



Inspection générale
des affaires sociales

RM2007-162P

Inspection générale de l'Institut
national de la statistique et des
études économiques

Rapport

sur

Le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie

Établi par

Daniel Postel-Vinay
Inspecteur général des affaires
sociales

Alain Viénot
Inspecteur général de l'Institut
national de la statistique et des
études économiques

Stéphanie Dupays
Inspectrice des affaires sociales

Sommaire

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE: LE CONSTAT.....	9
1. L'APPREHENSION DE LA DEPENSE DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE EN DROITS CONSTATES	10
1.1. <i>Le concept de date de soins</i>	10
1.2. <i>Les conséquences statistiques</i>	10
1.3. <i>Les conséquences comptables</i>	11
2. POUR LES CLINIQUES PRIVEES, LA MULTIPLICITE DES SOURCES DE DONNEES ET LEUR INEGALE ADAPTATION AU SUIVI DES SOUS-ENVELOPPES DE L'ONDAM HOSPITALIER EXPLIQUENT LEUR DIFFICILE MISE EN COHERENCE	12
2.1. <i>L'exploitation du SNIIRAM par la CNAMTS permet un suivi fin des dépenses de l'ONDAM pour les cliniques, mais avec une incertitude pour les DOM et les régimes autres que le régime général, et un fort décalage dans le temps</i>	12
2.2. <i>Le SNIIRAM retrace de manière assez précise l'ONDAM hospitalier des cliniques privées pour le régime général hors DOM</i>	12
2.2.1. Mais le SNIIRAM n'est pas encore enrichi régulièrement pour le régime général des données des mutuelles décompteuses et des DOM, ni des données des autres régimes	13
2.2.2. Le passage des données en date de remboursement aux données en date de soins fait l'objet d'une estimation rendue difficile par les changements de réglementation	13
2.2.3. Le cas particulier de l'estimation de la progression des dépenses des cliniques pour l'activité MCO au premier trimestre 2006	14
2.3. <i>Les données comptables exploitées par la DSS permettent un constat plus tardif de l'ONDAM, provisoirement dépourvu de ventilation selon les différentes sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier pour les cliniques</i>	15
2.3.1. L'insuffisante finesse de la nomenclature comptable des caisses d'assurance maladie a jusqu'à présent rendu impossible la décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs pour les cliniques	15
2.3.2. Les comptes ne sont pas uniquement fondés sur des dépenses réalisées, ils comportent une part de provisions répondant à des méthodes de calcul différentes suivant les régimes.....	15
2.3.3. Le cas particulier du traitement des conventions internationales.....	17
2.3.4. Un suivi infra annuel reposant sur les comptes ne serait pas plus performant que la solution actuelle.....	17
2.4. <i>Les données d'activité exploitées par la DHOS permettent d'approcher les dépenses des cliniques mais leur absence d'exhaustivité nécessite de les compléter par la source statistique du SNIIRAM</i>	17
2.5. <i>Les différentes sources ne sont pas parfaitement cohérentes entre elles</i>	18
3. POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, LES DIFFICULTES DE SUIVI DE L'ONDAM HOSPITALIER SONT POUR LE MOMENT MOINS GRANDES, EN RAISON DE L'IMPORTANCE DES DOTATIONS FORFAITAIRES, DE L'ABSENCE DE TARIFICATION INDIVIDUELLE DIRECTE AUX CAISSES ET EN DEPIT DE L'INSUFFISANTE PRECISION DES "ARRETES DE VERSEMENT" DES ARH	18
3.1. <i>Le suivi de l'ONDAM public par la DHOS repose sur une source fiable</i>	19

3.1.1. La fraction tarifée à l'activité pour les disciplines MCO.....	19
3.1.2. Le traitement des dotations annuelles forfaitaires.....	19
3.2. <i>L'absence de tarification individuelle directe simplifie le suivi comptable par l'assurance maladie.....</i>	20
3.3. <i>La cohérence des données issues des différentes sources est satisfaisante pour le secteur public.....</i>	20
4. LE NIVEAU D'EXIGENCE ELEVE EN MATIERE DE PREVISIONS POUR SATISFAIRE LES CRITERES LEGAUX DE LA REGULATION DES DEPENSES	20
4.1. <i>Les dispositifs statistiques ne permettent pas de répondre aux besoins du Comité d'alerte</i>	21
4.2. <i>Les besoins de la régulation infra annuelle</i>	22
DEUXIEME PARTIE: LES RECOMMANDATIONS	23
1. LES RECOMMANDATIONS QUI NE NECESSITENT PAS UNE MODIFICATION DE LA LOI	23
1.1. <i>Etablir un dictionnaire officiel des données de l'ONDAM hospitalier, fixer des règles de gestion explicites et certifier le respect du dictionnaire et des règles de gestion par les programmes informatiques des différents régimes et des mutuelles décompteuses.....</i>	23
1.1.1. <i>Etablir un dictionnaire officiel des données de l'ONDAM hospitalier.</i>	23
1.1.2. <i>Fixer des règles interrégimes de gestion des données.....</i>	23
1.1.3. <i>Valider les programmes informatiques dans le cadre du contrôle interne informatique</i>	24
1.2. <i>Demander aux établissements de soins de fournir un indicateur de complétude des données transmises et aux caisses de tenir une statistique du dénombrement des séjours payés.....</i>	24
1.3. <i>Demander aux ARH de transmettre à l'appui des arrêtés de versement au titre de l'activité un fichier ventilant la dépense par exercice et par mois de rattachement, pour permettre aux agences comptables des régimes d'assurance maladie de suivre une chronique mensuelle extra comptable.....</i>	25
1.4. <i>Pour les dépenses des cliniques, conduire à bien le chantier informatique du suivi statistique des dépenses à partir des données transitant par les caisses centralisatrices de paiement.....</i>	26
1.5. <i>Demander à la CNAMTS de suivre les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier des cliniques distinctement pour le périmètre régime général hors DOM, hors mutuelles décompteuses, dans l'attente de la complétude du SNIIRAM.....</i>	26
1.6. <i>Clarifier les responsabilités pour la production des chiffres, approfondir l'analyse critique des données statistiques et comptables et améliorer la communication des données.....</i>	27
1.6.1. <i>Clarifier le rôle des acteurs pour la production des données utiles au suivi de l'ONDAM hospitalier</i>	27
1.6.2. <i>Promouvoir l'analyse critique des données</i>	27
1.6.3. <i>Clarifier la communication des données</i>	28
1.7. <i>Formaliser davantage les procédures internes à l'administration centrale et aux caisses nationales pour le suivi des dépenses hospitalières.....</i>	28
2. LES RECOMMNANDATIONS QUI APPELLENT UNE MODIFICATION DE LA LOI	29
2.1. <i>Garantir l'existence d'un fichier unique des établissements.</i>	29
2.2. <i>Créer une forte incitation à la facturation de la totalité de l'activité dans un délai bref et, si nécessaire, réduire sensiblement le délai de prescription pour la facturation des séjours hospitaliers.....</i>	29
2.3. <i>Maintenir le principe d'une régulation infra annuelle</i>	30
2.4. <i>Consolider les conditions juridiques de la régulation infra annuelle</i>	31

2.4.1. La nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-10 ne règle pas toutes les difficultés soulevées par la rédaction d'origine.....	31
2.4.2. La nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-10 ajoute une difficulté d'application supplémentaire.....	32
2.4.3. La rédaction de l'article fixant les conditions juridiques de la régulation infra annuelle pourrait s'appuyer sur les principes différents, proches de ceux mis en œuvre par le Comité d'alerte.	33
2.5. Réévaluer les conditions de mise en œuvre de la tarification individuelle pour le service public hospitalier.	33
3. DONNER LE MEILLEUR SUPPORT POSSIBLE A L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE ET ETUDIER L'ELARGISSEMENT EVENTUEL DE SON CHAMP DE COMPETENCE.....	34
3.1. Lever l'ambiguïté sur le suivi des "dépenses" ou des "charges "de l'assurance maladie ..	35
3.2. Lever l'ambiguïté sur la vocation économique de l'observatoire.....	35
3.3. Garantir la transparence des données et la réponse aux questions des membres de l'observatoire	36
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	39
LETTRE DE MISSION	43
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	47
ANNEXE 1 : LETTRE DE CADRAGE DU 21 JUIN 2007	49
ANNEXE 2 : L'ONDAM HOSPITALIER.....	53
ANNEXE 3: CHAINE STATISTIQUE POUR LES CLINIQUES, POUR L'ACTIVITE MCO	57
ANNEXE 4 : LE CONSTAT DE L'ONDAM.....	59
ANNEXE 5 : LE SUIVI CONJONCTUREL DE L'ONDAM HOSPITALIER.....	65
ANNEXE 6 : SCHEMA DE LA CAISSE CENTRALISATRICE DES PAIEMENTS	71
ANNEXE 7 : DELAIS DE FACTURATION DANS UNE CLINIQUE PRIVEE.....	73
SIGLES UTILISES	75

Introduction

Les difficultés de suivi de la dépense des régimes d'assurance maladie au titre des soins hospitaliers (objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier, ou ONDAM hospitalier) sont anciennes. Elles ont été soulignées en 2006 pour le suivi des dépenses de l'assurance maladie au titre des cliniques.

A l'intérieur du sous-objectif des dépenses des établissements tarifés à l'activité, l'objectif des dépenses de médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) totalise pour ces trois disciplines les dépenses d'assurance maladie au titre des établissements du service public hospitalier et des cliniques privées. L'arrêté du 1^{er} mars 2006 fixe à 40,2 milliards d'euros l'ODMCO pour 2006. A la mi-2006, le suivi statistique des dépenses du régime général fait craindre un dépassement de l'enveloppe de 500 millions d'euros, imputable aux seules cliniques. En septembre 2006, l'estimation du dépassement est ramenée à un chiffre compris entre 200 et 300 millions d'euros. Cette estimation conduit les pouvoirs publics à décider, par arrêté du 27 septembre 2006, une baisse des tarifs MCO des cliniques d'en moyenne 2,6 % pour les trois derniers mois de l'année 2006.

L'arrêté du 27 septembre 2006 fait l'objet d'un recours pour excès de pouvoir¹. Cet incident a conduit le législateur à valider partiellement l'arrêté attaqué² et surtout à modifier pour l'avenir les conditions de la régulation prix/volume infra annuelle, en autorisant la modification des tarifs de prestations " par catégories d'établissements et par tarifs de prestations"³.

Au sens du constat comptable, le dépassement réel de l'ODMCO pour 2006 ne peut être identifié exactement pour les cliniques, en raison de l'inadaptation de la nomenclature comptable en vigueur en 2006 pour le suivi de cet agrégat⁴. Pour autant, si l'on considère non plus l'ODMCO, mais l'ensemble des dépenses exposées par l'assurance maladie au titre des seules cliniques, toutes disciplines confondues, et pour un objectif pour 2006 de 10,8 milliards d'euros, le dépassement peut être estimé provisoirement à 66 millions d'euros⁵. Le constat extra comptable des charges va encore faire l'objet d'une correction en mars 2008. En l'absence de publication de l'arrêté litigieux, le dépassement se serait élevé à 106 millions d'euros. Au regard de la régulation des dépenses, ces données justifient la modification des tarifs intervenue au dernier trimestre 2006.

Les constats établis par la mission identifient les causes de l'imprécision relative des prévisions infra annuelles. Ils soulignent le degré élevé de précision exigé pour l'établissement des prévisions. Les recommandations montrent qu'il est possible de continuer à progresser dans le suivi infra annuel des différents compartiments de l'ONDAM hospitalier, même si les décideurs doivent se résoudre à accepter un certain degré d'incertitude, ce qui n'a rien d'anormal. Il est recommandé de maintenir le principe de la régulation infra annuelle, mais d'en revoir certaines modalités pour consolider son assise juridique.

¹ L'arrêté du 27 septembre 2006 a été annulé par un arrêt du Conseil d'Etat du 21 décembre 2007.

² Article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

³ Article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

⁴ Pour les cliniques, l'agrégat ODMCO ne pourra être retracé dans les comptes des régimes d'assurance maladie en année pleine qu'à compter de l'exercice 2008, cf. infra point 1.2.2.1.

⁵ Après réestimation des provisions en septembre 2007. Entre temps, une meilleure réévaluation des provisions sera fournie pour la commission des comptes de septembre. Si l'arrêté du 27 septembre 2006 n'était pas intervenu, le dépassement aurait été augmenté des économies attendues de l'arrêté chiffrées à l'époque à environ 45 millions d'euros. Le dépassement aurait donc atteint 66+45=110 millions d'euros environ.

Première partie: le constat

- En application de la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 se caractérise par une nouvelle présentation de l'ONDAM qui est désormais ventilé entre six sous-objectifs sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer par un vote. Deux de ces sous-objectifs concernent les dépenses hospitalières et sont au centre de la mission. Le premier regroupe les dépenses consacrées aux établissements de santé tarifés à l'activité et comprend l'ODMCO. Le second sous-objectif concerne les autres dépenses des établissements de santé⁶. Les dépenses des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), anciennement sous dotation globale (les établissements ex-DG) et celles des cliniques privées (les établissements ex-OQN) sont regroupées dans chacun des deux sous-objectifs si bien qu'il n'y a pas officiellement d'agrégats distincts pour le secteur public et PSPH d'une part et le secteur privé des cliniques d'autre part.
- Cependant, en pratique, la construction et le suivi statistique partent de deux agrégats l'un pour le public, PSPH inclus, l'autre pour le privé. Ainsi, pour l'année 2006, le constat de l'ONDAM hospitalier, encore provisoire et arrêté à septembre 2007, est le suivant:

Tableau 1 : Le constat de l'ONDAM hospitalier 2006, en septembre 2007

En millions d'euros

	Objectif 2006	Réalisations 2006	Ecart aux objectifs ⁷
Etablissements publics et assimilés	52 456	52 247	-208
Cliniques privées	10 796	10 863	66
FMESPP	327	327	0
Total	63 579	63 437	-142

Source : Direction de la sécurité sociale, tableau de centralisation des données comptables 2006 (TCDC), septembre 2007.

Ainsi, en 2006 le montant de l'ONDAM hospitalier a fait l'objet d'une sous-consommation globale (-142 M€) qui est la résultante d'une sous-consommation des dépenses des établissements publics et PSPH (-208M€) et d'un léger dépassement des établissements de santé privés (+66M€).

Les principales difficultés pour l'établissement des prévisions et le suivi des comptes identifiées par la mission proviennent des causes suivantes qui seront examinées successivement:

- l'appréhension de la dépense en droits constatés;
- pour les cliniques, la multiplicité des sources de données et leur imparfaite adaptation au suivi des sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier;

⁶ Le détail des deux sous objectifs se trouve dans l'annexe n° 3.

⁷ Pour le service public hospitalier, des effets de champ sont intervenus postérieurement au vote de l'ONDAM.

- pour le secteur public, l'insuffisante précision des "arrêtés de versement" des ARH sur l'exercice et le mois de rattachement des séjours MCO valorisés, même si l'importance des dotations forfaitaires et l'absence de tarification individuelle directe aux caisses facilite pour le moment le suivi des dépenses du secteur;
- le niveau élevé d'exigence en matière de prévision pour répondre aux critères légaux de la régulation des dépenses.

1. L'APPREHENSION DE LA DEPENSE DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE EN DROITS CONSTATES

L'ONDAM, en particulier l'ONDAM hospitalier et ses sous-objectifs, est exprimé en droits constatés. La règle des droits constatés exige de rattacher à l'exercice comptable de l'année N les dépenses de soins effectuées en année N, même si ces soins sont payés par l'assurance maladie l'année suivante. La dépense est considérée en date de soins et non en date de paiement.

Cette règle s'applique aux cliniques privées. Pour les établissements du service public hospitalier, la règle est adaptée et donne lieu à deux situations différentes. Pour les enveloppes forfaitaires, on rattache la dépense à l'exercice comptable en fonction de la date de l'arrêté de l'ARH fixant ces enveloppes. Pour les arrêtés mensuels sur la part tarifée à l'activité, on retient le mois de soins au titre duquel l'arrêté se rapporte et non plus la date de l'arrêté, celui-ci étant établi avec 3 mois de décalage.

En 2006, les provisions ont fait l'objet de 2 notifications distinctes: l'une au titre des arrêtés tardifs des dotations DAF, DAC, MIGAC et USLD, l'autre pour l'activité du 4^{ème} trimestre tarifée à l'activité.

1.1. Le concept de date de soins

Pour les séjours hospitaliers, la date de soins est par convention égale à la date de sortie du malade. Pour un malade admis le 15 décembre et dont le jour de sortie est le 29 décembre de l'année N, le coût du séjour pour l'assurance maladie est imputé sur l'année N, même si le séjour est payé le 15 janvier de l'année N+1. Pour un malade admis le 15 décembre et dont le jour de sortie est le 2 janvier, le coût du séjour pour l'assurance maladie est imputé sur l'année N+1.

1.2. Les conséquences statistiques

La règle des droits constatés applicable aux régimes d'assurance maladie depuis l'exercice 1997, les a conduit à un double suivi statistique, en décaissements et en date de soins. Pour connaître avec une précision suffisante la valeur des dépenses en date de soins à attribuer à un mois donné, il faut attendre que la quasi-totalité des séjours dont la date de fin est comprise dans le mois considéré ait donné lieu à paiement par l'assurance maladie.

En théorie, le délai de prescription étant de deux ans et trois mois, il faudrait attendre l'expiration de ce délai pour connaître le montant exact des dépenses d'un mois en date de soins. En pratique, au bout de trois mois de remboursements, la dépense en date de soins est connue à hauteur de 90 à 95%. La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a mis au point une méthode⁸ permettant d'estimer le montant d'un mois de dépenses en date de soins, à partir des données de remboursement du mois considéré et des mois suivants, applicable avec deux mois de recul. Ainsi, une première estimation de la dépense du mois de mars en date de soins est connue et publiée le 15 juin, et ainsi de suite.

Dans le cas particulier des malades hospitalisés dans les établissements du service public hospitalier, la problématique est différente. Pour la fraction de l'activité MCO tarifée à l'activité (T2A), au lieu d'émettre comme les cliniques une facture électronique individuelle destinée à la caisse gestionnaire de l'assuré, l'établissement adresse à l'ARH, par l'intermédiaire du système e-PMSI, mensuellement depuis le mois d'avril 2007, l'activité valorisée du mois considéré pour les

⁸ Cf. note méthodologique de la CNAMTS de mars 2007.

séjours dont la date de fin est au plus tard égale au dernier jour du mois. Après validation par l'ARH, les séjours valorisés font l'objet d'un arrêté de l'ARH notifié à la caisse pivot de l'hôpital dans le délai de 15 jours suivant la réception des données, en vue du versement par la caisse pivot le 5 du mois N + 3 (le 5 juillet pour les séjours dont la date de fin est au plus tard le 31 avril).

Pour les séjours du service public hospitalier, l'information figurant dans les arrêtés est globale, sans ventilation des séjours valorisés par mois de date de sortie du malade. Cette information est impropre à la constitution d'une chronique mensuelle en date de soins, donc à une extrapolation de la dépense hospitalière correspondante à partir des données des premiers mois de l'année. En région Ile-de-France, les derniers mois de l'année sont réputés artificiellement gonflés pour cause de rattrapage des retards observés en cours d'année dans le processus de facturation.

1.3. Les conséquences comptables

L'établissement des comptes en droits constatés impose en fin d'année de provisionner les dépenses de l'assurance maladie se rapportant aux séjours dont la date de fin est comprise dans l'année, mais dont la liquidation et le paiement n'interviendront que l'année suivante.

Pour les dépenses au titre du service public hospitalier, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) communique à la CNAMTS le montant des provisions à inscrire dans les comptes, en distinguant les provisions au titre des enveloppes forfaitaires de celles au titre de la T2A.

Pour les dépenses au titre des cliniques, le montant des provisions est fixé par chaque régime d'assurance maladie.

Les comptes des régimes d'assurance maladie pour l'année N sont définitivement arrêtés au premier trimestre de l'année N+1 en intégrant ces provisions. L'année N+1, les dépenses se rapportant à l'exercice antérieur sont imputées sur les comptes se rapportant aux exercices antérieurs (une seule série de comptes est ouverte pour tous les exercices antérieurs confondus). La comparaison des provisions aux réalisations comptabilisées sur exercices antérieurs permet d'apprécier la qualité de la méthode de calcul des provisions et, pour la commission des comptes de septembre, d'apporter un premier correctif à la réalisation de l'ONDAM hospitalier de l'année précédente.

Pour l'exercice 2005, les provisions inscrites dans les comptes à leur clôture ont été surestimées pour les établissements publics et sous-estimées pour les cliniques. Pour l'exercice 2006, elles ont été surestimées pour les deux secteurs (cf. infra point 1.2.2.2). Ces réévaluations extra comptables des provisions sont sans incidence sur les comptes définitivement clôturés.

Au moment de la fixation de l'ONDAM hospitalier pour l'année N et de ses différentes sous-enveloppes, on ne connaît que la réalisation de l'ONDAM de l'année N-3, les comptes définitifs de l'année N - 2 (intégrant les provisions calculées pour la clôture de l'exercice), une réévaluation provisoire des provisions de l'année N-2 et une estimation des dépenses de l'année en cours.

2. POUR LES CLINIQUES PRIVEES, LA MULTIPLICITE DES SOURCES DE DONNEES ET LEUR INEGALE ADAPTATION AU SUIVI DES SOUS-ENVELOPPES DE L'ONDAM HOSPITALIER EXPLIQUENT LEUR DIFFICILE MISE EN COHERENCE

2.1. *L'exploitation du SNIIRAM⁹ par la CNAMTS permet un suivi fin des dépenses de l'ONDAM pour les cliniques, mais avec une incertitude pour les DOM et les régimes autres que le régime général, et un fort décalage dans le temps*

Le suivi statistique des dépenses des cliniques privées est assuré par la CNAMTS au moyen du SNIIRAM¹⁰.

2.2. *Le SNIIRAM retrace de manière assez précise l'ONDAM hospitalier des cliniques privées pour le régime général hors DOM*

Le SNIIRAM est alimenté par la totalité des dépenses des caisses au titre des cliniques privées. Ces données statistiques reposent sur des données de liquidation individuelle des frais de séjour, ce qui garantit leur fiabilité et leur complétude : une facture individuelle n'est liquidée et payée que si toutes les informations sont remplies correctement. Les cliniques ont donc intérêt à envoyer aux caisses l'ensemble de leurs factures et de fournir toutes les informations nécessaires à la liquidation.

Le SNIIRAM permet pour les cliniques de retracer précisément les dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier et celles relevant des autres enveloppes grâce à une nomenclature élaborée par les services statistique et comptable de la CNAMTS mais non validée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS). Le SNIIRAM permet aussi de ventiler les dépenses entre les différentes sous enveloppes de l'ONDAM hospitalier¹¹, en particulier l'ODMCO pour les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)¹², et l'OQN pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation. Cette ventilation des dépenses dans les enveloppes de l'ONDAM hospitalier repose sur plusieurs critères : la nature de la prestation, les disciplines autorisées dans l'établissement, la nature de l'établissement, la prise en charge éventuelle du malade au titre d'une convention internationale. Cette ventilation traduisant les textes définissant l'ONDAM et ses composantes apparaît fiable. Les erreurs relevées sont minimales : en 2006, une mauvaise ventilation de certaines prestations (10 M €) codées d'après un ancien code par des établissements de dialyse a été à l'origine d'un rattachement à l'OQN de dépenses relevant de l'ODMCO. Cette imprécision due à l'utilisation d'anciens codes par certains établissements est en voie de résorption.

Par conséquent, la complétude au niveau du champ des prestations relevant du champ régulé¹³ de l'ONDAM hospitalier et, à un niveau plus fin, de ses différentes enveloppes, est assurée de manière satisfaisante.

⁹ SNIIRAM: système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

¹⁰ En application de l'article R.162-41-4 du Code de la Sécurité Sociale

¹¹ Les différentes sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier sont décrites en annexe n° 3.

¹² Une description de la chaîne statistique pour l'activité MCO des cliniques est présentée en annexe n° 4.

¹³ Pour les dépenses non régulées, la direction de la sécurité sociale a un doute sur la fiabilité des données issues du SNIIRAM. La CNAMTS n'a pas répondu à la demande de la mission concernant l'identification des dépenses non régulées dans le SNIIRAM.

2.2.1. Mais le SNIIRAM n'est pas encore enrichi régulièrement pour le régime général des données des mutuelles décompteuses et des DOM, ni des données des autres régimes

En dépit des travaux inter régimes menés depuis 1998, seul le régime général alimente bien le SNIIRAM, à l'exception des mutuelles décompteuses¹⁴ qui couvrent environ 12% des effectifs de bénéficiaires du régime général¹⁵. Pour le suivi infra annuel, aucune estimation statistique tous régimes n'est effectuée. En revanche, la prévision du montant de l'ONDAM de l'année complète se fait en partant d'une base comptable tous régimes auquel la DSS applique le taux d'évolution statistique du régime général avec une dérive.

Entrent dans le champ de l'ONDAM les dépenses pour la France entière. Or, si les informations contenues dans les factures individuelles émises par les cliniques des DOM alimentent bien le SNIIRAM, pour des raisons historiques, la CNAMTS n'utilise pas ces données pour appréhender les dépenses des cliniques des DOM. En effet, la régularité de l'alimentation mensuelle du SNIIRAM n'était pas suffisante avant l'année 2004, du fait de l'importance de paiements directs sans passer par les chaînes de liquidation, pour pouvoir calculer des taux de complétude stables et passer ainsi des données en date de remboursement aux données en date de soins (cf. point suivant). C'est pourquoi la CNAMTS préfère exclure les données des DOM et les reconstituer en appliquant un taux d'extrapolation à partir des données fiables du SNIIRAM, celles hors DOM. Or, ce taux (2,7% des dépenses des cliniques privées), correct pour le montant total de l'ONDAM hospitalier, ne l'est pas pour chacune des sous-enveloppes. Par exemple, pour les dépenses de dialyse (qui entrent dans l'ODMCO), le poids des DOM est très supérieur. L'estimation des dépenses des DOM, si elle est assez juste pour l'ONDAM hospitalier total, est donc imprécise pour chaque sous-enveloppe.

2.2.2. Le passage des données en date de remboursement aux données en date de soins fait l'objet d'une estimation rendue difficile par les changements de réglementation

L'ONDAM retrace les dépenses en droits constatés, c'est-à-dire en date de soins. Or, le SNIIRAM est alimenté au moment du paiement des dépenses aux cliniques. Les travaux d'établissement de la facture individuelle par la clinique, puis de liquidation et de paiement par la caisse, prennent un certain délai¹⁶. Par exemple, lors du mois M+1, seule une partie des soins effectués en M ont été payés. Il faut donc passer d'une série de dépenses en date de remboursement à une série en date de soins en faisant un correctif (rajouter les soins effectués pas encore payés). Ces soins effectués en M mais pas encore payés en M+1 font l'objet d'une estimation. Le 12 du mois M+1, la CNAMTS a les données de remboursement du mois M et l'estimation en date de soins du mois M-2. Le coefficient appliqué par le modèle de complétude des données, de l'ordre de 1,10 pour les premières estimations en date de soins, est non négligeable et n'est pas encore stabilisé.

Cette estimation pour obtenir des données en date de soins est rendue difficile dès qu'un événement particulier (changement de la réglementation par exemple) retarde l'envoi des factures par les cliniques et perturbe ainsi l'extrapolation des données en date de soins à partir des remboursements. Tel fut le cas en 2005 avec la mise en place de la T2A, puis de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les cliniques. Des changements de version du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec les perturbations qu'ils entraînent dans les systèmes de facturation, peuvent affecter ce redressement des données en date de soins.

¹⁴ Les mutuelles décompteuses sont les mutuelles autorisées à gérer les prestations en nature du régime général pour certaines populations, en particulier pour les fonctionnaires et pour les étudiants.

¹⁵ Source: rapport Briet Fragonard, septembre 2007. La CNAMTS n'a pas répondu à la question de savoir quelle était la part des mutuelles décompteuses dans les remboursements, notamment pour les cliniques.

¹⁶ Un exemple en annexe n° 9.

Les méthodes utilisées par la CNAMTS pour corriger les séries statistiques du nombre de jours ouvrables et des variations saisonnières sont robustes et n'appellent pas d'observation.

2.2.3. Le cas particulier de l'estimation de la progression des dépenses des cliniques pour l'activité MCO au premier trimestre 2006

Il est intéressant d'illustrer l'impact de ces différents traitements sur l'estimation des dépenses du 1^{er} trimestre 2006 en droits constatés pour les cliniques.

Les premières informations, à partir des seules données de liquidation, faisaient ressortir une progression très vive des dépenses MCO. Les décaissements de janvier à mai 2006 étaient en progression de 11,2%¹⁷ par rapport à la période correspondante de 2005. Mais les décaissements du 1^{er} trimestre 2005 étant anormalement faibles en raison du changement de réglementation (passage à la T2A), le taux d'évolution perd de son sens : la forte progression de 11,2% est moins la marque d'une envolée des dépenses au premier trimestre 2006 que du caractère atypique de 2005. Or, ni la CNAMTS, ni la DSS n'ont au départ appelé l'attention sur les limites méthodologiques de ces taux¹⁸.

L'estimation en droits constatés faisait ressortir une progression des dépenses de 8,5%¹⁹ par rapport au 1^{er} trimestre 2005, constat réalisé en juin 2006, donc à partir des données de liquidation du premier trimestre.

Lors de la séance du conseil de l'hospitalisation du 3 juillet 2006, la DHOS a fait part de ses interrogations sur l'interprétation des données relatives aux dépenses du 1^{er} trimestre 2006.

En août, les dépenses en date de soins estimées pour les cinq premiers mois de l'année " *montrent une progression de l'activité en fourchette basse de 3 à 4% et en fourchette haute de 7 à 10%*"²⁰.

Après régulation, la progression pour l'ensemble de l'année 2006 s'établit aujourd'hui à 4,83 %²¹, pourcentage qui ne devrait plus subir de fortes variations. La méthode de complétude utilisée a donc conduit à surestimer le rythme de progression des dépenses. Mais le constat d'une progression des dépenses supérieure au taux retenu par l'ONDAM était exact.

Les coefficients appliqués pour passer des sommes liquidées aux sommes en date de soins – coefficients de complétude – étaient donc trop élevés. Par ailleurs les courbes de remboursements mensuels du début de l'année 2005 montrent de fortes perturbations erratiques, dues à la mise en place de la T2A, puis à celle de la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui les rendent peu fiables pour servir de base à des calculs d'évolution ultérieure de la dépense.

Cette illustration n'est pas une critique des méthodes statistiques utilisées, qui semblent bien maîtrisées, mais montre que l'imprécision mise en évidence est inhérente au phénomène étudié. Cette imprécision n'est d'ailleurs pas excessive.

¹⁷ Source: note DSS du 27 juin 2006.

¹⁸ Cf. annexe n°7.

¹⁹ Source: note DSS du 27 juin 2006.

²⁰ Source: note DSS du 22 août 2006.

²¹ Calcul de la mission à partir des TCDC 2005 et 2006.

2.3. Les données comptables exploitées par la DSS permettent un constat plus tardif de l'ONDAM, provisoirement dépourvu de ventilation selon les différentes sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier pour les cliniques

2.3.1. L'insuffisante finesse de la nomenclature comptable des caisses d'assurance maladie a jusqu'à présent rendu impossible la décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs pour les cliniques

Les dépenses des différents régimes sont retracées dans les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) dont la DSS fait la synthèse. Pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), la nomenclature comptable utilisée permet bien de retracer chacune des sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier. En revanche, la décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs est impossible pour les cliniques privées. Le plan comptable 2007 ne permet pas de ventiler les dépenses de l'ONDAM selon les enveloppes. Les données comptables permettent de connaître le montant réellement dépensé de l'ONDAM hospitalier au niveau global pour les cliniques toutes disciplines confondues, sans pouvoir isoler l'ODMCO pour la médecine chirurgie obstétrique, ni l'OQN pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation.

A compter de 2007, le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) a été modifié²² afin de distinguer les différentes sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier. Les dispositions prises par la Mission comptable permanente de la DSS garantiront que les différents régimes remplissent de manière homogène ce plan comptable.

Pour le régime général, certaines mutuelles décompteuses n'avaient toujours pas mis en œuvre la nouvelle nomenclature comptable en juin 2007, en raison du retard apporté à l'adaptation des programmes informatiques. Par conséquent, la ventilation de l'ONDAM 2007 en sous-enveloppes comportera une imprécision pour les dépenses des premiers mois. Ce n'est qu'à compter de l'exercice 2008 que l'on disposera pour les cliniques d'un suivi comptable de l'ODMCO en année pleine.

2.3.2. Les comptes ne sont pas uniquement fondés sur des dépenses réalisées, ils comportent une part de provisions répondant à des méthodes de calcul différentes suivant les régimes

La totalité des dépenses en droits constatés n'est pas connue lors de la clôture de l'exercice si bien que les TCDC 2006 comprennent une part de provisions correspondant aux charges de l'exercice 2006 versées en 2007.

Pour les cliniques, ces provisions sont estimées par les régimes d'assurance-maladie sur une base statistique. Chaque régime constitue des provisions selon une méthodologie propre. Notamment, la méthodologie de la MSA est très différente de celle des autres régimes. La DSS a invité la CNAMTS à se rapprocher des services statistiques des autres régimes afin d'harmoniser les méthodes de calcul²³. Ainsi le montant de l'ONDAM 2006 fondé uniquement sur des dépenses réalisées (et non plus sur des provisions) ne sera connu qu'en septembre 2007 de manière encore approximative et de manière définitive en mars 2008²⁴. Ce n'est qu'en mars 2010 que l'on connaîtra pour la première fois la valeur comptable définitive de l'ODMCO d'une année, pour 2008.

Pour les établissements ex-DG, les provisions sont calculées par la DHOS.

²³ CR du groupe de suivi du 17 octobre 2006.

²⁴ Le délai de prescription étant de deux ans et trois mois, il faudrait en théorie attendre avril 2009 pour finir de substituer les réalisations aux provisions. En pratique, les mouvements postérieurs à mars N+2 sont négligeables.

La méthode d'estimation des provisions pour le régime général a conduit pour l'ONDAM 2005 et pour l'ONDAM 2006 à d'importantes révisions. Ainsi, entre la première estimation de l'ONDAM 2005 en mars 2006 et le constat définitif en mars 2007, les provisions pour le secteur public ont été revues à la baisse de 103 millions d'euros et celles du secteur privé revues à la hausse de 224 millions d'euros (cf. tableau 2). Ce manque de fiabilité n'est pas seulement dû au caractère particulier de l'année 2005 : en 2006, les réévaluations sont encore fortes : entre la première estimation de mars 2007 et la dernière de septembre 2007, les dépenses pour le secteur public ont été revues à la baisse de 20,9 M€ et celles du privé de 101,8 M€ (cf. tableau 3)

Tableau 2 : Estimations successives des provisions pour l'exercice 2005 (M€)

	Mars 2006 (TCDC 2005)		CCSS juin 2006	CCSS septembre 2006	Mars 2007 (TCDC 2005 définitif)	
	Réalisations 2005	Dont provisions	Corrections sur provisions	Corrections sur provisions	Corrections sur provisions	Réalisation des provisions
Etablissements publics et assimilés ²⁵	51 262	2 624	-30	-50	-103	2 521
Etablissements privés	10 363	1 071	0	143	224	1 295
Total	61 625	3 695	-30	93	121	3 816

Source : Source: DSS

Tableau 3 : Estimations successives des provisions pour l'exercice 2006 (M€)

	mars-07	(TCDC 2006)	CCSS septembre 2007
	Réalisations 2006	dont provisions	correction des provisions
Etablissements publics et assimilés	52 268	3441	-20,9
Etablissements privés	10 964	1254	-101,8
FMESPP	327	0	
Total	63 560	4695	-122,6

Source : Source: DSS

L'essentiel de ces réestimations concerne le régime général, on peut en déduire que la méthode de calcul des provisions de la CNAMTS est fragile.

²⁵ Provisions hors CET.

2.3.3. Le cas particulier du traitement des conventions internationales

Il convient de distinguer la situation des non résidents qui reçoivent des soins en France des résidents qui reçoivent des soins à l'étranger.

- a) Soins dispensés en France à des non résidents couverts par une convention internationale
La nomenclature comptable de la CNAMTS permet d'identifier les dépenses d'hospitalisation correspondantes pour chacun des risques maladie, maternité et accidents du travail et de ventiler ces dépenses suivant que les soins ont été dispensés par le service public hospitalier ou en clinique.
Ces dépenses se sont élevées pour 2006 à 280 millions €²⁶ et sont en forte croissance. Il est permis de s'interroger sur la légitimité du classement de ces dépenses dans l'ONDAM (partie non régulée), puisque l'assurance maladie française n'est pas le débiteur final de ces dépenses qui sont in fine prises en charge par les institutions étrangères. Mais d'un autre côté, du point de vue de la régulation économique prix/volume des établissements de soins, il est légitime de maintenir ces dépenses au sein de l'ONDAM, en les affectant aux enveloppes régulées gouvernant la fixation des prix.
- b) Soins dispensés à l'étranger à des résidents couverts par une convention internationale
Ces soins sont également isolés dans les comptes des régimes et classés dans le 6ème sous objectif de l'ONDAM " dépenses relatives aux autres modes de prise en charge". Le système d'information relatif à ces soins dispensés à l'étranger ne permet pas de distinguer les dépenses d'hospitalisation des soins de ville. Il est d'autre part légitime de ne pas faire figurer ces dépenses dans les enveloppes qui gouvernent la régulation prix/volume des établissements de soins français.

2.3.4. Un suivi infra annuel reposant sur les comptes ne serait pas plus performant que la solution actuelle

Les données comptables présentent le même problème que les données statistiques : il faudrait pouvoir extrapoler les dépenses en date de soins à partir des dépenses comptabilisées au moment du paiement. Or, les paiements sont comptabilisés à leur date, quelle que soit la date de soins. Les données comptables sont impropres au suivi infra annuel.

2.4. *Les données d'activité exploitées par la DHOS permettent d'approcher les dépenses des cliniques mais leur absence d'exhaustivité nécessite de les compléter par la source statistique du SNIIRAM*

Le suivi des dépenses des cliniques par la DHOS est principalement fondé sur les séjours tarifés à l'activité (T2A) pour les disciplines MCO.

Les données d'activité saisies dans le programme informatique e-PMSI conçu par l'ATIH constituent la principale source de suivi de l'ODMCO des cliniques privées par la DHOS. Les données issues du PMSI appartiennent aux factures adressées à l'assurance maladie et les données médico-économiques collectées selon les nomenclatures du PMSI²⁷. Contrairement au SNIIRAM, il s'agit donc de données de facturation et non de liquidation.

Pour l'ODMCO, e-PMSI ne couvre qu'en partie le champ ODMCO privé (environ 90 %). Les activités qui échappent au PMSI sont:

- la dialyse alternative à la dialyse en centre
- l'hospitalisation à domicile (HAD)

²⁶ Source: CNAMTS, dépenses des CPAM au titre des conventions internationales, risque maladie.

²⁷ Cf. la présentation de la chaîne statistique des séjours MCO des cliniques en annexe n° 4.

- les forfaits techniques d'imagerie (scanners, IRM)
- l'activité d'urgence (ATU, FFM, forfait annuel, SE)
- l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

En sens inverse, le PMSI pour les cliniques contient les séjours des non résidents pris en charge au titre des conventions internationales, sans pouvoir les isoler, alors que ces dépenses dont les régimes étrangers sont les débiteurs finaux ne sont pas actuellement affectées à la partie régulée de l'ONDAM.

Pour apprécier complètement le champ MCO privé, la DHOS doit recourir aux données de l'assurance maladie (SNIIRAM) qu'elle retraite.

Au total l'intérêt de ces données réside dans l'universalité de leur champ personnel, tous régimes, DOM et mutuelles décompteuses compris. Mais l'absence de saisie de la facture réellement liquidée et les redressements statistiques nécessaires pour approcher l'ODMCO ne permettent pas de qualifier cette source pour le suivi pérenne des dépenses de l'ODMCO des cliniques, même s'il convient d'observer que cette méthode, dans l'attente de la stabilisation des prévisions issues du système d'information de l'assurance maladie, a donné jusqu'à présent des résultats pertinents.

2.5. Les différentes sources ne sont pas parfaitement cohérentes entre elles

A la date de rédaction du rapport²⁸, en se limitant au seul régime général, on constate un écart de 150 millions d'euros entre les comptes et la source statistique (le SNIIRAM) sur le montant de l'ONDAM 2006²⁹. Une partie de l'écart (de l'ordre de 100 millions d'euros) s'expliquerait par une surestimation des provisions³⁰.

3. POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, LES DIFFICULTES DE SUIVI DE L'ONDAM HOSPITALIER SONT POUR LE MOMENT MOINS GRANDES, EN RAISON DE L'IMPORTANCE DES DOTATIONS FORFAITAIRES, DE L'ABSENCE DE TARIFICATION INDIVIDUELLE DIRECTE AUX CAISSES ET EN DEPIT DE L'INSUFFISANTE PRECISION DES "ARRETES DE VERSEMENT" DES ARH

En 2006, la fraction de l'activité MCO du secteur public tarifée à l'activité a été fixée à 35%. Pour l'ensemble des disciplines du secteur public, la part du financement à l'activité (T2A) représente en 2006 encore moins du quart des dépenses de l'assurance maladie au titre du secteur public³¹, plus des trois quarts provenant des différents forfaits annuels.

²⁸ En février 2008, la DSS estime que l'écart de 150 millions entre les données comptables et statistiques est réduit à 50 millions.

²⁹ Le détail des sommes comparées est donné en annexe n° 5, le constat de l'ONDAM.

³⁰ La CNAMTS n'a pas répondu aux demandes d'explication de la mission sur l'écart de 150 millions d'euros.

³¹ Exactement 23,67% pour le régime général, d'après le TCDC provisoire 2006 arrêté à mars 2007. Le pourcentage est obtenu en rapportant la somme de la part tarifs (8 785,87), des médicaments en sus (1 136,65), des DMI en sus (539,92) et du forfait de prélèvement d'organes (33,09) au total des dépenses du secteur public (44 332,30), en millions €

3.1. Le suivi de l'ONDAM public par la DHOS repose sur une source fiable

La DHOS ne suit que le champ "régulé" de l'ONDAM hospitalier. Les postes dits "non régulés" (conventions internationales, USLD privées, établissements étrangers conventionnés, ne font pas l'objet d'un suivi).

3.1.1. La fraction tarifée à l'activité pour les disciplines MCO

Pour la fraction tarifée à l'activité, le constat de l'ODMCO est effectué à partir des données d'activité saisies par les établissements de santé dans la plate-forme e-PMSI. Ces données font l'objet par l'ARH d'une validation et d'une valorisation désormais mensuelle à compter du mois d'avril 2007. Les sommes sont ventilées par nature de forfait. Elles sont globales tous risques tous régimes.

Les frais d'hospitalisation des non résidents pris en charge dans le secteur public au titre d'une convention internationale, qui font l'objet d'une facturation individuelle adressée à la caisse de rattachement du non résident, peuvent être identifiés pour ne pas être inclus dans l'ODMCO.

Cette source est mieux adaptée au suivi de l'ONDAM pour le secteur public que pour le secteur privé tant au niveau des prestations suivies que des établissements couverts. Le seul correctif appliqué aux données du PMSI ne concerne que les établissements retardataires. Ce correctif s'appuie sur l'activité passée de ces établissements. Sur le constat de l'ODMCO 2006, la correction est de l'ordre de 20 millions d'euros soit 0,17% du total.

La DHOS effectue jusqu'à présent un suivi trimestriel de ces données d'activité valorisées. En 2006, les résultats du trimestre T sont connus le dernier mois du trimestre T+1. Par exemple, pour le premier trimestre 2006, les établissements ont jusqu'à la fin du mois d'avril 2006 pour transmettre leurs données, ensuite les ARH ont 2 semaines pour valider. Certains établissements fournissent leurs données avec retard. La DHOS estime que, début juin, elle dispose de la quasi-totalité des établissements au titre du premier trimestre. A partir d'avril 2007, les établissements transmettent mensuellement leurs données d'activité. Mais l'absence d'historique sur ces données mensuelles interdit pour l'instant de les utiliser pour faire des prévisions.

3.1.2. Le traitement des dotations annuelles forfaitaires

Pour les différentes dotations forfaitaires annuelles³² de chaque établissement, la source est l'applicatif ARBUST (Aide à la régulation des budgets de santé)³³ développé par l'ATIH. L'année budgétaire comporte sauf exception trois campagnes: le budget initial est suivi de deux décisions modificatives. A l'occasion de chacune des trois campagnes, la DHOS répartit les enveloppes forfaitaires entre les ARH qui les ventilent à leur tour entre les établissements, en faisant application d'une certaine fongibilité entre différentes enveloppes. Les dotations annuelles autres que la DAC sont donc susceptibles de prendre trois valeurs successives au cours de l'année. Pour chaque établissement, l'ARH met à jour ARBUST à l'occasion de chacune des trois campagnes³⁴.

³² La liste des dotations annuelles forfaitaires (DAC, DAF, MIGAC, FAU, CPO) et leurs références sont données en annexe 3.

³³ Le modèle de tableau de synthèse d'ARBUST pour un établissement est donné en annexe n°6.

³⁴ Pour le gestionnaire local d'ARBUST, les données d'une campagne annulent et remplacent les données précédentes, sans accès à l'archivage des données de la campagne précédente, ce qui conduit à une perte d'information.

3.2. *L'absence de tarification individuelle directe simplifie le suivi comptable par l'assurance maladie*

En l'absence de tarification individuelle pour les frais d'hospitalisation à la charge de l'assurance maladie³⁵, les dépenses des régimes d'assurance maladie au titre du service public hospitalier ne sont pas retracées dans le SNIIRAM.

Ces dépenses sont appréhendées à partir de la comptabilisation des versements effectués en application des arrêtés de versement établis pour chaque établissement et notifiés par les ARH, soit au titre des séjours MCO tarifés à l'activité, soit au titre des différentes enveloppes forfaitaires.

Les montants versés par les caisses pivots sont ventilés entre les régimes et les risques suivant une clé de répartition établie à partir de l'exploitation des « informations de séjour » individuelles transmises par les hôpitaux aux caisses gestionnaires, suivant la procédure instituée en 1983 lors de la mise en place du financement des hôpitaux par dotation globale. Ce circuit d'information permet des valorisations sur la base des anciennes disciplines médico-tarifaires. Il est maintenu en service, y compris pour les disciplines MCO.

Pour la mise en œuvre du principe du suivi de l'ONDAM en droits constatés à partir des comptes des régimes d'assurance maladie, les seules causes d'incertitude spécifiques au secteur public, indépendamment de la question déjà examinée des provisions de fin d'exercice, ici calculées par la DHOS, autorité la mieux placée pour en faire le calcul, proviennent de l'insuffisante précision des "arrêtés de versement" au titre des séjours MCO tarifés à l'activité. En effet, jusqu'à la mi-2007, les arrêtés ne précisent pas l'exercice de rattachement pour les lignes médicaments et dispositifs médicaux³⁶. Pour les forfaits GHS, l'arrêté du 30 mars 2007 rend obligatoire la ventilation des dépenses par exercice, les établissements étant désormais autorisés à facturer en cours d'année N + 1 la fraction d'activité de l'année N qu'il n'a pas été possible de facturer dans les délais³⁷. En revanche, les arrêtés des ARH, en dépit de leur nouvelle périodicité mensuelle, ne permettent pas l'établissement d'une chronique mensuelle en date de soins. Ces arrêtés mensuels valorisent les séjours indépendamment de leur mois de rattachement.

3.3. *La cohérence des données issues des différentes sources est satisfaisante pour le secteur public*

Pour l'ODMCO du secteur public en 2006, l'écart entre le résultat de la centralisation des données d'ARBUST et de PMSI par la DHOS, soit 31 524 millions €, et le résultat de la centralisation comptable tous régimes établie par la DSS, soit 31 514 millions €, n'est que de 10 millions €. Ce résultat s'explique par l'absence de facturation individuelle, alors que les données des cliniques soumises à la facturation individuelle subissent les aléas de l'alimentation du SNIIRAM par les DOM, par les mutuelles décompteuses et par les petits régimes et sont, d'autre part, tributaires du modèle d'estimation des dépenses en droits constatés à partir des données de décaissement.

4. LE NIVEAU D'EXIGENCE ELEVE EN MATIERE DE PREVISIONS POUR SATISFAIRE LES CRITERES LEGAUX DE LA REGULATION DES DEPENSES

³⁵ A l'exception notamment des non résidents bénéficiaires d'une convention internationale dont les frais de séjours donnent lieu à l'émission de factures individuelles adressées à la caisse de rattachement du non résident.

³⁶ Pour les médicaments et les DMI, le rattachement à l'exercice sera possible dès lors que les montants individuels seront rattachés au séjour du malade correspondant, soit en principe à compter du 1^{er} juillet 2007 pour les médicaments et du 1^{er} octobre 2007 pour les DMI, en application d'une instruction ministérielle du 10 juillet 2006.

³⁷ Ce nouveau dispositif n'était pas encore opérationnel en août 2007, l'outil informatique nécessaire n'ayant pas été déployé par l'ATIH.

Le degré de précision exigé pour les prévisions par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur est élevé. Il excède les possibilités des outils de mesure disponibles.

4.1. Les dispositifs statistiques ne permettent pas de répondre aux besoins du Comité d'alerte

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie doit « au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin »³⁸, rendre un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. Le Comité d'alerte intervient auprès du Parlement, du Gouvernement et des caisses d'assurance maladie s'il considère qu'il existe un « risque sérieux » de dépassement de l'ONDAM supérieur à 0,75 %.

Le champ de compétence du Comité d'alerte s'étend à l'ensemble de l'ONDAM et pas seulement à l'ONDAM hospitalier. Il lui est néanmoins nécessaire d'estimer les risques pour chacun des compartiments de l'ONDAM, en particulier pour l'ODMCO.

Pour la part des dépenses des cliniques dans l'ODMCO, ne sont disponibles le 15 mai que les premières estimations en date de soins des mois de janvier et février de l'exercice en cours. De plus, les nouveaux tarifs de l'année prennent effet au 1^{er} mars, si bien que le premier mois d'activité pour lequel l'effet prix est mesurable est le mois de mars, dont la première estimation en date de soins n'est pas disponible avant le 15 juin. Aussi les seules données de l'année en cours disponibles dans la seconde quinzaine de mai ne sont-elles pas suffisantes pour établir une prévision annuelle à 0,75 % près.

Pour la part des dépenses du service public hospitalier dans l'ODMCO, la part de la dépense des régimes d'assurance maladie incluse dans les enveloppes forfaitaires³⁹ est en principe connue en mai pour l'ensemble de l'année au titre de la campagne budgétaire initiale, donc sous réserve des éventuelles mesures nouvelles à venir. Mais la part valorisée à l'activité n'est connue en mai, dans le cadre du nouveau dispositif de versement mensuel institué à compter d'avril 2007⁴⁰ que pour les mois de janvier et de février⁴¹. Ces données semblent insuffisantes pour faire à cette date une prévision annuelle à 0,75 % près, d'autant plus que l'étanchéité des exercices et des mois en date de soins n'est pas actuellement garantie par les arrêtés des ARH, comme il a été indiqué supra au point 1.3.2.

Pour illustrer le niveau d'exigence du seuil utilisé par le Comité d'alerte, il est intéressant de mesurer le niveau d'incertitude résiduel au moment de la clôture des comptes d'un exercice. Pour les dépenses des cliniques, les réalisations estimées lors de la clôture des comptes de l'exercice 2005 ont été sous-estimées de 2,16%⁴². Pour 2006, on observe à l'inverse une surestimation qui s'établit provisoirement à 0,9%⁴³ du montant figurant dans les comptes de l'année. Pour ne prendre en considération que ces deux années, si, à la clôture des comptes dans le courant du premier trimestre de l'année N+1, le résultat de l'année N pour les cliniques n'est connu qu'avec une marge d'erreur comprise entre -1% et +2%, la marge d'erreur est d'autant plus grande que l'on se situe en amont dans le temps. Au 1^{er} juin de l'année en cours, elle excède sans doute le critère de 0,75 % imparti au Comité d'alerte.

³⁸ En application de l'article L. 114 - 4 - 1 du code de la sécurité sociale.

³⁹ Pour l'ODMCO, les enveloppes forfaitaires concernées sont les forfaits annuels et la DAC, soit en prévisionnel 2007 46% de l'ODMCO du service public hospitalier. Par rapport à l'ensemble de l'ONDAM hospitalier du service public hospitalier, les différentes enveloppes forfaitaires (forfaits annuels, DAC, MIGAC et DAF) représentent en prévisionnel 2007 64,7% de l'ONDAM hospitalier du secteur.

⁴⁰ En application de l'arrêté du 30 mars 2007 qui substitue une périodicité mensuelle de versement par l'assurance maladie à la précédente périodicité trimestrielle.

⁴¹ Pour l'activité de février, la valorisation est arrêtée par l'ARH pour le 15 avril et le versement par la caisse pivot intervient le 5 mai.

⁴² Soit 224 millions d'erreur sur les provisions à rapporter 10 363 millions inscrits dans les comptes 2005, provisions incluses.

⁴³ Soit une moins value sur provision de 101,8 millions (situation provisoire à septembre 2007) à rapporter à 10 964 millions inscrits dans les comptes de l'année 2006, provisions incluses.

Pour autant, cela ne signifie pas que le Comité d'alerte soit dépourvu des moyens remplir sa mission pour le suivi de l'ONDAM hospitalier. Le risque d'un dépassement du seuil de 0,75% appliqué à l'ONDAM hospitalier peut être avéré au 1^{er} juin, en raison soit des dernières réévaluations de la réalisation de l'ONDAM N-2, des données issues de la clôture des comptes de l'exercice N-1, des paramètres de la construction de l'ONDAM pour l'année en cours, ou encore d'un dérapage substantiel des dépenses en début d'année.

4.2. *Les besoins de la régulation infra annuelle*

Pour les frais d'hospitalisation tarifés à l'activité, à savoir d'une part les frais d'hospitalisation dans les établissements privés de soins de suite et de réadaptation⁴⁴ et, d'autre part, l'ODMCO du service public hospitalier et des cliniques⁴⁵, la loi du 18 décembre 2003 a prévu un mécanisme de régulation prix/volume infra annuel.

En cours d'année, « *lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours* », les tarifs peuvent être modifiés de manière à garantir le respect de l'enveloppe prévisionnelle concernée, OQN pour les soins de suite et de réadaptation, et ODMCO pour médecine chirurgie obstétrique.

Force est de constater que la rédaction de la loi est mal adaptée aux outils dont dispose la CNAMTS, organisme expressément chargé par la loi d'établir le constat des charges.

En utilisant le mot « charges », la loi semble renvoyer aux comptes et non aux statistiques. D'une part, la nomenclature comptable n'a été adaptée au suivi de l'ODMCO qu'à compter de mars 2007 pour le régime général. D'autre part, l'état définitif des charges d'un exercice ne peut être établi qu'avec les données du mois de mars de l'année N + 2, données qui permettent de finir de substituer les réalisations comptables aux provisions inscrites dans les comptes de l'année N au moment de la clôture des comptes de l'exercice.

En second lieu, pour répondre à la question de savoir si les évolutions observées sont compatibles avec le respect des objectifs de dépenses de l'année en cours, il est pertinent de s'appuyer sur le constat provisoire de l'année antérieure, tel qu'il est établi à la clôture des comptes de l'exercice, provisions incluses. En revanche, pour le suivi infra annuel des dépenses tarifées à l'activité, l'observation statistique des dépenses, et plus précisément la chronique statistique des dépenses estimées en date de soins, est en principe plus significative pour fonder une prévision annuelle que la chronique des données comptables. Les données statistiques afférentes aux séjours dont la date de fin est incluse dans le premier trimestre ne sont pas disponibles avant le 15 juin. Il est enfin regrettable de ne pouvoir, en droit, que s'appuyer sur les données du seul premier trimestre. Aussi est-ce à juste titre que le législateur, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a supprimé cette restriction, au moins pour l'ODMCO, en faisant désormais référence aux « *charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours*⁴⁶ ».

En troisième lieu, la notion d'"incompatibilité" avec le respect des objectifs de l'année en cours est ambiguë. Le critère de l'incompatibilité, quantitativement indéterminé, ne donne de sécurité juridique suffisante ni à l'Etat ni aux établissements de soins, même si, dans le cas particulier de l'année 2006, l'évolution des dépenses des cliniques était manifestement incompatible avec le respect de l'ODMCO, comme les résultats comptables encore provisoires le confirment.

⁴⁴ Article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Deuxième partie: les recommandations

Les recommandations visent à réduire l'incertitude sur les prévisions et à consolider l'assise juridique de la régulation infra annuelle des dépenses.

Sont successivement présentées les recommandations qui peuvent s'inscrire dans le cadre législatif en vigueur, puis celles qui appellent une modification de la loi. La pérennisation de la régulation infra annuelle des dépenses semble difficile à garantir en l'absence d'une modification de la loi.

Une troisième série de recommandations porte sur la mise en place de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

1. LES RECOMMANDATIONS QUI NE NECESSITENT PAS UNE MODIFICATION DE LA LOI

Les recommandations suivantes sont destinées à fiabiliser les constats et les prévisions pour le suivi des sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier.

1.1. *Etablir un dictionnaire officiel des données de l'ONDAM hospitalier, fixer des règles de gestion explicites et certifier le respect du dictionnaire et des règles de gestion par les programmes informatiques des différents régimes et des mutuelles décompteuses*

La validité des données et de leurs traitements appelle d'abord plus de rigueur dans les procédures, de telle sorte que celles-ci soient explicites et écrites, et comportent la désignation de l'autorité responsable de la mise en œuvre de chaque étape des processus.

1.1.1. **Etablir un dictionnaire officiel des données de l'ONDAM hospitalier.**

Le dictionnaire des données de l'ONDAM pourrait se composer d'une double matrice statistique et comptable. Les deux matrices ventileraient les données statistiques et comptables figurant dans les dictionnaires des données des applicatifs statistiques et comptables dans les différents agrégats de l'ONDAM hospitalier.

Le dictionnaire est un document officiel prenant par exemple la forme d'un arrêté signé au niveau du directeur de la sécurité sociale et du directeur de la direction de l'hospitalisation et des soins.

Cet outil permet de s'assurer de la bonne compréhension du contenu de l'ONDAM hospitalier et de trancher les questions récurrentes se rapportant à la liste des établissements du champ, pour laquelle des divergences existent entre la DHOS et la CNAMTS, à la frontière avec les soins de ville (par exemple pour les forfaits d'imagerie exécutés en cabinet libéral pour un malade hospitalisé, ou pour les soins à l'étranger des assurés sociaux pour lesquels l'information de source étrangère ne permet pas de ventiler la dépense entre soins de ville et soins hospitaliers), aux relations avec les débiteurs autres que l'assurance maladie (par exemple pour les soins d'hospitalisation en France des non résidents bénéficiaires d'une convention internationale, pour lesquels le débiteur final est une institution de sécurité sociale étrangère).

Recommandation n°1: Fixer dans un document officiel, lettre ministérielle ou arrêté, le dictionnaire des données de l'ONDAM hospitalier

1.1.2. **Fixer des règles interrégimes de gestion des données**

Une fois les données clairement identifiées, il reste à fixer des règles de gestion communes aux différents régimes et aux mutuelles décompteuses. Le but est de répondre de manière identique aux

situations de gestion concrètes rencontrées par le gestionnaire. Ces règles de gestion permettront d'apporter des réponses homogènes aux situations les plus fréquentes pour lesquels le gestionnaire peut légitimement hésiter entre plusieurs solutions (par exemple, pour fixer les règles de rejet des factures, pour traiter les enregistrements incomplets mais non rejetés, pour gérer les transformations d'établissements).

La production de ces règles de gestion pourrait être confiée à la CNAMTS ou à l'UNCAM au sein d'une commission interrégimes à laquelle seraient conviées les mutuelles décompteuses. Elle bénéficierait du support de la DHOS, gardienne de l'interprétation des règles de tarification à l'activité.

Recommandation n°2 : Charger la CNAMTS de l'établissement des règles de gestion des données, en liaison avec les autres régimes et les mutuelles décompteuses et avec le support de la DHOS pour l'interprétation des règles de facturation.

1.1.3. Valider les programmes informatiques dans le cadre du contrôle interne informatique

Pour s'assurer que le dictionnaire des données et les règles de gestion sont fidèlement respectées, il convient de valider les programmes informatiques concernés. La validation pourrait être confiée à l'agence comptable de chaque régime et trouver sa place dans le cadre du contrôle interne informatique.

Recommandation n°3 : Faire valider les programmes informatiques par les agences comptables de chaque régime, dans le cadre du contrôle interne informatique.

1.2. Demander aux établissements de soins de fournir un indicateur de complétude des données transmises et aux caisses de tenir une statistique du dénombrement des séjours payés

L'obligation de suivre les données en droits constatés rend très souhaitable la disposition d'indicateurs de complétude et de collecte des données.

Pour la complétude des données, les établissements publics⁴⁷ et privés pourraient être invités à transmettre aux caisses, chaque mois, un indicateur de complétude des données rapportant le nombre de séjours facturés au titre d'un mois donné au nombre total de séjours dont la date de fin est comprise dans le mois considéré⁴⁸.

Pour le suivi de la collecte des données les caisses, indépendamment de l'exploitation de l'indicateur de complétude des données, peuvent également tenir la chronique du nombre des séjours réglés en date de soins.

Recommandation n°4 : Dans l'attente de la stabilisation du système statistique, demander 1° aux établissements publics et privés de transmettre mensuellement respectivement aux caisses pivot et aux caisses centralisatrices des paiements un indicateur de la complétude des

⁴⁷ Suivant la DHOS, les établissements publics transmettent déjà aux ARH un indicateur mensuel de complétude de la facturation des séjours, centralisé par la DHOS.

⁴⁸ La CNAMTS devrait disposer d'un indicateur de volume des séjours en date de soins dans le courant de l'année 2008.

séjours facturés par rapport aux séjours dont la date de fin est comprise dans le mois considéré;

2° aux caisses de suivre un indicateur du volume des séjours réglés en date de soins

1.3. Demander aux ARH de transmettre à l'appui des arrêtés de versement au titre de l'activité un fichier ventilant la dépense par exercice et par mois de rattachement, pour permettre aux agences comptables des régimes d'assurance maladie de suivre une chronique mensuelle extra comptable

Pour les dépenses tarifées à l'activité, l'arrêté du 30 mars 2007 n'impose pas de ventilation des dépenses par exercice pour le médicament et les dispositifs médicaux implantables. Pour les GHS et les huit autres forfaits mentionnés à l'article 3 de cet arrêté, il est bien prescrit que les dépenses facturées soient ventilées par exercice⁴⁹, mais pas par mois en date de soins.

Pour les besoins des caisses, il est indispensable de tenir, comme pour les cliniques, une chronique mensuelle en date de soins. Il convient donc de demander aux ARH de transmettre aux caisses, à l'appui des arrêtés de versement, un fichier ventilant, par mois de date de soins et par exercice, les montants correspondants. Les agences comptables des caisses seraient chargées du suivi extra comptable des dépenses mensuelles en date de soins, y compris pour les médicaments et les dispositifs médicaux. La connaissance de la chronique des valeurs successives prises par le même mois en date de soins est indispensable à la construction, pour le secteur public, d'un modèle de complétude des données permettant d'établir une prévision mensualisée en date de soins.

Il serait souhaitable que cette réforme prenne effet au 1^{er} janvier 2008.

Pour les besoins de la DHOS, le programme informatique mis au point par l'ATIH devrait être modifié pour conserver les valeurs successives prises par un même mois en date de soins, alors qu'actuellement le programme fonctionne sur le mode « annule et remplace », sans archivage des valeurs successives de la variable.

Il est d'autre part apparu que, nonobstant la consultation du conseil d'administration de la CNAMTS sur le projet d'arrêté du 30 mars 2007, l'agence comptable de la CNAMTS n'a pas été associée à sa rédaction, ni aux modalités pratiques de sa mise en œuvre par les ARH. En conséquence, les programmes informatiques de la CNAMTS n'ont pas été modifiés pour ventiler par exercice les dépenses forfaitaires à l'activité, GHS compris. Pour l'avenir, il serait souhaitable que les projets de texte soient en temps opportun examinés par un groupe technique chargé d'en faire l'étude d'impact, en associant les différents gestionnaires chargés de la mise en œuvre, en particulier les responsables de l'informatique.

Recommandation n°5 : 1° Pour les dépenses facturées à l'activité du service public hospitalier, demander aux ARH de transmettre à l'appui des arrêtés de versement le fichier de la ventilation des dépenses en date de soins, par mois et par exercice, à charge pour les agents comptables des caisses de tenir la chronique mensuelle de manière extra comptable.

2° Modifier les programmes informatiques de l'ATIH pour archiver les valeurs successives prises par un mois donné en date de soins.

3° Soumettre les projets de texte à un groupe technique chargé d'en faire l'étude d'impact avec les différents gestionnaires, notamment les informaticiens, responsables de leur mise en œuvre.

⁴⁹ D'après la DHOS, la ventilation par exercice ne serait pas respectée par toutes les ARH.

1.4. Pour les dépenses des cliniques, conduire à bien le chantier informatique du suivi statistique des dépenses à partir des données transitant par les caisses centralisatrices de paiement

Les factures électroniques des cliniques transitent à l'aller par les caisses centralisatrices de paiement.⁵⁰ Par construction, ces données sont "tous régimes" et, pour le régime général, incluent les factures destinées aux mutuelles décompteuses.

Pour disposer de données tous régimes et incluant, pour le régime général, celles des mutuelles décompteuses, il est possible d'exploiter les données transitant par les caisses centralisatrices de paiement. Ce système d'information n'est pas parfait car il ne centralise que les factures émises par les cliniques. Il ne tient pas compte des éventuels rejets de facture par les caisses, les rejets ne transitant pas par les caisses centralisatrices de paiement. En raison des délais aléatoires d'alimentation du SNIIRAM par les mutuelles décompteuses et par les autres régimes, la CNAMTS s'est engagée sur la voie du développement de l'outil informatique ad hoc. La CNAMTS ne peut qu'être encouragée à mener à bien ce projet informatique.

Recommandation n°6 : demander à la CNAMTS

1° de conduire à bien le projet informatique consistant à exploiter les données de facturation au niveau des caisses centralisatrices de paiement et lui demander d'étudier les conditions dans lesquelles les flux retours de la caisse gestionnaire à l'établissement pourraient également transiter par la caisse centralisatrice de paiement pour asseoir la statistique sur les données de liquidation par les caisses et non sur les factures établies par les cliniques .

2° de produire l'échéancier des travaux informatiques prévus pour l'amélioration du suivi des dépenses des cliniques

1.5. Demander à la CNAMTS de suivre les sous-enveloppes de l'ONDAM hospitalier des cliniques distinctement pour le périmètre régime général hors DOM, hors mutuelles décompteuses, dans l'attente de la complétude du SNIIRAM.

L'un des obstacles au suivi de l'ONDAM hospitalier pour les cliniques⁵¹ provient de la difficulté à réunir simultanément les données des différents régimes d'assurance maladie et, au sein du régime général, les données en provenance des DOM et des mutuelles décompteuses⁵². Aussi est-il souhaitable de tenir les chroniques séparément pour le périmètre stable constitué par le régime général hors DOM et hors mutuelles décompteuses. Ce périmètre stable présente un champ suffisamment vaste pour fonder une analyse prévisionnelle pertinente.

Recommandation n°7 : Demander à la CNAMTS de suivre distinctement l'ONDAM hospitalier des cliniques pour le champ régime général hors DOM et hors mutuelles décompteuses, dans l'attente de la complétude du SNIIRAM.

⁵⁰ Le graphe des flux électroniques entre les cliniques et les caisses, établi par la CNAMTS, figure en annexe n° 8.

⁵¹ La difficulté concernera également le secteur public lorsqu'il aura basculé à la tarification individuelle directe aux caisses.

⁵² Pour les sections locales mutualistes, la CNAMTS indique le déploiement de la nouvelle norme d'échange Noémie 303 progressivement à compter de juin 2008. Pour les DOM, la CNAMTS indique procéder à un suivi régulier des flux statistiques à compter de janvier 2008 pour évaluer et si nécessaire améliorer la qualité des données.

1.6. Clarifier les responsabilités pour la production des chiffres, approfondir l'analyse critique des données statistiques et comptables et améliorer la communication des données

Si la production de données statistiques et comptables fiables est encore loin d'être stabilisée, force est de constater l'attention encore insuffisante portée à la qualité, à l'interprétation des données et à la recherche des explications des évolutions observées.

1.6.1. Clarifier le rôle des acteurs pour la production des données utiles au suivi de l'ONDAM hospitalier

Pour le suivi de l'ONDAM hospitalier, la multiplicité des acteurs pour la production des données brouille le paysage. Elle gêne l'action du décideur public.

L'ONDAM est un agrégat de dépenses des régimes d'assurance maladie appréhendées en date de soins. La source de référence pour la production des données est donc l'assurance maladie, comme la loi le rappelle d'ailleurs pour le suivi de l'OQN des cliniques et de l'ODMCO des secteurs public et privé⁵³.

Pour la production des données officielles susceptibles d'être transmises à des tiers, il importe de clarifier le rôle de chaque acteur suivant la qualité des informations qu'il détient. Par exemple, pour le calcul des provisions à inscrire dans les comptes de l'assurance maladie, les informations détenues par la DHOS sont aujourd'hui les plus pertinentes. En revanche, pour le suivi des dépenses des cliniques, la DSS devrait être la source unique de données officielles, ce qui n'empêche nullement la DHOS, à partir de ses propres sources d'information, de contribuer à l'analyse critique des données présentées par la DSS à partir de l'exploitation des systèmes d'information de l'assurance maladie. Tant que les données du SNIIRAM ne sont pas stabilisées, les prévisions établies par la DHOS sont d'autant plus utiles qu'elles se sont jusqu'à présent révélées pertinentes.

Recommandation n°8 : 1° Clarifier le rôle de chacun des acteurs pour la production des données officielle;

2° Dans l'attente de la stabilisation des sources statistiques et comptables, des réunions périodiques de confrontation des données de suivi des dépenses de la DHOS et de la CNAMTS pourraient être organisées sous l'égide du Secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale et se tiennent préalablement à la communication officielle à des tiers.

1.6.2. Promouvoir l'analyse critique des données

En 2006, la régulation infra annuelle pouvait se fonder, suivant la loi en vigueur à l'époque, soit sur le constat définitif des charges pour 2005, hypothèse d'école puisque ce constat ne sera connu qu'en mars de l'année 2007, soit sur les charges du premier trimestre 2006. Pour les cliniques, les données brutes du premier trimestre 2006 étaient impropres à l'établissement d'un pronostic sur le respect de l'ODMCO. En effet, le premier trimestre de l'année de référence 2005 avait été gravement perturbé par la mise en place de la T2A qui s'est traduite par des retards de facturation importants et par le versement d'avances aux cliniques. Les notes internes de l'administration montrent que ce problème technique a bien été identifié, mais n'est mentionné qu'assez tardivement⁵⁴.

L'analyse critique des données a pour but de décomposer la valeur de la production de soins hospitaliers en effets prix, volume et structure, après neutralisation des effets de calendrier perturbateurs liés à l'épidémiologie et aux multiples incidents d'origine administrative (évolutions réglementaires, mise en œuvre de plans de santé publique) et informatique qui ne cessent de

⁵³ Cf. les articles L.162-22-3 et L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.

⁵⁴ Cette difficulté technique est mentionnée dans la note DSS du 30 août 2006.

perturber la production des données, tant au niveau des établissements de soins qu'au niveau des nombreux organismes et régimes d'assurance maladie qui interviennent dans leur traitement.

Pour les cliniques comme pour le service public hospitalier, force est de constater qu'aucun des acteurs, assurance maladie, ATIH, DSS, DHOS, DREES ou ARH, n'est aujourd'hui en mesure de présenter une analyse conjoncturelle des données identifiant les effets prix, volume et structure.

Il serait utile que chacun des acteurs se voit assigné une place particulière dans l'analyse critique des données. La DHOS et la CNAMTS pourraient être chargées de quantifier en permanence les effets de calendrier dus aux incidents de gestion dans les établissements et dans les organismes d'assurance maladie, mutuelles décompteuses comprises. La DREES pourrait apporter une contribution méthodologique à l'analyse prix-volume-structure et être chargée, avec le support de l'ATIH, d'un rapport annuel sur les données de l'hospitalisation permettant de comprendre, en temps utile pour l'élaboration des arrêtés tarifaires, les déformations de structure à l'œuvre⁵⁵. Les ARH pourraient être investis d'une mission d'alerte et produire une note de conjoncture trimestrielle pour contribuer à identifier les phénomènes nécessitant une analyse plus approfondie au niveau national.

Recommandation n°9 : Pour promouvoir l'analyse critique des données, investir les ARH d'une mission d'alerte et charger la DREES, avec le support de l'ATIH, de l'appui méthodologique nécessaire au suivi des effets prix, volume et structure ainsi que de l'explication a posteriori des évolutions constatées

1.6.3. Clarifier la communication des données

Les informations présentes dans les statistiques mensuelles et les communiqués de la CNAMTS contiennent une multitude de taux (en année complète mobile, en période comparable de l'année précédente) calculés d'après différentes formules reposant sur des séries construites différemment (lissage ou non...). Pour éclairer la décision, il est important d'expliquer la signification exacte des chiffres présentés, d'en donner une interprétation et de les assortir d'une indication sur la **marge d'erreur** pour les données en date de soins.

Recommandation n°10 : Pour clarifier la prise de décision, il importe que la CNAMTS assortisse ses données en date de soins d'explications et d'analyses et d'une indication de la marge d'erreur.

1.7. Formaliser davantage les procédures internes à l'administration centrale et aux caisses nationales pour le suivi des dépenses hospitalières

A partir du moment où, en aval de l'analyse des données, les pouvoirs publics peuvent être conduits à prendre des mesures de régulation faisant grief, il importe que les processus d'analyse des données soient auditables. Les processus pourraient obéir à un cahier des charges formalisé par écrit, avec pour but la sécurisation juridique des acteurs. Une attention particulière serait portée à l'indication de la marge d'erreur des données produites, ainsi qu'à la réunion des conditions juridiques requises pour la mise en œuvre de la régulation infra annuelle.

Recommandation n°11 : Formaliser le processus d'analyse des données, tant au sein de la CNAMTS que de l'administration centrale.

⁵⁵ La DREES anime un Comité d'évaluation de la T2A qui va produire plusieurs études dont la livraison va s'échelonner jusqu'au second trimestre 2009, mais qui n'est pas en charge de l'analyse de l'activité.

2. LES RECOMMANDATIONS QUI APPELLENT UNE MODIFICATION DE LA LOI

Ces recommandations visent principalement à sécuriser les conditions juridiques de la régulation prix/volume.

2.1. *Garantir l'existence d'un fichier unique des établissements.*

Les contacts pris par la mission avec l'ARH d'Ile-de-France ont mis en évidence la pluralité des fichiers de recensement des établissements de soins, au moins pour les cliniques.

Les gestionnaires de l'ARH et de l'assurance maladie ne peuvent pas se contenter du fichier officiel des établissements FINESS. En effet, la mise à jour du fichier par les services déconcentrés de l'Etat est insuffisamment rapide au regard des besoins de la gestion. En conséquence, l'assurance maladie gère son propre fichier des établissements. Comme les besoins de gestion de l'ARH ne recouvrent pas exactement ceux de l'assurance maladie, l'ARH s'est résolue à gérer son propre fichier.

Il convient d'étudier à quelles conditions il serait possible de mettre à la disposition des gestionnaires un fichier partagé unique, pour éviter la redondance des coûts. L'hypothèse d'un fichier unique dont la gestion serait partagée avec l'assurance maladie, acteur dont les besoins de mise à jour sont les plus précoces pour assurer le paiement des factures, mais dont l'ARH et le cas échéant les services déconcentrés de l'Etat auraient la charge de mettre à jour un sous-ensemble de données à déterminer, mérite d'être examinée.

Cette préoccupation opérationnelle est à intégrer dans le cahier des charges du projet de refonte de FINESS confié à la mission Marine du ministère chargé de la santé, projet de refonte qui, d'après l'INSEE, connaît certaines difficultés⁵⁶.

Recommandation n°12 : Etudier les conditions dans lesquelles l'assurance maladie pourrait être associée à la gestion partagée d'un fichier unique des établissements, pour garantir la mise à jour en temps réel des données utiles à la liquidation des factures.

2.2. *Créer une forte incitation à la facturation de la totalité de l'activité dans un délai bref et, si nécessaire, réduire sensiblement le délai de prescription pour la facturation des séjours hospitaliers*

Le délai de prescription de deux ans et trois mois⁵⁷ est mal adapté aux besoins de l'analyse conjoncturelle en droits constatés. La longueur du délai impose la mise au point d'un modèle complexe de transposition des données de versement en données en dates de soins. Ce modèle, par construction, ne peut pas neutraliser les variations du délai de production des factures par les établissements. Au moment de la clôture des comptes, le délai de prescription impose la constitution de provisions pour estimer les versements futurs au titre de l'exercice, qui seront encaissés au cours des 15 mois⁵⁸ suivant la fin de l'exercice.

Ce délai n'est en rien justifié par les besoins de gestion des établissements de soins qui disposent des moyens nécessaires pour établir rapidement les factures, en aval de la sortie des malades.

Si le délai maximum de présentation des factures à l'assurance maladie était fixé à trois mois, cela permettrait à l'assurance maladie de disposer en cours d'année de chroniques fiables en date de soins et, en fin d'exercice, de réduire l'incertitude liée aux provisions.

⁵⁶ Cf. le rapport de l'Inspection générale de l'INSEE sur « Le système d'information statistique sur les personnels des établissements de santé publics et privés », décembre 2006.

⁵⁷ En application de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁸ En théorie 27 mois.

Pour atteindre ce résultat avec les cliniques, une première méthode consisterait à négocier un accord fixant l'objectif, les modalités de règlement des factures par l'assurance maladie pouvant comporter une incitation au respect de l'objectif.

Dans l'hypothèse où il ne serait pas possible de parvenir à un accord, il y aurait lieu d'envisager la réduction du délai de prescription à trois mois, pour les frais d'hospitalisation bénéficiant de la dispense d'avance des frais. La perspective du passage des établissements du secteur public à la tarification individuelle au 1^{er} janvier 2009 (cf. infra point 2.2.5) renforce l'intérêt du scénario de la réduction du délai de prescription, compte tenu des délais plus importants observés aujourd'hui dans le secteur public pour la transmission des données d'activité aux ARH⁵⁹.

Pour que le nouveau délai de prescription ne porte pas préjudice aux établissements, le délai serait suspendu en cas de demande aux organismes d'assurance maladie d'un élément d'information déterminant pour la facturation, comme par exemple une demande de reconnaissance d'affection de longue durée (ALD). Dans le cas particulier des demandes de mises en ALD, les établissements et les organismes d'assurance maladie seraient invités à offrir aux médecins le service d'une procédure dématérialisée⁶⁰, le service médical des caisses étant invité à respecter des délais cibles indicatifs. Ce délai de prescription réduit ne serait pas opposable à l'assurance maladie pour le contrôle des factures, mission qui appelle le maintien d'un délai de prescription spécifique de l'ordre de deux ans.

Recommandation n°13 : 1° négocier avec les cliniques un accord pour parvenir à la facturation de la totalité de l'activité dans le délai maximum de trois mois;

2° à défaut d'accord, fixer à trois mois le délai de prescription spécifique opposable aux établissements de soins pour présenter une facture à l'assurance maladie, pour les soins bénéficiant de la dispense d'avance des frais;

2° prendre les dispositions nécessaires pour dématérialiser la procédure de mise en affection de longue durée (ALD).

2.3. *Maintenir le principe d'une régulation infra annuelle*

Les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de la régulation infra annuelle en 2006 et l'existence d'une campagne tarifaire annuelle prévue par la loi, avec fixation annuelle des tarifs au 1^{er} mars⁶¹, justifient de s'interroger sur la pertinence du maintien d'un dispositif de régulation infra annuel. En particulier, il pourrait être soutenu qu'un tel dispositif, justifié lors des premières années de mise en place de la T2A pour prévenir le risque d'un dérapage massif des dépenses à l'occasion de la réforme tarifaire, ne se justifie pas en régime de croisière et fait double emploi avec la campagne tarifaire annuelle. A l'appui de cette position, il pourrait être rappelé que la fixation des tarifs au 1^{er} mars peut déjà tenir compte "de l'état provisoire des charges au titre des soins dispensés l'année précédente"⁶².

Pour aller dans le même sens, il pourrait être soutenu que le système à double détente de la fixation des tarifs au 1^{er} mars, suivi de la régulation infra annuelle, comporte un risque d'effet pervers. Les pouvoirs publics peuvent être tentés, pour des raisons de présentation, de sous-évaluer l'effet volume prévisionnel lors de la fixation des enveloppes annuelles pour éviter d'afficher des tarifs en baisse au 1^{er} mars, et d'utiliser ensuite la régulation infra annuelle pour respecter les enveloppes, ce qui constituerait un détournement de procédure.

⁵⁹ En août 2007, la DRASSIF estime qu'environ 20% de l'activité du premier semestre n'est pas encore transmise à l'ARH.

⁶⁰ Des expériences de dématérialisation sont actuellement conduites par le régime général et par la mutualité sociale agricole.

⁶¹ En application des articles L. 162-22-5 et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

⁶² En application du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale pour les tarifs MCO.

En dépit de la valeur de ces arguments, il n'est pas proposé d'abandonner le principe d'une régulation infra annuelle, d'une part en raison du manque de recul sur les effets de la mise en œuvre de la T2A, d'autre part en l'absence d'outil de substitution en cas de risque de dépassement des sous objectifs de l'ONDAM..

Il existe un troisième motif de maintenir la régulation infra annuelle, dans l'hypothèse où le souhait d'apporter aux gestionnaires des établissements de soins un minimum de visibilité sur les tarifs conduirait à fixer les tarifs pour des périodes de trois ans par exemple. Dans cette hypothèse, la régulation infra annuelle ne serait pas considérée comme une mesure exceptionnelle, mais comme un outil d'ajustement utilisé chaque année en routine.

2.4. *Consolider les conditions juridiques de la régulation infra annuelle*

Le litige né de la mise en œuvre par l'arrêté du 27 septembre 2006 des dispositions de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale relatif à la régulation prix volume infra annuelle a conduit le Parlement à retoucher la rédaction de l'article. La nouvelle rédaction n'apporte qu'une réponse partielle aux interrogations suscitées par la rédaction d'origine. Elle soulève de nouvelles difficultés qui rendent sa mise en œuvre délicate.

2.4.1. *La nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-10 ne règle pas toutes les difficultés soulevées par la rédaction d'origine.*

La nouvelle rédaction règle opportunément deux difficultés. D'une part, elle supprime l'exigence de procéder avant la mise en œuvre de la régulation à l'« *analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population* ». Force est de constater qu'il est encore difficile de répondre à cette exigence dans l'état actuel des outils statistiques et de leur exploitation. D'autre part, s'agissant des données de l'année en cours, la nouvelle rédaction ne restreint pas l'analyse des données exploitables en droit à celles du seul premier trimestre.

En revanche, en conservant la référence à l'« *état définitif des charges* » au titre des soins dispensés l'année antérieure, la rédaction pourrait autoriser le juge à exiger de faire référence aux charges constatées dans les comptes après l'expiration du délai de prescription, soit en théorie deux ans et trois mois et en pratique 15 mois après la clôture de l'exercice, à une date incompatible avec les besoins de la régulation infra annuelle. De même, le juge pourrait exiger que les « *charges* » constatées au titre de l'année en cours soient les charges constatées dans les comptes, alors que les données les plus significatives pour le suivi conjoncturel des dépenses sont les statistiques redressées en date de soins. La référence aux comptes serait d'autant plus gênante que la nomenclature comptable des régimes ne permettra pas de connaître l'ODMCO avant avril 2010 pour l'exercice 2008, première année pleine d'application de la nouvelle nomenclature comptable, au moins pour le régime général. A cela s'ajoute la difficulté à maîtriser les délais pour réunir les données des DOM, des mutuelles décompteuses et de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Ce risque juridique est atténué par la rédaction de l'article R. 162-41-4 qui précise que le « *constat* » peut également être effectué « *à partir des données fournies par le SNIIRAM* ». Mais en sens contraire, le suivi de l'ONDAM, agrégat comptable, est bien réalisé à partir de la centralisation des comptes et non pas des dépenses au sens statistique.

En second lieu, la nouvelle rédaction conserve la notion indéterminée d'« incompatibilité » avec l'objectif de l'année en cours, ce qui n'offre pas de garantie juridique suffisante à l'Etat ni aux établissements de soins.

2.4.2. La nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-10 ajoute une difficulté d'application supplémentaire.

La nouvelle rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 autorise les pouvoirs publics à différencier les modifications tarifaires au titre de la régulation infra annuelle «*par catégories d'établissements et par tarifs de prestations*».

En première analyse, cette disposition est intéressante en ce qu'elle semble donner plus de liberté aux pouvoirs publics. Mais elle soulève de nouvelles questions juridiques et de principe sur la politique tarifaire.

La modulation par catégories d'établissements

Cette modulation vient justifier a posteriori la baisse tarifaire du 1^{er} octobre 2006 réservée aux seules cliniques.

Elle pourrait comporter un risque juridique si le juge pouvait désormais exiger que les catégories d'établissements faisant l'objet d'une baisse en cours d'année soient celles qui sont à l'origine de l'évolution des dépenses incompatible avec le respect de l'ODMCO. Pour identifier ces catégories, il est nécessaire, au moment de la fixation de l'ODMCO, de l'avoir décliné publiquement par catégorie d'établissements, de telle sorte que le dépassement catégoriel constaté ultérieurement soit opposable à la catégorie d'acteurs considérée.

La déclinaison a priori de l'ODMCO par catégorie d'établissements soulève deux questions de principe. D'une part, cela revient pour l'Etat à assigner à chaque catégorie d'établissements une part de marché prévisionnelle, en contradiction avec le principe de la libre concurrence entre les secteurs⁶³. D'autre part, la modulation par catégorie d'établissements porte atteinte à l'objectif de convergence tarifaire⁶⁴, même si la révision des tarifs au titre de la régulation infra annuelle est par définition temporaire, puisqu'elle prend fin au 31 décembre.

La modulation par tarifs de prestations

La modulation de la régulation infra annuelle suivant les tarifs de prestations suppose une analyse fine de la déformation de la structure de l'activité par prestation ou groupe de prestation, dont la faisabilité technique reste à établir.

D'autre part, la modulation conjoncturelle par tarif de prestation affaiblit la portée des arrêtés tarifaires annuels à effet du 1^{er} mars. Comment justifier qu'à quelques mois d'intervalle le prix relatif d'un tarif soit remis en cause ? Surtout, la modulation conjoncturelle des tarifs paraît contraire aux règles de fond de fixation des tarifs qui s'appuient sur le "*coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements*"⁶⁵, ainsi que "*sur les conditions d'emploi du personnel médical*"⁶⁶.

Il semble difficile de donner une portée économique à la régulation infra annuelle. La justification de la régulation infra annuelle, destinée à respecter l'enveloppe votée par le Parlement, est purement financière. Il n'est pas inéquitable que chaque grande catégorie d'établissements contribue au respect de l'enveloppe proportionnellement à son activité, sans qu'il soit besoin de s'interroger sur la déformation infra annuelle de la structure de l'activité par prestation tarifaire.

A supposer que le principe de modulation par tarifs de prestations soit maintenu, force est de constater que les conditions techniques de sa mise en œuvre ne sont pas réunies.

⁶³ A supposer qu'il n'existe qu'une seule catégorie d'établissements constituée de cliniques, il serait difficile de soutenir qu'en cas de dépassement de l'ONDAM, la régulation épargne les établissements en déclin et ne frappe que les établissements les plus dynamiques.

⁶⁴ L'objectif de convergence tarifaire est inscrit au VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

⁶⁵ Article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale.

⁶⁶ Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

2.4.3. La rédaction de l'article fixant les conditions juridiques de la régulation infra annuelle pourrait s'appuyer sur les principes différents, proches de ceux mis en œuvre par le Comité d'alerte.

En premier lieu, pour estimer le risque de dépassement de l'objectif en cours d'année, il faut pouvoir utiliser conjointement plusieurs sources, les sources statistiques et les sources comptables. La probabilité est élevée que l'on ne puisse disposer au moment critique de la prise de décision que des données du régime général, mutuelles décompteuses et DOM exclus, sous-ensemble au demeurant suffisamment important pour fonder une décision de régulation. Une rédaction s'inspirant de celle de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale relatif au Comité d'alerte, faisant référence à l'existence d'«*un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent*» l'ODMCO, pourrait convenir

En second lieu, la notion d'«*incompatibilité*» doit être quantifiée pour sécuriser les acteurs. Là encore, il est possible de s'inspirer des dispositions relatives au Comité d'alerte, en précisant que le dépassement prévisionnel doit présenter «*une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret*», seuil fixé le cas échéant à un niveau inférieur à une limite inscrite dans la loi, en reprenant la limite de 1% retenue par l'article L. 114-4-1. .

En dernier lieu, il faut choisir entre la régulation globale de l'ODMCO ou la régulation par catégorie d'établissements et de prestations comme l'y invite la nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-10. Ce choix est délicat. Aux motifs de préférer une régulation infra annuelle uniforme pour l'ensemble des établissements et des prestations mentionnées supra au point 2.2.4.2 s'ajoute l'intérêt de conserver l'assiette la plus large possible à la régulation, pour en minimiser l'impact sur le niveau des tarifs.

Mais en sens contraire, force est de constater que les déterminants de l'équilibre d'exploitation dans les secteurs publics et privés sont aujourd'hui profondément différents, notamment en ce qui concerne l'effet prix des mesures statutaires pour le secteur public, et que l'objectif de convergence des tarifs reste un objectif de long terme, sans qu'il soit possible de lui donner une traduction concrète à court terme. Dans ces conditions, il semble plus réaliste de fixer provisoirement des objectifs distincts pour chacun des deux secteurs. En pratique, c'est d'ailleurs bien ainsi que les pouvoirs publics ont appliqué la régulation tarifaire en 2006, alors qu'une application stricte des textes en vigueur à l'époque aurait conduit à minorer uniformément les tarifs des secteurs public et privé, pour respecter l'unité de l'enveloppe ODMCO.

Recommandation n°14 : Modifier les conditions juridiques de la régulation infra annuelle pour:

1° renoncer transitoirement à fixer une seule enveloppe ODMCO commune au service public hospitalier et aux cliniques et étendre le champ de la régulation à l'OQN;

2° fixer le fait générateur de la régulation en termes de "risque sérieux de dépassement de l'ODMCO", avec un seuil de déclenchement fixé par voie réglementaire en s'inspirant des dispositions applicables au comité d'alerte.

2.5. Réévaluer les conditions de mise en œuvre de la tarification individuelle pour le service public hospitalier.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les établissements du service public hospitalier adopteraient la tarification individuelle directe des séjours aux caisses d'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2005. Les difficultés techniques de mise en œuvre de cette réforme ont conduit à différer à plusieurs reprises la date de son entrée en vigueur. En dernier lieu, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁶⁷ repousse l'échéance au plus tard au 31 décembre 2008.

⁶⁷ Dans son article 69-II.

Pour le suivi des dépenses hospitalières, la réforme risque de se traduire par une perturbation majeure des chroniques statistiques. Elle appellera nécessairement, une fois passés le choc et les multiples incidents de la bascule des établissements du secteur public à la tarification individuelle directe, la construction par les caisses d'assurance maladie d'un modèle de complétude des données spécifique, adapté au suivi en date de soins des dépenses du secteur public dont les délais de facturation sont plus longs, avec les aléas que l'on connaît pour l'interprétation des données pour les cliniques. Plusieurs années risquent de s'écouler avant de disposer de chroniques stabilisées permettant de caler le modèle de complétude et de suivre les dépenses du secteur public.

Plusieurs mesures peuvent être prises pour minimiser le risque de dégradation du suivi des dépenses du secteur public, indépendamment de la fixation souhaitable à trois mois du délai de prescription pour la présentation des factures aux caisses en cas de dispense d'avance des frais (cf. supra point 2.2.2.).

La première mesure consiste à confier le rôle de caisse centralisatrice de paiement au seul régime général, pour assurer un suivi statistique inter-régimes à partir des caisses centralisatrices de paiement. Contrairement au circuit des flux électroniques retenu pour les cliniques, les flux des retours d'accusés de réception de liquidation par les organismes gestionnaires, y compris par les mutuelles décompteuses et les caisses générales des DOM, transiteraient par les caisses centralisatrices des paiements, de telle sorte que les données statistiques de facturation du champ de l'ONDAM ne soient pas tributaires des aléas de l'alimentation du SNIIRAM.

Les organismes d'assurance maladie pourraient également mettre à la disposition des établissements de soins des dispositifs adaptés de contrôle automatique des droits des patients

Recommandation n°15 : Prendre les mesures nécessaires pour prévenir le risque de dégradation du suivi des dépenses d'hospitalisation du secteur public pouvant résulter du passage à la tarification individuelle au 1er janvier 2009:

1° confier au seul régime général la mission de caisse centralisatrice de paiement pour le secteur public;

2° faire transiter les flux retours de la caisse gestionnaire à l'établissement par la caisse centralisatrice des paiements pour asseoir la statistique sur les données de liquidation;

3° demander à l'assurance maladie de mettre à la disposition des établissements de soins des dispositifs adaptés de contrôle automatique des droits des patients

3. DONNER LE MEILLEUR SUPPORT POSSIBLE A L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE ET ETUDIER L'ELARGISSEMENT EVENTUEL DE SON CHAMP DE COMPETENCE

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée institué pour cinq ans par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁶⁸ a pour mission le «suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation». De composition tripartite, avec cinq membres représentant l'Etat, cinq représentants des organisations professionnelles des établissements publics et privés et cinq représentants de l'assurance maladie, l'observatoire donne son avis sur la mise en œuvre de la procédure de régulation infra annuelle. Il remet chaque année au Parlement et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale deux rapports semestriels, le rapport de printemps portant sur les «charges» supportées par l'assurance maladie l'année précédente, alors que le rapport d'automne est consacré à l'analyse des « charges » du premier semestre de l'année en cours.

⁶⁸ Cf. l'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale, complété par le décret du 15 mai 2007.

Les enveloppes à suivre sont au nombre de trois: soins de suite, réadaptation et psychiatrie des cliniques, ODMCO, réadaptation, soins de suite et psychiatrie du service public hospitalier. Dans l'attente de l'évaluation prévue à la fin de la période de cinq ans, l'observatoire est dépourvu de la personnalité morale. Le secrétariat est assuré par la DHOS.

L'observatoire est né dans le contexte conflictuel de la première mise en œuvre en 2006 de la régulation infra annuelle. Ce contexte explique sans doute certaines ambiguïtés qu'il convient de lever.

3.1. Lever l'ambiguïté sur le suivi des « dépenses » ou des « charges » de l'assurance maladie

Il existe un glissement sémantique entre la loi et le décret, le décret évoquant, pour définir l'objet des deux rapports annuels de l'observatoire, non plus les « dépenses » de l'assurance maladie comme le fait la loi, mais ses « charges », ce qui renvoie au constat comptable des charges, avec toutes les difficultés inhérentes à ce constat à la clôture de l'exercice (constitution des provisions) et a fortiori en cours d'année.

Mieux vaudrait parler uniquement de « dépenses », ce qui autorise le suivi statistique de la conjoncture sans se priver de l'éclairer par les enseignements du suivi comptable des charges.

Recommandation n°16 : Revoir la rédaction du décret pour définir la mission de l'observatoire à partir de l'observation des dépenses de l'assurance maladie et non de ses charges.

3.2. Lever l'ambiguïté sur la vocation économique de l'observatoire

Il existe une contradiction entre la vocation « économique » de l'observatoire contenue dans son appellation et les missions strictement financières qui lui sont confiées, consistant à analyser les dépenses de l'assurance maladie. L'observatoire pourra certes procéder à l'analyse des données d'activité de soins, mais dans le but exclusif d'expliquer la conjoncture des dépenses d'assurance maladie, sans pouvoir étendre l'analyse aux conséquences sur les conditions d'exploitation des établissements ni sur le bien fondé des tarifs.

Comme, d'autre part, le décret ne prévoit pas, contrairement aux usages, que les ministres puissent saisir l'observatoire de toute question intéressant les dépenses de l'assurance maladie au titre de l'hospitalisation, force est de constater que la mission de l'observatoire, étroitement circonscrite, ne présente pas la dimension économique annoncée par sa dénomination.

L'observatoire présente l'intérêt de réunir tous les acteurs de la régulation des dépenses. Sauf à multiplier les instances, n'est-il pas dommage de se priver de la réunion des acteurs pour traiter des aspects économiques de la régulation, en dépassant le périmètre du suivi conjoncturel des dépenses de l'assurance maladie?

L'étude du suivi conjoncturel des dépenses hospitalières est certes motivée par les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la régulation infra annuelle. Mais peut-on utilement traiter de la régulation conjoncturelle sans s'interroger sur les conditions d'ensemble de la régulation prix/volume, en particulier sur la fixation des tarifs au 1^{er} mars⁶⁹?

La régulation par les prix a l'avantage pour les pouvoirs publics de la simplicité de mise en œuvre, relativement à d'autres outils de régulation de la dépense comme les remises a posteriori expérimentées avec les laboratoires pharmaceutiques. Elle présente en revanche un risque

⁶⁹ En application de l'article L. 162-22-5 pour les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie des cliniques, et de l'article L. 162-22-10 pour l'activité MCO des établissements publics et privés.

d'instabilité tarifaire qui contrarie la logique d'entreprise, en réduisant la visibilité à moyen terme des établissements publics et privés. Elle peut également conduire à la fixation de prix artificiellement bas, entraînant une course au volume préjudiciable à la qualité des soins, comme certains épisodes de la tarification des honoraires libéraux l'ont montré. En longue période, il serait utile que la régulation, sans perdre de son efficacité, utilise des techniques diversifiées, qui ne portent pas exclusivement sur la fixation des prix.

Le dispositif en vigueur est peut-être le mieux adapté à la période actuelle de transition à la tarification à l'activité. Mais la réflexion sur son adaptation en régime de croisière appelle un constat partagé qui pourrait se nourrir des travaux de l'observatoire.

S'il est justifié dans une première étape de circonscrire le champ de compétence de l'observatoire à la régulation conjoncturelle, la question se posera, en cas de succès, de lui permettre d'émettre en amont un avis sur la fixation de l'ONDAM hospitalier et sur la fixation des tarifs dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles.

Recommandation n°17 : 1° Au cours d'une période probatoire, ne pas étendre le champ de la compétence consultative de l'observatoire

2° En cas de succès de l'observatoire en matière de suivi conjoncturel des dépenses, étudier l'opportunité d'étendre le périmètre de ses compétences consultatives à l'ensemble des dispositifs de régulation du secteur, en particulier pour la fixation de l'ONDAM hospitalier, l'instruction des campagnes tarifaires annuelles et la réflexion prospective sur l'enrichissement des outils de la régulation.

3° Dans l'immédiat, profiter de la présence de la DREES au sein de l'observatoire pour analyser les effets prix, volume et structure et pour enrichir l'analyse des dépenses par la réflexion économique

3.3. *Garantir la transparence des données et la réponse aux questions des membres de l'observatoire*

Pour donner les meilleures chances de succès à l'observatoire, il convient d'abord de solder au plus vite le contentieux né de l'arrêté du 27 septembre 2006, en appelant si nécessaire l'attention du Conseil d'Etat sur l'opportunité d'un jugement dans des délais aussi brefs que possible.

Il convient ensuite de rétablir et de cultiver la confiance entre les acteurs, en garantissant aux membres de l'observatoire la transparence des données et la réponse aux questions posées par chacun de ses membres.

L'observatoire ne disposant pas de ses propres experts, il serait souhaitable que le dialogue entre les experts des organisations professionnelles et ceux des caisses nationales et de l'administration centrale s'établisse dans la plus grande transparence possible, pour préparer utilement les réunions de l'observatoire et favoriser le consensus sur les constats chiffrés à faire figurer dans les deux rapports annuels.

Chacun peut comprendre l'imperfection des outils statistiques et comptables, leur sensibilité aux multiples éléments qui viennent en permanence perturber les chroniques, la difficulté à établir des prévisions suffisamment fiables. Préciser la marge d'erreur d'un chiffre est aussi important que l'annonce du chiffre lui-même. L'un des chantiers à ouvrir par l'observatoire pourrait consister à progresser dans la connaissance des marges d'erreur et de leur réduction au fil du temps.

Accepter de manière raisonnée l'incertitude relative des chiffres n'interdit pas de prendre des décisions. En 2006, sans entrer dans le débat juridique sur les conditions d'application de la loi, en dépit des difficultés particulières rencontrées pour l'établissement des prévisions en raison d'une année de référence 2005 atypique, il y a bien eu en fin de compte dérapage des dépenses au-delà de l'enveloppe prévue, même si l'ampleur du dérapage a été surestimée.

Si l'observatoire réussissait à faire partager une même culture statistique aux différents acteurs, y compris au Parlement destinataire de ses rapports, ce serait un résultat très appréciable.

Recommandation n°18 : Garantir à chacun des membres de l'observatoire la plus grande transparence des données issues des différentes chaînes d'information et ouvrir le chantier permettant d'affecter aux données stratégiques une marge d'erreur et de suivre la réduction de cette marge à mesure des progrès accomplis dans le suivi conjoncturel des dépenses.

Daniel Postel-Vinay
Inspecteur général des affaires sociales

Alain Viénot
Inspecteur général de l'Institut
national de la statistique et des
études économiques

Stéphanie Dupays
Inspectrice des affaires sociales

Principales recommandations de la mission

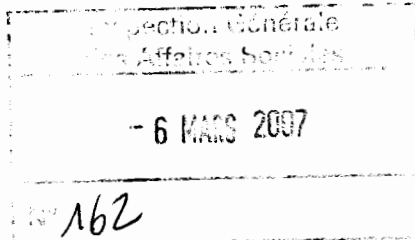
N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Fixer dans un document officiel, lettre ministérielle ou arrêté, le dictionnaire des données de l'ONDAM hospitalier	DHOS DSS	2008
2	Charger la CNAMTS de l'établissement des règles de gestion des données, en liaison avec les autres régimes et les mutuelles décompteuses et le support de la DHOS pour l'interprétation des règles de facturation.	CNAMTS	2008
3	Faire valider les programmes informatiques par les agences comptables de chaque régime, dans le cadre du contrôle interne informatique.	Régimes de sécurité sociale	2008
4	: Dans l'attente de la stabilisation du système statistique, demander 1° aux établissements publics et privés de transmettre mensuellement respectivement aux caisses pivot et aux caisses centralisatrices des paiements un indicateur de la complétude des séjours facturés par rapport aux séjours dont la date de fin est comprise dans le mois considéré;	DHOS, DSS, UNCAM	2008
	2° aux caisses de suivre un indicateur du volume des séjours réglés en date de soins	DSS, UNCAM	2008
5	1° Pour les dépenses facturées à l'activité du service public hospitalier, demander aux ARH de transmettre à l'appui des arrêtés de versement le fichier de la ventilation des dépenses en date de soins, par mois et par exercice, à charge pour les agents comptables des caisses de tenir la chronique mensuelle de manière extra comptable.	ARH, ATIH, DSS, UNCAM	2008
	2° Modifier les programmes informatiques de l'ATIH pour archiver les valeurs successives prises par un mois donné en date de soins. 3° Soumettre les projets de texte à un groupe technique chargé d'en faire l'étude d'impact avec les différents gestionnaires, notamment les informaticiens, responsables de leur mise en œuvre.	DHOS, ATIH	2008
6	Demander à la CNAMTS: 1° de conduire à bien le projet informatique consistant à exploiter les données de facturation au niveau des caisses centralisatrices de paiement et lui demander d'étudier les conditions dans lesquelles les flux retours de la caisse gestionnaire à l'établissement pourraient également transiter par la caisse centralisatrice de paiement pour asseoir la statistique sur les données de liquidation par les caisses et non sur les factures établies par les cliniques; 2° de produire l'échéancier des travaux informatiques prévus pour l'amélioration du suivi des dépenses des cliniques. .	CNAMTS	2008
7	Demander à la CNAMTS de suivre distinctement l'ONDAM hospitalier des cliniques pour le champ régime général hors DOM et hors mutuelles décompteuses, dans l'attente de la complétude du SNIIRAM.	CNAMTS	2008

8	1° Clarifier le rôle de chacun des acteurs pour la production des données officielles; 2° Dans l'attente de la stabilisation des données statistiques et comptables, des réunions périodiques de confrontation des données de suivi des dépenses de la DHOS et de la CNAMTS pourraient être organisées sous l'égide du Secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale e pourraient se tenir préalablement à la communication officielle des données à des tiers.	DHOS, DSS	2008
9	Pour promouvoir l'analyse critique des données, investir les ARH d'une mission d'alerte et charger la DREES, avec le support de l'ATIH, de l'appui méthodologique nécessaire au suivi des effets prix, volume et structure ainsi que de l'explication a posteriori des évolutions constatées	ARH, DREES	2008
10	Pour clarifier la prise de décision, il importe que la CNAMTS assortisse ses données en date de soins d'explications et d'analyses et d'une indication de la marge d'erreur.	CNAMTS	2008
11	Formaliser le processus d'analyse des données, tant au sein de la CNAMTS que de l'administration centrale.	CNAMTS, DHOS, DSS	2008
12	Etudier les conditions dans lesquelles l'assurance maladie pourrait être associée à la gestion partagée d'un fichier unique des établissements pour garantir la mise à jour en temps réel des données utiles à la liquidation des factures.	DHOS, DSS	2008
13	1° négocier avec les cliniques un accord pour parvenir à la facturation de la totalité de l'activité dans le délai maximum de trois mois; 2° à défaut d'accord, fixer à trois mois le délai de prescription spécifique opposable aux établissements de soins pour présenter une facture à l'assurance maladie, pour les soins bénéficiant de la dispense d'avance des frais; 2° prendre les dispositions nécessaires pour dématérialiser la procédure de mise en affectation de longue durée (ALD).	DHOS, DSS	2008
14	Modifier les conditions juridiques de la régulation infra annuelle pour: 1° renoncer transitoirement à fixer une seule enveloppe ODMCO commune au service public hospitalier et aux cliniques et étendre le champ de la régulation à l'OQN; 2° fixer le fait générateur de la régulation en termes de "risque sérieux de dépassement de l'ODMCO", avec un seuil de déclenchement fixé par voie réglementaire en s'inspirant des dispositions applicables au comité d'alerte.	DHOS DSS	PLFSS pour 2009
15	Prendre les mesures nécessaires pour prévenir le risque de dégradation du suivi des dépenses d'hospitalisation du secteur public pouvant résulter du passage à la tarification individuelle au 1er janvier 2009: 1° confier au seul régime général la mission de caisse centralisatrice de paiement pour le secteur public; 2° faire transiter les flux retours de la caisse gestionnaire à l'établissement par la caisse centralisatrice des paiements pour asseoir la statistique sur les données de liquidation; 3° demander à l'assurance maladie de mettre à la disposition des établissements de soins des dispositifs adaptés de contrôle automatique des droits des patients.	DHOS, DSS DSS, CNAMTS	PLFSS pour 2009 2009
16	Revoir la rédaction du décret pour définir la mission de l'observatoire à partir de l'observation des dépenses de l'assurance maladie et non de ses charges.	DHOS	2008

17	<p>1° Au cours d'une période probatoire, ne pas étendre le champ de la compétence consultative de l'observatoire</p> <p>2° En cas de succès de l'observatoire en matière de suivi conjoncturel des dépenses, étudier l'opportunité d'étendre le périmètre de ses compétences consultatives à l'ensemble des dispositifs de régulation du secteur, en particulier pour la fixation de l'ONDAM hospitalier, l'instruction des campagnes tarifaires annuelles et la réflexion prospective sur l'enrichissement des outils de la régulation.</p> <p>3° Dans l'immédiat, profiter de la présence de la DREES au sein de l'observatoire pour analyser les effets prix, volume et structure et pour enrichir l'analyse des dépenses par la réflexion économique</p>	<p>DHOS</p> <p>DHOS</p> <p>DREES</p>	<p>2008</p> <p>2010</p> <p>2008</p>
18	Garantir à chacun des membres de l'observatoire la plus grande transparence des données issues des différentes chaînes d'information et ouvrir le chantier permettant d'affecter aux données stratégiques une marge d'erreur et de suivre la réduction de cette marge à mesure des progrès accomplis dans le suivi conjoncturel des dépenses.	DHOS, DSS, CNAMTS	2008

Lettre de mission

Paris, le 15 FEV 2007



Le Ministre de l'économie, des finances
et de l'industrie

Le Ministre de la santé et des solidarités

Le Ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement

à

Monsieur le chef du service de
l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef du service de
l'Inspection générale des finances

Monsieur le directeur de l'Institut national
de la statistique et des études économiques

Le suivi des dépenses des établissements de santé publics et privés est un enjeu majeur en raison notamment du poids qu'elles représentent au sein des dépenses d'assurance maladie.

Si ce suivi a toujours posé des difficultés, celles-ci se sont accrues depuis 2005.

Certaines difficultés sont conjoncturelles : montée en charge du système d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM) plus lente que prévue du fait de difficultés d'alimentation par l'ensemble des régimes, modification du rythme des versements aux établissements privés liée à la mise en place de la tarification à l'activité, bouleversement radical de la logique de financement des établissements publics supposant la mise en place d'outils et de circuits entièrement nouveaux.

D'autres difficultés apparaissent plus structurelles : divergences entre données comptables et statistiques, absence de chef de file responsabilisé sur la consolidation des données tous régimes, éclatement des données et des outils entre l'État et l'assurance maladie, absence de tableaux de bords partagés. Ces limites importantes font peser un risque sur la fiabilité des informations détenues par les différents services en charge du suivi des dépenses.

Ainsi, les exercices 2005 et 2006 ont été marqués par un manque de cohérence dans la réconciliation des données provenant des diverses sources de suivi statistique et comptable des dépenses des établissements. Ce manque de cohérence est préjudiciable non seulement pour le bon suivi des dépenses, mais également des sous-objectifs de l'ONDAM votés par le Parlement et des objectifs inscrits dans les arrêtés interministériels. Il rend délicat la mise en œuvre des dispositions de l'article L 162-22-10 du Code de la sécurité sociale tant en matière de transmission des états de charges que de régulation infra-annuelle des tarifs.

Par ailleurs, l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (JO du 22 décembre 2006) a créé une nouvelle instance associant l'Etat, l'assurance maladie et les fédérations d'établissements, chargée « *du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation (...)* ». Il prévoit qu' « *afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés* ». L'observatoire est par ailleurs chargé de transmettre au Gouvernement et au Parlement « *un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation* ». La création de cette nouvelle instance renforce la nécessité d'harmonisation et de mise en cohérence des différentes sources et données existantes.

Il est donc demandé à l'Inspection générale des finances, à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Institut national de la statistique et des études économiques de diligenter une mission conjointe d'analyse et de propositions sur ces sujets.

La mission devra, à partir d'une analyse des difficultés rencontrées en 2005 et 2006 pour parvenir à la mise en cohérence des données provenant des différentes sources statistiques et comptables, proposer toute amélioration méthodologique et organisationnelle de nature à fiabiliser (en qualité et en délai) les remontés d'informations sur des dépenses d'assurance maladie liées aux établissements de santé.

En s'appuyant sur les services compétents de l'Etat et des caisses nationales d'assurance maladie, cette mission s'attachera à faire des préconisations opérationnelles visant à :

– ***Fiabiliser les outils de suivi et l'exhaustivité des données***

Le constat qui s'impose est la connaissance insuffisamment fine des dépenses des établissements de santé sur les exercices 2005 et 2006, en particulier sur le champ des cliniques privées. Il convient donc de définir une méthodologie de fiabilisation du suivi statistique et comptable des dépenses de cliniques privées à l'aide des différents systèmes d'informations existants : SNIIRAM, les remontées comptables des régimes de sécurité sociale et le PMSI.

– ***Proposer – ou valider – le schéma organisationnel et méthodologique à mener et garantir la fiabilité du suivi d'activité des établissements de santé***

La mission devra proposer pour 2008 une méthode pérenne de suivi des dépenses des établissements de santé. Ce travail comporte l'identification des sources d'information mobilisables, les traitements des données mais également les méthodes de prévisions des dépenses annuelles permettant de donner une base solide aux éventuelles mesures de régulation prix-volume que le Ministère de la santé peut être conduit à prendre.

- **Faire des préconisations quant aux données que l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée pourra utiliser**

Il est demandé à la mission de préconiser quelles données seront les plus pertinentes pour permettre à l'observatoire d'effectuer le suivi prévu par la loi, et d'alimenter le rapport semestriel qu'il doit remettre au Gouvernement et au Parlement.

Les conclusions de la mission et ses préconisations devront être disponibles au plus tard le 31 mars 2007.

Le Ministre de l'économie, des finances
et de l'industrie



Thierry BRETON

Le Ministre de la santé et des solidarités



Xavier BERTRAND

Le Ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement



Jean-François COPE

Liste des personnes rencontrées

1. ADMINISTRATIONS CENTRALES

DSS

- Dominique Libault, directeur
- Jean-Luc Vieilleribière, sous-directeur des études et des prévisions financières
- Jean-Philippe Viquant, sous-directeur du financement du système de soins
- Emmanuel Bretin, chef du Bureau Economie de la santé
- Jérôme Séquier, chef du Bureau des établissements de santé
- Nadia Amer, rédactrice au Bureau Economie de la santé
- Julie Pougheon, rédactrice au Bureau des établissements de santé

DHOS

- Patrick Olivier, sous-directeur, sous-direction des affaires financières
- Housseyni Holla, chef du Bureau Etudes et synthèses financières relatives aux activités de soins
- Véronique Sauvadet, bureau études et synthèses financières relatives aux activités de soins

ATIH

- Maryse Chodorge, directrice
- Max Bensadon, chef du service architecture et. production informatiques

Mission comptable

- Cécile Vandamme, chef de la mission

DREES

- Anne-marie Brocas, directrice
- François Hada, chef du bureau dépenses de santé et relations avec l'assurance maladie

DGTPE

- Nicolas Carnot, chef du bureau santé et compte sociaux
- Jean-Philippe Perret, bureau santé et compte sociaux
- Julien Deroyon, chargé d'études au bureau santé et compte sociaux

2. SERVICES DECONCENTRES

DRASS

- Dominique Hattermann, inspectrice principale
- Sophie Malo, inspectrice principale

ARHIF

- M. Lapierre, chargée de mission

3. CNAMTS

- Jean-Marc Aubert, directeur de cabinet du directeur général
- Yvon Merlière, cabinet du directeur général
- Jacques Le Gall, directeur adjoint, direction des finances et de la comptabilité (DFC)
- Claude Gissot, DSES
- Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et de la statistique (DSES)
- HELENE CAILLOL, DSES
- Florence Guille, DFC
- Karine Gouedard, DFC

4. FEDERATIONS HOSPITALIERES

Fédération hospitalière française

- Gérard Vincent, délégué général

Fédération de l'hospitalisation privée

- Philippe Burnel, délégué général

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

- Dominique Maigne, délégué général

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

- Elisabeth Hubert, présidente

5. HOPITAUX ET CLINIQUES

Hôpital privé d'Antony

- Martine Haddad, directeur adjoint
- Dr Gedin, médecin DIM

Clinique de Turin

- Philippe Cazaux, directeur Général

Annexe 1 : Lettre de cadrage du 21 juin 2007

Audit de modernisation – Vague 7

Sujet : Le suivi statistique des dépenses des établissements de santé publics et privés

1. CONTEXTE ET PERIMETRE GENERAL

- **Ministères concernés:** du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique; de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
- **Programme concerné:** Offre de soins et qualité du système de soins
- **Éléments de contexte et historique du traitement de la problématique**

Le suivi statistique infra-annuel des dépenses des établissements de santé conditionne le suivi de l'ONDAM hospitalier et la mise en œuvre de la régulation par les prix dont dépend le respect de l'ONDAM hospitalier.

Les chaînes informatiques de suivi statistique infra-annuel disponibles n'ont pas été conçues à l'origine pour la mise en œuvre de la régulation par les prix attachée à la tarification à l'activité (T2A). Ces chaînes informatiques, gérées par des opérateurs distincts⁷⁰, ont connu au cours des cinq dernières années des bouleversements techniques dus soit aux réformes tarifaires successives (T2A, puis CCAM), soit à des refontes applicatives internes (mise en place du SNIIRAM par les régimes d'assurance maladie). L'instabilité des données dans le temps et dans l'espace a conduit en 2005 la Fédération de l'hospitalisation privée à contester devant le juge de l'excès de pouvoir l'arrêté du 27 septembre 2006 qui fait pour la première fois application du dispositif de régulation infra annuelle. Le Comité d'alerte, dans son avis n° 4 du 29 mai 2007, constate qu'en raison des "délais de remontée des informations", il ne peut pas se prononcer sur la réalisation du sous-objectif relatif aux établissements de santé.

2. PROBLEMATIQUE ET ENJEUX

2.1. *Définition de la problématique*

La problématique consiste, à partir d'une analyse des difficultés rencontrées depuis 2005, à définir les conditions à réunir pour disposer d'une information fiable, dans des délais compatibles avec le calendrier des réunions des instances officielles de fixation de l'ONDAM hospitalier (Conseil de l'hospitalisation), puis avec le calendrier des réunions des instances officielles de suivi de l'ONDAM hospitalier (Comité d'alerte, Commission des comptes de la sécurité sociale, Conseil de l'hospitalisation jusqu'en 2007 et, depuis 2007, Observatoire économique des données de

⁷⁰ Régimes d'assurance maladie pour le SNIIRAM et les comptes des régimes, ATIH pour le PMSI et les autres remontées des ARH (ARBUST, notamment).

l'hospitalisation publique et privée⁷¹). Le calendrier de production des données doit en outre être compatible avec la mise en œuvre en temps utile de la régulation par les prix, infra annuelle, des dépenses hospitalières.

La mission est également chargée d'identifier les données les plus pertinentes auxquelles le nouvel observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée devra avoir accès pour remplir sa mission.

2.2. Périmètre détaillé concerné par la problématique

- Eléments permettant de caractériser le périmètre :
 - Champ matériel : les dépenses incluses dans l'ONDAM hospitalier.
 - Champ temporel : séries mensuelles sur une période suffisamment longue pour établir des prévisions saisonnalisées, et pour recalculer les prévisions à partir de l'analyse des écarts prévisions/réalisations.
- Directions – services – établissements publics concernés :
 - DHOS
 - DSS
 - DREES
 - Direction du Budget
 - CNAMTS
 - ATIH
- Périmètre financier concerné : réalisation 2006 (provisoire) 63,5 milliards €

2.3. Enjeux identifiés de l'audit de modernisation

- Enjeux qualitatifs: qualité du suivi mensuel des dépenses des établissements de santé
- Enjeux socio-économiques: conditionne la mise en œuvre de la régulation financière du secteur
- Enjeux de productivité : conditionne la mobilisation des gains de productivité pour la production de soins hospitaliers

3. PISTES D'INVESTIGATIONS (QUESTIONS CLES)

- Organisation des systèmes d'information (champ des données, dictionnaires des données, circuit des flux de données);
- granularité des données utile à la régulation tarifaire infra annuelle (compatibilité de l'évolution des charges de l'assurance maladie avec l'objectif, différenciation de la modification des tarifs par catégorie d'établissements et par tarifs de prestations, suivant les critères fixés par la loi⁷²);

⁷¹ L'observatoire est créé par l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale issu de l'article 73 de la LFSS pour 2007.

⁷² Cf. l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 73 de la LFSS pour 2007.

- gestion et contrôles de la qualité des données, en veillant à la cohérence entre les résultats de l'analyse des données et les thèmes des contrôles;
- organisation des maîtrises d'ouvrage et des maîtrises d'œuvre;
- définition des calendriers cibles et des méthodes statistiques cibles, en tenant compte des contraintes résultant de la comptabilité en droits constatés pour les projections et le suivi des dépenses;
- détermination du cheminement pour parvenir au système cible;
- conditions et impacts de l'éventuelle bascule du secteur public à la facturation individuelle des séjours à l'assurance maladie;
- optimisation de l'articulation entre les nomenclatures dédiées respectivement à la description de l'activité et à la facturation.

4. MODALITES D'ACTIONS ENVISAGEES POUR LA CONDUITE DES TRAVAUX

- Entretiens, questionnaires et visite de quelques sites de production et de validation des données (établissements de soins, ARH).
- Estimation du coût de l'audit : cf. tableau joint en annexe.

Annexe à la lettre de cadrage

Tableau 4 : Évaluation de la charge de travail des inspections

V7- Nom de l'audit	Suivi statistique des dépenses des établissements de soins publics et privés		
	Inspection	Nombre de jours	Évaluation du coût
Nom de l'inspecteur			
Stéphanie DUPAYS	IGAS	42+35=77	38 500
Daniel POSTEL-VINAY	IGAS	50+35=85	42 500
Alain VIENOT	INSEE	21+ 17=38	19 000
TOTAL		200	100 000

Annexe 2 : L'ONDAM hospitalier

En application de la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 se caractérise par une nouvelle présentation de l'ONDAM qui est désormais ventilé entre différents sous-objectifs sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer par un vote. Deux de ces sous-objectifs concernent les dépenses hospitalières, les autres se rapportant aux soins de ville et aux établissements médico-sociaux.

1. LE PREMIER REGROUPE LES DEPENSES CONSACREES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE TARIFES A L'ACTIVITE. IL SE DECOMPOSE EN DEUX GROUPES DE DEPENSES :

- L'objectif des dépenses liées aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et l'odontologie (ODMCO) :
 - 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 dotations complémentaires (DAC) versées aux établissements de santé anciennement financés par dotation globale.
- Les dépenses entraînées par l'exercice des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)

2. LE SECOND SOUS-OBJECTIF SE DECOMPOSE EN QUATRE GROUPES DE DEPENSES :

- 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.

TABLEAU 1 : DECOMPOSITION DE L'ONDAM HOSPITALIER

Sous-objectif	Contenu	Contenu plus détaillé	Public + PSPH	Champ		
				Privé (cliniques)	autres	
Sous-objectif 1 Dépense des établissements tarifés à l'activité	ODMCO Art. L.162-22-9 du CSS	Activité T2A <i>Art. D.162-3 du CSS</i>	X	X		
		DAC	X	non		
	MIGAC : <i>Art. L.162-22-13 du CSS</i>	MIG : <i>art. D.162-6 et D.162-7 du CSS</i> AC	X	X		
Sous-objectif 2 Autres dépenses relatives aux établissements de santé	ODAM : <i>Art. L.174-1-1 du CSS</i>	DAF USLD	(Psy et SSR)	X	non	Hôpitaux locaux
	OQN : <i>Art L.162-22-2 du CSS</i>	Art. D.162-4 du CSS	Psy SSR Rééducation fonctionnelle	Non	X	
	FMESPP : <i>Art.40 modifié de la LFSS pour 2001</i>	<i>Décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001</i>		X	X	
	Autres dépenses	conventions internationales établissements étrangers conventionnés USLD cliniques		X X X	X X non	Établissements étrangers

Ainsi, les dépenses des établissements publics et PSPH, anciennement sous dotation globale (les établissements ex-DG), et celles des établissements privés (les établissements ex-OQN) sont mélangées dans les deux sous-objectifs. Certaines enveloppes contiennent à la fois des dépenses des établissements privés et des établissements publics (par exemple, ODMCO et MIGAC). D'autres ne contiennent que des dépenses du public (ODAM) ou que du privé (OQN).

Au total, les dépenses des établissements publics et PSPH (ex-DG) relèvent des deux sous-objectifs.

Elles se retrouvent dans les deux enveloppes du sous-objectif 1 : ODMCO (dans ses deux composantes : T2A et DAC) et MIGAC.

Dans le sous-objectif 2, elles se retrouvent dans l'ODAM, le FMESPP et les autres dépenses.

Les dépenses des établissements privés relèvent également des deux sous-objectifs :

- Dans le sous-objectif 1, elles font partie de l'ODMCO (seulement dans sa partie T2A) et de MIGAC.
- Dans le sous-objectif 2, elles appartiennent à l'OQN, au FMESPP et aux autres dépenses.

Annexe 3: Chaîne statistique pour les cliniques, pour l'activité MCO

Tableau 5 : Chaîne statistique pour les cliniques, pour l'activité MCO

Clinique	ARH	ATIH	DHOSS	Caisse centralisatrice des paiements	Caisse gestionnaire
1. Saisie du RSS non groupé et des données administratives du patient 2. Fonction groupage: - 4 tables de référence (GHM V10; GHS; CIM 10;CCAM) - 1 moteur 3. RSS groupé ⁷³ 4. Facture ⁷⁴ (B2) 5. RSF ⁷⁵ issu de la facture 6. e PMSI (production des RSA et RSFA grâce au logiciel AGRAF ⁷⁶)	1. Validation ⁷⁷ de e PMSI 2. Alimentation ⁷⁸ d'ARBUST privé pour les MIGAC et les forfaits annuels	1. Compilation des données de e PMSI ⁷⁹ par période 2. Alimentation automatisée d'ARBUST privé à partir de e PMSI	1. Exploitation de e PMSI 2. Exploitation d'ARBUST privé	Routage vers les caisses gestionnaires des flux aller B2 (facture)	1. Liquidation 2. Emission du retour NOEMIE (facture liquidée) 3. Alimentation du SNIIRAM

⁷³ Le RSS groupé comporte le n° de GHM.

⁷⁴ La facture comporte le n° de GHS et les actes CCAM, mais ni le GHM (que l'on peut retrouver sauf exception à partir du GHS), ni les diagnostics CIM 10.

⁷⁵ Le RSF comporte les mêmes éléments médicaux que la facture.

⁷⁶ Le logiciel AGRAF apparie le RSA issu du RSS groupé et le RSFA issu de la facture si possible liquidée et, d'autre part, réidentifie les données de manière anonyme.

⁷⁷ Avant validation par l'ARH, le logiciel MAT2A est utilisé pour la cohérence en qualité et en quantité entre les données utiles à la facturation figurant respectivement dans le RSA et le RSFA. Le tarif du GHS est contrôlé. Si ces contrôles sont positifs, la valeur de la facture mentionnée par le RSFA est validée sans recalcul de la facture.

⁷⁸ Saisie à la charge de l'ARH.

⁷⁹ Les données de e PMSI sont ab initio rangées par clinique, l'établissement constituant la cellule de base de l'applicatif.

Annexe 4 : Le constat de l'ONDAM

1. LE CONSTAT DE L'ONDAM EST REALISE PAR TROIS ORGANISMES SELON 3 SYSTEMES D'INFORMATION, LA DHOS, LA DSS ET LA CNAMTS.

1.1. *Le constat de l'ONDAM par la DSS*

Le constat de l'ONDAM par la DSS est fondé sur des données comptables exhaustives des différents régimes d'assurance maladie. Les dépenses des différents régimes sont retracées dans les tableaux centralisés des données comptables des régimes d'assurance maladie (TCDC). Ces TCDC ne sont pas uniquement fondés sur des dépenses réalisées car la totalité des dépenses en droits constatés n'est pas connue lors de la fin de l'exercice.

1.1.1. **La part estimée des comptes : les provisions**

Les TCDC comprennent une part de provisions correspondant aux charges de l'exercice 2006 versées en 2007.

Pour les établissements publics et PSPH (ex-DG), la provision pour la partie de l'ONDAM T2A est calculée comme la différence entre l'activité annuelle prévue par PMSI et les montants versés par l'assurance maladie pour les 9 premiers mois issus des données comptables. C'est le ministère (DSS, DHOS, Mission comptable permanente) qui notifie la provision à la CNAMTS.

Pour les établissements publics et PSPH (ex-DG), la provision pour la partie dotations de l'ONDAM (DAF, DAC, MIGAC) est calculée à partir d'ARBUST par différence entre les montants notifiés dans les circulaires budgétaires mais pas encore délégués d'une part et d'autre part, par différence entre les montants notifiés par les ARH mais pas encore versés.

Pour les établissements privés, chaque régime a constitué des provisions dont le montant est calculé à partir d'un taux d'évolution prévisionnel des dépenses. Les méthodologies diffèrent selon le régime⁸⁰.

1.1.2. **Des comptes dont la fiabilité est incertaine, à un niveau fin et pour les petits régimes**

Les ventilations des prestations entre enveloppes sont peu précises dans les comptes des petits régimes. Si le montant global des dépenses de l'ONDAM hospitalier semble cohérent, la ventilation en enveloppes est moins précise.

1.1.3. **L'insuffisante finesse de la nomenclature comptable rend impossible la décomposition de l'ONDAM en sous-objets**

Le plan comptable actuel ne permet pas de ventiler les dépenses de l'ONDAM selon les sous-enveloppes. Les données comptables issues des (TCDC) couvrent bien l'ensemble des dépenses de l'ONDAM. Pour le secteur public et PSPH (ex-DG), il est possible de retrouver toutes les enveloppes. En revanche, pour les dépenses des cliniques privées (ODMCO, OQN psy-ssr, MIGAC, autres dépenses du privé), la nomenclature comptable ne permet pas de distinguer les dépenses du champ régulé du champ non régulé ou «autres dépenses». Par ailleurs, des dépenses

⁸⁰ Compte rendu du groupe de suivi des établissements de santé 5 janvier 2007

sont toujours affectées à un compte «hors OQN» qui fait référence au suivi des dépenses des cliniques privées avant la mise en place de la T2A.

Pour 2007, le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) a été modifié afin de distinguer les différentes enveloppes de l'ONDAM mais il ne sera pleinement appliqué qu'en 2008. La Mission comptable permanente va faire en sorte que les différents régimes remplissent de manière homogène ce plan comptable⁸¹.

Tableau 6 : L'ONDAM 2006 selon le TCDC de la DSS82

Constat des dépenses des établissements de santé dans le champ de l'ONDAM hospitalier en 2006					
Source : TCDC 2006 (mars 2007)					
	Construction		Réalizations		
	BASE 2006	OBJECTIFS 2006	BASE 2006 réactualisée	REALISATION S 2006 (mars 2007)	Ecart aux objectifs
en Millions d'euros					
Etablissements publics	50 821	52 456	50 807	52 268	-187
a) Etablissements publics (champ arrêtés)	50 304	51 938	50 378	51 881	-57
dont :					
ODMCO secteur public (yc CET)	30 985	31 451	31 098	31 514	63
MIGAC	4 976	5 586	4 797	5 427	-159
ODAM (yc CET)	14 342	14 901	14 484	14 940	39
b) Autres frais d'établissements publics	517	517	430	387	-130
Etablissements privés*	10 362	10 796	10 572	10 964	168
FMESPP	244	327	244	327	0
TOTAL ETABLISSEMENTS	61 427	63 579	61 623	63 560	-19

1.2. Le constat de l'ONDAM par la DHOS

Dans l'ONDAM, la DHOS ne suit que les dépenses régulées i.e. ODMCO public et privé, MIGAC, ODAM, OQN. Le FMESPP ne fait pas l'objet d'un suivi particulier car c'est un fonds dont le montant est fixé une fois pour toutes (tableau 2).

1.2.1. Les dépenses en faveur des établissements publics

La part activité

Le constat de l'ODMCO se fait à partir des données d'activité contenues dans e-PMSI à partir desquelles on procède à deux correctifs.

⁸¹ Compte rendu du groupe de suivi du Conseil des dépenses des établissements de santé 19 décembre 2006

⁸² Les chiffres agrégés actualisés en septembre 2007 sont présentés dans le tableau 1 du rapport.

Certains établissements n'ont pas alimenté e-PMSI. Un correctif est appliqué pour prendre en compte les établissements manquants. Ce correctif s'appuie sur l'activité passée de ces établissements.

Le PMSI contient toute l'activité de l'établissement, quelle que soit l'enveloppe à laquelle elle se rapporte. Par conséquent, pour évaluer l'ODMCO, il faut enlever les conventions internationales. Pour cela, la DHOS se fonde sur le montant affecté aux conventions internationales par la CNAMTS.

Les dotations

La source est ARBUST. Quand le directeur d'une ARH notifie une dotation correspondant à une enveloppe (par exemple, MIGAC) à une caisse, celle-ci enregistre cette dotation dans ces comptes. La dotation annuelle est modifiée 3 fois au cours de l'année. L'ARH met à jour ARBUST en envoyant les dotations à la caisse. Ces données envoyées par l'ARH ne sont pas ventilées entre tous les régimes.

Une comparaison entre la somme des dotations notifiées retracées ARBUST et les données comptables (des différents régimes d'assurance maladie, TCDC) a mis en évidence une mauvaise cohérence en 2005 expliquée par une ventilation des dépenses imparfaites. En 2006, ce problème a été réglé.

1.2.2. Les dépenses en faveur des établissements privés

L'ODMCO privé est suivi par deux sources : PMSI et SNIIRAM. La source principale est PMSI. Mais les données de PMSI ne couvrent qu'en partie le champ ODMCO privé. Les activités qui échappent au PMSI sont :

- la dialyse alternative à la dialyse en centre
- l'HAD
- les forfaits techniques (scanners, IRM)
- l'activité d'urgence (ATU, FFM, forfait annuel)

Pour apprécier complètement le champ MCO privé, il faut donc recourir aux données de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui, elles, couvrent bien l'ensemble du champ MCO, mais qui semblent moins précises pour cerner les établissements qui relèvent de l'ODMCO privé. En effet, les données de l'assurance-maladie comprennent des établissements installés hors du territoire national qui ne relèvent pas de cette enveloppe mais de la ligne non régulée. La DHOS doit donc vérifier que l'établissement relève bien de l'ODMCO ou de l'OQN ou d'une autre enveloppe. De plus, les données relatives aux forfaits techniques pourraient se rapporter à des dépenses qui ne relèvent pas de l'enveloppe hospitalière mais des soins de ville.

Pour l'HAD, le système PMSI ne contient pas de factures mais seulement les séjours (RAPSS) auxquels on applique une valorisation théorique. On compare cette valorisation théorique au SNIIRAM.

Dotations

Comme pour les établissements publics, les dotations du secteur privé sont suivies par ARBUST.

OQN

La seule source est le SNIIRAM à partir de laquelle la DHOS identifie les dépenses relatives aux activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation grâce à une liste d'établissements. Cette source a pour principal défaut le manque d'exhaustivité pour certaines sections locales mutualistes et certains régimes.

Tableau 2 : Système d'information sur l'ONDAM hospitalier de la DHOS

Sous-objectif	contenu	Contenu plus détaillé		Source
Sous-objectif 1 Dépense des établissements tarifés à l'activité	ODMCO	Activité public	Frais de séjours et de soins (activité GHS et suppléments, EXH, dialyse, GHT) HAD Forfaits annuels : FAU (forfait annuel d'urgence) et CPO (prélèvement d'organes) - Médicaments listés : MO molécules onéreuses - Dispositifs médicaux implantables (DMI) Actes et consultations externes (ACE, dont ATU et FFM) forfaits techniques urgences	PMSI Arbust PMSI PMSI
		Activité privé	Frais de séjours et de soins (activité GHS et suppléments, EXH, dialyse, GHT) HAD Forfaits annuels : FAU (forfait annuel d'urgence) et CPO (prélèvement d'organes) - Médicaments listés : MO molécules onéreuses - Dispositifs médicaux implantables (DMI) Actes et consultations externes (ACE, dont ATU et FFM) IVG forfaits techniques urgences	PMSI sauf dialyse -PMSI (RASPP) et SNIIRAM -PMSI -PMSI -PMSI sauf urgences (ATU, FFM → SNIIRAM) -pas dans PMSI → SNIIRAM - pas dans PMSI
		DAC (public)		Arbust
	MIGAC	-MIG - AC		Arbust
	Sous-objectif 2 Autres dépenses relatives aux établissements de santé	ODAM	-DAF -USLD	(Psy et SSR)
OQN			Psy SSR Rééducation fonctionnelle	SNIIRAM
FMESPP				
Divers		- conventions internationales - établissements étrangers conventionnés - USLD cliniques - IVG		Non suivi par la DHOS car non régulé

1.3. Pour le privé, un troisième acteur intervient : la CNAMTS

Le système statistique qui permet de retracer les dépenses des cliniques privées est le SNIIRAM, alimenté par la totalité des dépenses des caisses au titre des cliniques privées. Ces données statistiques reposent sur des données de liquidation individuelle des frais de séjour, ce qui garantit leur fiabilité et leur complétude : une facture individuelle n'est liquidée et payée que si toutes les informations sont remplies correctement. Les cliniques ont donc intérêt à envoyer aux caisses l'ensemble de leurs factures et de fournir toutes les informations nécessaires à la liquidation.

Le SNIIRAM permet de retracer précisément les dépenses des cliniques relevant de l'ONDAM hospitalier et celles relevant des autres enveloppes grâce à une nomenclature élaborée par les services statistique et comptable de la CNAMTS mais non validée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS). Le SNIIRAM permet aussi de ventiler les dépenses entre les différentes sous enveloppes de l'ONDAM hospitalier, en particulier l'ODMCO pour les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), et l'OQN pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation. Cette ventilation des dépenses dans les enveloppes de l'ONDAM hospitalier repose sur plusieurs critères : la nature de la prestation, les disciplines autorisées dans l'établissement, la nature de l'établissement, la prise en charge éventuelle du malade au titre d'une convention internationale. Cette ventilation traduisant les textes définissant l'ONDAM et ses composantes apparaît fiable. Les erreurs relevées sont minimales : en 2006, une mauvaise ventilation de certaines prestations (10 M €) codées d'après un ancien code par des établissements de dialyse a été à l'origine d'un rattachement à l'OQN de dépenses relevant de l'ODMCO. Cette imprécision due à l'utilisation d'anciens codes par certains établissements est en voie de résorption.

Par conséquent, la complétude au niveau du champ des prestations relevant du champ régulé de l'ONDAM hospitalier et, à un niveau plus fin, de ses différentes enveloppes, semble assurée de manière satisfaisante.

Cependant, en dépit des travaux inter-régimes menés depuis 1998, seul le régime général alimente bien le SNIIRAM, à l'exception des mutuelles décompteuses qui représentent environ 5% des charges techniques du régime général d'assurance maladie. La prévision du montant de l'ONDAM de l'année complète se fait en partant d'une base tous régimes auquel la DSS applique le taux d'évolution avec une dérive.

Entrent dans le champ de l'ONDAM les dépenses pour la France entière. Or, si les informations contenues dans les factures individuelles émises par les cliniques des DOM alimentent bien le SNIIRAM, pour des raisons historiques, la CNAMTS n'utilise pas ces données pour appréhender les dépenses des cliniques des DOM. En effet, la régularité de l'alimentation mensuelle du SNIIRAM n'était pas suffisante avant l'année 2004, du fait de l'importance de paiements directs sans passer par les chaînes de liquidation, pour pouvoir calculer des taux de complétude stables et passer ainsi des données en date de remboursement aux données en date de soins. C'est pourquoi la CNAMTS préfère exclure les données des DOM et les reconstituer en appliquant un taux d'extrapolation à partir des données fiables du SNIIRAM, celles hors DOM. Or, ce taux (2,7% des dépenses des cliniques privées), correct pour le montant total de l'ONDAM hospitalier, ne l'est pas pour chacune des sous-enveloppes. Par exemple, pour les dépenses de dialyse (qui entrent dans l'ODMCO), le poids des DOM est très supérieur au taux moyen. L'estimation des dépenses des DOM, si elle est assez juste pour l'ONDAM hospitalier total, est donc imprécise pour chaque sous-enveloppe.

2. COMPARAISONS ENTRE LES DIFFERENTES SOURCES

Les périmètres étant différents il est impossible de comparer le montant global de l'ONDAM 2006 selon les sources DSS et DHOS

Deux directions font un constat du montant de l'ONDAM: la DSS à partir des comptes et la DHOS à partir des données d'activité. Mais, les deux chiffres n'ont pas exactement le même périmètre et ne sont donc pas directement comparables.

On ne peut donc faire des comparaisons que sur une partie du champ de l'ONDAM. Si, pour les établissements privés, la nomenclature comptable ne permet pas de détailler les enveloppes, pour le public, on peut comparer le montant de l'ODMCO selon les comptes au montant calculé par la DHOS selon l'activité. L'écart entre l'ODMCO public selon les comptes (DSS) établi à 31514 millions d'euros et l'ODMCO public pour la DHOS (31524,88 millions) est d'environ 10 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

Un écart de 154 millions d'euros sur le montant de l'ONDAM du privé entre les statistiques et les comptes pour le seul régime général

On restreint la comparaison comptes/statistiques au régime général et aux seuls établissements privés, pour les raisons expliquées plus haut. Pour les dépenses des cliniques privées et en se restreignant au régime général, l'écart entre les dépenses apparaissant dans les comptes et celles que les statistiques (SNIIRAM) mesurent est de l'ordre de 154 millions d'euros (919683-904284).

⁸³ DSS, TCDC régime général.

⁸⁴ CNAMTS, tableau de synthèse « suivi des versements cliniques privées, régime général, droits constatés, France entière ». note du 28/06/07

Annexe 5 : Le suivi conjoncturel de l'ONDAM hospitalier

Le suivi conjoncturel des dépenses hospitalières est éclaté entre la DHOS qui suit les dépenses du secteur public et PSPH (ex-dotation globale) et la CNAMTS qui suit les dépenses du secteur privé.

1. SUIVI DES DEPENSES DES CLINIQUES PAR LA CNAMTS

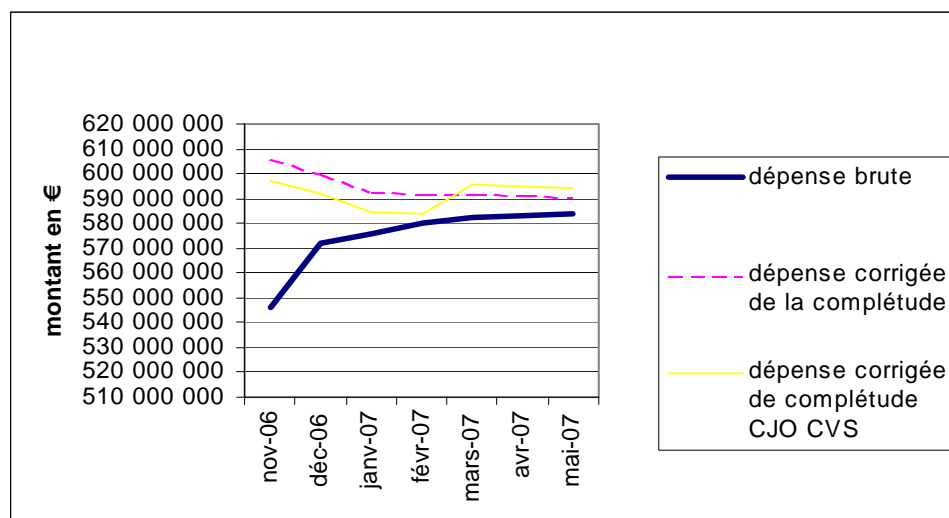
Des données qui nécessitent d'importants retraitements pour être interprétables

L'ONDAM retrace les dépenses en droits constatés, ce qui correspond à des dépenses en date de soins. Le suivi conjoncturel se fait grâce au SNIIRAM qui enregistre les dépenses liquidées envoyées par les caisses. Ces données doivent subir plusieurs retraitements pour être exploitables :

➤ Le passage des dépenses en date de remboursement aux dépenses en date de soins

Les données issues du SNIIRAM sont en date de remboursement et non en date de soins. Or, le remboursement des soins prend un certain délai. Par exemple, lors du mois $m+1$, seule une partie des soins effectués en m ont été remboursés (cf. évolution des remboursements du mois de septembre 2006 au cours des mois suivants, graphique 1, courbe « dépense brute »). Il faut donc passer d'une série de dépenses en date de remboursement à une série en date de soins en faisant un correctif c'est-à-dire en rajoutant les soins effectués pas encore remboursés (cf. graphique 1 courbe « dépense corrigée de la complétude »). Ces soins effectués en m mais pas encore remboursés en $m+1$ font l'objet d'une estimation. Ainsi, le 12 du mois $m+1$, la CNAMTS a les données de remboursement du mois m et l'estimation en date de soins du mois $m-2$. Cette estimation de la complétude des données semble difficile les mois suivants le mois considéré. Ainsi, dans le graphique 1, on voit que l'estimation de la dépense sur mois de septembre 2006 (dépense corrigée de la complétude) varie fortement au cours du temps. Par ailleurs, une correction des variations saisonnières et des jours ouvrables est effectuée (cf. graphique 1, dernière courbe).

Graphique 1 : Graphique 1 : de la dépense brute à la dépense estimée pour le mois de septembre 2006



2. L'INFORMATION STATISTIQUE MENSUELLE DELIVREE ACTUELLEMENT PAR LA CNAMTS

Depuis le milieu de l'année 2006, la CNAMTS envoie des tableaux de bord mensuels où l'ONDAM est décomposé selon les agrégats suivants :

- ODMCO
- MIGAC
- OQN (Psy-SSR)
- USLD
- Autres dépenses

Il s'agit de séries en date de soins des montants cumulés dépensés depuis le début de l'année. Par exemple, les montants dépensés correspondant aux soins de janvier-février-mars ont été disponibles fin juin. La maquette comprend ces montants ainsi qu'un taux PCAP qui est le taux d'évolution des dépenses par rapport à la période correspondante de l'année précédente. Par exemple, le taux PCAP de la maquette ci-dessous est le rapport entre les dépenses de janvier, février et mars 2007 sur les dépenses des mêmes mois de l'année 2006.

Tableau 1 : Maquette de suivi des dépenses envers les cliniques privées

Suivi des versements aux cliniques privées		
Régime général, droits constatés, France entière		
Fin mars 2007	Montant des dépenses (en milliers €)	Taux PCAP
Hypothèse : DOM représentent 2,7% des dépenses des cliniques privées en France		
<u>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES</u>	2 481 950	1,3 %
<u>ODMCO :</u>	2 032 512	1,2 %
1- Frais de séjours et de soins	1 725 642	2,2 %
Frais de séjours et forfaits de soins (GHS, EXH)	1 496 379	1,4 %
Dialyse	195 631	3,0 %
Hospitalisation à domicile (GHT)	33 631	49,4 %
2- Forfaits annuels (FAU, CPO)	22 242	18,3 %
3- Dispositifs médicaux	159 786	- 15,7 %
4- Spécialités pharmaceutiques et produits d'origine humaine	130 854	16,5 %
5- PAT	- 6 012	
<u>MIGAC</u>	3 673	- 63,2 %
<u>OQN PSY/SSR :</u>	410 356	3,4 %
1- Psychiatrie	120 308	0,9 %
2- Soins de suite }	290 048	4,5%
3- Rééducation fonctionnelle }		
<u>Dépenses non régulées (ONDAM hors ODMCO et OQN PSY/SSR) :</u>	35 409	4,8 %
1- Long séjour	2 691	- 24,2 %
2- Conventions internationales	11 635	5,2 %
3- Établissements hors du territoire	21 083	10,0 %

Source : Source : DSS

Outre ces tableaux, la CNAMTS délivre chaque mois une statistique mensuelle reposant sur des données en date de remboursement, statistique dont une mauvaise interprétation fut à l'origine d'une prévision erronée de l'ONDAM en 2006 (cf. 3)

3. LA STATISTIQUE MENSUELLE DELIVREE EN 2006 PAR LA CNAMTS EST DIFFICILE A INTERPRETER

Avant la mise en place des tableaux de bords mensuels, la CNAMTS ne délivrait à tous les acteurs en charge de l'ONDAM qu'une statistique mensuelle contenant des données (en date de remboursement) sur les dépenses du régime général des différents risques et notamment du risque maladie. Un des tableaux les plus commentés est celui des taux PCAP. La ligne établissements privés mettait en évidence des taux d'évolution de 22,5% pour le premier trimestre 2006.

Tableau 1 : La statistique mensuelle de la CNAMTS (extrait)

Indices PCAP, données brutes des dépenses pour les établissements privés

J. 2006	F.2006	M.2006	A.2006	M.2006	J.2006	J.2006	A.2006	S.2006	O.2006	N.2006	D.2006
108,9	109,9	122,5	123,7	122,7	116,9	115	112,2	110,3	110,9	112,8	107,6

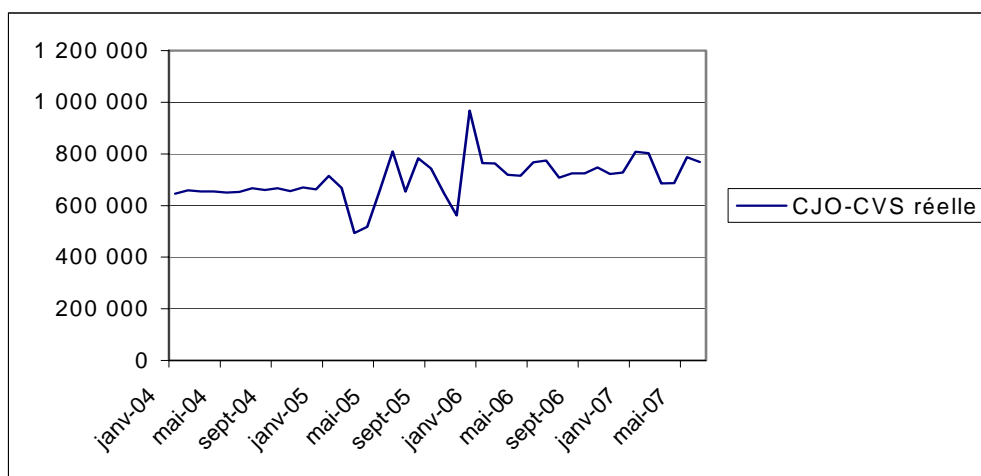
Source : : CNAMTS

La même statistique mensuelle contient à la page suivante, des indices ACM (en année complète mobile). L'indice ACM est un indicateur d'évolution calculé sur une longue période (24 mois) qui rapporte le montant des 12 derniers mois connus à celui des douze mois précédents. Ainsi, l'indice ACM du mois de mars 2006 rapporte les dépenses d'avril 2005 à mars 2006 sur celles d'avril 2004 à mars 2005. Le taux d'évolution calculé avec cet indice est moins préoccupant : 9,3%. Cette statistique a été beaucoup moins commentée que l'indice PCAP.

Or, le taux d'évolution PCAP apparaît comme une statistique à interpréter avec précautions car :

- Les données sont en date de remboursement et non pas en date de soins.
- Le taux PCAP est difficilement interprétable sur les premiers mois de 2006, car la mise en place de la T2A s'est traduite en 2005 par des dépenses en dents de scie et notamment par un affaissement brutal des dépenses en mars 2005 (cf. graphique 2). Le rapport entre les dépenses des 3 mois de 2006 avec ceux de 2005 n'a donc pas de sens.

Graphique 2 : Montants remboursés



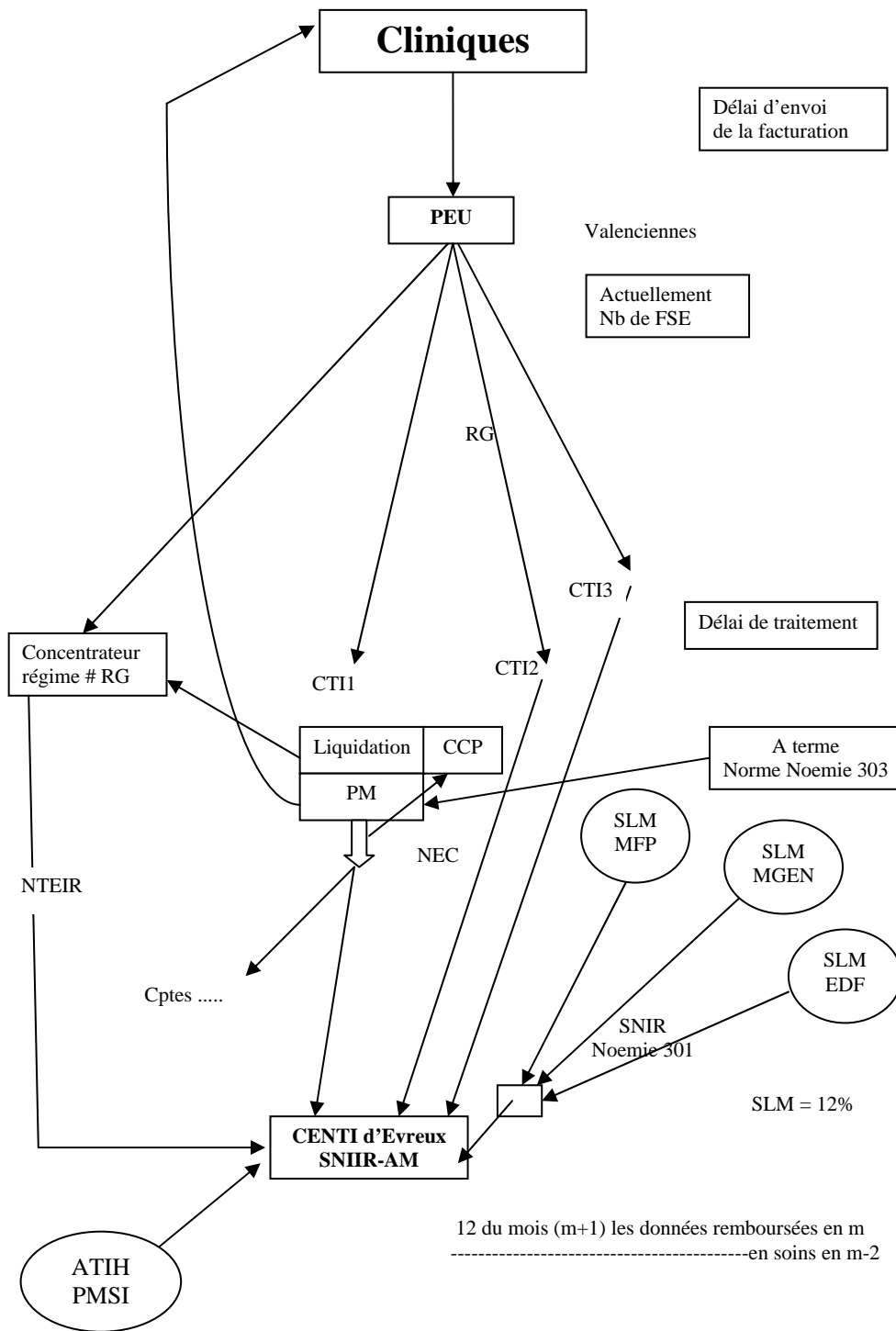
Source : : CNAMTS, série en date de remboursement CJO-CVS, cliniques privées.

La statistique mensuelle est accompagnée d'un communiqué qui repose sur des données de remboursement en partie redressées. Le calcul des taux d'évolution repose sur des données 2006 qu'on rapporte à celles de 2005. Dans les communiqués mensuels, les données 2006 sont les mêmes que celles de la statistique mensuelle (données de remboursement non redressées) mais les données 2005 qui servent de comparaison dans les calculs d'évolution sont des données de remboursement lissées sur toute l'année et complétées (les données manquantes ont été estimées en comparant les réalisations à une prévision avant la mise en place de la T2A). Ainsi, le caractère erratique de la série 2005 a été gommé. Ces traitements n'étant pas mentionnés et les séries étant qualifiées de « brutes » et « CJO-CVS » dans les tableaux, il est difficile d'apprécier la signification de ces séries. Dans le communiqué de juin 2006, on trouve trois types de taux d'évolution :

1. Un taux en glissement annuel mensuel (rapport entre les dépenses de mai 2006 et de mai 2005) d'environ 15 % pour les établissements privés. C'est une évolution calculée sur un seul mois.
2. Un taux ACM (année complète mobile) (rapport entre les remboursements de juin 2004 à mai 2005 et ceux de juin 2005 à mai 2006).
3. Un taux PCAP (janvier 2006-mai 2006/janvier-mai 2005) : en raison du redressement et du lissage opéré sur la série 2005, l'évolution n'est plus que de 11,3 % en brut et 11,2 % en CJO contre 22,7 % dans la note mensuelle (c'est-à-dire sans correction des données 2005).

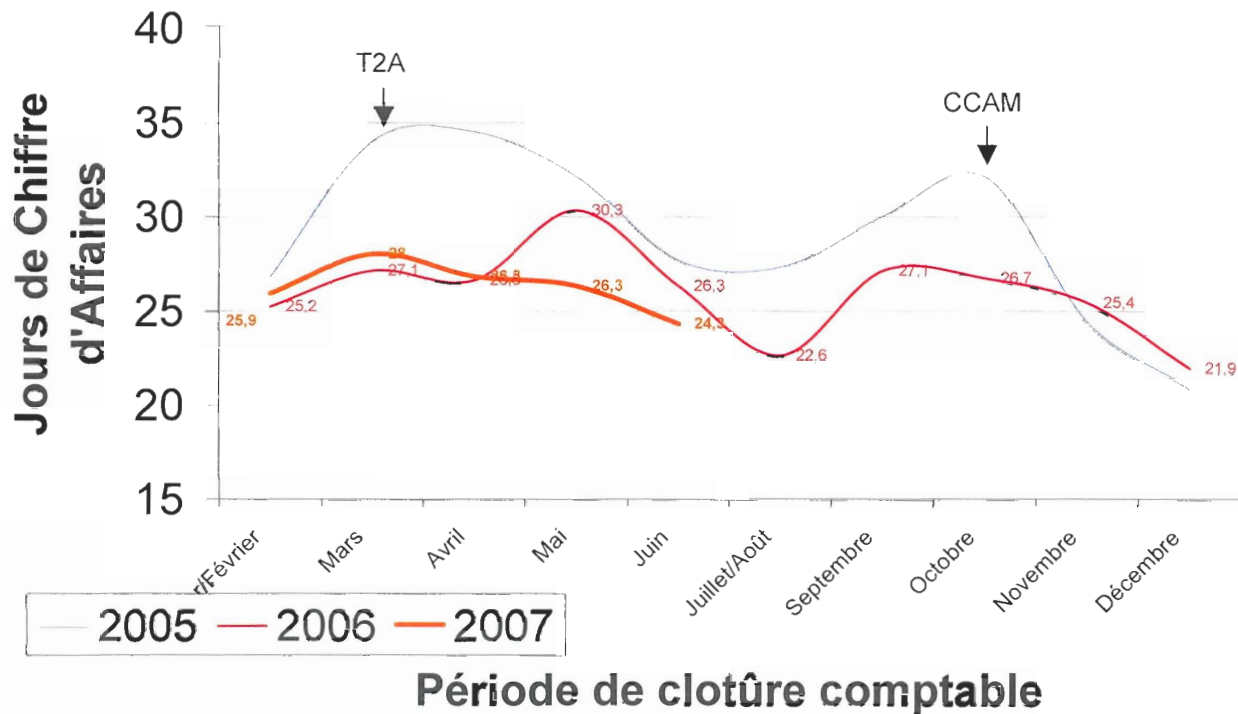
Au total, la multiplicité des données présentées sans analyse ni interprétation n'est pas de nature à faciliter le jugement sur le dépassement de l'ONDAM et la prise de décision quant à la nécessité d'une régulation infra-annuelle.

Annexe 6 : Schéma de la caisse centralisatrice des paiements



Annexe 7 : Délais de facturation dans une clinique privée

Evolution du Délai Moyen de Règlement HPA



Sigles utilisés

ALD :	affection longue durée
ARBUST :	aide à la régulation des budgets de santé
ARH :	agence régionale de l'hospitalisation
ATIH :	agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation
ATU :	forfait accueil et traitement des urgences
CCAM :	classification commune des actes médicaux
CET :	compte épargne temps
CNAMTS :	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DAC :	Dotation Annuelle Complémentaire
DAF :	Dotation annuelle de fonctionnement
DHOS :	direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DMI :	dispositifs médicaux implantables
DRASSIF :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS :	direction de la sécurité sociale
e-PMSI :	plateforme de saisie des données PMSI
FAU :	forfait annuel "urgences
FAPO :	Forfait annuel prélèvement d'organes
FFM :	forfait de petit matériel
FINESS :	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.
FMESPP :	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GHS :	groupe homogène de séjour
HAD :	hospitalisation à domicile
INSEE :	institut national de la statistique et des études économiques
IRM :	imagerie par résonance magnétique
IVG :	interruption volontaire de grossesse
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC :	missions d'intérêt général et des activités de soins
ODMCO :	objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM :	national des dépenses de l'Assurance maladie
OQN :	objectif national quantifié
PCUOSS :	plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PLFSS :	projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI :	programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH :	(établissement) participant au service public hospitalier
SNIIRAM :	système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
UNCAM :	union nationale des caisses d'assurance maladie
T2A :	tarification à l'activité
TCDC :	tableaux de centralisation des données comptables