

# T2A ET COMPARAISON PUBLIC / PRIVE

Controverses tarifaires  
et convergence

# PLAN DE L'INTERVENTION

- Une comparaison basée sur l'objectif de convergence
- L'exemple de la cardiologie interventionnelle : les controverses ne sont pas celles que l'on croit !
- Quelques leçons à en tirer...

# 1. Converger est-il comparer ?

Autopsie d'un  
malentendu...

# Qu'est-ce que la convergence tarifaire ?

Une incidence forte sur la T2A

# La convergence : tentative de définition

- Rapprochement de deux éléments, auparavant dissemblables.
- Au plan météorologique :  
*désigne une région de l'atmosphère où les flux d'air de différentes directions se rejoignent pour créer une accumulation de masse qui mène éventuellement à un mouvement vertical d'où la formation de nuages et de précipitations.*

# La convergence tarifaire

- Corollaire de la T2A
- Volonté de faire converger les tarifs applicables aux secteurs hospitaliers public et privé à but lucratif
- Décidée par les parlementaires lors de l'adoption du PLFSS pour 2005 (article 33, décembre 2004).
- Objectif initial d'achèvement de la convergence en 2012

# Les acteurs en présence

- Un secteur public en proie à de fortes tensions budgétaires et financières, constamment en chantier (réformes) ;
- Un secteur privé à but lucratif en voie de concentration mais encore fortement atomisé et reposant sur des structures spécialisées.

# Une spécificité française : la place du secteur hospitalier privé

- La France : première place du classement européen pour la part des établissements privés dans le système de santé (devant l'Allemagne).
- 60 % de la chirurgie, 35 % de l'obstétrique, 2/3 des établissements et 1/3 des capacités d'hospitalisation.



# Deux échelles tarifaires distinctes

- Secteur privé (ex-OQN) : échelle tarifaire basée sur les anciens tarifs journaliers  
*Tarifs GHS = recettes antérieurement perçues*
- Secteur public (ex-DG) : échelle tarifaire basée sur l'Échelle Nationale des Coûts (ENC), bâtie par l'ATIH  
*Tarifs GHS = coûts constatés*

# L'origine de la controverse : un dogme...

La convergence :  
cause et  
conséquence d'une  
controverse

# Le dogme : un secteur public inefficace

- Déficit des comptes de la sécurité sociale (13 Mds d' € en 2004 – 21 Mds d' € en 2009)
- Une évolution défavorable de la situation budgétaire des hôpitaux
- D' incontestables lourdeurs de gestion et de fonctionnement
- Une équation simple : déficit de l' assurance-maladie = mauvaise gestion des hôpitaux = inefficace du secteur public

# La réponse : le secteur privé réclame la convergence tarifaire !

[www.hostocomparateur.com](http://www.hostocomparateur.com)

**mobilisons-nous** pour permettre à la Sécurité Sociale de prendre en charge un même soin à un tarif unique

[accueil](#) | [notre action](#) | [qui sommes-nous ?](#) | [pétition](#) | [hostocomparateur](#) | [faqs](#) | [mediathèque](#) | [le saviez-vous ?](#) |

## Accouchements par voie basse avec complications



à l'hôpital public

3 985,73 €

à la clinique privée

3 162,41€

**différence**

823,32 €

**économie réalisée sur un an de prestations**

38 343 659 €

[< retour](#)

webdesign - o2design

**FHP**  
FÉDÉRATION DE  
L'HOSPITALISATION  
PRIVÉE

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINS  
CONFÉDÉRATION DES  
OCCUPÉS DE LA  
MÉDECINE

**FHP**  
**CSSR**  
CONFÉDÉRATION DES  
SOMMES  
DE SANTÉ ET DE RÉADAPTATION

**FHP**  
**CLINIQUES**  
PSYCHIATRIQUES  
DE FRANCE

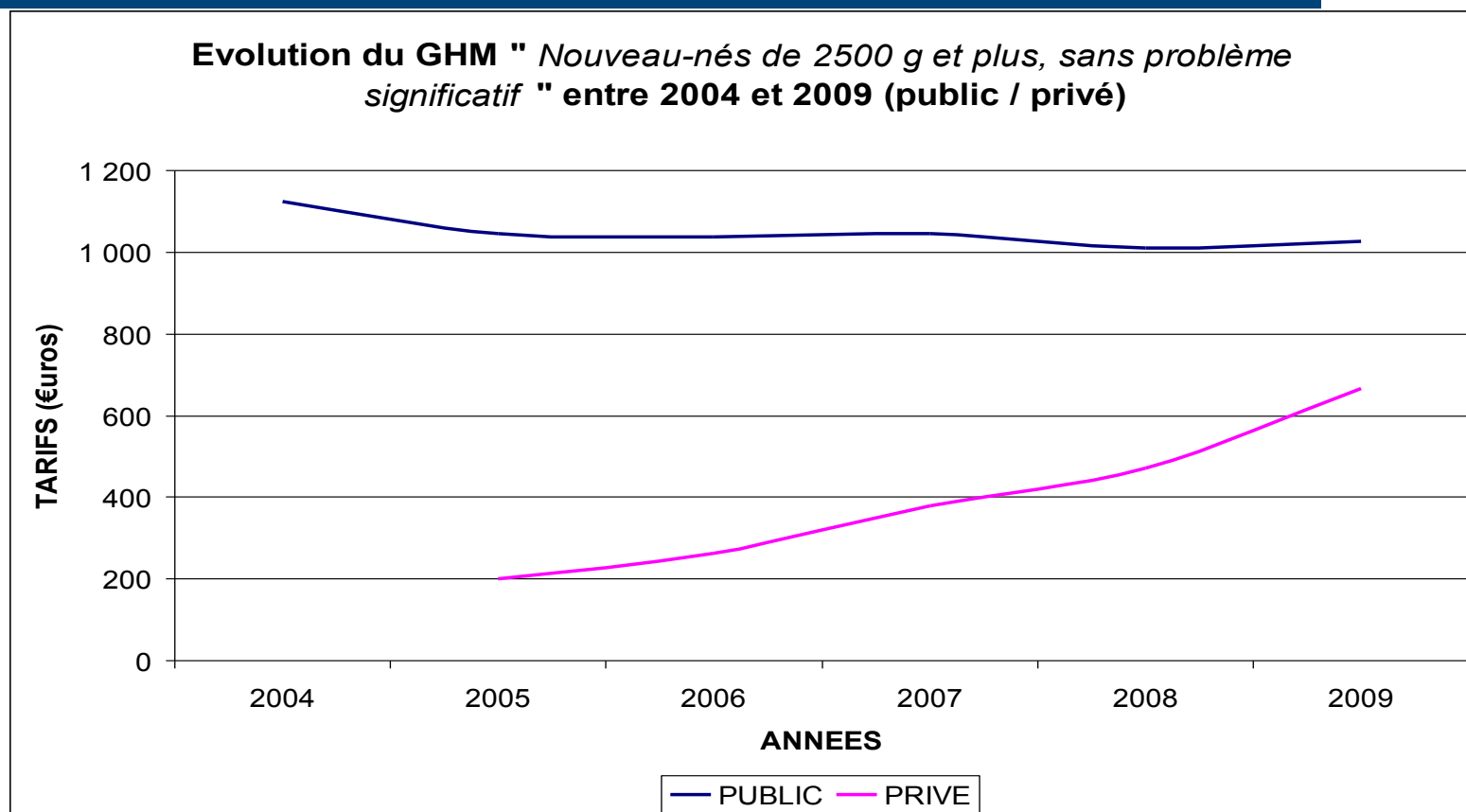
# Une absence de définition politique de la convergence

- Convergence vers une moyenne ?
- Une médiane ?
- Un optimum de rapport coût/bénéfice ?

# Des disparités tarifaires indiscutables

- Écart « apparent » compris entre 17 et 24 % (source DHOS et ATIH)
- Une politique de convergence mise en œuvre, à pas prudents, depuis 2005.

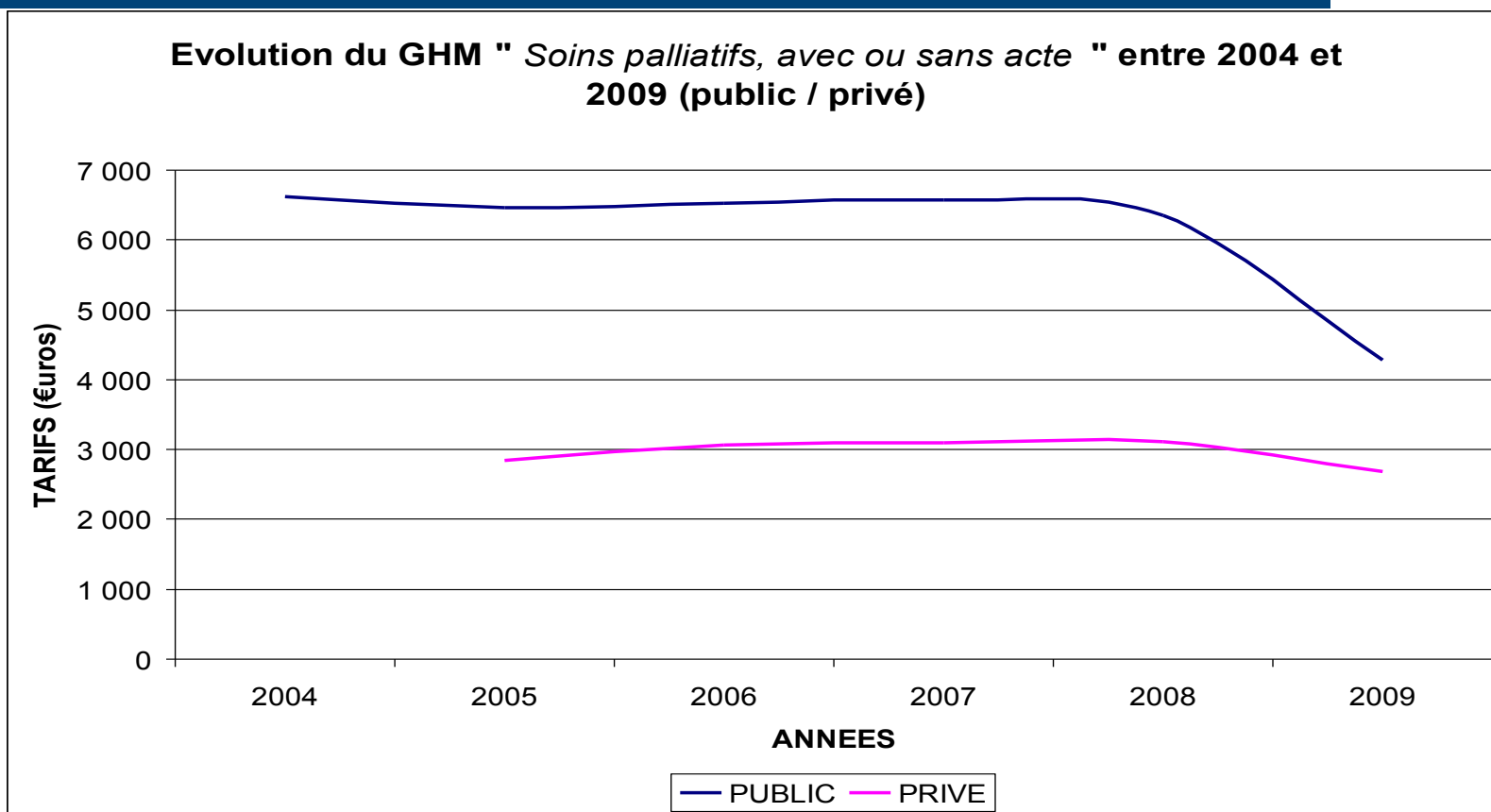
# La mise en œuvre de la convergence



A. KHELIFA et M. ROCHER -  
Comparaison public/privé

APPAC Juin 2010

# La mise en œuvre de la convergence



A. KHELIFA et M. ROCHER -  
Comparaison public/privé

APPAC Juin 2010



# Le dogme à l'épreuve des faits

Quand la controverse  
fait « Pschiit » !

# Le dogme à l'épreuve des faits

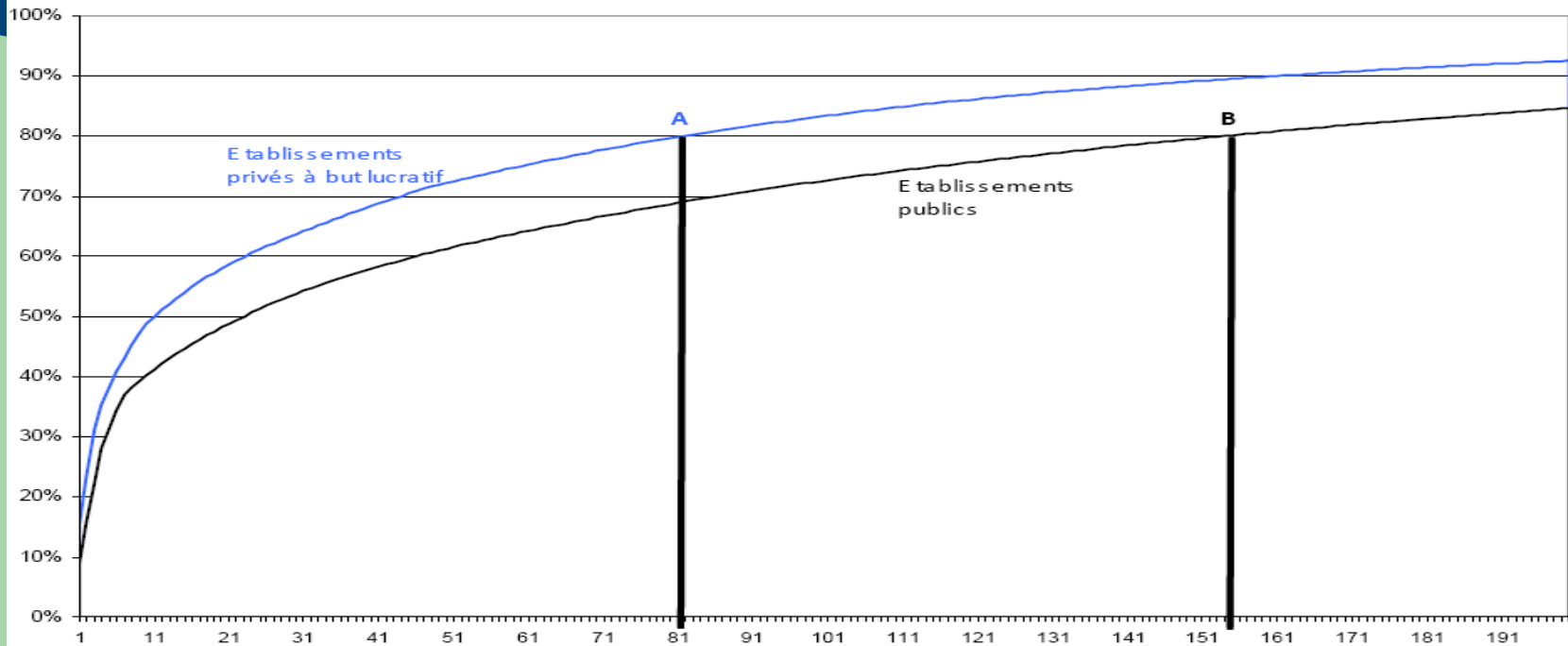
- Des comparaisons de tarifs erronées (voir *l'hostocomparateur*) qui comparent des choux et des carottes !
- Non intégration des honoraires, des examens de biologie et d'imagerie, des suppléments hôteliers...

# Identité de tarif pour identité de prise en charge ?

- Le surcoût de l'activité non programmée (88 % des passages aux urgences pris en charge dans le public) et de sa désorganisation ;
- Les surcoûts des activités « lourdes », essentiellement publiques (réanimation, maternité de niveau III...) qui doivent faire face au « tout-venant ».

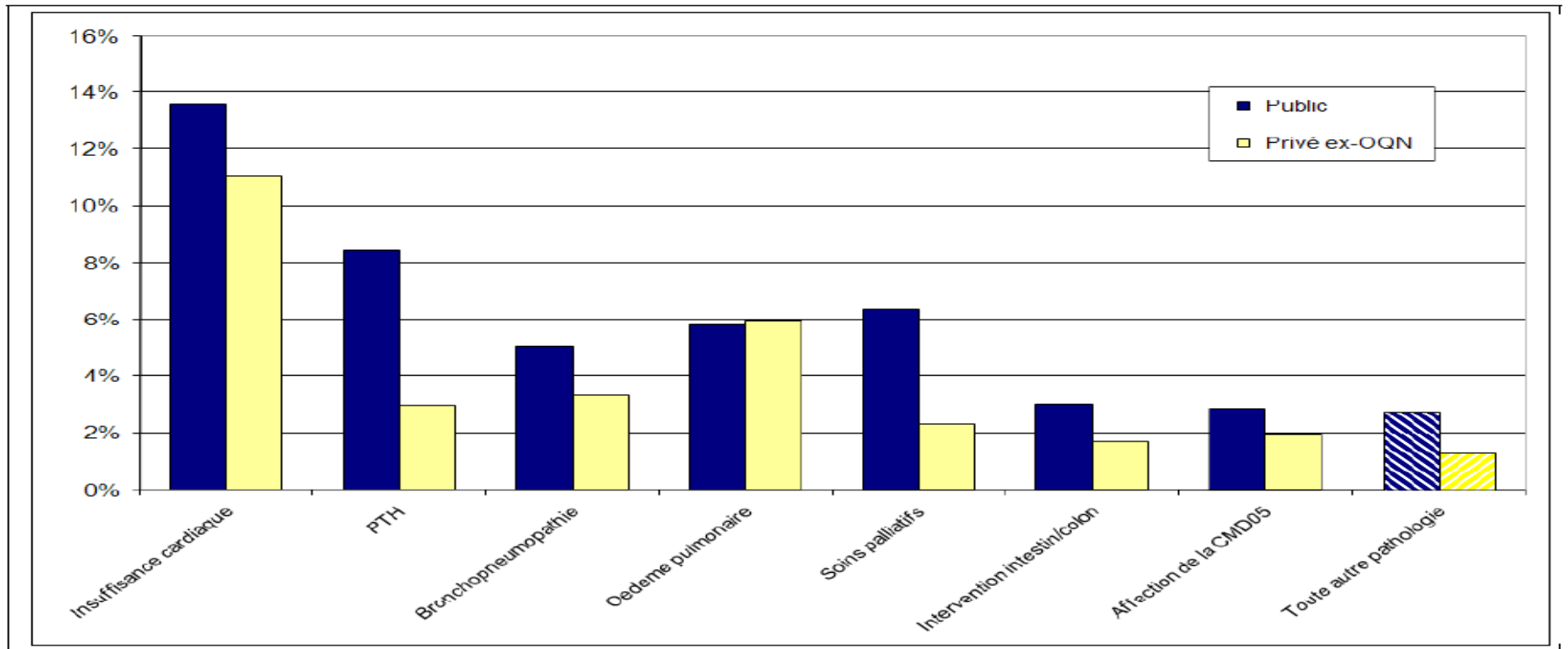
# Une plus grande spécialisation des établissements privés

Courbe de concentration de l'activité selon le nombre de GHM, par secteur



*Mode de lecture : les établissements privés réalisent 80 % de leur activité sur 81 GHM différents, alors que les établissements réalisent 80 % de leur activité sur 155 GHM*

# Proportion des patients de plus de 90 ans, selon la pathologie



Source : PMSI-MCO 2006.

# Une notion fondamentale : l'équilibre économique global

- Le budget d'un établissement de santé n'est pas une addition de centres de profits.
- Notion d'équilibre budgétaire global.
- Obligation d'assumer le fonctionnement d'activité structurellement déficitaire, par construction tarifaire (Réanimation, UNV...)

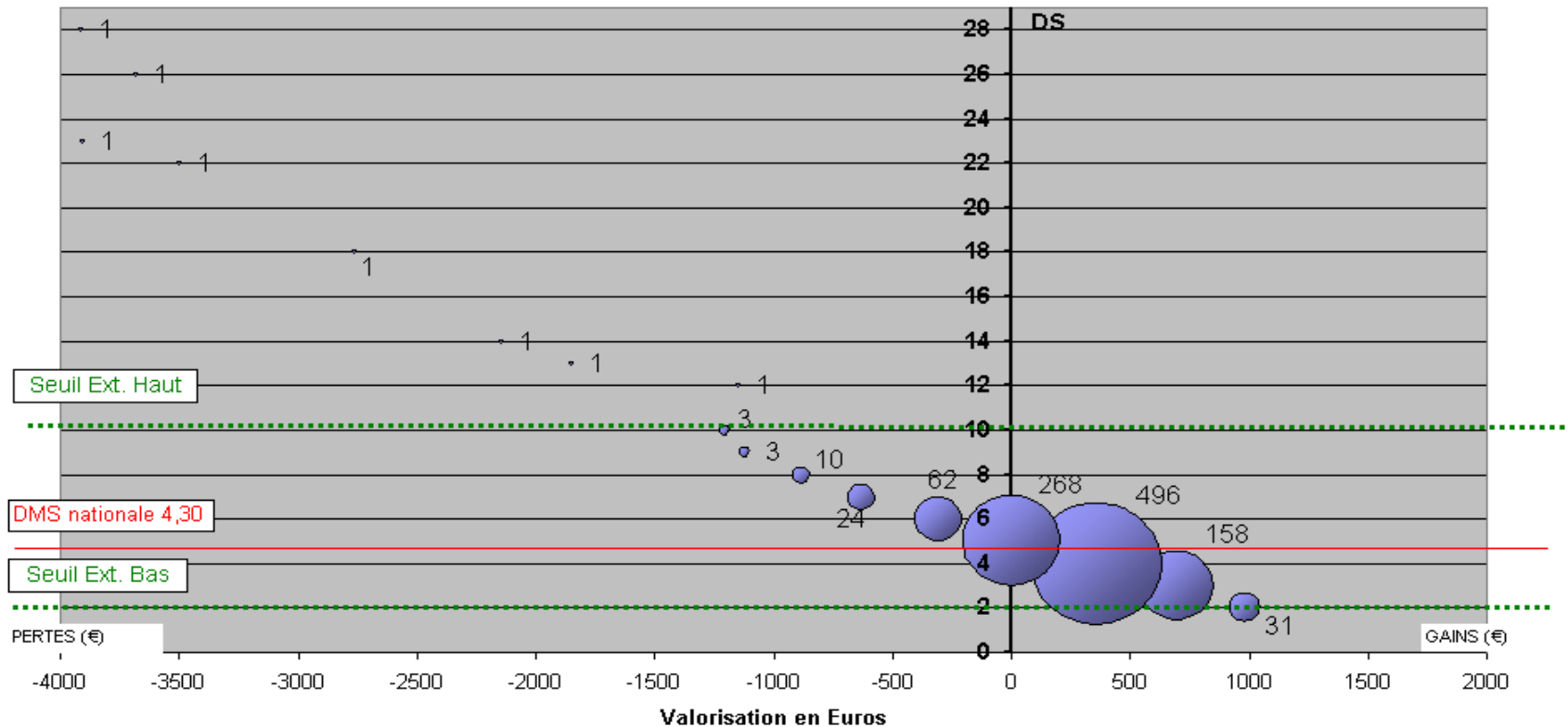
# Une notion fondamentale : l'équilibre économique global

- La convergence ne peut s'opérer sur une seule catégorie de prise en charge, sur une seule partie des séjours concernés
- Les tarifs sont construits autour de la notion de « coût moyen » !

# Des activités « rentables »...

Tarifs 2010 :  
+245 622,20€

**14Z02A "Accouchements par voie basse sans complication significative"**  
Effectifs : 1063, DMS CHH : 4,41

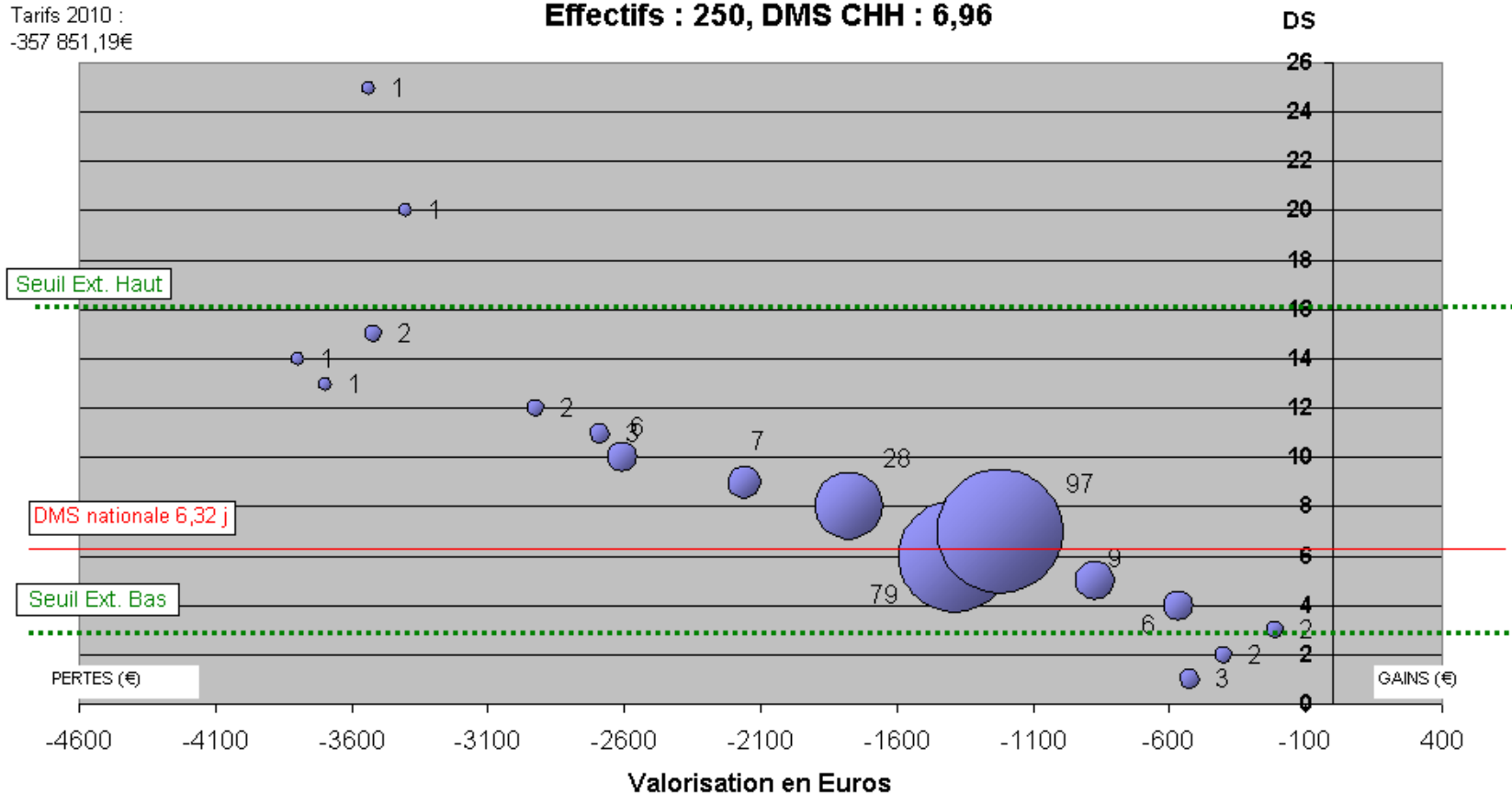




# ... qui doivent en compenser d'autres qui le sont moins !

**14C02A "Césariennes sans complication significative"**  
**Effectifs : 250, DMS CHH : 6,96**

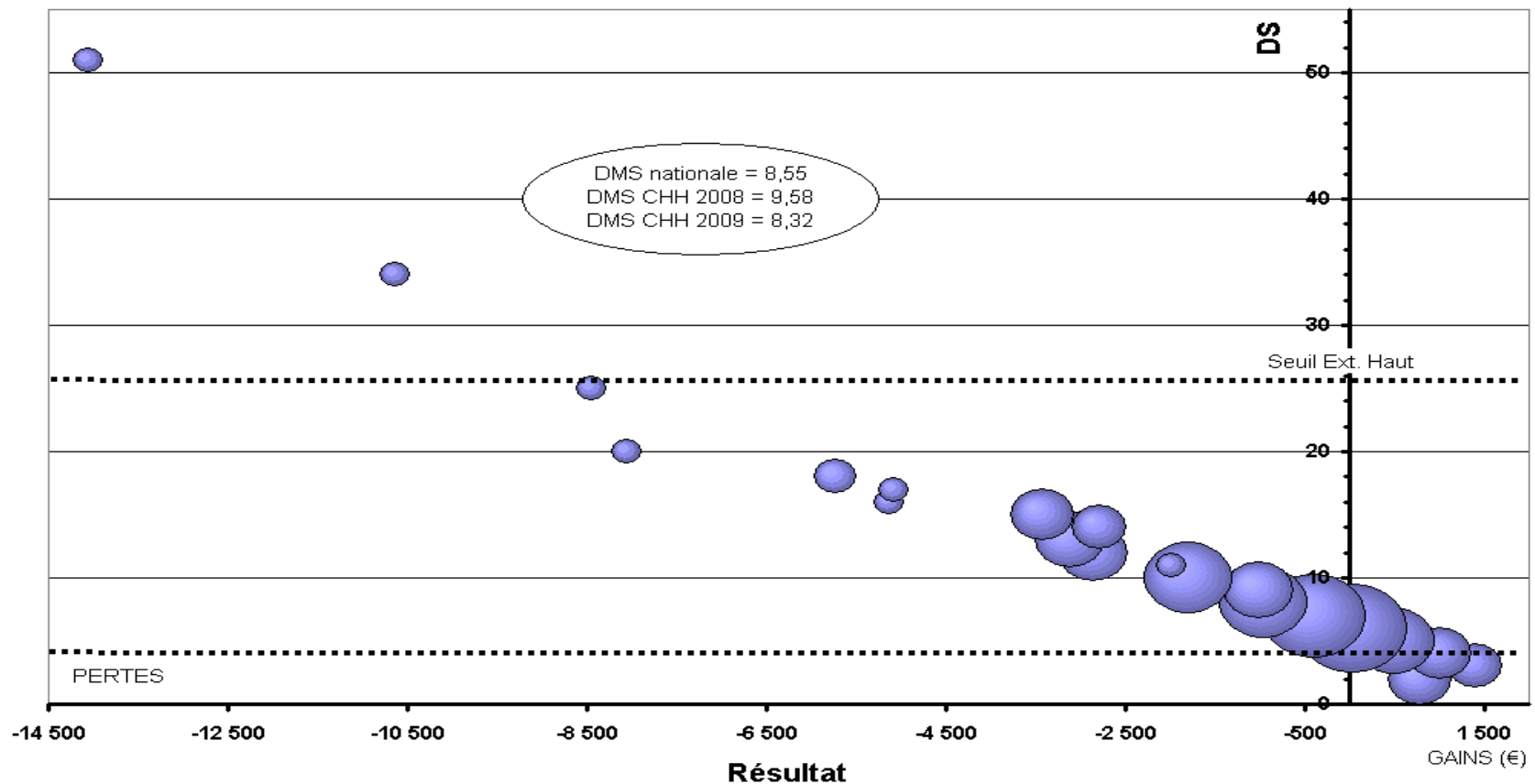
Tarifs 2010 :  
 -357 851,19€



# Tarifs élevés mais charges importantes

01M301 (tarif 2010)

"Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 1" (88 séjours)



# Un exemple qui n'apparaît pas sur le site « hostocomparateur.com »...

- Les tarifs 2005 des 5 GHM principaux sont positionnés de manière variable / aux tarifs publics quand on y inclut les honoraires :

		Tarifs privés 2005 (sans hono)	Tarifs publics 2005	privé sans hono/public	TOTAL Honoraires moyens	Tarifs privés+hono	privé+hono/ public
05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	2 059,09	3 642,62	56,5%	1832,8	3 891,89	<b>106,8%</b>
05K02W	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques avec CMA	2 465,24	5 677,08	43,4%	2342,4	4 807,64	<b>84,7%</b>
05K03Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde	1 448,12	4 268,44	33,9%	1647,1	3 095,22	<b>72,5%</b>
05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	1 259,47	2 259,55	55,7%	1302,6	2 562,07	<b>113,4%</b>
24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours	841,48	1 314,31	64,0%	916	1 757,48	<b>133,7%</b>

# Dans la V11, les écarts entre public et privé sont faibles

GHM : Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde, niveaux 1 à 4

	GHS PUB	GHS PRIVE
05K05 – niveau 1	2855	2174
05K05 – niveau 2	4286	3210
05K05 – niveau 3	6120	4890
05K05 – niveau 4	8711	6996

Ils sont même négatifs quand on y ajoute  
les honoraires

A. KHELIFA et M. ROCHER -  
Comparaison public/privé

## 2. La cardiologie interventionnelle

Les controverses ne  
sont pas celles  
que l'on croit !



VOUS AVEZ UNE DMS LONGUE  
ET UN PMCT SUPÉRIEUR À  
LA MOYENNE !!

ET C'EST GRAVE??

SURTOUT  
POUR NOUS !!



# Pour cadrer le débat

- Des données issues de la base PMSI 2008
- Pole d'activité « cathétérisme vasculaire diagnostic et interventionnel »
  - 4 groupes de GHM
    - KT avec Stent
    - KT sans stent
    - KT diagnostiques
    - KT neuro

# Rappels

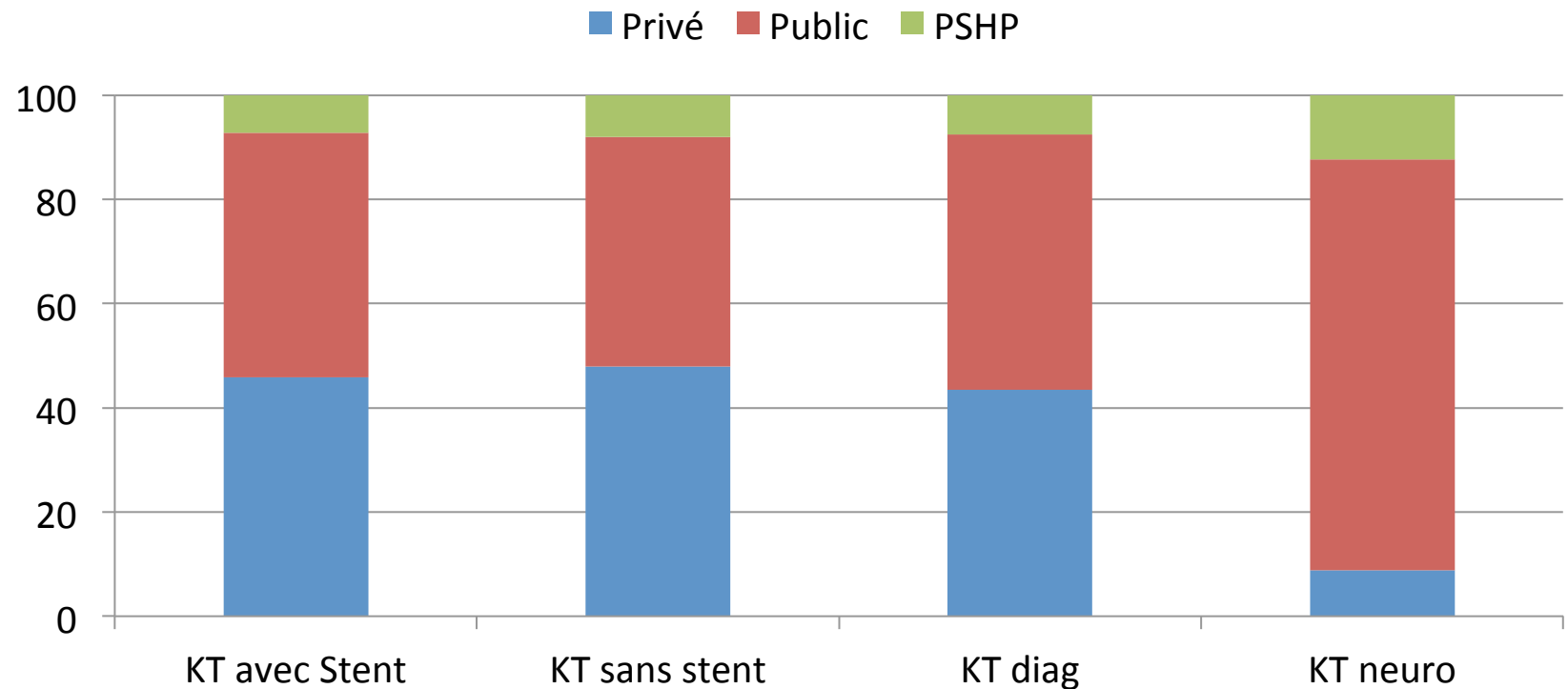
- Des règles tarifaires différentes
  - En secteur public, des tarifs tout compris
  - En secteur libéral, des tarifs + des honoraires
- Pb : l' écart n' est pas homogène selon les GHM
  - Si on veut comparer des activités, il faut comparer GHM par GHM et pondérer par le case-mix, ce qui est très compliqué
- Une astuce : on utilise le système des « tarifs cibles », c' est-à-dire que l' activité du privé est valorisée avec les GHS du public.
  - Ceci tend à « surestimer » le chiffre d' affaires du privé mais permet de comparer les deux systèmes.



# Une activité très concentrée

- 688 établissements produisent 355 629 séjours valorisés à 1,053 Mds €, mais.....
- Les 62 plus gros établissements (9 %) réalisent 50 % de l'activité
- Seuls 1/3 des établissements (219) ont une activité supérieure à 1 M€
- La répartition (en valeur cible) est :
  - Privé : 42 %
  - Pub : 50 %
  - PSPH : 8 %
- La répartition ne change quasiment pas si on se résume aux plus gros établissements (CA « cible » supérieur à 5 M€)

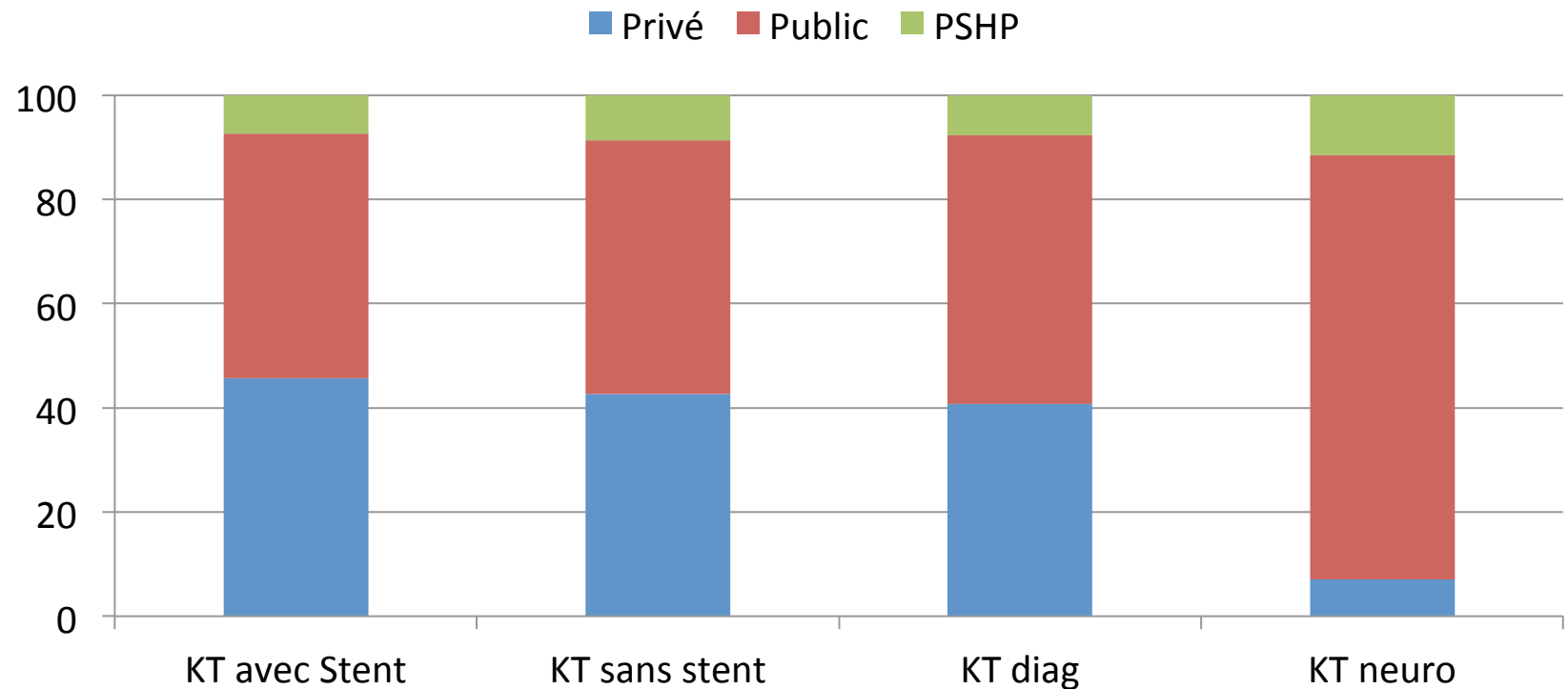
# Une répartition très différente selon les activités (PDM en séjours)



# Quelques données plus complexes

- On peut exprimer la répartition de l'activité en volume ou en valeur

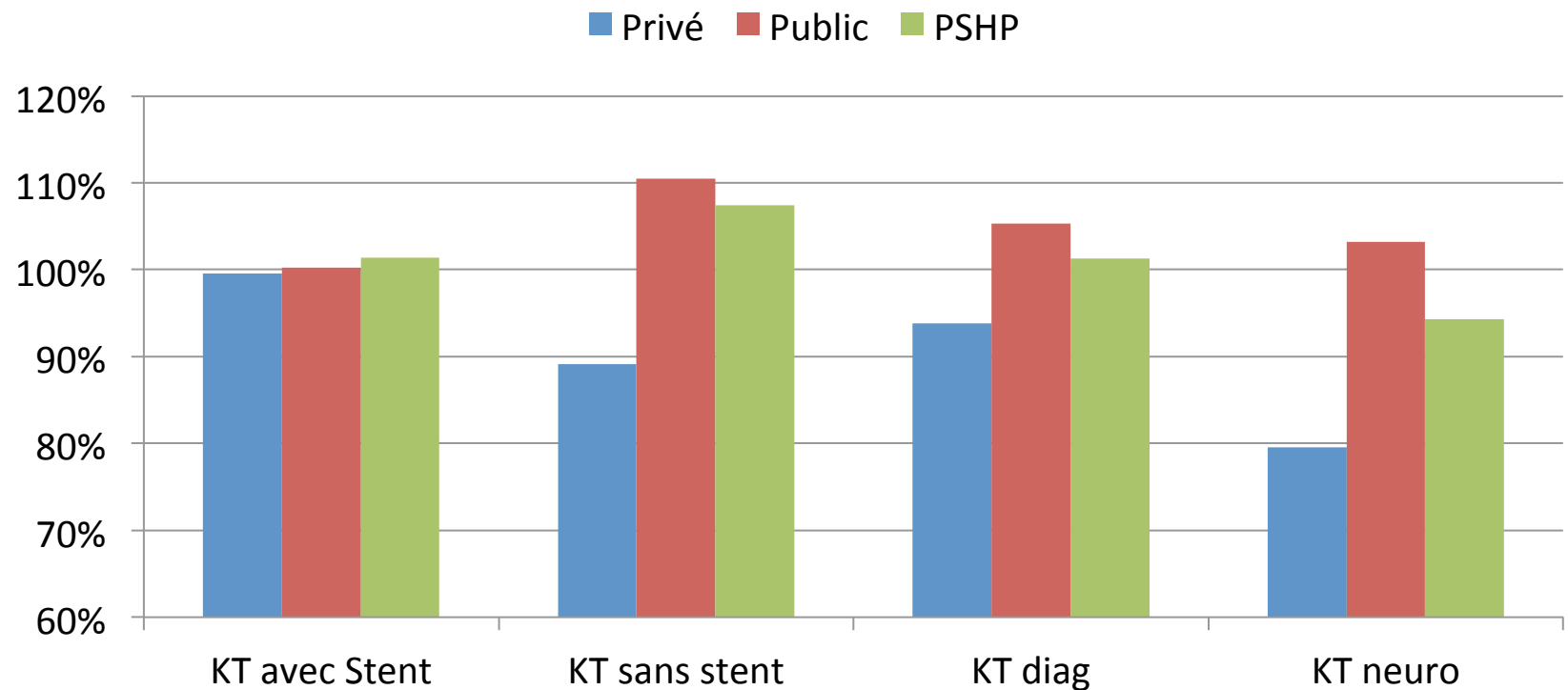
# Une répartition très différente selon les activités (PDM en valeur)



# Quelques données plus complexes

- On peut exprimer la répartition de l'activité en volume ou en valeur
- Le ratio séjours en valeur / séjours en volume permet de mesurer la lourdeur des cas dans les différents secteurs.

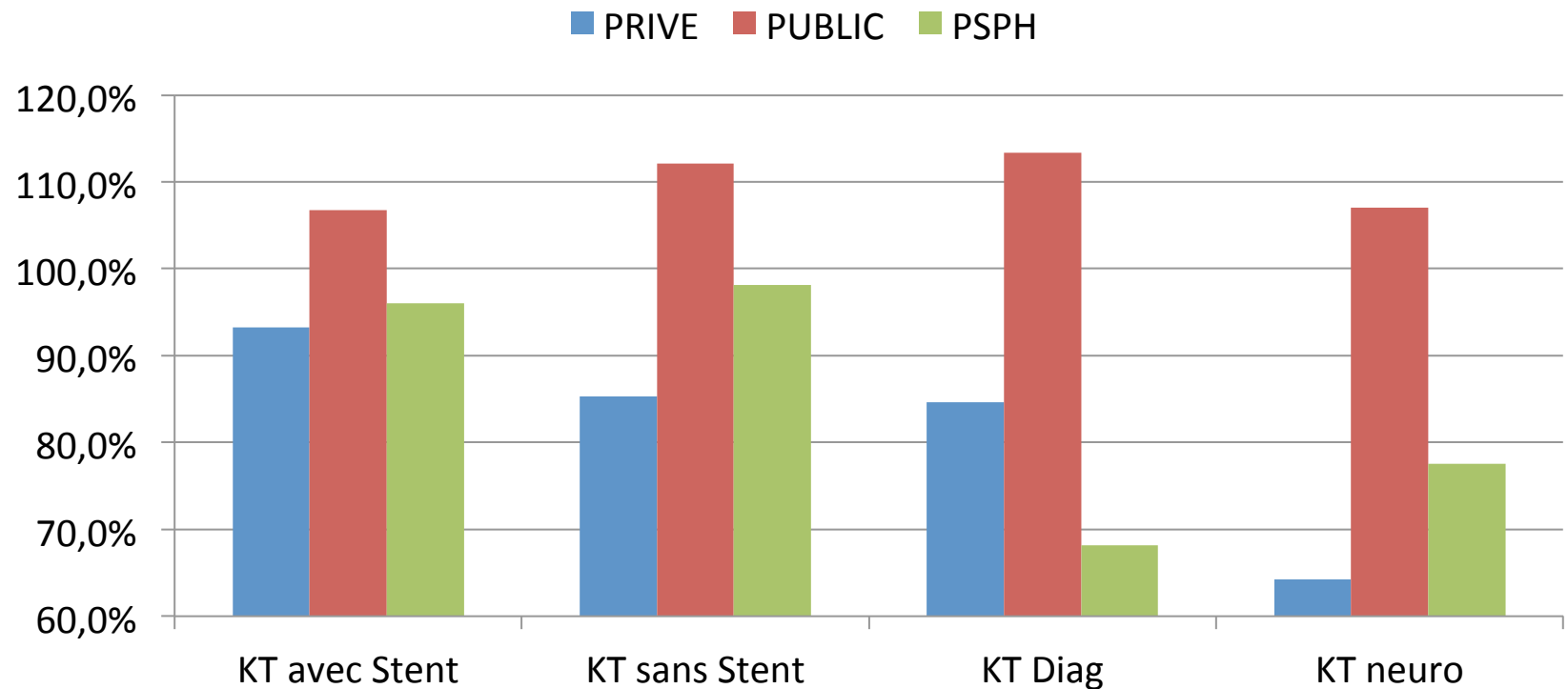
# Des séjours plus lourds en secteur public (Ratio PdM Valeur / PdM séjours)



# Le secteur privé est en revanche plus « productif »

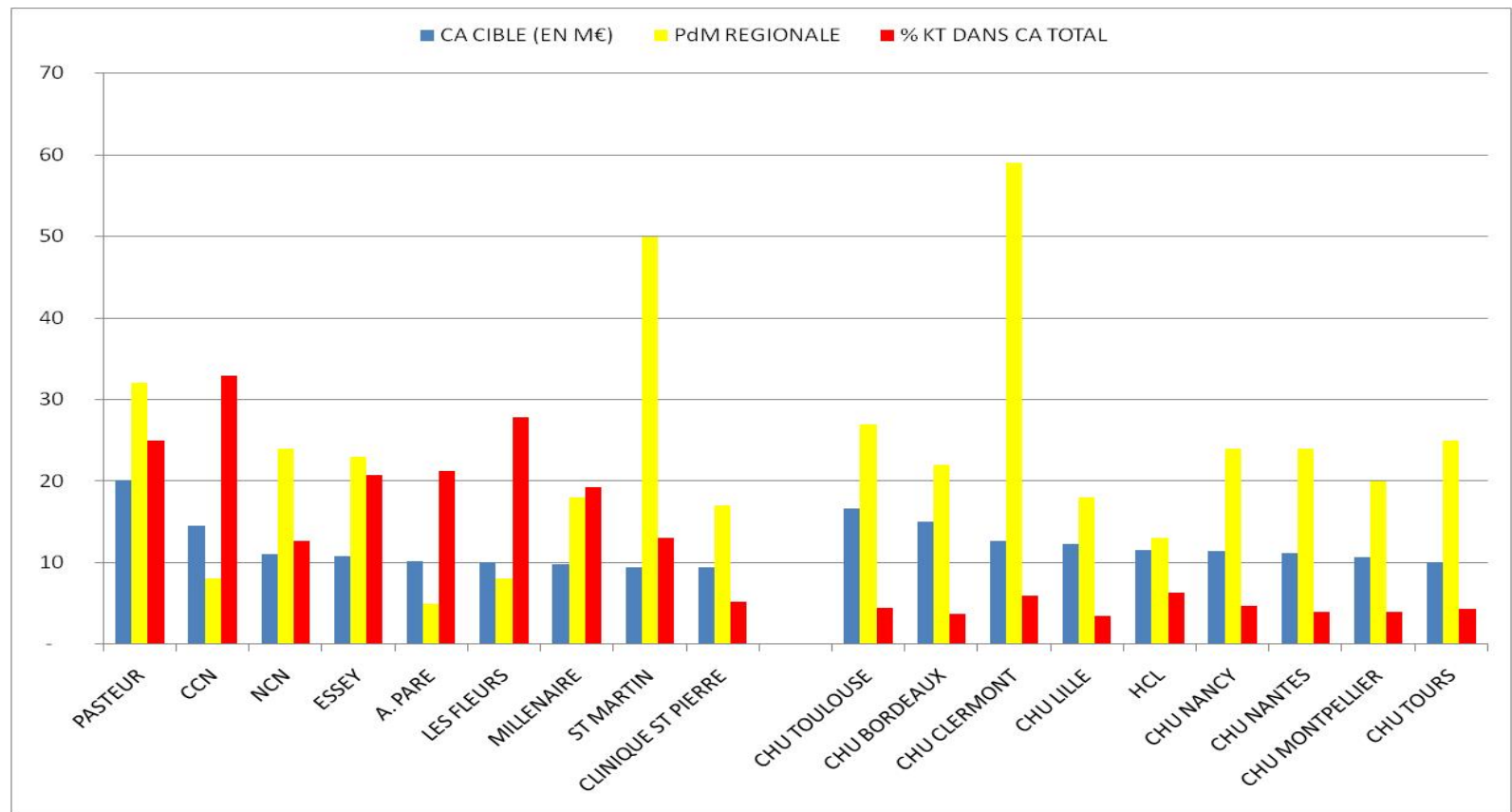
- La durée moyenne de séjour effective est en effet plus courte que la durée moyenne de référence.
  - Ceci est dû à une meilleure organisation
    - liée à une plus grande spécialisation
    - Facilitée par une moindre proportion de patients âgés
- ... mais aussi à un « effet d'aubaine » tarifaire ?

# Des écarts importants par rapport à la durée moyenne de séjour de référence





# La spécialisation des ets en cardiologie interventionnelle



A. KHELIFA et M. ROCHER -  
Comparaison public/privé



# Les vraies controverses ?

# La durée de séjour

- 276 établissements ont une durée de séjour moyenne supérieure de 20 % ou plus à la DMS attendue en fonction de leur case mix, ce qui crée inmanquablement du déficit et accroît le risque d'infections nosocomiales.
- Parmi les 172 établissements réalisant plus d'1 M€ de chiffre d'affaires, 46 sont dans ce cas.

# La volumétrie

- 364 établissements ont déclaré moins de 50 séjours en 2008
- ... ce qui pose la question à minima de l'efficacité, voire de la sécurité !

# La mortalité

- 36 % des séjours (129 702) sont réalisés dans des établissements (156) pour lequel le taux de mortalité réel est supérieur de 10 % au taux de mortalité attendu en fonction du case-mix.
- 23 établissements ont un taux de mortalité plus de 10 fois supérieur à la moyenne nationale (0,64 %)

## 3. Quelques leçons à tirer...

Revenir à l'esprit  
de la convergence



# La convergence intra-sectorielle

- Achever la convergence intra-sectorielle pour réduire les iniquités entre établissements, publics comme privés.
- S'inspirer du secteur privé en termes d'organisation, d'adaptation.

# La qualité de prise en charge au centre de la convergence

- Recentrer l'objectif de convergence autour d'un objectif de qualité de prise en charge.
- Garantir les financements spécifiques liés à la prise en charge en urgence (au sens large), la précarité, l'accès aux soins, les missions de service public.
- Financer les facteurs exogènes de surcoûts



# Revoir nos organisations

- Accroître notre efficacité médico-économique en disposant d'une masse critique d'activité
- Lier cette exigence avec l'amélioration de la qualité de PEC : l'exemple de la DMS.