Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE

DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE

NOTE SEMESTRIELLE

JUIN 2011

Résumé du rapport

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 pour l'année 2010 a été effectuée au sein de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée à partir des données produites par l'ATIH et la CNAMTS.

Les données issues du PMSI et du SNIIRAM sur l'année complète font apparaître un taux d'évolution brut[1] des réalisations de +1,8% sur le champ de l'activité étudié par l'observatoire, soit un écart de + 93M€ aux objectifs arrêtés.

L'un des faits marquants de l'année 2010 réside dans le très fort dynamisme d'activité constaté sur le champ MCO.

En effet :

- S'agissant du secteur ex-DG, le taux d'évolution brut de l'ODMCO est estimé à 2,7% entre 2010 et 2009, induisant un écart de + 502M€ à l'objectif. Cet écart s'explique par l'effet volume observé sur la partie financée à l'activité (part tarif), soit + 3,1%.

- S'agissant du secteur ex-OQN, le taux d'évolution brut de l'ODMCO est estimé à 2,2% entre 2010 et 2009, induisant un écart de + 66 M€ à l'objectif. Cet écart s'explique par l'effet volume observé sur la partie financée à l'activité (part tarif), soit + 2,2 %.

Une analyse détaillée de l'activité MCO est présentée au sein de ce rapport afin de permettre d'appréhender au mieux les évolutions par catégories d'établissements, d'activités de soins ou encore par niveaux de sévérité.

Quant au secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie sous objectif quantifié national (OQN), le taux d'évolution de 5,1% marque un certain recul par rapport aux taux constatés les années antérieures, et aboutit à un montant de dépenses conforme à l'objectif.

[1] Le taux d'évolution brut correspond à l'estimation de réalisations de l'année n rapportée à l'estimation de réalisations de l'année n-1. Il ne tient pas compte des éventuelles modifications du périmètre des agrégats étudiés. Les opérations de fongibilité intervenues courant 2010 ont toutefois été neutralisées ici.

Sommaire du rapport

		Page
	Introduction	4
1ère partie :	**Éléments de la campagne budgétaire et tarifaire 2010**	4 à 5
1.1	Les objectifs de la campagne 2010	4 - 5
1.2	Les évolutions du modèle de financement en 2010	5
2ème partie :	**Analyse des réalisations d'activité 2010**	6 à 12
2.1	Présentation synthétique des réalisations 2010	6
2.2	Analyse détaillée des résultats 2010	7 - 12
2.2.1	Les dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO/MIGAC)	7 - 10
2.2.1.1	*Secteur ex-DG : Analyse détaillée des réalisations 2010 pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale*	7 - 9
2.2.1.2	*Secteur ex-OQN Analyse détaillée des réalisations 2010pour les établissements de santé ex-OQN*	9 - 10
2.2.2	Autres dépenses relatives aux établissements de santé *(ODAM et OQN psychiatrie-SSR)*	11
2.2.3	L'hospitalisation à domicile (HAD)	12
3ème partie :	**Analyse détaillée des réalisations 2010**	13 à 26
3.1	Analyse de l'activité 2010 Etablissements anciennement sous dotation globale *« Données provisoires- Secteur ex DG »*	13 - 20
3.1.1	Résumé synthétique	13 - 14
3.1.2	Analyse détaillée de l'activité	14 - 20
	1. Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010 2. Analyse par catégorie d'établissements 3. Analyse par type de prise en charge 4. Analyse par catégorie d'activité de soins 5. Analyse par niveaux de sévérité 6. Analyse par catégories majeures de diagnostics 7. Focus sur les séances	
3.2	Analyse de l'activité 2010 Etablissements anciennement sous OQN *« Données provisoires- Secteur ex-OQN»*	21 - 26
3.2.1	Résumé synthétique	21
3.2.2	Analyse détaillée de l'activité	22 - 26
	1. Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010 2. Analyse par type de prise en charge 3. Analyse par catégorie d'activité de soins 4. Analyse par niveaux de sévérité 5. Analyse par catégories majeures de diagnostics 6. Focus sur les séances	
4ème partie :	**Axes de travail pour l'observatoire**	27
Annexes	Annexe 1- Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 7 juin 2011 Annexe 2- Tableau synthétique des réalisations pour les années 2008 à 2010 Annexe 3 - Réalisations 2010 pour les cliniques privées en dates de soins fin avril 2011 Annexe 4 : Eléments complémentaires relatifs à l'activité des établissements de santé	28 à 40

INTRODUCTION

Conformément aux dispositions réglementaires, ce rapport de l'Observatoire présente une analyse des données d'activité de soins des établissements de santé, et des dépenses d'assurance maladie engendrées par ces activités pour l'année 2010, à partir des données statistiques[2] produites par l'ATIH et la CNAMTS.

Cette analyse doit être replacée dans le contexte de construction de la campagne budgétaire et tarifaire de l'année. De plus, au-delà de l'estimation des réalisations d'assurance maladie globales, une analyse détaillée des évolutions visant à mieux appréhender les facteurs déterminants de l'évolution des dépenses est présentée sur le champ MCO.

Enfin, la dernière partie de ce rapport est consacrée aux voies d'amélioration et axes de travail de l'Observatoire pour l'avenir, et ce d'autant que la question de son évolution est posée par les termes de la loi. En effet, l'Observatoire économique a été créé pour une période de cinq ans à compter du 1er janvier 2007, et conformément à l'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale, une évaluation de son fonctionnement doit être conduite avant la fin de l'année 2011 afin d'être en mesure de proposer des modalités d'évolution de cette structure.

1ère partie : Eléments de contexte de la campagne budgétaire et tarifaire 2010

1.1 Les objectifs de la campagne 2010

Tableau 1 : Détermination des objectifs de dépenses de la campagne tarifaire et budgétaire 2010

			Base 2010	Mesures nouvelles 2010	Objectif 2010	Taux d'évolution de l'objectif par rapport à la base
ODMCO/MIGAC	**total**		**51 067**	**1 375**	**52 442**	**2,69%**
	ODMCO	total	43 149	1 151	44 299	2,67%
	MIGAC	total	7 918	224	8 142	2,83%
ODAM/OQN	**total**		**17 343**	**467**	**17 810**	**2,69%**
	ODAM	total	15 071	384	15 455	2,55%
		DAF	14 130	301	14 430	2,13%
		USLD	942	84	1 025	8,88%
	OQN	OQN PSY/SSR	2 272	83	2 354	3,64%
FMESPP	**total**		**191**	**73**	**264**	**38,58%**
Total			**68 600**	**1 915**	**70 515**	**2,79%**

Pour 2010, l'ONDAM hospitalier a été fixé à + 2,8 %. Dans le même temps, le tendanciel de charges pour 2010 a été arrêté à + 3,44 % induisant des mesures d'économies pour les établissements de santé à hauteur de 444 M €.

[2] Les données qui apparaissent dans le présent rapport ne peuvent pas être comparées à celles apparaissant dans les fiches relatives au constat de l'ONDAM du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale : elles diffèrent par leur nature (les analyses du rapport de l'Observatoire portent sur des données statistiques, tandis que l'ONDAM est constaté d'après les comptes des régimes d'assurance maladie), et par le champ couvert (le champ des dépenses analysées par l'observatoire est plus restreint que celui de l'ONDAM hospitalier, qui intègre notamment des dépenses dites « non régulées »).

La campagne 2010 a permis de financer un peu plus de 1,9 milliards de mesures nouvelles, qui se décomposent en :

1,375 milliards pour les établissements de santé tarifés à l'activité ;

0,467 milliard pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

1.2 Les évolutions du modèle de financement en 2010

Après les importantes évolutions apportées en 2009 au modèle de financement des activités MCO du fait de la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM, la construction tarifaire 2010 a été guidée par un objectif de stabilisation.

- Au niveau de la classification des GHM sur le champ MCO :

Quelques évolutions de la classification des GHM ont été nécessaires, répondant notamment aux attentes exprimées par les professionnels (révision de l'effet "âge", création de quelques nouveaux GHM de courte durée, etc.). Ainsi, la classification des GHM est passée, en 2010, en version V11b.

- Au niveau tarifaire :

L'ODMCO a progressé de 2,67 %, ce qui a permis de dégager une marge tarifaire de 736 millions d'euros. Avant d'aboutir aux taux d'évolution des tarifs fixés au 1er mars 2010, il a été nécessaire de constituer des provisions pour faire face à la progression de l'activité, des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations, des forfaits annuels, ainsi qu'à une partie du dépassement constaté en 2009.
Ces provisions ont été réalisées en retenant une estimation d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes et une prévision d'augmentation de 8% des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

Les taux moyens d'évolution des tarifs ont ainsi été fixés : -0,66% pour le secteur ex-DG (convergence ciblée incluse) et 0% pour le secteur ex-OQN.

Concernant le secteur OQN (SSR et Psychiatrie du secteur privé), le taux moyen d'évolution des tarifs a été fixé à 0,5%.

2ème partie : Analyse des réalisations d'activité 2010

2.1 Présentation synthétique des réalisations 2010

Au total sur l'ensemble des agrégats suivis dans le cadre de l'Observatoire, les résultats statistiques de la campagne 2010 font apparaître

- une augmentation brute des réalisations de 1,8% se décomposant en :
  - + 2,5% pour les dépenses relatives à l'ODMCO et aux MIGAC
  - - 0,2% sur les autres dépenses (ODAM et OQN)

- un écart global aux objectifs arrêtés pour la campagne 2010 de +93M€ se décomposant en :
  - + 228 M€ pour les dépenses relatives à l'ODMCO et aux MIGAC
  - - 134 M€ sur les autres dépenses (ODAM et OQN)

	Objectifs arrêtés 2010	Estimation des réalisations	Ecart réalisations attendues / objectifs arrêtés	Ecart réalisations attendues / 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%**

Source : PMSI – SNIIRAM / ATIH

* : La comparaison directe des estimations de réalisations aux objectifs arrêtés n'est pas pertinente. En effet, au cours de la campagne 2010, ont été notifiées aux établissements des opérations de fongibilité qui ne sont pas comptabilisées dans les objectifs. Ainsi, il convient, pour réaliser la comparaison, de neutraliser les opérations de fongibilité notifiées en cours d'année. Ces opérations représentent 10 M€ (sortie de l'enveloppe hospitalière) se décomposant en 3,5 M€ sur l'enveloppe MIGAC et 6,5 M€ sur l'ODAM.

Il convient également de noter que les évolutions de dépenses traduisent les mouvements de champ qui sont intervenus lors de la campagne 2010. Ainsi, l'introduction des établissements ex DG de la Guyane à la tarification à l'activité explique pour partie l'évolution négative de l'ODAM.

2.2 Analyse détaillée des résultats 2010

2.2.1 Les dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO/MIGAC)

Constat général d'un dépassement sur le champ MCO :

En 2010, l'évolution brute des dépenses du champ MCO est de + 2,6%, représentant écart de + 567 M€ de l'objectif fixé.

Cet écart est lié au très fort dynamisme de l'activité MCO, le montant de réalisations estimé sur la partie activité[3] est supérieur de + 990M€ au montant de dépenses prévu en construction.

Cette sur-exécution a toutefois été compensée pour partie par une moindre consommation de la liste en sus et par la sous-exécution des enveloppes MIGAC et ODAM liée aux mises en réserve de crédits effectués au cours de l'année 2010 et donc non délégués aux établissements de santé.

Ces mises en réserve destinées à garantir le respect de l'ONDAM conformément aux préconisations du rapport d'avril 2010 du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ont été fixées à hauteur de 525 M€ :

- 222M€ de crédits issus de la marge régionale en dotation d'aide à l'accompagnement (AC).
  Une mise en réserve complémentaire de 40M€ en crédits AC avait été demandée en octobre 2010, mais cette instruction a ensuite été levée compte tenu des éléments présentés lors du groupe de suivi statistique de l'ONDAM du 23 décembre.
- 100M € de crédits issus de la marge nationale portant sur des crédits d'aides à la contractualisation (AC) destinés à compenser les effets de la nouvelle classification V11 mise en place en 2009
- 98,5M€ complémentaires au niveau national portant sur des crédits disponibles pour 2010 (MIGAC, DAF)
- 105M€ d'annulation de crédits du FMESPP (issues de la déchéance).

2.2.1.1 *Secteur ex-DG : Analyse détaillée des réalisations 2010 ODMCO*

	Prévisions de dépenses	Estimation des réalisations	Ecart réalisations estimées / prévision de dépenses	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
ODMCO public	**34 467,71**	**34 969,34**	**501,63**	**2,7%**
activité - part tarifs	30 497,50	31 259,66	762,16	2,6%
médicaments et DMI	2 970,69	2 727,11	- 243,58	4,8%
forfaits annuels	999,52	982,57	- 16,95	1,9%

Source PMSI ATIH

L'évolution brute des dépenses de l'activité MCO sur le champ ex-DG se décompose comme suit :

- ***Dépenses relatives à l'activité*** : évolution brute de + 2,6%, ce qui correspond à un écart de + 762M€ par rapport à la prévision de dépenses faite lors de la construction des objectifs.

  Il convient de noter que ces taux bruts intègrent des effets champ qu'il convient de neutraliser. Ces effets sont respectivement liés à des changements de champ d'établissements, à des changements de périmètre tarifaire et ainsi qu'à l'évolution annuelle des tarifs.

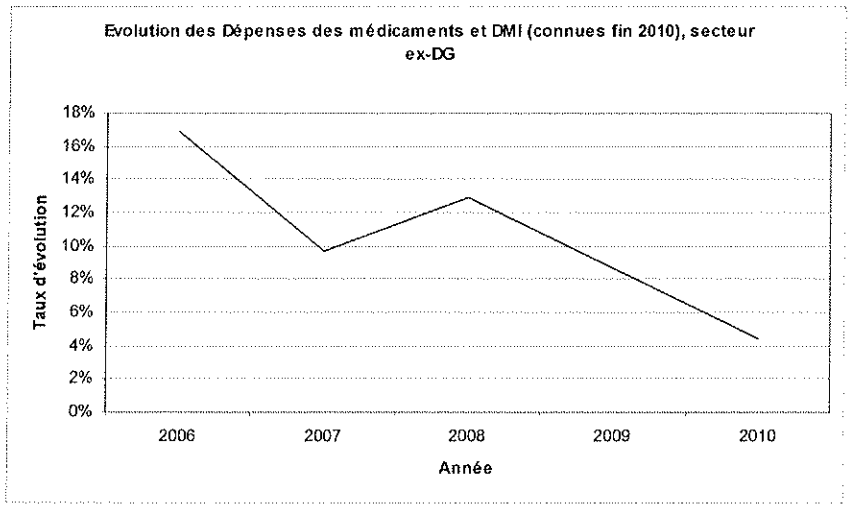
[3] La partie activité regroupe : les séjours y compris suppléments journaliers, les actes et consultations externes, la dialyse et l'HAD

Ces effets se décomposent de la manière suivante :

- Le changement de champ d'établissements correspond au passage des établissements de la Guyane en T2A en 2010. Il convient donc de neutraliser leurs poids, soit 0,3%. L'évolution des dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) hors Guyane est estimée à +2,3% ;
- L'analyse à périmètre tarifaire constant conduit à neutraliser les mouvements de crédits opérés de l'ODMCO vers l'enveloppe MIGAC (PDSH, précarité) ainsi qu'au sein de l'ODMCO, de la liste en sus vers la part tarifs (intégration de DMI, médicaments). Ces effets représentent 0,4% des réalisations ce qui induit une évolution des dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) hors Guyane et à périmètre tarifaire constant estimée à +2,7% ;
- La correction de l'évolution tarifaire correspond à l'effet tarif de la part activité de -0,5%. L'évolution des dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) hors Guyane, à périmètre tarifaire et à tarif constant est estimée à +3,1% ;

Après neutralisation de tous les effets, cette évolution de +3,1% correspond à l'évolution du volume de l'activité financée *via* les tarifs y compris actes et consultations externes et HAD. L'évolution du volume des séjours uniquement (GHS hors suppléments) est de + 2,8%.

Dépenses relatives aux médicaments et DMI facturables en sus : évolution brute de + 4,8%, ce qui correspond à un écart de - 244M€ par rapport à la prévision de dépenses réalisée lors de la construction des objectifs.
Concernant ce poste, le fort ralentissement de l'évolution des dépenses médicaments et DMI facturables en sus peut être souligné :



Il convient également de prendre en compte sur 2010 « l'effet périmètre » [4]concernant la liste des médicaments et DMI inscrits sur la liste en sus. L'effet périmètre principal est dû aux sorties (radiations) qui ont représenté des masses financières importantes. A champ constant, l'évolution des dépenses relatives aux médicaments et DMI est évaluée à +6,7%.

- ***Dépenses relatives aux forfaits annuels*** : évolution de + 1,9%, ce qui correspond à un écart de - 17M€ par rapport à la prévision de dépenses faites lors de la construction des objectifs.

[4] Effet périmètre listes en sus : pour les médicaments, en entrée : Mozobil, Privigen, Octagam, Javlor, Stelara, Aranesp, Clairyg, Feiba, Fibrogammin, Taxotere, Cimzia, Clottafact et Enbrel et en sortie : cinq anticancéreux génériqués en 2009 (epirubicine, vinorelbine, oxaliplatine, paclitaxel et fludarabine) / pour les DMI en entrée : Lumax, Evia, Mets et en sortie : la radiation des valves cardiaques et des conduits valvés.

MIGAC

La réalisation de la campagne 2010 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales s'élèvent à 7 717 M€, soit une évolution annuelle brute d'environ +1,9% par rapport à 2009. Une partie de cette évolution est due au passage en T2A pour les établissements de Guyane. Hors Guyane, le taux d'évolution de l'enveloppe est de +1,1%.

L'écart entre les montants prévus lors de la construction des objectifs 2010 et ceux déléguées par les ARS s'élève à -310 M€, expliqué par la mise en réserve des crédits de cette enveloppe.

2.2.2.2 *Secteur ex-OQN : Analyse détaillée des réalisations 2010 ODMCO*

	Prévisions de dépenses	Estimation des réalisations	Ecart réalisations estimées / prévisions de dépenses	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
ODMCO privé	**9 831,45**	**9 897,05**	**65,60**	**2,2%**
activité	8 052,62	8 280,34	227,72	3,2%
médicaments et DMI	1 602,37	1 411,27	- 191,09	- 0,4%
forfaits annuels	176,47	205,44	28,97	-14,8%

Source PMSI redressement SNIIRAM ATIH

L'évolution des dépenses de l'activité MCO sur le champ ex-OQN se décompose comme suit :

- ***Dépenses relatives à l'activité*** : évolution brute de +3,2%, ce qui correspond à un écart de + 228M€ par rapport à la prévision de dépenses faite lors de la construction des objectifs.

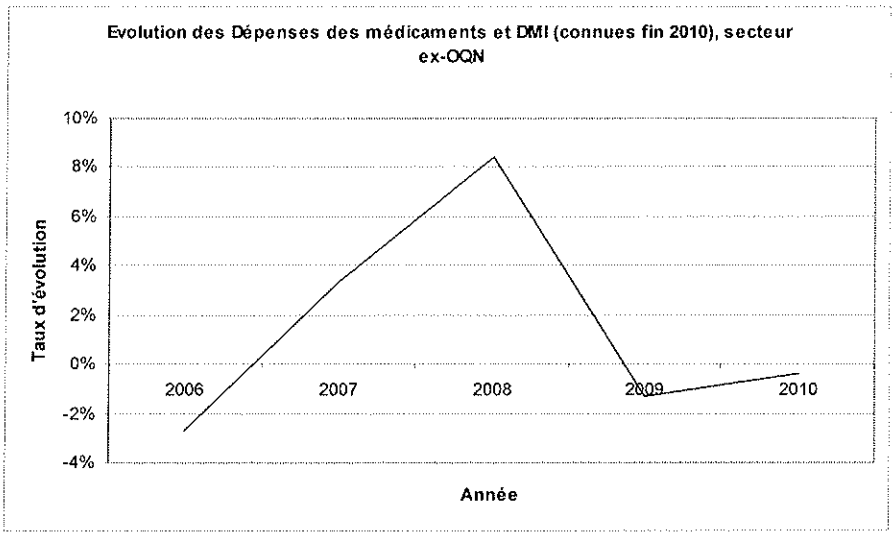
  Il convient de noter que ces taux bruts intègrent des effets champ qu'il convient de neutraliser.

  Ces effets se décomposent de la manière suivante :
  - L'analyse à périmètre tarifaire constant conduit à neutraliser les mouvements de crédits opérés de l'ODMCO vers l'enveloppe MIGAC (précarité) ainsi qu'au sein de l'ODMCO, de la liste en sus vers la part tarifs (intégration de DMI, médicaments). Ces effets représentent 0,3% des réalisations ce qui induit une évolution des dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) à périmètre tarifaire constant estimée à +2,9% ;
  - La correction du mode de financement de la haute technicité (forfait annuel vers tarifs) se traduit par un effet de 0,5% ce qui induit une évolution de dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) à périmètre tarifaire constant et après correction du mode de financement de la haute technicité estimée à +2,3% ;
  - La correction de l'évolution tarifaire correspond à l'effet tarif de la part activité de +0,1%. L'évolution de dépenses de l'activité financée *via* les tarifs (y compris actes et consultations externes et HAD) à périmètre tarifaire après correction du mode de financement de la haute technicité et à tarif constant est alors estimée à +2,2% ;

Après neutralisation de tous les effets, cette évolution de +2,2% correspond à l'évolution du volume de l'activité financée *via* les tarifs y compris dialyse et HAD. L'évolution du volume des séjours uniquement (part GHS hors suppléments) est de +1,1%.

- ***Dépenses relatives aux médicaments et DMI facturables en sus*** : évolution brute de -0,4%, ce qui correspond à un écart de -191M€ par rapport à la prévision de dépenses réalisée lors de la construction des objectifs.

  Il convient de noter le fort ralentissement de l'évolution des dépenses de médicaments et DMI facturables en sus depuis 2009 :



A champ constant, l'évolution des dépenses relatives aux médicaments et DMI est évaluée à +1,8%.

- ***Dépenses relatives aux forfaits annuels*** : l'évolution faciale est de -15%, sachant que cette évolution traduit le mouvement d'une partie des crédits du forfait HT vers la part tarifs.
  Au total, ce poste connaît un écart de +29M€ par rapport à la prévision de dépenses faites lors de la construction des objectifs.

MIGAC

La réalisation de la campagne 2010 par les régions, suivie à l'aide des informations saisies dans l'outil ARBUST, montre que les délégations régionales brutes s'élèvent à + 82 M€, soit une évolution annuelle brute d'environ -20%, probablement liée à l'importance du montant de l'enveloppe AC dans l'ensemble des MIGAC de ce secteur.

L'écart entre les montants prévus lors de la construction des objectifs 2010 et ceux délégués par les ARS s'élève à -30 M€.

2.2.2 Autres dépenses relatives aux établissements de santé *(ODAM et OQN psychiatrie-SSR)*

2.2.2.1 *ODAM :*

total dépenses hors T2A suivies par l'observatoire	Objectifs	Estimation des réalisations	Ecart réalisations estimées / objectifs	Ecart réalisations estimées / objectifs après neutralisation fongibilité	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
ODAM	**15 455,35**	**15 314,01**	**- 141,33**	**- 134,42**	**-0,9%**
DAF (hors USLD)	14 430,23	14 313,03	- 117,20	- 114,26	0,3%
USLD	1 025,11	1 000,98	- 24,13	- 20,17	-15,5%

Source ATIH

Les délégations nationales octroyées par voie de circulaire ont été inférieures d'environ 82M€ par rapport aux prévisions de dépenses DAF (hors USLD) et d'environ 17M€ par rapport aux prévisions de dépenses au titre des dotations de soins USLD, réalisées au moment de la construction des objectifs 2010. Ces écarts s'expliquent par les mises en réserve opérées pour respecter l'ONDAM hospitalier.

De plus, concernant la DAF, l'allocation de ressources opérés au cours de l'exercice 2010 par les régions montre que les délégations régionales s'élèvent à 14 313M€. **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARS s'élève à -33M€.**

Pour la dotation de soins USLD, l'allocation de ressources régionales montre que les délégations régionales s'élèvent à 1 001M€. **L'écart d'affectation entre les délégations nationales et celles des ARS s'élève à -2 M€.**

Ainsi au total, les dépenses au titre de la DAF et des USLD ont connu une évolution brute de -0.9% soit un écart de -134M€ avec le montant de dépenses initialement prévu dans la campagne budgétaire 2010.

2.2.2.2 Champ OQN SSR et psychiatrie :

total dépenses hors T2A suivies par l'observatoire	Objectifs	Estimation des réalisations	Ecart réalisations estimées / objectifs	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
OQN psy-SSR	**2 354,36**	**2 354,36**	**0**	**5,1%**

S'agissant de l'activité PSY/SSR des cliniques privées, l'exercice 2010 est marqué par une mise en œuvre tardive de la campagne entraînant pour ce secteur des retards de facturation. Le suivi des dépenses pour ces activités s'avère très perturbé en 2010. Ainsi, l'analyse des données de facturation 2011 montre la présence de facturations rattachables en soins à l'exercice 2010. Ces éléments conduisent à retenir une estimation des réalisations conforme à l'objectif. Ce constat correspond à une évolution brute des dépenses de +5,1% par rapport à 2009. Cette évolution brute se décompose en +3,6% pour l'activité de psychiatrie et +5,5% pour les activités de soins de suite et de réadaptation.
Compte tenu des évolutions tarifaires opérées pour les campagnes 2010 et 2009, l'évolution du volume est estimée à +4,4%, dont +2,9% pour la psychiatrie et +4,8% pour les soins de suite et réadaptation.

2.2.3 L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD poursuit une forte évolution qui traduit le dynamisme de cette activité depuis plusieurs années.

Evolution du nombre de journées en HAD 2007-2010

	Secteur Ex-OQN		Secteur ex-DG	
Année	Nombre de journées	Taux d'évolution	Nombre de journées	Taux d'évolution
2007	904 715		1 461 711	
2008	1 125 804	+24,4%	1 639 184	+12,1%
2009	1 483 738	+31,8%	1 793 342	+9,4%
2010	1 726 586	+16,4%	1 902 174	+6,1%

- **Secteur ex DG**

Pour les établissements antérieurement sous DG, l'activité d'HAD représente une part très limitée de l'activité MCO (1% des dépenses MCO).

Toutefois, ce secteur connaît une activité en forte évolution puisque le taux d'évolution des dépenses de ce secteur (activité + Médicaments et DMI) est évalué à +6,1%.
Cette évolution se décompose en :

+4,5% sur les GHT
+34,6% sur les médicaments et DMI.

Pour mémoire, entre 2008 et 2009, l'évolution était évaluée à +11,7%.

- **Secteur ex OQN**

Pour les établissements antérieurement sous OQN, l'activité d'hospitalisation à domicile représente une part plus importante de l'activité MCO (3,7% des dépenses MCO).

Ce secteur connaît également une activité en forte évolution avec un taux d'évolution des dépenses de l'activité GHT évalué à +13,7%.

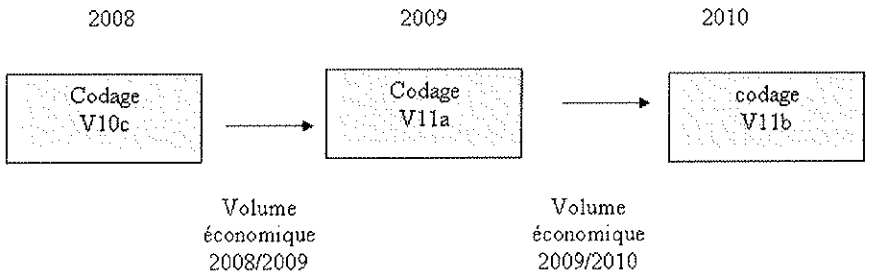
Pour les établissements qui n'effectuent que de l'HAD, le taux d'évolution des dépenses dudit secteur (activité + médicaments et DMI) est de 17,1%. Il se décompose en un taux d'évolution sur les GHT de +15,6% et sur les médicaments et DMI de +196,7%. Il convient toutefois de noter que ce dernier poste ne représente que 2,1% des recettes de ces établissements.
Pour mémoire, entre 2008 et 2009, l'évolution était évaluée à +20,3% sur les GHT.

3ème partie : Analyse détaillée des réalisations 2010

La méthodologie relative à l'évolution du volume économique pour les deux secteurs est la suivante :

L'évolution du volume économique se mesure en comparant la valorisation de l'activité selon la classification propre à chaque exercice mais à champ tarifaire constant. Les changements de périmètre tarifaire, ainsi que l'évolution des tarifs, sont neutralisés dans les analyses en volume.

Figure 1 : Evolution du volume économique et évolution de la classification des GHM



Ainsi l'évolution du volume économique traduit à la fois :

- 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 »).

Lorsque la classification des GHM n'est pas la même pour deux exercices d'activité comparés, l'évolution de la structure d'activité inclut également un effet classification. Lors du passage de la V10c à la V11a, l'effet classification a été important. En revanche entre la v11a et la v11b, les changements sont mineurs et l'effet classification est donc très faible.

3.1 Analyse de l'activité 2010 : Etablissements anciennement sous dotation globale *« Données provisoires- Secteur ex-DG »*

3.1.1 Résumé synthétique

Evolution du volume économique relatif aux séjours (hors suppléments)

	2010/2009	2009/2008
Nombre de séjours	+1,7 %	+1,6 %
Effet structure	+1,1 %	+2,1 %
Total	**+2,8 %**	**+3,8 %**

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

A classification constante, l'analyse détaillée de l'activité conduit aux principaux résultats suivants :

L'analyse en termes de **prise en charge** révèle que les séances connaissent une évolution particulièrement dynamique. S'agissant de l'hospitalisation, les séjours en ambulatoire ont progressé plus vite que ceux en hospitalisation complète. Cette progression rapide s'observe particulièrement sur la chirurgie.

L'analyse par **catégorie d'activité 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 séances et des séjours avec techniques peu invasives.

L'analyse par **niveau de sévérité** indique 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.

L'analyse par **catégorie majeure de diagnostic** indique que la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) et la CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) sont les catégories majeures de diagnostic qui augmentent le plus.

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 dont 20% d'évolution du nombre de séjours pour chimiothérapies non tumorales et 6% pour chimiothérapies tumorales).

3.1.2 Analyse détaillée de l'activité

1. Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010

L'objectif est d'analyser le volume d'activité à classification constante V11b, les effets induits par le changement de classification mesuré une année donnée étant connu.

Tableau 2: Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante

	Evolution du volume économique 2009/2010 selon la classification en vigueur pour chaque exercice	Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante en V11b
Volume économique	**+2,8%**	**+3,1%**
- nombre de séjours	**+1,7%**	**+1,7%**
- effet structure	**+1,1%**	**+1,4%**

Les résultats présentés par la suite portent sur une comparaison de l'activité à classification constante, en V11b, et selon une valorisation par les tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

1. Analyse par catégorie d'établissements

Tableau 3: Evolution de l'activité selon la catégorie d'établissements

Catégorie d'établissements	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
APHP	7.4%	8.6%	2.4%	0.7%	1.8%
CH	51.0%	51.4%	2.8%	1.4%	1.4%
CHR	25.2%	27.7%	3.0%	1.1%	1.9%
CLCC	7.8%	3.0%	5.6%	4.0%	1.5%
EBNL	7.8%	8.4%	4.9%	4.3%	0.6%
SSA	0.8%	1.0%	8.0%	6.7%	1.2%
TOTAL	100.0%	100.0%	**3.1%**	**1.7%**	**1.4%**

Les établissements du service de santé des armées (SSA) : passés en tarification à l'activité en 2009, ils se caractérisent par une évolution dynamique, avec un volume économique en progression de +8,0%.

Les CLCC et les EBNL : l'activité est également soutenue du fait d'une forte évolution du nombre de séjours. En outre, les CLCC se caractérisent par un effet structure plus élevé que celui de l'ensemble des établissements, alors que celui des EBNL est très faible.
L'évolution du nombre de séjours des EBNL est particulièrement plus marquée sur les séjours sans nuitée, alors que pour les autres catégories d'établissements les hausses de nombre de séjours se retrouvent principalement sur l'augmentation des nombres de séances.

Les CHR : l'évolution du volume économique est plus forte sur l'ensemble des CHR que pour l'AP-HP ; on constate également un effet structure élevé.

Les CH : ce sont les établissements qui connaissent la plus faible évolution de volume économique.

2. Analyse par type de prise en charge

Tableau 4: Evolution de l'activité selon le type de prise en charge

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	18.2%	7.8%	3.3%	1.0%	2.2%
Hospitalisation complète	49.6%	86.3%	2.9%	0.5%	2.4%
Total hospitalisation	**67.8%**	**94.1%**	**2.9%**	**0.6%**	**2.3%**
Séances	32.2%	5.9%	6.2%	4.2%	2.0%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**3.1%**	**1.7%**	**1.4%**

Les séjours en hospitalisation : les séjours sans nuitée ont progressé plus vite que ceux en hospitalisation complète ;

Les séances : l'évolution est très dynamique du fait d'une augmentation de plus de 4% du nombre de séances.

3. Analyse par Catégorie d'activité de soins

Tableau 5: Evolution de l'activité selon la catégorie d'activité de soins

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	3.6%	2.4%	9.2%	7.3%	1.7%
Chirurgie non ambulatoire	11.0%	29.7%	2.2%	-0.2%	2.4%
Chirurgie	**14.6%**	**32.1%**	**2.7%**	**1.6%**	**1.1%**
Séjours sans acte classant et sans nuitée	10.3%	3.6%	-1.8%	-2.9%	1.1%
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	28.6%	45.9%	3.1%	0.2%	2.9%
Séjours sans acte classant	**38.9%**	**49.4%**	**2.7%**	**-0.7%**	**3.4%**
Obstétrique –enfant (*)	4.0%	2.9%	2.6%	1.9%	0.7%
Obstétrique –mère (**)	4.5%	5.0%	1.6%	0.2%	1.4%
Obstétrique	**8.5%**	**7.9%**	**2.0%**	**1.0%**	**1.0%**
Techniques peu invasives	5.8%	4.7%	8.6%	6.9%	1.6%
Séances	32.2%	5.9%	6.2%	4.2%	2.0%
Total	**100.0%**	**100.0%**	**3.1%**	**1.7%**	**1.4%**

(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons de moins de 120 jours.
(**) Cette catégorie ne porte pas que sur les accouchements.

Précision méthodologique : l'évolution du volume économique (3ème colonne du tableau ci-dessus) est pondérée par le poids du nombre de séjours ainsi que le poids de la masse financière. En revanche, pour la 4ème colonne « effet effectif », il n'y a pas de pondération économique.

Si la **chirurgie** et les **séjours sans acte classant** se caractérisent par une évolution similaire de leur volume économique, à +2.7% en revanche leurs évolutions diffèrent à la fois selon le type de prise en charge et selon la décomposition des évolutions en nombre de séjours et effet structure :

- les séjours de chirurgie ambulatoire : ils sont très dynamiques et la forte évolution du volume économique reflète une forte évolution du nombre de séjours (+7,3%) concomitante à une baisse des séjours d'hospitalisation complète ;
- les séjours sans acte classant et sans nuitée : ils se caractérisent à l'inverse surtout par une baisse du nombre de séjours (-2,9%) ;

Pour les séjours en hospitalisation complète, qu'ils soient sans acte classant ou en chirurgie, l'évolution du volume économique s'explique principalement par un fort effet structure concomitant à une stabilité du nombre de séjours.
Les techniques peu invasives ont une évolution presque aussi dynamique que la chirurgie ambulatoire.

4. Analyse par Niveau de sévérité

Tableau 6: Evolution de l'activité selon le niveau de sévérité

Niveau du GHM	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
1	19.7%	24.0%	-3.9%	-3.5%	-0.4%
2	7.6%	19.4%	1.8%	1.9%	-0.1%
3	4.9%	18.3%	10.6%	10.5%	0.1%
4	1.3%	8.8%	15.8%	18.2%	-2.0%
J	6.5%	3.6%	8.2%	7.1%	1.0%
T	13.0%	4.5%	-2.8%	-3.5%	0.7%
Sous total 1+2+3+4+J+T	**53.1%**	**78.6%**	**3.2%**	**0.1%**	**3.1%**
A	6.1%	5.9%	0.9%	0.8%	0.1%
B	1.4%	1.8%	4.9%	5.7%	-0.8%
C	0.5%	1.1%	8.1%	8.1%	0.1%
D	0.0%	0.1%	6.8%	8.2%	-1.3%
E	0.2%	0.1%	-0.1%	-0.2%	0.1%
Z	6.5%	6.6%	0.2%	3.4%	-3.2%
Séance	32.2%	5.9%	6.2%	4.2%	2.0%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**3.1%**	**1.7%**	**1.4%**

Le niveau 1 connaît une baisse de son volume économique, due à une baisse du nombre de séjours. Sur les séjours sans acte classant, cette baisse est concomitante à une hausse des séjours des niveaux plus élevés.
Sur la chirurgie, la baisse des séjours de niveau 1 s'explique par une hausse de la prise en charge en ambulatoire, et la hausse des séjours sur les niveaux de sévérité plus importants s'explique par une hausse globale de l'activité.

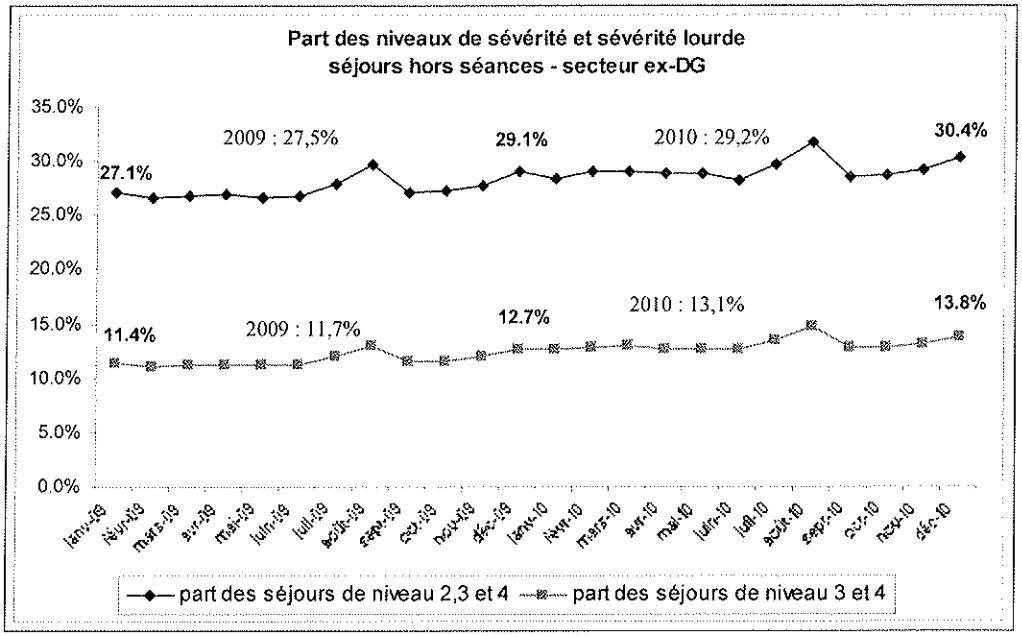
Le phénomène qui peut être mesuré est l'évolution de la structure d'activité. Ainsi un éclairage sur l'effet structure peut être apporté en observant l'évolution mois par mois de la répartition des séjours selon leur niveau de sévérité.

Globalement, la part des séjours classés dans les niveaux sévères dans l'ensemble des séjours hors séances et hors obstétrique et néonatalogies (CMD 14 et 15) a augmenté tout au long de l'année 2009 et cette évolution s'est prolongée avec la même saisonnalité en 2010. Ainsi sur les deux exercices passés :

- la part des séjours de niveau 2, 3 et 4 est passée de 27,1% à 29,1% entre janvier et décembre 2009, puis de 28,4% à 30,4% entre janvier et décembre 2010 ;
- la part des séjours de niveau 3 et 4 est passée de 11,4% à 12,7% entre janvier et décembre 2009, puis de 12,7% à 13,8% entre janvier et décembre 2010.

Cette évolution peut résulter en partie d'une amélioration du codage de l'activité, mais reflète surtout une tendance à l'augmentation de la gravité des cas traités.

Figure 2: Evolution de la part des séjours de niveaux de sévérité lourde (séjours hors séances)



Ces indicateurs présentent un caractère saisonnier. Ainsi, le mois d'août 2010, comme le mois d'août 2009, présentent la valeur la plus importante, notamment en raison d'un niveau d'activité générale plus faible mais comportant une part importante de séjours sévères.

En 2011, le passage en V11c avec la révision des CMA entraînera une baisse de la part des niveaux de sévérité.

5. Analyse par Catégorie majeure de diagnostics (cf. annexe 4)

Les catégories majeures de diagnostics qui contribuent le plus à la croissance sont :

- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) avec une hausse du volume économique de 4,1%
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) avec une hausse du volume économique de 3,8%
- La CMD 1 (Affections du système nerveux) avec une hausse du volume économique de 4,0%

A l'inverse les catégories majeures de diagnostics qui contribuent le moins à la croissance sont :

- La CMD 18 Maladies infectieuses et parasitaires) avec une baisse du volume économique de -12,7%
- La CMD 23 (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) avec une baisse du volume économique de -3,5%.

Tableau 7: Evolution de l'activité selon la CMD

CMD	Libellé	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
01	Affections du système nerveux	7.9%	4.0%	1.4%	2.5%	10.0%
02	Affections de l'œil	1.6%	5.0%	4.6%	0.4%	2.6%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2.4%	3.8%	1.3%	2.4%	2.8%
04	Affections de l'appareil respiratoire	8.4%	1.8%	-1.7%	3.6%	4.9%
05	Affections de l'appareil circulatoire	11.3%	3.8%	0.9%	2.8%	13.5%
06	Affections du tube digestif	9.0%	3.3%	3.3%	0.0%	9.5%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	3.5%	3.5%	1.6%	1.9%	3.9%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	11.6%	4.1%	1.0%	3.0%	15.1%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3.3%	3.9%	0.0%	3.9%	4.1%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	3.0%	3.5%	-0.7%	4.2%	3.3%
11	Affections du rein et des voies urinaires	3.7%	5.4%	2.7%	2.6%	6.2%
12	Affections de l'appareil génital masculin	1.0%	2.1%	0.2%	1.9%	0.7%
13	Affections de l'appareil génital féminin	1.9%	2.2%	1.6%	0.6%	1.3%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	6.6%	2.0%	0.5%	1.5%	4.2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	2.9%	2.6%	1.9%	0.7%	2.4%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	1.6%	4.9%	1.4%	3.4%	2.5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	2.7%	4.0%	-3.2%	7.4%	3.4%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	1.3%	-12.7%	-7.4%	-5.7%	-6.5%
19	Maladies et troubles mentaux	1.9%	6.4%	3.4%	2.9%	3.9%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0.9%	8.9%	6.6%	2.1%	2.5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	1.1%	2.3%	-1.3%	3.6%	0.8%
22	Brûlures	0.3%	8.1%	1.1%	7.0%	0.8%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	4.5%	-3.5%	-4.4%	0.9%	-5.4%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.2%	-1.4%	-5.1%	3.8%	-0.1%
26	Traumatismes multiples graves	0.4%	2.4%	-0.5%	2.9%	0.3%
27	Transplantations d'organes	1.1%	6.0%	3.1%	2.8%	2.0%
28	Séances	5.9%	6.2%	4.2%	2.0%	11.3%
	TOTAL	100.0%	**3.1%**	**1.7%**	**1.4%**	**100%**

6. FOCUS sur les SEANCES

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) qui se décompose ainsi :

- les séances tumorales (+6,0% en volume économique et +6,0% en nombre de séjours) ;
- les séances non tumorales (+20,0% en volume économique et +20,0% en nombre de séjours)

Au sein de chaque type de séances (radiothérapie, chimiothérapie, etc.) il existe des transferts entre GHM, notamment en radiothérapie, du GHM 28Z13 « Autres techniques d'irradiation externe, en séances » vers le GHM 28Z18 « Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances » et vers le GHM 28Z12 «Techniques complexes d'irradiation externe, en séances».

Tableau 8: Evolution des séances par racine

Racine	LIBELLE	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
28Z01	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	0.0%	-23.4%	-21.9%	-2.0%
28Z02	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	0.1%	13.0%	14.7%	-1.4%
28Z03	Entraînements à l'hémodialyse, en séances	0.9%	26.9%	26.9%	0.0%
28Z04	Hémodialyse, en séances	31.0%	1.8%	2.0%	-0.1%
	Sous-total Dialyse	**32.0%**	**2.3%**	**2.2%**	**0.1%**
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	31.1%	6.0%	6.0%	0.0%
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	6.8%	20.0%	20.0%	0.0%
	Sous-total Chimiothérapie	**38.0%**	**8.3%**	**8.5%**	**-0.2%**
28Z08	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	4.1%	10.1%	10.1%	0.0%
28Z09	Autres préparations à une irradiation externe	0.2%	-26.5%	-26.4%	-0.1%
28Z10	Curiethérapie, en séances	0.4%	8.7%	8.6%	0.1%
28Z11	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	2.2%	53.7%	32.9%	15.6%
28Z12	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	12.3%	20.3%	20.3%	0.0%
28Z13	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	1.8%	-49.1%	-49.1%	0.0%
28Z18	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	1.3%	29.1%	29.8%	-0.6%
	Sous-total Radiothérapie	**22.4%**	**8.4%**	**2.1%**	**6.2%**
28Z14	Transfusions, en séances	5.7%	4.5%	4.6%	-0.1%
28Z15	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	0.4%	-5.2%	-5.7%	0.5%
28Z16	Aphérèses sanguines, en séances	1.6%	18.5%	18.8%	-0.2%
	Sous-total autres séances	**7.7%**	**6.4%**	**4.0%**	**2.3%**
	TOTAL SEANCES	**100.0%**	**6.2%**	**4.2%**	**2.0%**

3.2 Analyse de l'activité 2010 : Établissements anciennement sous OQN
« Données provisoires – Secteur ex-OQN»

3.2.1 Résumé synthétique

Evolution du volume économique relatif aux séjours (hors suppléments)

	2010/20009	2009/2008
Nombre de séjours	+ 0,5 %	+ 0,7 %
Effet structure	+ 0,7 %	+ 1,9 %
Total	+ 1,1 %	+ 2,5 %

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

A classification constante, l'analyse détaillée de l'activité conduit aux principaux résultats suivants :

L'analyse par type de **prise en charge** 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'activité de soins** indique que la part des séjours en obstétrique est stable. Les parts des séjours de chirurgie ambulatoire et des séjours avec techniques peu invasives ont augmenté alors que le nombre de séjours sans acte classant sans nuitée et des séances a diminué

L'analyse par **niveau de sévérité** montre 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 niveaux 1 augmente mais moins rapidement que les niveaux J et T.

L'analyse par **catégorie majeure de diagnostics** indique que la CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) et la CMD 2 (Affections de l'œil) sont les catégories majeures de diagnostic qui augmentent le plus.

Un **focus sur les séances** indique que la baisse du volume économique associé aux séances (-0,6%) s'explique principalement par l'évolution négative des séances de chimiothérapie (-0,7% en volume économique et -0,4% en nombre de séjours dont 25,7% d'évolution du nombre de séjours pour chimiothérapies non tumorales et -1,2% pour chimiothérapies tumorales).

3.2.2 Analyse détaillée de l'activité

1. Evolution du volume économique 2008/2009 et 2009/2010

L'objectif de cette partie est d'analyser le volume économique à classification constante V11b, les effets induits par le changement de classification mesurés une année donnée étant connu.

Tableau 9: Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante

	Evolution du volume économique 2009/2010 selon la classification en vigueur pour chaque exercice	Evolution du volume économique 2009/2010 à classification constante en V11b
Volume économique	**+1,1%**	**+1,2%**
- effet effectif	**+0,5%**	**+0,5%**
- effet structure	**+0,7%**	**+0,8%**

Les résultats présentés par la suite portent sur une comparaison de l'activité à classification constante, en V11b, et selon une valorisation par les tarifs en vigueur au 1er mars 2010.

2. Analyse par type de prise en charge

Tableau 10: Evolution de l'activité selon le type de prise en charge

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse financière en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	44.5%	23.8%	4.7%	2.9%	1.8%
Hospitalisation complète	44.6%	72.9%	0.2%	-1.7%	1.9%
Total hospitalisation	**89.1%**	**96.7%**	**1.3%**	**0.6%**	**0.7%**
Séances	10.9%	3.3%	-0.6%	-0.3%	-0.3%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**1.2%**	**0.5%**	**0.8%**

Les séjours sans nuitée ont fortement progressé, contrairement à ceux en hospitalisation complète. L'évolution des séances est légèrement négative.

3. Analyse par Catégorie d'activité de soins

Tableau 11 : Evolution de l'activité selon la catégorie d'activité de soins

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse financière en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont effet effectif	- dont effet structure
Chirurgie ambulatoire	19.7%	13.3%	7.4%	5.3%	2.0%
Chirurgie non ambulatoire	24.0%	47.5%	-0.4%	-2.3%	2.0%
Chirurgie	**43.7%**	**60.8%**	**1.2%**	**1.0%**	**0.2%**
Séjours sans acte classant et sans nuitée	2.7%	0.8%	-4.4%	-4.4%	0.0%
Séjours sans acte classant avec nuitée(s)	10.6%	13.3%	1.5%	-0.9%	2.5%
Séjours sans acte classant	**13.2%**	**14.1%**	**1.2%**	**-1.6%**	**2.9%**
Obstétrique –enfant (*)	3.3%	2.7%	-0.6%	-0.3%	-0.3%
Obstétrique –mère (**)	3.6%	4.4%	-0.6%	-0.9%	0.4%
Obstétrique	**6.9%**	**7.1%**	**-0.6%**	**-0.6%**	**0.0%**
Techniques peu invasives	25.3%	14.8%	2.6%	1.4%	1.2%
Séances	10.9%	3.3%	-0.6%	-0.3%	-0.3%
Total	**100.0%**	**100.0%**	**1.2%**	**0.5%**	**0.8%**

(*) Cette catégorie ne porte pas que sur les naissances mais couvre tous les séjours relatifs aux nourrissons de moins de 120 jours.
(**) Cette catégorie ne porte pas que sur les accouchements.

Précision méthodologique : l'évolution du volume économique (3ème colonne du tableau ci-dessus) est pondérée par le poids du nombre de séjours ainsi que le poids de la masse financière. En revanche, pour la 4ème colonne « effet effectif », il n'y a pas de pondération économique.

Si la **chirurgie** et les **séjours sans acte classant** se caractérisent par une évolution globale similaire de leur volume économique (à environ + 1%), des différences importantes sont constatées selon le type de prise en charge et selon les effets mesurés :

- l'évolution du volume économique de la chirurgie est principalement liée à une forte augmentation du nombre des séjours sans nuitée (+ 5,3%) concomitante à une baisse des séjours d'hospitalisation complète. L'effet structure sur la chirurgie ambulatoire et non ambulatoire est également important +2,0% ;
- à l'inverse, l'évolution du volume économique des séjours sans acte classant est liée à un effet structure important constaté uniquement sur les séjours d'hospitalisation complète (+2.5%). Pour les séjours sans nuitée, il est constaté une baisse du nombre de séjours (-4,4%) et un effet structure nul.

Les techniques peu invasives ont une évolution dynamique.

4. Analyse par niveau de sévérité

Le niveau 1 connaît une baisse de son volume économique, due à une baisse du nombre de séjours. Cette baisse est concomitante à une hausse du nombre des séjours des niveaux plus élevés.

Tableau 12: Evolution de l'activité selon le niveau de sévérité

Niveau du GHM	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
1	24.8%	33.5%	-2.5%	-3.7%	1.3%
2	6.2%	17.0%	1.7%	1.0%	0.8%
3	2.1%	7.6%	6.0%	6.4%	-0.4%
4	0.5%	3.2%	11.6%	13.3%	-1.5%
J	35.8%	19.8%	5.7%	3.9%	1.7%
T	4.8%	1.7%	0.1%	-1.5%	1.6%
Sous total 1+2+3+4+J+T	**74.1%**	**82.6%**	**1.6%**	**0.8%**	**0.8%**
A	5.4%	6.4%	-0.3%	-0.3%	-0.1%
B	1.1%	1.3%	1.0%	0.7%	0.2%
C	0.2%	0.5%	2.7%	2.9%	-0.2%
D	0.0%	0.0%	10.8%	5.9%	4.5%
E	0.0%	0.0%	-0.6%	0.4%	-1.1%
Z	8.1%	5.8%	-0.4%	-0.7%	0.3%
Séance	10.9%	3.3%	-0.6%	-0.3%	-0.3%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**1.3%**	**0.5%**	**0.8%**

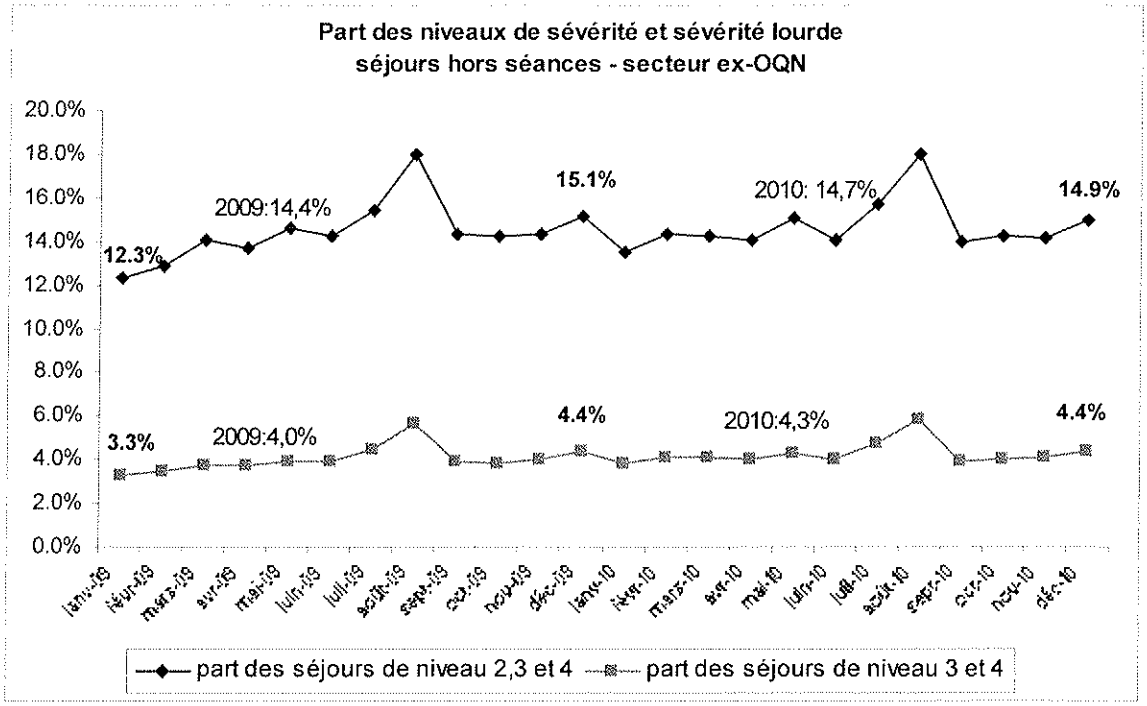
Le phénomène qui peut être mesuré est l'évolution de la structure d'activité. Ainsi un éclairage sur l'effet structure peut être apporté en observant l'évolution mois par mois de la répartition des séjours selon leur niveau de sévérité.

Globalement, il apparaît que la part des séjours classés dans les niveaux sévères dans l'ensemble des séjours hors séances et hors obstétrique et néonatalogies (CMD 14 et 15) a augmenté tout au long de l'année 2009.

La part des séjours avec sévérité en 2010 présente la même saisonnalité qu'en 2010 mais avec une tendance légèrement moindre en 2010. Ainsi, sur les deux exercices passés :

- la part des séjours de niveau 2, 3 et 4 est passée de 12,3% à 15,1% entre janvier et décembre 2009, puis de 13,5% à 14,9% entre janvier et décembre 2010 ;
- la part des séjours de niveau 3 et 4 est passée de 3,3% à 4,4% entre janvier et décembre 2009, puis de 3,9% à 4,4% entre janvier et décembre 2010.

Figure 3: Evolution de la part des séjours de niveaux de sévérité lourde (séjours hors séances)



Ces indicateurs présentent un caractère saisonnier. Ainsi, le mois d'août 2010, comme le mois d'août 2009, présentent la valeur la plus importante, notamment en raison d'un niveau d'activité générale plus faible mais comportant une part importante de séjours sévères.

En 2011, le passage en V11c avec la révision des CMA entraînera une baisse de la part des niveaux de sévérité.

5. Analyse par Catégorie majeure de diagnostics

Les catégories majeures de diagnostique qui contribuent le plus à la croissance sont :

- La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) avec une hausse du volume économique de 2,3% ;
- La CMD 2 (Affections de l'œil) avec une hausse du volume économique de 4,1% ;
- La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) avec une hausse du volume économique de 2,4%.

A l'inverse, les catégories majeures de diagnostique qui contribuent le moins à la croissance sont :

- La CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin) avec une baisse du volume économique de -2,9% ;
- La CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin) avec une baisse du volume économique de -1,9%.

Tableau 13: Evolution de l'activité selon la CMD

CMD	Libellé	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance
01	Affections du système nerveux	2.6%	2.0%	1.1%	0.8%	4.2%
02	Affections de l'œil	8.3%	4.1%	3.6%	0.5%	27.2%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	4.6%	0.8%	0.0%	0.8%	2.8%
04	Affections de l'appareil respiratoire	2.3%	1.9%	-0.8%	2.7%	3.5%
05	Affections de l'appareil circulatoire	12.7%	2.4%	0.5%	1.9%	24.3%
06	Affections du tube digestif	15.8%	0.0%	0.7%	-0.7%	0.4%
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2.8%	2.6%	2.4%	0.2%	5.9%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	19.1%	2.3%	1.3%	1.0%	35.8%
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3.1%	0.6%	-0.3%	0.9%	1.5%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1.9%	11.1%	6.5%	4.4%	15.4%
11	Affections du rein et des voies urinaires	3.7%	1.2%	-0.8%	2.0%	3.7%
12	Affections de l'appareil génital masculin	2.9%	-2.9%	-0.8%	-2.2%	-7.3%
13	Affections de l'appareil génital féminin	3.6%	-1.9%	-0.6%	-1.2%	-5.6%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	6.0%	0.0%	-0.6%	0.6%	-0.1%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	2.7%	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.3%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	0.6%	0.7%	-0.7%	1.4%	0.3%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0.7%	-3.0%	-9.5%	7.2%	-1.9%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	0.2%	-15.1%	-12.7%	-2.8%	-2.7%
19	Maladies et troubles mentaux	0.1%	-1.7%	-0.8%	-0.9%	-0.2%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0.1%	-2.9%	2.7%	-5.4%	-0.3%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	0.5%	-2.3%	-0.8%	-1.6%	-1.0%
22	Brûlures	0.0%	-23.8%	-21.7%	-2.6%	-0.2%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2.4%	-1.3%	-3.9%	2.7%	-2.7%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.0%	-2.8%	-5.2%	2.5%	0.0%
26	Traumatismes multiples graves	0.0%	-6.3%	-7.4%	1.2%	-0.1%
28	Séances	3.3%	-0.6%	-0.3%	-0.3%	-1.6%
	TOTAL	100.0%	**1.2%**	**0.5%**	**0.8%**	**100.0%**

6. FOCUS sur les SEANCES

Un **focus sur les séances,** indique que l'évolution du volume économique associé aux séances (-0,6%) s'explique principalement par l'évolution à la baisse des séances de chimiothérapie (-0,7% en volume économique et -0,4% en nombre de séjours) qui se décompose ainsi :

- Les séances tumorales (-1,2% en volume économique et -1,2% en nombre de séjours) ;
- Les séances non tumorales (+25,7% en volume économique et +25,7% en nombre de séjours).

Tableau 14: Evolution des séances par racine

Racine	LIBELLE	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	94.7%	-1.2%	-1.2%	0.0%
28Z17	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	1.7%	25.7%	25.7%	0.0%
	Sous-total Chimiothérapie	**96.4%**	**-0.7%**	**-0.4%**	**-0.3%**
28Z14	Transfusions, en séances	3.2%	4.0%	4.0%	0.0%
28Z15	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	0.4%	2.4%	2.4%	0.0%
28Z16	Aphérèses sanguines, en séances	0.0%	181.8%	181.8%	0.0%
	Sous-total autres séances	3.6%	**4.0%**	**3.4%**	**0.6%**
	TOTAL SEANCES	**100.0%**	**-0.6%**	**-0.3%**	**-0.3%**

4ème partie : Les axes de travail pour l'observatoire

En conclusion, **le Président rappelle les axes de travail** qui se dégagent de cette réunion :

1. Sur l'évolution des missions actuelles :

- Amélioration des analyses au sein du rapport annuel :
  - Analyse de l'activité à détailler sur les secteurs dialyse et HAD
  - Analyse « médicalisée » des évolutions d'activité sur certains segments (à définir annuellement)
  - Analyse approfondie sur les champs SSR et psychiatrie
  - Passage des évolutions de dépenses d'activité aux évolutions en volume en distinguant les effets périmètres et effet tarifs
  - Données d'interprétation pour l'évolution de la liste en sus
  - Lien avec le rapport au Parlement sur les MIGAC
  - Mise en perspective des évolutions en pluriannuel.
- Poursuite de travaux engagés pour l'harmonisation des données CNAMTS et ATIH sur le secteur ex-OQN

2. Sur les nouvelles missions :

Un consensus s'est dégagé pour élargir le champ de l'Observatoire aux domaines suivants :

- Le suivi infra-annuel de l'ONDAM ;
- L'analyse conjoncturelle des établissements de santé ;
- Le suivi financier annuel des établissements de santé.

Dans ce cadre, le rapport de juin est maintenu, avec en complément des notes de conjoncture, notamment fin septembre et décembre.

En septembre, la DREES présentera, pour l'année n-1, l'évolution globale des recettes des établissements.

Les modifications législatives

Ce nouveau dispositif aboutit à supprimer le 2ème rapport de l'Observatoire correspondant au 2ème semestre de l'année. Ce point devra faire l'objet d'une modification législative (puisque les textes prévoient un rapport semestriel) et il en est de même pour la mise en œuvre de ces nouvelles missions. La proposition de modification législative à l'occasion de la LFSS pour 2012 sera communiquée aux membres de l'Observatoire courant septembre.

Pour le Président de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Pierre-Louis Bras
Inspecteur Général des Affaires Sociales

****

Annexe 1 : Compte-rendu de la réunion de l'Observatoire du 7 juin

Présents :

Au titre des services de l'Etat :

M. Pierre-Louis Bras, Président, représentant le chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

M. Félix Faucon, Vice-Président, représentant la directrice générale de l'offre de soins (DGOS),

M. Laurent Caussat, représentant le directeur de la sécurité sociale (DSS),

M. Malik Koubi, représentant la directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES),

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

M. Yves Gaubert, représentant le président de la Fédération Hospitalière de France (FHF),

M. Michel Couhert, représentant le président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP),

Mme Céline Moreau, représentant le président de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (FEHAP),

Mme Sandrine Boucher, représentant le président de la Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer (UNICANCER),

M. Olivier Paul, représentant la présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD)

Au titre des organismes nationaux d'assurance maladie :

M. Claude Gissot, représentant le directeur général de la CNAMTS,

M. Jean-Philippe Perret et Mme Dorothée Jolly, représentants la CNAMTS
M. Julien Lesrel, représentant le directeur général du RSI.

Excusés :
Le Directeur général de la santé ou son représentant
Le Directeur général de la CCMSA ou son représentant

Assistent également :

FHF :	Mme Michèle Deschamps
ATIH :	Mme Véronique Sauvadet
	Mme Florence Naudin
DGOS :	M. Samuel Pratmarty
	Mme Sandrine Billet
	M. Hammadi Abhizat
	Mme Elodie Michaudet
	M. Philippe Le Roux
DSS :	M. Emmanuel Chion
	Mme Anne-Claire Horel

1) Validation du compte rendu du 14 décembre 2010

La FHF exprime une réserve sur la validation de ce compte-rendu quant aux évolutions constatées en infra-annuel, réserve qui pourra être levée suite aux débats de ce jour.

2) Réalisations de la campagne 2010

L'ATIH présente en séance un diaporama relatif à l'analyse de l'activité MCO pour les secteurs ex-DG et ex-OQN.

Débats :

Le représentant de la FHF fait état que les constats des évolutions infra-annuelles relatives au secteur sous-OQN sont souvent sous-estimées. Par ailleurs, il s'interroge quant aux annonces de décembre 2010 sur un dépassement de l'ODMCO de l'ordre de 750 à 850 M€ alors que les premiers éléments des comptes sociaux font apparaître une sous-exécution de l'ONDAM.

Le Vice-Président souligne que l'ONDAM hospitalier a été respecté pour la première fois depuis 1997. Est également souligné le fait que la sous exécution globale de l'ONDAM n'est pas incompatible avec la sur exécution de la part activité au sein de l'ODMCO. La différence s'explique à la fois par la sous exécution de la liste en sus et par les mesures de prudence prises lors de la campagne 2010. En effet, 525 M€ de crédits ont été mis en réserve en 2010 dont 105M€ issus de crédits de la déchéance du FMESPP, 222M€ de mises en réserve issus de la marge régionale AC, 100M€ de la marge nationale AC et 98,5M€ de crédits complémentaires non délégués.

Le Vice-président précise que l'activité a été davantage soutenue dans le secteur public que dans le secteur privé.
Le représentant de la FHF revient sur la prévision d'évolution de la liste en sus, qui lui paraissait excessive et suppose un mauvais calibrage initial.
Le Vice-Président précise que la provision sur la liste en sus a été effectivement importante mais que, dans le même temps, ce sur-provisionnement a permit de couvrir une partie de la sur-exécution sur l'activité MCO. Sans cela, les mises en réserve de AC aurait dû être plus importante pour garantir le respect de l'ONDAM.

➔ La CNAMTS expose son document relatif à l'évolution des dépenses des cliniques en 2010 en date de soins à partir des remboursements effectués jusqu'en avril 2011.

La CNAMTS rappelle que ses travaux s'effectuent uniquement sur la base des factures liquidées. Elle n'est pas en mesure d'effectuer des analyses fines, comme par exemple, l'évolution par CMD (catégories majeures de diagnostic) ....
Le document remis fait également état de l'activité des médecins libéraux, en nombre d'actes, en cabinet et au sein des établissements de santé privés. Globalement, cette activité baisse en établissement de santé entre 2009 et 2010. Aussi, elle estime que la croissance observée du nombre de séjours au sein des établissements ex-OQN est en cohérence avec celle des actes des médecins spécialistes

➔ La FHF a exprimé le souhait d'avoir plus d'éléments sur le secteur SSR et psychiatrique ainsi que sur les MIGAC au sein du rapport de l'observatoire.

II) L'évaluation du fonctionnement de l'Observatoire

Le Président rappelle que l'Observatoire a été mis en place il y a cinq ans, et que conformément aux dispositions législatives, une évaluation de son fonctionnement doit être effectuée.

Il est proposé d'effectuer cette évaluation par le biais d'un questionnaire. La méthodologie d'évaluation est acceptée par les membres et le questionnaire alors remis en séance, avec une date de retour pour le 21 juin. Une synthèse sera effectuée lors de la séance du 28 juin.

La méthode convient aux membres participants.

Pour le Président de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Pierre-Louis Bras
Inspecteur Général des Affaires Sociales

Annexe 2 : tableau des réalisations estimées de la campagne 2010

		2008			2009			2010					
		Objectifs	Estimation des réalisations (tient compte de la transmission par les établissements de l'activité 2008 en 2009 et en 2010 via le module LAMDA)	écart estimation des réalisations/ objectifs	objectifs	Estimation des réalisations (tient compte de la transmission par les établissements de l'activité 2009 en 2010 via le module LAMDA)	écart estimation des réalisations/ objectifs	Objectifs	estimation des réalisations prenant en compte l'incertitude	écart Estimation des réalisations / objectifs	écart après fongibilité	taux brut d'évolution 2010/2009	Taux brut d'évolution 2009/2008
TOTAL		**66 515,37**	**66 757,01**	**241,64**	**68 519,57**	**69 105,73**	**586,16**	**70 251,20**	**70 333,85**	**82,65**	**93,39**	**1,80%**	**3,50%**
ODMCO / MIGAC		**48 834,81**	**49 014,89**	**180,08**	**50 828,33**	**51 405,04**	**576,71**	**52 441,50**	**52 665,48**	**223,98**	**227,81**	**2,50%**	**4,90%**
ODMCO		**42 225,89**	**42 411,36**	**185,48**	**43 134,07**	**43 726,82**	**592,75**	**44 299,16**	**44 866,39**	**567,22**	**567,22**	**2,60%**	**3,10%**
	ODMCO public	**32 931,84**	**33 073,50**	**141,66**	**33 595,59**	**34 041,27**	**445,69**	**34 467,71**	**34 969,34**	**501,63**	**501,63**	**2,70%**	**2,90%**
	activité - part tarifs	29 605,23	29 752,38	147,15	29 898,18	30 474,81	576,63	30 497,50	31 259,66	762,16	762,16	2,60%	2,40%
	médicaments et DMI	2 444,17	2 394,89	-49,28	2 778,16	2 601,86	-176,29	2 970,69	2 727,11	-243,58	-243,58	4,80%	8,60%
	forfaits annuels	882,44	926,23	43,8	919,25	964,6	45,34	999,52	982,57	-16,95	-16,95	1,90%	4,10%
	ODMCO privé	**9 294,05**	**9 337,86**	**43,81**	**9 538,48**	**9 685,55**	**147,06**	**9 831,45**	**9 897,05**	**65,6**	**65,6**	**2,20%**	**3,70%**
	activité	7 714,67	7 828,57	113,9	7 746,70	8 027,42	280,72	8 052,62	8 280,34	227,72	227,72	3,20%	2,50%
	médicaments et DMI	1 518,31	1 435,86	-82,45	1 561,36	1 416,90	-144,46	1 602,37	1 411,27	-191,09	-191,09	-0,40%	-1,30%
	forfaits annuels	61,07	73,43	12,36	230,42	241,22	10,8	176,47	205,44	28,97	28,97	-14,80%	228,50%
MIGAC		**6 608,93**	**6 603,52**	**-5,4**	**7 694,26**	**7 678,23**	**-16,04**	**8 142,34**	**7 799,10**	**-343,24**	**-339,42**	**1,60%**	**16,30%**
ODAM / OQN		**17 680,56**	**17 742,12**	**61,56**	**17 691,24**	**17 700,69**	**9,45**	**17 809,70**	**17 668,37**	**-141,33**	**-134,42**	**-0,20%**	**-0,20%**
ODAM		**15 678,18**	**15 672,47**	**-5,72**	**15 515,04**	**15 459,57**	**-55,47**	**15 455,35**	**15 314,01**	**-141,33**	**-134,42**	**-0,90%**	**-1,40%**
	DAF (hors USLD)	14 303,16	14 319,98	16,82	14 313,46	14 274,97	-38,49	14 430,23	14 313,03	-117,2	-114,26	0,30%	-0,30%
	USLD	1 375,02	1 352,48	-22,53	1 201,58	1 184,60	-16,99	1 025,11	1 000,98	-24,13	-20,17	-15,50%	-12,40%
OQN psy-ssr		**2 002,38**	**2 069,66**	**67,28**	**2 176,19**	**2 241,11**	**64,92**	**2 354,36**	**2 354,36**	**-**	**-**	**5,10%**	**8,30%**
	total dotations (ODAM + MIGAC)	22 287,11	22 275,99	-11,12	23 209,31	23 137,80	-71,51	23 597,68	23 113,11	-484,57	-473,84	-0,10%	3,90%

Annexe 3 : Dépenses des cliniques privées en 2010 en date de soins à partir des remboursements d'avril 2011 Source CNAMTS

Dépenses des cliniques privées en 2010 en date de soins à partir des remboursements d'avril 2011

L'estimation[5] de l'évolution de la consommation de soins ODMCO, SSR et PSY des cliniques privées 2010, en date de soins du régime général, France métropolitaine, y compris sections locales mutualistes est de 2,4%. L'ODMCO évoluerait à 1,8%, les dépenses SSR et PSY de 5,3%. Déflaté des corrections pour jours ouvrés et tarifaires, l'évolution n'est plus que de 2% sur ce champ.

Régime Général - Métropole yc SLM - Tous risques	2009	2010	évolution brute	2010/2009 CJO	2010/2009 CJO corrigé tarifs moyens
ODMCO	**7 837 552**	**7 975 822**	**1,8%**	**1,3%**	**1,3%**
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	6 654 224	6 807 449	2,3%		
dont hospitalisation à domicile	*230 725*	*261 539*	*13,4%*		
médicaments et DMI	1 147 744	1 131 952	-1,4%		
forfaits annuels (FAU,CPO)	97 603	99 272	1,7%		
PAS 18 euros	-62 018	-62 852	1,3%		
OQN PSY SSR	**1 866 569**	**1 965 612**	**5,3%**	**5,4%**	**4,8%**
PSY	508 214	529 588	4,2%	4,3%	3,7%
SSR	1 358 355	1 436 024	5,7%	5,8%	5,2%
Total (*)	**9 704 121**	**9 941 434**	**2,4%**	**2,1%**	**2,0%**

(*) Ce total ne représente pas l'ensemble des versements aux cliniques privées qui comprend par ailleurs les MIGAC et les dépenses non régulées (établissements hors territoire)

Le passage aux dépenses France entière amène l'évolution brute à 2,7%. La progression de la consommation de soins est plus rapide dans les territoires d'outre-mer (0,2 point pour l'ODMCO et 0,4 point pour les dépenses de PSY et SSR.

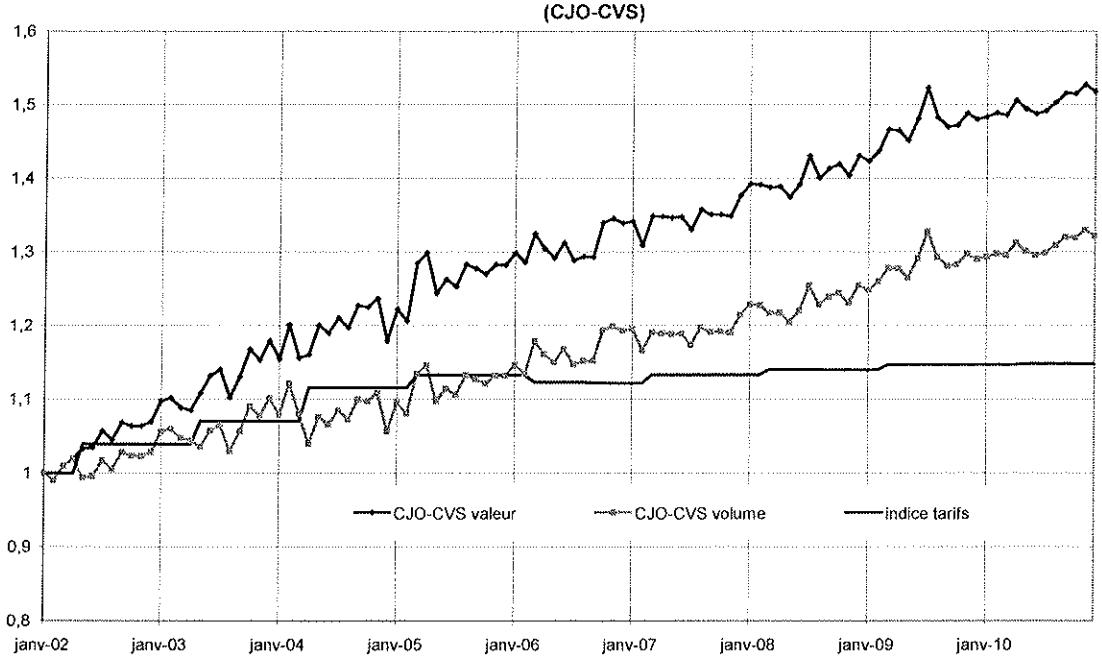
Régime Général - France Entière yc SLM - Tous risques	2009	2010	évolution brute
ODMCO	**8 119 478**	**8 278 532**	**2,0%**
frais de séjours (hors PAS 18 euros)	6 914 496	7 087 059	2,5%
dont hospitalisation à domicile	*269 658*	*302 843*	*12,3%*
médicaments et DMI	1 169 248	1 154 911	-1,2%
forfaits annuels (FAU,CPO)	99 007	100 693	1,7%
PAS 18 euros	-63 274	-64 131	1,4%
OQN PSY SSR	**1 955 586**	**2 067 083**	**5,7%**
PSY	516 913	539 877	4,4%
SSR	1 438 673	1 527 205	6,2%
Total (*)	**10 075 064**	**10 345 615**	**2,7%**

(*) Ce total ne représente pas l'ensemble des versements aux cliniques privées qui comprend par ailleurs les MIGAC et les dépenses non régulées (établissements hors territoire)

Les cinq dernières années sont marquées par de très faibles revalorisations comparées à celles des années précédentes.

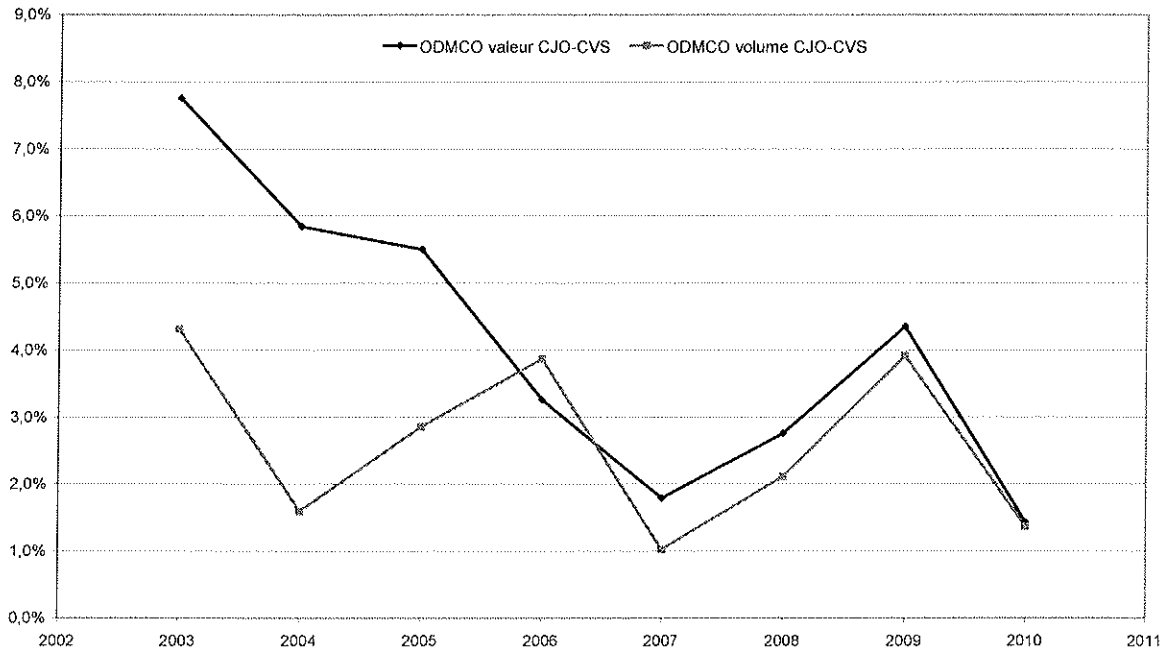
[5] Les consommations de soins 2010, communiquées ici, ne sont qu'estimatives car en date de soins, nous devons prévoir les soins relatifs à 2010 qui seront liquidés à l'avenir. De plus, ces consommations de soins sont établies à partir du suivi statistique mensuel des dépenses. Elles ne reflètent donc pas obligatoirement ce qui a été inscrit dans les comptes.

Comparaison des indices (base janvier 2002) des dépenses de soins ODMCO+SSR+PSY en valeur et volume (CJO-CVS)



Les évolutions annuelles des dépenses d'ODMCO évoluent entre 1% et 4 % en volume depuis au moins 7 ans. Les évolutions peu dynamiques (autour de 1%) en 2007 et 2010 font suite à deux années de progression rapide qui étaient marquées par la mise en place de la T2A et le passage à la V11.

Evolution annuelle de l'ODMCO



Activité des spécialistes libéraux effectuées en cliniques ou en cabinets (en nombre d'actes).

L'activité globale des spécialistes libéraux mesurée en nombre d'actes a décéléré en 2010 quel que soit le lieu d'exécution (cabinet/cliniques privées) de cette activité. Cependant, cette décélération a été plus marquée pour l'activité des médecins dans les cliniques privées (cf. tableau infra). La faible dynamique de l'activité ODMCO des cliniques en 2010 mesurée par l'évolution des dépenses déflatées de l'évolution des tarifs (nulle en 2010) est concordante avec celle de l'activité des médecins exerçant dans ces établissements.

	Nombre d'actes 2010 (1)			PCAP Nombre janv-décembre 2010			PCAP Nombre janv-décembre 2009		
	Cabinet	Etablissement privé	Total (avec centre de santé)	Cabinet	Etablissement privé	Total (avec centre de santé)	Cabinet	Etablissement privé	Total
IMAGERIE	46 163 118	3 339 994	50 433 384	1,9%	-1,8%	1,6%	2,7%	-0,3%	2,5%
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	32 486 759	6 678 006	39 772 479	6,2%	1,7%	5,5%	8,1%	4,9%	7,5%
Actes techniques médicaux diagnostiques	24 392 508	2 945 067	27 800 414	6,8%	-1,2%	6,0%	9,0%	1,8%	8,1%
Actes techniques médicaux thérapeutiques	8 094 251	3 732 939	11 972 065	4,4%	4,1%	4,5%	5,6%	7,6%	6,2%
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	12 560	226 032	238 602	-23,9%	-0,9%	-2,5%	-13,4%	-4,8%	-5,4%
ACTES CHIRURGICAUX	819 856	3 283 266	4 113 993	2,9%	0,5%	1,1%	0,1%	3,2%	2,6%
TOTAL CCAM	79 482 293	13 527 298	94 558 458	3,6%	0,5%	3,2%	4,7%	3,0%	4,5%

(1) : hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

NB : Les chiffres du tableau ci-dessus sont en date de remboursements, corrigés des jours ouvrés.

Extrapolation tous régimes

Précisions :

Les estimations pour l'ensemble des régimes sont réalisées en appliquant aux données du régime général, France entière, les estimations du poids des dépenses du régime général dans le total des dépenses de l'ONDAM hospitalier (constaté selon les données comptables de l'ensemble des régimes d'assurance maladie) (dépenses au titre de l'exercice courant du constat provisoire de l'ONDAM 2010).

Globalement, l'agrégat de consommation de soins constitué de l'ODMCO, des SSR et de la PSY progresserait de 2,44 % en date de soins en 2010.

Évolution tous régimes du volume:

Tous régimes - France entière	Evolution 2010/2009 brute
ODMCO	1,8%
OQN PSY SSR	5,4%
PSY	4,4%
SSR	5,7%
Total(*)	2,44%

Source: Calculs DSS sur données du régime général (Cnamts) et données comptables des régimes d'assurance maladie

Secteur ex DG :

Détail par catégories d'établissements et type d'hospitalisation

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour l'AP-HP

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	25.2%	9.2%	1.2%	-0.7%	1.9%
Hospitalisation complète	47.3%	85.9%	2.5%	0.2%	2.4%
Total hospitalisation	**72.5%**	**95.0%**	**2.4%**	**-0.1%**	**2.6%**
Séances	27.5%	5.0%	3.1%	2.9%	0.2%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**2.4%**	**0.7%**	**1.8%**

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour les CH

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	16.9%	7.3%	3.3%	1.0%	2.3%
Hospitalisation complète	56.0%	87.7%	2.6%	0.3%	2.3%
Total hospitalisation	**72.9%**	**95.0%**	**2.7%**	**0.4%**	**2.2%**
Séances	27.1%	5.0%	5.4%	4.1%	1.2%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**2.8%**	**1.4%**	**1.4%**

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour les CHR

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	21.8%	8.0%	1.7%	-0.3%	2.0%
Hospitalisation complète	48.9%	86.9%	2.9%	0.5%	2.5%
Total hospitalisation	**70.7%**	**94.9%**	**2.8%**	**0.2%**	**2.6%**
Séances	29.3%	5.1%	5.6%	3.3%	2.2%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**3.0%**	**1.1%**	**1.9%**

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour les CLCC

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	3.6%	4.0%	-4.0%	-5.9%	2.0%
Hospitalisation complète	11.3%	62.0%	4.0%	1.4%	2.6%
Total hospitalisation	**14.9%**	**66.0%**	**3.5%**	**-0.5%**	**4.0%**
Séances	85.1%	34.0%	9.9%	4.9%	4.8%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**5.6%**	**4.0%**	**1.5%**

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour les EBNL

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	23.5%	10.7%	9.3%	7.4%	1.8%
Hospitalisation complète	49.1%	84.6%	4.3%	2.3%	2.0%
Total hospitalisation	**72.6%**	**95.3%**	**4.8%**	**3.9%**	**0.9%**
Séances	27.4%	4.7%	6.9%	5.5%	1.3%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**4.9%**	**4.3%**	**0.6%**

Evolution de l'activité selon le type de prise en charge pour le SSA

	Poids en nombre de séjours en 2010	Poids en masse en 2010	Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure
Séjours sans nuitée	23.5%	10.7%	13.7%	9.9%	3.5%
Hospitalisation complète	49.1%	84.6%	7.4%	3.7%	3.5%
Total hospitalisation	**72.6%**	**95.3%**	**7.8%**	**5.0%**	**2.6%**
Séances	27.4%	4.7%	12.6%	11.9%	0.7%
TOTAL	**100.0%**	**100.0%**	**8.0%**	**6.7%**	**1.2%**

Pour les CMD qui contribuent le plus à la croissance, les racines qui contribuent le plus à la hausse de leur évolution peuvent être identifiées

⇨ La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) :

Pour cette CMD deux racines connaissent de fortes évolutions de séjours :
-08C56 (Interventions pour infections ostéoarticulaires) avec +14,7%
- 08C24 (Prothèses de genou) avec +7,6%.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
08C56	Interventions pour infections ostéoarticulaires	19.5%	14.7%	4.1%	18.6%
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	4.1%	2.3%	1.8%	15.3%
08C24	Prothèses de genou	7.9%	7.6%	0.3%	13.4%
08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récents	5.7%	3.4%	2.2%	11.2%

⇨ La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) :

Les deux racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 5 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique autant par la hausse de leur nombre de séjours que leur fort effet structure.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	7.0%	3.3%	3.6%	44.7%
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	50.6%	11.4%	35.2%	29.8%

⇨ La CMD 1 (Affections du système nerveux) :

Les racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 1 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique principalement par la hausse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	9.1%	5.8%	3.0%	42.8%
01M21	Douleurs chroniques rebelles	33.3%	31.5%	1.4%	11.4%
01M34	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	9.7%	8.2%	1.3%	10.8%

- Pour les CMD qui diminuent le plus, les racines qui contribuent le plus à la baisse de leur évolution peuvent être identifiées.

⇨ La CMD 18 (Maladies infectieuses et parasitaires) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 18 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
18C02	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires	-17.8%	-21.8%	5.0%	-14.2%
18M07	Septicémies, âge supérieur à 17 ans	-22.2%	-23.0%	1.0%	-56.9%

⇨ La CMD 23 (Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 23 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
23M06	Autres facteurs influant sur l'état de santé	-4.1%	-14.0%	11.4%	-6.3%
23Z02	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée	-7.8%	-11.0%	3.6%	-55.7%

Secteur ex OQN :

Pour les CMD qui contribuent le plus à la croissance, les racines qui contribuent le plus à la hausse de leur évolution peuvent être identifiées

⇨ La CMD 8 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) :

Pour cette CMD deux racines connaissent de fortes évolutions de séjours :
- 08C24 (Prothèses de genou) avec +4,2% ;

- 08C40 (Arthroscopies d'autres localisations) avec +11,4%.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
08C24	Prothèses de genou	3.9%	3.8%	0.0%	20.7%
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	11.2%	11.3%	-0.1%	19.2%

⇨ La CMD 2 (Affections de l'œil) :

Les racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 2 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique principalement par la hausse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	4.4%	4.4%	0.0%	93.1%
02C09	Allogreffes de cornée	33.9%	31.5%	1.8%	9.2%

⇨ La CMD 5 (Affections de l'appareil circulatoire) :

Les racines qui expliquent le plus la hausse du volume de la CMD 5 connaissent une forte hausse de leur volume économique qui s'explique autant par la hausse de leur nombre de séjours que leur fort effet structure.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
05K13	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	35.6%	9.2%	24.2%	50.3%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	3.3%	3.4%	-0.1%	24.7%
05K11	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	11.7%	7.3%	4.1%	22.5%
05C08	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	118.8%	16.8%	87.3%	14.6%

- Pour les CMD qui diminuent le plus, les racines qui contribuent le plus à la baisse de leur évolution peuvent être identifiées.

⇨ La CMD 12 (Affections de l'appareil génital masculin) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 12 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
12C11	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	-9.8%	-9.9%	0.1%	97.8%
12C04	Prostatectomies transurétrales	-1.3%	-1.7%	0.5%	14.1%

⇨ La CMD 13 (Affections de l'appareil génital féminin) :

Les racines qui expliquent le plus la baisse du volume de la CMD 13 connaissent une forte baisse de leur volume économique qui s'explique principalement par la baisse de leur nombre de séjours.

		Evolution du volume économique en V11b aux tarifs 2010	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance de la CMD
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	-3.7%	-3.8%	0.1%	40.2%
13C03	Hystérectomies	-2.1%	-2.2%	0.1%	30.2%
13C17	Cervicocystopexie	-4.7%	-4.4%	-0.3%	27.0%
13M04	Autres affections de l'appareil génital féminin	-15.8%	-14.6%	-1.4%	20.0%
13C14	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	-3.7%	-3.9%	0.2%	16.7%

Méthodologie de suivi de l'activité

➔ Secteur ex-DG

1. Source de données

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des douze mois de l'exercice 2010 recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 24 février 2011. Le case mix des séjours relatifs à l'exercice 2009 comprend les séjours transmis en 2010. En outre, en 2009 comme en 2010, tous les séjours transmis sont pris en compte, y compris les séjours en attente de valorisation et les séjours non pris en charge par l'assurance maladie.

L'analyse s'intéresse à la valorisation des GHS seuls, y compris extrêmes mais hors séances en sus et hors suppléments journaliers.

Il convient de noter que pour cette étude, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque établissement ne sont pas pris en compte.

2. Effets champs et effets tarifs

Sur la part activité uniquement, le taux d'évolution de recettes permet de déduire une évolution du volume d'activité. Ce volume est obtenu en neutralisant dans l'évolution de recettes les effets champ d'une part et les effets dus à l'évolution moyenne des tarifs.

Il convient de noter que deux types d'effets champ peuvent exister :

- effet champ d'établissements

Afin de ne pas prendre en compte dans l'évolution une hausse du nombre d'établissements, il convient de neutraliser cet effet, et de ne conserver que les établissements qui ont remonté des données sur toutes les périodes étudiées. Pour le secteur Ex-DG, il s'agit d'enlever les dépenses de la Guyane qui n'était pas soumis à la tarification à l'activité en 2009.

- effet champ tarifaire

Lors de la campagne tarifaire 2010, le changement de périmètre des tarifs dû à la réintégration dans le tarif des GHM de plusieurs éléments nécessite de neutraliser cet effet.
Il convient également de neutraliser le transfert vers l'enveloppe MIGAC de la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière (PDSH) et à la précarité.

En ce qui concerne les effets prix, ils correspondent à l'évolution annuelle des tarifs (hors changement de périmètre des tarifs).

3. Classification des GHM

Pour l'analyse globale de l'évolution du « volume économique », il s'agit de comparer la valorisation des séjours de **2009 et 2010 :**
- les séjours de l'année 2009[6] ayant été codés dans la version 11a de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2009 ;
- les séjours de l'année 2010[7] ayant été codés dans la version 11b de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010, en neutralisant le changement de périmètre des tarifs pour se situer au champ tarifaire de 2009.

Pour l'analyse détaillée de l'évolution du « volume économique », les séjours de l'année 2009 comme ceux de l'année 2010 sont analysés selon un codage en version 11b et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010, au champ tarifaire de 2010.

➔ Secteur ex-OQN :

1. Source de données

Les résultats présentés reposent sur les données d'activités des douze mois de l'exercice 2010 recueillies dans le cadre du PMSI, connues à la date du 27 avril 2011.

L'analyse s'intéresse à la valorisation des GHS seuls, y compris extrêmes mais hors séances en sus et hors suppléments journaliers.

Il convient de noter que pour cette étude, le taux de remboursement et le coefficient de transition propres à chaque établissement ne sont pas pris en compte.

2. Effets champs et effets tarifs

Sur la part activité uniquement, le taux d'évolution de recettes permet de déduire une évolution du volume d'activité. Ce volume est obtenu en neutralisant dans l'évolution de recettes les effets champ d'une part et les effets dus à l'évolution moyenne des tarifs.

Il convient de noter que deux types d'effets champ peuvent exister :

- effet champ d'établissements

Pour le secteur anciennement sous objectif quantifié national, pour les établissements ayant des résultats sur la période de janvier à décembre (période appelée M12) inférieurs (écart supérieur à 5%) aux résultats sur la période de janvier à novembre (période appelée M11) extrapolés en année pleine, ce sont les résultats M11 qui sont pris en compte et extrapolés en année pleine[8]. Ainsi dans l'échantillon retenu, seuls les établissements ayant des données sur 2009 et 2010 sont conservés (les établissements ayant fermés ou ouverts sur la période ont également été conservés). 593 établissements sont présents en 2009 et ils représentent 99% des recettes 2010 de l'ensemble du secteur.

- effet champ tarifaire

Lors de la campagne tarifaire 2010, le changement de périmètre des tarifs dû à la réintégration dans le tarif des GHM de plusieurs éléments nécessite de neutraliser cet effet.

---

[6] Les séjours de janvier-février 2009 ont été initialement codés en version 10, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11a qui a été utilisé.

[7] Les séjours de janvier-février 2010 ont été initialement codés en version 11a, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11b qui a été utilisé.

[8] Pour les établissements qui n'ont pas de données M12 « exhaustives » leurs données M11 extrapolées en M12 sont prises en compte (pour 2008 le coefficient d'extrapolation est de 1,085 et pour 2009 il est de 1,090).

Il convient également de neutraliser le transfert vers l'enveloppe MIGAC de la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence de soins hospitalière (PDSH) et à la précarité et l'intégration des certains dispositifs médicaux et molécules onéreuses. Il convient enfin de neutraliser la réintégration de la Haute technicité.

En ce qui concerne l'effet prix, il correspond à l'évolution annuelle des tarifs (hors changement de périmètre des tarifs).

3. Classification des GHM

Pour l'analyse globale de l'évolution du « volume économique », il s'agit de comparer la valorisation des séjours de **2009 et 2010 :**
- les séjours de l'année 2009[9] ayant été codés dans la version 11a de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2009 ;
- les séjours de l'année 2010[10] ayant été codés dans la version 11b de la classification et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010, en neutralisant le changement de périmètre des tarifs pour se situer au champ tarifaire de 2009.Pour l'analyse détaillée de l'évolution du « volume économique », les séjours de l'année 2009 comme ceux de l'année 2010 sont analysés selon un codage en version 11b et valorisés aux tarifs en vigueur au 1er mars 2010, au champ tarifaire de 2010.

[9] Les séjours de janvier-février 2009 ont été initialement codés en version 10, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11a qui a été utilisé.
[10] Les séjours de janvier-février 2010 ont été initialement codés en version 11a, pour des raisons de simplification, c'est leur codage en v11b qui a été utilisé.