

Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé

Rapport présenté par :

Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS et Stéphanie SEYDOUX

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n° 2006 009

Janvier 2006

Par lettre en date du 22 juillet 2005, le ministre de la Santé et des Solidarités a confié à l'IGAS une mission sur les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics.

Les tarifs publics des GHS, en moyenne pondérée, s'élèvent à 1,81 fois les tarifs privés près réintégration des honoraires médecins et des dépenses de radiologie et de biologie. Cet écart révèle l'ampleur du problème posé par la convergence même si actuellement les prestations facturées ne sont pas strictement homogènes et si cet écart peut s'expliquer par des contraintes spécifiques au secteur public.

Les dispositions législatives prescrivent une convergence des tarifs privés et publics qui doit s'achever en 2012 et atteindre 50% en 2008. Cette convergence doit concerner des prestations homogènes et s'opérer, selon la loi, "dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs".

En 2005, la première étape de la convergence ne s'est pas opérée vers le plus efficient mais vers la moyenne. Rien ne peut justifier ce choix qui présente un caractère inflationniste et fait dépendre les ressources allouées au secteur privé de "l'inefficience" relative du secteur public. La convergence doit, au contraire, se réaliser par alignement des tarifs sur le plus efficient. En effet, la convergence n'est pas un objectif en soi. Elle n'est qu'un moyen pour stimuler la recherche d'efficacité au sein du système hospitalier en faisant des organisations les plus performantes, dans le respect de standards stricts de qualité, des références pour l'ensemble des institutions hospitalières.

La convergence exige une grande rigueur dans la détermination du taux d'évolution des tarifs des cliniques. Ce taux constituera désormais un taux directeur pour l'ensemble des tarifs hospitaliers. La mission propose à cet égard de réformer fondamentalement le dispositif de régulation des tarifs du secteur privé. Il serait fondé sur une appréciation de la rentabilité financière des entreprises les plus performantes. En effet, le régulateur doit se donner comme objectif de maintenir un flux d'investissement suffisant dans le secteur des cliniques : il doit donc à la fois donner des garanties aux investisseurs et éviter de leur octroyer des rentes.

L'homogénéisation des rémunérations entre secteur public et privé est parfois présentée comme l'un des objectifs qui justifie la convergence. La mission considère qu'il n'appartient pas aux pouvoirs publics de procéder à cette homogénéisation. D'une part, la diversité des rémunérations au sein du secteur privé rend la poursuite de cet objectif incertaine. D'autre part, la détermination des rémunérations dans le secteur des cliniques par des décisions ou des négociations, au niveau des entreprises ou de la branche, est un facteur de modération des coûts. L'écart actuel du coût de travail entre privé et public devrait faire l'objet d'un "sur tarif". En effet la tarification à l'activité vise à ne faire supporter par les établissements que l'impact des coûts qu'ils maîtrisent à l'exclusion de tout facteur de coût exogène ; or le surcoût global du travail n'est pas maîtrisable par les établissements publics.

D'autres facteurs, exogènes aux établissements, peuvent expliquer les écarts de coûts entre le public et le privé et justifier le maintien d'un écart de tarif. La détermination de ces facteurs et leur prise en compte dans les règles de tarification est nécessaire pour s'assurer que les tarifs rémunèrent des prestations homogènes.

Un recueil des coûts dans chacun des deux secteurs selon une méthodologie homogène est à cet égard nécessaire ; il sera engagé à partir du début 2006 sur la base des travaux conduits par la DHOS. De plus, la mission formule des recommandations sur les études complémentaires à conduire notamment pour ce qui concerne les écarts de coût du travail médical et non-médical, la différence de la gravité des cas au sein des GHS, la composition de la patientèle qui pourrait être plus "précaire" dans le public, les disparités quant à la capacité à programmer les interventions où l'externalisation plus ou moins poussée des actes de radiologie ou de biologie.

Ce n'est que lorsque toutes ces études auront été menées à bien que l'on pourra déterminer l'ampleur des évolutions de tarif du secteur public rendues nécessaires par la convergence. Il sera alors possible d'évaluer les gains d'efficience exigés du secteur public.

Les résultats de ces études seront disponibles, dans la meilleure des hypothèses, au début de 2008. Il est donc impossible de fixer aujourd'hui de manière raisonnable un délai pour les étapes et l'aboutissement du processus de convergence. La question des délais doit être abordée de manière pragmatique. Il serait présomptueux de décréter à ce stade à quel rythme les progrès d'efficience exigés du secteur public pourront être effectués. La recherche du bon équilibre entre réalisme et volontarisme sera un des enjeux de la conduite de la politique hospitalière au cours des prochaines années. La recherche de cet équilibre nous semble relever de la compétence de l'exécutif ; il revient au législateur d'exercer un contrôle exigeant et vigilant sur la politique conduite en ce domaine. Par ailleurs, il lui revient de réexaminer les principes qui fondent la détermination des tarifs du secteur privé qui ont vocation, dans le cadre de la convergence, à devenir des taux directeurs pour l'ensemble du secteur hospitalier.

Les gains d'efficience exigés du secteur public, s'ils sont importants, auront des conséquences sur l'emploi hospitalier ; il convient sans tarder, si ce n'est de les déterminer précisément, du moins de tenter de les apprécier par des simulations sur la base d'hypothèses adaptées. Nul doute que les résultats de cet exercice nourriront les réflexions sur les délais de la convergence.

Encore faut-il souligner que le dispositif de conduite des études est fragile notamment car il ne peut mobiliser au sein de la DHOS, fortement engagée sur de multiples enjeux, que des moyens limités. Les modalités du pilotage par la DHOS du processus mériteraient d'être renforcées et précisées. Par ailleurs ce processus d'étude est conduit en étroite concertation avec les fédérations intéressées. Si ce dialogue est utile, il ralentit le processus et on ne peut attendre, du fait des intérêts en cause, que les acteurs eux-mêmes parviennent à objectiver tous leurs différends. Aussi la constitution d'un groupe d'expert indépendant paraît nécessaire pour animer le dispositif d'études sauf à risquer que le processus ne s'enlise dans la négociation permanente.

Au total la mission reste sceptique sur la possibilité sur la base des moyens et de l'organisation actuelle de voir l'ensemble des travaux aboutir pour la fin 2007. Il appartient au ministre, après analyse de la DHOS, d'apprécier, compte tenu de l'ensemble des chantiers ouverts, si ce dossier est réellement prioritaire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1 DONNÉES ACTUALISÉES SUR LES ÉCARTS DE TARIFS	5
1.1 POIDS COMPARÉ DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ ET ENJEU DE LA CONVERGENCE.....	5
1.2 LES ÉCARTS DE TARIFS : COMPARAISONS À PARTIR DES DONNÉES DISPONIBLES.....	6
1.2.1 <i>Les données disponibles.....</i>	6
1.2.2 <i>Un exercice visant à cerner des ordres de grandeur dans les écarts de tarifs.....</i>	7
1.3 LES RÉSULTATS	7
1.3.1 <i>Comparaison des tarifs existants du secteur public et du secteur privé.....</i>	7
1.3.2 <i>Comparaison des durées moyennes de séjour – corrélation avec les écarts de tarifs.....</i>	10
1.3.3 <i>Comparaison de l'âge moyen des patients – corrélation avec les écarts de tarifs.....</i>	11
2 CONVERGENCE PUBLIC/PRIVÉ : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE.....	13
2.1 LA CONVERGENCE NE PEUT SE JUSTIFIER QUE SI ELLE S'OPÈRE VERS LE "PLUS EFFICIENT".....	13
2.2 LA CONVERGENCE REND NÉCESSAIRE UNE REFORTE DES MODALITÉS DE DÉTERMINATION DU TAUX D'ÉVOLUTION DES TARIFS PRIVÉS ET PUBLICS.....	16
2.2.1 <i>Le conseil de l'hospitalisation doit se doter d'une doctrine pour la fixation du taux moyen d'évolution des tarifs des cliniques.....</i>	16
2.2.2 <i>La fixation du tarif des cliniques doit viser à garantir une rentabilité raisonnable pour les entreprises les plus efficaces du secteur sans que pour autant se constituent des rentes.....</i>	17
2.2.3 <i>La DHOS doit se doter des outils pour assurer une tarification pertinente des cliniques.....</i>	20
2.3 LA CONVERGENCE NE PEUT ÊTRE ENVISAGÉE QU'À PARTIR DE L'HYPOTHÈSE D'UNE QUALITÉ DES PRESTATIONS HOMOGENE ENTRE LES DEUX SECTEURS.....	21
2.4 IL CONVIENT DE DÉFINIR UN MODE DE TRAITEMENT DES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATION ET DE STRUCTURE DE QUALIFICATION DES PERSONNELS NON MÉDICAUX.....	21
2.4.1 <i>Les données disponibles sur les écarts de coûts salariaux des personnels non médicaux.....</i>	21
2.4.2 <i>La nécessité de définir une politique à l'égard des écarts de rémunération.....</i>	23
2.4.3 <i>Maîtrise du coût du travail et de la structure de qualification par les établissements.....</i>	24
2.4.4 <i>Admettre un "sur tarif".....</i>	24
2.4.5 <i>Refuser le "sur tarif".....</i>	25
2.4.6 <i>Recommandations en terme d'études.....</i>	26
2.5 LA CONVERGENCE SUPPOSE DE MODIFIER LE MODE DE RÉGULATION DES HONORAIRES LIBÉRAUX.....	28
2.5.1 <i>Aucune appréciation des écarts de coûts "médecins" n'est aujourd'hui disponible.....</i>	28
2.5.2 <i>La convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires dans le secteur privé.....</i>	29
2.6 LA CONVERGENCE DEVRAIT OBLIGER À SCINDER CERTAINS GHM OÙ À LEUR AFFECTER DES COEFFICIENTS DE GRAVITÉ.....	30
2.7 IL NE SERAIT PAS PERTINENT DE PRENDRE EN COMPTE L'INFLUENCE DE CERTAINS FACTEURS AU NIVEAU GLOBAL DU SECTEUR ; ILS DOIVENT ÊTRE PRIS EN COMPTE PAR ÉTABLISSEMENT OU PAR SÉJOUR.....	31
2.8 L'IMPACT SUR L'EMPLOI HOSPITALIER PUBLIC DE LA CONVERGENCE DOIT ÊTRE ÉVALUÉ.....	31
2.9 IL EST PRÉMATURÉ DE FIXER UN CALENDRIER POUR LA CONVERGENCE.....	32
2.10 L'ÉTUDE DES CONDITIONS DE LA CONVERGENCE NE SAURAIT SE LIMITER AUX SEULS COÛTS REMBOURSABLES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	33
3 LES ÉCARTS DE COÛTS POTENTIELLEMENT JUSTIFIABLES.....	35
3.1 LA LISTE DE FACTEURS POTENTIELS DES ÉCARTS DE COÛTS DOIT ÊTRE LIMITÉE ET DES RÈGLES DE CHOIX DES ÉTUDES POSÉES.....	35
3.2 LA GRAVITÉ/COMPLEXITÉ DES SÉJOURS DANS UN GHS SEMBLE DIFFÉRER ENTRE LES DEUX SECTEURS..	37
3.3 L'IMPACT DE LA SPÉCIALISATION ET LA TAILLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SONT DES FACTEURS D'ÉCONOMIE DISCUTÉS	39
3.4 LA PRÉCARITÉ EST UN ÉLÉMENT DE SURCÔÛT POTENTIEL RÉGULIÈREMENT AVANCÉ	41
3.5 L'ACTIVITÉ NON PROGRAMMÉE, PLUS IMPORTANTE DANS LE SECTEUR PUBLIC, SEMBLE ÊTRE UN FACTEUR D'AUGMENTATION DES COÛTS	43
3.6 CERTAINES EXIGENCES DE PERMANENCE DES SOINS PEUVENT CONTRIBUER À ACCROÎTRE LES ÉCARTS DE PRODUCTIVITÉ.....	44

3.7	LES CONDITIONS DE PRODUCTION DE CERTAINS ACTES MÉDICO-TECHNIQUES PEUVENT FAUSSER L'APPRÉCIATION EN COÛTS COMPLETS DES SÉJOURS	45
3.8	LE CHAMP DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL SERAIT INCOMPLET	46
3.9	SYNTHÈSE SUR LES ÉTUDES COMPLÉMENTAIRES PROPOSÉES	48
4	PILOTAGE DES TRAVAUX SUR LA CONVERGENCE.....	50
4.1	MENÉS AU SEIN DE GROUPES TECHNIQUES, S'APPUYANT SUR LE CONCOURS D'UN PRESTATAIRE EXTERNE, LES TRAVAUX MARQUENT LE PAS	50
4.2	L'APPROCHE RETENUE PRÉSENTE PLUSIEURS RISQUES	51
4.3	UN RÉAJUSTEMENT RAPIDE SELON LES PISTES SUIVANTES PERMETTRAIT DE RÉDUIRE LA PORTÉE DE CES RISQUES	53
5	RAPPEL DES RECOMMANDATIONS.....	56
5.1	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	56
5.2	RECOMMANDATIONS SUR LES ÉTUDES.....	57
5.3	RECOMMANDATIONS SUR LE PILOTAGE DES ÉTUDES	58
6	ANNEXES.....	59
	LETTRE DE MISSION	60
6.2	LA COMPARAISON DES TARIFS	62
6.2.1	<i>Les 10 tarifs les plus chers</i>	62
6.2.2	<i>Les 10 tarifs les moins chers</i>	63
6.2.3	<i>Les dix GHM pour lesquels les tarifs sont moins élevés dans le privé.....</i>	64
6.2.4	<i>Les 20 GHM qui contribuent le plus à l'écart de tarif public-privé, par ordre croissant.....</i>	65
6.2.5	<i>La dispersion du CA pour chaque secteur</i>	66
6.3	LA RENTABILITÉ FINANCIÈRE DES CLINIQUES	68
6.3.1	<i>Les données 2003.....</i>	68
6.3.2	<i>Les données 2004.....</i>	69
6.3.3	<i>Les données 2005.....</i>	70
6.4	RENTABILITÉ ÉCONOMIQUE ET RENTABILITÉ FINANCIÈRE	70
6.5	L'HÉTÉROGÉNÉITÉ INTRA-GHM DU CASE-MIX FRANÇAIS	72
6.5.1	<i>Les groupes homogènes de malades sont inégalement homogènes.....</i>	72
6.5.2	<i>Le processus de convergence et la T2A amplifient la question de l'hétérogénéité des séjours au sein d'un même GHS.....</i>	73
6.5.3	<i>L'ATIH a précisé l'importance de l'hétérogénéité des GHM dans les différences entre secteurs public et privé et a encore contribué à la réduire en créant une centaine de nouveaux GHM en version 10.....</i>	75
6.6	LA MESURE DE LA PRÉCARITÉ DANS L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	77
6.6.1	<i>Les données internationales témoignent d'un effet de la précarité sur la durée de prise en charge des patients hospitalisés</i>	77
6.6.2	<i>Les études sur le lien précarité et recours aux soins en hospitalisation</i>	77
6.6.3	<i>Les coûts des séjours des patients en situation de précarité seraient accrus de 30% environ en raison de séjours en hospitalisation plus longs en France.....</i>	78
6.6.4	<i>L'incidence de la précarité sur l'augmentation des coûts des séjours reste à évaluer précisément.....</i>	80
6.6.5	<i>L'accroissement des durées de séjour peut répondre également à des raisons propres à l'établissement.....</i>	81
6.7	PROGRAMMATION ET NON PROGRAMMATION.....	82
6.7.1	<i>Les différents actes et pathologies composant un même GHM peuvent relever ou non d'une programmation, celle ci diffère entre le public et le privé</i>	82
6.7.2	<i>Une étude ponctuelle réalisée à Strasbourg établit un surcoût des hospitalisations non programmées.....</i>	82
6.7.3	<i>Le concept programmé/non programmé n'est pas stabilisé.....</i>	85
6.7.4	<i>Une programmation accrue mais mal maîtrisée pourrait accroître les difficultés</i>	87
6.8	UNE APPROCHE INDIRECTE DE LA QUALITÉ DES SOINS SELON LES SECTEURS D'HOSPITALISATION	89
6.8.1	<i>L'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS).....</i>	89
6.8.2	<i>L'enquête SOFRES 2004 sur l'opinion des français sur le système de soins hospitalier public et privé</i>	90
6.8.3	<i>Les résultats intermédiaires de la HAS sur le processus d'accréditation</i>	91

6.9	MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET CONVERGENCE	92
6.9.1	<i>Le financement via les GHS est complété par d'autres enveloppes proportionnelles à l'activité basée sur le PMSI ou pas, ou uniquement forfaitaires : les MIGAC.....</i>	92
6.9.2	<i>L'articulation entre financement à l'activité et MIGAC</i>	92
6.9.3	<i>La prise en compte des fonctions de recours hyperspécialisé est pour l'essentiel couverte par les MERRI</i>	93
6.9.4	<i>Les créances irrécouvrables et l'accompagnement social</i>	94
6.9.5	<i>La permanence de soins</i>	95
6.10	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	96

Introduction

Par lettre du 22 juillet 2005, le ministre de la santé et des solidarités a demandé à la chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission d'appui sur la convergence tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé.

Les travaux à conduire pour aboutir sont complexes et mobilisent de nombreux intervenants. Il est demandé à la mission d'éclairer les travaux en cours sur les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics¹.

La chef de l'IGAS a désigné pour effectuer cette mission madame Stéphanie SEYDOUX, monsieur le Dr Pierre ABALLEA et monsieur Pierre-Louis BRAS, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

La mission s'est déroulée du 15 septembre au 15 janvier 2006. Les trois membres de la mission ont rencontré les principaux intervenants partie prenante de ce dossier²: direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, fédérations hospitalières publique et privées, agence technique de l'information hospitalière et mission T2A. Ils ont entendu le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la mission T2A, la mission d'expertise et d'audit hospitaliers. Ils ont enfin interrogé la haute autorité en santé, la caisse nationale d'assurance maladie pour les travailleurs salariés et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

La mission a diffusé deux documents de travail en novembre et décembre aux différents intervenants dans une volonté de contribuer à un processus en cours d'élaboration. Le premier a porté notamment sur la problématique générale de la convergence et le second sur les études complémentaires à conduire pour éclairer les écarts de coûts entre les deux secteurs.

Les principales conclusions de ce rapport final reprennent et complètent ces documents.

- La première partie actualise les mesures d'écart tarifaire à partir des données 2004 et 2005. Elle a été conduite par Stéphanie SEYDOUX et Pierre-Louis BRAS avec l'appui statistique de Mme Liliane SALZBERG, chargée de mission à l'IGAS.
- La seconde partie proposée par Pierre-Louis BRAS détaille la problématique générale de la convergence,
- La troisième partie du rapport établie par Pierre ABALLEA liste les facteurs potentiels d'écarts de coûts. Un tableau récapitulatif des recommandations et études proposées est joint en synthèse.
- La quatrième et dernière partie réalisée par Stéphanie SEYDOUX analyse le pilotage général du dossier des études sur la convergence par la DHOS.

¹ Cf. lettre de mission en annexe

² Cf. liste des personnes rencontrées en annexe

1 Données actualisées sur les écarts de tarifs

1.1 Poids comparé des secteurs public et privé et enjeu de la convergence

D'après le dernier décompte disponible³, il existe en France 2919 établissements hospitaliers publics et privés. La définition des secteurs privé et public retenue au long de ce rapport est celle des Comptes de la santé, qui les distingue suivant le critère du mode de financement. Le secteur public est ainsi composé des établissements publics hospitaliers et de tous les établissements privés antérieurement financés par la dotation globale (parmi lesquels la quasi-totalité des établissements non lucratifs, qu'ils participent ou non au service public hospitalier – PSPH), soit au total 1757 entités. Le secteur privé est constitué de l'ensemble des autres établissements, financés antérieurement hors dotation globale, essentiellement par un tarif de prestations fixé dans le cadre de l'ex-objectif quantifié national (OQN), soit 1 162 établissements. Ainsi, parmi les 1922 établissements de statut juridique privé, 760 sont considérés comme faisant partie du secteur public, les 1162 autres (parmi lesquels une très grande majorité d'établissements à but lucratif ou cliniques) composent le secteur privé.

Avec 60% des établissements, le secteur public dispose de 80% de la capacité d'accueil : 38500 places contre 9 700 pour le privé, sur un total de 48 200. S'agissant des quelques 160 500 personnels médicaux⁴ employés dans les deux secteurs, 72% le sont par le secteur public et 28% par le secteur privé. Les sages-femmes et personnels non médicaux⁵ relèvent à hauteur de 87% (808 000) du secteur public et de 13% du secteur privé.

Le budget des dépenses totales pour l'ensemble du secteur hospitalier s'est élevé à 64,3 milliards d'€⁶ en 2004, ce qui représente 44% de la consommation globale de soins et de biens médicaux. En 2004, la part du secteur public représente près de 78% (50 milliards d'€), celle du privé 22% (plus de 14 milliards d'€)⁷.

L'objectif de dépenses d'assurance maladie pour 2005 s'établissait à 60 milliards d'€, dont 50,1 milliards pour le public et 9,9 milliards pour le privé.

Sur ce total, l'objectif de dépense dans le secteur de soins médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) s'établissait à presque 39 milliards d'€ au total, soit 30,2 milliards € pour le public, et 8,2 milliards pour le privé⁸. Au sein de cet objectif (ODMCO), la part relative à l'activité s'élevait à 28,8 milliards d'euros pour le public (dont 25% tarifé à l'activité) et 6,8 milliards pour le privé⁹.

Sur ces bases, dans l'hypothèse d'une tarification à l'activité de 100%, l'enjeu d'une hausse de 1% des tarifs serait de 290 M € pour le public, et de 68 M € dans le privé.

³ Données de 2003 - Annexe 1b au PLFSS 2006

⁴ médecins, odontologistes, pharmaciens, internes et faisant fonction

⁵ personnels administratifs, infirmiers, éducatifs, techniques

⁶ hors financement des soins de longue durée (1,2 milliards d'€), figurant à partir de 2004 parmi les dépenses d'action sociale

⁷ Comptes nationaux de la santé 2004 (juillet 2005)

⁸ Il s'agit des montants tels qu'effectivement remboursés par l'assurance maladie : hors honoraires des médecins pour le privé, et y compris consultations pour le public.

⁹ cf. rapport IGAS/IGF sur le pilotage des dépenses hospitalières – juillet 2005 (tome 3/5 PJ n°4)

1.2 Les écarts de tarifs : comparaisons à partir des données disponibles

La comparaison des coûts des deux secteurs n'étant pas encore possible, faute d'éléments, au moins est-il intéressant, dans la perspective de la mise en œuvre de la convergence tarifaire, de comparer les tarifs existants, et ce même si ces derniers ont été conçus selon des logiques distinctes.

Le codage des séjours hospitaliers fonctionne par regroupement des patients en séjours homogènes d'un point de vue médico-économique. Les groupes homogènes de malades (GHM) sont établis à partir d'une même classification.

En revanche, le financement des séjours – que matérialise la transition des GHM en groupes homogènes de séjours (GHS)- se fonde sur une échelle nationale des coûts¹⁰ pour le public et d'une échelle nationale des prix constatés¹¹ pour le privé. A un même GHM correspondent donc aujourd'hui deux tarifs distincts l'un privé et l'autre public, construits selon des méthodologies différentes.

1.2.1 Les données disponibles

En l'absence d'études disponibles sur le sujet, la mission a demandé à la DHOS communication de plusieurs données. Les bureaux F1 – études et synthèses financières relatives aux activités de soins – et F3 - financement de l'hospitalisation privée - ont pu en fournir certaines (source ATIH). Les données relatives au nombre de séjours par GHM ont été fournies directement par l'ATIH.

L'analyse porte sur 656 GHM¹² (sur les 699 existants): ont été écartés les GHM sans tarifs (CMD 90), ceux non réalisés par le privé (radiothérapie, dialyse, greffes et transplantations), de même que la CMD 15 (périnatalité)¹³. La mission a utilisé les données suivantes, fournies pour les 656 GHM considérés, pour le secteur public et pour le secteur privé :

- Tarifs 2005 ;
- Nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA) 2004, rendant compte du nombre de séjours par GHM ;
- Durée moyenne de séjour (DMS) et nombre de journées ;
- Age moyen des patients reçus, par GHM.

La part (ou le chiffre d'affaire) par GHM et par secteur a été calculée en multipliant le tarif de chaque GHM par le nombre de RSA correspondant. Il est au total de 21,8 milliards d'euros pour le secteur public et de 7,8 milliards d'euros pour le secteur privé¹⁴.

¹⁰ Les tarifs publics sont établis à partir des coûts observés par GHS dans un échantillon de 50 établissements de santé publics (échelle de coûts).

¹¹ Les tarifs privés sont établis à partir de la moyenne des tarifs versés par GHS par l'Assurance maladie, observée dans une base nationale de données construite à partir des bordereaux de facturation dits « 615 » (échelle de tarifs).

¹² La base disponible comportait 657 GHM, mais un GHM n'a pu être pris en compte en raison de données incomplètes (n°24K01Z - Greffes d'organes : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 27)

¹³ Les tarifs du secteur privé pour cette CMD étant construits en référence à ceux du public.

¹⁴ Les divergences de ce chiffre avec les volumes de l'ODMCO 2005 s'expliquent par au moins trois facteurs : l'ODMCO s'appuie sur l'activité prévisionnelle en 2004 alors que nous avons utilisé l'activité réalisée ; surtout, l'ODMCO inclut la part assurance maladie à la charge de l'assuré ; enfin, notre étude ne porte que sur le CA de 656 GHM et non sur la totalité du volume d'activité.

Certaines données demandées n'étaient pas disponibles en temps utile, notamment la part du coût des médecins ou des prestations de radiologie et biologie dans l'échelle nationale des coûts (ENC) publique, et par extension dans les tarifs publics.

Les tarifs étudiés sont des tarifs hors coût des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables (MO-DMI). Or la liste des DMI est différente pour le public et le privé. Il s'agit là d'un premier élément d'hétérogénéité dans les prestations facturées. Cet élément peut peser d'un poids important compte tenu de la part que représentent les MODMI dans l'activité des deux secteurs.

1.2.2 Un exercice visant à cerner des ordres de grandeur dans les écarts de tarifs

La mission a cherché à identifier et qualifier les écarts existants entre les tarifs des deux secteurs, et si possible de dégager d'éventuelles corrélations entre ces écarts et certaines variables (âge et durée moyenne de séjour), à partir des données obtenues, analysables malgré quelques limites : tarifs fixés selon des démarches différentes (échelle nationale de coûts – ENC- pour le public, tarifs historiques pour le privé) ; données non contemporaines (tarifs de 2005 ; DMS et nombre de séjours de 2004). Pour rapprocher les tarifs privés des tarifs publics des tarifs privés « complets » ont été reconstitués : au tarif médical connu par GHM ont donc été rajoutés la part des honoraires hors dépassements des médecins et celle des prestations de radiologie et biologie.

La mise en relation de ces données est intéressante dans la mesure où elle permet de cerner des ordres de grandeur. La mission est consciente de réaliser cette comparaison alors même que les prestations facturées ne sont pas totalement homogènes, et que les éventuels surcoûts de tel ou tel secteur, résultat de contraintes exogènes justifiant des écarts de tarifs, n'ont pas été évalués. C'est tout l'objet des études en cours sur la convergence que d'expliquer ces surcoûts (parties 2 et 3). Une comparaison brute des tarifs permet toutefois d'éclairer l'enjeu de la convergence. A partir de l'écart brut, tel qu'évalué dans ce rapport, il conviendra d'apprécier la part d'écart justifiée, et celle qui relève d'un différentiel d'efficacité entre les deux secteurs. Les constats présentés ici sont en tout état de cause des constats préliminaires, à tester le cas échéant par les études et travaux menés sous l'égide de la DHOS, notamment ceux portant sur les échelles de coûts.

1.3 Les résultats

1.3.1 Comparaison des tarifs existants du secteur public et du secteur privé

La mission a comparé les tarifs 2005 des deux secteurs pour mettre en évidence et caractériser les écarts existant entre eux.

1.3.1.1 L'écart de tarif pondéré fait apparaître des tarifs publics 1,8 fois supérieurs aux tarifs privés

Tableau 1. Comparaison des tarifs et des écarts tarifaires moyens publics privés en 2005

	Non pondéré par la part de chaque GHM dans le chiffre d'affaires global du secteur	Pondéré par la part de chaque GHM dans le chiffre d'affaires global du secteur
Tarif moyen <i>public</i> (somme des tarifs publics des 656 GHM / 656)	4 069 €	4 247 €
Tarif moyen <i>privé</i> (somme des tarifs privés des 656 GHM / 656)	2 111 €	2 068 €
Ecart moyen (tarifs moyens publics – tarifs moyens privés)	1 958 €	2 179 €
Ecart moyen exprimé en % de la somme des tarifs publics (tarifs publics – tarifs privés / tarifs publics)	48%	
Ecart moyen exprimé en % de la somme des tarifs privés (tarifs publics – tarifs privés / tarifs privés)	93%	

Sources DHOS – traitement IGAS

L'*écart de tarif moyen* (public – privé), qui s'élève à 1958 €, révèle des tarifs publics égaux en moyenne à 1,93 fois le tarif privé. Toutefois, le raisonnement sur la moyenne manque de pertinence car il ne permet pas de tenir compte du poids réel des GHM (le chiffre d'affaire public le plus faible pour un GHM s'élève à 0,08 M€, quand le plus élevé atteint 814 M€).

La pondération des écarts de tarif par la part dans le chiffre d'affaires (CA = nombre de RSA * tarif) permet une comparaison plus juste. Pour chaque GHM, l'écart de tarif (tarif public – tarif privé / tarif public) a été multiplié par le chiffre d'affaires réalisé par ce GHM (tarif du GHM * nombre de RSA public du GHM) rapporté au chiffre d'affaires global du secteur public. Cette pondération permet d'apprécier la part de chaque GHM dans l'activité du secteur public et donc de mettre en évidence l'évolution des budgets publics nécessaire en cas d'alignement des tarifs publics sur les tarifs privés¹⁵.

La somme de ces écarts constitue l'*écart de tarif moyen pondéré*. Après pondération, les tarifs privés n'apparaissent plus que de 41% inférieurs à ceux du public. **Les tarifs publics sont quant à eux supérieurs de 81% à ceux du privé.**

Tableau 2. Ecart moyen pondéré par le chiffre d'affaire

Ecart moyen pondéré rapporté au tarif public Somme des écarts de tarifs (public – privé / tarif public) de chaque GHM * CA du GHM / CA public total	41 %
Ecart moyen pondéré rapporté au tarif privé Somme des écarts de tarifs (public – privé / tarif privé) de chaque GHM * CA du GHM / CA public total	81%

Sources DHOS – traitement IGAS

- ➔ Sur ces bases, la réduction des tarifs publics nécessaire à la convergence totale (entendue comme une convergence « vers le bas ») des tarifs serait de 41% en moyenne ;
- ➔ Sur la base de la structure d'activité (*casemix*) publique, l'augmentation des tarifs du privé pour un alignement sur ceux du public serait de 81%.

¹⁵ selon la formule (T=tarif et A=activité): écart moyen =
$$\sum_{i=1}^{656} \left[\frac{T_{GHM_i \text{ public}} - T_{GHM_i \text{ privé}}}{T_{GHM_i \text{ public}}} \times \frac{A_{GHM_i \text{ public}}}{A_{GHM \text{ public}}} \right]$$

Il est entendu qu'il s'agit là du cas de figure hypothétique d'une convergence totale, qui ne préjuge pas de l'écart de tarif sur lequel portera effectivement la convergence, une fois apportée la garantie d'une part que les prestations considérées sont homogènes et d'autre part, qu'il n'y a pas de différence dans la nature des charges.

NB : Si l'on applique les mêmes calculs en excluant de la base des GHM ceux de la CM 24 (séjours de moins de 48 heures), les tarifs privés apparaissent de 45% inférieurs à ceux du public.

Tableau 3. Ecart des tarifs hors CM 24

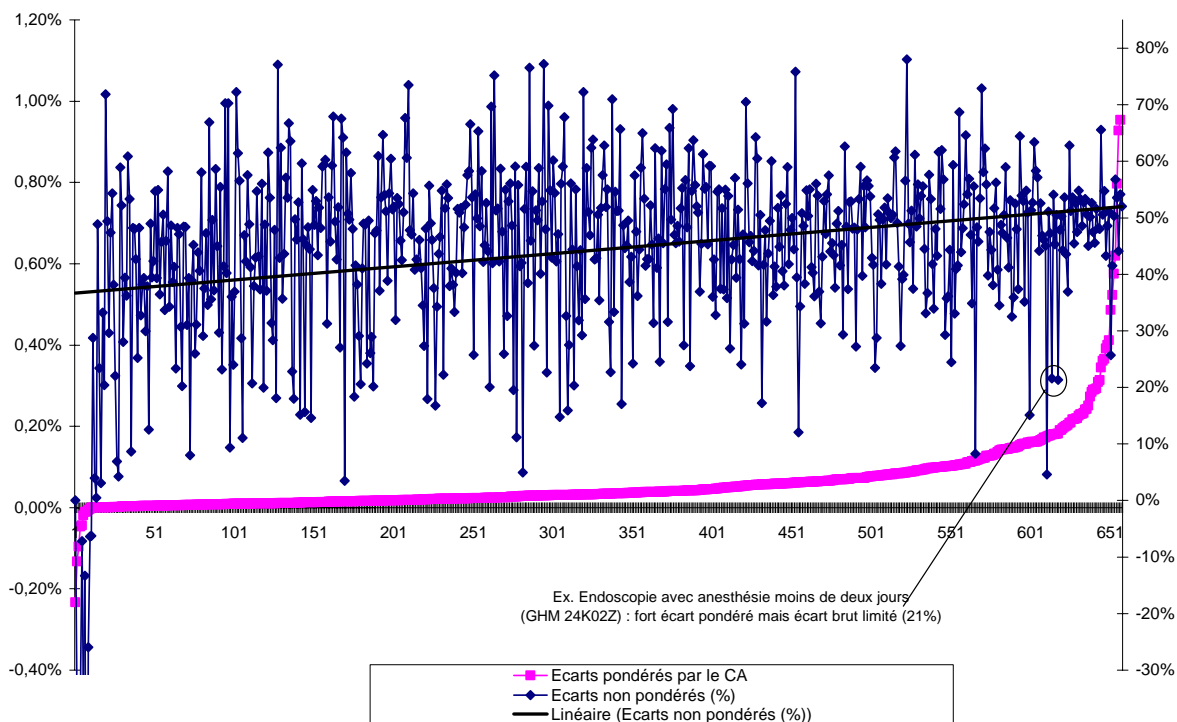
Ecart moyen exprimé en % de la somme des tarifs publics (tarifs publics – tarifs privés / tarifs publics) <i>non pondéré</i>	49%
Ecart moyen <i>pondéré</i> rapporté au tarif public Somme des écarts de tarifs (public – privé / tarif public) de chaque GHM * CA du GHM / CA public total	45 %
Ecart moyen <i>pondéré</i> rapporté au tarif privé Somme des écarts de tarifs (public – privé / tarif privé) de chaque GHM * CA du GHM / CA public total	82%

Sources DHOS – traitement IGAS

1.3.1.2 Les échelles de tarifs sont globalement homogènes

La corrélation entre l'échelle de tarifs publics et l'échelle de tarifs privés est forte : coefficient de 0,88. Tout en se situant à des niveaux différents, les tarifs du secteur public et les tarifs du secteur privé évoluent donc dans l'ensemble de manière similaire et les écarts qui les séparent sont globalement homogènes. Pour une grande majorité des GHM, les écarts pondérés entre tarifs public et privé restent faibles, comme l'illustre la figure suivante. Cette dernière, qui recense les GHM classés par écart tarifaire pondéré croissant, fait également apparaître que même les écarts pondérés très importants ne correspondant pas nécessairement à un écart non pondéré très élevé. Ainsi, certains écarts de tarifs qui pèsent lourdement dans le CA ne reposent que sur un écart tarifaire unitaire très limité.

Figure 1. Dispersion des écarts tarifaires public et privé, non pondérés (échelle de droite) et pondérés par le CA (échelle de gauche) en 2005 classés par écarts tarifaires croissants



Source : DHOS, traitement IGAS

Seuls 10 GHM présentent des tarifs plus élevés dans le privé que dans le public¹⁶. Ces écarts restent inférieurs à la moyenne des écarts. Ils concernent essentiellement des GHM de la CMD 05 (affections de l'appareil circulatoire) et de la CMD 24 (séances et séjours de moins de 24heures).

1.3.2 Comparaison des durées moyennes de séjour – corrélation avec les écarts de tarifs

1.3.2.1 La durée moyenne de séjour est supérieure de plus de 3 jours dans le public

La durée moyenne de séjour (DMS) moyenne, non pondérée, estimée sur 562 GHM hors séjours de moins de 48 heures (CM 24) est de 9,57 jours dans le secteur public et de 7,91 jours dans le privé, soit un écart de 17%.

Lorsque l'on pondère ces données afin d'obtenir des valeurs plus significatives, la DMS reste supérieure dans le public. La pondération par la part de chaque GHM dans le chiffre d'affaire global fait plus que doubler l'écart entre les secteurs qui passe à 3,26 jours, les DMS se situant à 10,5 jours pour le public et 7,24 jours pour le privé¹⁷. Une expertise complémentaire devrait donc en tout état de cause être menée pour établir si l'écart de DMS constitue une variable explicative réellement significative des écarts de tarifs.

¹⁶ Voir liste en annexe

¹⁷ La mission aboutit à un résultat apparemment contradictoire avec celui de l'étude menée par A. Patris sur le même sujet, qui fait apparaître que la différence de DMS entre public et privé s'efface avec l'introduction de variables complémentaires telles que : diagnostic principal, mode de sortie, actes classants (voir annexe 6.5)

Tableau 4. Durées moyennes de séjours en 2004, brute et pondérées par le CA dans les secteurs public et privé

	<i>Données 2004 (journées)</i>			Ecart /public
	Secteur public	Secteur privé	Ecart (public-privé)	
DMS moyenne	9,57	7,91	1,66	17%
DMS moyenne pondérée par le poids du GHM dans le CA	10,5	7,24	3,26	31%

Sources DHOS – traitement IGAS

La comparaison entre la moyenne non pondérée et la moyenne pondérée par la part de chaque GHM dans le CA tend à indiquer que les GHM pesant fortement dans le CA (ceux à tarif élevé et/ou forte activité) ont une durée de séjour plus longue dans le public que les GHM à fort CA dans le privé.

1.3.2.2 Les écarts de DMS apparaissent correctement corrélés avec les écarts de tarifs, les DMS et les tarifs publics sont nettement corrélés contrairement au privé

Le coefficient de corrélation entre les écarts de DMS et les écarts de tarifs est de 0,70, établissant une relation intéressante entre la durée moyenne de séjour et les écarts de tarifs.

En revanche, si une corrélation étroite existe pour chaque GHM au sein du secteur public entre son tarif et sa DMS (0,90), ce lien est sensiblement moins fort dans le cas du privé (0,65). En d'autres termes, les tarifs publics tendent à être d'autant plus élevés que la DMS est longue et inversement, alors que cela s'avère beaucoup moins systématique dans le privé. On peut y voir l'effet de la méthode analytique servant de base à la fixation des tarifs publics, qui répartit les charges des personnels non médicaux en fonction des DMS.

1.3.3 Comparaison de l'âge moyen des patients – corrélation avec les écarts de tarifs

1.3.3.1 L'âge moyen est le même dans les deux secteurs

La moyenne d'âge, non pondérée, des patients¹⁸ dans chaque secteur est de 50,12 ans dans le secteur public et de 54,66 dans le privé, soit un écart de 4,54 ans.

La pondération par la part de chaque GHM dans le chiffre d'affaire global diminue toutefois sensiblement cet écart au point de l'annuler pratiquement, tout en faisant augmenter les moyennes d'âge qui s'élèvent à 55,83 ans pour le public et 55,87 ans pour le privé. Il apparaît ainsi qu'après pondération par le chiffre d'affaires, le secteur public n'accueillerait pas des patients plus âgés que le secteur privé. Or certaines études montrent que les coûts de traitement croissent régulièrement avec l'âge. Si l'estimation précédente était confirmée, il n'y aurait pas de facteur de surcoût lié à l'âge entre les secteurs. Il convient de noter que l'écart type au sein des séries d'âge moyen de chacun des secteurs est proche : la dispersion des âges moyens par GHM autour de la moyenne dans les deux secteurs est donc comparable.

¹⁸ Non compris les nouveau-nés, la CMD 15 (périnatalité) ayant été exclue de l'étude.

Tableau 5. Age moyen brut et pondéré par le CA dans les secteurs public et privé

	<i>Données 2004 (années)</i>			Ecart /public
	Secteur pu- blic	Secteur pri- vé	Ecart (public- privé)	
Age moyen	50,12	54,66	4,54	9%
Age moyen pondéré par CA	55,83	55,87	0,04	0,00%
Ecart-type au sein de la série « âge moyen » pour chaque secteur	19,1	18,4		

Sources DHOS – traitement IGAS

1.3.3.2 La corrélation entre les écarts d'âge et les écarts de tarifs est nulle

La corrélation entre les écarts d'âge et les écarts de tarifs est de 0,02, soit inexistante. Il n'y a pas de lien entre les écarts d'âge moyen et les écarts de tarifs.

Par ailleurs, la corrélation est faible mais pas inexistante pour chaque GHM entre son tarif et sa moyenne d'âge, au sein du secteur public (0,22), comme dans le secteur privé (0,16). En d'autres termes, dans un cas comme dans l'autre, l'incidence éventuelle de l'âge des patients n'est pas déterminante dans les tarifs, ou dit autrement : un GHM à la moyenne d'âge élevée, ne coûte pas plus cher qu'un GHM «jeune ».

2 Convergence public/privé : problématique générale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 au 5° de son article 17 complète l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 par un VII qui prescrit : "Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevée, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50% en 2008".

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 portait une modification de cet article supprimant l'objectif intermédiaire de 50% en 2008. Les travaux parlementaires ont réintroduit cet objectif.

Les dispositions législatives prescrivent donc une convergence des tarifs privés et publics qui doit s'achever en 2012 et atteindre 50% en 2008. Cette convergence doit s'opérer "dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs".

Le texte législatif ne précise pas les modalités de la convergence. Il doit, a priori, s'entendre comme exprimant la volonté de tarifier de manière homogène des prestations semblables d'où la nécessité de vérifier que les GHS recouvrent des réalités similaires dans les secteurs public et privé. Il ouvre par ailleurs la possibilité d'écarts de tarifs liés à la "différence dans la nature des charges" sans que la nature de ces "différences" ne soit précisée. Il n'indique pas enfin le sens de la convergence : vers le plus efficient, vers le moins efficient ou vers une cible intermédiaire.

2.1 La convergence ne peut se justifier que si elle s'opère vers le "plus efficient".

Si la loi ne précise pas le sens de la convergence une option a été prise, de fait, pour la fixation des tarifs 2005.

Le mode de fixation des tarifs a, en effet, obéi en 2005 à la séquence suivante : détermination d'une enveloppe globale au titre de l'activité pour les hôpitaux publics et les cliniques ; définition de prévisions de volumes pour les deux secteurs ; à partir des prévisions de volume et du niveau des enveloppes, fixation d'un taux d'évolution des tarifs ; différenciation du taux d'évolution des tarifs entre cliniques et hôpitaux au profit des cliniques (écart de 1,29 % sur les taux d'évolution des tarifs¹⁹ soit "un transfert" de 35 M€ vers les cliniques²⁰).

Cette description simplifiée des modalités de fixation du taux d'évolution des tarifs pour 2005 en révèle l'hypothèse sous-jacente : les cliniques sont le secteur le plus efficient. Il est très probable que cette hypothèse soit valide compte tenu de l'écart important de tarifs constatés actuellement (en moyenne 41 %). Toutefois, en toute rigueur, il est, aujourd'hui, impossible de conclure avec certitude, si ce n'est sur le sens, du moins sur l'ampleur, des écarts de tarif résiduels²¹ entre privé et public. Cet écart de tarif résiduel, assimilable à un écart d'efficience, ne pourra être évalué que lorsque tous les facteurs d'écart de coût auront été analysés et que l'on aura distingué d'une part ceux qui relèvent de la gestion des établissements et d'autre part ceux qui s'expliquent par des différences dans "la nature des charges" ou des prestations produites. Nous retiendrons toutefois, dans la suite du rapport, l'hypothèse utilisée pour 2005 et considérerons que les cliniques privées sont le secteur le "plus efficient".

Les modalités de fixation des tarifs pour 2005 révèlent également que la convergence s'est effectuée vers la moyenne (ce qui est perdu par l'un, l'hôpital public, est gagné par l'autre les cliniques) et non vers le plus efficient²². Cette option nous paraît contestable tant sur le principe qu'au regard des risques inflationnistes qu'elle comporte.

Sur le principe, les cliniques privées bénéficient d'une hausse de tarifs qui n'est pas calibrée en fonction de leur situation propre mais à partir de "l'inefficience" postulée des hôpitaux publics. Si l'on voulait faire image, cette pratique pourrait être comparée à celle d'un acheteur public qui, confronté à deux offres de même qualité, augmenterait le prix du moins disant en fonction de l'écart qui le sépare de l'offre la plus chère. Il est clair qu'une telle attitude ne saurait être approuvée. L'invocation d'un objectif d'équité ne peut justifier ce mode de fixation des tarifs ; l'équité, si tant est que cette notion appliquée à deux secteurs d'activité ait un sens²³, ne saurait prévaloir sur l'objectif d'une gestion rigoureuse des deniers publics.

Contestable sur le principe, cette option l'est également au regard des risques inflationnistes qu'elle comporte. A priori, les sommes attribuées par le biais de la convergence vers la moyenne aux cliniques ont vocation à être récupérées sur les hôpitaux publics. Toutefois, l'on sait, d'ores et déjà, qu'il est difficile d'obtenir des hôpitaux publics perdants à la T2A qu'ils effectuent les gains d'efficience exigés par la montée en charge de la tarification à l'activité au sein du secteur public²⁴. Il est donc illusoire de considérer que les hausses de tarifs des cliniques seront compensées par des "économies" sur le secteur public. Une note de la DHOS d'octobre 2004 permet de mesurer l'ampleur de ce risque inflationniste : une convergence vers la moyenne suppose, sur la base des écarts de tarifs alors constatés, un transfert de 3 Md€ du secteur public vers le secteur privé.

Pour justifier cette convergence vers la moyenne, il est parfois avancé qu'une convergence vers le plus efficient conduirait à demander des efforts de productivité trop importants à l'hôpital public. Cette justification ne peut être accueillie. Tout d'abord, on ne peut préjuger que

¹⁹ Après arbitrage sur l'évolution des volumes, l'augmentation moyenne possibles des tarifs était de 0,78 %, la mise en oeuvre de la convergence a conduit à retenir un taux de 0,27 % pour le secteur ex-DG et de 1,56 % (1,3 % rapporté à l'année 2005 du fait d'une prise d'effet des hausses cliniques au 1^{er} mars) pour le secteur ex-OQN. L'écart global d'évolution moyenne des tarifs est toutefois plus important du fait de mesures spécifiques au secteur privé qui portent le taux d'évolution moyen du secteur ex-OQN à 1,98 % (1,65 % rapporté à l'année) soit un écart de 1,51 %

²⁰ Le conseil de l'hospitalisation avait proposé de limiter à 20 M€ le transfert au titre la convergence tarifaire intersectorielle (cf. recommandations n° 2005-10 en date du 10 février 2005)

²¹ Dans la suite du rapport, nous désignerons par écart de tarif résiduel, l'écart de tarif qui subsistera lorsqu'il aura été établi que les prestations tarifées sont homogènes ou que l'on se sera donné les moyens d'assurer cette homogénéité et lorsque auront été prises en compte les éventuelles "différences dans la nature des charges" qui pourraient justifier des "sur tarifs".

²² L'enjeu de la convergence est au contraire que les "économies" réalisées grâce aux progrès d'efficience du moins performant reviennent à la collectivité.

²³ Sur l'équité entendue comme homogénéisation des rémunérations entre les deux secteurs, cf. Infra le point 6.1.

²⁴ Cf. IGAS, IGF, "Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières", juillet 2005.

l'effort est trop important tant que l'on ne connaît pas les écarts de tarifs résiduels. De plus, alors qu'elle est censée favoriser l'efficacité, la convergence devient paradoxalement, si l'on admet cette justification, un moyen d'atténuer le degré d'exigence que l'on peut faire valoir vis à vis du secteur moins efficace. Cette tentative de justification montre l'aspect doublement inflationniste d'une convergence vers la moyenne : dépenses indues dans le secteur des cliniques, réduction des exigences que l'on peut faire valoir à l'égard du secteur public. Si les efforts à demander au secteur public s'avèrent très (trop) importants, il convient de les étaler dans le temps plutôt que de les réduire artificiellement par une convergence vers la moyenne.

Enfin, la convergence vers la moyenne semble être motivée par la volonté de réduire les contraintes que la convergence des tarifs au sein du secteur privé fait peser sur certains établissements de ce secteur. Ainsi, dans sa recommandation n°2005-10, le conseil de l'hospitalisation indique qu'une enveloppe de 20 M€ au titre de la convergence intersectorielle "apparaît suffisante pour permettre d'amorcer le processus de convergence et de neutraliser les effets négatifs de la convergence interne au secteur privé". Le dernier membre de phrase introduit un lien que rien ne peut justifier²⁵ et qui ne ressort pas des objectifs affichés²⁶ du processus de convergence. Si la convergence interne au privé a des effets négatifs, il faut, comme évoqué précédemment pour le secteur public, l'étaler dans le temps. Il n'y a aucune raison qu'elle soit financée par la convergence public/privé et cela d'autant plus que ce financement risque d'être un leurre dans la mesure où rien ne garantit que le secteur public réalisera les efforts attendus.

Recommandation générale 1 Au total, même si le législateur n'a pas précisé ses intentions quant au sens de la convergence, les exigences de bonne gestion des deniers publics conduisent à considérer qu'elle doit s'opérer par un alignement progressif sur le plus efficace et non vers la moyenne.

La convergence doit être mise au service de l'efficacité globale ; elle n'est qu'un moyen pour stimuler la recherche d'efficacité en faisant des organisations les plus performantes, dans le respect de standards stricts de qualité, des références pour l'ensemble des institutions hospitalières.

Si la convergence est conçue comme convergence vers le plus efficace, les cliniques n'ont plus un intérêt direct au processus. Le "désintéressement" des cliniques devrait favoriser une appréciation plus sereine de la question du calendrier.

²⁵ On comprend difficilement pourquoi les exigences en matière d'efficacité à l'égard des hôpitaux publics devraient dépendre de l'ampleur des écarts de tarifs au sein des cliniques privées et des modalités de réduction de ces écarts. Des dispositions spécifiques ont été prises pour pallier les "effets négatifs" de la convergence au sein du secteur privé. Ainsi, il est prévu que sa mise en oeuvre sera étalée jusqu'en 2012. De plus, pour l'année 2005, un dispositif, s'appuyant sur des subventions du FMESPP, a été mis en place, par une circulaire du 23 août 2005, pour garantir aux cliniques pénalisées par le processus de convergence une augmentation minimale des tarifs de 0,93 %.

²⁶ Il ne ressort pas des travaux parlementaires qu'un lien ait été introduit entre les deux questions. La démarche qui a conduit le conseil de l'hospitalisation à introduire un tel lien n'est pas explicitée.

2.2 La convergence rend nécessaire une refonte des modalités de détermination du taux d'évolution des tarifs privés et publics.

2.2.1 *Le conseil de l'hospitalisation doit se doter d'une doctrine pour la fixation du taux moyen d'évolution des tarifs des cliniques*²⁷.

Dès lors que la convergence s'effectue vers le plus efficient, soit par hypothèse vers les cliniques privés, la fixation du taux moyen d'évolution des tarifs des cliniques doit s'effectuer de manière autonome en fonction de la situation du secteur privé. La convergence exige de ne fixer qu'ensuite le taux d'évolution des tarifs publics en retenant, par hypothèse, un taux plus faible. L'écart entre les deux taux d'évolution (public et privé) est fonction du rythme souhaité et/ou possible de convergence et de l'écart résiduel entre les tarifs.

L'énoncé même de cette règle de détermination des évolutions des tarifs publics montre combien elle est en rupture avec les pratiques actuelles où la prise en compte des événements propres au secteur public (évolution du point fonction publique prévu, évolution du GVT...) est déterminante pour fixer les taux d'évolution des budgets publics. Il n'appartient pas à la mission d'apprécier si ce changement est possible et souhaitable, elle se bornera à constater qu'il constitue la conséquence logique du processus de convergence.

Dans ce contexte, le taux d'évolution des tarifs privés devient en quelque sorte un taux directeur -le taux d'évolution du public en dépend- et son mode de détermination n'en est que plus sensible.

Or, actuellement, le taux d'évolution des tarifs des cliniques n'est pas fixé à partir de la situation des cliniques. Conformément à la loi (cf. art. L 162-22-9 et suivants), des enveloppes, notamment une enveloppe consacrée à l'activité de soins MCO, sont définies à partir d'arbitrages de nature "budgétaire" qui ne sont encadrés par aucune règle de décision. A partir de cette enveloppe "soins", une évaluation des évolutions de volume conduit à définir, par solde, une évolution des tarifs.

L'évolution des tarifs des cliniques est ainsi la résultante d'un arbitrage budgétaire et n'obéit à aucune logique économique. Aucune règle explicite n'est affichée par le conseil de l'hospitalisation pour la détermination du taux d'évolution des tarifs des cliniques²⁸. Cette situation nous paraît dommageable. Il semble important que le "régulateur", en l'occurrence le conseil de l'hospitalisation, définisse explicitement sa politique à l'égard des tarifs des cliniques.

Un affichage clair par le régulateur des principes qui guident ses décisions nous paraît tout d'abord une garantie pour le régulé. Il bénéficie ainsi d'une visibilité sur l'avenir du secteur. Il peut apprécier et discuter les décisions du régulateur en fonction de la règle qui fonde son

²⁷ On se réfère à l'évolution moyenne des tarifs et non à l'évolution des tarifs de chaque GHS ; il est possible que pour certains GHS, affectés par des évolutions particulières de coûts, l'évolution du tarif ne soit pas conforme à l'évolution moyenne. Rappelons que les tarifs, même dans le public, ne sont pas fixés en fonction des coûts tels qu'ils résultent de l'ENC. L'échelle de coût ne sert qu'à calibrer les valeurs relatives de chaque GHS compte tenu d'une enveloppe globale de rémunération de l'activité de soins.

²⁸ Certaines notes font référence pour déterminer l'évolution des tarifs à l'évolution du coût des facteurs ; cette règle de décision n'est pas pertinente. Si on l'appliquait, le secteur accaparerait l'ensemble des gains de productivité. Par ailleurs, la loi fait des tarifs la résultante d'un arbitrage budgétaire sur les enveloppes.

action. Elle est également une protection pour le régulateur : être adossé à un principe de décision lui permet d'apprécier la pertinence au regard de ce principe soit des informations que lui apporte le régulé, soit des demandes ou des revendications qu'il fait valoir. L'affichage d'un principe de décision permet un contrôle externe sur les actions du régulateur. Son action peut être appréciée à l'aune d'un principe de gestion explicite²⁹ et évite les risques de collusion régulateur/régulé. L'affichage d'une règle de décision en rendant transparente les règles de décision permet un éventuel débat public et, notamment, un réel contrôle parlementaire tant sur les principes des décisions que sur leur mise en œuvre. Enfin la création d'un conseil de l'hospitalisation nous paraît renforcer l'exigence d'une règle de décision explicite afin que les débats au sein de cette instance puissent être ordonnés et ne pas se limiter aux conflits classiques entre administrations dépeniées et administrations "financières".

Le taux d'évolution des tarifs des cliniques devient, dans le cadre de la convergence, un taux directeur ; il n'en est que plus important que le conseil de l'hospitalisation définisse une doctrine explicite pour la définition de ce taux.

2.2.2 La fixation du tarif des cliniques doit viser à garantir une rentabilité raisonnable pour les entreprises les plus efficaces du secteur sans que pour autant se constituent des rentes.

La mission se propose de contribuer à l'établissement de cette doctrine de fixation des tarifs en examinant les objectifs que doit se donner le régulateur à l'égard du secteur des cliniques.

Dès lors que le secteur des cliniques privées est considéré comme une composante importante et pérenne de notre système de santé, le conseil de l'hospitalisation se doit de veiller à ce que celui-ci atteigne la meilleure efficacité possible. Dans le cadre d'un secteur privé où les acteurs sont motivés par des préoccupations de rentabilité, il est possible de faire l'hypothèse que les établissements sont "naturellement" incités à rechercher l'efficacité maximum³⁰.

Le régulateur doit donc s'assurer que le secteur des cliniques reste suffisamment attractif pour les investisseurs afin que ceux-ci continuent à assurer un flux d'investissement suffisant pour assurer la pérennité du secteur et le maintien de son efficacité. Toutefois le régulateur, gestionnaire de deniers publics, doit éviter d'offrir des "rentes" aux investisseurs.

Dans ce cadre d'objectifs, la règle de décision du régulateur doit être d'assurer une "rentabilité suffisante" pour les capitaux investis dans le secteur. Le niveau de "rentabilité suffisante" doit s'apprécier au regard de celle qu'offre les investissements sans risques soit les obligations d'Etat à long terme. Il convient d'y ajouter une "prime de risque" dont le niveau peut prêter à discussion. La FHP, elle-même, évoque sous forme "d'hypothèse à discuter", un taux de 1,5% ; ce qui paraît une prétention raisonnable³¹. Sur la base d'un taux des emprunts d'Etat à

²⁹ En ce sens l'exigence d'une règle de décision explicite nous paraît convergente avec les modes de gestion publique qu'entend promouvoir la LOLF. L'action des administrations de régulation et pas seulement des administrations de "production" doit pouvoir être appréciée.

³⁰ La crainte est parfois exprimée que les objectifs d'efficacité entrent, dans certains cas, en contradiction avec des objectifs de qualité. Notons qu'un établissement qui négligerait la qualité pour maximiser sa rentabilité s'exposerait à plus ou moins long terme à une sanction par le "marché". Par ailleurs, la recherche de la qualité ne peut être promue par la politique de tarification mais doit être garantie par les contrôles externes et, peut-être à terme, par des systèmes d'appréciation en routine des performances des établissements en matière de qualité.

³¹ Cf. le document de la FHP "Proposition de la FHP pour l'élaboration de l'ENC commune 2006", document diffusé dans le cadre du groupe de travail sur L'ENC commune 2006. On lit p. 4 du document : "Le taux de rendement moyen des emprunts d'Etat se constate purement et simplement. La prime de 1,5 points (hypothèse de travail à discuter) représenterait la prise en compte du "risque" pris par les apporteurs de capitaux".

10 ans autour de 3,5%, la rentabilité des capitaux propres des cliniques devrait s'élever actuellement à 5 %³².

Le taux de rentabilité financière (résultat net sur capitaux propres) devient alors la variable de contrôle de la pertinence de la politique de tarification³³.

Il est souvent avancé que la politique de régulation devrait reposer sur une pluralité d'objectifs et de critères. La mission considère qu'il convient d'affirmer une cible principale ; viser plusieurs cibles est la meilleure manière de n'en atteindre aucune. Multiplier les objectifs et les critères entretient la confusion sur la politique menée et interdit tout contrôle.

Ce taux de rentabilité financière doit être apprécié à partir des résultats, non de l'ensemble du secteur, mais de ses entreprises les plus performantes. Le régulateur ne peut en effet se donner pour objectif d'assurer la survie de toutes les entreprises mais doit favoriser leur restructuration pour améliorer l'efficacité globale³⁴. A cet égard, le taux de rentabilité financière des entreprises performantes du secteur (les 30 % les plus rentables) doit être privilégié dans l'appréciation de la rentabilité financière du secteur.

Un autre choix pourrait être proposé. Si l'on considère que la structure actuelle du secteur est satisfaisante et qu'il convient de la stabiliser, on s'appuiera sur les résultats non des entreprises les plus performantes (les 30% plus rentables) mais sur les résultats des moins performantes (les 30 % moins rentables). Ce choix peut être légitime mais il est moins porteur d'efficacité : il fait bénéficier les entreprises performantes d'un effet d'aubaine car les tarifs sont déterminés à partir des entreprises les moins rentables ; il ralentit la restructuration et la concentration³⁵ du secteur. En tout état de cause, la dispersion des niveaux de rentabilité est forte au sein du secteur des cliniques, l'adoption de telle ou telle posture n'est donc pas sans conséquences³⁶.

Elle l'est d'autant moins que l'affichage d'une option par le régulateur ne sera pas sans conséquence sur le comportement des acteurs.

Il appartient, en tout état de cause, au régulateur de trancher explicitement entre les deux options car il est de sa responsabilité de définir la "politique industrielle" qu'il entend conduire (incitation à la concentration managériale ou préservation de l'éparpillement actuel)³⁷.

Un mode de fixation des tarifs articulé à partir des résultats des entreprises performantes peut conduire à la mise en péril de certaines cliniques qui sont par ailleurs nécessaires à la bonne répartition de l'offre de soins. De telles difficultés ne doivent pas conduire à déroger à la règle générale mais à traiter spécifiquement les difficultés de ces établissements³⁸. Il convient en

³² Cf. annexe 6.3, les données disponibles sur la rentabilité financière.

³³ Et non le taux de rentabilité économique (qui désigne communément dans ce secteur le ratio RN /CA) souvent mis en avant mais qui n'a qu'une portée très limitée pour orienter les décisions d'investissement. Sur la justification de ce choix et sur les relations entre rentabilité financière et rentabilité économique cf. annexe 6.4.

³⁴ Le secteur est en effet émietté. Le premier groupe intégré réalise environ 10% de l'activité, les huit premiers groupes réalisent environ 25 % de l'activité.

³⁵ Par concentration, il ne faut pas entendre seulement concentration physique mais surtout concentration managériale par intégration à des groupes.

³⁶ Cf. annexe 6.3 qui fait apparaître les données disponibles sur les taux de rentabilité financières des cliniques.

³⁷ En l'absence de politique clairement définie, le mouvement de restructuration du secteur se poursuit sans que l'on sache s'il est subi ou souhaité.

³⁸ La mission a demandé à la DHOS une appréciation sur l'ampleur de ce type de difficultés, elle ne semble pas disponible. En fait, il semble que dès lors qu'une telle difficulté se présente, si la clinique n'est pas reprise par le secteur privé, les ARH assurent sa pérennité en l'intégrant au secteur public.

effet d'éviter que les problèmes de structures isolées ne soient mis en avant pour justifier des hausses de tarifs générales.

Il est souvent avancé que le taux de rentabilité financière est influencé par le levier d'endettement. Cela n'enlève rien à sa pertinence pour guider la politique de tarification. Si les cliniques parviennent à obtenir des ressources par emprunt au-delà des ratios classiques³⁹, il faut y voir le signe que le caractère peu risqué du secteur (pas de nouveaux entrants, clientèle stable et solvabilisée..) conduit les prêteurs à prendre une part du risque plus importante. La politique de tarification doit viser à transférer vers le cotisant/contribuable le bénéfice de cette attitude conciliante des prêteurs.

On pourrait s'étonner de ce que la procédure de fixation des tarifs proposée s'appuie exclusivement sur des critères économiques sans prise en compte de la qualité des prestations. A cet égard, il faut souligner que l'on ne dispose d'aucun dispositif d'appréciation de la qualité qui permettrait de fonder des écarts de tarifs. Par ailleurs, il n'est pas évident que la qualité soit liée directement aux moyens mobilisés pas plus, d'ailleurs, que les tarifs ne déterminent les moyens employés. Enfin, rémunérer en fonction de la qualité aboutirait à tolérer des gradations dans la qualité et donc de la "non-qualité". La politique de qualité s'appuie donc sur d'autres leviers que la tarification : normalisation, certification, accréditation. Elle n'est pas fondée sur une rémunération différentielle en fonction de la qualité mais sur l'exigence du respect de critères de qualité par tous les établissements autorisés à accueillir des patients.

Ce mode de fixation du taux d'évolution des tarifs doit conduire à changer la procédure qui préside à la définition des objectifs –ou enveloppes- de dépenses⁴⁰. Aujourd'hui, l'enveloppe globale et les diverses enveloppes qui la composent font l'objet d'un arbitrage "budgétaire"⁴¹, les tarifs sont ensuite construits à partir d'une enveloppe activité préétablie avec, souvent, une sous estimation implicite des évolutions des volumes pour permettre des hausses de tarifs⁴².

Cette procédure devrait selon la mission être profondément modifiée⁴³. Un taux d'évolution des tarifs des cliniques conforme à l'objectif poursuivi en matière de rentabilité devrait être défini. Ce taux conjugué à une prévision en volume conduirait à la détermination de l'enveloppe clinique privée. Cet exercice technique devrait être conduit contradictoirement avec les représentants des cliniques. Dans le cadre de la convergence, le taux d'évolution des tarifs publics se déduit de celui retenu pour le privé, l'enveloppe publique en découle à partir d'une hypothèse de volume. Ce dispositif pourrait, dans certains cas, conduire à déterminer des enveloppes qui vont au-delà de ce qu'il apparaît souhaitable ou possible au regard de la situation des finances publiques. Il est donc possible que la décision finale s'écarte de la règle. Si de tels arbitrages politiques sont légitimes, il importe qu'ils soient opérés en toute clarté. Il n'appartient pas fonctionnellement au conseil de l'hospitalisation de les anticiper. Une telle modification de la procédure suppose, en toute rigueur, une modification de la loi.

³⁹ Sur l'échantillon de la DREES, en 2003, les capitaux propres représentent 28% du passif (26% pour le secteur MCO et le ratio dette/capitaux propres s'élève à 2,4 (2,7 pour le secteur MCO).

⁴⁰ Qui découle aujourd'hui pour l'essentiel des articles L 162-22- 9 et 10.

⁴¹ La loi ne fixe aucune règle pour la détermination des enveloppes, l'évolution des tarifs est un solde après estimation de l'évolution des volumes. Ce mode de décision renvoie à l'arbitraire et au marchandage : il n'intègre pas structurellement les données économiques du secteur, un débat ordonné sur les évolutions tarifaires souhaitables n'est donc pas possible.

⁴² Ainsi pour 2005, le conseil de l'hospitalisation avait initialement retenu une prévision de volume de 2% qui conduisait à des évolutions tarifaires négatives. Les prévisions de volume ont été arbitrées à 1%.

⁴³ Tant que l'on prend les décisions de tarifs dans le cadre d'une enveloppe globale pré-arbitrée pour le public et le privé, on est par construction contraint à une convergence vers la moyenne (ce qui est perdu par l'un est gagné par l'autre).

Recommandation générale 2 Le principe de décision en matière de tarification des cliniques doit être d'assurer une rentabilité suffisante pour garantir l'attractivité du secteur auprès des investisseurs sans pour autant constituer des "rentes". La variable de contrôle de la pertinence de la politique de tarification doit être le taux de rentabilité financière des entreprises les plus performantes.

2.2.3 La DHOS doit se doter des outils pour assurer une tarification pertinente des cliniques.

Il ne suffit pas d'établir une doctrine de fixation des tarifs ; encore faut-il disposer des informations nécessaires pour la mettre en œuvre.

Il est clair que la DHOS ne dispose pas actuellement des outils nécessaires. La mission a pu constater qu'elle ne disposait en fin d'année 2005 alors même qu'elle préparait les décisions sur la tarification 2006 que de données limitées sur les résultats de l'année 2003⁴⁴. Ce sont d'ailleurs, à cette date, les seules données publiées par le DREES et par la FHP. Certaines données sur 2004 sont accessibles (les comptes sont déposés) mais la DHOS n'exploite pas cette source⁴⁵. Il est clair que l'on ne peut fonder de décisions pertinentes en méconnaissant les conditions de fonctionnement du secteur au cours de deux années passées.

Il est toutefois possible de collecter l'information pertinente pour l'année N-1. Même si elle n'est pas traitée sur un échantillon exhaustif, la DHOS peut constituer un échantillon de groupes ou d'établissements dont elle peut suivre la rentabilité puisque les comptes sont clos et disponibles. Ainsi la DHOS pourrait, elle-même, suivre les résultats des groupes intégrés et confier aux ARH le suivi des établissements significatifs et performants de leur région.

A partir des données N-1 ainsi collectées, il est possible de construire un modèle simple qui à partir de données sur l'évolution du chiffre d'affaires normalement disponible en cours d'année et de données sur le volume et le coût des facteurs permettraient d'approcher les niveaux de rentabilité de l'année en cours et d'effectuer des prévisions sur l'année à venir. Les décisions de tarification devraient dépendre de cet exercice de projection. La DREES pourrait et devrait contribuer à cet exercice.

La mission n'en sous estime pas la difficulté. Toutefois, celle-ci ne saurait servir de prétexte pour renoncer à l'entreprendre. On a d'autant plus de chances d'atteindre une cible qu'on l'a définie et que l'on s'est donné les moyens de la viser. La situation actuelle - confortable, il est vrai, pour le régulateur- où aucune cible n'est définie ne saurait perdurer.

Recommandation générale 3. La mission recommande à la DHOS d'organiser la collecte et l'analyse de l'information afin d'être en mesure de porter une appréciation sur l'évolution de la rentabilité des groupes et entreprises significatives et performantes du secteur, appréciation qui permettra de fonder les décisions relatives à l'évolution moyenne des tarifs.

⁴⁴ En l'absence de doctrine sur la fixation des tarifs, l'appréciation de la DHOS sur le secteur des cliniques mobilise de nombreux indicateurs sans que ceux-ci soient explicitement hiérarchisés. Elle valorise notamment l'indicateur "rentabilité économique" (RN/CA) qui, en soi, n'est pas un bon indicateur de l'attractivité du secteur pour les investisseurs. De plus la DHOS n'a défini aucun critère pour apprécier si la rentabilité économique constatée est satisfaisante ou non, elle ne dispose donc d'aucun repère pour apprécier la pertinence sa politique de tarification. A cet égard, il faut souligner qu'une rentabilité économique de 0,8%, qui "à première vue" paraît faible, permet d'atteindre l'objectif de 5 % pour la rentabilité financière. Sur ce point cf. annexe 6.4 pour une explicitation des relations entre rentabilité économique et rentabilité financière.

⁴⁵ Il est vrai qu'en l'état actuel, les décisions étant prises sans considération de la situation des cliniques, la DHOS peut se satisfaire d'un "sentiment intuitif" sur l'état du secteur ; sentiment, fortement dépendant, d'ailleurs, des affirmations de ses représentants.

2.3 La convergence ne peut être envisagée qu'à partir de l'hypothèse d'une qualité des prestations homogène entre les deux secteurs.

La convergence des tarifs implique, on l'a déjà évoqué, que les prestations soient homogènes entre les deux secteurs. Cette exigence d'homogénéité des prestations englobe à priori la notion de qualité. Ainsi, certains coûts spécifiques à tel ou tel secteur sont parfois présentés comme le gage d'une qualité supérieure. Par exemple, la FHF considère que la qualification moyenne du personnel, plus élevée à l'hôpital public que dans les cliniques privées, est un "gage de qualité et de sécurité"⁴⁶.

Cette position de principe conduit à retenir l'écart de qualification des personnels entre l'hôpital public et les cliniques comme un surcoût légitime de l'hôpital public dans la mesure où il se traduit par une qualité supérieure soit une différence dans la nature des prestations. Accepter ce raisonnement aurait des conséquences inflationnistes évidentes : les cliniques demanderaient à voir combler l'écart de tarif ainsi justifié pour pouvoir adopter la structure de qualification des hôpitaux publics. Les pouvoirs publics ne pourraient alors résister à cette demande. Il leur serait impossible de justifier qu'ils laissent perdurer une offre de moindre qualité pour des raisons budgétaires.

Les conséquences inflationnistes de cette hypothèse pourraient être acceptées si elle devait effectivement se traduire par une amélioration de la qualité. Toutefois rien ne permet d'affirmer -et même de penser- que la qualité des prestations des deux secteurs est fondamentalement différente. Toute tentative d'apprécier la qualité relative à l'échelle des deux secteurs a peu de sens ; la qualité ne peut s'apprécier qu'à l'échelle d'un établissement voire d'un service. Même à ce niveau, on ne dispose pas aujourd'hui d'appréciation des écarts de qualité mais, au mieux, d'une évaluation, spécifique à chaque établissement, visant à vérifier qu'il satisfait à des critères minimums de qualité/sécurité grâce, notamment, à l'accréditation.

Recommandation générale 4 La qualité relative des prestations entre les deux secteurs n'est pas connue. Le dispositif de convergence doit se fonder sur l'hypothèse d'un niveau de qualité similaire entre les deux secteurs.

2.4 Il convient de définir un mode de traitement des écarts de rémunération et de structure de qualification des personnels non médicaux.

2.4.1 Les données disponibles sur les écarts de coûts salariaux des personnels non médicaux.

Les écarts de coûts salariaux entre les deux secteurs contribuent probablement à expliquer des différences importantes de coût.

Ces écarts de coûts salariaux peuvent à priori se décomposer en trois facteurs :

- tout d'abord, les écarts de coût du travail à qualification similaire
- ensuite, les écarts dans la structure de qualification
- enfin, les écarts éventuels dans le volume du facteur travail pour une même production

⁴⁶ FHF, *Hôpitaux publics et cliniques privées. Une convergence tarifaire faussée*, p. 17, disponible sur le site de la FHF

Le dernier facteur ne pose pas, en soi, de problème de principe. Il serait, dès lors qu'il est référé à des prestations équivalentes, la marque d'un éventuel différentiel d'efficience. Un des objectifs de la convergence est de produire des incitations/contraintes pour le réduire. Selon les dernières données disponibles de l'ATIH, pour 2001, pour 100 000 points ISA produits, le secteur sous dotation globale employait 2,43 ETP non médical et les cliniques 1,40. Toutefois, en 2001, l'ensemble des personnels des établissements était reporté à la production des soins sans distinguer ceux qui sont aujourd'hui financés par les MIGAC. De même, si comme l'avance la FHF, les GHS sont hétérogènes selon les secteurs (gravité intra-GHM, externalisation...) le point ISA n'était pas homogène entre secteur public et secteur privé. Enfin les pratiques de sous-traitance peuvent être différentes, en moyenne, selon les secteurs. On ne dispose donc d'aucune appréciation fiable des écarts de productivité entre secteurs

On notera toutefois que ces moindres dotations apparentes en personnel dans le secteur privé ne semblent pas se traduire par une "intensification du travail" du moins au niveau des perceptions : 42% des professionnels du public affirment "ne pas avoir un temps suffisant pour faire correctement son travail" contre 36% dans le privé⁴⁷.

Les données dont on dispose sur l'influence des deux autres facteurs sont également très limitées.

L'ampleur des écarts de coût du travail n'est pas précisément déterminée. Les études sur les différences de rémunération horaires nettes font apparaître un différentiel entre le privé et le public de 12 %, en faveur des salariés du secteur public, en moyenne, en 2002⁴⁸. Ce différentiel varie selon les catégories (+ 21% dans le privé pour les cadres de direction, administration et gestion, - 11% pour les personnels soignants et sociaux, - 6% pour les personnels techniques et sociaux, - 14 % pour les ouvriers). Toutefois, les rémunérations horaires nettes ne rendent pas compte de l'écart de coût global du travail car elles n'intègrent pas les cotisations et contributions sociales. Selon des évaluations fournies par la DHOS, l'écart de coût global se situerait entre 3% et 5% mais la mission n'a pu accéder aux données qui fondent cette appréciation. Cette évaluation est donc sujette à caution.

Le différentiel de coût lié à la structure de qualification n'a pas fait, à notre connaissance, l'objet d'études précises, mais son impact devrait être significatif. On dispose de données générales sur les écarts de qualification entre le secteur public et le secteur privé. Ceux-ci sont importants. Pour cent lits, le nombre d'infirmières spécialisées serait supérieur de 30 % dans le public, celui des infirmières non spécialisées supérieur de 30%, celui des aides soignants supérieur de 32% mais celui des ASH et autres personnels de service est inférieur de 54 %. L'impact financier de ces écarts de structure n'a pas, à notre connaissance, été valorisé. Par ailleurs, ces écarts peuvent s'expliquer en partie par des différences dans le case-mix global des deux secteurs. Dans le cadre de la tarification à l'activité, la donnée pertinente serait une analyse des écarts de qualification par GHS. Même si aucune donnée n'est disponible à ce niveau, il semble possible de faire l'hypothèse que l'écart de structure de qualification n'est pas sans influence sur les écarts de coût entre public et privé.

⁴⁷ R. Le Lan "Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé", DREES, Etudes et Résultats, n°355, août 2004.

⁴⁸ M. Collet, *Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002*, DREES, Etudes et résultats, n°377, février 2005. On notera toutefois que les données publiées par la DREES avec trois ans de délai ne constituent pas une référence valable pour apprécier la situation actuelle.

2.4.2 La nécessité de définir une politique à l'égard des écarts de rémunération.

La convergence rend nécessaire de clarifier le rôle des pouvoirs publics à l'égard des rémunérations dans le secteur privé.

Ainsi l'équité, souvent invoquée comme un objectif associé au processus la convergence, peut s'entendre comme la volonté d'assurer des rémunérations similaires aux personnels employés dans les deux secteurs.

Dans cette hypothèse, les pouvoirs publics ne déterminent pas seulement le niveau de rémunération du secteur public mais régissent également celui du secteur privé. Dans ce cas, l'évolution des tarifs des cliniques n'est pas calée sur l'évolution de la rentabilité financière (cf. Point 2.2) mais déterminée de manière à permettre un rattrapage progressif des rémunérations dans le secteur privé.

A cet égard, il faut, tout d'abord, souligner que l'homogénéisation des rémunérations nettes entre les deux secteurs ne se traduirait pas pour autant par une homogénéisation du coût du travail du fait des différences dans le niveau des charges sociales. Si les rémunérations nettes étaient similaires, le coût du travail dans les cliniques deviendrait supérieur à celui des hôpitaux publics⁴⁹. Ce serait alors les cliniques qui devraient bénéficier d'un "sur tarif" au titre des coûts salariaux.

Ensuite, il convient de noter que la diversité des niveaux de rémunérations au sein des cliniques rend la poursuite même de cet objectif délicate. De plus, si une telle politique était conduite, il faudrait pouvoir s'assurer que les moyens dégagés par les hausses de tarif sont bien affectés aux augmentations de rémunérations. Enfin, une dynamique d'alignement sur le secteur le plus favorable risque, si l'objectif d'homogénéisation des rémunérations est posé, de s'enclencher⁵⁰.

Toutefois, malgré ces obstacles, l'homogénéisation des rémunérations peut être, en soi, un objectif politique et cela quel que soit son coût. Si une telle option est concevable, une autre plus tournée vers l'efficacité peut être adoptée. La responsabilité de réguler les rémunérations dans le secteur est laissée à l'initiative des acteurs privés ; chaque établissement ayant vocation à maximiser son résultat, cette libre initiative des acteurs privés est un gage de rigueur dans la politique salariale. Si l'évolution des tarifs des cliniques est fixée en considération du taux de rentabilité financière du secteur (cf. point 2.2), il s'ensuit que les évolutions salariales inéluctables⁵¹ seront prises en compte dans la fixation des tarifs. Ainsi les pouvoirs publics loin de prétendre régir les salaires dans le secteur privé accompagnent les décisions des acteurs privés. Toutefois le caractère décentralisé de décisions, prises avec le souci de maîtriser les coûts, contribue à la modération dans l'évolution des rémunérations.

Le choix entre les deux options est éminemment politique. La mission ne peut que souligner combien le choix d'une posture en ce domaine est stratégique par rapport à la politique de convergence.

⁴⁹ On pourrait se limiter à un objectif intermédiaire : homogénéiser le coût global du travail.

⁵⁰ Les cadres de direction et de gestion du secteur public seraient ainsi fondés à revendiquer une augmentation substantielle de leur rémunération (écart de 21% avec le privé).

⁵¹ Celles notamment rendues nécessaires par la concurrence du secteur public sur le marché du travail.

Recommandation générale 5. La mission considère, en cohérence avec les propositions formulées en Recommandation générale 2, que le choix d'une régulation décentralisée des rémunérations est préférable.

Pour l'instant, la mission constate que l'homogénéisation des rémunérations n'a pas été présentée explicitement comme un objectif associé à la convergence des tarifs même si les références à l'équité introduisent une ambiguïté sur les finalités de la convergence⁵². C'est donc à partir de la deuxième posture (maintien d'une régulation décentralisée des salaires dans le privé) que nous poursuivrons la discussion.

2.4.3 Maîtrise du coût du travail et de la structure de qualification par les établissements.

Les niveaux de rémunération et les structures de qualification ne sont pas directement maîtrisables par les établissements et notamment par les établissements publics.

Le premier facteur (rémunération et donc coût du travail) est une variable largement extérieure à la gestion des établissements. Pour le secteur public, le niveau des salaires dépend de négociations globales. Les établissements n'ont pas de véritables marges de manœuvre sauf la latitude dont ils disposent pour moduler les politiques de promotion. La contrainte sur la gestion des établissements privés est moins forte même si ceux-ci sont contraints par la convention collective du secteur.

Les écarts dans la structure de qualification sont d'une nature plus complexe. Il est possible de considérer qu'ils relèvent d'un différentiel d'efficacité. Dès lors que l'on a fait l'hypothèse que la qualité des prestations est semblable (cf. supra), employer un personnel de qualification supérieure peut être considéré comme l'indice d'une "inefficacité" productive. Au contraire, on peut considérer que, comme le différentiel de rémunération à qualification égale, la structure de qualification, pour les hôpitaux publics, ne relève pas de la gestion des établissements mais de règles générales statutaires. En tout état de cause, la structure de qualification reflète des choix de recrutement passés et elle ne peut pas être aisément modifiée à court ou même à moyen terme.

Il convient de s'interroger sur le mode de traitement de ces écarts dans le cadre de la convergence. On peut soit les considérer comme des "écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs" et admettre, de ce fait, un "sur tarif", soit leur dénier ce caractère et refuser d'établir à ce titre un "sur tarif".

2.4.4 Admettre un "sur tarif".

Cette première option serait cohérente avec l'objectif même de la tarification à l'activité. Son principe est de favoriser l'efficacité ce qui suppose de ne pas accepter de différenciation de tarif pour tout ce qui relève de la gestion des établissements et de tarifier différemment toute contrainte exogène aux établissements.

⁵² L'accord du 7 novembre 2001 faisait de la convergence salariale un objectif, le comité de suivi qui devait s'assurer de l'affectation des sommes allouées aux augmentations salariales ne s'est pas réuni depuis trois ans.

C'est en application de cette logique qu'un coefficient géographique censé⁵³ notamment prendre en compte des écarts géographiques de rémunération a été, d'ores et déjà, introduit dans le dispositif de tarification à l'activité.

Dès lors qu'il apparaît incontestable que le coût du travail est une variable exogène à la gestion des établissements pour le secteur public et que, même si c'est plus discutable, il en est de même pour les différences de structure de qualification, un "sur tarif" est logique.

Pour être logique, cette attitude n'en aurait pas moins un effet inflationniste immédiat. Dès lors que les différences de coût du travail ou de structure de qualification auraient ainsi été isolées pour justifier un "sur tarif" de l'hôpital public, il est évident que les cliniques privées demanderont un alignement de leurs tarifs sur le public. Il sera alors très difficile aux pouvoirs publics de résister à cette revendication, pourquoi tolérer une structure de qualification plus "pauvre" dans le privé, comment justifier des rémunérations moins élevées ? Le risque inflationniste est alors évident.

2.4.5 Refuser le "sur tarif".

Le risque inflationniste évoqué précédemment peut conduire à ne pas prendre en compte ces écarts de coût dans les écarts de tarif. Dans ce cas, on fait peser des contraintes fortes sur les établissements publics qui résultent de facteurs exogènes à leur gestion.

Les établissements publics devraient compenser par un surcroît d'efficacité, un coût du travail plus élevé. De même, il leur appartiendrait soit de compenser par un surcroît d'efficacité une structure de qualification plus "riche", soit de dégrader progressivement la structure de qualification à supposer qu'ils en aient les moyens et que cela soit un objectif pertinent. L'énoncé même des conséquences de cette option montre combien elle est délicate. Elle ne correspond pas aux principes de la tarification à l'activité car elle fait supporter aux établissements des contraintes qui leur sont exogènes (niveau de rémunération) ou qu'ils ne peuvent maîtriser à court/moyen terme (structure de qualification).

Pour ce qui est des écarts de coût du travail, on pourrait soutenir que ne pas prendre en compte par un "sur tarif" est un moyen de contraindre, non les établissements eux-mêmes, mais les autorités qui négocient les rémunérations dans le secteur public. Toutefois, si tant est qu'il soit souhaitable de créer une telle tension sur les négociations relatives aux rémunérations dans la fonction publique, il est probable que cette contrainte ne sera pas prise en compte par les autorités en charge de la négociation compte tenu des enjeux des discussions salariales et statutaires dans la fonction publique. Elle sera alors reportée sur les établissements.

La convergence oblige à un choix dans le cadre d'une alternative dont aucune branche n'est pleinement satisfaisante.

Recommandation générale 6. La solution la plus pertinente nous semble être d'une part d'admettre un "sur tarif" au titre du coût du travail et de la structure de qualification pour le secteur public, d'autre part, pour éviter l'éventuel impact inflationniste de ce choix sous forme de revendication en retour des cliniques, d'affirmer clairement et de

⁵³ On utilise le terme "censé" car si les rémunérations dans la région parisienne sont plus élevées que celles constatées dans les autres régions pour le secteur privé, ce n'est pas systématiquement le cas pour le secteur public. Cf. M. Collet, *Les rémunérations dans les établissements de santé*, DREES, Document de travail, Série Etudes, n° 45, mars 2005, p19. Cette étude révèle une forte différenciation des rémunérations pour le secteur privé entre régions qui doit être encore plus prononcée au niveau des établissements pris individuellement.

mettre en œuvre fermement la doctrine de fixation des tarifs des cliniques proposée supra (cf. point 2.2) qui renvoie à une gestion décentralisée des salaires dans le secteur privé.

Ce "sur tarif" aurait vocation à évoluer en fonction des évolutions respectives du coût global du travail dans les deux secteurs, il n'y a en effet aucune raison que les évolutions soient homogènes par secteur.

Proscrire toute hausse de ce "sur tarif" serait l'indication claire que toute augmentation relative des rémunérations du secteur public par rapport au secteur privé a vocation à être compensée par un gain d'efficience. En cas d'évolution très divergente des rémunérations entre les deux secteurs, cette règle ne sera pas "soutenable".

Une décroissance progressive de la part du "sur tarif" lié à la structure de qualification pourrait être programmée au rythme de la capacité d'adaptation de la structure des qualifications de l'hôpital public et, dans la stricte mesure, où cette adaptation apparaîtrait souhaitable. Si elle n'apparaissait pas souhaitable, ce "sur tarif" aurait vocation à se résorber au rythme de l'homogénéisation de la structure de qualification du privé vers le public, homogénéisation qu'il conviendrait d'organiser. Il ressort de cette analyse qu'il convient de pouvoir se prononcer sur la structure de qualification optimale ; les études entreprises dans le cadre de la convergence devraient viser à éclairer cette question (cf. infra).

2.4.6 Recommandations en terme d'études.

Alors même qu'il s'agit d'une question centrale dans l'hypothèse de la convergence, les données disponibles sur les écarts de coûts salariaux des personnels non médicaux sont minces et anciennes.

La mission considère qu'il convient de réaliser plusieurs séries d'études.

Recommandation d'étude n° 1. Procéder aux évaluations de base sur les écarts de coût global horaire du travail en tenant compte des exonérations de charge sociales et des différences de financement de certaines fonctions sociales (arrêts de travail, formation professionnelle...).

La DREES, en lien avec la DHOS, devrait pouvoir fournir ces évaluations en prolongement des études réalisées sur les rémunérations nettes. Toutefois, dans le cadre de la convergence, compte tenu du caractère stratégique de cet écart, on ne peut se satisfaire de données relatives à N-3/N-4. Il convient donc de construire un dispositif d'observation des évolutions salariales qui permette à partir des données rétrospectives exhaustives de fournir une appréciation "en temps réel" des écarts de rémunération. L'impact sur la rémunération horaire de contraintes dont l'intensité peut être différente selon les secteurs devrait être apprécié. Ainsi il est sûrement nécessaire d'apprécier les écarts liés à la répartition travail de nuit/travail de jour qui peut être différente selon les secteurs. Des études monographiques peuvent à cet égard être nécessaires par exemple pour apprécier si les pratiques en terme de présence la nuit, auprès de malades présentant des caractéristiques homogènes, sont systématiquement différentes selon les secteurs. Si des différences apparaissaient, l'étude ne devrait pas se limiter à une dimension descriptive mais avoir une dimension normative pour apprécier les pratiques optimales.

Recommandation d'étude n° 2. Construire au niveau global une estimation de l'impact des principaux facteurs explicatifs des écarts de coûts salariaux.

Il convient pour cela de reporter l'ensemble des coûts salariaux des deux secteurs à leur production. Il convient donc de reconstruire un équivalent de l'ancien point ISA⁵⁴ et d'y rapporter l'ensemble des coûts salariaux liés à l'activité (c'est à dire en excluant les coûts relevant des MIGAC). Cette appréciation ne pourra se fonder que sur les GHS actuels et la distorsion induite par une éventuelle hétérogénéité du contenu de GHS (gravité intra-GHS, externalisation...) ne peut être traité à ce stade. Il doit alors être possible de distinguer, pour expliquer l'écart, l'impact des différents effets. L'écart de coût global horaire du travail par catégorie devrait être analysé tout d'abord (cf. supra). L'écart lié à la structure de qualification devrait ensuite être distingué car il semble une source majeure d'écart ; il faudrait toutefois vérifier que d'autres facteurs tels que l'âge ou la localisation géographique des emplois n'ont pas une influence significative. Enfin, il doit être possible d'isoler le facteur volume de travail. Cette étude lourde devrait être pilotée par la DREES et être conçue pour pouvoir être actualisée en routine dans la mesure où ces questions resteront posées tout au long du processus de convergence.

Recommandation d'étude n° 3. Affiner l'analyse relative à la structure de qualification.

Un écart de structure de qualification, même ramené à une unité d'œuvre de production homogène, n'est pas a priori illégitime s'il relève d'un effet case-mix. L'analyse globale ne permettra pas de trancher cette question. Par ailleurs, *a priori*, il n'est pas possible d'affirmer que la structure du public ou celle du privé a vocation à constituer la norme pour le futur (cf. supra). Aussi, est-il nécessaire d'entreprendre des études de terrain sur des GHM homogènes pour comparer, sur un échantillon de cliniques et d'hôpitaux, la répartition des tâches entre les catégories de personnels. L'étude devrait être conçue pour évaluer quels sont les transferts de tâches que l'on observe dans le privé par rapport au public. Elle ne devrait toutefois pas se limiter à une visée descriptive mais avoir une portée normative : ces transferts de tâches mettent-ils en cause la qualité et la sécurité des soins ? Une telle appréciation ne peut être formulée "qu'à dire d'expert". Cette étude doit être pilotée par la DHOS en mobilisant éventuellement la MEAH.

Recommandation d'étude n° 4. Analyser les écarts d'effectifs par fonctions (administration, technique, soins...) pour comprendre la nature des écarts et les rapprocher des modalités de recours à la sous-traitance.

Il conviendra également d'entreprendre des études complémentaires pour éclairer les constats statistiques précédents notamment sur les conditions de travail, l'absentéisme, l'organisation du travail, le temps de travail réel pour tenter de comprendre les écarts en terme de volume de travail. Elles pourraient s'inscrire dans le prolongement des études précédentes.

De même il faudrait systématiser les comparaisons de la perception des conditions de travail par les personnels selon qu'ils relèvent du secteur public ou privé afin d'apprécier si une moindre dotation en personnel dans le privé se traduit par des conditions de travail dégradées (cf. supra note de bas de page 47).

⁵⁴ En se fondant sur l'échelle publique de coût, seule disponible actuellement.

2.5 La convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires libéraux.

Les tarifs des hôpitaux publics ont vocation à couvrir l'ensemble des coûts dont les coûts des médecins. Les tarifs des cliniques n'incluent pas la rémunération des médecins honorés à l'acte.

Il est toutefois possible d'envisager une convergence. Il convient de construire le tarif unique⁵⁵ par GHS, cible de la convergence, en ajoutant au tarif propre à la clinique, le coût moyen des actes rapporté à chaque GHS et d'en déduire le tarif de convergence des hôpitaux publics⁵⁶.

2.5.1 Aucune appréciation des écarts de coûts "médecins" n'est aujourd'hui disponible.

Les écarts de coûts médecins (salaires dans le public, honoraires dans le privé) peuvent expliquer une part des écarts de coûts entre le public et le privé.

Il n'existe actuellement aucune étude permettant d'établir GHM par GHM ces écarts de coût médecins. La mission s'est trouvée dans l'impossibilité de procéder à une évaluation de cet écart.

L'objet d'une telle étude serait d'établir :

- d'une part un coût médical privé par GHM en reprenant les honoraires dont il conviendrait de déduire une estimation moyenne des redevances versées aux cliniques et les charges (assistance...) directement assumés par les médecins libéraux et d'ajouter une estimation moyenne du coût de la prise en charge des cotisations sociales des médecins secteur I.
- d'autre part un coût médical public par GHM évalué à partir de l'ENC publique sachant qu'une attention particulière devrait être portée d'une part à la pertinence de la ventilation des activités et donc des coûts des médecins entre les activités de soins et les activités hors soins et d'autre part à l'intégration des facturations réalisées dans le cadre de l'activité libérale.

Le rapprochement de ces coûts GHM par GHM permettrait d'évaluer si la fonction médicale contribue et dans quelle proportion à l'écart de coût entre les secteurs.

Il conviendra alors de déterminer les raisons de l'écart et pour le moins de distinguer un effet "niveau de rémunération horaire" et un effet "productivité médicale". En ce domaine l'effet des normes sur le temps de travail des médecins qui sont fondamentalement différentes selon les secteurs et dont les conséquences ne sont pas maîtrisables par les établissements devra faire l'objet d'une appréciation distincte. L'enjeu est de même nature que pour les personnels non médicaux : distinguer ce qui relève de l'efficacité propre aux établissements et qui doit donc relever de la convergence et ce qui relève de contraintes extérieures à prendre en compte par un "sur tarif".

⁵⁵ Hors éventuels "sur tarifs" liés à des "différences dans la nature des charges"

⁵⁶ Nous nous plaçons toujours dans l'hypothèse où les tarifs des hôpitaux convergent progressivement vers les tarifs du secteur le plus efficient : les cliniques.

2.5.2 *La convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires dans le secteur privé.*

Les différences dans le mode de rémunération des médecins ne rendent pas à priori impossible la convergence même si les considérations précédentes éclairent les difficultés techniques d'un rapprochement précis. Il est possible d'envisager, comme évoqué supra, un tarif unique cible englobant les honoraires des médecins du privé.

Toutefois, dans cette hypothèse, l'évolution du tarif des cliniques ne peut après la convergence initiale se conformer à l'évolution du tarif des hôpitaux dans la mesure où rien ne garantit une évolution des honoraires à l'acte⁵⁷ conforme à celle des tarifs des hôpitaux publics. Ainsi si l'on veut préserver la convergence initiale⁵⁸, il faudrait dans le cas où l'évolution des honoraires médicaux serait plus rapide que celle du tarif des hôpitaux, imposer une évolution moindre du tarif des cliniques.

Dans le cas inverse, il faudrait que le tarif des cliniques évolue plus rapidement que celui des hôpitaux. Si les cliniques n'acceptent pas que leurs tarifs jouent le rôle de variable d'ajustement - avec des effets qui peuvent leur être soit favorable, soit défavorable selon les circonstances - la convergence initiale devient divergence.

Or il semble peu raisonnable de demander aux cliniques de jouer ce rôle de variable d'ajustement pour des évolutions qu'elles ne maîtrisent pas. En effet, l'évolution de leurs tarifs s'écarterait alors de toute logique notamment celle évoquée au point 2.2.

On pourrait envisager de neutraliser l'effet de l'évolution des honoraires médicaux par des "sur tarifs" ou des "sous tarifs" appliqués selon les circonstances aux tarifs des cliniques. Toutefois dans cette hypothèse, ces écarts de tarifs devraient être rapportés non au secteur dans sa globalité mais à chaque GHS ce qui conduit à un dispositif très complexe. En effet, les évolutions de tarifs négociées conventionnellement ont des impacts différenciés selon les GHS⁵⁹.

La cohérence à terme du dispositif de convergence exige, en fait, d'assurer une régulation globale du coût de l'activité des cliniques. Pour cela, il est nécessaire d'intégrer les honoraires médicaux dans les tarifs des cliniques. Cette intégration peut être mise en œuvre selon des modalités très diverses mais elle revient à déplacer les négociations et les décisions relatives aux rémunérations des médecins de l'UNCAM vers les cliniques prises individuellement ou vers leur représentation collective. Il s'agirait bien évidemment d'un bouleversement fondamental qui ne semble explicitement souhaité actuellement par aucun des acteurs.

En fait le problème posé par la régulation des honoraires dans le cadre de la convergence est perçu par les acteurs mais aucun ne se hasarde à proposer de solution pour le traiter compte

⁵⁷ Par évolution des honoraires, on entend essentiellement évolution du prix des actes. Il est en effet peu probable sauf évolution majeure des techniques médicales que le volume des actes rapporté à un GHS augmente fortement et s'il augmentait pour les cliniques, il devrait logiquement se traduire également par une augmentation des coûts médicaux à l'hôpital. Toutefois le prix des actes, fixé dans le cadre des relations conventionnelles entre l'UNCAM et les syndicats médicaux n'a aucune raison d'évoluer au rythme de l'évolution du tarif des hôpitaux.

⁵⁸ Par convergence, on entend le fait que l'assurance maladie rémunère pour un même montant la prise en charge d'un même GHS, hors "sur tarifs" éventuels.

⁵⁹ Par exemple, une augmentation du KC aura une influence sur le coût global (tarif de la clinique plus actes) d'un GHS en clinique proportionnel à la part des KC dans le coût global du GHS. Cette influence est encore plus différenciée si la cotation de tel ou tel acte de la nomenclature est révisée spécifiquement. De tels impacts différenciés sont possibles dans le cadre de la CCAM qui a vocation à être actualisée pour tenir compte des évolutions dans la hiérarchisation des actes.

tenu des enjeux "politiques" de cette question. Si elle n'est pas traitée, la convergence restera bancale.

Recommandation générale 7. L'objectif de convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires dans le secteur privé. Aucune proposition consensuelle n'a, jusqu'à présent, été formulée pour traiter ce problème. Même si ce problème reste aujourd'hui théorique dans la mesure où la convergence reste encore un horizon lointain⁶⁰, la perspective d'une convergence rapide exigerait de le traiter sans tarder.

2.6 La convergence devrait obliger à scinder certains GHM où à leur affecter des coefficients de gravité.

Les réflexions sur la convergence conduisent à mettre en valeur des différences dans la lourdeur des cas à l'intérieur des GHM (cf. point 3.2 sur la discussion de cette question) entre le secteur public et le secteur privé⁶¹. Le traitement de cette difficulté devrait conduire soit à scinder les GHM, soit à leur affecter des coefficients en fonction de la gravité des cas traités.

Dans les deux hypothèses, il est nécessaire de revoir le système de tarification qui devient ainsi plus complexe.

La mission IGAS-IGF craignait à cet égard que la convergence public/privé conduise à une "sur-segmentation de la classification des GHM". Cette mission recommandait également de rechercher une plus grande stabilité dans le dispositif de tarification notamment pour permettre aux gestionnaires locaux de s'approprier l'outil et d'orienter leur gestion à partir de données stables.

Ces considérations amenaient la précédente mission à prendre une position réservée sur la convergence public/privé. Elle proposait même d'envisager une "rémunération distincte par classe d'établissement".

Les risques évoqués par la mission IGAS/IGF sont réels. Il est toutefois difficile d'en apprécier l'ampleur actuellement. Cela ne sera possible que lorsque les études de coût auront été réalisées et exploitées soit vers la fin 2007. Par ailleurs, un système plus complexe peut aussi être un système plus pertinent.

Au total, la convergence contribuera à l'instabilité et à la complexité du système de tarification. Pour autant, même si ces inconvénients sont probables, il convient d'en mesurer l'ampleur. En tout état de cause, la dynamique de complexification du système de tarification semble être appelée à se développer indépendamment même du dispositif de convergence.

⁶⁰ On a raisonné comme si cette question ne se posait qu'après une convergence initiale, il faut toutefois préciser que les évolutions des honoraires privés contribueront en permanence à modifier l'écart public/privé : plus les tarifs des actes augmenteront vite moins l'exigence à l'égard du secteur public sera importante. Celui-ci a intérêt à de fortes revalorisations des tarifs conventionnels.

⁶¹ Si l'analyse conduit à mettre en valeur une différence moyenne de la gravité des cas entre le secteur public et le secteur privé, il est possible que ces différences se retrouvent entre établissements relevant d'un même secteur.

2.7 Il ne serait pas pertinent de prendre en compte l'influence de certains facteurs au niveau global du secteur ; ils doivent être pris en compte par établissement ou par séjour.

Des facteurs tels que les situations de précarité des patients ou la part des activités non-programmées sont souvent invoqués (cf. partie 3 sur les données disponibles sur ces questions) pour expliquer les écarts de coûts entre le secteur public et privé.

Toutefois, il convient de souligner que si ces facteurs ont une influence moyenne différente globalement selon les secteurs, cette différence moyenne ne saurait *a priori* justifier un "sur tarif" au bénéfice du secteur public.

En effet, la différence moyenne n'exclut pas une forte variabilité au sein des secteurs. Sauf à ce que l'on ait démontré qu'au regard de ces facteurs, la situation au sein des secteurs est parfaitement homogène, la prise en compte dans la tarification des facteurs tels que la précarité où les activités non-programmées, doit, au plan des principes s'opérer par établissement ou par séjours et non par un "sur tarif" de secteur. Il convient d'être conscient que cela accroît la complexité évoquée au paragraphe précédent.

Recommandation générale 8. La prise en compte de facteurs de surcoûts (précarité, part du non-programmé) ne peut justifier un "sur tarif" pour un secteur mais doit s'opérer, le cas échéant, par établissement ou par séjour.

2.8 L'impact sur l'emploi hospitalier public de la convergence doit être évalué.

Les budgets hospitaliers ont été, jusqu'à présent, construits à partir de l'hypothèse implicite d'une reconduction des moyens humains sauf événements particuliers justifiant une hausse des emplois (passage aux 35 h, plans de santé publique). Lorsque des progrès de productivité sont évoqués, ils concernent les seuls achats externes.

Si l'écart de tarif résiduel est significatif, les progrès d'efficience exigés du secteur public ne pourront pas être obtenus par des gains sur les fonctions sous traitées et devront se traduire par une réduction de l'emploi dans le secteur hospitalier public⁶².

Vouloir la convergence, c'est en accepter les conséquences sur l'emploi hospitalier⁶³ mais encore faudrait-il les connaître. Or ces conséquences ne peuvent être aujourd'hui appréciées. D'une part l'écart de coût résiduel n'est pas défini, d'autre part il faudrait disposer de projections sur l'évolution des volumes d'activité⁶⁴. Toutefois sur la base d'hypothèses *a priori* sur ces deux facteurs, des simulations pourraient toutefois être construites sans attendre⁶⁵. Nul

⁶² Sauf très forte croissance des volumes que l'évolution actuelle ne laisse pas prévoir.

⁶³ Sauf à envisager que les conséquences sur l'emploi de la convergence soient compensées par une hausse des dotations MIGAC. Il est probable que des pressions s'exerceront en ce sens. Si l'on devait y céder, la politique de convergence, dont la finalité est de promouvoir l'efficience, n'aurait plus de sens.

⁶⁴ Dans la mesure où les volumes, dans le cadre de la tarification à l'activité et sauf régulation prix/volume, vont devenir un déterminant essentiel de l'activité hospitalière, il serait utile de disposer, à partir des données rétrospectives et d'hypothèses raisonnables, d'une projection de l'activité hospitalière, hors effet spécifique "DRG creep", pour les secteurs public et privé dans les années à venir. Il serait alors possible de projeter les évolutions d'activité du secteur public avec les conséquences induites sur l'emploi.

⁶⁵ La mission aurait souhaité procéder à une telle simulation, la DHOS n'a pu dégager sur le dernier trimestre 2005 les moyens nécessaires pour appuyer cette démarche.

doute que ces simulations éclaireraient les débats sur le calendrier de la convergence voire le débat sur l'objectif lui-même.

Recommandation générale 9. L'objectif de convergence est susceptible de remettre en cause la stabilité de l'emploi hospitalier. Il convient de simuler sans attendre l'impact de la convergence sur l'emploi hospitalier.

2.9 Il est prématuré de fixer un calendrier pour la convergence.

On connaît actuellement les écarts de tarifs entre le secteur privé et le secteur public mais il reste des incertitudes majeures sur les facteurs susceptibles de les expliquer et donc sur les éventuelles modifications du système de tarification induite par l'objectif de convergence (aménagement de la tarification pour tenir compte de la gravité, prise en compte éventuelle de facteurs tels que précarité ou part des activités non programmées...). Par ailleurs, des décisions fondamentales doivent encore être prises (modalités de prise en compte des écarts de coût du travail, des écarts dans la structure de qualification, prise en compte des écarts de coût médecins...).

Aussi, toute tentative d'estimer aujourd'hui l'écart de tarifs résiduel⁶⁶ relève largement de la spéculation gratuite. Il est donc impossible actuellement de déterminer un calendrier de convergence. Ce calendrier ne saurait être le même selon que cet écart résiduel est de 5% ou de 30%. La date ultime de 2012 inscrite dans la loi ne peut donc être considérée que comme la marque de la ferme volonté du législateur de voir l'objectif poursuivi avec vigueur.

Il paraît indispensable que ce calendrier soit réexaminé après le processus d'étude qui devrait permettre d'évaluer l'écart de coût résiduel. Le volontarisme en matière de convergence doit se conjuguer avec le réalisme sur les capacités d'adaptation du secteur public.

Quant à l'objectif d'une convergence de 50% en 2008, il est proprement inaccessible car, dans la meilleure des hypothèses, il sera possible seulement en 2008 de connaître l'ampleur de l'écart, objet de la convergence (cf. partie 3 sur le calendrier des études). Pour l'instant la question "50 % de quoi ?" n'a pas de réponse⁶⁷.

De plus, le calendrier ne pourra être fixé qu'en prenant en compte les calendriers d'autres opérations liées à la T2A.

Tout d'abord, le calendrier de la convergence au sein du secteur privé, entre les cliniques, n'est pas aujourd'hui clairement fixé. La détermination de ce calendrier est complexe dans la mesure où les cliniques convergent actuellement vers des cibles constituées par la moyenne des tarifs historiques⁶⁸. Toutefois ces cibles ne sont pas la cible ultime. La convergence a bien

⁶⁶ Cf. définition en note 3.

⁶⁷ On ne peut se fonder sur l'écart de tarif brut actuel qui supposerait, toutes choses égales par ailleurs, une diminution de 20% du tarif des hôpitaux d'ici 2008 (cf. partie 1). Si le Parlement entend faire preuve de volontarisme vis à vis de la convergence dans la période intermédiaire, il lui appartient de formuler la règle de gestion des budgets sous la forme "le taux moyen d'évolution des tarifs publics doit être inférieur de X % à celui des cliniques privées" plutôt que sous la forme actuelle que l'on ne peut traduire en décision concrète. Cette prescription, comme d'ailleurs l'objectif de convergence à 50%, ne semble pas être de niveau législatif...

⁶⁸ Par rapport aux tarifs historiques, 874 établissements se situent à plus ou moins 5% par rapport à la moyenne, 285 se situent entre plus ou moins 5 et 10 %, 89 se situent entre plus ou moins 10 et 20 %, 18 se situent au-delà. On ne dispose malheureusement pas d'étude liant le niveau de rentabilité des établissements et l'écart à la moyenne des tarifs. La convergence interne au privé serait d'autant plus aisée que les établissements disposant des meilleurs tarifs seraient également les plus rentables...

évidemment vocation à s'opérer non vers les tarifs historiques mais vers des tarifs étalonnés à partir d'une échelle de coût, échelle de coût qui aurait, de plus, vocation à être commune avec celle du secteur public. Or, si l'on disposera en fin d'année 2005 d'une étude rétrospective des coûts privés, la méthodologie de cette étude ne paraît pas suffisamment robuste pour servir de base à la tarification. On ne disposera, dans la meilleure des hypothèses, d'une échelle de coût privé robuste, établie à partir de l'année 2006, qu'à la fin de l'année 2007. C'est donc en 2008 que pourra vraiment débiter la convergence interne au secteur des cliniques vers des tarifs fondés sur une échelle de coût.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le secteur public, la vigueur de la contrainte imposée par la convergence vers les cliniques dépend d'une part de l'écart de tarifs résiduel et d'autre part de la montée en charge de la part de la tarification à l'activité dans le financement des hôpitaux publics. Seule la réunion de ces deux données permettraient de mesurer l'ampleur des gains d'efficacité exigés des hôpitaux publics les moins efficaces. En effet, ils devront à la fois rejoindre progressivement la moyenne des hôpitaux publics alors même que cette moyenne est, elle-même, censée rejoindre le niveau moyen des cliniques privées. Ce n'est que lorsque cette appréciation des gains d'efficacité à réaliser sera obtenue que l'on pourra fixer un calendrier réaliste pour les obtenir.

Recommandation générale 10. S'il est indéniable que l'affichage d'un calendrier volontariste est utile pour faire aboutir le projet de convergence, il est de fait impossible de déterminer aujourd'hui un calendrier pertinent.

Il convient, à cet égard, de rappeler que la convergence, dès lors qu'il s'agit d'une convergence vers le plus efficace, est moins un objectif en elle-même qu'elle n'est un moyen pour faire valoir une exigence d'efficacité à l'égard des hôpitaux publics.

2.10 L'étude des conditions de la convergence ne saurait se limiter aux seuls coûts remboursables par la sécurité sociale.

L'hypothèse qui fonde la convergence est que la sécurité sociale doit rémunérer à un même tarif des prestations équivalentes hors les "différences liées à la nature des charges". Il faut préciser que les études ne sont pas fondées au sens strict sur le coût sécurité sociale mais sur le remboursable sécurité sociale (tarif du GHS à l'hôpital, tarif du GHS plus tarif des actes en clinique). L'impact des tickets modérateurs et du forfait journalier est ainsi neutralisé. C'est donc une facilité de considérer que la convergence permet d'atteindre l'équivalence des coûts pour la sécurité sociale puisque le montant des tickets modérateurs peut être différent entre hôpital et clinique notamment parce que les mêmes taux de remboursement ne s'appliquent pas aux tarifs d'hospitalisation et aux actes.

De plus le remboursable sécurité sociale est un coût partiel dans la mesure où les patients ou leurs assurances complémentaires contribuent, hors impact du ticket modérateur et du forfait journalier, au financement des prestations en établissement à travers les facturations annexes, les dépassements secteur II en clinique, les paiements liés à l'activité libérale à l'hôpital.

L'efficacité globale des deux secteurs ne peut donc être établie en se bornant à comparer les dépenses remboursables par les organismes de sécurité sociale. Il convient donc de développer en parallèle des études actuellement engagées, des travaux visant à établir un coût "tous financeurs". En effet si les deux secteurs perçoivent des rémunérations similaires de la sécu-

rité sociale mais si l'un d'entre eux perçoit des rémunérations d'autres financeurs supérieures à l'autre, il s'avère que le premier est globalement moins efficient que le second⁶⁹.

Si une étude sur cette question faisait apparaître des différences significatives, la question se poserait de les prendre en compte dans le processus de convergence. On peut imaginer, par exemple, que la sécurité sociale rémunère moins celui qui bénéficie de ressources externes supérieures. Il est vrai que le montant de ces différences devrait être modéré mais encore faudrait-il s'en assurer.

Recommandation d'étude n° 5. Les études sur la convergence ne peuvent se limiter au remboursable sécurité sociale mais doivent comporter une approche "tous financeurs".

⁶⁹ Le fait que ces rémunérations ne soient pas, dans certains cas, perçues par les établissements eux-mêmes mais par les médecins (activité libérale à l'hôpital ou dépassement secteur II en clinique) ne change pas le raisonnement

3 Les écarts de coûts potentiellement justifiables

Les dispositions législatives prescrivent une convergence qui doit concerner des prestations homogènes et s'opérer, selon la loi, "dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs".

Des analyses de coûts sont disponibles pour le secteur public à travers l'échelle nationale de coûts publique depuis 1996. Une démarche similaire est en cours pour le secteur privé avec l'échelle nationale de coûts privée dont les premiers résultats seront connus début 2006 pour la base 2004 et fin 2006 pour la base 2005. Ces démarches se sont construites sur des méthodes différentes et ne sont pas suffisantes pour produire une analyse commune aux deux secteurs⁷⁰.

C'est pourquoi une méthodologie de recueil commun des coûts publics et privés doit être mise en place début 2006 *cf. partie IV*. Mais les premiers résultats ne seront disponibles au mieux qu'à la fin du premier semestre 2007.

Sans attendre cette échéance, et au vu des écarts observés sur les tarifs, il est présumé qu'il existera encore un écart substantiel des coûts entre établissements de santé *cf. parties I et II*. De nombreux facteurs sont invoqués pour expliquer tout ou partie de ces écarts.

3.1 La liste de facteurs potentiels des écarts de coûts doit être limitée et des règles de choix des études posées.

La mission s'est appuyée sur la dernière liste arrêtée par le groupe de travail convergence en décembre 2005 pour examiner ces facteurs et arrêter ses propositions d'études complémentaires à mener.

Il s'agit tout d'abord de facteurs déjà évoqués précédemment :

- Coûts salariaux supportés par les deux secteurs en matière de personnel non médical,
- Différence dans la qualité des soins,
- Fiscalité différente des secteurs public et privé.

Ce premier et le second point ont été évoqués en partie II. Le troisième pourrait faire l'objet d'un « sur tarif » si les écarts mis en évidence le nécessitent, sur le modèle proposé pour les écarts de coûts salariaux.

La mission s'est attachée à reprendre ensuite, point par point, les autres facteurs avancés par les fédérations et la DHOS. Ils concernent :

- La gravité différente des cas traités au sein d'un même GHS entre les deux secteurs,
- Les effets taille et gamme,
- Le poids différent de la précarité des patients accueillis,

⁷⁰ Le HCAAM rappelle que « tant qu'une échelle de coûts commune aux deux secteurs permettant de disposer de valeurs de points ISA parfaitement comparable n'a pas été élaborée, la comparaison directe a priori des coûts obtenus à partir des valorisations des points ISA entre le secteur anciennement financé par dotation globale d'une part, et le secteur anciennement sous OQN d'autre part, est dénué de pertinence » Document de travail sur l'hospitalisation. Séance du jeudi 24 novembre 2005.

- Les contraintes différentes liées à la non-programmation des séjours,
- Les charges spécifiques de permanence des soins,
- Enfin les pratiques différentes d'externalisation et de co-traitance des examens médico-techniques lors du séjour mais aussi le recours différent aux examens médico-techniques avant et après l'hospitalisation

Des études complémentaires sont prévues dès à présent afin d'approfondir les hypothèses les plus sérieuses, sans attendre la confirmation des écarts de coûts. Dans l'idéal, il s'agirait de pouvoir intégrer tous les facteurs identifiés dans un même modèle afin de pouvoir les comparer « un à un » toutes choses égales par ailleurs, lors de l'analyse.

Mais nos connaissances de ces facteurs ne sont pas également avancées. Il est donc nécessaire :

- D'identifier ceux qui peuvent être retenus,
- Préciser les questions principales auxquelles les études complémentaires devront apporter des réponses
- Discuter les méthodes d'investigations possibles et leurs calendriers.

Les différentes réponses à ces questions rendent nécessaire la définition d'une règle de choix des thèmes et des études d'une part et de prise en compte de leurs résultats d'autre part. Plusieurs questions peuvent nous guider pour établir cette règle.

1. La définition et la nature de la relation sont-elles établies ?
 - La définition du facteur est-elle stabilisée et validée par les acteurs ?
 - Les arguments avancés pour mettre en relation le facteur et les coûts de production des GHM sont-ils plausibles ?
2. L'intensité de la relation entre le facteur et les coûts est-elle connue ou « connaissable » ?
 - Existe-t-il des études documentant cette relation ou une relation avec un indicateur indirect des coûts, notamment la durée moyenne de séjour ?
 - Peut-on estimer d'ores et déjà l'importance de ce facteur par rapport aux autres facteurs susceptibles de peser sur les coûts ? (Dispose-t-on « idéalement » d'un modèle d'analyse multivariée permettant d'isoler la part de variance des coûts expliquée par ce seul facteur ; sinon dispose-t-on d'éléments autres en faveur d'un rôle prépondérant de ce facteur ?)
 - Si cette relation est non ou mal connue, peut-on la mesurer en intégrant le recueil du facteur dans le « modèle échelle nationale de coûts commune » sans que cette « surcharge de recueil » ne remette en cause la réussite même de l'échelle nationale de coûts commune, qui devrait être le premier objectif à atteindre mi-2007 ?

Ces différents éléments conduisent à privilégier pour intégrer un facteur dans l'échelle nationale de coûts commune ceux qui seront bien définis, suffisamment documentés comme susceptibles de peser significativement sur les coûts et dont l'insertion dans le recueil de l'échelle nationale de coûts commune est possible, sans surcharge excessive pour les équipes hospitalières. Pour les autres, il est souhaitable de proposer des études séparées, préalable à une insertion ultérieure éventuelle dans un modèle général, en privilégiant celles dont la pertinence et l'intérêt sont suffisamment justifiés.

La connaissance du rôle du ou des facteurs des écarts de coûts va générer à son tour, deux types de questions.

3. La totalité de l'effet du facteur doit-elle être prise en compte ou existe-t-il une marge de progrès ; si oui, quel doit être l'impact attribué ?

Un facteur peut peser sur les coûts pour des raisons exogènes, qui ne dépendent pas de l'établissement de santé, mais aussi pour des raisons endogènes qui sont justement celles que le mécanisme de convergence veut contribuer à faire évoluer. Ainsi, si la précarité des patients apparaît être un facteur de surcoût dans leur prise en charge, est-ce lié à des causes uniquement externes ou bien existe-t-il une marge de progrès à la portée des établissements de santé, dans l'organisation de leur prise en charge ?

La question de la légitimité de la charge supportée par les établissements de santé se repose ici (*cf. partie 1*) Il est nécessaire pour y répondre de conduire des études plus qualitatives sur les causes organisationnelles et celles « irréductibles » car constitutives du facteur. Des études d'organisation, de type monographique, doivent être réalisées, pour creuser cette question.

4. Le facteur impacte-t-il de façon uniforme l'ensemble du case-mix des établissements de santé concernés par la T2A ? Quelle est l'importance du problème soulevé en volume et en coûts ?

L'intensité de la relation entre le facteur et les écarts de coûts de certains GHS peut être forte, sans que le phénomène n'impacte un nombre élevé de GHS ou un nombre significatif de GHS coûteux ou enfin, des GHS ayant de nombreux séjours. L'impact du facteur va donc dépendre du produit [nombre de GHS impactés - coût des GHS impactés – nombre de séjours des GHS impactés] soit la valeur du case-mix impacté.

L'importance de l'impact pourrait justifier *in fine* sa prise en compte via une tarification particulière des GHS si le nombre de GHS impacté est limité et l'enregistrement en routine du facteur possible pour chaque GHS ou via une enveloppe financière spécifique pour l'établissement de santé proportionnelle à l'impact du facteur sur le modèle des facteurs de corrections déjà instaurés.

La mission a souhaité identifier les informations déjà disponibles sur les facteurs décrits ci-dessus afin d'identifier ceux qu'il apparaît souhaitable de conserver et les axes de questionnement à creuser en 2006-2007.

3.2 La gravité/complexité des séjours dans un GHS semble différer entre les deux secteurs⁷¹

Les groupes homogènes de malades sont inégalement homogènes. Chaque GHM rassemble par construction des séjours supposés équivalents⁷². La version 9 – T2A introduit la notion de groupe homogène de séjour (GHS) portant un tarif. En 2005, à quelques rares exceptions près⁷³, à un GHM correspond un seul GHS.

L'hypothèse d'homogénéité « acceptable » des coûts au sein des GHS est le principal élément conditionnant l'efficacité du mécanisme de la T2A. Cette hypothèse n'est pas totalement vérifiée. Il existe en réalité une certaine hétérogénéité des coûts des différentes pathologies composant un GHS. Cette hétérogénéité repose notamment sur la gravité inégale des situations cliniques composant le GHS.

⁷¹ Les données disponibles sont détaillées en annexe

⁷² Le PMSI décompte des SEJOURS et non des MALADES, et l'appellation GHM est trompeuse de ce point de vue.

⁷³ Soins palliatifs, dialyse, radiothérapie et nouveau-nés

Il existe donc une variance des prises en charge intra-GHS. Ce phénomène connu ne posait pas de problèmes majeurs car pesant peu dans le contexte de concurrence faible et la non-spécialisation des seuls établissements de santé publics sous enveloppe globale.

L'introduction d'un mode de tarification à l'activité construit sur la même base PMSI pour les établissements de santé publics et privés a fait émerger la question de l'hétérogénéité des GHS.

Les établissements de santé privés diffèrent des établissements de santé publics sur plusieurs de ces derniers critères, en se positionnant davantage sur les cas les moins lourds de certains GHS, laissant les cas les plus lourds au secteur public.

Les GHS avancés pour conforter ce jugement apparaissent cependant être en nombre limité et l'étendue du case-mix concerné par ce phénomène n'est pas connue⁷⁴.

Par ailleurs, l'hétérogénéité s'est aujourd'hui réduite car la segmentation a crû fortement depuis 2004⁷⁵. Les deux dernières révisions V9 et surtout V10 qui portait principalement sur la partie chirurgicale de la classification ont tenu compte de cette question. La prochaine révision V11 qui concernera surtout la partie médicale doit parachever l'évolution de la classification et sa segmentation. Les segmentations successives de la classification se sont ainsi accélérées depuis le passage en V9, début 2004 : si une dizaine de GHM supplémentaires ont été ajoutés entre chaque version 5, 6 et 7 ; une centaine l'a été entre les versions 9 et 10. Le principal « saut » reste à conduire pour la V11 avec plus de 500 GHM supplémentaires en raison notamment de l'introduction de degrés de sévérité sur certains GHM médicaux.

Au total, les versions successives de la classification et des règles de groupages tendent à réduire l'hétérogénéité intra-GHM entre établissements. Ce mécanisme de révision permanent se poursuit.

Recommandation d'étude n° 6. Poursuivre les études sur l'hétérogénéité résiduelle du case-mix partagé entre les deux secteurs dans sa version 10 et identifier les GHM qui pourraient être encore scindés dans la version 11 et/ou les modifications de règle de groupe à introduire.

Recommandation d'étude n° 7. A partir des résultats de l'échelle nationale de coûts commune 2006, il conviendra d'identifier l'impact du facteur « hétérogénéité » intra-GHM sur les écarts de coûts entre les deux secteurs

Il conviendra ainsi de préciser tout d'abord la part de variance expliquée sur les écarts de coûts observés, liée à l'hétérogénéité publique/ privée intra-GHM.

La mise en évidence de différences significatives, pourrait conduire à proposer une nouvelle segmentation de certains GHM tout en veillant à ce que cette dernière reste raisonnable, afin de ne pas générer d'autres difficultés : création de niches de rentabilité par modifications de prises en charge ou de codage, difficultés à produire les analyses de coûts dans les échelles nationales de coûts suivantes en raison de trop faibles effectifs dans les nouveaux GHM.

⁷⁴ La FHF cite une douzaine d'exemples, mais n'a pas systématisé sa démonstration.

⁷⁵ L'ATIH signale ainsi que l'hétérogénéité du GHM 08C07W sur la prise en charge des pathologies du rachis, maintes fois cité, a été corrigée dans la version 10.

3.3 L'impact de la spécialisation et la taille des établissements de santé sont des facteurs d'économie discutés

L'existence d'économies ou de déséconomies d'échelle sont parfois évoquées pour expliquer les écarts public/privé. Dans leur revue de la littérature internationale, GROLIER et al. montrent que l'existence d'économie d'échelle varient selon les études. Dans leur étude sur le case-mix public et privé 2000 français, les auteurs démontrent l'absence de corrélation linéaire entre les coûts réels du point ISA public ou privé et le volume d'activité estimé en point ISA⁷⁶.

L'existence d'économies ou de déséconomies de gamme est également évoquée pour expliquer les écarts public/privé⁷⁷.

Les deux secteurs ne concentrent pas leur activité sur les même parties du case-mix. La médecine est assurée à 80% par le secteur public, l'obstétrique aux deux tiers⁷⁸. Le secteur privé assure la principale part de l'activité chirurgicale (55% en hospitalisation complète et 75% de la chirurgie ambulatoire). Ce mouvement de spécialisation est ancien et relié à la concentration des plateaux techniques⁷⁹.

Si la spécialisation historique du secteur privé lucratif dans la chirurgie, et plus généralement dans les activités programmées et standardisées, s'est maintenue, les études menées ces dernières années à partir de l'analyse des données issues du PMSI montrent des formes de spécialisations plus fines des différents secteurs sur certaines activités et certaines formes de prise en charge (hospitalisations à temps complet, à temps partiel et en chirurgie ambulatoire)... Le secteur privé concentre de fait davantage son activité sur un nombre plus réduit de GHM⁸⁰. Le secteur public, mobilisait en 2004 141 GHM pour réaliser 80% de son activité mesurée en séjours, tandis que le secteur privé n'en mobilisait que 84 comme le décrit le tableau suivant.

⁷⁶ J GROLIER, Y PERARD et Ph. PEYRET. Analyse de coûts : de l'observation à la décision in « La comptabilité analytique hospitalière médicalisée ». ENSP : 2002. 390 pages.

⁷⁷ La théorie économique dite des économies de gamme constate que la production de deux produits simultanément revient moins cher que de produire ces deux produits de façon séparée.

⁷⁸ S AUDRIC et G BUISSON. La spécialisation des établissements de santé en 2002. Etudes et résultats n°374 février 2005

⁷⁹ D BAUBEAU, E THOMSON. Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 Une évolution contrastée, reflet de la spécialisation croissante des secteurs public et privé. DREES Etudes et résultats. n°189 septembre 2002

⁸⁰ *En 2002, les trois quarts de son activité sont classée dans 8 CMD, et plus de la moitié (54 %) est répartie au sein de quatre d'entre elles : affections du tube digestif, (24 %), affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (15 %), affections ORL (8 %), affections de l'appareil circulatoire (7 %). Dans le groupe des huit CMD les plus fréquentes au sein des cliniques privées se trouve deux CMD n'entrant pas dans le classement national tous secteurs confondus : les affections de l'oeil (8 % de son activité, les cliniques réalisant près de 80% des interventions sur la cataracte) et celles de l'appareil génital féminin (4 % de son activité). De même, les cliniques ont en grande partie capté le « marché » des endoscopies, réalisant 84 % d'entre elles.* DREES In Annexe A PLFSS 2005.

Tableau 6. Concentration de l'activité selon les secteurs public ou privé (données 2004)

Secteurs :	Nombre minimum de GHM pour réaliser :			Nombre total de GHM
	80% des séjours ou séances	80% des journées ou séances	80% de l'activité pon- dérée	
Ensemble des établissements ancienne- ment sous DGF	141	229	250	695
Ensemble des établissements ancienne- ment sous OQN	84	152	112	687

Source : ATIH

La spécialisation des établissements du secteur privé sur un segment plus étroit du case-mix d'une part et à l'intérieur d'un GHM sur des prises en charge de même nature (ou gamme) d'autre part, leur permettrait de réduire leurs coûts de production.

Dans leur revue de la littérature, GROLIER et al. relèvent là aussi des résultats divers selon les études. Dans leur étude sur le case-mix public et privé 2000 français, les auteurs démontrent l'absence de corrélation linéaire entre les coûts réels du point ISA public ou privé et le nombre de GHM différents présents dans l'établissement. Tout au plus, les courbes de corrélation, suggèrerait « qu'il serait possible de générer de très légères économies de gamme en combinant l'activité de plusieurs services ».

Ces résultats sont en partie confirmés par une étude de modélisation des coûts hospitaliers sur les établissements et leur région, conduite sur les données PMSI publiques privées de 2000 et leur valorisation en point ISA⁸¹. Elle établit que pour un établissement de soins donné, la diversification de l'activité entre les produits d'une même discipline médicale, contribue, toutes choses égales par ailleurs, à la diminution de valeur du point ISA, suggérant qu'il y ait des gains à attendre d'un « effet de gamme »⁸².

Au total, la mission relève qu'il n'existe pas d'éléments concordants sur les effets de taille ou de gamme dans la littérature française ou internationale. Cette hypothèse sur les écarts de coûts entre les secteurs public et privé, sans devoir être abandonnée, ne semble pas la plus pertinente à ce stade.

Recommandation d'étude n° 8. Il ne semble pas prioritaire de privilégier à ce stade les questions d'effet de gamme ou de taille dans les études complémentaires à conduire.

⁸¹ KERLEAU M, LE VAILLANT M et OR Z « Caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux », DREES, Dossiers Solidarités et santé, Etudes diverses, n°2, avril juin 2005, 35-47

⁸² Les auteurs précisent cependant que cette étude doit être appréciée avec nuance, compte tenu du fait que « le choix de la variable dépendante, la valeur du point ISA, censée mesurer la performance économique n'est pas un coût mais un ratio entre budget des activités MCO et volume d'activité ajusté sur la gravité des cas traités. » Cette remarque pourrait être également reportée pour l'étude de GROLIER et al.

3.4 La précarité est un élément de surcoût potentiel régulièrement avancé

La précarité est prise en compte au titre des MIGAC⁸³ *cf. infra*. Celles-ci concernent en 2005 principalement le secteur public. Or l'accueil des personnes en situation de précarité repose à l'évidence sur les deux secteurs de soins. La FHF défend cependant l'idée que la majeure partie de la prise en charge des populations en situation de précarité lui échoit et qu'à ce titre le financement des seuls services sociaux au titre des MIGAC est insuffisant pour couvrir les charges en raison de la lourdeur accrue de ces soins chez ces personnes. On retrouve ici la problématique de l'hétérogénéité des GHS entre les deux secteurs, appliquée à la variable précarité, facteur de lourdeur potentielle des prises en charges.

L'échelle nationale de coût public construite depuis 10 ans intègre « en moyenne » la prise en charge des plus démunis sur l'ensemble des GHM, car les séjours de ces populations figurent bien dans la base nationale. Elle est donc comptabilisée à ce titre dans les calculs des coûts. La question est donc de savoir si des surcoûts existent pour certains GHM et/ou pour certains établissements.

La précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de prise en charge hospitaliers.

Les études internationales témoignent d'un accroissement des durées de séjour selon le statut socio-économique⁸⁴.

Le lien entre la présence de facteurs caractérisant la précarité et l'allongement des durées de séjours a été retrouvé également en France⁸⁵. Mais une seule étude a tenté de relier précarité et accroissement de la DMS et des coûts sur l'ensemble du case-mix⁸⁶. Elle présente cependant un biais dans l'un des critères d'inclusion des cas. Sont en effet inclus comme patients précaires, des patients qui sont « en attente d'admission ailleurs »⁸⁷. Or ce critère va par construction, accroître les durées de séjour (et les coûts). Cette tautologie affaiblit la portée des conclusions.

Ces analyses sont au total insuffisamment démonstratives pour emporter l'adhésion et les auteurs avaient recommandé de reprendre cette étude sur un échantillon représentatif d'établissements et des critères d'inclusion modifiés.

Malheureusement, la seconde étude initiée en 2001⁸⁸ sur ces bases, n'a pu être menée à bien, et les données recueillies auprès de 174 établissements publics et privés, n'ont pas été exploitées. On ne connaît donc pas l'importance du phénomène aujourd'hui et sa distribution selon les établissements de santé. Enfin, la part explicative de ce facteur dans les écarts de coûts entre établissements n'est pas établie.

⁸³ Mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux, comprenant notamment le financement déjà acté des permanences d'accès aux soins de santé et l'accompagnement social des patients en situation précaire

⁸⁴ Les données disponibles sont détaillées en annexe

⁸⁵ Etude CHU Nîmes 1997

⁸⁶ MATHY C, BENSADON M, *Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*. DHOS/ mission PMSI/CTIP, décembre 1999, 50 pages.

⁸⁷ Code Z 751 « sujets attendant d'être admis ailleurs » de la CIM 10.

⁸⁸ Etude « précarité 2001 ». Mission PMSI.

La définition même de la précarité, nécessite d'être correctement arrêtée dans une logique de mise en relation avec le GHM. Aux codes issus du PMSI utilisés en 1998, il avait été préféré une définition reposant sur un recueil spécifique de sept catégories d'items en 2001⁸⁹, qui n'apparaissent cependant pas tous aisément objectivables ni même utilisables en routine dans le recueil PMSI.

Recommandation d'étude n° 9. La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS ou par une nouvelle étude de patientèle.

Compte tenu de la disponibilité des données déjà recueillies, l'exploitation du volet spécifique « précarité » de l'enquête devrait permettre de décrire l'importance du phénomène. Il ne sera pas possible de reprendre le second volet visant à coupler cet aspect aux données de séjour PMSI de ces patients.

Si celle-ci n'est pas possible, il sera nécessaire de reconstruire une étude épidémiologique spécifique, sur un échantillon représentatif public et privé, de type « une semaine donnée » en tenant compte des enseignements de l'étude de 2001 en matière de définition des cas.

Recommandation d'étude n° 10. Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.

Les éléments objectivables de la définition établie pour l'enquête ATIH de 2001 devraient être repris et intégrés dans le recueil de données conduit par les établissements de santé participants à l'échelle nationale de coûts commune, afin de bénéficier de données comptables fiables pour conduire une analyse descriptive et explicative sur les écarts de coûts.

Cette étude adossée à l'échelle nationale de coûts doit être portée par l'ATIH.

L'accroissement des durées de séjour peut répondre également à des raisons organisationnelles internes à l'établissement, notamment par la précocité ou pas de l'intervention du service social.

Recommandation d'étude n° 11. Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée

Parallèlement, une étude qualitative doit être réalisée pour identifier les motifs d'allongement des durées de séjour, observées dans l'enquête de 1998, et quels sont les leviers d'action possibles. Une observation des trajectoires des patients en situation de précarité est nécessaire.

Cette approche « qualité » pourrait aboutir à proposer de garder plus longtemps certains patients ou au contraire à identifier les structures ou les accompagnements d'aval possibles afin d'améliorer les prises en charge tout en réduisant les coûts hospitaliers pour d'autres patients.

Au total, il convient de progresser pour connaître la part des séjours chez les précaires dont la prise en charge allongée n'est pas ou peu sensible à des modifications de l'organisation. Une enquête monographique doit pouvoir être conduite sur quelques établissements. Elle relève d'une équipe combinant expertise sociologique et en organisation hospitalière.

⁸⁹ La situation familiale - composition du ménage et lien social ; la stabilité du logement ; le niveau de scolarisation ; la nationalité ; la protection sociale ; les revenus ; la situation par rapport à l'emploi

La démonstration d'une variation importante des coûts des GHM liés à un effet précarité pourrait conduire à deux options :

- Soit une majoration de tarif « précarité » pour les GHS si le recueil continu de l'indicateur précarité est possible sur tous les établissements de santé et si la question de la précarité impacte de façon différente les GHM et les établissements de santé.
- Soit une transformation du mode de calcul de la dotation actuelle MIGAC, au prorata de la population en situation de précarité de la file active accueillie en année n-1 par l'établissement de santé, à partir d'un recueil d'information hors PMSI.

3.5 L'activité non programmée, plus importante dans le secteur public, semble être un facteur d'augmentation des coûts⁹⁰

L'activité non programmée est considérée comme un des facteurs possibles des écarts de coûts entre secteur public et privé. La part de l'activité non programmée est plus importante dans ce dernier secteur et ses fluctuations désorganiserait l'activité des équipes hospitalières publiques⁹¹.

La mission relève que la définition du caractère programmé ou non programmé n'apparaît pas stabilisée à ce jour. Il semble difficile de lui substituer une approche *a priori* de type programmable – non programmable.

Les informations disponibles sur les surcoûts potentiels de la non-programmation sont aujourd'hui limitées. Elles ne concernent qu'un seul établissement et ne portent que sur 60% des séjours où cet item a pu être établi. Elles font apparaître un effet de surcoût sur une majorité des séjours. Il est nécessaire de compléter cette étude en structurant un volet d'étude complémentaire.

A ce stade, une étape de validation métrologique est nécessaire avant toute tentative d'introduction dans une analyse d'écart de coûts.

Recommandation d'étude n° 12. Le premier objectif doit être de produire une définition de l'activité programmée, acceptée par les experts, enregistrable par les établissements sans difficulté majeure et enfin contrôlable par un tiers.

La base de définition proposée en 2004 par la DHOS doit pouvoir servir de point de départ. Il conviendra ensuite de tester l'enregistrement de cet item sur un échantillon d'établissements

⁹⁰ Les données disponibles sont détaillées en annexe

⁹¹ La DHOS a demandé en 2003 qu'une commission se saisisse de ce sujet dans tous les établissements de santé publics et privés : Circulaire n°195.DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. « Généraliser la mise en place d'une **commission des admissions et des consultations non programmées** au sein des établissements publics de santé, qui jouerait un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge des urgences. Cette commission aura notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission validera les propositions de fermeture temporaire de lits et fixera les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle devra également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée. Dans les établissements privés, ces missions relèvent de la conférence médicale d'établissement. »

de santé et si cela apparaît concluant, de décrire l'importance du phénomène et sa répartition sur les case-mix public et privé.

Recommandation d'étude n° 13. Un second objectif pourrait être de cibler les recherches sur les causes de non-programmation.

Un échantillon de séjours non programmés publics et privés pourrait être audité et, à dire d'expert, qualifié comme ayant pu être programmé sous réserve d'organisation modifiée.

C'est sous cette réserve qu'une approche comparant les écarts de coût pourrait être conduite dans un troisième temps, distinguant les surcoûts « légitimes » éventuels liés aux séjours non-programmés/ non programmables.

L'intégration dans l'ENC commune d'un critère programmé – non programmé n'apparaît pas prioritaire à ce stade.

3.6 Certaines exigences de permanence des soins peuvent contribuer à accroître les écarts de productivité

Les pouvoirs publics peuvent être amenés à imposer aux établissements de santé publics une présence minimale pour faire face à des événements de grande ampleur. Certains sont réguliers et génèrent une activité et donc des recettes, à l'image des épidémies de bronchiolite hivernales ou des afflux saisonniers estivaux sur le littoral.

D'autres peuvent ne produire aucune activité au regard des moyens mis en place à l'exemple des plans canicule 2004⁹². L'instruction rappelle dans son volet organisation sanitaire d'adresser des consignes opérationnelles aux ARH *« pour mieux organiser l'activité hospitalière durant les périodes de congés. ...Le directeur de l'ARH doit veiller à ce que les capacités d'hospitalisation soient au maximum maintenues dans les unités de soins intensifs continus, dans les services de grands brûlés, et les services de réanimation adulte, pédiatriques et néo-natales. L'accueil des personnes âgées soulevant des difficultés d'une particulière acuité, il doit également s'assurer de maintenir au maximum les capacités d'hospitalisation de court séjour, de soins de suite et de réadaptation et de renforcer les partenariats habituels avec les services de gérontologie »*.

Cette contrainte devrait être en principe financée par les MIGAC sous réserve d'évaluation précise des surcoûts engendrés.

Recommandation d'étude n° 14. Une étude complémentaire visant à mesurer les coûts des charges de service public pour événement exceptionnel devrait être conduite à partir des données des campagnes 2004 et 2005.

⁹² circulaire interministérielle N°DGS/SD7/2004/219 du 12 mai 2004 définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule.

3.7 Les conditions de production de certains actes médico-techniques peuvent fausser l'appréciation en coûts complets des séjours

Les différences de coût peuvent s'expliquer par des modalités de production de certains actes médico-techniques de radiologie et de biologie, distinctes selon les secteurs. Deux sujets se superposent.

Le premier sujet concerne les actes réalisés pendant le séjour hospitalier par un laboratoire distinct juridiquement de l'établissement de santé. Il relève alors d'un mécanisme de co-traitance, plusieurs opérateurs participant aux soins lors d'un même séjour. Cette situation est classique en ce qui concerne le secteur privé. Elle fait alors l'objet d'une facturation spécifique, qui doit être rattachée au coût du séjour dans l'ENC privée et dans l'ENC commune à venir. Cette situation ne doit pas *a priori* fausser le périmètre d'analyse.

Le second sujet concerne les explorations médico-techniques en péri hospitalisation. Les actes de biologie et de radiologie concernant un séjour hospitalier peuvent être réalisés en actes de ville, notamment avant ou après le séjour. Ils ne rentrent donc pas dans les études de coûts hospitalières. L'importance de ce phénomène n'est aujourd'hui pas connue. Il concerne potentiellement les deux secteurs public et privé.

Un retraitement de données réalisé dans une étude sur les coûts des trajectoires de soins en Ile-de-France suggère que le phénomène est significatif.

L'étude réalisée par l'école des Mines de Paris a porté sur 72000 trajectoires de patients cardiaques issus la base de données de l'assurance Maladie de l'Ile-de-France. Elle visait à mieux cerner les coûts des différentes trajectoires de soins et a chaîné les prises en charge ambulatoires et les hospitalisations des patients sur une période donnée. Les coûts en biologie et radiologie des trajectoires de soins des patients suivis par le secteur privé font apparaître des écarts respectifs de 70% et 125 % avec ceux des patients suivis par le secteur public.

Ce résultat présente cependant des faiblesses, d'après son auteur : l'écart réel ne peut être mesuré car il ne comprend pas le coût des actes externes effectués par les établissements publics⁹³. Le retraitement des données sur cet axe de travail « externalisation » constituait une des exploitations annexes du travail principal et n'a d'ailleurs pas été publié dans le rapport final⁹⁴. La principale conclusion de l'auteur, qui rejoint celle de la FHF, est la nécessité d'intégrer un même périmètre d'analyse des coûts médico-technique dans toute étude de convergence.

L'assurance maladie a construit un échantillon permanent de 60 000 patients pour fins d'étude rapides pour lesquels un chaînage des séjours hospitaliers et des coûts facturés avant et après le séjour peuvent être facturés⁹⁵. Sur une année calendaire, cette base pourrait permettre d'étudier les coûts facturés sur 6000 séjours hospitaliers environ.

⁹³ L'activité de biologie produite par les établissements publics pour les patients externes, non hospitalisés, n'est pas davantage reliée aux séjours de ces même patients.

⁹⁴ Réponse de JC MOISDON du 17 novembre 2005 sur interrogation de la mission IGAS.

⁹⁵ Echantillon permanent EPASS.

Ultérieurement, l'assurance maladie devrait être capable de chaîner tout séjour de patient à ses coûts péri hospitaliers via son système d'information SNIRAM. Cet outil devrait être opérationnel pour la mi-2006 et donc mobilisable dès que la base PMSI nationale 2006 sera disponible, soit au deuxième semestre 2007.

Au total, la production d'actes médico-techniques péri hospitaliers existe dans les deux secteurs de soins mais est mal connue à ce jour.

Son importance pourrait conduire à sous estimer les coûts d'actes médico-techniques liés à une hospitalisation entre les deux secteurs, faussant l'appréciation des écarts de coûts des GHS.

S'il s'avère que des charges liées à l'hospitalisation doivent être imputées *in fine* aux coûts des GHS, pour établir une comparaison « toutes charges égales par ailleurs » entre les deux secteurs, on pourra alors mesurer un coefficient de correction lié à ce phénomène. Par nature ce coefficient sera dépendant des pratiques des prescripteurs et de l'offre de service locale, donc variable dans le temps et l'espace et la mesure de la variabilité géographique de ce coefficient devra être réalisée.

Recommandation d'étude n° 15. Une étude de faisabilité du recueil des charges péri hospitalière rattachable à un séjour doit être conduite.

La définition exacte du périmètre de chaînage n'est pas établie (durée, critères d'imputation des actes aux motifs du séjour hospitalier...) : elle repose sur la constitution d'un groupe de travail *ad hoc*. L'importance du phénomène doit être mesurée à partir d'un échantillon de séjours. La Base EPASS devrait être mise à contribution à ce stade.

La faisabilité du recueil pour les établissements de santé de l'ENC commune doit être testée, notamment la possibilité d'un chaînage rapide (dans les délais de production des RSA), via le SNIRAM doit être explorée si le phénomène apparaît significatif après l'étude sur l'échantillon EPASS.

3.8 Le champ des missions d'intérêt général serait incomplet

Les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) sont établies pour partie forfaitairement sur leur partie MERRI, et pour partie sur la déclaration des établissements de santé, principalement pour la partie MIG, la dernière partie (AC) repose sur les contrats conclus avec les ARH. Elles représentent 7% (soit 4,385 Milliards d'€) du financement de l'hospitalisation contre 66% pour l'objectif de dépenses MCO.

Plus de 75 activités et missions ont été identifiées dans l'arrêté d'avril 2005. Cependant il existerait encore des missions non ou insuffisamment prises en compte pesant notamment sur le secteur public : les soins de recours de très haute technicité, le poids des créances irrécouvrables, la couverture insuffisante des services sociaux et les charges spécifiques de la permanence des soins⁹⁶.

La DHOS et la mission T2A entendent conduire un groupe de travail sur la question du périmètre des MIGAC en parallèle à celui qui suivra les études complémentaires détaillées ci-dessus. La mission considère que le poids des créances irrécouvrables et de l'insolvabilité de

⁹⁶ Ces éléments sont détaillés en annexe.

certaines patients constitue le sujet insuffisamment traité à ce jour, contrairement aux autres points avancés, qui ont trouvé des éléments de réponse dans les dispositions tarifaires de 2005.

Recommandation d'étude n° 16. L'insolvabilité et les créances irrécouvrables doivent faire l'objet d'études spécifiques.

Celles-ci doivent comporter deux volets. Le premier doit mesurer l'importance du phénomène et identifier les établissements concernés, notamment en région parisienne, Rhône Alpes, PACA et enfin dans les DOM⁹⁷. Elle devra tester la solution la plus appropriée pour prendre en compte le phénomène : création d'une MIG supplémentaire ou création d'une correction géographique ou par établissement.

Le second, porté par la MEAH, doit s'attacher à identifier les solutions internes pouvant améliorer la chaîne de recouvrement.

⁹⁷ La mission fait ici l'hypothèse que les étrangers en situation irrégulière se concentrent sur le territoire comme la population d'origine étrangère recensée.

3.9 Synthèse sur les études complémentaires proposées

Facteur	Définition stabilisée ?	Nature de la relation établie avec écart de coûts public privé ? Intensité connue/ connaissable ?	Importance du problème en volume /en chiffre d'affaire/ en nombre d'établissements de santé ?	Part de l'intensité résiduelle après étude organisation ?	Impact global ou sectorisé.	Actions possibles si effet prouvé du facteur
Variance intra GHM	Définition existe : ce sont les RSA + algorithmes de groupage du GHM		La V10 segmente une centaine de GHM, en V11 segmentation envisagée d'environ 500 GHM supplémentaires → Etude sur hétérogénéité résiduelle à mener dans ce cadre.	A priori pas d'étude d'organisation sur ce facteur	Impact passage V10 à V11 à mesurer via → étude économétrique sur case-mix 2005-2006	Segmentation des GHM posant problème et/ou modification algorithmes de groupage
Pilotage/Opérateur			ATIH 2006		ATIH 2007	campagne 2008-09
Précarité	Définition établie en 2001 par DHOS-ATIH → Définition à reprendre en vue d'un couplage avec données PMSI	Part de variance expliquée du modèle GHM augmente de 32,56% à 33,12% (+ 0,56%) avec prise en compte de la précarité dans étude 1998. A confirmer.	Relation établie : concernerait 9% des séjours avec 33% d'accroissement des coûts. → A Confirmer par étude patientèle : → Exploitation étude DHOS 2001 ou → Etude nouvelle de patientèle sur échantillon représentatif mesurant l'importance du recrutement des "patients précaires"	→ Etude d'organisation souhaitable sur filière de prise en charge interne et d'aval.	→ Etude économétrique sur échelle nationale de coûts commune 2006/	Tarifification spécifique précarité pour les GHS ou facteur de correction par établissement selon profil de sa clientèle.
Pilotage/Opérateur	DHOS/ groupe de travail 2006		DHOS/ ATIH 2006 ou opérateur externe 2006 - 2007	DHOS + appui MEAH ?/ opérateur externe 2006	ATIH 2007	campagne 2008-09
Programmé/non programmé	Eléments théoriques de lien possibles Définition à préciser et faisabilité du recueil → Définition et faisabilité du recueil	Inconnu.	Mesure sur échantillon réduit si faisabilité recueil + → Etude patientèle part des séjours non programmés/non programmables	→ Etude d'organisation indispensable + référentiel de programmation cible à établir !	→ Etude économétrique d'impact sur résultats 2007 échelle nationale de coûts commune, introduisant le facteur de correction	Si impact global et mesure en routine possible → tarification spécifique du GHS sinon facteur de correction global pour l'établissement

Pilo- tage/Opérateur	DHOS/ groupe de travail 2006		DHOS/opérateur externe 2007	DHOS + appui MEAH ?/ opérateur externe 2006	ATIH 2007-8 ?	campagne 2009 ?
Evènement exceptionnel			Evaluation des coûts supplémentaires induits par la prise en charge de la permanence canicule en 2004 et 2005 sur un échantillon d'établissements			Inscription en MI-GAC ?
Pilo- tage/Opérateur	DHOS/		DHOS/ opérateur 2006			campagne 2007
Externalisa- tion	Lien théorique Définition à préciser		Part de l'externalisation non connue. → Mesure du phénomène potentiel à chiffrer sur EPASS	Etude organisation <i>a priori</i> <i>pas</i> nécessaire à ce stade		
Pilo- tage/opérateur	DHOS/ groupe de travail		DHOS/UNCAM 2006			
Insolvabilité/ Créances irrécouvrables			→ Etude importance du phénomène sur régions ciblées.			Création MIG ou correction géographique ou par établissement ?
Pilo- tage/Opérateur			DHOS/MT2A 2006			campagne 2007
Charges exceptionnelles			Importance du phénomène sur un échantillon de quelques établissements publics			Prise en compte en MIG
Pilo- tage/Opérateur			DHOS/MT2A 2006			Campagne 2007 ?
POUR MEMOIRE ETUDES PROPOSEES EN PARTIE II du RAPPORT						
Ecart de coûts salariaux			→ Estimation d'impact à construire en rapportant l'ensemble des coûts salariaux à indicateur synthétique d'activité « équivalent ISA »	→ Etude d'organisation souhaitable de la structure de qualification mobilisée sur quelques pathologies « traceuses » car homogènes entre public et privé + référentiel d'organisation sur les densités souhaitables et les transferts de tâches souhaitables		Modalités de prise en compte du « différentiel légitime » de coûts salariaux.
Pilo- tage/Opérateur			DHOS/DREES 2006	DHOS + appui MEAH ?/ opérateur externe 2006		campagne 2007-8 ?

4 Pilotage des travaux sur la convergence

Plusieurs travaux sont actuellement menés sous l'égide de la DHOS, destinés à combler le manque identifié⁹⁸ d'éléments documentés sur les coûts, indispensables au pilotage de la mise en place de la convergence.

La difficulté de l'exercice est d'allier la rigueur dans la conduite de travaux exigeants sur le plan méthodologique, aux nécessités d'une concertation impliquant les fédérations hospitalières, le tout dans le respect d'un calendrier permettant d'exploiter au plus tôt les données recueillies, dans la mesure du possible dès 2006.

Ce processus, engagé depuis plusieurs mois, en voie d'aboutissement pour quelques-unes de ses étapes, a paru présenter des risques à la mission.

4.1 Menés au sein de groupes techniques, s'appuyant sur le concours d'un prestataire externe, les travaux marquent le pas

Quatre chantiers complémentaires sont aujourd'hui menés en parallèle, sous la conduite d'un comité de pilotage « convergence public/privé » présidé par le DHOS et rassemblant les dirigeants des fédérations hospitalières et les représentants de l'administration (sous-directeur des affaires financières et chefs de bureau de la DHOS, directrices de l'ATIH et de la mission T2A). Chargé de valider les cahiers des charges des divers travaux et d'en approuver les résultats, il s'est réuni sept fois depuis sa création en juillet 2004.

L'animation de ces travaux est assurée par le bureau du financement de l'hospitalisation privée (F3), de fait en charge des questions relatives à la convergence au sein de la sous-direction des affaires financières (F). L'ATIH, qui devait à l'origine participer activement à la maîtrise d'ouvrage des travaux prévus⁹⁹, ce pour quoi elle avait sollicité des moyens supplémentaires¹⁰⁰, ne participe finalement au processus qu'à titre d'expert. Le choix a été fait de confier certains travaux à un consultant externe, après appels d'offres sur la base de cahiers des charges établis par la DHOS approuvés par le comité de pilotage.

Les travaux sont menés au sein de groupes de travail techniques, chacun en charge d'un des chantiers, composés de représentants de la DHOS, de la DREES et de l'ATIH, et des fédérations hospitalières. Lancés au cours du deuxième semestre 2005, ils ont progressé à des rythmes différents.

➤ élaboration la première édition de l'échelle des coûts privés (ENC privée)

Il s'agit du recueil réalisé par le consultant des données comptables de 2004 dans 51 établissements, auxquelles s'ajouteront par la suite les données 2005. Ces données, recueillies selon une méthodologie de comptabilité analytique, doivent permettre d'élaborer dans un deuxième

⁹⁸ Carence soulignée par le rapport IGAS-IGF sur le pilotage des dépenses hospitalières (annexe pilotage national – les institutions – p.6) et par le Haut conseil à l'assurance maladie du 7 juillet 2004.

⁹⁹ voir « note d'objectifs » validée par le conseil d'administration de l'ATIH en décembre 2004

¹⁰⁰ note au DHOS du 21 mars 2005

temps l'échelle des coûts privée. Les résultats devaient être validés par le comité de pilotage de décembre 2005, mais ce travail a connu des retards, certains établissements ayant tardé à communiquer leurs données.

➤ définition d'une méthodologie commune pour l'élaboration de l'échelle des coûts

Ce travail consiste en la définition d'une méthodologie commune pour l'affectation des charges aux séjours hospitaliers tenant compte des spécificités de chaque secteur. Un guide méthodologique doit préciser les modalités de recueil et de remontée de données comptables pour la campagne 2006. La méthodologie commune et le guide devaient être approuvés par le comité de pilotage de décembre 2005 pour permettre une mise en œuvre du modèle en 2006, et fournir des résultats pour la mi-2007.

➤ échantillonnage

Les établissements qui ont contribué au recueil de données pour l'élaboration de l'ENC publique comme de la récente ENC privée l'ont fait sur la base du volontariat. Un « plan de sondage idéal » doit être élaboré qui servira de référence pour la révision de l'échantillon, en permettant notamment de mesurer les biais éventuels dans l'actuelle sélection. Un cahier des charges permettant de lancer ce travail doit être élaboré par la DHOS avec l'appui méthodologique de la DREES.

➤ études complémentaires

Ces études doivent compléter les travaux précédents sur le plan qualitatif en évaluant l'impact de certains facteurs sur les écarts de coûts entre les deux secteurs. Une liste de onze études économétriques et thématiques¹⁰¹ a été retenue par le groupe de travail ad hoc qui s'est réuni à partir de novembre 2005. Un rapporteur choisi parmi les représentants des fédérations est chargé, pour chaque thème, de proposer une revue de l'existant et un projet de méthodologie. Les premières études, dont les cahiers des charges ne sont pas encore arrêtés, ne pourront vraisemblablement commencer au mieux qu'au second semestre 2006¹⁰². Les dernières livraisons doivent s'effectuer au deuxième semestre 2007.

4.2 L'approche retenue présente plusieurs risques

La conduite des travaux souffre de choix d'organisation dictés par le souci de garantir une concertation étroite avec les différentes fédérations, rendant le pilotage difficile.

➤ L'enlisement dans la négociation

Le suivi des chantiers par des groupes de travail ad hoc offre l'avantage, en associant étroitement les fédérations aux travaux menés, de valoriser l'apport technique de leurs experts. Il permet en outre d'espérer assurer également leur adhésion aux principes méthodologiques retenus. De fait, cette méthode a permis de garantir l'implication et l'intérêt des fédérations pour le processus en cours. Mais cela s'est fait au prix d'un ralentissement des travaux, la

¹⁰¹ Incidence des conditions d'emploi sur les coûts, niveaux d'activité, fiscalisation, soins péri-hospitaliers, programmation / non programmation des soins, variabilité intra GHM, précarité, spécialisation des établissements, recours à l'externalisation et à la co-traitance, coûts de structure et coûts de l'immobilier, amélioration du recueil de l'ENC

¹⁰² à l'exception de celle sur la variance intra-GHM, qui débute sous la conduite de l'ATIH en janvier 2006.

validation par les fédérations ayant été recherchée à chaque étape des différents chantiers. Le risque d'enlisement dans la négociation reste important pour les études complémentaires compte tenu des blocages d'ores et déjà exprimés (sur la précarité par exemple) et ce d'autant que la répartition des tâches prévues suppose une implication forte des représentants des fédérations, censés produire un travail important de revue de littérature et de cadrage méthodologique.

Dans ce contexte, le bureau F3 a dû mobiliser à l'excès des ressources limitées¹⁰³ pour s'efforcer de rapprocher les positions. Au total, ces travaux ont peu avancé, puisque à ce jour seule une liste a été arrêtée, qui devra vraisemblablement être améliorée à la fois dans le choix des sujets à traiter et dans leur définition (voir partie 2). Il reste à définir les cahiers des charges, identifier ce qui peut être traité en interne et ce qui nécessite le recours à des prestataires externes, et lancer les appels d'offre. A ceci s'est ajoutée la charge d'un dialogue laborieux avec le prestataire et l'ATIH sur la méthodologie commune.

- Des retards sur la définition de la méthodologie pouvant compromettre le recueil des coûts dès 2006

L'externalisation du recueil des données comptables privées, un exercice dont le cadrage méthodologique était précisément défini par le cahier des charges, n'avait pas encore donné toute satisfaction début janvier 2006. Outre les retards déjà évoqués, la méthodologie suivie se serait éloignée du cahier des charges sur plusieurs points, d'après l'ATIH : la liberté de choix n'y est pas laissée aux établissements pour établir le découpage en sections d'analyse clinique homogènes correspondant à leur activité; l'affectation des dépenses aux séjours est prévue en fonction d'un coût forfaitaire attribué à chaque GHM et non en fonction du parcours réellement effectué par le patient.

S'agissant de la définition de la méthodologie commune pour le recueil des coûts, il a été décidé de recourir au même prestataire plutôt qu'à l'ATIH. Ce choix était motivé d'une part par le fait que la charge était lourde pour cette dernière à moyens constants. D'autre part, le recours à un opérateur externe supposé plus neutre aux yeux de la FHP a pu paraître utile.

Mais dans les faits, le prestataire a peiné pour répondre aux attentes exprimées dans le cahier des charges, en dépit d'échanges répétés avec la DHOS relayant les avis de l'ATIH. Ce n'est que tardivement qu'a été adoptée une démarche conforme au modèle de comptabilité analytique de l'ENC publique, laissant aux établissements la liberté de définir leur propre découpage en sections d'analyses homogènes pour répartir les coûts sur les séjours, permettant de prendre en compte la réalité de leur activité et de leur système d'information. En deuxième lieu, il a fallu réintégrer une approche en termes d'étapes proche de celle existant pour l'ENC publique¹⁰⁴.

L'ATIH, pourtant invitée à participer au long du processus, a exprimé in fine des réserves importantes sur la version validée par le groupe de travail fin novembre, estimant qu'en raison (notamment) d'incohérences quant à l'approche globale d'affectation des dépenses, et d'inexactitudes, le travail fourni par le prestataire devait être profondément revu¹⁰⁵.

¹⁰³ Le bureau est composé, hormis le chef de bureau et son adjointe, de quatre agents de catégorie A (deux affectés au pôle économique, deux au pôle juridique) et d'une secrétaire.

¹⁰⁴ correspondant au guide méthodologique paru au bulletin officiel 2004/4bis

¹⁰⁵ note du 14 décembre 2005 de la directrice de l'ATIH au chef de service de la DHOS

De ce fait, le comité de pilotage du 20 décembre 2005 censé valider la méthodologie commune a été ajourné, reporté au 10 février 2006. Les conditions de rédaction et les délais de publication du guide méthodologique commun pour le recueil des données de 2006 apparaissent en conséquence incertaines.

Dans ces conditions, la mise en œuvre du recueil par les hôpitaux et les cliniques en 2006 pourrait être rendue difficile. L'ATIH, désignée comme responsable du recueil des données, a prévu à toutes fins utiles un dispositif s'appuyant sur le recrutement de « superviseurs » placés sous son autorité et formés par ses soins, sur des visites sur place par ses services, et sur la mise en place d'une procédure de contrôle de données dématérialisée.

Au total, la DHOS doit désormais faire à la fois progresser les études complémentaires, indispensables pour identifier les éventuels facteurs d'écart de coûts, en tenant compte de la sensibilité des acteurs sur ce sujet, et assurer le lancement du recueil des coûts privés et publics dès 2006 sur la base d'une méthodologie commune qui en constitue le préalable, alors même que les travaux réalisés jusqu'à présent en vue de la production du guide méthodologique nécessaire viennent de subir un retard important.

➤ **Besoin d'information, dispersion des sources et des chantiers**

La mission a constaté les difficultés éprouvées par les bureaux F1 et F3 pour documenter leurs réflexions sur le sujet de la convergence des tarifs : pas de comparaison des tarifs, même sommaires, sur la base de données existantes ; méconnaissance de travaux engagés par ailleurs (MEAH) ; absence de données sur plusieurs points essentiels (coûts du travail des médecins dans les deux secteurs, rentabilité du secteur privé).

La capacité à mener une veille active sur ces sujets apparaît indispensable. Elle doit se doubler au niveau du service d'une capacité à fixer des priorités pour les travaux à réaliser, et arbitrer si nécessaire l'affectation des ressources de l'ensemble des instances concernées dépendant de la DHOS : ATIH, MEAH, mission T2A, comité d'évaluation de la T2A, de même qu'au sein d'autres instances (DREES, HCAAM).

A ce stade, la mission a en effet constaté que des initiatives d'études sur les écarts de coûts proviennent de diverses sources, et apparaissent peu coordonnées.

4.3 Un réajustement rapide selon les pistes suivantes permettrait de réduire la portée de ces risques

En l'état des moyens et de l'organisation actuels, la mission doute de la possibilité de tenir le calendrier d'une mise en œuvre de la convergence, sur les bases documentées appropriées, à échéance 2008.

La mission n'était pas en mesure d'apprécier le degré de priorité relatif accordé à la préparation de la mise en œuvre de la convergence, au regard des autres travaux en cours au sein de la DHOS. Il appartient en définitive à la DHOS, sous l'autorité du ministre, d'apprécier, compte tenu de l'ensemble des chantiers ouverts, si ce dossier est réellement prioritaire.

Recommandation générale 11. Apprécier, au regard des autres travaux en cours au sein de la DHOS, le degré de priorité à accorder à ceux qui concernent la convergence

La mise en œuvre de la convergence implique en premier lieu d'établir les principales données (écarts dans le coût du travail, données sur la rentabilité, etc) et définitions (précarité, programmé/programmable...). Il convient en tout état de cause d'éviter une fuite en avant dans la complexité des études alors même que les principaux éléments de comparaison manquent encore.

La mission IGAS recommande de faire succéder rapidement à la phase de concertation une phase d'arbitrage, notamment sur le sujet des études complémentaires. L'actuel comité de pilotage de la convergence devrait se consacrer désormais, sa première phase de travaux accomplie, à une fonction de surveillance et d'orientation tandis qu'une instance de pilotage plus opérationnelle interne à la DHOS devrait poursuivre la conduite des travaux. S'agissant des études notamment, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pourrait s'appuyer en outre sur l'avis d'un groupe d'experts indépendants, chargé de proposer pour validation au comité de surveillance et d'orientation (voir ci-dessus) un plan de travail tenant compte des vues des diverses fédérations, mais non soumis à négociation. Ce groupe d'experts bénéficierait de l'appui de la DHOS, et mobiliserait en tant que de besoin l'apport des diverses sources d'expertise : ATIH, DREES, MEAH, etc.

Ce groupe serait chargé de confirmer la liste des études à conduire assortie d'un ordre de priorité, de réaliser une fiche méthodologique pour chaque étude comportant une revue de littérature et une recension précise des données nécessaires avec recommandations pour leur recueil, de fixer un calendrier précis pour chaque étude. Elle se prononcerait également sur la pertinence des travaux engagés sur la révision de l'échantillonnage.

De plus, une attention particulière doit être portée au sujet de la méthodologie. Les ajustements techniques nécessaires doivent être apportés dans les meilleurs délais pour achever le travail engagé, sans rouvrir les points acquis au sein des groupes techniques. L'ATIH, dont l'expertise est indispensable, doit s'impliquer de manière constructive en lien avec la DHOS, en veillant au dialogue avec les fédérations. Elle gagnerait à formaliser ses avis par écrit de manière plus systématique.

D'une manière générale, dans le prolongement des recommandations du rapport IGAS-IGF sur le pilotage national des dépenses hospitalières, la mission rappelle l'importance d'une répartition claire des rôles entre la DHOS, à laquelle revient le pilotage transversal des réformes et la maîtrise d'ouvrage stratégique, et l'ATIH, chargée de l'essentiel de la maîtrise d'œuvre sur la base de cahiers des charges à établir aussi précisément que possible par le maître d'ouvrage. La participation d'autres instances (Mission T2A, Meah) gagnerait à être également précisée.

Il faut pour cela renforcer la capacité de pilotage au sein de la DHOS par une attribution claire de la compétence de pilotage des travaux sur la convergence au niveau approprié, en impliquant largement l'ensemble des unités compétentes (traitant du secteur privé mais également du secteur public). Il faut par ailleurs que cette dernière se mette en mesure de produire sa propre expertise sur le plan économique et statistique (éventuellement par le recrutement d'experts au profil spécialisé supplémentaires), nécessaire pour assurer son rôle de tutelle et de maître d'ouvrage auprès des diverses instances productrices d'études et d'informations.

Recommandation pilotage des travaux n° 1 Faire de l'actuel comité de pilotage de la convergence un « comité de surveillance et d'orientation »

Recommandation pilotage des travaux n° 2 Assurer au sein de la DHOS le pilotage des travaux restant à conduire ;

Recommandation pilotage des travaux n° 3 Constituer un groupe d'experts indépendants, chargé de conseiller le DHOS sur le pilotage des études complémentaires ;

Recommandation pilotage des travaux n° 4 Attribuer explicitement la conduite des travaux sur la convergence aux niveaux appropriés à la DHOS en renforçant ses moyens ;

Recommandation pilotage des travaux n° 5 Clarifier la répartition des rôles entre la DHOS (maître d'ouvrage) et l'ATIH (maître d'œuvre) sur la base d'un cahier des charges précis ; procéder de même avec la mission T2A et la MEAH.

Stéphanie SEYDOUX

Pierre ABALLEA

Pierre-Louis BRAS

5 Rappel des recommandations

5.1 Recommandations générales

Recommandation générale 1 Au total, même si le législateur n'a pas précisé ses intentions quant au sens de la convergence, les exigences de bonne gestion des deniers publics conduisent à considérer qu'elle doit s'opérer par un alignement progressif sur le plus efficient et non vers la moyenne.	15
Recommandation générale 2 Le principe de décision en matière de tarification des cliniques doit être d'assurer une rentabilité suffisante pour garantir l'attractivité du secteur auprès des investisseurs sans pour autant constituer des "rentes". La variable de contrôle de la pertinence de la politique de tarification doit être le taux de rentabilité financière des entreprises les plus performantes.	20
Recommandation générale 3. La mission recommande à la DHOS d'organiser la collecte et l'analyse de l'information afin d'être en mesure de porter une appréciation sur l'évolution de la rentabilité des groupes et entreprises significatives et performantes du secteur, appréciation qui permettra de fonder les décisions relatives à l'évolution moyenne des tarifs.....	20
Recommandation générale 4 La qualité relative des prestations entre les deux secteurs n'est pas connue. Le dispositif de convergence doit se fonder sur l'hypothèse d'un niveau de qualité similaire entre les deux secteurs.....	21
Recommandation générale 5. La mission considère, en cohérence avec les propositions formulées en Recommandation générale 2, que le choix d'une régulation décentralisée des rémunérations est préférable.....	24
Recommandation générale 6. La solution la plus pertinente nous semble être d'une part d'admettre un "sur tarif" au titre du coût du travail et de la structure de qualification pour le secteur public, d'autre part, pour éviter l'éventuel impact inflationniste de ce choix sous forme de revendication en retour des cliniques, d'affirmer clairement et de	25
Recommandation générale 7. L'objectif de convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires dans le secteur privé. Aucune proposition consensuelle n'a, jusqu'à présent, été formulée pour traiter ce problème. Même si ce problème reste aujourd'hui théorique dans la mesure où la convergence reste encore un horizon lointain, la perspective d'une convergence rapide exigerait de le traiter sans tarder.....	30
Recommandation générale 8. La prise en compte de facteurs de surcoûts (précarité, part du non-programmé) ne peut justifier un "sur tarif" pour un secteur mais doit s'opérer, le cas échéant, par établissement ou par séjour.....	31
Recommandation générale 9. L'objectif de convergence est susceptible de remettre en cause la stabilité de l'emploi hospitalier. Il convient de simuler sans attendre l'impact de la convergence sur l'emploi hospitalier.....	32
Recommandation générale 10. S'il est indéniable que l'affichage d'un calendrier volontariste est utile pour faire aboutir le projet de convergence, il est de fait impossible de déterminer aujourd'hui un calendrier pertinent.....	33
Recommandation générale 11. Apprécier, au regard des autres travaux en cours au sein de la DHOS, le degré de priorité à accorder à ceux qui concernent la convergence	53

5.2 Recommandations sur les études

Recommandation d'étude n° 1. Procéder aux évaluations de base sur les écarts de coût global horaire du travail en tenant compte des exonérations de charge sociales et des différences de financement de certaines fonctions sociales (arrêts de travail, formation professionnelle...).	26
Recommandation d'étude n° 2. Construire au niveau global une estimation de l'impact des principaux facteurs explicatifs des écarts de coûts salariaux.	27
Recommandation d'étude n° 3. Affiner l'analyse relative à la structure de qualification.	27
Recommandation d'étude n° 4. Analyser les écarts d'effectifs par fonctions (administration, technique, soins...) pour comprendre la nature des écarts et les rapprocher des modalités de recours à la sous-traitance.	27
Recommandation d'étude n° 5. Les études sur la convergence ne peuvent se limiter au remboursable sécurité sociale mais doivent comporter une approche "tous financeurs".	34
Recommandation d'étude n° 6. Poursuivre les études sur l'hétérogénéité résiduelle du case-mix partagé entre les deux secteurs dans sa version 10 et identifier les GHM qui pourraient être encore scindés dans la version 11 et/ou les modifications de règle de groupage à introduire.	38
Recommandation d'étude n° 7. A partir des résultats de l'échelle nationale de coûts commune 2006, il conviendra d'identifier l'impact du facteur « hétérogénéité » intra-GHM sur les écarts de coûts entre les deux secteurs	38
Recommandation d'étude n° 8. Il ne semble pas prioritaire de privilégier à ce stade les questions d'effet de gamme ou de taille dans les études complémentaires à conduire...	40
Recommandation d'étude n° 9. La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS ou par une nouvelle étude de patientèle.	42
Recommandation d'étude n° 10. Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.	42
Recommandation d'étude n° 11. Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée.	42
Recommandation d'étude n° 12. Le premier objectif doit être de produire une définition de l'activité programmée, acceptée par les experts, enregistrable par les établissements sans difficulté majeure et enfin contrôlable par un tiers.	43
Recommandation d'étude n° 13. Un second objectif pourrait être de cibler les recherches sur les causes de non-programmation.	44
Recommandation d'étude n° 14. Une étude complémentaire visant à mesurer les coûts des charges de service public pour évènement exceptionnel devrait être conduite à partir des données des campagnes 2004 et 2005.	44
Recommandation d'étude n° 15. Une étude de faisabilité du recueil des charges péri hospitalière rattachable à un séjour doit être conduite.	46
Recommandation d'étude n° 16. L'insolvabilité et les créances irrécouvrables doivent faire l'objet d'études spécifiques.	47

5.3 Recommandations sur le pilotage des études

Recommandation pilotage des travaux n° 1 Faire de l'actuel comité de pilotage de la convergence un « comité de surveillance et d'orientation »	54
Recommandation pilotage des travaux n° 2 Assurer au sein de la DHOS le pilotage des travaux restant à conduire ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 3 Constituer un groupe d'experts indépendants, chargé de conseiller le DHOS sur le pilotage des études complémentaires ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 4 Attribuer explicitement la conduite des travaux sur la convergence aux niveaux appropriés à la DHOS en renforçant ses moyens ;	55
Recommandation pilotage des travaux n° 5 Clarifier la répartition des rôles entre la DHOS (maître d'ouvrage) et l'ATIH (maître d'œuvre) sur la base d'un cahier des charges précis ; procéder de même avec la mission T2A et la MEAH.	55

6 ANNEXES

6.1 Lettre de mission



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

D.05.8539

Paris, le 22 juillet 2005

A

**Madame la Chef de service de l'Inspection
Générale des affaires sociales**

Objet : Mission d'appui sur la convergence tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé

La tarification à l'activité (T2A) remplace aujourd'hui par un modèle unique et homogène les modes antérieurs de tarification des établissements de santé, jugés trop rigides pour le secteur public et figés de fait les situations acquises et plus en plus opaques et complexes dans le secteur privé. Elle vise à promouvoir un système incitatif à l'efficacité économique en se fondant sur une concurrence par comparaison.

Compte tenu de ces objectifs, le législateur a posé un principe de convergence tarifaire intersectorielle. Aux termes des dispositions du VII de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, il est prévu en effet que « pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L.162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevés, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008. »

Le dispositif actuel repose principalement sur des tarifs nationaux par séjour, basés sur une seule classification médico-économique, mais différenciés par catégorie d'établissements. Ainsi, deux barèmes de tarifs coexistent, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous dotation globale intégrant les rémunérations des personnels médicaux et l'autre applicable aux cliniques privées sous objectif quantifié national excluant la rémunération des praticiens financés à l'acte.

Si le principe d'une convergence entre le secteur privé et public dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges, a donc été clairement posé par la loi, les modalités n'en ont pas été définies.

La définition de ces modalités devra nécessairement s'appuyer sur des données issues d'une échelle des coûts relatif des prestations servies. Or, le choix de faire converger ces 2 barèmes distincts pour en obtenir à terme un seul recouvrant des charges identiques est méthodologiquement complexe à mettre en oeuvre.

En effet, construire un barème commun suppose que les deux barèmes tarifaires initiaux, soient, d'une part, compatibles, c'est-à-dire reposent sur une logique de construction identique et, d'autre part, recouvrent la même activité. Or, à ce jour, en dehors de la différence du périmètre des charges couvertes, le barème du secteur public est réalisé grâce à une étude nationale de coûts tandis que le barème du secteur privé est issu d'une moyenne des anciens tarifs constatés des prestations. En conséquence, non seulement le niveau des tarifs des prestations n'est pas identique mais, de plus, le positionnement relatif de ces mêmes tarifs, n'est pas identique entre les deux secteurs.

Il est donc demandé, compte tenu des objectifs posés par la loi, à l'inspection générale des affaires sociales une mission d'appui aux travaux en cours menés par la DHOS et l'ATIH en concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé qui vise à :

1) Evaluer la méthodologie retenue pour construire un barème commun en examinant notamment la capacité de la classification médico-économique actuelle à rendre compte des différences de nature d'activité entre les deux secteurs.

A ce titre, la mission après avoir examiné la méthodologie retenue et les données disponibles analysera la pertinence de la classification tarifaire en vigueur par rapport aux enjeux relatifs à la régulation tarifaire et à l'offre de soins.

2) Expertiser l'adéquation entre l'objectif intermédiaire d'une convergence tarifaire à 50% en 2008 et le déroulement des travaux en cours.

Le ministère de la santé et l'ensemble des fédérations de l'hospitalisation se sont engagés sur un programme de travail comprenant la mise en place d'une étude nationale de coûts commune aux deux secteurs pour quantifier les écarts, des études organisationnelles, économétriques et de coûts par processus pour justifier les écarts observés. La mission analysera la possibilité de réaliser l'objectif posé par loi au vu de l'échéancier prévisionnel du déroulement des études.

3) Apprécier en fonction des rythmes de convergence envisagés, les conséquences sur le respect des objectifs de dépenses d'assurance maladie mais aussi sur l'équilibre financier des établissements de santé et par conséquent sur l'offre de soins.

En fonction de ses conclusions sur les points ci-dessus, la mission formulera des propositions opérationnelles pour mettre en oeuvre la convergence intersectorielle lors des campagnes 2006, 2007 et suivantes.

Ces propositions sont attendues avant la fin du mois de décembre 2005.



Xavier BERTRAND

6.2 La comparaison des tarifs¹⁰⁶

6.2.1 Les 10 tarifs les plus chers

Tableau 7. Les dix tarifs les plus chers dans le secteur public¹⁰⁷

1.	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	22 679,15 €
2.	05C07Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	19 428,70 €
3.	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	18 066,61 €
4.	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	17 000,41 €
5.	22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	16 426,93 €
6.	05C09Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	16 253,65 €
7.	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	16 118,12 €
8.	05C06W	Autres interventions cardiothoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	15 829,67 €
9.	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	15 810,59 €
10.	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS	14 999,09 €

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

Tableau 8. Les dix tarifs les plus chers dans le secteur privé¹⁰⁸

1.	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	15 578,41 €
2.	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	13 156,45 €
3.	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS	12 672,80 €
4.	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives	12 383,37 €
5.	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	12 160,31 €
6.	05C07Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	11 921,27 €
7.	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA	11 590,39 €
8.	05C06W	Autres interventions cardiothoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	11 576,81 €

¹⁰⁶ ont été surlignés les GHM communs aux deux secteurs

¹⁰⁷ pour mémoire : tarif moyen public pondéré = 4247 €

¹⁰⁸ pour mémoire : tarif moyen privé pondéré = 2068 €

9.	05C05 W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie avec CMA	11 127,84 €
10.	05C03 W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA	10 818,78 €

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

6.2.2 Les 10 tarifs les moins chers

Tableau 9. Les dix tarifs les moins chers dans le secteur public

1.	24M24Z	Affections de l'ante partum : séjours de moins de 2 jours	376,10 €
2.	24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours	411,60 €
3.	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	424,17 €
4.	24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14	428,17 €
5.	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours	439,31 €
6.	24M23Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13	443,66 €
7.	24M30Z	Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	460,38 €
8.	24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	464,03 €
9.	24Z18Z	Affections de la CMD 20 : séjours de moins de 2 jours	498,43 €
10.	24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical (< 2 jours)	524,26 €

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

Tableau 10. Les dix tarifs les moins chers dans le secteur privé

1.	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours	156,99 €
2.	24M24Z	Affections de l'ante partum : séjours de moins de 2 jours	220,15 €
3.	24Z18Z	Affections de la CMD 20 : séjours de moins de 2 jours	269,24 €
4.	24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14	270,06 €
5.	24Z17Z	Ethylisme aigu : séjours de moins de 2 jours	273,38 €
6.	24K05Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	279,98 €
7.	24M33Z	Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 22	280,50 €
8.	24K03Z	Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	287,47 €
9.	24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours	288,36 €
10.	24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours	289,61 €

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

6.2.3 Les dix GHM pour lesquels les tarifs sont moins élevés dans le privé¹⁰⁹

Tableau 11. Classement par ordre croissant des dix GHM pour lesquels les tarifs sont les plus bas dans le secteur privé

	GHM	libellé	Ecart pondéré par le CA	Tarif public	Tarif privé	Ecart en euros (Pu-Pr)
1.	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours	-0,23%	746,32 €	1 028,91 €	- 282,59 €
2.	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	-0,13%	596,49 €	800,96 €	- 204,47 €
3.	24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	-0,10%	537,67 €	731,68 €	- 194,01 €
4.	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	-0,05%	2 259,55 €	2 422,09 €	- 162,54 €
5.	24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours	-0,04%	1 314,31 €	1 764,59 €	- 450,28 €
6.	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie sans CMA	-0,02%	9 329,56 €	10 569,93 €	- 1 240,37 €
7.	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	-0,01%	1 321,99 €	2 707,55 €	- 1 385,56 €
8.	04M06Z	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	-0,01%	4 978,01 €	6 268,69 €	- 1 290,68 €
9.	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, sans CMA	-0,01%	9 628,57 €	10 242,78 €	- 614,21 €
10.	24M04Z	Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	0,00%	555,01 €	589,74 €	- 34,73 €

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

¹⁰⁹ classés par poids croissant dans le chiffre d'affaire

6.2.4 Les 20 GHM qui contribuent le plus à l'écart de tarif public-privé, par ordre croissant

Tableau 12. Classement par ordre croissant des 20 GHM les plus contributifs à l'écart public privé.

GHM	Libellé	Ecart en % rapporté au CA public	Tarif public en €	Tarif privé en €	Ecart en €
08C07 V	Interventions sur le rachis sans CMA	0,27%	5 161,16	2 444,79	2 716,37
06C04 V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	0,28%	6 975,62	3 662,63	3 312,99
06M03 W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,29%	3 040,64	1 655,77	1 384,87
05M08 W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,29%	3 027,83	1 465,91	1 561,92
08C03 W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	0,29%	8 530,29	4 421,37	4 108,92
08C09 V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,31%	3 920,76	2 037,07	1 883,69
17M01 S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	0,31%	11 085,11	3 820,79	7 264,32
18Z01 S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	0,34%	8 045,47	3 977,15	4 068,32
01M14 W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	0,36%	5 264,79	2 382,65	2 882,14
08C05 V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,37%	6 325,25	3 588,97	2 736,28
23M06 Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	0,39%	2 331,35	1 199,59	1 131,76
01M14 V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	0,40%	4 156,61	2 033,75	2 122,86
24M36 Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	0,41%	464,03	344,87	119,16
23Z02 Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	0,49%	6 464,80	3 782,66	2 682,14
04M05 W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0,52%	4 613,70	2 292,07	2 321,63
06C04 W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	0,58%	11 157,75	4 820,20	6 337,55
01M01	Affections du système nerveux, avec	0,62%	7 098,52	3 298,03	3 800,49

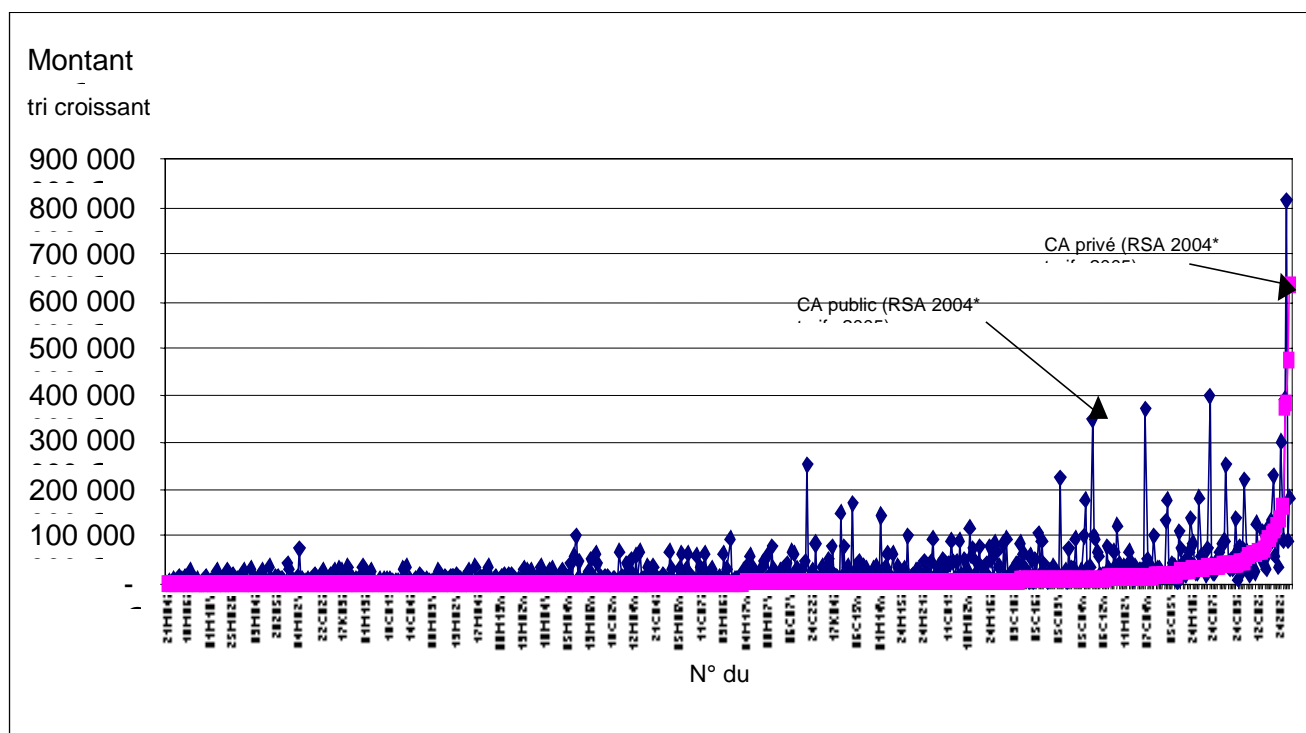
S	CMAS				
08C03 V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	0,80%	7 333,97	4 099,85	3 234,12
04M13 Z	Ce'deme pulmonaire et detresse respiratoire	0,93%	5 137,54	2 355,25	2 782,29
05M09 W	Insuffisances cardiaques et etats de choc circulatoire avec CMA	0,95%	4 176,38	2 004,40	2 171,98

Source : ATIH. DHOS. Traitement IGAS

6.2.5 La dispersion du CA pour chaque secteur

Le chiffre d'affaire de chaque GHM correspond à l'activité (RSA 2004) multipliée par les tarifs 2005.

Figure 2. Distribution des écarts de CA par GHM selon le secteur public et privé



Source DHOS – traitement IGAS

Tableau 13. Répartition du nombre de GHM par décile de CA réalisé dans le secteur public

Tranches par décile	Seuil inférieur (*)	Nombre de GHM	% GHM	% GHM cumulé
1er décile	83 960	299	46%	45,6%
2e décile	14 911 590	110	17%	62,3%
3e décile	26 383 451	71	11%	73,2%
4e décile	34 637 759	54	8%	81,4%
5e décile	47 552 390	39	6%	87,3%
6e décile	64 114 827	29	4%	91,8%
7e décile	83 276 011	23	4%	95,3%
8e décile	104 521 502	17	3%	97,9%
9e décile	176 012 262	9	1%	99,2%
10 ^e décile	303 456 732	5	1%	100,0%
Ensemble		656	100%	

Source DHOS – traitement IGAS

(*) Montant en € du CA estimé du GHM concerné.

Tableau 14. Répartition du nombre de GHM par décile de CA estimé réalisé dans le secteur privé

Tranches par décile	Seuil inférieur (*)	Nombre de GHM	% GHM	% GHM cumulé
1er décile	6 885	450	69%	68,6%
2e décile	5 688 164	93	14%	82,8%
3e décile	12 805 084	45	7%	89,6%
4e décile	23 232 373	25	4%	93,4%
5e décile	38 484 230	17	3%	96,0%
6e décile	56 023 635	12	2%	97,9%
7e décile	84 873 105	6	1%	98,8%
8e décile	123 749 055	4	1%	99,4%
9e décile	165 198 712	2	0%	99,7%
10e décile	383 851 228	2	0%	100,0%
Ensemble		656	100%	

Source DHOS – traitement IGAS

(*) Montant en € du CA estimé du GHM concerné.

6.3 La rentabilité financière des cliniques

6.3.1 Les données 2003.

La Drees s'appuie un échantillon composé de 790 cliniques MCO et hors MCO¹¹⁰. La rentabilité financière (RN/CP) des cliniques s'élève en 2003 à 6,2 %. La rentabilité des 475 cliniques MCO s'élève à 3,5 % et celle des 315 cliniques hors MCO à 10,3%¹¹¹. Cet écart suggère que la tarification du secteur hors MCO est beaucoup plus favorable aux opérateurs que la tarification MCO.

Toutefois pour mieux apprécier la situation économique du secteur, il convient de considérer la rentabilité moyenne pondérée par le CA et non une simple moyenne comme ci-dessus. La rentabilité moyenne pondérée des cliniques MCO dont les capitaux propres sont positifs s'élève à 6,23 %¹¹². Pour les cliniques dont le CA est inférieur à 6 M €, la rentabilité financière s'établit à 1,44 %. Pour les cliniques dont le CA est supérieur à 6 M € et inférieur à 12 M €, la rentabilité financière s'établit à 13,67 %. Pour les cliniques dont le CA est supérieur à 12 M €, la rentabilité financière s'établit à 3,89 %. Si l'on écarte les valeurs extrêmes (2,5 % des rentabilités les plus faibles et les plus fortes), les rentabilités financières deviennent respectivement 6,18 %, 3,59 %, 6,47 % et 6,48 %.

Deux autres études viennent compléter ces données.

Selon la FHP et CTC conseil, le taux de rentabilité financière pour 2003 s'établit à - 5,8% pour les 25 cliniques dont le CA est inférieur 6 M€, à - 2,9% pour les 48 cliniques dont le CA est compris entre 6 et 12 M€ et à 6,3% pour les 60 cliniques dont le CA est supérieur à 12 M€. Le ratio moyen s'établit à 4,2 %. Ces données sont établies sur un échantillon de 133 cliniques appartenant au secteur MCO. Parmi ces 133 cliniques, 60 ont un CA supérieur à 12 M€, 48 un CA entre 6 et 12 M€ et 27 un CA inférieur à 6 M€. Les cliniques dont le CA est supérieur à 12 M€ représentent 67 % du total de l'échantillon¹¹³. Cette étude paraît bien moins représentative que la précédente (133 cliniques contre 475).

Une étude Eurostaf basée sur un échantillon de 712 cliniques (MCO et hors MCO) aboutit à une rentabilité financière moyenne de 6,8% en 2003. Elle ne confirme pas de lien entre taille et rentabilité financière puisque les cliniques dont le CA est inférieur à 6 M€ présentent une rentabilité de 8,5%, celles dont le CA est compris entre 6 et 12 M€ une rentabilité de 6,7% et celles dont le CA est supérieur à 12 M€ une rentabilité de 5,6%. Cette étude n'est pourtant pas nécessairement contradictoire avec les précédentes si les cliniques hors MCO, les plus rentables, sont aussi les plus petites.

Cette étude présente l'intérêt de fournir des données par secteur d'activité : les cliniques MCO (2 activités parmi les trois) présentent une rentabilité de 6,6 %, les cliniques médicales (hors dialyse) une rentabilité de 7,9 %, les cliniques exclusivement chirurgicales une rentabilité de - 1,6 %, les cliniques psychiatriques de 17,3 %, les cliniques SSR une rentabilité de 16,3 %. Ces données ne correspondent pas aux idées communément reçues sur la rentabilité de la chirurgie et sur les avantages de la spécialisation. Elles confirment la très bonne rentabilité des secteurs psychiatriques et SSR. Une tarification aveugle aux données de rentabilité peut offrir des "rentes" substantielles aux investisseurs dans certains secteurs (SSR, psy). Il serait intéressant d'étudier le niveau des rémunérations salariales pour ces secteurs pour apprécier si leur aisance financière relative se traduit par une politique plus accommodante dans la mesure où les cliniques justifient souvent leurs "revendications tarifaires" par la volonté d'augmenter les salaires.

¹¹⁰ B. Le Rhun, M-C Legendre, L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003, DREES, Etudes et résultats, N° 411, juillet 2005.

¹¹¹ Ces données et les suivantes ont été établies par la DREES à la demande de la mission.

¹¹² On exclut 78 cliniques dont les capitaux propres sont négatifs, la prise en compte de ces cliniques majorerait les taux de rentabilité financière. La rentabilité financière s'établit à 10,18 % sur l'ensemble de l'échantillon

¹¹³ S. Villeret, C. Chezaud, Situation économique et financière de l'hospitalisation privée en 2003, FHP, Regards de la FHP, n° 33, mars 2005

Ces études convergent pour indiquer qu'en 2003, le niveau des tarifs garantissait une rentabilité globale moyenne "raisonnable" au secteur, du moins pour les cliniques d'une certaine taille (plus de 6M€ de CA). *A fortiori*, la rentabilité des entreprises performantes du secteur était donc, en 2003, conforme aux objectifs évoqués au point 2.2 du rapport.

Le niveau de rentabilité semble influencé positivement par la taille. A cet égard, il faut souligner que rentabilité des capitaux propres lorsque le capital est détenu par les médecins n'est pas un indicateur pertinent ; il faudrait dans ces cas pouvoir porter une appréciation globale sur la rémunération du travail et du capital. Des médecins actionnaires peuvent tolérer une moindre rentabilité de leurs capitaux si ceux-ci leur permettent de disposer d'un outil de travail leur permettant d'obtenir une bonne rémunération de leur activité. De même, lorsque l'immobilier est porté par une SCI ayant le même actionariat que la clinique, il est possible que la rentabilité soit déportée d'une structure vers l'autre. Il est possible de faire l'hypothèse que ces phénomènes sont d'autant moins prégnants que la taille des cliniques augmente et que l'actionariat de la clinique est diversifié. Au-delà même de l'effet taille, l'appréciation de la situation économique du secteur est d'autant plus pertinente qu'elle s'appuie sur le résultat de structures de taille conséquente.

Par ailleurs dans ces études la rentabilité des cliniques appartenant à un groupe est appréciée établissement par établissement, la rentabilité peut ainsi être sous estimée du fait des facturations du groupe aux cliniques et il est préférable de se fonder sur la rentabilité du groupe consolidé plutôt que sur celle de chacune des structures.

6.3.2 Les données 2004

On ne dispose pas pour l'année 2004 de données sur un échantillon aussi large que celui construit par la DREES. Toutefois *La loupe financière* fournit des données pour les entreprises les plus importantes du secteur : 300 en 2003 et 265 en 2004¹¹⁴.

Sur cet échantillon, le taux de rentabilité financière pondéré du secteur augmente de 6,5 % en 2003 pour atteindre 7,9 % en 2004. Pour les 20 plus grandes entreprises recensées, le taux de rentabilité financière passe de 7,2 % en 2003 à 9 % en 2004.

Ces taux sont atteints à partir d'une rentabilité économique au sens RN/CA de respectivement 1,1 % et 1,5 % (cf. annexe 6.4 sur les relations entre les deux notions)

On notera que la rentabilité financière calculée pour 350 000 sociétés françaises de tous secteurs valait 5,6 % en 2003 et 10,18 % en 2004.

Cet échantillon permet donc de penser que le niveau global de rentabilité financière du secteur s'est amélioré en 2004.

Les comptes consolidés de groupes importants (exclus de l'échantillon précédent) montrent une tendance similaire. Ainsi la rentabilité financière de Générale de Santé passe de 7,04 % en 2003 à 9,84 % en 2004 et celle de Medi-partenaire de 6,3 % à 9,4%.

¹¹⁴ La Loupe Financière, "Activités hospitalières", 2005/0557

Le ratio (3) rapporte la totalité des financements mobilisés au passif aux capitaux propres. Il constitue une expression de l'effet de levier¹¹⁸.

Si 2 et 3 sont stables, le ratio RN/CP se déduit directement de 1¹¹⁹.

On peut calculer quel est le niveau moyen de (1) nécessaire pour obtenir une cible de rentabilité financière pour un niveau de (2) et (3) donné.

Ainsi en moyenne en 2003, le ratio (2) valait 1,6 et le ratio (3) valait 3,84¹²⁰.

Il faut donc une rentabilité économique de 0,8 % pour obtenir, en faisant l'hypothèse de la stabilité de (2) et (3), une cible de rentabilité financière de 5% (taux des emprunts d'Etat à 10 ans actuellement aux environs de 3,5% majoré d'une prime de risque de 1,5%). En effet $5\% = 0,81\% \times 1,6 \times 3,84$.

Si l'on souhaite porter la rentabilité des CP à 10%, il faut un taux de rentabilité économique de 1,63 %¹²¹.

Une rentabilité économique de 5 % conduit à une rentabilité financière de 30,7 %

Si l'on fait l'hypothèse qu'une hausse de 1% des tarifs se traduit par une hausse de même ampleur du résultat net¹²², la rentabilité économique initiale (par hypothèse 0,8%) devient 1,79% et le taux de rentabilité financière est porté à 11,2 %. Le taux de rentabilité financière est donc très sensible aux décisions du régulateur dès lors que les hausses de tarifs sont présumées n'avoir d'impact que sur la rentabilité sans répercussion sur le coût des facteurs¹²³.

On peut à partir de ces données évaluer le coût spécifique lié à la mobilisation de capitaux privés pour la production de soins. Dès lors que l'on retient que tous les financements ont un coût que ce soit dans le secteur public ou privé, ce qui distingue le privé est la prime de risque sur les capitaux propres¹²⁴. Si l'on retient la norme de 1,5%, ce coût est donc de 1,5 % CP. A partir des ratios (2) et (3) précédents, cette prime de risque représente 0,24% du CA soit 0,26 % d'effet tarif si les tarifs représentent 90 % du CA. Dans le cas d'une rentabilité à 10% soit une prime de risque, de fait à 6,5%, le coût du capital privé représente 1,05% du CA et 1,17% des tarifs. Bien évidemment isoler ce surcoût lié à la prime de risque, n'implique pas qu'il devrait faire l'objet d'un "sur tarif" ; on peut considérer qu'il appartient plutôt au secteur privé de compenser ce surcoût qui lui est propre par une meilleure efficacité. En tout état de

¹¹⁸ L'ampleur de l'effet de levier dépend de la part des capitaux propres dans l'endettement total mais également de l'écart entre le coût de l'endettement et la rentabilité des investissements propres à l'entreprise.

¹¹⁹ Il serait intéressant d'étudier la stabilité dans le temps de ces ratios ; s'il s'avérait stable la cible de rentabilité financière pourrait s'exprimer sous forme de cible en terme de rentabilité économique. Le ratio (3) est assez stable ; en moyenne pour les cliniques MCO, son inverse s'établit à 29 % en 2000, 26 % en 2001, 25 % en 2002, 26 % en 2003. Le ratio (2) l'est un peu moins ; il valait 1,47 en 2000, 1,48 en 2001, 1,53 en 2002 et 1,60 en 2003.

¹²⁰ Source DREES, Etudes et résultats, n°411, juillet 2005 sur la base de 475 cliniques MCO pour le ratio (3) et calcul par la DREES, pour la mission, pour le ratio (2).

¹²¹ Cette donnée moyenne ne peut être valable pour toutes les cliniques individuellement. Ainsi, en 2004, pour une rentabilité économique de 2,2%, la Générale de Santé affiche une rentabilité financière de 9,8%. Ce résultat est toutefois cohérent avec le calcul moyen.

¹²² C'est à dire que la hausse des tarifs n'est pas utilisée, notamment, pour assurer une meilleure rémunération du travail. On néglige le fait que toutes les recettes des cliniques ne dépendent pas de l'activité de soins et donc des tarifs (facturations annexes, redevance)

¹²³ Il est possible d'envisager que la "générosité" du régulateur se traduise par une attitude plus accommodante sur les rémunérations salariales.

¹²⁴ On néglige le fait que les financements externes mobilisés par le service public peuvent être moins onéreux du fait d'un risque plus faible pour le prêteur.

cause, l'enjeu semble faible par rapport aux écarts de tarif actuels entre privé et public sauf prime de risque excessive.

Au total sur la base des données de structure (ratio 2 et 3) dont on peut penser qu'elles sont relativement stables, un objectif de rentabilité économique aux environs de 1% est cohérent avec un objectif de rentabilité financière fondé sur une prime de risque de 1,5 %.

6.5 L'hétérogénéité intra-GHM du case-mix français

6.5.1 *Les groupes homogènes de malades sont inégalement homogènes...*

Les établissements de santé réalisent chaque année plus de 15 millions de séjours en hospitalisation de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)¹²⁵. Ceux-ci relèvent de plus de 10 000 pathologies et 8000 actes différents, qui ont été regroupés en 694 groupes homogènes de malades dans la neuvième classification des GHM utilisée en 2004 et 2005. Elle permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour (fortement corrélée au coût du séjour). Les groupes sont considérés comme homogènes lorsqu'ils regroupent des séjours dont la prise en charge est jugée globalement équivalente notamment en terme de charge de travail (intensité et durée) et de coûts des actes et produits y concourant.

Cette classification française s'est structurée depuis 1984 à partir des bases d'activité publiques. Elle est elle-même issue de la classification Nord américaine, proposée par FETTER dans les années 1970 (Université de Yale, Etats-Unis)¹²⁶.

Chaque GHM rassemble par construction des prises en charge de séjours supposées équivalentes¹²⁷. La version 9 – T2A introduit la notion de groupe homogène de séjour (GHS) portant un tarif. En 2005, à quelques rares exceptions près¹²⁸, à un GHM correspond un seul GHS.

L'hypothèse d'homogénéité acceptable des coûts au sein des GHS est le principal élément conditionnant l'efficacité du mécanisme de la T2A. Cette hypothèse n'est pas totalement vérifiée et il existe en réalité une certaine hétérogénéité des coûts des différentes pathologies composant un GHS. Cette hétérogénéité repose notamment sur la gravité inégale des situations cliniques composant le GHS.

Il existe donc une variance des prises en charge intra-GHS. Ce phénomène connu ne posait pas de problème majeur car pesant peu dans le contexte de concurrence faible et la non-spécialisation des seuls établissements de santé publics sous enveloppe globale.

¹²⁵ MC MOUQUET Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003. DREES Etudes et résultats n°444 novembre 2005

¹²⁶ La classification des DRGs, conçue initialement comme outil d'analyse de l'activité, a été utilisée dès 1983 par l'administration américaine pour procéder au paiement forfaitaire des séjours hospitaliers des personnes âgées et handicapées, prises en charge par le programme fédéral MEDICARE.

¹²⁷ Le PMSI décompte des SEJOURS et non des MALADES, et l'appellation GHM est trompeuse de ce point de vue.

¹²⁸ Soins palliatifs, dialyse, radiothérapie et nouveau-nés

6.5.2 *Le processus de convergence et la T2A amplifient la question de l'hétérogénéité des séjours au sein d'un même GHS*

L'introduction d'un mode de tarification à l'activité construit sur la même base PMSI pour les établissements de santé publics et privés fait émerger la question de l'hétérogénéité des GHS.

6.5.2.1 *L'activité des établissements de santé privés serait globalement plus concentrée sur des prises en charge moins complexes*

L'activité du secteur privé semble, davantage concentrée sur la prise en charge des actes les moins complexes au sein d'un GHS donné. L'ATIH cite à titre d'exemple la prise en charge de la grossesse sans acte opératoire.

Tableau 15. L'exemple du GHM 814. Grossesse sans acte opératoire (PMSI Version 7)

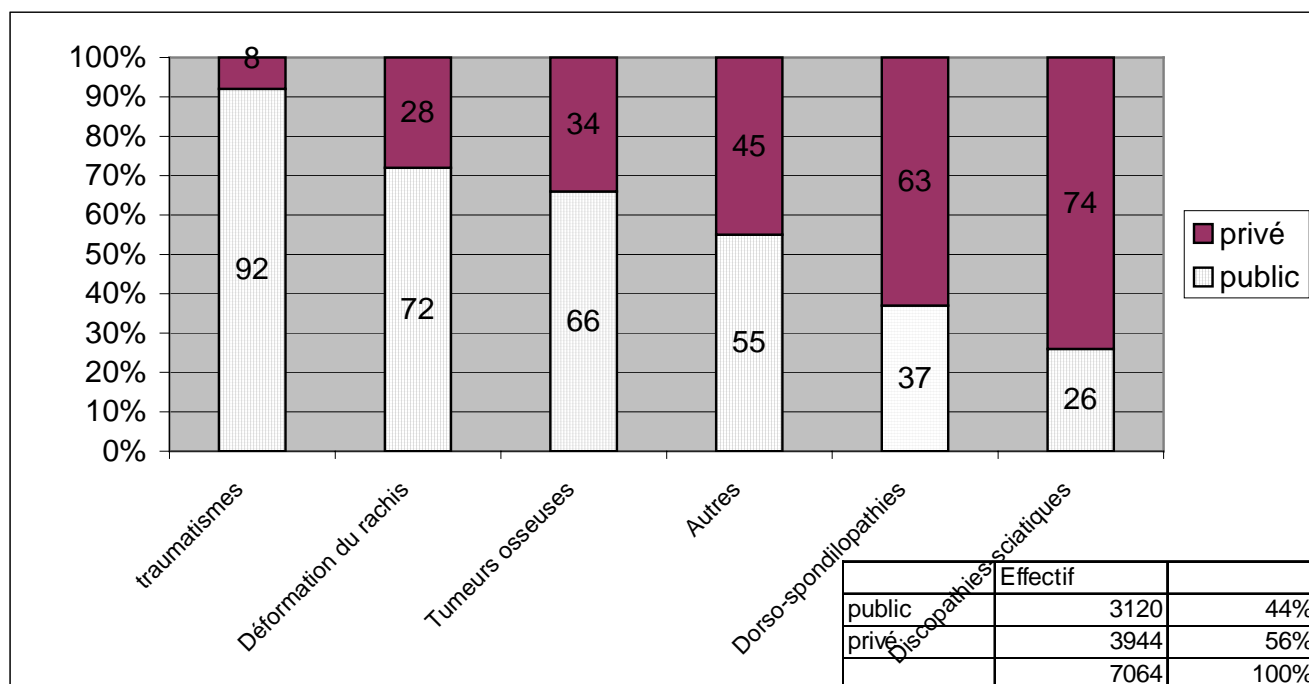
Diagnostic principal	Public (en %)	Privé (en %)
Diabète et grossesse	6,28	0,62
Résultats anormaux d'examen prénatal	1,07	2,24
Croissance insuffisante du fœtus	1,39	0,1
Faux travail et menace d'accouchement prématuré	6,13	4,56
Surveillance de grossesse à haut risque	13,76	1,89
Dépistage d'anomalies chromosomiques	7,2	18,54
Autres dépistages par amniocentèse	1,5	11,32
Avortement médical sans curetage	40,21	52,91
....		
Autres diagnostics principaux...	22,46	7,82

Source ATIH.

La FHF illustre régulièrement cette question avec la prise en charge des pathologies du rachis¹²⁹.

¹²⁹ L'ATIH précise que cette question est résolue dans la version 10 des GHM

Figure 3. Distribution entre secteur public et privé de la prise en charge du GHM 08C07W : interventions sur le rachis avec co-morbidité associées.



Source : FHF.

Le secteur privé prend principalement en charge les discopathies et les arthroses et le secteur public la traumatologie et les tumeurs. D'autres exemples sont présentés :

- Dans le GHS 06C06V Intervention sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge > 17 ans sans co-morbidité associée (11640 séjours), le secteur privé réalise la prise en charge des reflux gastro-œsophagiens et le secteur public les traumatismes et les tumeurs ;
- Dans le GHS 08C03V Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans co-morbidité associée (145 707 séjours), le secteur privé intervient principalement sur les arthroses et le secteur public sur les tumeurs et les pathologies aiguës ;
- Dans le GHS 06 C02Z chirurgie majeure des malformations digestives (556 séjours), le secteur privé traite principalement les hernies hiatales, le secteur public les malformations congénitales digestives

...

Ce travail ne porte cependant que sur un nombre limité de GHM (une douzaine) et n'a semblé pas être systématisé. La question de l'étendue de ce constat doit être explorée.

6.5.2.2 Une segmentation accrue de la classification apparaît comme la réponse naturelle pour obtenir des GHS plus homogènes, mais elle comporte des inconvénients

Les différentes versions de la classification témoignent d'un accroissement continu de la segmentation des GHM : il y a 694 GHM en V9¹³⁰ contre 598 en V8. Ce mouvement se poursuivra avec la version 10 début 2006 (+ 100 GHM, soit 780 GHM) et avec la version 11 suivante cf. *infra*. Il doit contribuer à limiter l'hétérogénéité intra GHM.

¹³⁰ 699 avec les GHM de la catégorie majeure 90, qui sont des codes d'erreur de codage

Mais la segmentation engendre mécaniquement une difficulté à mesurer les coûts des GHS dont les effectifs diminuent et amplifient donc les erreurs de mesures des coûts moyens de l'ENC. Le passage de la version 7 à la version 9 a ainsi dégradé la précision de la mesure des coûts : les GHM pour lesquels la mesure du coût moyen était entachée d'une erreur de mesure inférieure à + ou - 2% représentait un poids budgétaire d'environ 14% avec la version 9 contre 19% avec la version 7¹³¹.

6.5.3 L'ATIH a précisé l'importance de l'hétérogénéité des GHM dans les différences entre secteurs public et privé et a encore contribué à la réduire en créant une centaine de nouveaux GHM en version 10.

6.5.3.1 L'introduction de variables complémentaires dans l'analyse des case-mix des deux secteurs sur leur durées de séjour efface une grande partie des écarts constatés sur les DMS

En l'absence de données détaillant les coûts de production des GHM dans les deux secteurs public et privé, l'ATIH a conduit un travail comparant les durées moyennes de séjour des deux secteurs afin de mettre en évidence la capacité du PMSI à expliquer les différences entre les secteurs publics et privés¹³². Elle tend à montrer que les écarts de durée moyenne de séjour (DMS) entre secteur public et privé sont en fait assez mineurs si l'on prend en compte des facteurs de comparaison plus fins que le GHM.

Tableau 16. Evolution de la différence public/privé en fonction de l'introduction croissante de facteurs explicatifs

Strates	DMS si ref=public	DMS si ref=privé	Effectif analysable	Ratio des DMS
Aucune	8,08	5,98	9 242 649	1,35
GHM	7,62	6,86	9 237 623	1,11
GHM x DP	7,43	6,91	9 046 644	1,08
GHM x acte	7,45	6,86	9 115 621	1,09
GHM x MS	7,56	6,92	9 229 765	1,09
GHM x age	7,60	6,81	9 205 764	1,12
GHM x DP x acte	7,20	6,79	8 625 697	1,06
GHM x DP x acte x MS	6,99	6,71	8 454 765	1,04

Source : ATIH

L'auteur constate que : « plus on introduit de facteurs potentiellement explicatifs de différence de prise en charge, plus la différence public/privé diminue : elle était de 35% brutalement, passant à 11% en prenant le GHM en compte et passe enfin à 4% si on y ajoute le diagnostic principal, un acte et le mode de sortie ...rien ne dit que la prise en compte de facteurs supplémentaires ne permettrait d'aller encore plus loin ».

Cette analyse porte une limite liée à la variable étudiée, la DMS car elle ne s'applique qu'aux séjours de plus de 24heures, hors une partie importante du secteur privé se fait en ambulatoire. Par ailleurs, elle n'analyse pas les coûts des deux secteurs qui ne sont pas connus à ce jour, mais uniquement les durées de séjour et il n'est pas démontré que l'on peut passer sans inconvénient à l'un pour approcher l'autre. Enfin la multiplication des variables explicatives

¹³¹Rapport IGAS n°2005-137/IGF n°2005-M-021-02 sur le pilotage des dépenses hospitalières -Tome 3 sur le pilotage national des dépenses. Annexe 7 sur la variabilité des coûts.

¹³² A PATRIS. Comparaison public/privé. A partir de données infra GHM. 2004.

conduit à un modèle où l'on observe mathématiquement une réduction de la variabilité observée (à la limite chaque séjour finirait par être isolé et s'expliquer par lui-même, ce qui n'aurait plus de sens).

Pour ces raisons, la démonstration incite à pousser la mesure directe des coûts à partir d'une échelle commune afin de la confronter aux facteurs susceptibles d'en expliquer les écarts, si la mesure aboutit effectivement au constat d'écarts importants entre les deux secteurs.

6.5.3.2 La segmentation des GHM dans la révision de la version 10 a conduit à corriger une centaine de GHM jugés trop hétérogènes entre établissements de santé

La classification de GHM est régulièrement actualisée en France.

Tableau 17. Evolution du nombre de GHM dans la classification française depuis 1995

Version	Date entrée en application	Nombre de GHM	Accroissement
V4	Antérieure à 1995	569	
V5	1995-1996	578	9
V6	2000	592	14
V7	2003	598	6
V9 passage T2A	2004	694	96
V10	2006	780	86
V11	2007 ?	1350-1500 ?	500-700 ?

Sources : ATIH, DHOS sous direction F

La mise en place de la T2A a conduit à la version 9 en 2004¹³³ et à la version 10 applicable début 2006. Ces révisions visent notamment à adapter la classification à l'évolution des pratiques médicales, des différences intersectorielles et des modes de financement : tarifs et enveloppe globale avant 2004, T2A depuis. La dernière évolution vers la V11 achèvera sur sa partie médicale le processus de « mise en phase » T2A débutée en V9 et déjà réalisé sur sa partie chirurgicale en V10¹³⁴.

Cette évolution correspond à celle constatée dans d'autres pays recourant au paiement prospectif.

Tableau 18. Nombre de GHM observés dans quelques classifications étrangères

Pays	Nombre de GHM	Dont ambulatoire
Australie 2005	668	Inconnu
Allemagne 2005	1109	231
Allemagne 2006	1170	258
Etats Unis Medicare/ Medicaid 2005 ¹³⁵	532	Hors ambulatoire
Etats Unis Washington	669	Hors ambulatoire
Etats Unis Virginie	876	Hors ambulatoire

Source : ATIH

¹³³ Une réactualisation du guide méthodologique de production des Résumés de séjour en MCO de 1996 a été publiée à cette occasion par la DHOS.

¹³⁴ La version 11 prévoit plusieurs niveaux de sévérités sur certains GHM médicaux et quelques créations de groupes médicaux, elle pourrait aboutir à 1350 GHM (1500 en une hypothèse haute). Par ailleurs, l'ATIH souhaite réintégrer les GHM de la CM 24 dans les autres CMD, ce qui réduirait le nombre de GHM de manière importante sans perte de description.

¹³⁵ Le nombre volontairement réduit de GHM dans la classification historique nord américaine correspond au souhait de redistribuer les coûts différents des différentes pathologies contribuant à un même GHM entre les établissements. L'hétérogénéité est donc assumée comme un des facteurs de mutualisation entre établissements.

6.6 La mesure de la précarité dans l'activité hospitalière

6.6.1 *Les données internationales témoignent d'un effet de la précarité sur la durée de prise en charge des patients hospitalisés*

Deux études sont citées de manière récurrente dans les bibliographies.

EPSTEIN a étudié aux Etats-Unis les durées de séjours et les coûts de prise en charge des patients précaires hospitalisés de 1981 à 1985 au Brigham and Women's Hospital, pour des pathologies des tissus conjonctifs (402 séjours portant sur les DRG 240 et 241 de la classification Nord Américaine)¹³⁶. Les écarts de durée de séjours entre patients de bas et haut statut socio-économique étaient de 25% pour les durées de séjour et de 16% pour les coûts. Ces tendances persistaient après ajustement sur les autres variables telles que âge, sexe, sévérité de la pathologie et isolement.

Une étude complémentaire menée en 1987 sur 20 278 séjours a confirmé ces premiers résultats partiels et conduisait l'auteur à recommander la possibilité d'un financement additionnel des établissements de santé prenant en charge des patients de ce type¹³⁷.

Aux Etats Unis, des subventions sont accordées par MEDICARE depuis 1999 aux offreurs de soins lorsqu'ils prennent en charge une proportion importante de patients à bas revenus, et les dettes des patients non solvables sont prises en charge par le programme afin de ne pas encourager la sélection de clientèle¹³⁸.

CLOZON dans une étude menée en Belgique¹³⁹ a conclu dans le même sens sur l'allongement des durées de séjours liées à la précarité.

6.6.2 *Les études sur le lien précarité et recours aux soins en hospitalisation*

Le recours aux soins est étroitement lié aux catégories socioprofessionnelles et à l'existence d'une couverture maladie de base et complémentaire¹⁴⁰.

La DREES relève ainsi que « *Alors que la structure de la consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital : c'est le cas des personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrière ou n'a pas reçu d'éducation secondaire, ainsi que des personnes issues de familles monoparentales.*

En outre, les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues, les bénéfi-

¹³⁶ EPSTEIN AM et al, *The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups*, N Engl J Med. 1988 Jun 16 ; 318(24) : 1579-85.

¹³⁷ EPSTEIN AM et al. *Do the poor cost more ? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources*. N Engl J Med. 1991 Jan 3;324(1):63-4.

¹³⁸ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Annexe 2 sur les expériences étrangères de mise en œuvre de la T2A in Document de travail sur l'hospitalisation Séance du 24 novembre 2005. 62 pages.

¹³⁹ CLOZON et al, 1997, Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjours sans les hôpitaux. Rapport du Centre d'étude interdisciplinaire en économie de la santé, Bruxelles.

¹⁴⁰ D RAYNAUD Les déterminants individuels des dépenses de santé. DREES Etudes et résultats n°182 juillet 2002.

*ciaires de la CMU complémentaire engageant quant à eux des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens, supérieures à celles des autres assurés complémentaires. »*¹⁴¹⁻¹⁴²

Il existe des fortes disparités régionales en terme de densité d'habitation des plus pauvres. L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) relève que « *la pauvreté des ressources est très inégalement répartie : la proportion de ménages pauvres - au sens monétaire - varie de 1 à 7. Très faible dans les zones d'emploi d'Alsace, de Rhône-Alpes, d'Île-de-France, elle est en revanche très élevée dans un croissant Nord allant du Havre au nord de la Lorraine, sur le littoral méditerranéen, de Perpignan à Toulon, en Corse ainsi que dans des zones d'emploi situées sur une diagonale de Bordeaux aux Ardennes. Certaines zones, parfois des régions entières sont extrêmement pénalisées : le croissant nord allant de la Seine-Maritime aux Ardennes, le croissant sud allant des Pyrénées-Orientales au Var et incluant la Corse et d'un ensemble de zones dispersées sur une diagonale de la Charente aux Ardennes, dessinant ainsi un Z sur la carte de France métropolitaine* »¹⁴³. Un établissement de santé situé dans une zone de forte densité de populations en situation de précarité devrait accueillir une patientèle plus précaire plus importante en nombre.

Si la bibliographie en France est abondante sur le recours aux soins et l'état de santé des personnes en situation de précarité, la mission n'a pas retrouvé d'étude quantitative postérieure à celle de MATHY-BENSADON en 1998 et présentée ci dessous¹⁴⁴, sur la patientèle précaire hospitalisée et notamment sa proportion dans l'ensemble des séjours hospitaliers en secteur public et privé.

6.6.3 Les coûts des séjours des patients en situation de précarité seraient accrus de 30% environ en raison de séjours en hospitalisation plus longs en France

L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur la durée de séjour et les coûts de l'hospitalisation a fait l'objet d'une première enquête, menée par la Mission PMSI de la Direction des Hôpitaux en 1998¹⁴⁵.

Le recueil des items relatifs à la précarité a été mené dans une vingtaine d'établissements publics et privés participant au service public hospitalier, sur une durée de 3 mois en 1998. Les analyses de coût et de DMS ont été réalisées en croisant ces données avec les données financières de la base de l'échelle nationale de coûts 1998 à laquelle participaient ces établissements¹⁴⁶.

Les patients « précaires » ont été repérés à partir de 15 marqueurs de précarité, sélectionnés parmi les codes Z de la 10^{ème} version de la classification internationale des maladies (Chapitre XXI) cf. *infra*. L'inclusion était réalisée pour chaque patient comportant au moins un code de précarité.

¹⁴¹ D RAYNAUD L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. DREES Etudes et résultats n°229. Mars 2003

¹⁴² D RAYNAUD Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. DREES. Etudes et résultats n°378 février 2005.

¹⁴³ E DAVEZIES, E KORSU et BH NICOT, Un essai de géographie de la pauvreté. ONPES In les travaux de l'observatoire 2001-2002, 167-245

¹⁴⁴ Dans cette étude, portant sur 20 établissements publics et PSPH, 9% des séjours concernaient des personnes en situation de précarité.

¹⁴⁵ MATHY C, BENSADON M, *Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*. DHOS/ mission PMSI/CTIP, décembre 1999, 50 pages.

¹⁴⁶ Cette solution a été adoptée en raison de l'impossibilité d'exploiter les données financières recueillies dans l'enquête précarité spécifique

Les codes Z ont été ensuite regroupés en trois catégories : précarité d'environnement, précarité de revenus, précarité d'isolement.

Tableau 19. Regroupement des codes Z utilisés pour le codage de l'enquête.

Précarité d'environnement	Z55.0 Analphabétisme et faible niveau éducatif Z56.0 Chômage, sans précision Z56.7 Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision Z60.1 Situation parentale atypique Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation Z65.1 Emprisonnement et autre incarcération Z65.2 Difficultés liées à une libération de prison Z76.2 Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé
Précarité de revenus	Z59.0 Sans abri Z59.6 Faibles revenus Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants Z59.9 Difficulté liée au logement et aux conditions économiques, sans précision
Précarité d'isolement	Z62.2 Éducation dans une institution Z74.2 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins Z75.1 Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat

Source : CIM10

Ces codes ont été intégrés dans le codage du diagnostic associé du résumé de sortie standardisé. Cinq codes ont été particulièrement relevés : Z 596 « faibles revenus », Z 74.2 « besoin d'assistance à domicile », Z 75.1 « sujets attendant d'être admis ailleurs »¹⁴⁷, Z 56.0 « chômage » et Z 59.7 « couverture sociale et secours insuffisants ».

L'analyse a porté finalement sur 55 626 séjours¹⁴⁸ dont 9,07 % de séjours ont été considérés comme séjours de patients précaires¹⁴⁹. Elle a porté principalement sur l'effet de la précarité sur la durée moyenne de séjour d'une part et sur les coûts des séjours d'autre part.

1. l'effet de la précarité sur la durée moyenne de séjour

A case-mix constant, c'est à dire pour des GHM identiques, les patients dits "précaires" ont une **durée de séjour globalement supérieure de 36% à celle des patients "non-précaires"**.

Les analyses en régression logistique confirment l'influence de la précarité sur l'allongement de la DMS, de 2,52 jours en plus, indépendamment du GHM. Elles soulignent également le poids de l'isolement chez les précaires, indépendamment de l'effet âge.

¹⁴⁷ La mission note que ce critère conduit à reconnaître comme précaire une personne dont le séjour est allongé du fait d'une attente de sortie du court séjour. Il est donc normal de mesurer ensuite des DMS augmentées. Ce critère ne devrait pas être retenu pour définir la précarité dans une optique de convergence, sous peine de s'interdire de réduire les motifs organisationnels de cette attente. Cf. *infra*.

¹⁴⁸ Hors GHM de la catégorie majeure de diagnostic 24, soit sur 488 GHM

¹⁴⁹ Ces patients ont été repérés à partir de 15 marqueurs de précarité, sélectionnés parmi les codes Z du PMSI. Ces codes, issus de la 10^{ème} version de la classification internationale des maladies, ont été intégrés dans le codage du diagnostic associé du résumé de sortie standardisé. Cinq codes ont été particulièrement codés : Z 596 « faibles revenus », Z 742 « besoin d'assistance à domicile », Z 751 « sujets attendant d'être admis ailleurs », Z 560 « chômage » et Z 597 « couverture sociale et secours insuffisants ».

La part de variance expliquée du modèle GHM liée à l'effet précarité sur la durée de séjour augmente de 1,04% et passe de 32,6 à 33,7%. Cette amélioration correspond, à titre de comparaison, à celle observée entre deux versions de la classification.

2. l'effet de la précarité sur les coûts des séjours

Les patients précaires sont hospitalisés pour des pathologies plus coûteuses que les patients non-précaires. Cet effet lié à des case-mix différents, génère un écart de 13% des coûts des séjours entre précaires et non précaires.

A case-mix constant, c'est à dire pour des GHM identiques, **le coût de séjour est supérieur d'environ 33%**¹⁵⁰. L'accroissement du coût est directement lié au fait que ces patients restent plus longtemps et non au fait qu'ils bénéficient d'une prise en charge plus complexe, à travers la réalisation plus intensive d'actes, par exemple.

Les analyses en régression logistique confirment l'influence de la précarité sur l'accroissement des coûts de séjours, de 967 € en plus, indépendamment du GHM. Elles confirment également le poids de l'isolement chez les précaires, indépendamment de l'effet âge.

La part de variance expliquée du modèle GHM liée à l'effet précarité sur les coûts des séjours augmente de 0,56 % et passe de 32,56 à 33,12%.

6.6.4 L'incidence de la précarité sur l'augmentation des coûts des séjours reste à évaluer précisément.

L'accueil des populations en situation de précarité concerne également les établissements de santé privés. Dès 2000, la METAP¹⁵¹ et la DHOS ont souhaité vérifier sur une base nationale « précarité » *ad hoc* les résultats observés en 1998.

Les critères d'inclusion ont été révisés et reposaient sur une combinaison de sept catégories d'items : la situation familiale-composition du ménage et lien social ; la stabilité du logement ; le niveau de scolarisation ; la nationalité ; la protection sociale ; les revenus ; la situation par rapport à l'emploi.

La base nationale a été constituée en 2001. 174 établissements publics et privés sur les 713 établissements échantillonnés ont participé à un recueil des données entre le 27 novembre et le 13 décembre 2001¹⁵². 34.000 patients ont ainsi fait l'objet d'un " résumé de précarité " mais aucune analyse explicative n'a été menée au-delà d'un premier tri à plat, en raison de problèmes de qualité des données et d'absence de réalisation par le CTIP (aujourd'hui ATIH) d'un logiciel spécifique de couplage des " résumés précarité " et des résumés PMSI (RSS). Le projet reporté à 2002, a finalement été abandonné¹⁵³.

¹⁵⁰ Les auteurs de l'étude précisent justement en conclusion qu'« Il faut souligner que par construction, le calcul du coût du séjour dans le modèle PMSI, ne prend pas en compte le temps infirmier spécifiquement passé auprès de chaque patient, non plus que le travail social individualisé ; le coût des soins infirmiers est lissé sur l'ensemble des séjours d'une même unité de soins et le coût des équipes sociales est réparti sur l'ensemble des journées d'hospitalisation. or il est possible que la charge en soins infirmiers, notamment relationnels, soit supérieure pour certains des patients précaires et il est également vraisemblable que la population des patients en situation de précarité bénéficie plus que tout autre du travail des équipes d'assistance sociale, ce qui ne transparaît pas dans cette étude »

¹⁵¹ METAP Mission d'Expérimentation de la Tarification à la Pathologie créée par la loi n99-461 du 27 juillet 1999.

¹⁵² 37% des établissements de santé sous dotation globale et 13% des établissements de santé sous OQN.

¹⁵³ La mission relève que ces éléments non actualisés, figuraient encore en 2005 sur le site de l'ATIH.

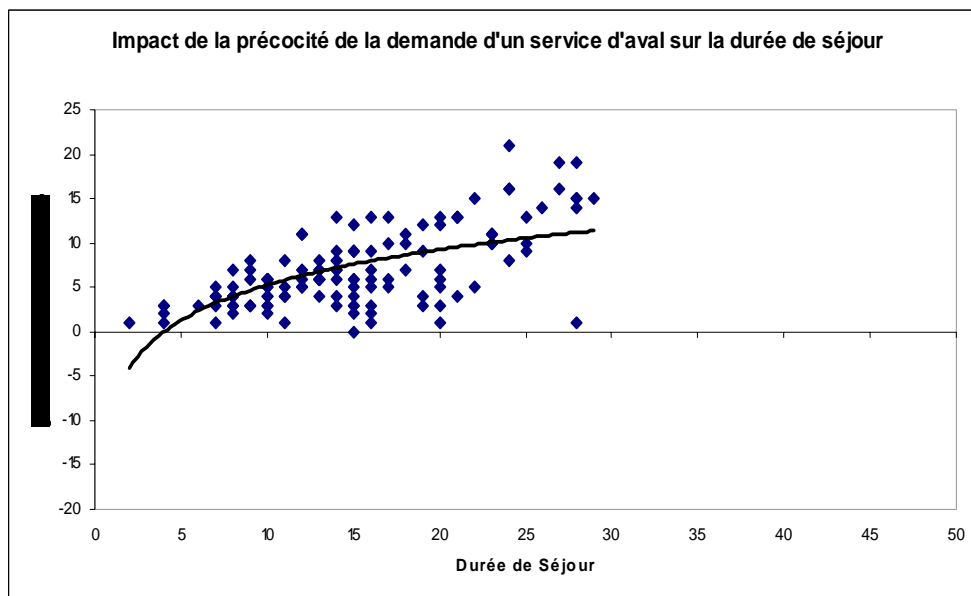
En l'absence de données complémentaires, les arguments en faveur du poids de la précarité ont conduit la METAP à proposer un taux d'abattement forfaitaire de 4% pour les seuls établissements de santé sous dotation globale dans sa simulation de février 2002.

6.6.5 *L'accroissement des durées de séjour peut répondre également à des raisons propres à l'établissement*

Il est souvent avancé que l'accroissement des durées de séjour observé chez les patients en situation de vie précaire relève de la difficulté à les renvoyer chez eux seuls sans assurance d'une continuité des soins correcte ou de l'absence de lits d'aval pour les recevoir. Ces explications sont tout à fait vraisemblables mais ne recouvrent probablement pas toutes les situations.

Il pourrait exister ici aussi des facteurs endogènes, propres à l'établissement. La MEAH souligne ainsi que la précocité d'une demande de service d'aval est étroitement corrélée à la durée de séjour, comme l'expose le tableau suivant.

Figure 4. Relation entre DMS et précocité de demande d'un service d'aval par les services sociaux



Source : MEAH. 2005

Ce mécanisme pourrait jouer particulièrement pour les patients en situation de précarité d'après la MEAH, pour lesquels la demande d'un service d'aval serait plus différée.

6.7 Programmation et non programmation

6.7.1 Les différents actes et pathologies composant un même GHM peuvent relever ou non d'une programmation, celle-ci diffère entre le public et le privé

Tableau 20. Répartition entre les secteurs publics et privés des principaux diagnostics composant la chirurgie de la main GHM 769 (CM 24 version 7 de la classification des GHM)

Diagnostic principal	Secteur public (en %)	Secteur privé (en %)
Synovite et ténosynovite	3,67	17,92
Doigt à ressort	11,78	9,47
Kyste bourse séreuse	16,32	13,26
Fibromatose palmaire	6,73	9,78
ss total "programmé"	38,50	50,43
Fracture métacarpe	12,11	4,74
Fracture doigt	6,65	4,17
Plaie tendon de la main	19,7	13,13
ss total "non programmé"	38,46	22,04
Autres diagnostics non classés	23,04	27,53
Total	100	100

Source : ATIH

La part de l'activité programmée est supérieure dans le privé.

L'activité non programmée est réputée contribuer à la désorganisation des services et à l'accroissement des coûts. La FHF avance qu'elle oblige à surdimensionner statistiquement les moyens pour pouvoir faire face aux fluctuations des patients, qu'elle génère des engorgements sur certains points critiques et peut perturber le fonctionnement des activités programmées et donc en accroître même le coût. La FHF souligne que deux hypothèses doivent être vérifiées :

1. L'activité programmée permet de réduire les coûts de production à activité médicale équivalente par rapport à une activité non programmée
2. Les établissements de santé publics et privés ne sont pas soumis aux mêmes contraintes et leurs taux de programmation ne peuvent être complètement équivalents.

6.7.2 Une étude ponctuelle réalisée à Strasbourg établit un surcoût des hospitalisations non programmées¹⁵⁴

L'étude a été conduite sur les données d'hospitalisation complète 2003 transmises au titre de l'Etude Nationale de Coût par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Les séjours ont été répartis en trois catégories : ceux ayant pu faire l'objet d'une pré-admission (activité

¹⁵⁴ G NISAND Impact de la programmation des activités sur leur coût de prise en charge in Dossier FHF Convergence Hôpitaux publics – Cliniques privées : une convergence tarifaire faussée.

programmée) ; ceux ayant été pris en charge de manière non-programmée (1) ; ceux passés par le service d'accueil urgence puis hospitalisés (2) et ceux enfin ne pouvant être répartis *a posteriori* entre l'une ou l'autre de ces deux catégories (3).

Tableau 21. Répartition et coûts des séjours non programmés et programmés aux HCS en 2003

		Répartition	effectif	Moyenne €	Rapport (2-1)/1
1	Pré-admissions	28,56%	16 736	4 227 €	63,00%
2	Urgences puis hospitalisation	30,49%	17 866	6 890 €	
3	Autres, non classables	40,95%	23 999	5 210 €	
		100,00%	58 601		

Source : FHF. Retraitement mission IGAS

Une origine programmée ou pas a pu être identifiée pour 59% des 58 601 séjours étudiés. L'information n'est effectivement pas disponible en routine (*cf. infra*) et ne peut donc être codée *a posteriori* pour tous les séjours. Ceci constitue une des limites de cette étude, relevée par l'auteur, qui souligne qu'une partie de ces séjours « autres, non classables » devrait pouvoir faire l'objet d'une pré admission.

Pour des séjours d'hospitalisation complète ayant pu être codés, les hospitalisations non programmées par rapport à celles qui avaient pu faire l'objet d'une pré-admission, représentent un surcoût moyen de 63%.

Ce résultat est vérifié pour les GHM de 19 des 22 catégories majeures de diagnostic pour lesquelles l'analyse des coûts a pu être conduite (soit sur 90,2% des séjours). Ce résultat n'est cependant pas totalement vérifié. Pour trois catégories majeures, les séjours non programmés apparaissent moins coûteux que les séjours programmés (CMD ORL, cardio-vasculaire et affections néo-natales). Le tableau suivant rassemble ces résultats.

Tableau 22. Répartition et coûts moyens des séjours non programmés et programmés par catégorie majeure de diagnostic, aux HUS en 2003.

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)	Effectif	% préad	% SAU	% autres	Préad	Urgence	Autres	(urgence-préad) /préad
					Coût moyen/séjour (€)			
		a	b	1- (a + b)	[1]	[2]		(([2]-[1])/[2])
Neurologie	4 980	7%	42%	51%	3 512	7 362	6 205	109,6%
Ophthalmologie	1 119	65%	3%	32%	2 639	4 273	3 502	61,9%
ORL	2 003	54%	16%	30%	3 030	2 978	4 126	-1,7%
Pneumologie	4 630	17%	41%	42%	4 369	7 471	8 188	71,0%
Cardio-vasculaire	5 478	20%	29%	51%	8 682	7 808	8 125	-10,1%
Aff. du tube digestif	4 910	29%	44%	27%	4 934	5 265	6 863	6,7%
Hépto-gastro-entérologie	2 502	33%	33%	34%	5 224	7 020	6 547	34,4%
Traumatologie et affections du tissu conjonctif	6 366	42%	27%	31%	4 472	5 689	4 709	27,2%
Dermatologie et Sénologie	2 269	57%	17%	26%	3 447	5 541	5 695	60,7%
Endocrinologie	1 888	35%	23%	42%	3 291	5 176	5 477	57,3%
Urologie –néphrologie	2 418	34%	32%	34%	4 203	5 152	4 819	22,6%
Appareil génital masculin	547	61%	14%	25%	3 367	3 432	4 217	1,9%
Gynécologie	1 123	72%	10%	18%	3 492	4 048	3 683	15,9%
Obstétrique	4 425	3%	-		3 101	-	3 075	
Néonatalogie	3 775	0%	1%	99%	4 867	3 543	3 220	-27,2%
Hématologie	783	15%	37%	48%	3 580	7 220	6 281	101,7%
Oncologie -hématologie	2 831	61%	4%	35%	2 860	14 421	6 652	404,2%
Maladies infectieuses et parasitaires	804	6%	50%	44%	6 408	12 790	12 349	99,6%
Maladies et troubles mentaux	735	4%	38%	58%				
Toxicologie	167	20%	31%	49%	3 174	5 580	5 467	75,8%
Allergologie et intoxication	541	15%	40%	45%	-			
Brûlures	79	30%	41%	29%	5 681	7 399	2 827	30,2%
Autres motifs de recours	3 688	41%	8%	51%	2 978	5 194	3 300	74,4%
VIH	92	9%	32%	59%	11 333	15 456	9 397	36,4%
Transplantations d'organes	287	42%	1%	57%	18 576	58 089	33 398	212,7%

Source : FHF, retraitement mission IGAS

L'auteur conclut sur l'intérêt d'enregistrer le caractère programmé des séjours dans le recueil des données médicalisées, malgré la difficulté connue pour l'obtenir de manière fiable et systématique.

6.7.3 *Le concept programmé/non programmé n'est pas stabilisé*

La définition de l'item « programmé/non programmé » n'est pas stabilisée et son recueil n'existe pas en routine.

A titre exploratoire, l'ATIH relève qu'une première observation des 20 GHM les plus fréquents dans chacun des secteurs montre que 16 GHM seraient très sensibles à cet item dans le public (hors accouchements et nouveau-nés) alors que 9 GHM seraient légèrement sensibles à cette donnée dans le privé (hors accouchements et nouveau-nés), les autres GHM du secteur privé relevant de l'activité programmée¹⁵⁵.

La prise en compte de cet item a été proposée par la DHOS en juillet 2004. A l'occasion de la préparation de la version 10 de la classification des GHM, une nouvelle version du résumé d'unité médicale (RUM 011) incluant cet item, a été diffusée dans les établissements de santé¹⁵⁶.

La définition proposée par la DHOS qualifiait de « programmé » un séjour relatif à une hospitalisation ayant fait l'objet d'un rendez-vous d'hospitalisation et dont la date d'entrée était conforme à la date de rendez-vous.

Exemples positifs :

- Hospitalisation programmée lors d'une précédente hospitalisation
- Hospitalisation programmée à la suite d'une consultation médicale (réalisée au moins deux jours avant la date du rendez-vous)
- Hospitalisation programmée après un échange téléphonique entre deux médecins (dont le médecin responsable du malade dans l'unité d'hospitalisation) au moins deux jours avant la date d'entrée

Exemples négatifs :

- Le rendez-vous d'hospitalisation a été pris par le médecin traitant demandant une hospitalisation dans l'après-midi
- Un rendez-vous de consultation est immédiatement suivi d'une hospitalisation
- Une hospitalisation prévue lors d'une consultation ou d'une précédente hospitalisation sans rendez-vous précis
- Hospitalisation prévue après un échange téléphonique entre le patient et le service d'hospitalisation où il est connu

La DHOS précisait que la qualification de « séjour programmé » devait faire l'objet d'un contrôle et donc que les éléments correspondant devaient pouvoir être retrouvés dans le dossier du patient.

Ces consignes ont fait l'objet de critiques de la part de certains établissements de santé en raison de problèmes d'homogénéité du recueil de cet item lié à sa définition insuffisamment précise d'une part, et de la difficulté à coder *a posteriori* et donc à contrôler, car les données ne figurent pas toujours dans les dossiers des patients, d'autre part.

¹⁵⁵ M. Mendelsohn Quel avenir pour les GHM dans le cadre de la T2A ? ATIH. Communication aux journées de ... Marseille 2004

¹⁵⁶ Note DHOS 4223 aux ARH du 27 juillet 2004 relative au nouveau format de RUM applicable au premier janvier 2005 4 pages.

La DHOS en annonçant le report du déploiement de la version 10 au premier janvier 2006 a renoncé à en demander le codage dans le nouveau RUM, tout en en conservant l'espace logique de codage¹⁵⁷.

Un recueil expérimental a été proposé en 2005 sur les seuls établissements de santé participant à l'ENC¹⁵⁸. Ceci n'a pas été réalisé et l'ATIH attend les résultats des travaux du groupe de pilotage de la convergence pour relancer ce sujet.

6.7.3.1 Une analyse programmable – non programmable couvrant toute la classification ne peut pas être substituée

En 2004, l'option d'une analyse « à dire d'expert » avait été évoquée. La méthode se proposait de bâtir « à dire d'expert » une grille d'analyse définissant pour l'ensemble des diagnostics principaux des GHM ceux qui relèvent d'une activité programmée et ceux qui n'en relèvent pas, puis de conduire l'analyse de la dernière base nationale disponible à cette aune.

Cette méthode a été rapidement considérée comme difficile à retenir, en raison de l'impossibilité de trancher a priori dans un nombre important de GHM¹⁵⁹, les deux choix pouvant être faits selon les pathologies prises en charges à l'intérieur d'un même GHM. Cet obstacle renvoie à l'hétérogénéité des GHM, traitée par ailleurs.

La mission IGAS a demandé à la DHOS, de mieux identifier le nombre de GHM posant réellement problème pour une analyse a priori, « à dire d'expert ». Celle-ci confirme sur une analyse des 20 premiers GHM les plus fréquents du secteur privé que le critère n'est pas pertinent.¹⁶⁰

Exemple :

GHM d'interventions sur le genou¹⁶¹, deux cas extrêmes orientant dans ce même GHM :
- ostéosynthèse à foyer ouvert pour fracture articulaire simple - a priori non programmable
- deuxième temps de reconstruction fémoro-tibiale par arthrodèse ou arthroplastie - manifestement programmable »¹⁶²

6.7.3.2 Tous les séjours programmables ne sont pas obligatoirement programmés

Cette constatation n'est aujourd'hui pas documentée et la part des séjours qui pourraient être programmés n'est pas précisément connue. Des études montrent cependant que des marges de progrès importantes sont possibles.

¹⁵⁷ Note DHOS 5003 aux ARH du 20 décembre 2004 relative au nouveau format de RUM applicable au premier janvier 2005 : compléments d'information. 12 pages.

¹⁵⁸ ATIH Compte rendu du comité technique de maintenance du 27 janvier 2005. 3 pages

¹⁵⁹ Estimé à environ 40% des GHM de la V9 d'après l'étude de Strasbourg.

¹⁶⁰ J DUBOIS. Pôle PMSI bureau F3 de la DHOS. Note en réponse du 24 novembre 2005 « Le test est concluant... dans le sens négatif : par acquis de conscience je suis allée jusqu'aux 20 premiers GHM, hors CM24, mais il apparaît clairement que ce critère n'est pas pertinent (hormis quelques très rares cas tels que les interventions sur le cristallin). La raison essentielle en est que dans un même GHM, pointent un nombre important de diagnostics (ou plutôt d'actes dans le cas présent, car les premiers GHM du privé sont essentiellement des GHM chirurgicaux) et que l'on y trouve aussi bien des prises en charge réalisées sur le mode de l'urgence donc nécessairement de manière non programmable, que des prises en charge réalisées "à froid" »

¹⁶¹ 16ème rang par ordre de fréquence des GHM du privé hors CM24

¹⁶² J DUBOIS. Pôle PMSI bureau F3 de la DHOS. Note en réponse du 24 novembre 2005 *ibid.* cit.

L'exemple de la chirurgie ambulatoire est ainsi éloquent¹⁶³. Elle constitue l'une des alternatives à l'hospitalisation avec hébergement. Elle est par ailleurs considérée comme une source potentielle d'économies pour le système de santé dans son ensemble. Aux USA par exemple, 94% des actes chirurgicaux éligibles sont effectivement pratiqués en ambulatoire, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 34% en France¹⁶⁴ (qui se situait ainsi au douzième rang -sur quatorze- concernant les pays de l'OCDE).

Une étude menée en 2001 France par les services médicaux de l'assurance maladie sur les actes¹⁶⁵ et gestes marqueurs¹⁶⁶ de chirurgie ambulatoire a conduit notamment aux constatations suivantes¹⁶⁷ :

- Il existait un déséquilibre important entre les deux secteurs de l'hospitalisation privé et public : en 1999 le privé réalisait 87% des actes en chirurgie ambulatoire ;
- Le potentiel de substitution vers l'ambulatoire est important mais variable selon les régions, les établissements et les actes considérés : 35% des établissements sous dotation globale ont été spécifiés comme potentiellement porteurs d'un accroissement de cette activité ;
- le taux de satisfaction (90%) des patients ayant subi une intervention en ambulatoire (à signaler en revanche un taux important, de 22% à 58% selon le geste concerné, de refus a priori de cette modalité d'intervention) ;
- un gain potentiel d'économie globale (hospitalisation+ville) lié au développement de la chirurgie ambulatoire. Ce gain a été estimé, selon les actes, entre 25% et 51% des dépenses totales de l'Assurance Maladie pour l'activité effectuée dans les établissements sous dotation globale.

Les principaux freins au développement de l'activité ambulatoire sont les réticences du malade (cf. ci-dessus), ainsi que son environnement socio-économique mis en avant par les personnes interrogées. Les contraintes d'organisation des personnels médical et paramédical arrivent en second, avant les causes, souvent évoquées, de manque d'intérêt du personnel médical ou encore de risque de perte de moyens du côté de l'établissement.

6.7.4 Une programmation accrue mais mal maîtrisée pourrait accroître les difficultés

La Mission d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH) conduit depuis 2002 des programmes d'audit hospitaliers et d'accompagnement d'établissements de santé publics et privés volontaires pour mieux comprendre et traiter leur organisation interne.

¹⁶³ MEAH Etat des lieux du projet chirurgie ambulatoire.

¹⁶⁴ MC MOUQUET Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003. DREES Etudes et résultats n°444 novembre 2005

¹⁶⁵ Afin de pister le développement de la chirurgie ambulatoire, de limiter les éventuels effets pervers comportementaux et abus concernant les actes d'exploration et les actes dits « externes », l'Association Française de chirurgie ambulatoire (AFCA) a développé le concept d'acte marqueur. Un acte marqueur est un indicateur d'un niveau de pratique en matière de chirurgie ambulatoire. Cet instrument de mesure, support d'une politique incitative, a eu donc pour finalité de repérer et de « marquer » dans les pratiques ambulatoires ce qui est réellement qualifié et substitutif.

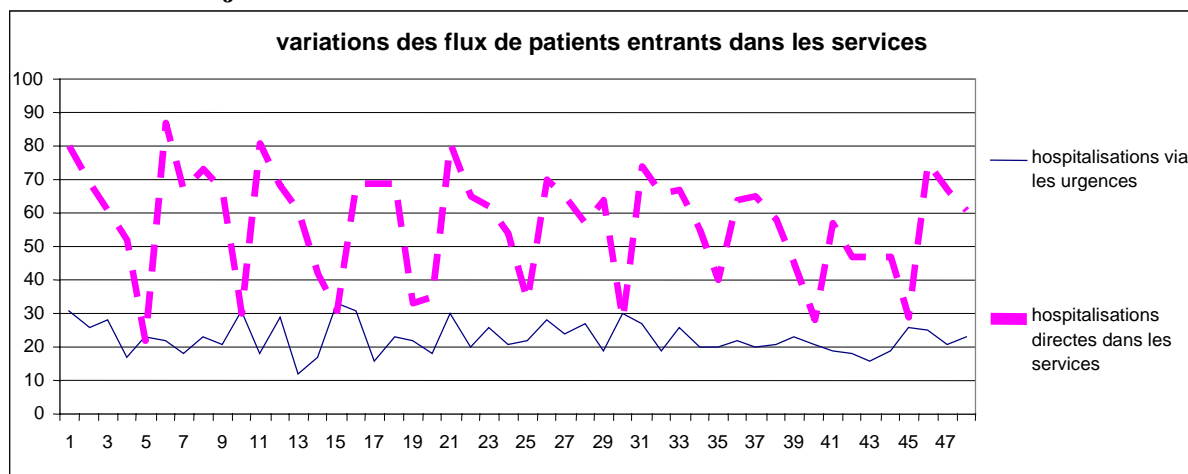
¹⁶⁶ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire et choisies à dire d'expert. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche. Dix huit gestes marqueurs ont été choisis pour être des indicateurs de la pratique de la chirurgie ambulatoire et constituer des vecteurs de son développement. Ils représentent 50 % de la chirurgie ambulatoire dite « qualifiée et substitutive » (GHM 761 à 777+885)

¹⁶⁷ CNAMTS Programme National Inter-régimes, Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire, Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête, septembre 2003 46 pages + annexes

Elle relève dans une étude sur les blocs opératoires que le taux d'interventions programmées est déjà élevé : selon les établissements, entre 20% et 5% des patients arrivant au bloc un jour J n'étaient pas connus du personnel du bloc¹⁶⁸.

Par ailleurs, la MEAH relève à partir notamment de son étude sur les urgences que la part de l'activité non programmée est en général prévisible et ses fluctuations connues dans un établissement donné. Ceci lui semble donc *a priori* aisé à anticiper et gérer.

Figure 5. Influence des entrées par les urgences sur les flux de patients entrant dans les services selon le jour de la semaine



Source : MEAH.

La MEAH relève que « d'un jour de la semaine à l'autre, le flux de patients hospitalisés depuis les urgences est plus lisse que celui des patients hospitalisés directement dans les services...mais le flux de patients directement admis semble néanmoins avoir une certaine régularité d'une semaine sur l'autre, notamment du fait de « l'effet week-end » ».

¹⁶⁸ A LUCAS, D TONNEAU Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Rapport de phase 1. MEAH avril 2005. 40 pages.

Tableau 23. les admissions depuis les Urgences sont plus stables au cours de la semaine que les admissions directes

	<i>Nb my de patients entrés par Urgences</i>	<i>Nb my de patients entrés hors Urgences</i>
Lundi	16,69	69,83
Mardi	15,37	37,29
Mercredi	15,71	35,25
Jeudi	15,27	46,77
Vendredi	17,37	33,35
Samedi	14,63	10,60
Dimanche	13,92	11,44
Moyenne	15,57	34,93
ET	1,17	20,45
ET/My	7,52%	58,55%

Source : MEAH, synthèse données observées sur établissements de santé participant à l'enquête urgences.

Les fortes fluctuations d'activité observées sont donc plutôt liées à l'activité programmée qui est souvent mal répartie sur la semaine et provoque des pics dont la prise en charge impacte les services et...la capacité à faire face au non-programmé.

Une programmation accrue des séjours pourrait donc conduire, si elle n'est pas correctement organisée à accroître les difficultés de fonctionnement des établissements de santé.

6.8 Une approche indirecte de la qualité des soins selon les secteurs d'hospitalisation

6.8.1 L'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS).

La DREES a réalisé en 2004 une étude prospective nationale sur les événements indésirables graves (EIG) motivant ou survenant au décours d'une hospitalisation¹⁶⁹. L'observation sur une période de huit jours a été conduite par 71 établissements publics et privés parmi 117 tirés au sort sur la base nationale des établissements FINESS (taux de participation 60,7%). Ce taux de participation est différent entre les deux secteurs : 70% pour le public et 30% pour le privé. Ceci amoindrit la portée des conclusions possibles sur la précision des estimations faites pour le privé. Logiquement la DREES n'a pas produit d'analyse comparant les deux secteurs.

¹⁶⁹ P MICHEL et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé Premiers résultats d'une étude nationale. DREES. Etudes et résultats n°398 mai 2005

Tableau 24. Evènements indésirables graves évitables et non évitables observés au décours d'une hospitalisation en 2004, par discipline médicale et selon le type d'établissement.

Type d'établissement et d'activité	EIG identifiés pendant l'hospitalisation			EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation			EIG non évitables identifiés pendant l'hospitalisation		
	Nombre	%	(95%IC)	Nombre	%	(95%IC)	Nombre	%	(95%IC)
Médecine									
CHU	58	7,8	[5,6 ; 10,1]	25	2,9	[1,6 ; 4,2]	33	5,0	[3,1 ; 6,8]
Autres éta sous DG	36	5,0	[3,2 ; 6,9]	18	2,4	[1,2 ; 3,7]	18	2,6	[1,2 ; 4,0]
Ets privés sous OQN	12	4,6	[1,8 ; 7,3]	3	1,4	[0 ; 2,9]	9	3,2	[1,0 ; 5,5]
Total médecine	106	6,2	[4,9 ; 7,5]	46	2,4	[1,6 ; 3,2]	60	3,8	[2,7 ; 4,8]
Chirurgie									
CHU	78	8,6	[6,4 ; 10,8]	28	3,2	[1,9 ; 4,6]	50	5,4	[3,6 ; 7,2]
Autres éta sous DG	34	5,0	[3,1 ; 6,8]	8	1,0	[0,2 ; 1,9]	26	3,9	[2,2 ; 5,6]
Ets privés sous OQN	37	7,0	[4,5 ; 9,6]	13	2,2	[0,8 ; 3,5]	24	4,9	[2,6 ; 7,1]
Total chirurgie	149	7,0	[5,7 ; 8,3]	49	2,2	[1,5 ; 3,0]	100	4,8	[3,7 ; 5,8]
Total	255	6,6	[5,7 ; 7,5]	95	2,3	[1,8 ; 2,9]	160	4,3	[3,5 ; 5,0]

Source : DRESS Etudes et résultats¹⁷⁰.

Le nombre d'EIG survenant au décours d'une hospitalisation peut être estimé dans une fourchette de 350 000 à 450 000 EIG par an dont 120 000 à 190 000 pourraient être évitables. Ils surviennent un plus souvent en chirurgie qu'en médecine, dans les deux secteurs. L'analyse des causes latentes des EIG jugés évitables met en évidence l'importance des questions d'organisation : absence de protocole, insuffisance d'échange entre les professionnels et le patient, inadaptation de la planification des tâches et défauts de communication interne.

Il apparaît difficile de conclure, sous les réserves présentées plus haut, à l'existence patente d'une différence entre secteurs de soins.

6.8.2 L'enquête SOFRES 2004 sur l'opinion des français sur le système de soins hospitalier public et privé

La FHF a commandé en 2004 une enquête déclarative auprès d'un échantillon représentatif de la population de plus de 18 ans, ainsi qu'auprès d'un échantillon de personnes hospitalisées¹⁷¹. Il y apparaît que les opinions sont beaucoup plus affirmées concernant le secteur public que privé¹⁷². La qualité des soins y est jugée bonne pour 84% des répondants dans le public et 74% pour le secteur privé. A l'inverse 11% des mauvaises opinions concernent le secteur public contre seulement 6% pour le secteur le privé.

Tableau 25. Opinion des Français sur la qualité des soins entre les deux secteurs.

Qualité des soins	Hôpital public	Clinique privée
Bonne opinion	84%	74%
Mauvaise opinion	11%	6%
Sans opinion	5%	20%
Total	100%	100%

Source : SOFRES 2004

¹⁷⁰ Source Enquête ENEIS 2004 - Drees - exploitation CCECQA

¹⁷¹ TNS SOFRES « Les Français et l'hôpital » Enquête réalisée en avril 2004 pour la FHF.

¹⁷² Les avis se sont davantage exprimés pour le public (mieux connu/fréquenté ?) avec seulement 5% de non-réponses contre 20% dans le privé.

6.8.3 Les résultats intermédiaires de la HAS sur le processus d'accréditation

La Haute autorité de santé a conduit depuis 2000, des visites d'accréditation des établissements de santé tant publics que privés, dont une partie explore la qualité et la sécurité des soins¹⁷³. La moitié des 2970 établissements de santé avaient fait l'objet d'une visite instruite par le collège d'accréditation entre 2002 et fin 2004¹⁷⁴. Cette proportion est encore un peu plus élevée pour les établissements de santé de court séjour.

Tableau 26. Répartition par catégorie des établissements ayant achevé la procédure entre 2000 et 2004.

CH	CHS	CHU	CP	HL	PSPH
67 %	69 %	86 %	51 %	46 %	68 %

Source HAS, Rapport d'Activité du Collège d'Accréditation 2004

Les deux tiers des établissements de santé publics ou participant au service public ont achevé la première procédure d'accréditation entre 2000 et 2004, contre la moitié des établissements de santé privés.

Tableau 3. Compte-rendu d'accréditation. Répartition des décisions formulées par le collège d'accréditation par type d'établissement de court séjour¹⁷⁵. Données cumulées Novembre 2005.

	CHRU	CH	CHS	HL	PSPH	CLCC	Cliniques privées	TOTAL
Sans recommandation	7	12	0	3	42	4	163	231
	8,2%	3,1%	0,0%	1,6%	10,8%	33,3%	19,8%	11,8%
Avec recommandation	33	214	46	116	250	5	523	1187
	38,8%	55,2%	57,5%	63,0%	64,3%	41,7%	63,6%	60,6%
Avec réserve	42	150	30	63	93	3	124	505
	49,4%	38,7%	37,5%	34,2%	23,9%	25,0%	15,1%	25,8%
Avec réserve majeure	3	12	4	2	4	0	12	37
	3,5%	3,1%	5,0%	1,1%	1,0%	0,0%	1,5%	1,9%
TOTAL	85	388	80	184	389	12	822	1960
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source HAS, Rapport d'Activité du Collège d'Accréditation 2004. Retraitement mission IGAS

La distribution des décisions n'est pas identique entre les deux secteurs public et privé. Les cliniques privées ayant achevé la procédure d'accréditation ont reçu davantage de décision d'accréditation sans recommandation. Elles ont reçu proportionnellement beaucoup plus de recommandations simples. Les réserves et les réserves majeures sont plus fréquentes dans le secteur public en proportion de l'ensemble des décisions rendues pour chaque secteur.

Ces résultats semblent favorables au secteur privé mais aucune conclusion définitive ne peut être tirée à ce stade, car :

- La part des établissements privés est aujourd'hui moindre et un effet de sélection est possible

¹⁷³ La mission est consciente que seule une partie des professionnels considère que la démarche participe à l'amélioration de la qualité des soins, notamment sur le plan de la relation au patient (cf. Ph. MOUQUET et J MURLOZ DREES Etude n°48 – juin 2005) ; elle considère néanmoins que les résultats du processus national d'accréditation peuvent être utilisés comme indicateurs de la montée en charge des démarches qualité au sein des établissements de santé français.

¹⁷⁴ Les données concernent tous les établissements de santé MCO ou pas.

¹⁷⁵ Les données concernent ici tous les établissements de santé de court séjour, dont les hôpitaux locaux et la psychiatrie.

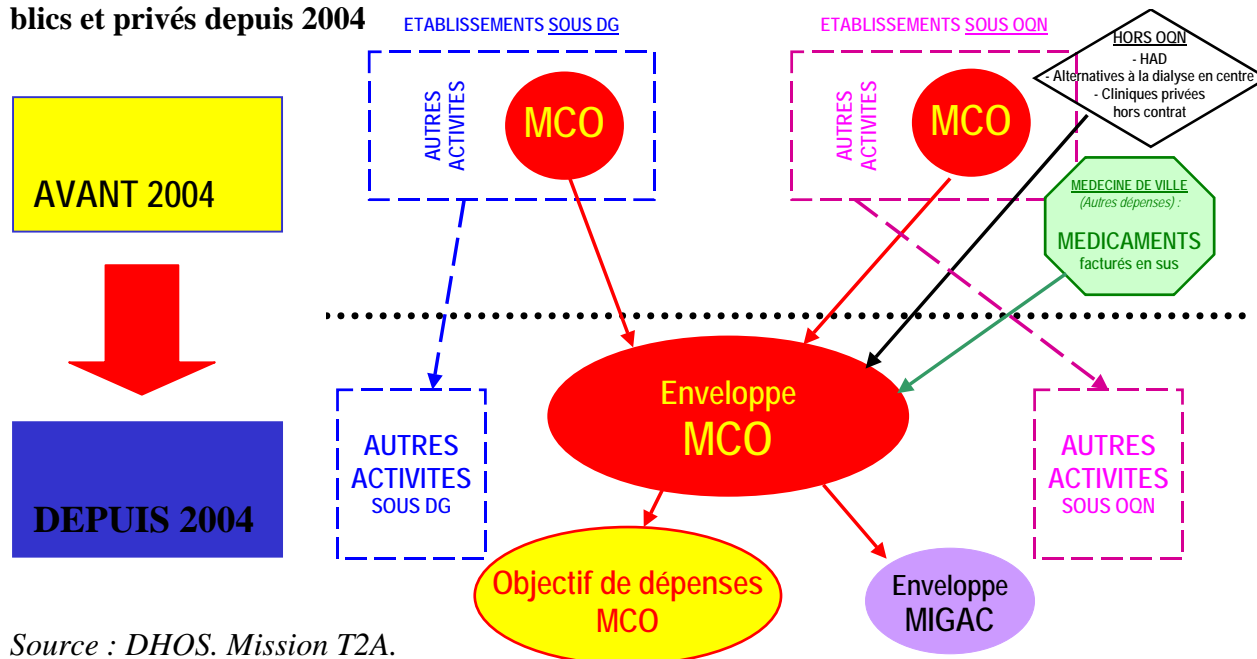
- Le nombre de réserves devrait être ajusté en tenant compte de la taille des établissements. Il est en effet plus probable d'observer des dysfonctionnements lorsque le nombre de services augmente.
- L'analyse porte sur l'ensemble des décisions et pas uniquement sur celles relatives à la qualité et la sécurité des soins.

6.9 Mission d'intérêt général et convergence

6.9.1 Le financement via les GHS est complété par d'autres enveloppes proportionnelles à l'activité basée sur le PMSI ou pas, ou uniquement forfaitaires : les MIGAC.

Dès la conception du nouveau mode financement des établissements de santé en 2000, le choix a été fait en France d'un financement mixte associant au financement prospectif forfaitaire des enveloppes complémentaires¹⁷⁶⁻¹⁷⁷.

Figure 6. Evolution du schéma général de financement des établissements de santé publics et privés depuis 2004



Source : DHOS. Mission T2A.

Certaines enveloppes forfaitaires sont adossées à l'activité ou aux consommations et d'autres sont déconnectées de l'activité. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dites MIGAC, regroupent les financements non conditionnés à l'activité.

6.9.2 L'articulation entre financement à l'activité et MIGAC

Les MIGAC sont établies pour partie forfaitairement sur leur partie MERRI, et pour partie sur la déclaration des établissements de santé, principalement pour la partie MIG, la dernière par-

¹⁷⁶ Principe arrêté lors de la séance de juillet 2000 du comité de pilotage de la mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie.

¹⁷⁷ Comme dans la plupart des pays ayant fait un choix de financement prospectif basé sur l'activité des établissements de santé.

tie (AC) repose sur les contrats conclus avec les ARH. Elles représentent 7% (soit 4,385 Milliards d'€) du financement de l'hospitalisation contre 66% pour l'objectif de dépenses MCO. L'enveloppe MIGAC a augmenté entre 2004 et 2005 de près de 19%, contribuant à la baisse des tarifs des GHS dans le mécanisme d'enveloppe générale fermée.

Tableau 27. Evolution des enveloppes MIGAC entre 2004 et 2005. En milliers d'euros.

	2004	2005	2005-2004/2004
MERRI	1910,0	2278,5	19,3%
MIG-autres	1500,8	1432,2	15,9%
AC		352,8	
	3410,8	4063,5	19,1%

Source : mission T2A¹⁷⁸. Retraitement mission IGAS.

La liste des activités pouvant être prise en compte par les établissements de santé au titre de l'intérêt général a été fixée réglementairement¹⁷⁹. Elle détaille aujourd'hui 75 « programmes, actions, activités, actes ou produits et structures relevant de son périmètre d'intérêt général »¹⁸⁰.

La prise en compte potentielle de facteurs des écarts de coût décrit plus haut implique qu'ils ne soient pas ou insuffisamment pris en compte et que dans le cas contraire, de réévaluer l'intérêt d'une prise en compte en dotation globalisée plutôt qu'adossée sur l'activité.

Plusieurs sujets font actuellement l'objet d'une demande de meilleure prise en charge au titre des MIGAC.

1. Les soins de recours de très haute technicité.
2. Les personnes en situation de précarité :
 - Le poids des créances irrécouvrables
 - La couverture insuffisante des services sociaux
3. La permanence des soins

6.9.3 La prise en compte des fonctions de recours hyperspécialisé est pour l'essentiel couverte par les MERRI

Les MERRI qui recouvrent les missions d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation ne sont concernées par la question de la convergence public/privé qu'à travers la reconnaissance de la fonction de recours.

Celle-ci vise à couvrir le fait que certains établissements de santé assurent des prises en charge d'un haut niveau de technicité, en deuxième voire troisième intention, avec une attraction géographique souvent très large en raison de l'extrême spécialisation sur un thème donné. Ces séjours particulièrement complexes sont en principe rémunérés dans la mécanique du modèle T2A (via les suppléments journaliers pour réanimation et la prise en compte des séjours de durée très longue dits extrêmes). Hors la mission T2A considère, à la lumière de travaux de recherche récents, que cette fonction de recours est particulièrement coûteuse car les

¹⁷⁸ Modalités de calculs des tarifs des GHS en 2005, comparaisons par rapport à la situation 2004. Note de la mission T2A du 20 mai 2005.

¹⁷⁹ Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁰ Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale

établissements de santé se spécialisent de fait sur les cas les plus lourds d'un GHM donné et doivent donc faire face à un surcoût réel¹⁸¹.

Pour les CHU et les CLCC, la Mission T2A considère que la fonction de recours est incluse dans l'enveloppe forfaitaire. Elle proposait de prendre en compte un surcoût pour les autres établissements non recensés¹⁸². Ce mécanisme concernait 27 établissements publics et privés non CHU – non CLCC pour des montants totaux estimés à 100 M€ mais n'a pas été intégré dans les LFSS 2005 et 2006.

La Mission T2A a depuis prévu de reprendre cette question dans un groupe de travail MIGAC en 2006.

6.9.4 Les créances irrécouvrables et l'accompagnement social

6.9.4.1 Les créances irrécouvrables

Le service public hospitalier est tenu, de recevoir tous les patients se présentant pour une demande de soins. L'ouverture de droits au titre de la CMU de base (1,5 millions de personnes en 2003) et de la CMU complémentaire (4,6 millions) n'a pas effacé la question de l'insolvabilité et des créances irrécouvrables à l'hôpital

La question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière continue notamment de peser sur les charges de certains hôpitaux, notamment lorsque l'accès à l'aide médicale Etat leur est refusé¹⁸³.

Nous ne disposons à ce jour d'aucune étude nationale sur l'ampleur de cette question ni en nombre de personnes concernées, ni en nombre d'établissements¹⁸⁴.

La FHF avance que ces créances s'élèveraient à plus de 80 millions d'euros pour la seule région Ile de France. Cette question est également pendante dans les DOM, particulièrement exposés aux « migrations sanitaires » de patients insolubles.

Cette question n'est pour l'instant pas traitée, et aucun facteur de correction géographique, ni aucune mission d'intérêt général, n'ont été proposés sur ce sujet.

Cependant l'existence des causes exogènes ne résume pas la problématique. La T2A et le nouveau régime budgétaire et comptable des établissements de santé antérieurement sous dotation globale conduisent à porter une attention nouvelle à la question du recouvrement des recettes. Les difficultés de recouvrement dépassent la seule question des patients insolubles.

¹⁸¹ Ce mécanisme a été décrit ci-dessus dans l'annexe page 60

¹⁸² Mission T2A Note méthodologique sur l'évaluation de l'enveloppe des MIG pour 2005 et l'articulation avec l'estimation des MERRI. 11 janvier 2005.

¹⁸³ L'Aide Médicale de l'Etat (AME) remaniée permet l'accès aux soins, sous conditions de ressources et de résidence en France, de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficier de la CMU de base ou de la protection complémentaire en matière de santé. Il s'agit d'étrangers en situation irrégulière, résidant en métropole ou dans les DOM depuis plus de trois mois, sauf situation d'urgence où à titre humanitaire lorsque les soins ne peuvent être dispensés dans l'Etat dont la personne est ressortissante. En 2003, l'AME comptait environ 170 000 bénéficiaires pour un coût estimé à 489 millions d'euros.

¹⁸⁴ Aucune étude trouvée en biblio, Rien d'après le MT2A, à confirmer auprès de DHOS ss dir F.

La MEAH s'est saisie de cette question et propose de réaliser un accompagnement d'établissements volontaires sur ce sujet en 2006 et 2007 pour dégager des solutions organisationnelles.

6.9.4.2 L'insuffisante prise en compte des services sociaux

Les services sociaux sont aujourd'hui financés à deux titres sur l'enveloppe MIG¹⁸⁵ :

- Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique ;
- L'accompagnement social des patients en situation précaire ;

La question de la couverture insuffisante en personnels sociaux est donc réglée dans ce cadre. Elle devrait être prise en compte dans les déclarations SI2 des retraitements comptables des établissements pour 2005.

6.9.5 La permanence de soins

La question posée est celle de la charge d'organisation des gardes sur place, beaucoup plus importante dans le secteur public que privé. Elle suppose le maintien d'une présence médicale et non médicale 24 heures /24 qui coûterait 5 fois plus cher qu'une activité diurne programmée pendant les jours ouvrables d'après la FHF.

La METAP avait déjà fait observer que le montant des gardes spécifiques hors urgences (cardiologie, neurochirurgie pédiatrique, réanimation...) est normalement inclus lors des calculs de l'ENC publique¹⁸⁶. Depuis, la question spécifique de la réanimation, insuffisamment prise en compte à travers les seuls GHM, a trouvé des éléments de valorisation via la facturation à la journée de suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie.

¹⁸⁵ mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci

¹⁸⁶ B MARROT & H GILARDI, Rapport d'étape de la METAP, DHOS, avril 2002.

6.10 Liste des personnes rencontrées

nom	Titre et fonction	Institution
M BENSADON	Chef de service architecture et production informatique	ATIH
M CHENAIS	Responsable du pôle "valorisation et référentiels de coûts"	ATIH
Mme CHODORGE	Directrice	ATIH
Mme MENDEL-SOHN	Chef du service Référentiels et prospective	ATIH
M BONNET	Conseiller pôle hôpital	Cabinet ministre
M BOYER	Conseiller pôle hôpital	Cabinet ministre
M MERLIERE	Adjoint du directeur	CNAMTS
M ALLAIRE	Chef de service pôle organisation des soins, établissements et financement	DHOS
Mme AOUSTIN	directeur de la mission	DHOS
Mme BELLARD	Adjointe chef de bureau F3	DHOS
M BLEROT	Chargé de mission PMSI	DHOS
M CASTEX	Directeur	DHOS
M DEGUELLE	Chargé de mission	DHOS
M DELNATTE	Adjoint du directeur	DHOS
Mme DUBOIS	chargée de mission PMSI	DHOS
Mme FENIES	adjointe chef de bureau F2	DHOS
Mme GODET-CAYRE	chargée de mission (F3)	DHOS
M HOLLA	Chef de bureau Etudes et synthèses financières relatives aux activités de soins F1	DHOS
M. LE GUEN	Chef de bureau financement de l'hospitalisation privée (F3)	DHOS
M. OLIVIER	Sous directeur des affaires financières	DHOS
M REMAY	conseiller du directeur	DHOS
Mme SAUVADET	chargée de mission bureau F1	DHOS
M BOUSQUET	Chargé de mission, conseiller scientifique	DREES
Mme CASES	sous directrice	DREES
M CAUSSAT	Sous directeur	DREES
M CUNEO	Chef de service	DREES
M HADA	Chef de bureau	DREES
M RAYNAUD	Chargé d'études	DREES
Mme BEURIER	Chef de bureau financement du système de soins SD1A	DSS
M SEILLER	Chef de service	DSS
M VINQUANT	Sous directeur financement du système de soins	DSS
M MOISDON	Directeur de recherche	Ecole des Mines
M CASTRA	Directeur secteur sanitaire	FEHAP
M DUPUIS	directeur général	FEHAP
M LAINE	coordinateur pôle économique	FEHAP
M EVIN	Président	FHF
M GARRIGUES	Responsable du pôle médical	FHF
M GAUBERT	Responsable des affaires financières	FHF
M VINCENT	Délégué général	FHF
Mme BILLET	responsable du pôle économique	FHP

M DANIS	Président	FHP
Mme CARON	responsable du département hospitalisation	FNLCC
M MAIGNE	Délégué général	FNLCC
M BOUR	Directeur	Générale de santé
M REY	conseiller médical	Générale de santé
Mme COSTE	chargée de mission	HCAAM
M LANCRY	secrétaire général	HCAAM
M PICHETY	chargé de mission	HCAAM
M MERCEREAU	inspecteur général	IGAS
M GUIDONI	Directeur	INSEUM Conseil
Mme PERROT	Consultante	INSEUM Conseil
Mme BEAU	Directrice	MEAH
M COTERMAN	Chargé de projet	MEAH
M LUCAS	Chargé de projet	MEAH
M WOYNAR	Chargé de projet	MEAH