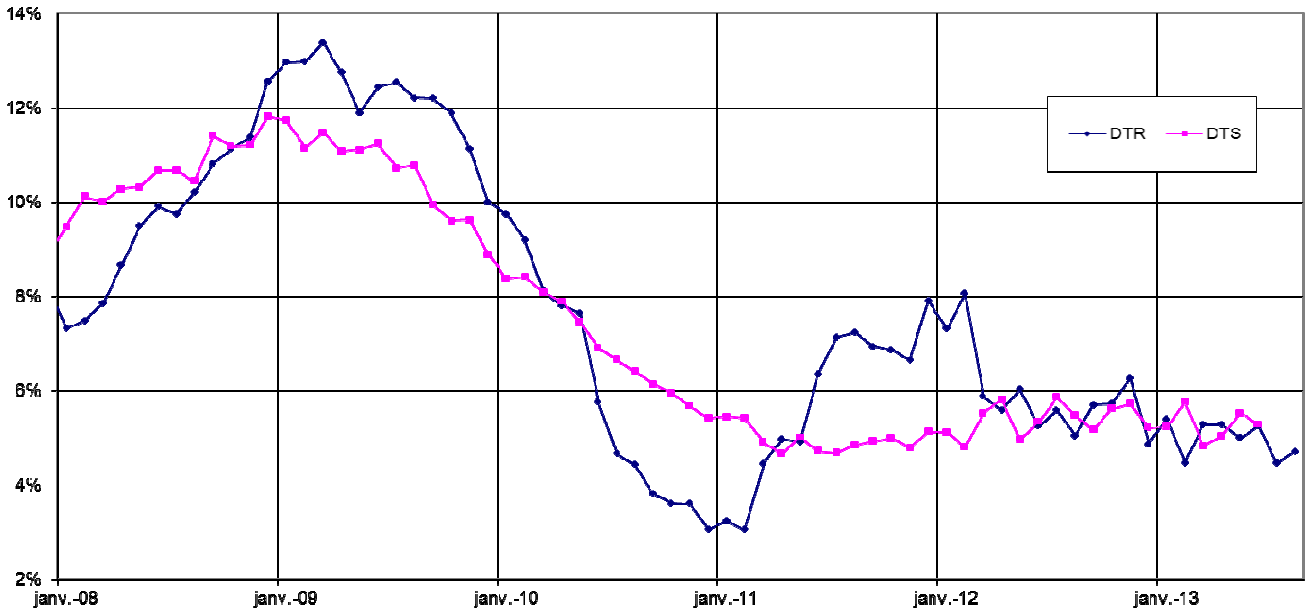
- Les trois graphiques suivants représentent l'évolution des dépenses en date de remboursement (DTR) et en date de soins (DTS) de l'ODMCO, PSY et SSR en Année Complète Mobile (ACM).
- Le point « d'août 2013 » du graphique en date de remboursement correspond à l'évolution de l'année glissante (sept. 2012-août 2013) sur (sept. 2011-août 2012).

**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'ODMCO en ACM**

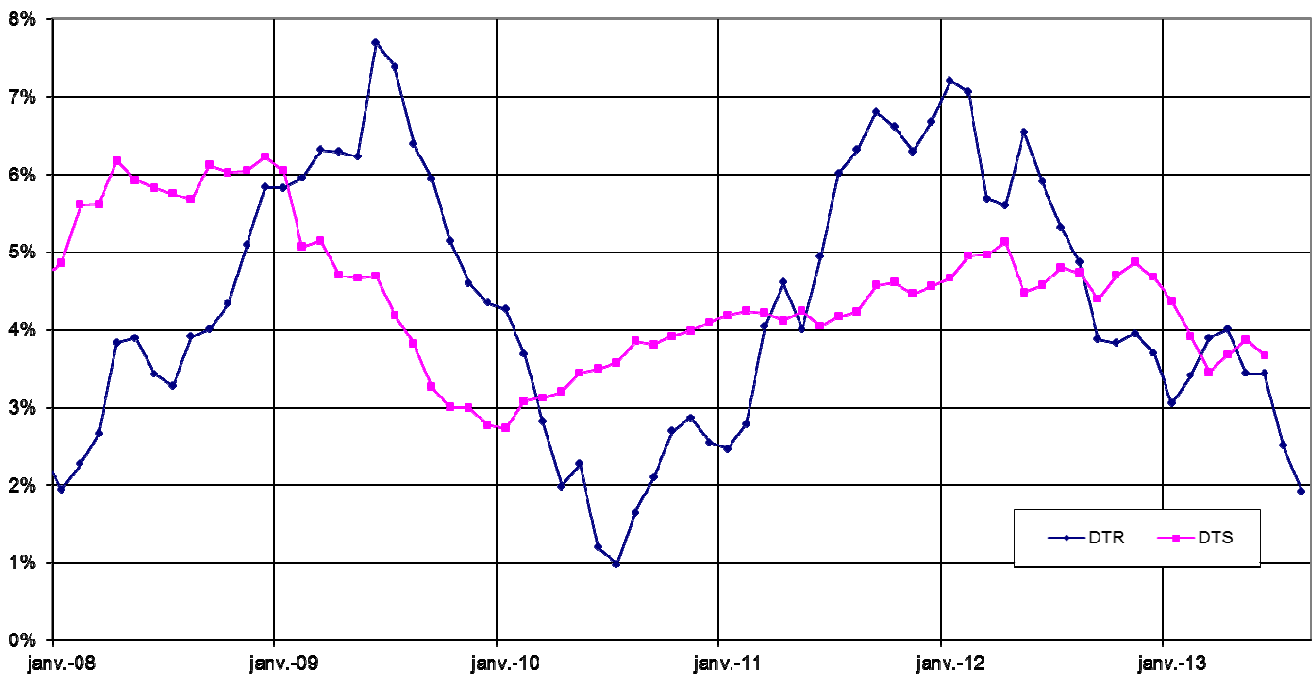


Le mois de remboursement de mars 2011 de la psychiatrie et des SSR était particulièrement important car une forte partie de la liquidation concernait des soins de 2010. Ce phénomène explique, la hausse importante de l'ACM (graphique ci-dessous) à partir de mars 2011 et la décroissance à partir de mars 2012 en date de remboursement.

**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'OQN SSR en ACM**



**Evolution des montants remboursés en valeur corrigés des jours ouvrés et des variations saisonnières de l'OQN psychiatrie en ACM**



## 2.2 Les dépenses de l'ensemble des régimes sur le champ France Entière

Pour estimer le montant des dépenses de l'ensemble des régimes, on utilise les poids<sup>4</sup> 2012 du régime général d'après les résultats 2012 tous régimes fournis par les TCDC. On considère le poids 2013 du régime général supérieur de 0,1 point au poids 2012 (le nombre de bénéficiaires du dispositif auto-entrepreneurs n'augmente plus autant que les années précédentes et ne compense plus complètement la décroissance structurelle des effectifs de la MSA). En sens inverse, les remboursements des DOM sont plus rapides que ceux de la France métropolitaine. Les effets CJO sont considérés comme équivalents pour le régime général et pour l'ensemble des régimes.

Date de soins - juin 2013 - remboursement d'août 2013						
Tous régimes - France Entière yc SLM - Tous risques	Taux de croissance PCAP (en %)			Taux de croissance ACM (en %)		
	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO-CVS	BRUT	CJO-CVS	VOLUME CJO- CVS
ODMCO	0,8	1,5	1,8	1,6	1,7	1,7
PSY	3,2	3,4	3,7	4,1	4,2	4,0
SSR	5,1	5,5	5,8	5,4	5,5	5,5

## 2.3 Décomposition des remboursements par sous poste.

Le tableau ci-dessous présente la ventilation fine des remboursements sur le champ régime général, France métropolitaine, tous risques, sur la période allant de janvier 2013 à août 2013, ainsi que l'évolution par rapport à 2012.

<sup>4</sup> Le poids est la part des dépenses du régime général (champ de la France entière) dans les dépenses de l'ensemble des régimes (champ de la France entière).

# STATISTIQUES DES DÉPENSES DES C.P.A.M.

PERIODE DU 1.1 AU 31.8.2013

VI - TOUS RISQUES : DEPENSES en milliers d'euros

	TOTAL	PCAP
<b>2) ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</b>		
<b>A) OBJECTIF DE DEPENSES COMMUN A LA MEDECINE CHIRURGICALE, L'OBSTETRIQUE ET L'ODONTOLOGIE (ODMCO)</b>	<b>5 525 078</b>	<b>1,0%</b>
<b>1. Frais de séjours et de soins</b>	<b>4 759 797</b>	<b>0,8%</b>
Frais de séjours et de soins (GHS, EXH)	3 848 444	5,8%
(SRC), soins particulièrement coûteux (SRA), supplément de surveillance continue (SSC)	199 938	3,7%
Suppléments journaliers aux GHS en néonatalogie (NN1, NN2, NN3)	14 728	-3,7%
Forfait sécurité et environnement (SE1, SE2, SE3, SE4, FSD)	23 999	8,1%
Administration de produits et prestations en environnement hospitalier	1	-28,7%
Forfaits d'hospitalisation à domicile (GHT)	209 767	4,2%
Forfaits de dialyse (D01, ..., D011) et indemnité compensatrice à tierce personne (DTP)	432 271	-30,9%
Forfaits d'IVG	1275	-9,6%
Forfaits techniques: Scanner, IRMN, Tomographie, video-capsules et consommables en médecine nucléaire	24 225	9,3%
Monitoring des sages femmes	2 831	9,8%
Tarification anciennement prix de journée (avant TAA)	2 317	-38,0%
<b>2. Tarification mixte: tarifs de prestation et forfaits annuels</b>	<b>73 077</b>	<b>-8,3%</b>
<b>a) Urgence</b>	72 907	3,7%
Forfait accueil et traitement (ATU)	24 654	4,2%
Forfait annuel (FAU)	48 252	3,4%
<b>b) Prélèvements d'organes</b>	98	-6,7%
Forfait de prélèvement (PO1, PO2, PO3, PO4)	3	-52,3%
Forfait annuel d'activité (CPO)	95	-4,1%
<b>c) Forfait annuel haute technicité</b>	72	-99,2%
<b>3. Dispositifs médicaux</b>	<b>425 780</b>	<b>3,8%</b>
<b>4. Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine</b>	<b>305 972</b>	<b>4,3%</b>
Médicaments en sus du GHS (PH8)	301742	5,3%
Médicaments coûteux (PH1), produits d'origine humaine	4 230	-38,2%
<b>5. Participation assuré</b>	<b>-39 548</b>	<b>-0,9%</b>
<b>B) OQN - PSYCHIATRIE - SOINS DE SUITE OU READAPTATION FONCTIONNELLE (SSR)</b>	<b>1 484 780</b>	<b>3,4%</b>
<b>1. OQN Psychiatrie</b>	<b>390 706</b>	<b>1,1%</b>
dont prix de journée	347 723	-0,1%
dont forfaits psychiatrie (PY0 à PY7, PY9)	29 099	18,7%
dont forfaits pharmaceutiques (PHJ)	9 348	-3,9%
dont participation assuré (18 Euros)	0	-98,1%
<b>2. OQN SSR</b>	<b>1 094 074</b>	<b>4,3%</b>
dont prix de journée	1006 776	4,1%
dont forfaits de séances de soins (SNS ou FS)	68 773	10,9%
dont forfaits pharmaceutiques (PHJ)	9 253	0,5%
dont participation assuré (18 Euros)	-264	-14,2%

## CONCLUSION

Les six premiers mois de l'année 2013 sont marqués par un dynamisme des dépenses de la liste en sus, notamment pour le secteur MCO ex-DG. D'après les premières analyses, cette forte évolution serait notamment liée aux inscriptions et extensions d'indication.

Les évolutions d'activité sont impactées par un effet « jours ouvrés » qui influe sensiblement sur les dépenses de la période (le nombre de jours ouvrés en 2013 sur la période étant inférieur à celui de 2012, notamment du fait de l'année bissextile).

Toutefois, il convient de rappeler que les évolutions des premières périodes de l'année sont généralement peu prédictives d'une tendance annuelle.

La Présidente de l'observatoire économique de  
l'hospitalisation publique et privée

***Marine Jeantet***  
Inspectrice des Affaires Sociales