

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES ET RECHERCHE

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Le partage volume-prix à l'hôpital
dans les Comptes nationaux de la santé

Malik Koubi, Annie Fenina

n° 118 – mars 2012

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Remerciements

Cette note méthodologique doit beaucoup aux participants du groupe de travail « Partage volume-prix à l'hôpital » qui s'est tenu au cours de l'année 2010-2011.

Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) : Florence Naudin, Véronique Sauvadet.

Direction de la Sécurité sociale (DSS) : Anne-Claire Horel, Romain Roussel.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : Franck Evain, Denis Raynaud, Engin Yilmaz.

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : Hammadi Abhizat, Mathieu Joyau, Gaël Raimbault.

Caisse nationale d'assurance maladie – Travailleurs salariés (CNAMTS) : Jérôme Drouin, Claude Gissot, Dorothée Jolly, Jean-Philippe Perret

Cette étude n'engage que ses auteurs

Sommaire

I - La méthode « output », appliquée aux établissements ex-DG, consiste à calculer un indice de volume à partir de l'activité à un niveau fin	9
I.1 Le contour des soins hospitaliers publics des Comptes de la santé.....	9
I.2 L'indice de volume output : une approche économique en lien direct avec l'activité	10
I.3 La moyenne des évolutions des quantités pondérées par le poids financier de chaque poste	11
I.4 Une méthode adaptée aux comparaisons internationales	12
I.5 Un indice de volume global basé sur l'activité de trois secteurs : MCO, PSY et SSR	13
I.6 Les différentes composantes de l'indice de volume et les sources utilisées.....	14
I.7 Un calcul fait à un niveau élémentaire détaillé pour l'activité MCO et plus agrégé pour ce qui est des champs PSY et SSR	15
I.8 Les produits de l'activité non pris en compte dans le calcul.....	16
I.9 L'impossibilité de faire un partage volume-prix pour les MIGAC.....	17
I.10 Des différences avec l'approche du partage volume prix effectué par l'Observatoire.....	17
I.11 Une application généralisée de la méthode, à partir de l'année 2012, grâce à une disponibilité plus précoce des données	18
I.11 L'indice de volume diffère de l'indice des quantités, même à un niveau d'agrégation intermédiaire	19
II - La méthode « input », appliquée pour le compte provisoire 2010 dans les Comptes de la santé comportait certaines limites	25
II.1 L'évolution des prix des facteurs de production.....	25
II.2 La non-prise en compte des gains de productivité.....	26
III -Vers l'application dans le compte satellite de la santé d'une méthode « output » pour les cliniques privées.....	29
III.1 Indice de volume calculé par la méthode « output » pour les frais de séjour uniquement	29
III.2 Indice de volume composite prenant en compte les honoraires	30
Bibliographie	33
Annexe 1 - Détail du calcul de l'indice de volume par la méthode « output »	35
Annexe 2 - Les principales différences méthodologiques entre la méthode « output » du calcul et l'approche de l'Observatoire	39
Annexe 3 - Le champ des dépenses suivies par l'observatoire et ses évolutions, le changement de périmètre de l'ONDAM et les transferts budgétaires entre sous-objectifs	45
Annexe 4 - Liste des sigles et acronymes utilisés	49

La comptabilité nationale évalue des agrégats ayant une signification macroéconomique, tels que la production, la consommation ou la valeur ajoutée et elle en mesure les évolutions en prix et en volume. Pour la Comptabilité nationale, comme pour les Comptes de la santé qui en constituent un compte satellite, la décomposition de l'évolution en valeur de la Consommation de soins et biens médicaux, ou CSBM, en un effet prix et un effet volume est donc fondamentale pour l'analyse économique des évolutions en cours dans le secteur de la santé.

Cette note a un double objectif. D'une part celui de préciser la méthodologie du partage volume-prix utilisée pour le secteur public hospitalier des Comptes de la santé, secteur qui comprend les hôpitaux publics et les hôpitaux privés financés par le passé par dotation globale (ex-DG). D'autre part d'explicitier les choix et les hypothèses qui sous-tendent l'exercice. Cela implique en particulier de décrire les méthodologies alternatives et de discuter leur pertinence par rapport aux objectifs des Comptes de la santé.

Les deux premières parties de cette note méthodologique concernent le secteur public hospitalier. La première partie détaille la méthode principale utilisée dans les Comptes, dite « méthode output », qui repose sur la mesure directe de l'activité. Elle précise également ce qui distingue l'indicateur calculé de ceux habituellement présentés pour mesurer l'activité des établissements de santé. La deuxième partie montre les limites de la méthode dite « input », basée sur les facteurs de production et qui était utilisée jusqu'ici par défaut pour les comptes semi-définitif et provisoire, pour des raisons de délais de disponibilité des données. Une proposition est faite pour s'affranchir définitivement de cette méthode à partir de la campagne 2012-2013 des Comptes de la santé. Enfin, la troisième partie propose également une extension de la méthode « output » aux établissements privés.

I - La méthode « output », appliquée aux établissements ex-DG, consiste à calculer un indice de volume à partir de l'activité à un niveau fin

Cette partie présente la méthode « output » telle qu'elle est actuellement appliquée au secteur public hospitalier, secteur qui comprend les hôpitaux publics et les hôpitaux privés financés par le passé par dotation globale¹.

I.1 Le contour des soins hospitaliers publics des Comptes de la santé

L'agrégat mesuré chaque année par les Comptes de la santé comprend l'ensemble de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Le champ des Comptes de la santé diffère donc sensiblement du périmètre de l'ONDAM par le champ couvert (tableau 1). En effet, la CSBM inclut non seulement les montants remboursés par la Sécurité sociale, mais également la partie de la dépense non remboursée, que celle-ci soit financée par les ménages, par les organismes complémentaires ou non financée (déficit de l'hôpital).

Les soins hospitaliers des Comptes de la santé correspondent à la production non marchande de santé du secteur public hospitalier (y compris PSPH¹) de la comptabilité nationale (poste P13 de la comptabilité nationale). Les établissements du secteur public hospitalier appartiennent en effet au secteur non marchand de la santé. Conformément aux règles de la comptabilité nationale (dont les Comptes de la santé constituent un compte satellite), leur production, qui est très majoritairement de type non marchand, est évaluée au coût des facteurs² (Dupuis, 2007). Leur production non marchande est ainsi égale à la somme des coûts des facteurs de production (coûts salariaux, consommations intermédiaires, consommation de capital fixe, impôts moins subventions à la production) que les établissements du secteur public hospitalier mettent en œuvre pour la produire, déduction faite des ventes résiduelles.

¹ Le champ couvert par ces derniers correspond presque exactement à celui des établissements privés à but non lucratif (EBNL). Ce champ regroupe les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et quelques établissements privés eux aussi à but non lucratif ayant opté pour le financement par dotation globale en 1998.

² Une partie de la production du secteur public hospitalier est de nature marchande. Elle est qualifiée de « ventes résiduelles » (poste P11 de la comptabilité nationale). Les ventes résiduelles comprennent un certain nombre de rubriques, parmi lesquelles on peut citer la mise à disposition de personnel facturé, la majoration pour chambre particulière ou encore le produit des prestations au titre des conventions internationales.

Tableau 1 - Comparaison des champs des Comptes de la santé et de l'Ondam

	2010	dont Sécurité sociale
CSBM	174 968	132 710
Soins hospitaliers (1) (2)	75 526	69 509
Secteur public	61 750	56 961
Secteur privé (2)	13 776	12 548
<i>à titre d'information</i>		
Soins hospitaliers (y compris honoraires)	81 204	73 790

	2010
ONDAM Ville - Hôpital	145 600
Soins hospitaliers	70 800
y c. FMESPP (1)	200
y c. USLD (2)	1 000

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) hors honoraires des professionnels de santé de cliniques privées comptabilisés dans ONDAM ville.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

NB : la valeur d'ONDAM citée dans ce tableau exclut en particulier le secteur médico-social qui ne relève pas du champ de l'analyse menée ici (l'ONDAM total arrêté pour 2010 atteint 162,4 Md€ pour un constat de 161,8 Md€, cf. CCSS de septembre 2011).

(1) non pris en compte dans les Comptes de la santé

(2) dans la Dépense courante de santé (DCS) pour les Comptes de la santé.

Sources : Rapport de la CCSS de juin 2011.

1.2 L'indice de volume output : une approche économique en lien direct avec l'activité

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour réaliser le partage volume-prix. Le résultat obtenu et son interprétation dépendent du choix de la méthode retenue. Celui-ci doit tenir compte de plusieurs aspects : résultat souhaité, contraintes qui s'imposent (notamment européennes), données disponibles, etc.

Dans son manuel de 2005 (Eurostat, 2005), Eurostat évalue de manière extensive les différentes méthodologies de partage volume-prix. Pour chaque secteur économique, l'institut européen classe les différentes méthodes en trois catégories (A/B/C) selon leur degré de pertinence. Il note qu'une même méthode peut être plus ou moins pertinente selon les caractéristiques du secteur de l'économie que l'on considère. Ainsi, dans le cas d'une activité non marchande, la production est évaluée au coût des facteurs et non aux prix du marché car ceux-ci n'existent pas par définition³. Si on désire appliquer une méthode reposant sur des prix, la seule manière (indirecte) de procéder est de partir des facteurs de production pour lesquels il peut exister des indices de prix (méthode « input »). Ce faisant, on ne réalise pas un partage prix-volume sur la production elle-même, mais sur les facteurs de production. Il s'agit d'une approximation qui n'est valable que conditionnellement à des hypothèses fortes sur l'évolution de la productivité (cf. partie II).

C'est pourquoi Eurostat recommande de ne pas utiliser cette méthode si les données permettent une approche alternative basée sur les quantités, comme c'est le cas par exemple pour les secteurs non marchands où la production consiste en des biens et services *individualisables*. Ainsi, dans des secteurs comme la santé ou l'éducation, si on ne dispose pas d'indices de prix de la production, il est souvent possible de disposer de mesures de quantités produites, en raison même du caractère individualisable de la production. Eurostat

³ Les tarifs introduits à partir de 2004-2005 par la tarification à l'activité (T2A), qui se sont substitués à des enveloppes globales pour une large part de l'activité des hôpitaux ne sauraient être assimilés à des prix de marché. Les tarifs correspondent aux tarifs remboursés par la Sécurité sociale et non au prix global facturé.

préconise alors dans ce cas d'utiliser préférentiellement des méthodes basées sur l'évaluation directe de la production par l'activité (méthode « output »)⁴.

1.3 La moyenne des évolutions des quantités pondérées par le poids financier de chaque poste

La méthode « output » consiste à calculer d'abord un indice de volume à partir d'une mesure directe des quantités pour une liste détaillée de produits élémentaires (annexe 1). Il faut disposer d'une mesure des quantités à un niveau de postes fin et dans une nomenclature qui soit la même entre l'année de base et l'année considérée (par exemple une version de la nomenclature des Groupes homogènes de malades, GHM). Si cette condition n'est pas remplie, un travail préliminaire de reclassement doit être effectué pour disposer d'une nomenclature constante, comme cela est fait dans le cas des GHM lors des changements de nomenclature.

L'indice de volume est alors défini comme l'évolution de la valeur de la production au prix de l'année de base (annexe 1). Dans le cas d'indices chaînés comme c'est le cas dans les Comptes de la santé, l'année de base est simplement l'année précédente. L'indice de volume possède une autre expression équivalente, qui est celle utilisée en pratique pour les calculs. Dans cette expression, l'évolution du volume est obtenue comme la moyenne des évolutions des quantités relatives à chaque poste élémentaire, moyenne pondérée par le poids financier de chaque poste l'année de base. Si i désigne un poste dont on observe les quantités, IQ_i^t l'évolution par rapport à l'année de base de ces quantités, m_i^0 le poids financier du poste l'année de base, l'indice de volume global se calcule selon la formule suivante.

$$Ivol^t = \sum_i \left(\frac{m_i^0}{\sum_i m_i^0} \right) * IQ_i^t$$

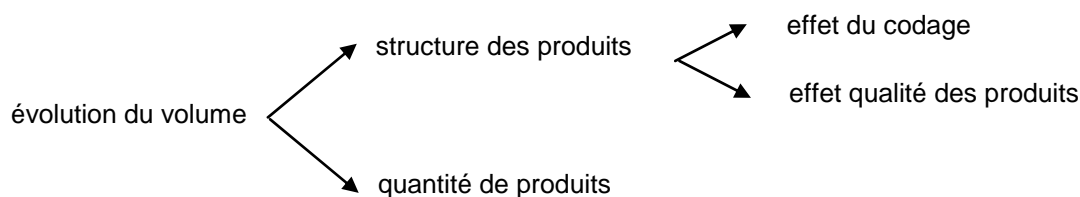
Pour calculer l'indice de volume, il suffit donc de disposer de l'évolution des quantités au sein de chaque poste élémentaire, ainsi que de la structure en valeur de ces postes l'année de base. Dans la formule, la pondération est l'élément qui différencie l'indice de volume d'une simple addition de toutes les quantités. Cette pondération traduit le fait que les quantités élémentaires ne peuvent être additionnées simplement car les produits élémentaires correspondants sont dissemblables et leur agrégation doit tenir compte des différences de qualité existant entre eux. Une méthode aussi fruste qu'une simple sommation des quantités négligerait par exemple l'effet de la déformation de la structure entre produits de qualités différentes.

Au niveau des postes les plus élémentaires, l'indice de volume se confond avec l'évolution de la quantité. Mais ce n'est pas le cas à un niveau plus agrégé, où le volume devient un indice synthétique qui ne mesure pas seulement l'évolution des quantités produites mais également, par le truchement de la pondération, celle de la qualité des produits. Ainsi, si la structure

⁴ Pour les biens non marchands non individualisables (comme la police par exemple), seule une évaluation par les facteurs de production (« input ») est possible. Mais celle-ci ne prenant pas en compte les gains de productivité, Eurostat recommande pour ce type d'activités d'assortir l'estimation « input » d'une mesure indépendante des gains de productivité.

d'activité se déforme en faveur des actes ou produits les plus coûteux, le volume peut augmenter même avec une diminution ou une stagnation des quantités (annexe 1).

La modification de la structure des produits résulte en général d'une augmentation de la qualité des produits, les produits anciens de moindre qualité étant peu à peu remplacés par des produits nouveaux. Lorsque la nomenclature des produits est fortement revue, l'effet structure ainsi calculé peut également inclure un effet codage non négligeable. C'est ce qui s'est passé en 2009 avec le passage à la version 11 de la classification des GHM (groupes homogènes de malades), qui peuvent être considérés comme des produits élémentaires. La nouvelle version a considérablement accru le nombre de postes de la nomenclature, en distinguant dans la V11 plusieurs niveaux de sévérité pour chaque ancien poste de la V10. À l'effet qualité, qui correspond à un accroissement réel de la lourdeur des cas traités s'est ajouté un effet purement dû au codage. La séparation de l'effet qualité pur de l'effet codage, qui se traduit dans l'observation par une augmentation des GHM avec complications, est statistiquement difficile à établir. Pour ce qui est du passage à la V11 des GHM, l'ATIH donne une estimation de l'effet codage qui se situerait autour de 2 % pour une augmentation du volume économique de 3,8 % (établissements ex-DG⁵)



1.4 Une méthode adaptée aux comparaisons internationales

Les Comptes de la santé sont fréquemment utilisés pour les comparaisons internationales de dépenses de santé. Or la comparabilité internationale est l'un des critères mis par Eurostat dans sa préconisation de la méthode « output ». En effet, elle consiste à calculer un indice de volume à partir des quantités observées. Elle se rapproche en cela de l'idée intuitive de volume et cette construction peut être faite de manière assez proche d'un pays à l'autre. Elle a par ailleurs l'avantage de moins dépendre que les autres méthodes du cadre institutionnel et des normes propres à chaque pays, comme par exemple les modes de régulation. Elle est également moins sensible à l'évolution institutionnelle, contrairement à l'approche de l'Observatoire (encadré 1).

⁵ Note semestrielle de juin 2010 de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

Encadré 1 - La méthode de partage volume-prix mise en œuvre dans les rapports de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée : une approche budgétaire de suivi des dépenses

Dans ses notes et rapports, l'Observatoire opère une décomposition de l'évolution de la valeur budgétaire qui n'est pas de même nature que le partage volume-prix mis en œuvre dans les Comptes de la santé (selon la méthode « output »). Les objectifs poursuivis dans les deux cas sont en effet différents : suivi budgétaire de l'activité des établissements de santé pour l'Observatoire, approche économique de l'activité pour les Comptes de la santé. De ce fait, les traitements ne sont opérés, ni sur le même champ, ni par la même méthode (cf. annexe 2). Enfin, les postes élémentaires de dépenses qui servent au calcul sont également différents.

Des finalités différentes

Les Comptes de la santé cherchent à mesurer un phénomène purement économique à travers le partage volume-prix réalisé. Il s'agit de cerner l'évolution de l'activité en cohérence avec les concepts de la Comptabilité nationale et de manière à assurer la meilleure comparabilité internationale possible. En particulier, la méthode utilisée (méthode « output ») cherche dans la mesure du possible à s'affranchir des évolutions institutionnelles, comme par exemple les modifications apportées chaque année au champ de l'ONDAM (cf. annexe 3).

Tel n'est pas le cas de l'exercice réalisé par l'Observatoire, qui s'inscrit au contraire entièrement dans le cadre institutionnel et a pour mission d'assurer le suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, cet observatoire constitue une instance de concertation entre l'État, l'assurance maladie et les fédérations représentatives des établissements de santé. Portant sur l'année en cours, ses travaux doivent contribuer à la réflexion sur l'élaboration de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) pour l'année à venir, traditionnellement inscrit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). À cette fin, l'observatoire remet au Gouvernement et au Parlement un rapport sur les dépenses de l'année précédente en mai et un rapport sur les dépenses du premier semestre de l'année en cours en octobre. Il a pour but la comparaison avec l'hypothèse d'évolution sur laquelle se fonde la construction tarifaire, dans le cadre d'un objectif de dépense prédéterminé. Son action est complémentaire de celles menées par le Conseil de l'hospitalisation (compétent en matière de financement des établissements de santé et qui émet des recommandations relatives à la préparation du PLFSS) et par le Comité de pilotage de l'ONDAM dont les décisions s'appuient sur les analyses développées dans le cadre d'un groupe de suivi statistique appréciant au mois le mois les risques éventuels de dépassement de l'ONDAM.

D'un point de vue pratique et contrairement à l'approche par les tarifs ou par les prix, la méthode « output » apparaît relativement facile à mettre en œuvre dans la mesure où il existe une grande partie de l'activité des hôpitaux pour laquelle on peut mesurer une évolution de l'activité. Elle est toutefois subordonnée à la disponibilité des données à un niveau fin.

La méthode permet en outre de se dispenser de certaines hypothèses implicites, comme c'est le cas par exemple dans l'approche par les facteurs de production (méthode « input », voir partie suivante), qui fait l'hypothèse d'un partage volume/prix des facteurs de production identique à celui de la production et néglige de ce fait l'évolution éventuelle de la productivité.

1.5 Un indice de volume global basé sur l'activité de trois secteurs : MCO, PSY et SSR

L'indice de volume calculé par la méthode « output » possède de bonnes propriétés d'agrégation, ce qui permet, pour obtenir l'indice global, de procéder de manière emboîtée, en calculant des indices de volume à un niveau intermédiaire d'agrégation et en agrégeant ensuite ces indices intermédiaires avec la bonne pondération. Cette propriété permet même d'améliorer l'estimation en intégrant au niveau intermédiaire de calcul des informations extérieures sur la structure financière (annexe 1).

Dans le cadre des Comptes de la santé, cette propriété est utilement mise à contribution pour décomposer le calcul en faisant apparaître comme niveau intermédiaire les trois grands

domaines d'activité aux modalités de financement différenciées⁶, dont on connaît par ailleurs les poids financiers relatifs : soins de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie (PSY). Pour ces trois grands domaines, les données existantes permettent une approche par la mesure de l'activité. Il est ainsi possible de calculer des indices de volume élémentaires pour chacune des trois grandes activités du secteur public hospitalier.

Dans le calcul de l'indice global, l'activité MCO est prépondérante en termes de poids financier et contribue pour l'essentiel à la valorisation de l'indice de volume global (tableau 2). Néanmoins, la contribution de chaque domaine ne dépend pas seulement de la pondération mais également de l'ordre de grandeur des indices élémentaires. Ainsi, le poste SSR, malgré un poids relativement réduit, peut avoir une contribution significative les années où son activité est très dynamique.

Tableau 2 - Calcul final de l'indice de volume " output " entre 2009 et 2010

Secteur Public Hospitalier (catégories de SÉJOURS)	Structure financière 2009 (comptabilité nationale)	Indices de volume 2010
MCO	0,799	1,031
Séjours d'une durée supérieure ou égale à 2 jours	0,7834	1,036
Séjours d'une durée inférieure à 2 jours	0,1597	0,997
Séances	0,0569	1,059
PSY	0,122	1,024
Entrées en hospitalisation complète	0,675	1,028
Venues en hospitalisation partielle	0,325	1,016
SSR	0,079	1,023
Entrées en hospitalisation complète	0,779	1,010
Venues en hospitalisation partielle	0,221	1,066
ToTaL	1	1,030

Agrégation finale des indices de volume (MCO, PSY, SSR).

Sources : PMSI pour les quantités MCO, SAE pour les quantités PSY/SSR, ATIH et calculs DREES pour la structure.

Champ : Établissements Publics de santé et Privés à but non Lucratif (ex-DG).

1.6 Les différentes composantes de l'indice de volume et les sources utilisées

La méthode « output » était jusqu'alors mise en œuvre uniquement pour le compte définitif des Comptes de la santé. Elle consiste à estimer le partage volume-prix de la production (non marchande) de l'hôpital à partir des données d'activité du secteur hospitalier. Désormais, la disponibilité plus précoce des données d'activité ainsi que les tests faits sur la qualité de ces données précoces permettent d'appliquer la méthode à l'ensemble des comptes (définitif, semi-définitif, provisoire). Ces données proviennent de sources différentes pour les trois grands domaines d'activité, pour lesquels les indices de volume sont d'abord calculés dans les Comptes de la santé, avant d'être agrégés en un indice global.

⁶ À l'activité pour le MCO, par dotation globale pour le SSR et la PSY.

Pour les activités MCO, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit des indicateurs de quantités par GHM (Groupes homogènes de malades) tant en journées qu'en séjours ou en nombre de séances. Ces données sont confrontées avec celles de l'enquête SAE, ce qui permet à la DREES de présenter des données redressées pour chacun des GHM regroupés en 27 catégories majeures de diagnostics (CMD). L'échelle nationale de coûts (ENC) est par ailleurs, jusqu'en 2008, utilisée pour valoriser les séjours. Pour les années postérieures, la structure financière est calculée à partir des tarifs.

Par contre, le PMSI n'est pas disponible pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), ni pour la psychiatrie (PSY) : les indicateurs de quantité retenus pour chacun de ces deux types de séjour sont donc, d'une part le nombre global de séjours en hospitalisation complète, et d'autre part le nombre de venues en hospitalisation partielle.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) donne, en effet, des indicateurs de quantités (nombre d'entrées et de séjours en hospitalisation complète et nombre de venues en hospitalisation partielle, nombre de journées, de séances...) pour le court séjour, les soins de suite et de réadaptation et les soins en psychiatrie.

1.7 Un calcul fait à un niveau élémentaire détaillé pour l'activité MCO et plus agrégé pour ce qui est des champs PSY et SSR

Les évolutions du tableau précédent sont obtenues par agrégation d'indices calculés à un niveau très fin pour l'activité MCO, mais pas pour les champs PSY et SSR. L'indice de volume sur la partie MCO agrège en effet l'ensemble des postes correspondant aux différents GHM. Les postes PSY et SSR ne sont décomposés qu'en deux sous-postes, ceux qui figurent déjà dans le tableau 2 (hospitalisation partielle et totale). La source utilisée pour ces derniers est la SAE. Le tableau 3 ci-dessous illustre les résultats obtenus sur la période 2005-2010. Sur cette période, les GHM sont passés de la version 9 à la version 11 : pour chaque couple d'année, les indices ont été calculés dans une même version. La structure financière a été calculée à l'aide de sources budgétaires.

Tableau 3 - Calcul final de l'indice de volume « output » annuel entre 2005 et 2010

Secteur Public Hospitalier	Structure financière 2005	Indices de volume				
		2006	2007	2008	2009	2010
TYPES DE SEJOUR						
TOTAL en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)	0,785	1,021	1,014	1,033	1,036	1,031
Séjours d'une durée supérieure ou égale à 2 jours	0,814	1,018	1,015	1,034	1,041	1,036
Séjours d'une durée inférieure à 2 jours	0,186	1,034	1,007	1,029	1,017	1,013
TOTAL Soins en Psychiatrie (PSY)	0,135	0,996	1,003	0,990	0,993	1,024
Entrées en hospitalisation complète	0,689	0,990	0,992	0,991	0,988	1,028
Venues en hospitalisation partielle	0,311	1,010	1,026	0,989	1,003	1,016
TOTAL Soins de suite et de réadaptation (SSR)	0,080	1,008	1,022	1,020	1,030	1,023
Entrées en hospitalisation complète	0,813	1,001	1,012	1,006	1,017	1,010
Venues en hospitalisation partielle	0,187	1,039	1,064	1,076	1,075	1,066
TOTAL INDICES de VOLUME	1	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030

Champ : secteur public hospitalier (y compris EBNL ex-DG).

Sources : PMSI, SAE, calculs DREES.

Le tableau 4 suivant présente l'effet structure sur l'ensemble MCO des séjours d'une durée supérieure à deux jours en rappelant les évolutions respectives des quantités et des volumes de 2005 à 2010.

Tableau 4 - Comparaison entre indices de quantités et de volume (effet structure) de l'activité MCO hors séances et hors séjours de durée inférieure à 2 jours pour le MCO

ANNEE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Volume	0,027	0,018	0,015	0,034	0,041	0,036
Quantité	0,011	0,014	0,001	0,019	0,009	0,010
Effet Structure	0,016	0,004	0,014	0,015	0,032	0,026

Champ : secteur public hospitalier (y compris EBNL ex-DG).

Sources : PMSI, SAE, calculs DREES.

1.8 Les produits de l'activité non pris en compte dans le calcul

Certains postes de dépense relevant de l'activité MCO ne sont pas explicitement pris en compte dans le calcul de l'indice de volume par la méthode « output ». Ainsi, les enveloppes de financement globales (telles que les MIGAC – Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) ne peuvent pas être rattachées à des biens et services précis et individualisables dont on pourrait observer les quantités. Pour ces enveloppes, on fait l'hypothèse que leur évolution en volume est la même que celle des autres postes, c'est-à-dire que le calcul est en pratique fait hors ces enveloppes. De même, les financements forfaitaires sont également exclus du calcul pour les mêmes raisons, ainsi que les consultations externes et la HAD.

Il n'a par ailleurs pas paru pertinent de distinguer certains postes annexes dont l'utilisation est liée à celle de produits principaux. Par exemple, les médicaments et les dispositifs médicaux implantables facturés en sus ne sont pas considérés en propre mais rattachés à l'activité des GHM auxquels ils contribuent. Par ailleurs, l'hétérogénéité des produits qui constituent cette liste et la variation annuelle parfois importante de celle-ci entraînerait des fluctuations erratiques d'un indice de volume calculé sur ce seul champ.

Pour l'instant, l'Hospitalisation à domicile (HAD) n'a pas été prise en compte dans le calcul de l'indice de volume, essentiellement parce que, faute de recul suffisant, l'expertise de l'évolution des produits élémentaires que constituent les groupes homogènes de tarifs n'a pas été effectuée. Cette expertise devrait figurer parmi les prochaines améliorations méthodologiques car, bien que la part de la HAD dans l'activité totale reste pour l'instant modeste, ce domaine est relativement dynamique. Les mêmes raisons expliquent la non prise en compte des consultations externes.

Enfin, pour les activités PSY et SSR il serait sans doute nécessaire de disposer d'un niveau de détail plus grand en termes d'activité que la simple ventilation entre hospitalisation partielle ou complète.

1.9 L'impossibilité de faire un partage volume-prix pour les MIGAC

Parmi les produits non pris en compte dans le calcul, les MIGAC posent un problème méthodologique important en raison de leur poids croissant dans le financement des hôpitaux publics. Ainsi, le montant des MIGAC est passé de moins de 6 milliards d'euros en 2007 à presque 7,8 milliards en 2010. Or il n'est méthodologiquement pas possible à ce jour d'opérer un partage volume-prix de cette enveloppe car il faudrait par exemple pouvoir calculer les indices d'activité qui correspondent à ce financement.

Parvenir à effectuer un partage volume-prix pour cette enveloppe constituerait pourtant une information très utile. En effet le poids de l'enveloppe MIGAC n'est pas négligeable et si le partage volume-prix réalisé sur cette enveloppe diffèrait sensiblement de celui des autres activités, il pourrait influencer l'indice de volume et l'indice de prix globaux.

1.10 Des différences avec l'approche du partage volume prix effectué par l'Observatoire

L'approche du partage volume-prix des Comptes de la santé diffère sensiblement de celle adoptée dans les publications de l'Observatoire (encadré 1). De ce fait les traitements ne sont opérés, ni sur le même champ, ni par la même méthode.

Le champ de l'Observatoire se restreint aux remboursements de l'assurance maladie et pour le secteur public à la seule activité MCO, alors que celui des Comptes de la santé couvre l'ensemble de la consommation et inclut les activités PSY et SSR du secteur public (annexe 2).

Les différences dans la nature et les objectifs des deux exercices se traduisent dans les méthodes utilisées, basée sur les arrêtés tarifaires pour l'Observatoire et sur la mesure des quantités produites pour les Comptes de la santé. Si, sur la seule activité MCO (part tarifs, hors médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus et forfaits annuels), les indices de volume des deux exercices peuvent être proches, les indices de prix peuvent être très différents en raison même de ces différences méthodologiques et de champ (tableau 5). En effet, par la méthode « output », l'indice de prix est obtenu par solde entre l'indice de valeur et l'indice de volume. Or la valeur considérée dans les Comptes de la santé est l'ensemble de la consommation alors qu'il s'agit de la dépense budgétaire dans le cas de l'Observatoire. Ces deux valeurs (consommation et dépense budgétaire) n'évoluent en général pas au même rythme.

Tableau 5 - Comparaison entre les indices de volume de l'Observatoire et des Comptes de la santé pour le secteur public hospitalier

		2009	2010
Observatoire (ODMCO part tarifs) (1)	taux de croissance en valeur avant correction champ	2,3	2,6
	taux de croissance en valeur après correction champ (2)	3,7	2,7
	effet tarifs	0	0,5
	taux de croissance en volume (3)	3,7	3,1
Comptes de la santé (MCO+PSY+SRR)	taux de croissance en valeur	3,6	2,5
	taux de croissance en volume	3,0	3,0
	dont MCO	3,6	3,1
	dont PSY	-0,7	2,4
	dont SRR	3,0	2,3
	indice de prix	0,5	-0,5

(1) hors médicaments et DMI (dispositifs médicaux implantables) en sus, et hors forfaits annuels

(2) en particulier, après neutralisation de l'intégration du service de santé des armées (SSA) en 2009 et de la Guyane en 2010 ; et des mouvements de crédits entre ODMCO et MIGAC (cf. annexe 3)

(3) volume de l'activité *via* les tarifs y compris forfaits techniques et consultations externes et HAD

Champ : secteur public hospitalier

1.11 Une application généralisée de la méthode, à partir de l'année 2012, grâce à une disponibilité plus précoce des données

Grâce aux gains de temps réalisés dans la mise à disposition des données d'activité, il est désormais possible de réaliser les trois comptes (définitif, semi-définitif, provisoire) en suivant la méthode « output ». En effet, les données du PMSI sont disponibles au mois de mai. Quant aux données de la SAE, elles sont collectées au mois d'avril et retraitées jusqu'au mois de juillet. Néanmoins, les exploitations faites sur les données définitives et celles provisoires disponibles au mois d'avril montrent que les données du mois d'avril avant retraitement sont suffisamment fiables au niveau macroéconomique pour être utilisées dans le calcul des indices de volume sur les champs PSY et SSR.

Le tableau 6 suivant donne les écarts d'estimation de quantités entre les données du mois de mai et celles de juillet. Différents types d'écarts ont été calculés. Ceux provenant des différences de champ (établissements présents à une des deux dates et pas à l'autre) sont très limités. Sur le champ commun, les écarts ont été calculés au niveau de chaque établissement. Le tableau donne la distribution de ces écarts. Ceux-ci restent limités et les écarts entre les exploitations aux deux dates sont suffisamment réduits pour autoriser une estimation pour le compte provisoire, compte tenu du poids des différents postes dans l'indice global, dans lequel le PSY et le SSR ne représentent qu'environ 20 % du champ.

Tableau 6 - Écarts entre les données d'activité sur le champ PSY et SSR entre les données de la SAE 2010 de mai 2011 et celles de juillet 2011

champ			Différence entre mai et juillet, en %	Total des séjours ou entrées comptés en mai	Total des séjours ou entrées comptés en juillet	
Psychiatrie (PSY)	Entrées en hospitalisation complète	Ecart de champ		129	3 763	
			0-0,05	623 853	623 850	
		Champ commun	2 ou plus	13 058	13 332	
	Venues en hospitalisation partielle	Ecart de champ	2 ou plus		0	44 028
			0-0,05	5 021 579	5 021 581	
			0,25-0,30	47 068	47 209	
			1,7-1,75	72 197	73 449	
		Champ commun	2 ou plus	40 087	126 649	
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Entrées en hospitalisation complète	Ecart de champ	2 ou plus	61	2 983	
			0-0,5	916 125	916 125	
			0,4-0,45	1 406	1 406	
			0,5-0,55	1 173	1 179	
			0,6-0,65	1 418	1 427	
			0,65-0,70	443	446	
			0,95-1	24 785	25 022	
			1,05-1,1	364	368	
	Champ commun	2 ou plus	6 417	13 696		
	Venues en hospitalisation partielle	Ecart de champ	2 ou plus		0	10 985
			0-0,5	2 432 599	2 432 604	
			1,05-1,1	659	666	
Champ commun		2 ou plus	12 463	52 330		

Note de lecture : le tableau synthétise les écarts qui existent entre la version provisoire de la SAE du mois de mai et celle définitive du mois de juillet. Première ligne : sur le champ PSY et pour ce qui concerne les entrées en hospitalisation complète. Écarts de champ : 129 entrées relèvent d'établissements présents en mai et pas en juillet, 3763 entrées relèvent de la situation symétrique. Ligne 2 : sur le champ commun aux deux années, les écarts de nombre d'entrées observées sont minimes. Les établissements pour lesquels l'écart est inférieur à 0,05 % comptent 623 853 entrées en mai et 623 850 entrées en juillet.

Sources : données SAE mai et juillet 2010.

Champ : PSY et SSR.

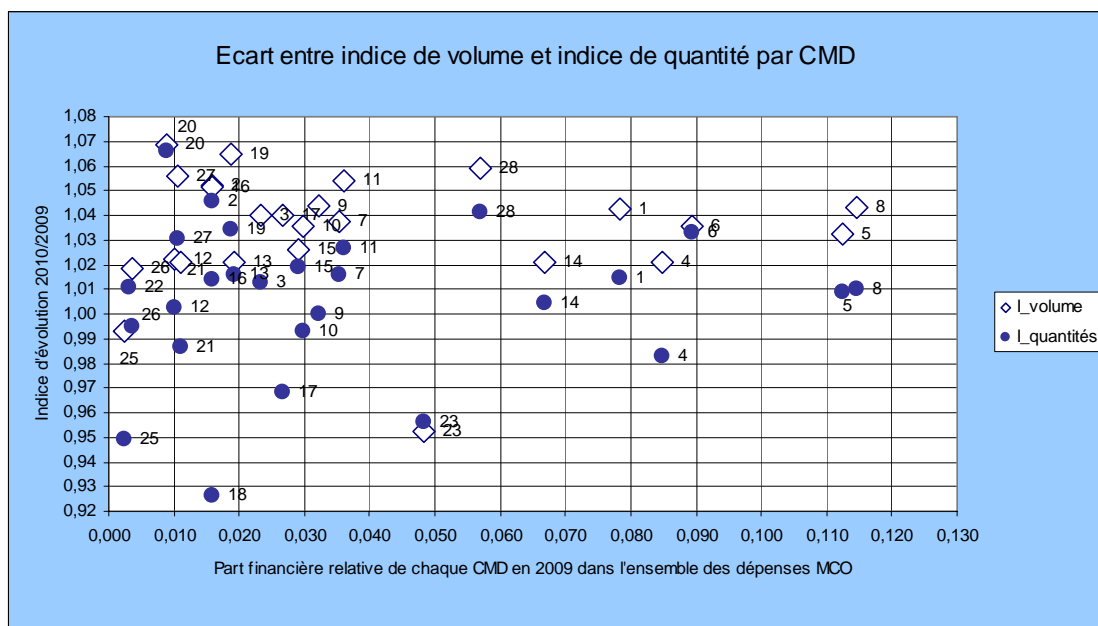
1.11 L'indice de volume diffère de l'indice des quantités, même à un niveau d'agrégation intermédiaire

Au niveau des postes élémentaires, l'indice de volume se confond avec celui des quantités. L'indice de volume « output » possède par ailleurs de bonnes propriétés d'agrégation (annexe 1). On peut donc l'évaluer à différents niveaux *d'agrégation* tout en conservant une cohérence d'ensemble. La catégorie majeure de diagnostic (CMD) constitue un niveau d'agrégation *intermédiaire* intéressant à étudier entre l'ensemble de l'activité MCO et le niveau le plus fin où l'on observe les quantités par GHM. Cette section examine le processus de formation de l'indice de volume global par agrégation des indices de volume au niveau de chaque CMD.

L'écart entre indice de volume et indice de quantité est significatif à ce niveau car il permet de voir d'où provient l'écart global (graphique 1). L'écart est beaucoup plus marqué pour certaines CMD que pour d'autres, ce qui indique que la structure par GHM se déforme au sein de ces CMD particulières. Au sein d'une CMD, un écart positif entre indice de volume et indice de quantité indique un effet de structure positif, c'est-à-dire une déformation de la structure d'activité favorable aux GHM les plus coûteux (annexe 1). Ainsi, entre 2009 et 2010, l'indice d'évolution de la CMD 05 (affections de l'appareil respiratoire) progresse sensiblement plus vite en volume qu'en quantité et accuse donc un effet structure très positif. À l'inverse, l'effet structure est presque nul pour la CMD 06 (affections du tube digestif), les deux indices de volume et de quantité étant proches.

Il est également intéressant de repérer les CMD les plus dynamiques. La contribution d'une CMD à l'indice de volume global dépend du poids de cette CMD et de l'écart de l'indice de volume estimé au niveau de cette CMD avec l'indice de volume global (annexe 1).

Graphique 1 - Relation entre poids de la CMD dans la structure financière et indices de quantité et de volume



Lecture : pour chaque CMD, on a représenté en abscisse son poids financier dans l'ensemble des GHM et en ordonnée son indice de quantité (ronds pleins) et son indice de volume entre 2009 et 2010.

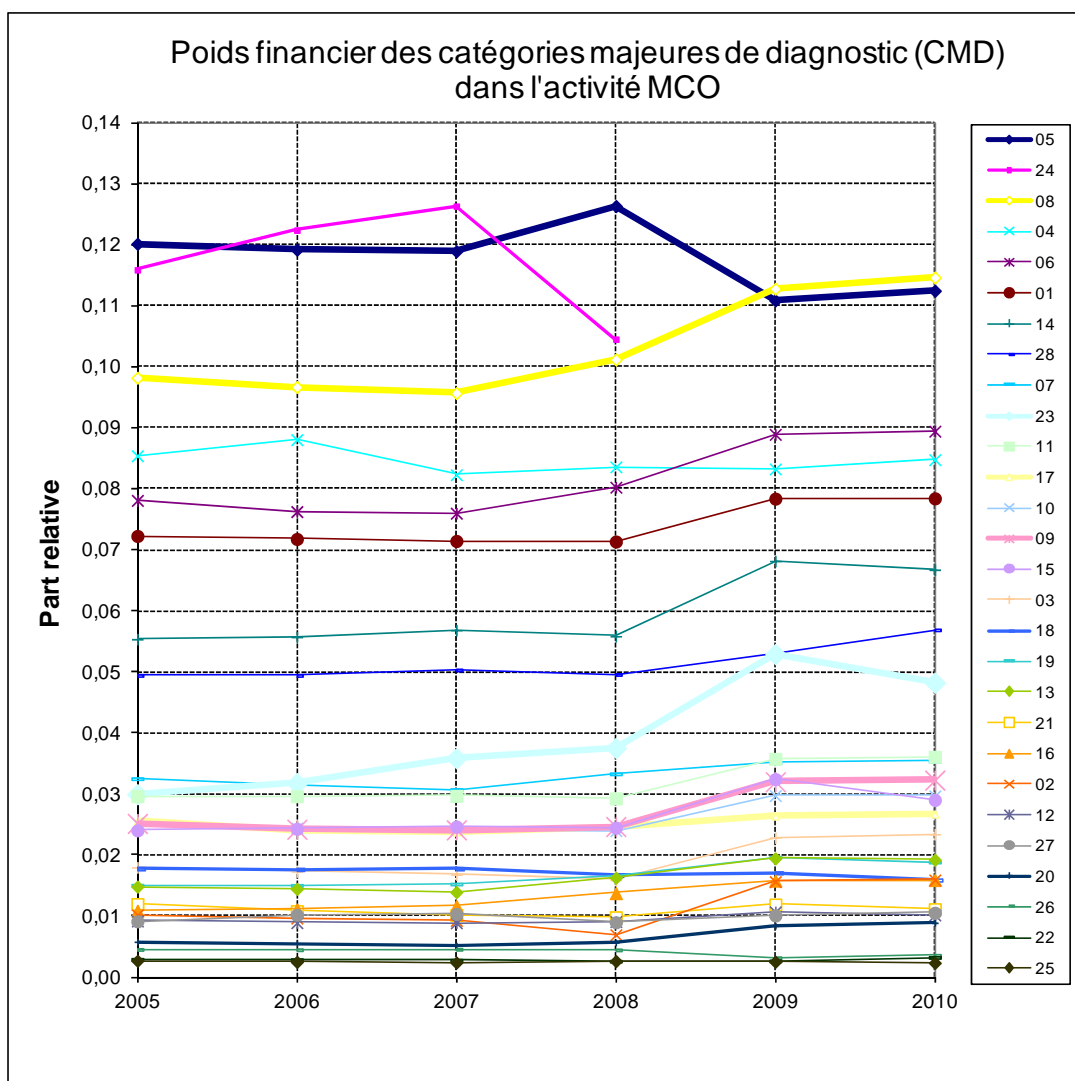
Sources : PMSI.

Champ : secteur public hospitalier- dépenses de MCO.

- 01 Affections du système nerveux
- 02 Affections de l'oeil
- 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 Affections de l'appareil respiratoire
- 05 Affections de l'appareil circulatoire
- 06 Affections du tube digestif
- 07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 Affections du rein et des voies urinaires
- 12 Affections de l'appareil génital masculin
- 13 Affections de l'appareil génital féminin
- 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- 15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- 16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- 17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- 18 Maladies infectieuses et parasitaires
- 19 Maladies et troubles mentaux
- 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- 21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
- 22 Brûlures
- 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
- 24 Séjours de moins de 2 jours
- 25 Maladies dues à une infection par le VIH
- 26 Traumatismes multiples graves
- 27 Transplantations d'organes
- 28 Séances

La structure financière par CMD a connu des fluctuations sur la période étudiée (graphique 2). Le graphique 2 permet de constater la disparition de la CMD 24 (séjours d'une durée inférieure à deux jours et séances en 2005) à partir de 2009. La part de cette CMD diminue dès 2008 (intégration des séances à la CMD 28). L'évolution de la part financière des CMD illustre en partie la diversité des versions de GHM au cours du temps : passage de la version 9 à la version 10 puis à la version 11 en 2010. Dans cette dernière version, on passe à plus de 2 000 GHM contre 500 à 700 dans les versions précédentes. Dans cette dernière version, les séjours d'une durée inférieure à 2 jours ne font pas l'objet d'une classification à part mais sont intégrés dans leur GHM d'origine. C'est pourquoi la CMD 24 n'existe plus en 2009.

Graphique 2 - Évolution de la structure financière des CMD de 2005 à 2006



Sources : PMSI.

Champ : secteur public hospitalier.

**Tableau 7 - Exemple de la CMD 07 (Affections du système hépatobiliaire et du pancréas),
nombre de GHM, poids des GHM dans la masse financière de la CMD**

GHM_ v11	LIBELLE	Structure financière 2009	Cumul du poids financier 2009	Indices d'EVOLUTION du nombre de SEJOURS entre 2009 et 2010
07C141	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	0,075	0,07	1,031
07M062	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 2	0,052	0,12	1,010
07C131	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1	0,045	0,17	0,971
07M022	Affections des voies biliaires, niveau 2	0,036	0,20	1,063
07M072	Cirrhoses alcooliques, niveau 2	0,041	0,24	0,919
07M063	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3	0,029	0,28	1,297
07M14Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07	0,035	0,31	0,983
07M021	Affections des voies biliaires, niveau 1	0,033	0,34	1,014
07M073	Cirrhoses alcooliques, niveau 3	0,030	0,37	1,094
07M023	Affections des voies biliaires, niveau 3	0,027	0,40	1,145
07C132	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 2	0,031	0,43	0,988
07C133	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 3	0,027	0,46	1,044
07M102	Pancréatites aiguës, niveau 2	0,024	0,49	1,074
07M061	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 1	0,027	0,51	0,943
07M101	Pancréatites aiguës, niveau 1	0,025	0,54	0,990
07M042	Autres affections hépatiques, niveau 2	0,023	0,56	1,092
07M024	Affections des voies biliaires, niveau 4	0,020	0,58	1,210
07C092	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 2	0,023	0,60	1,014
07C093	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 3	0,019	0,63	1,203
07C091	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 1	0,022	0,65	0,963
07C094	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 4	0,022	0,67	0,963
07C142	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 2	0,019	0,69	1,048
07M103	Pancréatites aiguës, niveau 3	0,015	0,70	1,158
07M043	Autres affections hépatiques, niveau 3	0,015	0,72	1,171
07M14T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 07, très courte durée	0,016	0,74	1,109
07M041	Autres affections hépatiques, niveau 1	0,013	0,75	1,025
07M071	Cirrhoses alcooliques, niveau 1	0,013	0,76	0,863
07C134	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 4	0,010	0,77	1,079
.....
INDICE de QUANTITE (sur l'ensemble des 91 GHM composant la CMD07)		1,000		1,0159
INDICE de VOLUME (sur l'ensemble des 91 GHM composant la CMD07)				1,0373
ECART entre Indice de VOLUME et Indice de QUANTITE (sur l'ensemble des 91 GHM composant la CMD_07)				0,0213

Champ : secteur public hospitalier.

Sources : PMSI (séjours de 2 jours ou plus).

À titre d'exemple, la CMD 07 (Affections du système hépatobiliaire et du pancréas), qui comprend 91 GHM, en version 11, progresse de 1,6 % en quantité (nombre de séjours) et de 3,7 % en volume, soit un effet de structure de 2 points (tableau 7). Les 30 % des GHM les plus importants en valeur représentent 77 % de la masse financière de la CMD.

Tableau 8 - Quantité, volume et effet structure, par CMD, par année, hors séances et séjours de durée inférieure à 2 jours

CMD	2005			2006			2007			2008			2009			2010			
	Structure	IQ	IVoL	effStr	IQ	IVoL	effStr	IQ	IVoL	effStr	IQ	IVoL	effStr	IQ	IVoL	effStr	IQ	IVoL	effStr
01	0,087	0,01	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03	0,05	0,02	0,01	0,04	0,03
02	0,012	-0,01	-0,01	0,00	-0,02	-0,02	0,00	-0,11	-0,10	0,01	-0,01	-0,01	0,00	0,02	0,05	0,03	0,05	0,05	0,01
03	0,022	-0,01	0,00	0,01	-0,01	0,00	0,00	-0,03	-0,02	0,01	-0,01	0,00	0,01	0,01	0,05	0,04	0,01	0,04	0,03
04	0,102	0,07	0,07	0,00	-0,04	-0,04	0,01	0,03	0,03	0,00	0,07	0,07	0,00	0,05	0,07	0,02	-0,02	0,02	0,04
05	0,144	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00	0,02	0,02	0,00	0,04	0,04	0,01	0,03	0,02
06	0,094	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,00	-0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03	0,04	0,00
07	0,039	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	-0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,03	0,02	0,02	0,04	0,02
08	0,118	0,01	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,02	0,05	0,03	0,01	0,04	0,03
09	0,030	-0,02	0,00	0,02	0,01	0,02	0,01	-0,01	0,01	0,02	-0,02	0,00	0,02	0,02	0,06	0,03	0,00	0,04	0,04
10	0,030	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	-0,03	-0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,05	0,04	-0,01	0,04	0,04
11	0,036	0,02	0,04	0,02	0,03	0,04	0,00	0,01	0,03	0,02	0,02	0,04	0,02	0,04	0,06	0,02	0,03	0,05	0,03
12	0,011	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	-0,02	-0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,03	0,02	0,00	0,02	0,02
13	0,018	0,01	0,02	0,01	-0,01	-0,01	0,00	-0,02	-0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	-0,02	0,01	0,03	0,02	0,02	0,01
14	0,066	0,03	0,03	0,00	0,04	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01	0,03	0,03	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,02	0,02
15	0,029	0,08	0,03	-0,05	0,06	0,03	-0,02	0,06	0,03	-0,03	0,08	0,03	-0,05	0,02	0,02	0,00	0,02	0,03	0,01
16	0,013	0,03	0,05	0,02	0,07	0,07	0,00	0,07	0,08	0,01	0,03	0,05	0,02	0,03	0,05	0,02	0,01	0,05	0,04
17	0,031	-0,03	-0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	-0,01	-0,01	0,00	-0,03	-0,01	0,02	0,03	0,06	0,03	-0,03	0,04	0,07
18	0,021	-0,01	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,03	0,02	-0,01	0,02	0,03	-0,04	-0,04	0,00	-0,07	-0,13	-0,05
19	0,018	-0,01	0,02	0,03	0,03	0,04	0,01	0,02	0,03	0,01	-0,01	0,02	0,03	-0,02	0,00	0,02	0,03	0,06	0,03
20	0,007	-0,05	-0,04	0,01	-0,02	-0,03	-0,01	0,02	0,02	0,00	-0,05	-0,04	0,01	0,09	0,13	0,04	0,07	0,07	0,00
21	0,014	-0,08	-0,05	0,04	0,00	-0,03	-0,03	-0,04	-0,05	-0,01	-0,08	-0,05	0,04	-0,04	-0,02	0,02	-0,01	0,02	0,03
22	0,003	-0,02	-0,03	-0,01	0,00	-0,04	-0,04	-0,01	0,01	0,02	-0,02	-0,03	-0,01	-0,04	0,17	0,21	0,01	0,10	0,09
23	0,036	0,04	0,10	0,06	0,09	0,12	0,03	0,04	0,05	0,02	0,04	0,10	0,06	-0,01	-0,04	-0,03	-0,04	-0,05	0,00
25	0,003	-0,04	-0,05	-0,01	-0,04	-0,04	0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,04	-0,05	-0,01	-0,10	-0,11	0,00	-0,05	-0,01	0,04
26	0,005	0,01	0,02	0,01	0,04	0,05	0,00	0,04	0,05	0,01	0,01	0,02	0,01	0,03	0,10	0,06	-0,01	0,02	0,02
27	0,011	0,07	0,12	0,05	0,01	0,02	0,01	0,02	0,04	0,02	0,07	0,12	0,05	0,00	0,08	0,07	0,03	0,06	0,03
TOT	1,000	0,01	0,03	0,02	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,03	0,02	0,01	0,04	0,03	0,01	0,04	0,03

Champ : secteur public hospitalier.

Sources : PMSI (séjours de 2 jours ou plus).

II - La méthode « input », appliquée pour le compte provisoire 2010 dans les Comptes de la santé, comportait certaines limites

La méthode « output » n'a été appliquée qu'au compte définitif jusqu'à la campagne de comptes 2011 incluse, pour des raisons de disponibilités tardives des données d'activité et faute d'une expertise suffisante des données provisoires issues des différentes sources. À partir de l'année 2012, grâce à une disponibilité plus précoce des données d'activité du PMSI et de la SAE, ainsi qu'au travail d'expertise et de validation qui a été effectué à l'occasion du passage à la base 2005, la méthode « output » s'appliquera, dès l'année 2012, sur les comptes définitif 2009, semi-définitif 2010 et provisoire 2011.

Néanmoins, la description de la méthode « input », utilisée de nombreuses années, présente un intérêt historique. Elle donne également un regard rétrospectif sur l'hypothèse simplificatrice qui la sous-tend, à savoir l'absence de gains de productivité.

II.1 L'évolution des prix des facteurs de production

La méthode « input » constitue une approche indirecte du partage volume-prix car elle consiste à appliquer ce partage aux facteurs de production (ou charges) et non à la production elle-même (produits). Par rapport à la méthode « output », les paramètres estimés prioritairement, dans le cas spécifique des établissements publics hospitaliers, sont les indices de prix des facteurs de production et non les indices de volume, l'indice de volume étant calculé par solde. L'indice de prix global est obtenu par agrégation des indices de prix élémentaires, agrégation pondérée par le poids financier de chacun des facteurs de production.

Les indices de prix élémentaires des facteurs de production sont fournis par l'INSEE, pour un certain nombre de postes du compte des hôpitaux en comptabilité nationale. Il s'agit essentiellement des consommations intermédiaires (P2), des ventes résiduelles (P11) et de la consommation de capital fixe (CCF) (proche de la notion de dotation aux amortissements). Ces indices de prix par poste sont eux-mêmes obtenus par l'INSEE par agrégation d'indices de prix élémentaires observés à un niveau fin, en nombre variable selon le poste concerné.

En ce qui concerne les coûts salariaux, la DREES fait une demande spécifique à la Direction de générale de l'offre de soins (DGOS), qui fournit des données sur l'évolution de la masse salariale des hôpitaux à effectifs constants. Ces données sont issues des budgets hospitaliers évolutifs dans l'année, c'est-à-dire des montants budgétés en fin d'année, hors créations de postes. Ces données sont communiquées par grandes rubriques de la masse salariale (glissement vieillesse-technicité – GVT –, cotisations sociales dont retraite, etc.) et retraitées par la DREES afin d'obtenir un indice de prix des coûts salariaux.

L'indice de prix global est obtenu par agrégation, pondérée par le poids en année de base des différents facteurs de production, des indices de prix relatifs à ces différents facteurs : consommations intermédiaires, consommation de capital fixe, ventes résiduelles et coûts salariaux.

Chaque année est élaboré un tableau de synthèse qui met en relation les informations concernant le partage prix-volume du côté des charges et du côté des produits. L'indice de prix global de la production non marchande de santé est ensuite obtenu par agrégation des évolutions des différents postes pondérée par les montants de l'année de base (tableau 9).

Dans le compte faisant apparaître la production, les charges et les produits du secteur hospitalier⁷, les charges sont majoritairement constituées de salaires et de charges sociales (64 %) et les produits sont essentiellement constitués par la production non marchande (92 %). Entre 2009 et 2010, les charges augmentent de 2,7 %, qui se décomposent en 1,6 % d'effet prix (exogène) et par déduction en 1 % d'effet volume (tableau 9). La méthode « input » appliquée au P13, qui progresse de 2,5 % en valeur, donne un effet prix de 1,5 % (influence du P11 avec un effet prix de 3,0 % qui joue en négatif) et par solde un effet volume de 1 %. La méthode « output » donne un partage différent sur le P13 : un effet volume de 3,0 % (exogène) et un effet prix qui s'en déduit de -0,5 %.

Tableau 9 - Calcul des indices « input » et « output » entre 2009 et 2010 pour le secteur hospitalier public (secteur S131421 en Comptabilité Nationale)

	Montants 2009 en millions d'euros	Structure (montant) 2009	INDICES D'EVOLUTION entre 2009 et 2010			Structure (montant) 2010	Montants 2010 en millions d'euros
			Volume	VALEUR	Prix		
SALAIRES	30 096	0,465	1,013	1,027	1,014	0,465	30 910
CHARGES SOCIALES	11 089	0,171	1,013	1,018	1,005	0,170	11 287
Impôts sur la Production	3 631	0,056	1,007	1,021	1,014	0,056	3 708
CCF=Consommation de Capital Fixe	4 465	0,069	1,000	1,000	1,000	0,067	4 465
Consommation Intermédiaire	15 436	0,239	1,025	1,041	1,015	0,242	16 064
TOTAL des CHARGES	64 717	1,00	1,010	1,027	1,016	1,00	66 434
P13"input"=Santé Non Marchande	59 690	0,922	1,010	1,025	1,015	0,921	61 166
P13"output"=Santé Non Marchande	59 690	0,922	1,030	1,025	0,995	0,921	61 166
P11=Ventes résiduelles	4 782	0,074	1,013	1,043	1,030	0,075	4 990
P11+P13	64 472	0,996	1,031	1,026	0,995	0,996	66 156
D39	245	0,004	1,119	1,135	1,014	0,004	278
TOTAL de la PRODUCTION	64 717	1,00	1,031	1,027	0,995	1,00	66 434
Ecart sur les indices du P13 entre "méthode output" et "méthode input"			0,020	0,000	-0,020		

Sources : INSEE, DGOS et calculs DREES (hors hôpitaux militaires).

II.2 La non-prise en compte des gains de productivité

L'écart entre les résultats obtenus par les deux méthodes met en exergue certaines limites de la méthode « input », limites soulignées par Eurostat en 2005. La méthode « input » procède indirectement en s'appuyant sur les facteurs de production et non sur la production. Elle néglige donc les éventuels gains de productivité qui modifient la relation existant entre les facteurs de production et la production elle-même. En effet, la méthode « input », s'appliquant aux facteurs de production alors que la méthode « output » s'applique à la production elle-même, les deux méthodes n'aboutissent théoriquement au même partage

⁷ Comme cela a été dit pour la méthode « output », la production du secteur public hospitalier, de nature essentiellement non marchande, est évaluée au coût des facteurs. La production non marchande (poste P13 de la Comptabilité nationale) est obtenue en retranchant les ventes résiduelles (P11) et les subventions d'exploitation (D39) de la production totale, égale en comptabilité nationale au total des charges.

volume-prix que sous l'hypothèse d'une évolution nulle de la productivité globale. Ainsi, en 2010, l'augmentation de volume de 1 % des facteurs de production correspond à une augmentation de 3 % du volume de la production montrant une amélioration du processus de production et une réalisation de gains de productivité.

Les deux indices ont été calculés sur la période 2005-2010 (tableau 10). Cet écart est resté relativement faible jusqu'en 2007, puis il s'est accru à partir de 2008 pour atteindre 2 points en 2010, On peut noter que ces constatations coïncident avec le calendrier de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) qui a profondément modifié la logique de financement des hôpitaux du secteur public hospitalier⁸. La mise en place de la T2A, progressive de 2005 à 2007, a en effet été appliquée à 100 % à partir de 2008

Tableau 10 - Écarts entre indices de volume « input » et « output » du secteur hospitalier public de 2005 à 2010

ANNEES	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Méthode "input"	1,026	1,020	1,016	1,015	1,016	1,010
Méthode "output"	1,023	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030
Ecart entre "input" et "output"	-0,003	-0,004	-0,003	0,011	0,014	0,020

Sources : DREES, Comptes de la santé.

⁸ Jusqu'en 2004, les établissements du secteur public hospitalier (y compris PSPH) étaient dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative (dotation globale, DG), calculée et reconduite sur une base historique, modulée d'un taux de croissance annuel des dépenses hospitalières de chaque établissement compatible avec l'évolution globale retenue.

La tarification à l'activité, mise en place en 2004-2005, modifie profondément cette logique. L'allocation des ressources est désormais fondée sur la nature et le volume de l'activité des établissements.

III - Vers l'application dans le compte satellite de la santé d'une méthode « output » pour les cliniques privées

Actuellement, le partage volume-prix dans le secteur hospitalier privé utilise une méthode très différente de la méthode « output » mise en œuvre pour le secteur public hospitalier. Cela conduit à ce que les indices de prix et de volume n'aient pas le même sens entre les deux secteurs.

Cette partie constitue une proposition de calcul d'un indice de volume par la méthode « output » pour les cliniques privées. La méthode de calcul et de traitement des données est adaptée au fait que le mode de tarification est différent dans les deux secteurs. En effet, la tarification des GHM/GHS comprend les salaires des médecins salariés dans le secteur public hospitalier alors que la tarification dans les cliniques privées comprend seulement les frais de séjour, à l'exclusion des honoraires des médecins libéraux. Pour ces derniers, qui sont facturés en libéral, la méthode de partage volume-prix, de nature différente, s'appuie sur les indices de prix INSEE.

III.1 Indice de volume calculé par la méthode « output » pour les frais de séjour uniquement

Malgré cette différence de champ, la méthode « output » a été appliquée dans un premier temps aux frais de séjour des cliniques privées. L'exercice est possible car les données disponibles dans le PMSI s'étendent désormais de manière fiable aux cliniques privées avec des GHS différents.

Tableau 11 - Calcul de l'indice de volume « output » pour les frais de séjour des cliniques

CLINIQUES PRIVEES TYPES DE SEJOUR	Structure financière 2005	Indices de volume				
		2006	2007	2008	2009	2010
MCO TOTAL	0,834	1,008	0,988	0,997	1,027	1,012
PSY TOTAL	0,052	0,997	1,003	1,008	1,018	1,042
PSYtotale	0,689	0,997	1,003	1,008	1,018	1,042
PSYpartielle	0,311	1,198	1,305	1,457	1,175	1,155
SSR TOTAL	0,114	1,095	1,044	1,078	1,063	1,027
SSRtotale	0,813	1,055	1,037	1,068	1,023	1,013
SSRpartielle	0,187	1,263	1,072	1,119	1,218	1,082
TOTAL INDICES de VOLUME	1	1,018	0,995	1,007	1,032	1,016

Champ : établissements privés à but lucratif, frais de séjour uniquement.

Sources : PMSI, SAE.

Cette expérimentation de la méthode « output » pour les cliniques privées (établissements à but lucratif - EBL) a été faite de 2005 à 2010 (tableau 11). Les résultats montrent tout d'abord une différence sensible de structure entre les deux secteurs concernant le secteur psychiatrique (5 % pour les cliniques privées contre 14 % pour le secteur public en 2009).

Les différences d'évolution de chaque type d'activité aboutissent à des indices de volume de niveaux inférieurs pour les cliniques privées par rapport au secteur public. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. En effet, comme cela a été dit, sur le champ strict du calcul de l'indice « output », le contenu des GHM est différent dans le public et dans le privé, les honoraires étant exclus des derniers.

En retenant comme pondération pour le calcul du volume MCO des cliniques privées les tarifs du public, F. Evain confirme une dynamique moins importante du secteur privé par rapport au secteur public sur la période étudiée, tout au moins sur le champ étudié⁹.

III.2 Indice de volume composite prenant en compte les honoraires

Dans un second temps, les honoraires des professions médicales ont été pris en compte afin de rapprocher les résultats sur les cliniques de ceux obtenus pour les hôpitaux publics (tableau 12). En effet les charges du secteur public hospitalier incluent la totalité des rémunérations des professions médicales (exceptée la faible partie du secteur privé à l'hôpital), alors que la totalité de la rémunération des médecins en clinique ne fait pas partie de leurs charges dans la mesure où ils exercent en activité libérale à leur propre compte. Les indices de volume obtenus par la méthode output (+3,0 % pour le secteur public et +1,6 % pour le secteur privé) ne sont donc pas directement comparables.

Pour rapprocher les indices calculés dans le public et dans le privé, il faut fixer un cadre général d'analyse qui englobe les deux secteurs et qui sépare pour cela la partie « frais de séjour » et la partie « honoraires ». Pour cela, introduisons les notations suivantes pour les frais de séjour :

qf_i^t , qf_i^0 les quantités pour les frais de séjour au niveau élémentaire correspondant au poste i ,
 $IQf_i^t = (qf_i^t / qf_i^0)$, l'indice d'évolution de la quantité des frais de séjour au niveau du poste i .
 mf_i^t , mf_i^0 les valeurs correspondant aux frais de séjour du poste i ,

En introduisant les mêmes notations pour les honoraires avec un « h » au lieu du « f », l'indice de volume élémentaire du poste i comprend une composante « frais de séjour » et une composante « honoraires » :

$$Ivol_i^t = \left(\frac{mf_i^0}{mf_i^0 + mh_i^0} \right) * IQf_i^t + \left(\frac{mh_i^0}{mf_i^0 + mh_i^0} \right) * IQh_i^t \quad (1)$$

L'indice de volume global agrège ces indices élémentaires :

⁹Cf. F. Evain, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 », DREES, *Études et résultats* n° 785, décembre 2011.

$$Ivol^t = \sum_i \left(\frac{mf_i^0 + mh_i^0}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} \right) * Ivol_i^t = \sum_i \left(\frac{mf_i^0}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} \right) * IQf_i^t + \sum_i \left(\frac{mh_i^0}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} \right) * IQh_i^t$$

L'indice global peut s'écrire en faisant apparaître une composante globale « frais de séjour » et une composante globale « honoraires ».

$$Ivol^t = \frac{\sum_i (mf_i^0)}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} * Ivolf^t + \frac{\sum_i (mh_i^0)}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} * Ivolh^t \quad (2)$$

Où $Ivolf^t = \sum_i \left(\frac{mf_i^0}{\sum_i mf_i^0} \right) * IQf_i^t$ est l'indice de volume pour les frais de séjour

et $Ivolh^t = \sum_i \left(\frac{mh_i^0}{\sum_i mh_i^0} \right) * IQh_i^t$ l'indice pour les honoraires.

Dans le cas du secteur public, les frais de séjour et les honoraires ne sont pas séparés au sein des GHM et les quantités relatives aux frais de séjour et celles relatives aux honoraires sont contraintes d'évoluer au même rythme au niveau de chaque GHM. La formule (1) se simplifie donc :

$$Ivol_i^t = IQf_i^t = IQh_i^t$$

Par conséquent, les indices globaux pour les honoraires et les frais de séjour ont la même valeur, qui est la valeur de l'indice global. La formule (2) s'écrit simplement :

$$Ivol^t = Ivolf^t = Ivolh^t$$

Dans le cas du secteur privé, on constate qu'il n'y a pas égalité et la formule de l'indice global ne se simplifie pas. La formule (2) conserve ses deux composantes pour lesquelles les indices « frais de séjour » ($Ivolf^t$) et « honoraires » ($Ivolh^t$) ne sont pas nécessairement égaux.

$$Ivol^t = \frac{\sum_i (mf_i^0)}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} * Ivolf^t + \frac{\sum_i (mh_i^0)}{\sum_i (mf_i^0 + mh_i^0)} * Ivolh^t \quad (2)$$

Pour les cliniques, ce rapprochement de champ par la prise en compte des honoraires conduit à estimer un indice composite car l'indice de volume pour les frais de séjour est obtenu par la méthode « output », alors que l'indice de volume pour les honoraires résulte à ce jour du

calcul d'un indice de prix basé sur les données INSEE¹⁰. L'indice de volume obtenu en agrégeant celui des frais de séjour et celui des honoraires est donc un indice composite. En 2010, si la comparaison se fait à champ comparable, les indices de volume se rapprochent : toujours +3,0 % pour le secteur public, mais +2,3 % pour le secteur privé (tableau 12).

Tableau 12 - Comparaison des résultats de la méthode "output" à champ comparable entre secteurs hospitaliers public et privé

Indice de VOLUME (méthode "output")	2006	2007	2008	2009	2010
. Secteur public hospitalier	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030
. Secteur hospitalier privé	1,023	0,998	1,019	1,037	1,023
<i>dont frais de séjour, dép. forfait., médic et LPP</i>	1,018	0,995	1,007	1,032	1,016
<i>dont honoraires médecins et analyses</i>	1,037	1,004	1,047	1,050	1,041

Indice de VALEUR	2006	2007	2008	2009	2010
. Secteur public hospitalier	1,035	1,034	1,030	1,036	1,025
. Secteur hospitalier privé	1,046	1,044	1,050	1,047	1,031
<i>dont frais de séjour, dép. forfait., médic et LPP</i>	1,034	1,050	1,045	1,045	1,026
<i>dont honoraires médecins et analyses</i>	1,076	1,030	1,062	1,052	1,044

Indice de PRIX	2006	2007	2008	2009	2010
. Secteur public hospitalier	1,018	1,021	1,004	1,005	0,995
. Secteur hospitalier privé	1,022	1,047	1,031	1,009	1,008
<i>dont frais de séjour, dép. forfait., médic et LPP</i>	1,016	1,055	1,038	1,012	1,011
<i>dont honoraires médecins et analyses</i>	1,038	1,027	1,014	1,002	1,003

Champ : rémunérations incluses des médecins en activité libérale ou salariée

¹⁰ L'indice des prix à la consommation (IPC) des soins de santé publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des soins des professionnels de santé consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

Bibliographie

Didier Balsan, « Le partage prix – volume à l’hôpital : activité hospitalière PMSI et échelle de coûts.

Le secteur public en Médecine, Chirurgie, Obstétrique 1997-2000 », DREES, *Document de travail*, n° 24 – juillet 2002.

J-P. Dupuis, « Les administrations de Sécurité sociale – base 2000 – », INSEE, *Document de travail*, n° 4 – février 2007

M. Braibant, « Le partage volume-prix – Base 2000 – « INSEE, *Document de travail*, n° 7 – juillet 2007.

Eurostat, « Manuel de la mesure des prix et des volumes dans les comptes nationaux », édition 2005.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-41-01-543/FR/KS-41-01-543-FR.PDF

A. Fenina, M-A, Le Garrec, M. Koubi, « Les comptes nationaux de la santé en 2010 », DREES, *Document de travail, Série Statistiques*, n° 161, septembre 2011.

Annexe 1 - Détail du calcul de l'indice de volume par la méthode « output »

La méthode « output » de partage volume-prix, utilisée dans les Comptes de la santé, consiste à évaluer un indice de volume par agrégation des quantités élémentaires de produits observées à un niveau détaillé. Cette agrégation est une moyenne, pondérée par le poids financier de chaque poste. Ainsi, la méthode utilise deux informations fondamentales : les évolutions à un niveau fin des quantités de « produits » élémentaires et la structure financière de l'activité selon ces différents produits.

Des postes à un niveau détaillé

La méthode « output » consiste à estimer d'abord un indice de volume de la production (non marchande) de l'hôpital à partir des données d'activité du secteur hospitalier. Dans les Comptes de la santé, les indices de volume sont d'abord calculés pour les trois grands types d'activité (MCO, PSY et SSR) avant d'être agrégés en un indice unique.

Pour les activités PSY et SSR, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) donne des indicateurs de quantité (nombre d'entrées et de séjours en hospitalisation complète et nombre de venues en hospitalisation partielle, nombre de journées, de séances...).

Pour les activités MCO, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit des indicateurs de quantité par GHM (Groupes homogènes de malades) tant en journées qu'en séjours ou en nombre de séances. L'échelle nationale de coûts (ENC) est par ailleurs, jusqu'en 2008, utilisée pour valoriser les séjours et donc obtenir la structure financière. Pour les années postérieures, la structure financière est calculée à partir des tarifs. La SAE permet également de contrôler les données du PMSI sur le champ MCO.

L'agrégation des quantités

Notons par l'indice t l'année courante et par l'indice 0 l'année de base par rapport à laquelle les évolutions sont calculées. L'indice i désigne un poste de dépense, les différents symboles représentent :

q_i^t, q_i^0 les quantités au niveau élémentaire correspondant au poste i ,

p_i^t, p_i^0 les prix au niveau élémentaire correspondant au poste i ,

m_i^t, m_i^0 les valeurs correspondant au poste i ,

$IP_i^t = (p_i^t / p_i^0)$, l'indice d'évolution du prix correspondant au poste i ,

$IQ_i^t = (q_i^t / q_i^0)$, l'indice d'évolution de la quantité au niveau du poste i .

L'indice de volume se définit comme l'évolution de la valeur à prix constants, fixés à leur valeur de l'année de base. Elle n'est par conséquent pas une moyenne simple des évolutions des quantités élémentaires, mais une moyenne pondérée par le poids financier de chaque poste, comme le montre le calcul suivant.

$$Ivol^t = \text{évolution de la valeur aux prix de l'année de base} = \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^t}{\sum_i p_i^0 * q_i^0}$$

L'indice de volume possède une autre écriture, qui donne également une méthode de calcul par agrégation des quantités élémentaires et qui permet de calculer l'indice de volume à partir des quantités observées et de la structure financière, sans nécessairement connaître les prix.

$$Ivol^t = \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^t}{\sum_i p_i^0 * q_i^0} = \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^0 * (q_i^t / q_i^0)}{\sum_i p_i^0 * q_i^0} = \frac{\sum_i m_i^0 * IQ_i^t}{\sum_i m_i^0} = \sum_i \left(\frac{m_i^0}{\sum_i m_i^0} \right) * IQ_i^t$$

$Ivol^t$ = Moyenne des évolutions élémentaires de quantités, pondérée par la structure financière de l'année de base.

Le calcul de l'indice de volume se fait de manière emboîtée aux différents niveaux d'agrégation

Une des bonnes propriétés de l'indice de volume est qu'il peut être calculé de manière cohérente à différents niveaux d'agrégation. Cette propriété permet de fiabiliser le résultat par calage sur des données auxiliaires externes. Elle autorise en particulier l'utilisation de données extérieures pour évaluer la structure financière.

Supposons par exemple que l'on ne dispose que d'un échantillon d'établissements pour observer l'évolution de l'activité au niveau le plus élémentaire mais que, par ailleurs, on dispose d'une information sur la structure financière à un niveau plus agrégé. La théorie des sondages montre que l'utilisation de cette information auxiliaire permet d'améliorer la précision de l'estimateur. C'est ce qui est fait par exemple pour agréger les trois indices de volume des activités MCO, PSY et SSR.

Des indices de volume calculés sur chacun des trois champs on fait la moyenne en utilisant une pondération par la structure financière, donnée qui provient de sources extérieures.

L'indice de volume inclut un effet qualité

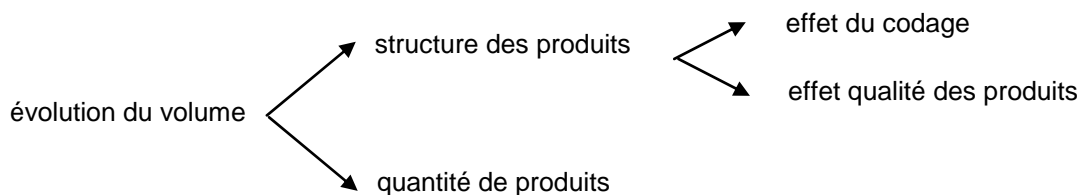
Au-delà du simple accroissement des quantités, l'indice de volume capte l'amélioration de la qualité des produits. Cette propriété est indispensable car, même à nombre d'actes constant, l'amélioration de la qualité moyenne de ceux-ci doit se traduire par une augmentation du volume. La décomposition suivante de l'indice de volume montre qu'il prend bien en compte cette dimension d'évolution de la qualité.

$$Ivol^t = \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^t}{\sum_i p_i^0 * q_i^0} = \frac{\sum_i q_i^t}{\sum_i q_i^0} * \frac{\sum_i q_i^0}{\sum_i q_i^t} * \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^t}{\sum_i p_i^0 * q_i^0} = \frac{\sum_i q_i^t}{\sum_i q_i^0} * \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^t}{\sum_i q_i^t} \bigg/ \frac{\sum_i p_i^0 * q_i^0}{\sum_i q_i^0} = A * B / C$$

Le terme A est un « effet quantité ». Il correspond à l'évolution globale de l'activité, mesurée comme le nombre total de produits (par exemple le nombre de séjours). Le quotient B/C est un « effet structure d'activité à prix constants ». Il mesure l'impact du changement de la structure d'activité par produits entre l'année de base et l'année courante. C'est le quotient entre deux moyennes de prix. Le terme C est le prix moyen de l'année de base. Le terme B est le prix moyen théorique qui aurait été observé l'année courante si les prix étaient demeurés constants à la valeur de l'année de base mais que seule la structure d'activité avait évolué.

Les limites de la méthode « output »

Notons que le terme (B/C) mesurant l'évolution de la structure des produits peut également inclure un effet codage non négligeable lorsque la nomenclature des produits est révisée ou lorsque le comportement de codification de l'opérateur change, sous l'effet de l'apprentissage ou de changements de consignes de saisie. En effet, si la déformation de structure vers des produits plus coûteux est mesurable, distinguer au sein de cette déformation la part qui relève d'une hausse de la qualité et celle qui relève de la manière de coder les actes (ou les produits) est bien plus délicate. À l'effet qualité s'ajoute alors un effet codage strict.



Les produits de l'activité non pris en compte dans le calcul

Certaines activités ne sont pas prises en compte explicitement dans le calcul de l'indice de volume par la méthode « output ». Ainsi, les activités financées par des enveloppes globales de financement (telles que les MIGAC) ne peuvent pas être rattachées à des biens et services précis et individualisables dont on pourrait observer les quantités. Pour ces enveloppes, l'hypothèse est que leur évolution en volume est la même que celle des autres postes, c'est-à-dire que le calcul est fait en pratique sans tenir compte des évolutions spécifiques à ces enveloppes. De même, les financements forfaitaires sont également exclus du calcul pour les mêmes raisons, ainsi que les consultations externes et la HAD.

Il n'est par ailleurs pas toujours pertinent de distinguer certains postes annexes dont l'utilisation est liée à celle de produits principaux. Par exemple, les médicaments et les dispositifs médicaux implantables en sus doivent-ils être considérés en propre ou rattachés à l'activité des GHM auxquels ils contribuent ? Le choix fait ici est de les rattacher, d'autant plus que l'hétérogénéité des produits qui constituent cette liste et la variation annuelle parfois importante de celle-ci entraînerait des fluctuations erratiques d'un indice de volume calculé sur ce seul champ.

Pour l'instant, l'Hospitalisation à domicile (HAD) n'est pas prise en compte dans le calcul de l'indice de volume, essentiellement parce que, faute de recul suffisant, l'expertise de l'évolution des produits élémentaires que constituent les groupes homogènes de tarifs n'a pas

été effectuée. Cette expertise devrait figurer parmi les prochaines améliorations méthodologiques car, bien que la part de la HAD dans l'activité totale reste pour l'instant modeste, ce domaine d'activité est relativement dynamique. Il en va de même des consultations externes.

Enfin, pour les activités PSY et SSR il serait sans doute nécessaire de disposer d'un niveau de détail plus grand en termes d'activité que la simple ventilation entre hospitalisation partielle ou complète.

Le calcul du prix se déduit de celui du volume

Dans la méthode output, l'indice de prix se déduit de l'indice de volume. En effet, le produit des deux indices doit être égal à l'évolution de la valeur.

On en déduit :

$$IP^t = \frac{m^t}{m^0} / Ivol^t = \frac{\sum_i q_i^t \cdot p_i^t}{\sum_i q_i^0 \cdot p_i^0} * \frac{\sum_i q_i^0 \cdot p_i^0}{\sum_i q_i^t \cdot p_i^0} = \frac{\sum_i q_i^t \cdot p_i^t}{\sum_i q_i^t \cdot p_i^0} = \frac{\sum_i q_i^t \cdot p_i^t}{\sum_i q_i^t \cdot p_i^t \cdot \left(\frac{p_i^0}{p_i^t}\right)} = \frac{\sum_i m_i^t}{\sum_i m_i^t \cdot \left(\frac{p_i^0}{p_i^t}\right)}$$

Annexe 2 - Les principales différences méthodologiques entre la méthode « output » du calcul du volume et l'approche de l'Observatoire

Des méthodes de calcul différentes et adaptées aux objectifs respectifs de ces deux exercices

La démarche retenue dans les rapports et notes de l'Observatoire scinde l'évolution de la dépense budgétaire en valeur (montant remboursé par l'assurance maladie) en deux composantes. La première composante évalue l'impact budgétaire des évolutions tarifaires telles qu'elles sont définies par les arrêtés. La seconde composante est une évolution de la valeur budgétaire déflatée des évolutions tarifaires. Cette seconde composante, qui mesure la marge de manœuvre « hors tarif », est la définition du « volume » utilisée par l'Observatoire. Elle répond à une question qui peut se formuler de la manière suivante : étant donné l'objectif fixé par l'ONDAM d'évolution globale des dépenses d'assurance maladie, étant donné par ailleurs l'impact budgétaire des arrêtés tarifaires, quelle marge de manœuvre reste-t-il pour l'évolution de la valeur budgétaire hors effets tarifaires pour respecter l'objectif fixé ?

L'indicateur de volume calculé par l'Observatoire est donc en fait *une évolution du volume de l'activité une fois déduite l'évolution des tarifs* plutôt qu'un partage volume-prix au sens économique habituel du terme. La méthode est entièrement basée sur l'évolution des tarifs tels qu'ils sont publiés dans les arrêtés. En conséquence, l'interprétation de ce volume n'a de sens que dans le cadre du suivi macroéconomique de la dépense hospitalière prise en charge par l'assurance maladie. Il est assez difficile de rapprocher cette évolution de celle que l'on obtient habituellement avec l'exercice de partage volume-prix, qui est de pouvoir estimer une évolution de l'activité économique correspondant à l'évolution constatée de la valeur économique¹¹.

Ainsi, pour résumer, la méthode des Comptes de la santé est basée sur l'évolution des quantités produites au niveau des postes élémentaires. L'indice de volume est la moyenne des indices de quantité élémentaires, pondérée par le poids en valeur des postes élémentaires. La méthode utilisée dans les publications de l'Observatoire part des évolutions de tarifs fixées par les arrêtés pour suivre l'évolution de la valeur sur le champ de la dépense hospitalière prise en charge par l'assurance maladie en la décomposant en effets tarifaires et effets hors tarifs.

Une formalisation de la méthode mise en œuvre dans le cadre de l'Observatoire

L'exercice mené dans le cadre de l'Observatoire consiste à déflater l'évolution de la valeur budgétaire de chaque poste élémentaire de l'évolution tarifaire correspondante, pour obtenir au niveau de chaque poste des indices élémentaires qui sont des « évolutions de valeurs déflatées par l'évolution du tarif correspondant ». L'indice global est la moyenne de ces indices élémentaires, moyenne pondérée par le poids en valeur de chaque poste. La

¹¹ Montant total de la consommation, y compris prise en charge par les organismes complémentaires et les ménages ou non financé.

formalisation suivante fait apparaître le lien étroit existant entre la méthode retenue et l'objectif visé, qui est le suivi des frais d'hospitalisation acquittés par l'assurance maladie.

Notons i un poste élémentaire correspondant aux arrêtés tarifaires :

$itar_i$ est l'évolution des tarifs au niveau élémentaire correspondant au poste i ,
 mb_i , mb_i^0 sont les masses financières budgétaires correspondant au poste i l'année en cours et l'année précédente.

L'évolution des dépenses, que l'on cherche à comparer à la cible, est par définition donnée par la formule suivante :

$$Imb = \sum_i mb_i / \sum_i mb_i^0 \quad (1)$$

Par ailleurs, on peut écrire : $mb_i = mb_i^0 * (1 + itar_i) (1 + \alpha_i)$

Dans cette formule $itar_i$ est l'évolution tarifaire du poste de dépense i et α_i représente en conséquence l'évolution de la valeur « hors tarifs ». La relation (1) s'écrit également :

$$Imb = \sum_i \left(\frac{mb_i^0}{\sum_i mb_i^0} \right) * (1 + itar_i) (1 + \alpha_i)$$

Soit

$$Imb-1 = \sum_i \left(\frac{mb_i^0}{\sum_i mb_i^0} \right) * itar_i + \sum_i \left(\frac{mb_i^0}{\sum_i mb_i^0} \right) * \alpha_i + \sum_i \left(\frac{mb_i^0}{\sum_i mb_i^0} \right) * (itar_i * \alpha_i)$$

Dans cette décomposition, le premier terme correspond à l'impact budgétaire des arrêtés tarifaires. Le second mesure l'ensemble des effets « hors tarifs ». C'est ce terme qui est désigné sous le terme de « volume » dans les documents de l'Observatoire. Il s'agit de l'évolution de la valeur budgétaire, déduction faite de la contribution des tarifs à cette évolution. Le troisième et dernier terme est du second ordre et peut être négligé.

Ce calcul fait bien apparaître le traitement réalisé par l'ATIH, à savoir :

- calcul, au niveau de chaque poste élémentaire i , de l'évolution de la valeur budgétaire déflatée par celle du tarif (α_i) ;
- agrégation des α_i pondérée par la structure financière des postes ($\frac{mb_i^0}{\sum_i mb_i^0}$).

Il met en évidence la nature de l'objectif visé, qui consiste à suivre la dépense publique tout en prenant en compte l'impact des arrêtés tarifaires sur celle-ci et montre la cohérence entre l'objectif visé et la méthode mise en œuvre.

Cette approche est d'une nature différente de la décomposition mise en œuvre dans les Comptes de la santé, qui adopte une approche économique en définissant d'abord le volume à partir des quantités produites, puis les prix par solde avec l'évolution de la valeur économique

(celle-ci étant estimée au coût des facteurs). En fait, le volume des Comptes de la santé se rapprocherait plutôt d'un autre indicateur calculé par ailleurs dans les notes et rapports de l'Observatoire, qualifié de « volume économique », qui se base effectivement sur les évolutions de quantités à un niveau fin, mais ce n'est pas cet indicateur qui est directement utilisé pour le partage volume-prix de l'Observatoire.

Un champ différent pour le calcul prix/volume

L'exercice mené par l'ATIH dans le cadre de l'Observatoire porte en outre sur un champ différent de celui des Comptes de la santé :

- dépense remboursée par l'assurance maladie sur le champ hospitalier pour l'ATIH, ensemble de la consommation hospitalière quel que soit le financement (assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages) pour les Comptes de la santé (*cf.* tableau 1) et y compris honoraires des professionnels de santé dans le secteur privé ;
- activité PSY/SSR du secteur public hospitalier exclue de l'analyse pour l'ATIH, incluse pour les Comptes de la santé.

Si en restriction au champ MCO, l'indice de volume « output » des Comptes de la santé et celui de l'Observatoire sont relativement proches¹², il en va tout autrement des indices de prix. En effet, par la méthode « output », l'indice de prix est obtenu par solde entre l'indice de valeur économique et l'indice de volume. Or la valeur considérée dans les Comptes de la santé est l'ensemble de la consommation alors qu'il s'agit de la dépense budgétaire dans le cas de l'Observatoire. Ces deux valeurs (consommation et dépense budgétaire) n'évoluent en général pas au même rythme.

Deux autres différences, bien que techniques, ont leur importance car elles affectent également les résultats.

D'une part, les variations du champ de l'ONDAM donnent lieu chaque année à un travail spécifique dans le cadre de l'Observatoire afin de neutraliser dans le calcul les effets de champ et calculer des évolutions « à champ constant » (annexe 3) : périmètre de l'ONDAM (comme par exemple l'intégration du service de santé des armées en 2009) et transferts budgétaires entre sous-objectifs de l'ONDAM (comme par exemple le transfert de l'ODMCO à l'enveloppe MIGAC d'une partie des ressources tarifaires représentatives des charges afférentes à la permanence des soins hospitaliers et à la prise en charge des patients en situation de précarité). Le champ des Comptes de la santé n'est pas sujet à variation, en dehors des révisions conceptuelles qui se produisent en général lors des changements de base de la comptabilité nationale. Ce champ, constant d'une année sur l'autre, correspond à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux.

D'autre part, les postes élémentaires pris en compte dans le calcul diffèrent entre les deux exercices. Le calcul de l'Observatoire est effectué à un niveau intermédiaire qui comprend l'ensemble des postes tarifés à l'activité. Pour ce qui est du secteur ex-DG hospitalier : des groupements de GHS, les suppléments, les forfaits techniques et consultations externes et la

¹² En effet, la valeur budgétaire qui sert de pondération à l'indice n'est pas très éloignée dans les deux exercices et correspond approximativement au produit des quantités par le tarif.

HAD. Pour le secteur privé, sont en outre pris en compte les forfaits dialyse, ainsi que la PSY et le SSR. Dans les Comptes de la santé, le calcul est effectué au niveau le plus fin en ce qui concerne les GHM et intègre pour les deux secteurs l'activité PSY et SSR, il exclut en revanche les forfaits techniques et consultations externes, les forfaits dialyse du secteur privé et la HAD.

Résumé des principales différences entre les deux méthodes

	Observatoire	Comptes de la santé
Objectif/approche	Suivi de la dépense hospitalière prise en charge par l'assurance maladie, impact des arrêtés tarifaires, évolution de la valeur budgétaire "hors tarifs"	Économique : évaluation de l'activité à partir des quantités produites
Méthode basée sur	Tarifs des arrêtés	Quantités produites
Calcul de l'indice de volume	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution du tarif par poste élémentaire - Évolution de la valeur budgétaire déflatée par celle du tarif au niveau de chaque poste - Agrégation de ces évolutions en pondérant par la structure financière budgétaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution des quantités produites au niveau des postes élémentaires - Agrégation de ces évolutions en pondérant par la structure financière de la consommation
Champ	Sous-objectifs arrêtés de l'ONDAM Corrections des variations du périmètre de l'Ondam et des transferts entre sous-objectifs de l'ONDAM	Ensemble de la consommation
Postes élémentaires servant dans le calcul	Secteur public : GHS, suppléments, forfaits techniques et consultations externes, HAD Secteur privé : GHS, suppléments, forfaits techniques, forfaits dialyse, HAD, PSY, SSR	GHM, PSY (venues en hospit. partielle, entrées en hospit. complète), SSR (venues en hospit. partielle, entrées en hospit. complète)

Postes élémentaires contribuant au calcul dans les travaux de l'Observatoire et calcul 2009/2008

	Montant 2009	Montant 2008	2009/2008 valeur	2009/2008 valeur champ constant	2009/2008 tarifs	2009/2008 volume
Total hors champ non régulé hors FMESPP (I+II+III+IV)	69 031	66 741	3,4%			
I-ODMCO des établissements ex-DG tarifés à l'activité	33 976	33 057	2,8%			
1-Les financements directement liés à l'activité MCO	30 408	29 737	2,3%	3,7%		3,7%
a-Les tarifs séjours en MCO (y compris dialyse)	27 154	26 664	1,8%	3,6%		3,6%
- les GHS + "extrêmes"				4,0%	-0,01%	4,0%
- les suppléments : réanimation, néonatalité, soins intensifs, surveillance continue				-0,2%	0,41%	-0,4%
b-Les tarifs prestations en MCO (activité externe et forfaits techniques)	2 913	2 767	5,3%	3,7%	-	3,7%
c- hospitalisation à domicile (HAD) avec les groupes homogènes de tarifs (GHT)	341	306	11,5%	11,5%	0,43%	11,1%
2-Le paiement de certains consommables en MCO	2 604	2 394	8,8%	7,8%	-	7,8%
- les paiements en sus : médicaments (y compris en HAD)	1 889	1 758	7,4%	6,5%	-	6,5%
- les paiements en sus : dmi	715	636	12,4%	11,3%	-	11,3%
3-Autres financements de l'activité MCO, en partie liés à l'activité (forfaits annuels)	965	926	4,1%	4,1%	-	4,1%
4-Transition T2A : Dotation annuelle complémentaire (DAC)	-	-	-			
II-ODMCO des établissements ex-OQN tarifés à l'activité	9 676	9 338	3,6%			
1-Les financements directement liés à l'activité MCO	8 011	7 829	2,3%	4,3%		3,5%
a-Les tarifs séjours en MCO :	6 500	6 392	1,7%	4,1%	0,60%	3,3%
- les GHS + "extrêmes"				3,8%	0,58%	2,7%
- les suppléments : réanimation, néonatalité, soins intensifs, surveillance continue				14,8%	0,92%	13,7%
b-Les tarifs prestations en MCO (forfaits techniques)	127	117	8,2%	8,2%	2,48%	5,5%
c-hospitalisation à domicile (HAD) avec les groupes homogènes de tarifs (GHT)	313	270	16,0%	16,0%	0,43%	15,5%
d- forfaits dialyse	1 071	1 050	2,0%	2,0%	0,48%	1,5%
2-Le paiement de certains consommables en MCO	1 424	1 436	-0,8%	1,0%	-	
- les paiements en sus : médicaments (y compris en HAD)	661	673	-1,9%	-1,9%	-	
- les paiements en sus : dmi	763	763	0,1%	3,6%	-	
3-Autres financements de l'activité MCO, en partie liés à l'activité	241	73	228,1%	0,8%	-	
III- Financement indépendant de l'activité (1)						
1-MIGAC	7 678	6 604	16,3%			
- MIGAC ex-DG	7 576	6 539	15,9%			
- MIGAC ex-OQN	102	65	58,1%			
IV- Etablissements de santé non tarifés à l'activité	17 701	17 742	-0,2%			
1-ODAM (ex-DG)	15 460	15 673	-1,4%			
-Dotation annuelle de financement (DAF) hors USLD : hôpitaux locaux, PSY, SSR	14 275	14 320	-0,3%			
-USLD	1 185	1 352	-12,4%			
2-OQN psy-ssr	2 241	2 070	8,3%	8,3%	1,45%	6,7%
-PSY	567	547	3,6%	3,6%	1,54%	2,0%
-SSR	1 674	1 522	10,0%	10,0%	1,42%	8,4%

(1) Doit être ajouté ici le FMESPP, non suivi par l'Observatoire.

Champ : dépenses régulées de l'ONDAM hospitalier hors FMESPP.

Annexe 3 - Le champ des dépenses suivies par l'Observatoire et ses évolutions, le changement de périmètre de l'ONDAM et les transferts budgétaires entre sous-objectifs

1- Le champ suivi par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

L'ONDAM hospitalier¹³ comprend deux sous-objectifs, le premier relatif aux établissements tarifés à l'activité et le second comprenant l'objectif de dépense d'assurance maladie (ODAM) pour le PSY et le SSR, l'objectif quantifié national (OQN) pour le PSY et le SSR, le FMESPP et les dépenses non régulées (encadré).

Encadré - Décomposition de l'ONDAM hospitalier par sous-objectifs et dépenses non régulées

1) Le premier sous-objectif regroupe **les dépenses consacrées aux établissements de santé tarifés à l'activité**. Il se décompose en deux groupes de dépenses :

- L'Objectif des dépenses liées aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et l'odontologie (ODMCO). Cet objectif comprend les dépenses relatives à l'activité des établissements publics et des établissements privés exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique hors hôpitaux locaux (séjours, urgences, forfaits prélèvements et transplantation d'organes, actes et consultations externes, suppléments, médicaments et molécules onéreuses en sus des tarifs).
- Les budgets alloués aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

2) Le second sous-objectif se décompose en quatre groupes de dépenses :

- L'Objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) comprend les dépenses d'assurance maladie pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation des établissements auparavant financés par dotation globale (c'est la DAF qui a deux composantes : PSY et SSR), pour l'ensemble des activités des hôpitaux locaux (HL), pour quelques hôpitaux particuliers et pour les soins délivrés en unités de soins de longue durée (USLD).
- L'Objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de soins de suite, de psychiatrie et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés (PSY + SSR).
- Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).
- Les autres dépenses (dépenses non régulées). Un certain nombre de ces dépenses ont été transférées vers d'autres postes au cours des dernières années, et sont entrées dans le champ des dépenses régulées : c'est le cas des dépenses des USLD privées (unités de soins de longue durée des cliniques privées), intégrées dans l'ODAM en 2009 (7,7 M€). D'autres dépenses en revanche sont sorties de cette rubrique et même de l'ONDAM, comme les dépenses effectuées dans le cadre des conventions internationales (dépenses relatives aux soins des assurés des régimes étrangers lors de leur séjour en France). Ces dépenses, que l'assurance maladie se fait rembourser par les régimes étrangers, sont sorties de l'ONDAM en 2010 (250 M€). En 2010, théoriquement, seules les dépenses des établissements situés hors du territoire (cliniques situées à Monaco...) devraient être imputées sur le poste des dépenses non régulées. Ces dépenses sont estimées à 80 M€ en 2009. Certaines dépenses sont toutefois ventilées sur ce poste par erreur (dépenses posant des difficultés de rattachement comptable) et devraient relever *a priori* du champ régulé : le montant 2009 pour les cliniques privées est estimé à 40 M€.

ONDAM hospitalier – dépenses non régulées prévues. En M€

	2006	2007	2008	2009	2010
Non régulé	755	765	759	651	401
Dont ex-DG	517	525	525	495	290
Dont ex-OQN	237	240	234	156	111

Sources : Direction de la Sécurité sociale.

¹³ L'ONDAM couvre les dépenses de santé financées par l'assurance maladie et une partie des dépenses de la branche AT-MP. Si l'on considère le seul sous-champ directement lié aux dépenses d'assurance maladie, le périmètre de la consommation de biens médicaux est plus large que celui de l'ONDAM. Ainsi, en 2009, au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), les soins hospitaliers représentaient 78 Mds d'euros, et l'ONDAM pour les soins hospitaliers 70 Mds€

L'Observatoire suit la totalité du premier sous-objectif, qui concerne les établissements tarifés à l'activité. Il suit deux des quatre composantes du second sous-objectif, à savoir l'objectif de dépense d'assurance maladie (ODAM) et l'objectif quantifié national (OQN). Il ne suit pas en revanche le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ni les « autres dépenses » (dites dépenses non régulées) (tableau).

Les dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2010				(en milliards d'euros)
	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	
ODMCO (1)	34,97	9,90	44,87	total ONDAM hospitalier 70,8
MIGAC	7,72	0,08	7,80	
ODAM (2)	15,31	0,001	15,31	
OQN psy-ssr (3)		2,35	2,35	
Total	58,00	12,33	70,33	
Autres (4)	n.d.	n.d.	n.d.	

(1) activité (y compris dialyse et HAD), médicaments et DMI en sus, forfaits annuels.
(2) pour hôpitaux publics : hôpitaux locaux, USLD, psychiatrie, SSR. Pour les hôpitaux privés : USLD.
(3) pour hôpitaux privés uniquement.
(4) pour hôpitaux publics et privés : FMESPP, établissements hors territoire.

Sources : rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, rapport CCSS, juin 2011.

Les résultats publiés par l'Observatoire tiennent compte des évolutions de champ des différents postes suivis. Ces évolutions sont de plusieurs natures. Elles résultent de changements de champ de l'ONDAM, de déplacements d'enveloppes au sein de cet agrégat, correspondant à des redistributions entre sous-objectifs ou à des niveaux plus fins, ou encore à des changements de champ tarifaire. Ces dernières ne modifient pas la classification des différents postes mais affectent la manière dont ils sont valorisés.

2- Les évolutions du champ de l'ONDAM hospitalier

Le champ de l'ONDAM hospitalier régulé s'est peu à peu étendu, intégrant des dépenses qui étaient comptées dans l'enveloppe des soins de ville ou encore dans l'enveloppe de soins hospitaliers non régulés. On peut ainsi noter les principales modifications du champ de l'ONDAM régulé :

- intégration de la HAD des établissements ex-OQN à l'ONDAM, précédemment comptée en ville ;
- intégration de la dialyse à l'ONDAM, précédemment comptée en ville ;
- intégration des USLD¹⁴ des cliniques privées à l'ODAM en 2009.

Parallèlement, l'ONDAM hospitalier non régulé s'est réduit à la fois par l'intégration (*cf.* ci-dessous) des USLD des cliniques privées dans l'ODAM, mais aussi par la sortie de l'ONDAM de dépenses des conventions internationales au titre des soins de personnes relevant de régimes d'assurance maladie étrangers (à partir de 2010).

¹⁴ USLD : Unités de soins de longue durée.

3- Les redistributions entre les deux sous-objectifs hospitaliers

a) Le champ initial de la T2A

En 2003, étaient exclus du champ d'application de la réforme :

- les hôpitaux locaux ;
- les établissements du Service santé des armées ;
- les établissements nationaux de Fresnes et de l'Institut national des invalides (INI) ;
- les établissements de Saint-Pierre et Miquelon et de Mayotte, jusqu'à leur intégration dans le régime de financement de droit commun ;
- les établissements de Guyane.

Par ailleurs, sur proposition des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) concernées, les établissements faisant l'objet d'un processus de conversion de leurs autorisations de MCO en Soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que les établissements ne produisant pas de données d'activité issues du PMSI, pouvaient, sans être exclus du champ de la réforme, être traités de manière spécifique pour l'année 2004. Ces établissements sont entrés pleinement dans la réforme au plus tard au 1^{er} janvier 2005.

b) Le champ de la T2A s'est par la suite modifié à deux reprises

- 1^{er} janvier 2009 : entrée du Service Santé des Armées dans le champ T2A (transfert de 340 M€ du 2^{ème} sous-objectif de l'ONDAM hospitalier vers le 1^{er}).
- 1^{er} janvier 2010 : entrée des établissements de Guyane dans le champ T2A (transfert de 160 M€ du 2^{ème} sous-objectif de l'ONDAM hospitalier vers le 1^{er}).

4- Les transferts de dépenses au sein des sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier

a) Au sein du 1^{er} sous-objectif

- 1^{er} janvier 2007 : rattachement des dépenses de médicaments et DMI aux séjours.
- transfert de l'ODMCO à l'enveloppe MIGAC d'une partie des ressources tarifaires représentatives des charges afférentes à la permanence des soins hospitaliers et à la prise en charge des patients en situation de précarité :
 - 1^{er} janvier 2009 : 733 M€ pour la permanence des soins hospitaliers ;
 - 1^{er} janvier 2010 : 167 M€ pour la prise en charge de la précarité.

b) Au sein du 2nd sous-objectif

Comme mentionné au 2), les USLD des cliniques privées ont été intégrées à l'ODAM en 2009.

5- Les évolutions de champ tarifaire

- Avril 2007 : création des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SEH), destinés à rémunérer l'environnement de plateau technique sur certains actes externes. Impact possible sur la répartition de l'activité entre séjours de moins de 24h et activités externes.
- Depuis 2007, pour l'activité de court séjour des établissements ex-DG, c'est la facturation qui déclenche le paiement de l'assurance maladie. Il ne s'agit pour l'instant pas d'une facturation directe mais elle a une valeur juridique et a permis de diminuer le montant des postes en attente de paiement.
- Forfait haute technicité (HT) : En 2008 changement de modalité de financement de la haute technicité pour les cliniques privées, financées par le biais d'un coefficient. Depuis la HT est financée selon une double modalité : le tarif et un forfait, sachant que le forfait diminue chaque année pour une réintégration totale de la masse dans les tarifs en 2012. Ces mouvements impactent chaque année le contour des tarifs (-167 M€ en 2009, +58 M€ en 2010, +58 M€ en 2011)
- Modification de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus : chaque année, la liste est modifiée pour une réintégration dans les tarifs avec jusqu'en 2009 deux listes distinctes entre les deux secteurs (ex : intégration dans les GHS des implants de réfection des parois et des implants de colpo-suspension, qui étaient sur la liste en sus dans le privé et inscription des implants tendineux et ligaments artificiels sur la liste en sus du public). Cette liste, qui n'a pas nécessairement vocation à être vidée, fait l'objet d'une gestion dynamique, avec des entrées et sorties annuelles (transfert de 33 M€ de la liste en sus vers les tarifs lors de la construction tarifaire 2009, de 77 M€ en 2010, de près de 120 M€ en 2011)
- 2009 : mise en place de la version 11 de la classification des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO prévues par l'arrêté du 19 février 2009.
- 2009 : création d'un supplément pour l'activité de surveillance « lourde ».
- 2010 : prise en charge de la dialyse en cours d'hospitalisation (comptée en forfait auparavant).
- La nomenclature des GHM peut faire l'objet de changements à chaque campagne. Si les créations de nouveaux GHM ont souvent concerné un faible nombre de séjours dans le passé, cela ne doit pas être considéré comme une règle générale. En particulier la réforme de la CMD 14 (Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum) en préparation concernera un grand nombre de séjours.

Annexe 4 - Liste des sigles et acronymes utilisés

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCF : Consommation de capital fixe
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie (travailleurs salariés)
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
DG : Dotation globale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
EBL : Établissement à but lucratif
EBNL : Établissement à but non lucratif
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de soins
HAD : Hospitalisation à domicile
HT : Haute technicité
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC : Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
ODAM : Objectif de dépenses d'assurance maladie
ODMCO : Objectif de dépense de médecine, chirurgie et obstétrique
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : Objectif quantifié national
PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information
PSPH : (établissement) participant au service public hospitalier
PSY : Psychiatrie
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SSR : Soins de suite et de réadaptation
T2A: Tarification à l'activité
USLD : Unité de soins de longue durée