



**Les
réalisations
de la campagne
budgétaire
2010**

*Synthèse
Générale*

**Service Financement des établissements de santé
Pôle suivi de l'ONDAM hospitalier**



L'objet de ce rapport est d'analyser et de détailler les dépenses Assurance Maladie afférentes aux établissements de santé pour l'exercice 2010.

La première partie détaille les dépenses et leurs évolutions par enveloppe et/ou objectif. Elle consiste à mesurer l'écart entre les réalisations de dépenses d'assurance maladie et les prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces résultats sont présentés en valeur absolue (montant des réalisations), comme en taux de progression (évolution entre le niveau des réalisations d'un exercice N et celui de l'exercice N-1). Dans la mesure du possible, cette analyse décompose le taux de progression entre l'effet prix et l'effet volume. Par effet prix, il convient de noter qu'il correspond à l'évolution moyenne des tarifs telle que fixée lors de la construction des objectifs. Il est également présenté un examen de l'allocation de ressources réalisée par les régions sur les dotations. Est ainsi étudiée la progression des enveloppes par région et selon les types de mesures (mesure salariale générale, plans de santé publique, etc.) à l'origine de cette progression.

La deuxième partie du rapport propose d'analyser plus en détail le volume d'activité MCO des établissements de santé. Cette analyse est réalisée en valorisant les séjours issus du PMSI selon la même échelle de tarifs. Dans cette partie, l'évolution du volume est scindée entre l'évolution des effectifs et l'effet dit structure de l'activité. L'effet structure comporte l'évolution de la lourdeur de l'activité (par ex : les patients deviennent de plus en plus complexes) mais aussi l'effet codage. Ainsi, cette étude permet de mettre en exergue les activités à l'origine du volume, et l'effet codage lié au changement de classification, en les analysant par catégorie d'établissements et selon différents agrégats d'activités (type de prise en charge, activités de soins, etc.).

La troisième partie présente des analyses portant sur des activités spécifiques. Les activités ainsi ciblées sont :

- la chirurgie ambulatoire ;
- les soins palliatifs ;
- le cancer ;
- les accidents vasculaires-cérébraux.

I. Synthèse du suivi des dépenses

I.1. SUIVI DES DEPENSES D'ACTIVITE ANNEE 2010 COMPLETE

Les résultats statistiques de la campagne budgétaire et tarifaire 2010 font apparaître :

- une augmentation brute des réalisations de 1,8% se décomposant en :
 - o + 2,5% pour les dépenses relatives à l'ODMCO et aux MIGAC
 - o - 0,2% sur les autres dépenses (ODAM et OQN)
- un écart global aux objectifs arrêtés pour la campagne 2010 de +93M€ se décomposant en :
 - o + 228 M€ pour les dépenses relatives à l'ODMCO et aux MIGAC
 - o - 134 M€ sur les autres dépenses (ODAM et OQN)

	Objectifs arrêtés 2010	Estimation des réalisations	Ecart réalisations estimées / objectifs arrêtés	Ecart réalisations estimées / objectifs arrêtés après neutralisation fongibilité *	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
TOTAL	70 251	70 334	83	93	1,8%
ODMCO / MIGAC	52 442	52 665	224	228	2,5%
ODMCO	44 299	44 866	567	567	2,6%
MIGAC	8 142	7 799	- 343	- 339	1,6%
ODAM / OQN	17 810	17 668	- 141	- 134	- 0,2%
ODAM	15 455	15 314	- 141	- 134	- 0,9%
OQN PSY-SSR	2 354	2 354	0	0	5,1%

Secteur ex-DG :

Pour l'année 2010, l'analyse des données PMSI conduit à estimer des réalisations présentant un écart de 500M€ par rapport à la prévision de dépenses ODMCO des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG). Compte tenu de ces résultats, l'évolution des dépenses¹ pour les établissements antérieurement sous DG est estimée à +2,7%, dont +2,6% sur la part tarifs (activité GHS, HAD, et activité externe), +4,8% pour les médicaments et DMI facturables en sus et +1,9% pour les forfaits annuels.

Cet écart et son ampleur avaient été anticipés lors du suivi infra annuel des dépenses de ce secteur ce qui a justifié la mise en réserve d'une partie des dotations annuelles, notamment d'aide à la contractualisation, afin de respecter l'ONDAM dans son ensemble.

A champ d'établissements constant (c'est-à-dire en neutralisant l'entrée au 1^{er} janvier 2010 des établissements de Guyane dans la tarification à l'activité), l'évolution des dépenses sur l'activité globale est estimée à +2,4%, dont +2,3% sur la part tarifs (activité GHS, HAD, et activité externe). Après neutralisation des effets tarifs et du changement de périmètre tarifaire des séjours, l'évolution globale du volume de la part tarifs est estimée à +3,1%.

Cette estimation de réalisations inclut la prise en compte d'une incertitude de l'ordre de 50 M€. Il convient de noter qu'il n'est pas possible de ventiler cette incertitude par établissement, par région,

¹ Les évolutions de dépenses traduisent les effets champ.



par prestation. Les éléments développés dans le rapport selon les différents agrégats porteront donc sur des réalisations dont l'écart à la prévision est de 450M€.

Secteur ex-OQN :

Pour l'année 2010, il apparaît un écart global par rapport à la prévision de dépenses ODMCO des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-OQN) de +66 M€. L'évolution des dépenses pour les établissements antérieurement sous OQN est estimée à +2,2%, dont +3,2% sur la part tarifs (activité GHS, HAD, et activité externe), -0,4% pour les médicaments et DMI facturables en sus et -14,8% pour les forfaits annuels. S'agissant de la baisse des dépenses des forfaits annuels, elle est liée à la disparition d'une fraction du forfait Haute technicité qui explique pour partie la hausse des dépenses de la part tarif (i.e. : disparition progressive du forfait Haute technicité pour réintégration dans les tarifs).

Après neutralisation des effets tarifs et du changement de périmètre tarifaire des séjours, l'évolution globale du volume de la part tarifs est estimée à +2,2%.

Secteur OQN :

Pour l'année 2010, les éléments disponibles fin mai 2011 indiquent que les réalisations seraient conformes au montant prévu lors de la construction des objectifs. Sur ce secteur, il convient de noter la mise en place tardive de la campagne 2010 qui a entraîné des retards de facturation. Ainsi, les premières données de liquidation 2011 montrent l'existence de factures dont le mois de soins est en 2010. Le suivi sur ce secteur a donc été très perturbé. Les données à disposition ne permettent pas de remettre en cause la conformité des réalisations par rapport à l'objectif fixé.

1.2. Suivi des dotations : enveloppes MIGAC, DAF et dotations de soins USLD

La campagne budgétaire et tarifaire 2010 des établissements de santé a été marquée par la mise en réserve d'une partie des crédits d'aide à la contractualisation délégués nationalement aux agences régionales de santé. Cette mise en réserve régionale avait pour finalité le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatif aux établissements de santé pour l'exercice de soins 2010. Cette mise en réserve a eu pour objet en effet de compenser le dépassement constaté sur les dépenses relevant de la tarification à l'activité par celles déléguées sous forme de dotations à la discrétion des ARS.

- La dotation annuelle MIGAC finance les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation dans le court séjour (notamment la recherche médicale, la permanence des soins en établissements de santé, les services mobiles d'urgence et l'investissement). En 2010, le montant des délégations définitives de cette dotation s'est élevé à 7 799 M€ pour l'ensemble des établissements sanitaires éligibles, dont 82 M€ à destination des cliniques privées antérieurement sous OQN.
- La dotation annuelle de financement (DAF) rétribue dans le secteur ex-DG les activités de psychiatrie et de soins de suite, ainsi que de manière résiduelle le court séjour MCO non soumis à la tarification à l'activité. Le montant des délégations définitives en 2010 de la DAF s'est élevé à 14 313 M€².
- Enfin, la dotation de soins USLD finance les soins dispensés au sein des unités de soins de longue durée. Le financement en 2010 atteint 1 001 M€.

Par rapport aux objectifs arrêtés, ces réalisations font apparaître un écart de :

- -339 M€ sur l'enveloppe MIGAC ;
- -134M€ sur l'enveloppe ODAM.

Ces écarts s'expliquent par la mise en réserve de crédits garantissant le respect de l'ONDAM compte tenu du dynamisme de l'activité des établissements de santé.

² Ce montant comprend également l'allocation de ressources des établissements hors régions (INI, SSA, St Pierre et Miquelon, Mayotte, Fresne)

II. Synthèse de l'analyse du volume

- Secteur ex DG

Evolution globale de l'activité

Le volume économique relatif aux séjours (hors suppléments) sur l'année 2010 est en augmentation par rapport à 2009 de **+2,8%** avec une hausse du nombre de séjours de +1,7% et un effet structure de +1,1%.

Pour mémoire entre 2008 et 2009, en date de soins, le volume économique était en augmentation de **+3,8%** avec une hausse du nombre de séjours de +1,6% et un effet structure de +2,1%.

L'évolution du nombre physique de séjours entre 2009 et 2010 est donc similaire à celle qui a été observée entre 2008 et 2009. En revanche, l'effet structure observé entre 2009 et 2010 est nettement inférieur à celui qui avait été observé entre 2008 et 2009.

Analyse détaillée de l'activité

- L'analyse en termes de **catégorie d'établissements** révèle que les CH produisent la moitié des séjours. Les CLCC et les EBNL connaissent de fortes évolutions.

- L'étude par **classe d'âge** indique que les séjours ayant concerné des patients d'au moins 80 ans représentent en 2010 14% des séjours et 21% du volume économique. Ces séjours sont en forte hausse entre 2009 et 2010 : +5,5% en nombre de séjours et +6,3% en volume économique.

- S'agissant des types de **prise en charge**, l'analyse montre que les séances connaissent une évolution particulièrement dynamique mais elles représentent uniquement 6% du volume économique. L'hospitalisation complète représente 86,3% du volume économique de ce secteur. Les séjours en ambulatoire ont progressé plus vite qu'en hospitalisation complète. Cette progression rapide s'observe particulièrement sur la chirurgie.

- L'analyse par **catégorie d'activités de soins** indique que la part des séjours en obstétrique est stable, alors que les parts des séjours de chirurgie non ambulatoire et des séjours sans acte classant ont diminué au profit des séjours de chirurgie ambulatoire, des séances et des séjours avec techniques peu invasives.

- L'étude des **niveaux de sévérité** montre sur les séjours sans actes classant la baisse des séjours de niveau 1 est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés alors que sur la chirurgie, cette baisse s'explique par une hausse de la prise en charge en ambulatoire.

- Pour les **catégories majeures de diagnostics**, celles qui contribuent le plus à la croissance sont la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), la CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) et la CMD 1 (Affections du système nerveux).

- L'analyse par **domaine d'activités** indique que, séances mises à part, les trois domaines d'activités qui contribuent le plus à la croissance entre 2009 et 2010 sont le DA 2 (Orthopédie traumatologie), le DA 9 (Pneumologie) et le DA 5 (Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)).

- L'examen par **racine** apporte trois éclairages différents. Une première approche, basée sur la contribution à la croissance, complète les analyses par CMD et par DA. Une deuxième approche, fondée sur la notion de lourdeur d'activité, révèle que l'évolution du volume économique des racines dites « lourdes » est plus importante que celle des racines « légères » et cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours. La troisième approche se concentre sur 9 couples de racines « chaudes » et « froides » pour lesquels, il apparaît que l'évolution est plus forte que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines. Les racines « chaudes » et

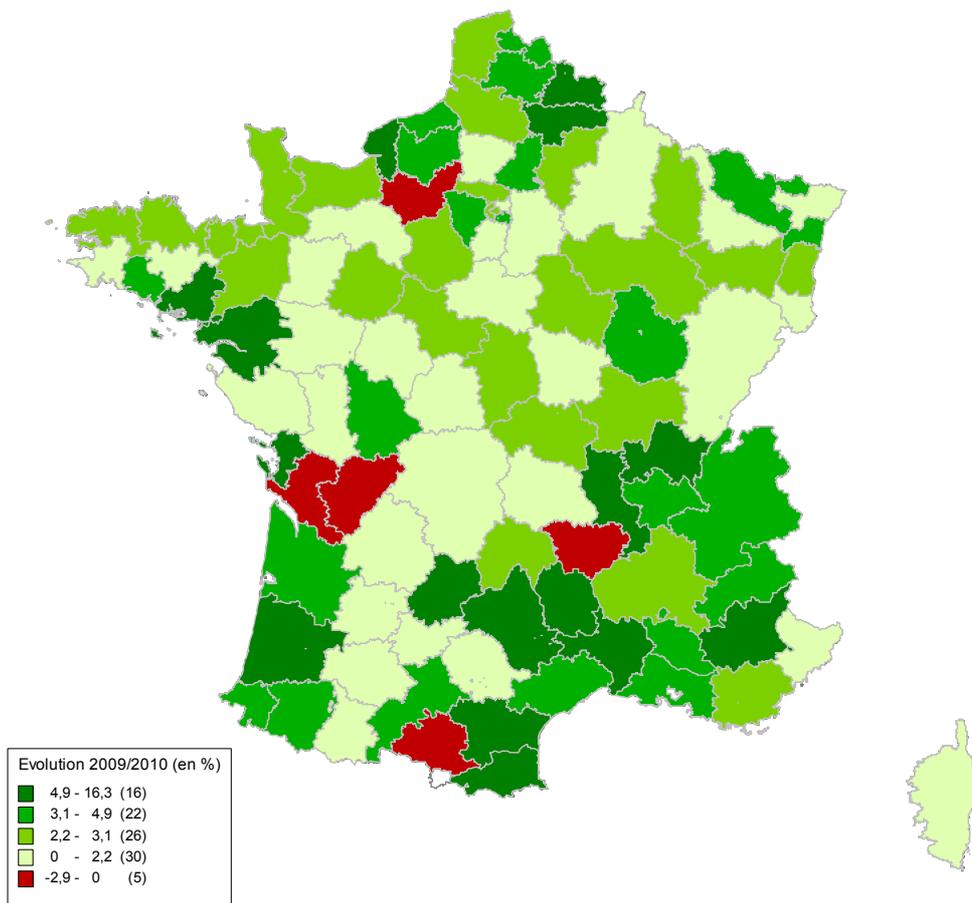
« froides » évoluent toutefois selon le même ordre de grandeur et avec la même décomposition entre effet nombre de séjours et effet structure.

- L'analyse par **GHM** complète l'analyse par racines en montrant que la forte contribution à la croissance s'explique souvent par l'évolution des séjours de niveaux 3 et 4 au sein des racines concernées.

- Un **focus sur les séances** indique que l'évolution du volume économique associé aux séances (+6,2%) s'explique principalement par l'évolution des séances de chimiothérapie (+8,3% en volume économique et +8,5% en nombre de séjours).

- L'analyse par **région** indique que l'évolution du volume économique est particulièrement dynamique dans les DOM, ainsi que dans les régions Languedoc-Roussillon (+5,1%), Nord-Pas-de-Calais (+4,0%) et Rhône-Alpes (+4,0%). Une représentation cartographique par territoire de santé illustre et affine ce constat.

Figure 1 : Evolution du volume économique par territoire de santé (Secteur ex-DG)





- **Secteur ex OQN**

Evolution globale de l'activité

Le volume économique relatif aux séjours (hors suppléments) sur l'année 2010 est en augmentation par rapport à 2009 de **+1,2%** avec une hausse du nombre de séjours de +0,6% et un effet structure de +0,7%.

Pour mémoire entre 2008 et 2009, en date de soins, le volume économique était en augmentation de **+2,5%** avec une hausse du nombre de séjours de +0,7% et un effet structure de +1,9%.

L'évolution du nombre physique de séjours entre 2009 et 2010 est donc similaire à celle observée entre 2008 et 2009. En revanche, l'effet structure observé entre 2009 et 2010 est nettement inférieur à celui qui avait été observé entre 2008 et 2009.

Analyse détaillée de l'activité

- L'analyse par **catégorie d'établissements** indique que la plus forte évolution de volume économique a été observée pour les établissements ayant un volume économique moyen supérieur à 10M€ et une activité diversifiée ou une activité de chirurgie associée à une activité en obstétrique.
- L'étude des **classes d'âge** indique que les séjours ayant concerné des patients d'au moins 80 ans représentent en 2010 10% des séjours et 15% du volume économique. Ces séjours sont en baisse en nombre entre 2009 et 2010 mais se caractérisent par un fort effet structure.
- S'agissant des types de **prise en charge** l'analyse révèle que les séjours sans nuitée connaissent une évolution particulièrement dynamique alors que le nombre de séjours en hospitalisation complète est en baisse. Concernant les séances, elles connaissent une légère baisse.
- L'analyse par **catégorie d'activités de soins (CAS)** indique que la part des séjours en obstétrique est stable, alors que les parts des séjours de chirurgie ambulatoire et des séjours avec techniques peu invasives ont augmenté. La part du nombre de séjours des séjours sans acte classant sans nuitée et des séances ont en revanche diminué.
- L'étude des **niveaux de sévérité** indique que, pour les séjours sans acte classant, la baisse des séjours de niveau 1 est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés alors qu'en chirurgie, le nombre de séjours de niveau 1 augmente mais moins rapidement que celui des séjours de niveau J.
- Les **catégories majeures de diagnostics (CMD)** qui contribuent le plus à la croissance sont la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif), la CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) et la CMD 2 (Affections de l'œil).
- L'analyse par **domaine d'activité (DA)** indique que, séances mises à part, les trois domaines d'activité qui contribuent le plus à la croissance entre 2009 et 2010 sont le DA 2 (Orthopédie traumatologie), le DA 11 (Ophtalmologie) et le DA 6 (Cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels).
- L'examen par **racine** apporte trois éclairages différents. Une première approche, basée sur la contribution à la croissance, complète les analyses par CMD et par DA. Une deuxième approche, fondée sur la notion de lourdeur d'activité, révèle que l'évolution du volume économique des racines dites «lourdes» est plus importante que celle des racines «légères» et cette évolution s'explique plus par l'effet structure que par l'augmentation de leur nombre de séjours. La troisième approche se concentre sur 9 couples de racines « chaudes » et « froides » pour lesquels l'évolution est plus forte que l'évolution moyenne de l'ensemble des racines. Les racines « chaudes » évoluent plus rapidement que les racines « froides ».

- L'analyse par **GHM** complète l'analyse par racine en montrant que la forte contribution à la croissance s'explique souvent par l'évolution des séjours de niveau J au sein des racines concernées.

- Un **focus sur les séances** indique que la baisse du volume économique associé aux séances (-0,7%) s'explique principalement par l'évolution des séances de chimiothérapie (-1,0% en volume économique et -0,6% en nombre de séjours).

L'analyse par **région** indique que l'évolution du volume économique est particulièrement dynamique dans les DOM, sauf pour la Guyane ainsi que dans les régions Basse-Normandie (+3,7%) et Picardie (+3,0%). Une représentation cartographique par territoire de santé illustre et affine ce constat.

Figure 2 : Evolution du volume économique par territoire de santé (Secteur ex-OQN)

