



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE
DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVÉE

**Rapport semestriel / Automne 2007
adopté par l'Observatoire lors de sa séance
du 28 septembre 2007**

Introduction :

Le présent rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée produit en application des dispositions de l'article L 162-21-3 du Code de la sécurité sociale, a été adopté lors de la séance du 28 septembre 2007 de cette instance.

Il s'agit du premier rapport de l'Observatoire, alors même que celui-ci a été installé le 10 septembre par la ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports.

Son contenu est volontairement succinct et met davantage l'accent sur les principes et modalités de travail envisagés pour les prochains mois.

1- L'installation de l'Observatoire

1.1 Les textes pris en application de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

En créant par cet article l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le législateur a entendu soumettre à la concertation entre l'ensemble des acteurs du secteur - Etat, assurance maladie, fédérations représentatives des établissements de santé – les données permettant d'assurer le suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

1.1.1 Le décret du 15 mai 2007

Le décret n° 2007-970 du 15 mai 2007 relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée insère dans le code de la sécurité sociale l'article D. 162-17.

Cet article fixe la composition de l'observatoire à quinze membres, soit cinq membres pour chacune des trois catégories définies par la loi : les services de l'Etat, les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés et les représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Il dispose que le président et le vice-président sont nommés parmi les représentants des services de l'Etat. Il définit les règles de fonctionnement de l'observatoire : secrétariat, modalités de convocation, conditions de quorum et modalités de vote.

Enfin, il précise le calendrier de transmission des deux rapports semestriels de l'observatoire au Gouvernement et au Parlement : le 30 mai pour le rapport portant sur les dépenses d'assurance maladie des établissements de santé au titre de l'année précédente ; le 15 octobre pour le rapport portant sur les dépenses d'assurance maladie de ces mêmes établissements au titre du premier semestre de l'année en cours.

1.1.2 L'arrêté du 29 juin 2007 et la désignation des membres

L'arrêté du 29 juin 2007 nommant le président et le vice-président de l'observatoire prévoit que la présidence est assurée par le chef de l'inspection générale des affaires sociales et la vice-présidence par le directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

Par lettre du 31 août 2007, le chef de l'IGAS a désigné pour le représenter Mme Valérie Delahaye-Guillocheau, inspectrice des affaires sociales.

Par lettre du 28 août 2007, le directeur général de l'UNCAM a désigné, au titre des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie, outre lui-même, M. Liger, directeur général du Régime Social des Indépendants, M. Humez, directeur général de la CCMSA, M. Aubert, directeur délégué de la CNAMTS, Mme Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques à la CNAMTS.

1. 2. L'installation effective de l'observatoire en septembre 2007

1.2.2 La réunion du 10 septembre 2006 et l'installation par la Ministre

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a ouvert la première séance de l'Observatoire le 10 septembre 2007.

Lors de son intervention, elle a souligné que, pour atteindre l'objectif de maîtrise des dépenses, il était indispensable de disposer d'un instrument fiable qui permette le suivi de l'évolution de ces dépenses d'assurance maladie, notamment de celles relatives aux établissements de santé publics et privés.

Elle a rappelé que le législateur avait institué l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée pour soumettre à la concertation entre l'ensemble des acteurs du secteur des données qui pouvaient faire l'objet d'analyses divergentes. Elle a considéré que la mise en place de l'observatoire était un élément décisif pour les progrès de la transparence et du dialogue.

Elle a demandé à l'observatoire de se concentrer sur sa mission de suivi des dépenses d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation, mission complémentaire de celle du conseil de l'hospitalisation qui émet des recommandations dans le cadre de la préparation des lois de financement de la sécurité sociale annuelles.

1.2.2 L'adoption du règlement intérieur

Un projet de règlement intérieur, qui a pour objet de régler les questions de procédure et de fonctionnement de l'Observatoire, a été soumis à l'examen des membres lors de cette même séance du 10 septembre 2007.

Il a été adopté à l'unanimité après ajout de la précision, proposée par la FHP, consistant à ce que les rapports de l'Observatoire s'appuient sur des travaux préparatoires mobilisant l'ensemble de ses membres.

1.3 Les méthodes de travail envisagées par l'Observatoire pour l'année 2008

1.3.1 La présentation des sources de suivi des dépenses des établissements de santé

Le démarrage des travaux de l'Observatoire nécessitait dans un premier temps de procéder à une présentation et à un débat sur les méthodes employées par les services de l'Etat et de la CNAMTS pour le suivi annuel et infra-annuel des dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé publics et privés.

Lors de sa séance du 28 septembre 2007, les services ont présenté aux membres de l'Observatoire les différentes sources de données et leur mode de traitement en vue du suivi des dépenses¹.

Cette présentation visait à resituer le suivi des dépenses des établissements de santé par rapport à l'ONDAM et aux agrégats relatifs à l'hospitalisation, notamment l'agrégat Objectif des dépenses de Médecine/ Chirurgie/Obstétrique (ODMCO).

¹ Ces documents sont présentés en annexe n°5.

Deux approches ont été évoquées, selon qu'il s'agit du suivi annuel, qui s'appuie aujourd'hui sur les données comptables des régimes d'assurance maladie, ou du suivi infra-annuel qui repose sur des données statistiques.

Les caractéristiques techniques et les retraitements opérés dans les diverses sources utilisées ont été exposées. Cette première présentation, nécessairement synthétique, sera prolongée dans le cadre des prochaines séances de l'Observatoire.

1.3.2 Les perspectives de travail pour les prochains mois

L'Observatoire va organiser ses travaux au cours des prochains mois dans un souci de transparence et de dialogue entre l'ensemble de ses membres et dans la perspective de contribuer à améliorer et fiabiliser davantage le suivi des dépenses des établissements de santé.

Pour autant, l'Observatoire n'a pas vocation à se substituer aux compétences des services de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de pilotage et de suivi de l'ONDAM. De ce point de vue, l'Observatoire constituera le lieu d'échange approprié pour susciter des travaux plus techniques que devront porter ces mêmes services, le cas échéant en liaison avec les fédérations d'établissements, et en vérifier le résultat. Le rythme de travail ordinaire de l'Observatoire devrait donc conduire à la tenue de 4 séances en moyenne par an.

L'Observatoire entend dans l'immédiat se centrer sur les missions assignées par le législateur en matière de suivi macroéconomique des dépenses d'assurance maladie aux établissements de santé, dans le respect des compétences d'autres structures telles que le Conseil de l'hospitalisation, voire le Comité d'alerte et la commission des comptes de la sécurité sociale. Toutefois, les interactions possibles notamment avec les deux derniers organismes justifieront que sa présidente prenne des contacts avec le secrétaire général de la CCSS et l'un des membres du comité d'alerte.

Enfin, l'Observatoire pourra décider de l'audition de personnalités ou services dont la contribution pourrait éclairer ses travaux. A cet égard, la perspective de l'achèvement à l'automne du rapport demandé à l'IGAS et à l'INSEE sur « le suivi statistique des dépenses des établissements de santé » pourra justifier l'audition des membres de la mission, et de pouvoir analyser les propositions avec les représentants de l'assurance maladie et de l'Etat. Les conclusions de ce rapport pourront en effet constituer, si elles sont validées par les services de l'Etat et de l'assurance maladie, une feuille de route qui contribuera à guider les travaux de l'Observatoire.

La préparation de l'étape du printemps liée à l'analyse des données de l'exercice 2007, en vue de la production du rapport de mai, pourra se faire dans le courant du 1^{er} trimestre 2008.

1.4 La situation des dépenses des établissements de santé pour le 1^{er} semestre 2007

Les dépenses suivies par l'Observatoire sont les dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM hospitalier dans ses différentes composantes, objectifs et dotation : ODMCO, y compris forfaits annuels et médicaments et dispositifs médicaux en sus ; dotation MIGAC ; OQN ; ODAM (cf. annexe 5).

1.4.1 Le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale

1.4.1.1 Les recettes relatives à l'activité MCO

Les données relatives à l'activité du premier semestre 2007 des établissements ex DG ont été transmises par les établissements puis validées par les régions.

Préalablement, il convient de rappeler que l'exercice 2007 a été marqué par des modifications du dispositif de collecte des données d'activités qui ont contribué à perturber la transmission de ces données.

En premier lieu, la suppression du taux de conversion² est intervenue en janvier 2007. Dans ce cadre, les établissements ont été conduits à revoir leur système d'informations, en vue d'apparier les données PMSI avec les données administratives des patients. Ce changement a introduit la notion d'activité facturée à l'assurance maladie. De fait, depuis 2007, le déclenchement du versement des recettes assurance maladie ne se fait plus sur l'activité réalisée mais bien sur l'activité facturée.

Ensuite, le rythme de transmission des données d'activités s'est accéléré puisque la transmission se fait, depuis avril 2007, selon un rythme mensuel alors qu'il était trimestriel depuis 2004.

Enfin, la dépense de médicaments et de dispositifs médicaux (DMI) payés en sus doit être rattachée aux séjours au cours desquels ils ont été délivrés. Cette obligation est intervenue depuis le 1^{er} janvier 2007 pour les médicaments anti-cancéreux ou dérivés de la liste des médicaments payés en sus.

Pour toutes ces raisons, les informations transmises par les établissements de santé antérieurement sous DG ne sont pas exhaustives, et en tout état de cause, ne représentent pas la totalité de l'activité de soins pour la période.

Les données brutes reprenant la valorisation pour le premier semestre 2007 ne peuvent donc être directement comparées à la valorisation obtenue en 2006 pour la même période. En effet, en 2006, toute l'activité réalisée au cours de la période faisait l'objet d'une valorisation ; en 2007, seule l'activité facturée est versée aux établissements.

² Le taux de conversion est le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, calculé par établissement et par année. Il est remplacé par le taux réel de prise en charge de chaque patient en fonction des caractéristiques des soins qu'il a reçus et de sa situation administrative.

Ainsi, l'évaluation des recettes des établissements pour le premier semestre 2007 doit tenir compte de la partie non valorisée qui relève toutefois de l'assurance maladie (séjours restant à valoriser : séjours transmis pris en charge mais pour lesquels le taux de prise en charge n'est pas encore connu) et qui constitue une dépense certaine pour cette assurance sur la période en cause. Ceci constitue l'une des difficultés d'appréciation des recettes des établissements.

De plus, compte tenu des difficultés rencontrées pour la mise en place de la suppression du taux de conversion et surtout de l'accélération du rythme de transmission des données d'activités, certains établissements n'ont pas été en mesure de transmettre toute l'activité de la période. Il convient d'apprécier également ce défaut d'exhaustivité pour évaluer leurs recettes.

Il a donc été nécessaire d'opérer un certain nombre de corrections afin d'estimer, pour la période, une activité complète et représentative. Ces corrections portent :

- sur le taux de remboursement moyen de l'établissement quand celui-ci s'avère trop faible (i.e. : proche de 80%) ou trop fort (i.e. : proche de 100%) ;
- sur le nombre de séjours lorsque ce nombre n'est pas compatible avec le niveau attendu pour une activité de la période ;
- sur les consultations et actes externes, lorsque la baisse observée est jugée très faible par rapport aux périodes antérieures ;
- sur les médicaments et DMI, pour les rendre exhaustifs.

Aussi, l'exploitation des résultats du semestre a consisté à évaluer le montant réel lié à la totalité de l'activité des établissements sur la période (en y incluant les séjours restant à valoriser et les corrections liées à l'absence d'exhaustivité).

Montants en M€

| | Résultats bruts de la période avant correction | dont résultats pour l'activité HAD | Résultats corrigés (valeurs manquantes, non exhaustives, aberrantes...) | Evolution de la dépense semestrielle corrigée par rapport à 2006 | Activité du premier semestre 2006 utilisée pour le taux d'évolution (hors HAD) (*) |
|--|--|------------------------------------|---|--|--|
| Activités GHS ³ et GHT ⁴ (y compris la dialyse et les suppléments aux GHS) | 6 509,78 | 113,97 | 6 827,32 | 2,70% | 12 876,43 |
| Activités externes (y compris ATU, IVG, SE, etc.) | 603,65 | | 715,26 | -2,09% | 1 452,51 |
| Total activités | 7 113,43 | 113,97 | 7 542,58 | 2,22% | 14 328,94 |
| Médicaments payés en sus | 665,68 | 3,86 | 756,46 | 16,42% | 644,26 |
| DMI payés en sus | 318,30 | | 336,78 | 10,37% | 304,47 |
| Total Médicaments et DMI payés en sus | 983,99 | 3,86 | 1 093,24 | 14,48% | 948,73 |
| Total | 8 097,41 | 117,83 | 8 635,82 | 2,98% | 15 277,67 |

(*) cette activité, correspondant à l'activité transmise pour le premier semestre 2006, est donnée en fraction de tarif à 100%, le taux d'évolution étant calculé en fraction de tarif à 100% compte tenu de la présence en 2007 de GHS financés à 100%.

³ GHS : groupement homogène de séjours

⁴ GHT : groupe homogène de tarifs

Les résultats bruts pour la période correspondent aux montants versés aux établissements de santé antérieurement sous dotation globale. Ainsi, pour le premier semestre 2007, la recette versée au titre de l'activité (y compris l'activité externe) pour ces établissements s'est élevée à 7 113 M€. Pour les médicaments et DMI facturés en sus, le montant versé vaut 984 M€, soit **un versement total de 8 097 M€**.

Pour l'activité, les recettes qui devraient être versées à terme, pour cette période, une fois le défaut d'exhaustivité d'information corrigé, s'élèveraient à 7 543 M€. Pour les médicaments et DMI facturés en sus, cette recette est estimée à 1 093 M€.

Les différentes corrections opérées (valorisation des séjours restant à valoriser, défaut d'exhaustivité de l'information transmise, taux de remboursement aberrant, etc.) amènent à conclure à une évolution de dépense pour la période estimée à 3%. Les dépenses relatives aux frais de séjours évolueraient de 2,7%, l'activité externe connaîtrait une baisse de -2,1% tandis que les médicaments et DMO augmenteraient de 14,5%.

Ces évolutions sont obtenues en rapportant la dépense du premier semestre 2007 à celle du premier semestre 2006. Aussi, ces éléments ne peuvent être directement utilisés pour apprécier une évolution annuelle des dépenses. En effet, le taux d'évolution du semestre 2007 n'est pas, à lui seul, prédictif de tendance annuelle de 2007. D'autres paramètres sont à prendre en compte pour réaliser une prévision annuelle (saisonnalité, effet prix, etc.). Un travail spécifique utilisant des concepts statistiques est donc nécessaire pour réaliser cette prévision.

1.4.1.1 Les recettes relatives aux dotations

Les circulaires budgétaires donnent par région le niveau maximum des crédits pouvant être alloués aux établissements de santé sur les différents enveloppes DAC, DAF, MIGAC. Dans ce cadre, il convient de noter que les ressources afférentes à l'enveloppe MIGAC sont communes pour les deux secteurs des établissements antérieurement sous DG et antérieurement sous OQN.

Compte tenu des éléments notifiés par les circulaires des mois de février 2007 et mai 2007, les ressources relatives aux différentes enveloppes se décomposent comme suit :

Montants en millions d'euros

| enveloppes | Objectifs 2007 | dotations régionales au 15 /02/ 2007 | dotations régionales au 09 /05 /2007 |
|--------------------------------|------------------|---|---|
| DAC | 13 996,35 | 13 997,09 | 13 996,12 |
| MIGAC | 5 999,81 | 5 703,88 | 5 796,19 |
| DAF | 13 808,11 | 13 743,58 | 13 757,97 |
| Total DAF / DAC / MIGAC | 33 804,27 | 33 444,55 | 33 550,27 |

Il convient de noter que la ligne MIGAC concerne les ressources de l'ensemble des établissements de santé.

1.4.2 Le secteur des établissements de santé privés

Les données prises en compte correspondent aux versements effectués aux cliniques privées par les caisses du Régime Général, y compris les sections locales mutualistes, sur les huit premiers mois de l'année 2007 comparés aux huit premiers mois de l'année 2006 en date de versement. Sur la base de ces données, la CNAMTS réalise une estimation de l'évolution en date de soins sur une période plus courte de deux mois, c'est-à-dire ici à fin juin 2007 en estimant les restes à verser au-delà du dernier mois connu, ici au-delà du mois d'août 2007, pour des soins réalisés jusqu'au mois-2, ici le mois de juin 2007.

En effet, deux mois après un mois de soins, près de 80% du montant des versements sont connus. La CNAMTS a élaboré un modèle d'estimation des restes à verser dont les spécificités évoluent en fonction du délai de versement pris en compte : de 2 à 6 mois pour lesquels les restes à verser estimés représentent près de 80% à près de 98% du montant total en date de soins ; de 7 à 12 mois pour lesquels les restes à verser estimés représentent entre 98% et 99,5% du montant total en date de soins ; de 13 à 24 mois pour lesquels les restes à verser estimés représentent moins de 0,5% du montant total en date de soins ; au-delà de 24 mois pour lesquels les restes à verser estimés sont négligeables.

Sur cette base, les versements aux cliniques privées ont augmenté de +1,8% en données brutes à fin juin 2007 et de +2,2% en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières (CJO-CVS).

Par grande discipline, les taux d'évolution s'établissent ainsi :

- ODMCO : +1,0 % en données brutes et +1,2 % en données CJO-CVS ;
- Soins de suite et réadaptation : +7,4 % en données brutes et +8,0 % en données CJO-CVS ;
- Psychiatrie : + 3,5 % en données brutes et + 3,8 % en données CJO-CVS
- Dépenses non régulées : + 9,0 % en données brutes

S'agissant des dépenses de l'ODMCO, les versements en frais de séjours augmentent de +1,3% en données brutes avec une croissance très forte des dépenses d'hospitalisation à domicile (HAD) : + 51,8 %.

Les dépenses des médicaments pris en charge en sus des tarifs des GHS progressent de +12 % tandis que celles des dispositifs médicaux pris en charge en sus des tarifs des GHS diminuent de - 8,2 % à la suite de la radiation de la liste en sus d'un certain nombre de ces dispositifs au début de l'année 2007.

Montants en M€

| Versements aux cliniques privées, régime général, droits constatés, France entière | Résultats bruts | | | Résultats après corrections des jours ouvrés et des variations saisonnières | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|---|-------------------------------|--------------|
| | 1 ^{er} semestre 2006 | 1 ^{er} semestre 2007 | Evolution | 1 ^{er} semestre 2006 | 1 ^{er} semestre 2007 | Evolution |
| Activité GHS et GHT(y compris dialyse et suppléments aux GHS) | 3 297,20 | 3 338,15 | 1,2 % | | | |
| dont HAD | 47,92 | 72,75 | 51,8 % | | | |
| Activités externes (y compris ATU, IVG, SE, ...) | 42,33 | 45,77 | 8,1 % | | | |
| Total activités | 3 339,52 | 3 383,92 | 1,3 % | | | |
| DMI en sus | 333,57 | 306,33 | - 8,2 % | | | |
| Médicaments en sus | 228,40 | 256,31 | 12,2 % | | | |
| Total DMI et médicaments en sus | 561,96 | 562,63 | 0,1 % | | | |
| Participation assuré | 0 | - 8,00 | | | | |
| Total ODMCO | 3 901,49 | 3 938,55 | 1,0 % | 3 675,90 | 3 721,67 | 1,2 % |
| SSR | 540,54 | 580,43 | 7,4 % | 517,25 | 558,48 | 8,0 % |
| PSY | 233,45 | 241,55 | 3,5 % | 265,50 | 235,09 | 3,8 % |
| MIGAC | 12,35 | 9,25 | - 25,1 % | | | |
| Dépenses non régulées | 66,56 | 72,55 | 9,0 % | | | |
| Total | 4 754,38 | 4 842,34 | 1,8 % | 4 498,72 | 4 597,28 | 2,2 % |

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

Valérie Delahaye-Guillocheau