

HOPITAUX PUBLICS

&

CLINIQUES PRIVEES

**UNE CONVERGENCE TARIFAIRE
FAUSSÉE**

Contact :
Nicolas Péju,
n.peju@fhf.fr
01 44 06 85 22

Des annexes complémen-
taires sont disponibles sur
<http://www.fhf.fr>



33, av. d'Italie
75013 Paris

SOMMAIRE

Les tarifs des hôpitaux publics sont des tarifs "tout compris"	3
▪ L'intégration des honoraires dans la construction des tarifs : un problème récurrent	3
▪ Le phénomène de l'externalisation est mal évalué	3
Des champs d'activité trop éloignés.....	4
■ Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : des parts de marché hétérogènes	4
■ Le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux et les moins rentables	5
▪ L'hôpital assume les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses.....	5
▪ Pour une même pathologie, certaines différences expliquent également le coût supérieur d'une prise en charge dans un hôpital public : ..	10
■ L'identification d'un échantillon d'établissements comparables est techniquement irréalisable.....	11
Des missions d'intérêt général mal évaluées	14
■ Missions d'intérêt général non prises en compte dans les MIGAC	15
▪ Accessibilité des soins.....	15
▪ Permanence des soins	15
■ Les missions d'intérêt général partiellement comprises dans les MI GAC	16
Des contraintes de qualification et de sécurité plus exigeantes	17
■ L'hôpital public applique des normes de repos de sécurité contraig nantes.....	17
■ Du personnel plus qualifié	17
■ Des coûts salariaux plus élevés pour le secteur public	19
ANNEXES	20
■ Annexe 1 : Les différences de coûts de prise en charge pour les ac tivités programmées / non programmées:	20
■ Annexe 2 : Le positionnement public/privé sur les différentes path ologies à l'intérieur d'un même GHS:	22
■ Annexe 3 : les conséquences financières de l'externalisation	29



Les tarifs des hôpitaux publics sont des tarifs "tout compris"

L'intégration des honoraires dans la construction des tarifs : un problème récurrent

Les tarifs publics/privés ne sont pas bâtis suivant les mêmes critères : l'une des différences fondamentales et pénalisantes pour l'hôpital concerne la rémunération des médecins. Pour l'hôpital, où le médecin est salarié, le salaire de ce dernier est incorporé dans le tarif, ce qui n'est pas le cas pour les honoraires des médecins libéraux travaillant dans les cliniques commerciales. Sans compter la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des charges sociales des médecins de secteur I, charges qui ne sont donc pas prises en compte dans les études de coûts.

Le phénomène de l'externalisation est mal évalué

Le coût public est un coût intégré qui résulte d'une organisation, où la plus grande partie des coûts de prise en charge sont réalisés pendant le séjour et intégrés, et non pas externalisés. A contrario, il est frappant de constater que dans le secteur du privé, la part des examens biologiques et d'imagerie est extrêmement faible. La médecine moderne ne peut pas fonctionner sans biologie et/ou imagerie. Ces examens sont donc réalisés « autour » du séjour, c'est-à-dire en dehors des cliniques, dans des cabinets de radiologie et de laboratoires, et ne pèsent donc pas sur les coûts des cliniques. Compte-tenu des volumes, cela peut représenter 10 à 15 % des coûts des séjours en moyenne du secteur public. (voire annexe 3)



Des champs d'activité trop éloignés

Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : des parts de marché hétérogènes

En médecine, le secteur public réalise près de 80 % de l'hospitalisation. Le secteur privé commercial n'effectue presque uniquement que la prise en charge des pathologies produisant des actes, tels que les endoscopies, les coronarographies... Il s'agit donc d'une médecine « instrumentale ».

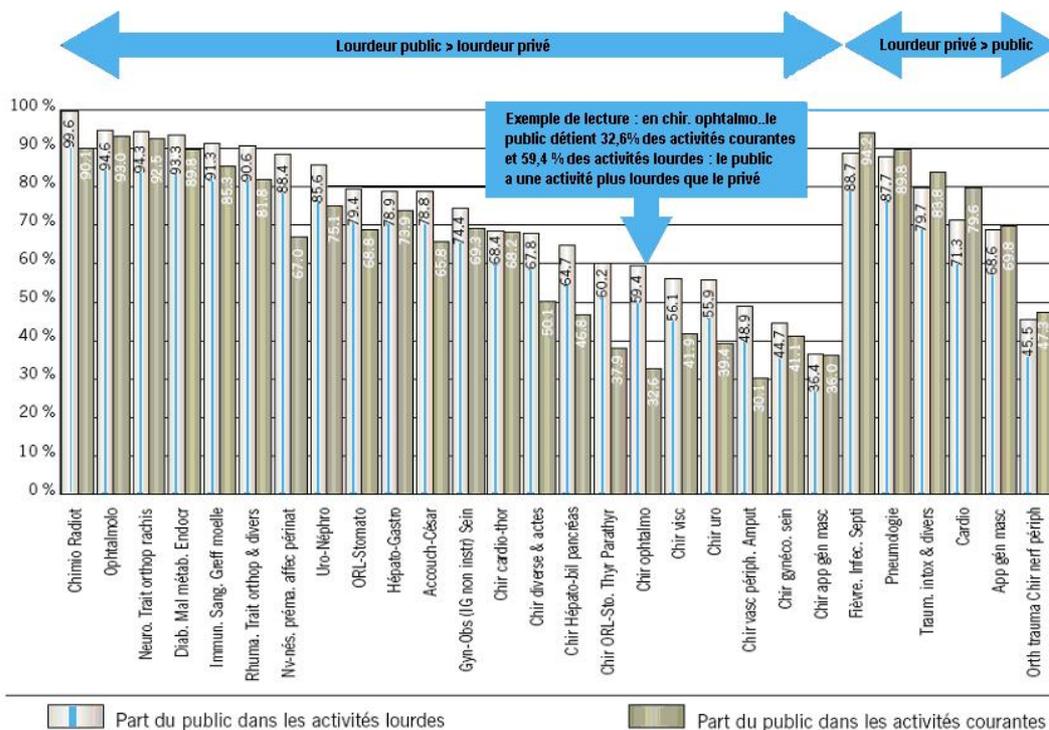
Le secteur public assure plus des deux tiers de l'obstétrique en France, dont la très grande majorité des niveaux II et III.

En chirurgie en revanche, le secteur privé prend en charge plus de 55 % des hospitalisations complètes, et 75 % de la chirurgie ambulatoire.

- Cette répartition d'activité n'est pas neutre en terme tarifaire. En effet, les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) chirurgicaux ou de médecine « instrumentale » sont plus homogènes et donc font courir un risque financier beaucoup plus faible à ceux qui les réalisent. Ils permettent en outre une protocolisation et une optimisation des prises en charge beaucoup plus aisées.
- D'autre part l'analyse du tableau ci-dessous montre que le plus souvent, dans les regroupements pathologiques, les cas les plus lourds (classification OAP) sont pris en charge par l'hôpital public.



Part de marché du public en 2003 France Entière (1) par lourdeur d'activité (2) : Détail par Groupe d'Activité en nombre - Hospitalisation > 48h



(1) En dehors de la Guyane, de St Pierre et Miquelon et des TOM
 (2) Adapté des lourdeurs de la classification OAP
 Sources : Base nationale PMSI 2003 DHOS

Le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux et les moins rentables

Lorsque que l'on compare les dépenses d'une structure hospitalière privée avec une structure hospitalière publique, il apparaît à première vue que, pour un ensemble choisi d'activités médicales, autrement dit pour un même Groupe Homogène de Séjours (GHS), auquel est attribué un tarif), l'hôpital public dépense plus que la clinique privée.

Une analyse plus fine des activités médicales qui composent le Groupe Homogène de Séjours (GHS) permet d'expliquer aisément ce constat.

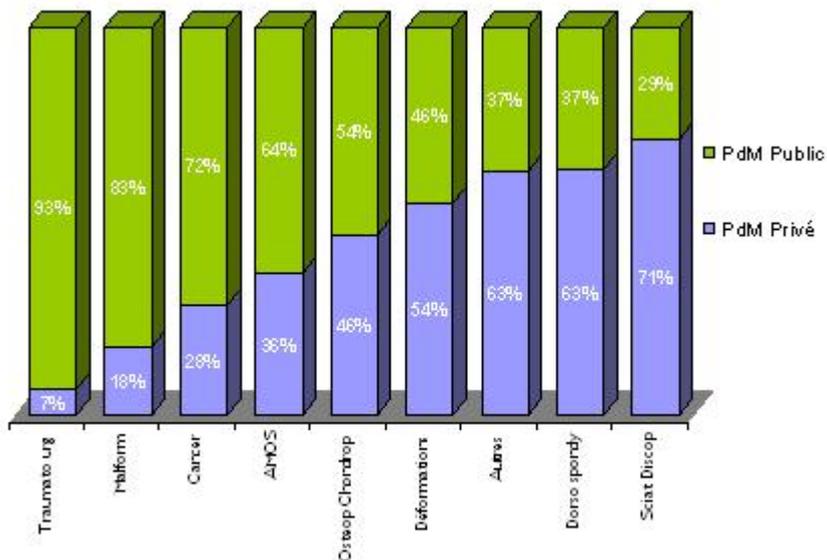
Il existe plus de 10 000 pathologies, qui ont été regroupées en 694 GHS. Ainsi, à l'intérieur d'un même GHS, se trouvent des pathologies nécessitant une prise en charge plus ou moins lourde. Lorsque l'on regarde à l'intérieur d'un GHS pour lequel le public coûte plus cher que le privé en apparence, on constate que cela s'explique par le fait que public et privé ne se positionnent pas sur les mêmes pathologies à l'intérieur même d'un GHS.

L'hôpital assume les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses



On peut citer de nombreux exemples, notamment celui du GHS du rachis déjà bien connu.

<<++.....Gravité.....-- >>



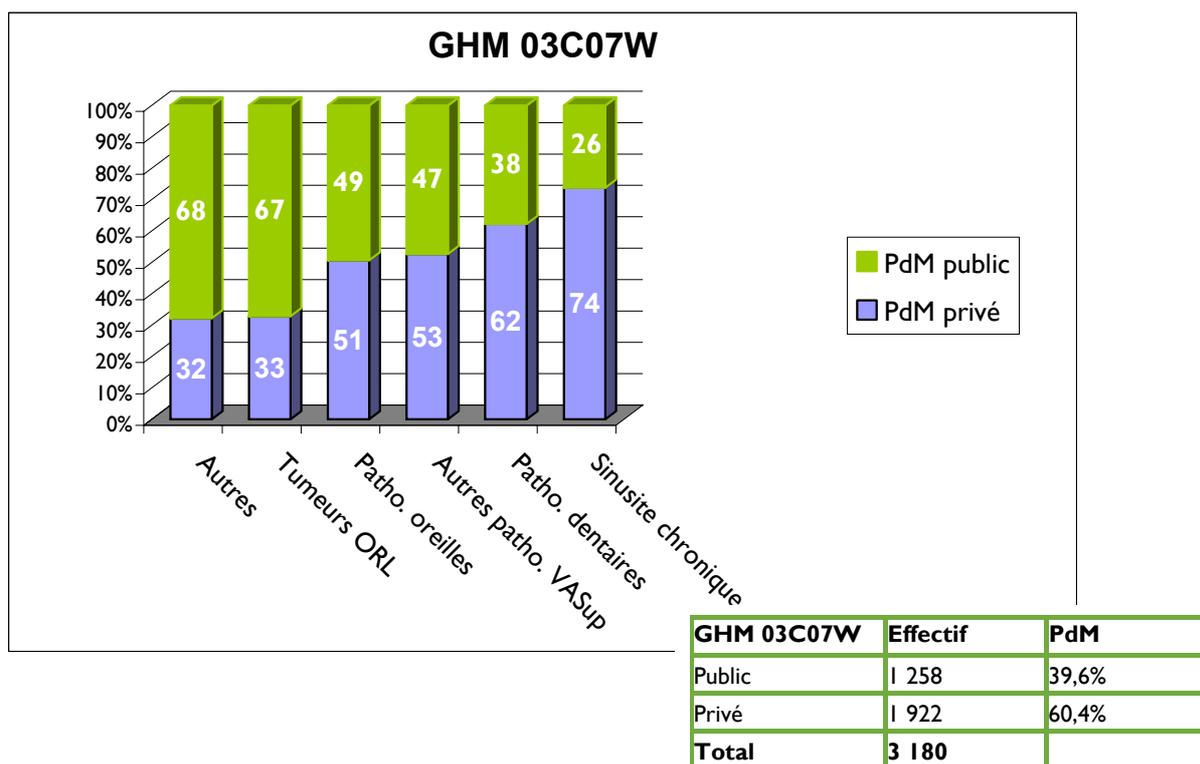
Les pathologies sont classées par ordre d'importance décroissante de la part de marché du public.

On constate immédiatement que les établissements publics prennent en charge les pathologies les plus lourdes, alors que le privé est majoritairement positionné sur les pathologies demandant une prise en charge moins onéreuse.

L'hétérogénéité public/privé intra GHS est confirmée par l'analyse d'autres groupes (graphiques ci-dessous et annexe 2) :

Exemple I : Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans ou âge > à 69 ans :

- Les sinusites chroniques et pathologies dentaires sont majoritaires en privé.
- Les tumeurs majoritaires en public.

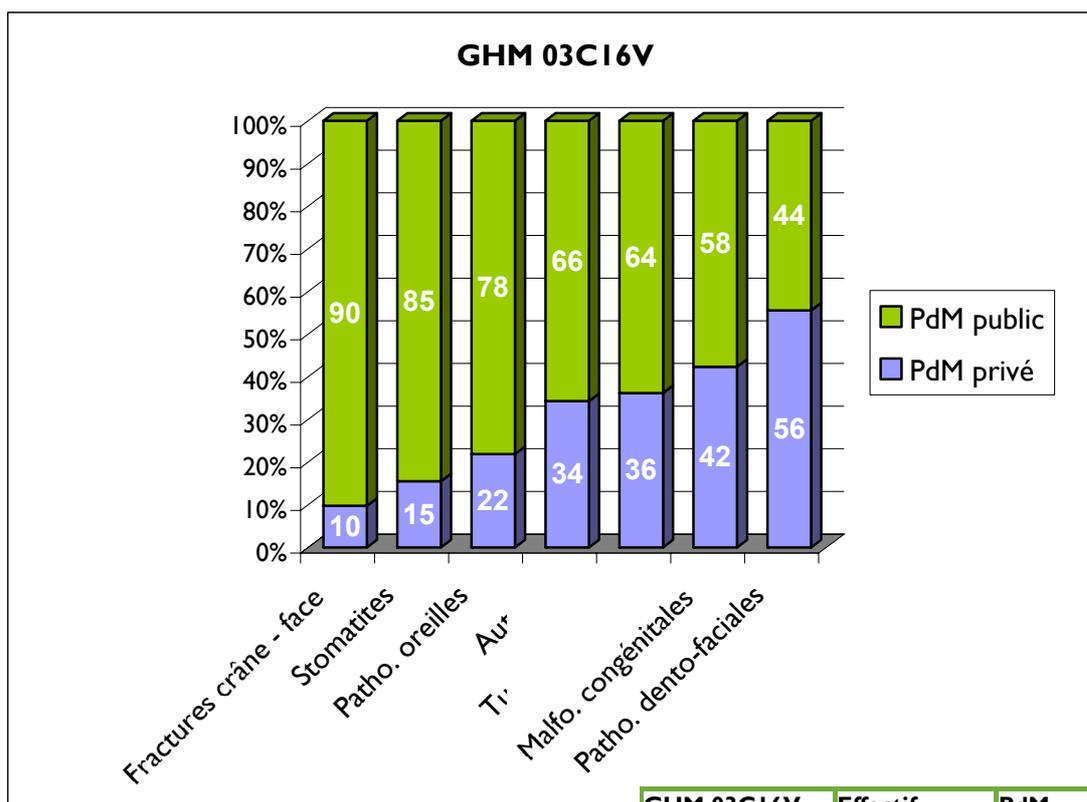


(Le groupe « autres » concerne un regroupement de pathologies dont les fréquences individuelles sont faibles et par conséquent généralement plus coûteuses.)



Exemple 2 : Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge <70 ans sans CMA.

Le public est majoritaire sur toutes les pathologies (dont la traumatologie ou les tumeurs) sauf sur les pathologies dento-faciales généralement moins coûteuses.

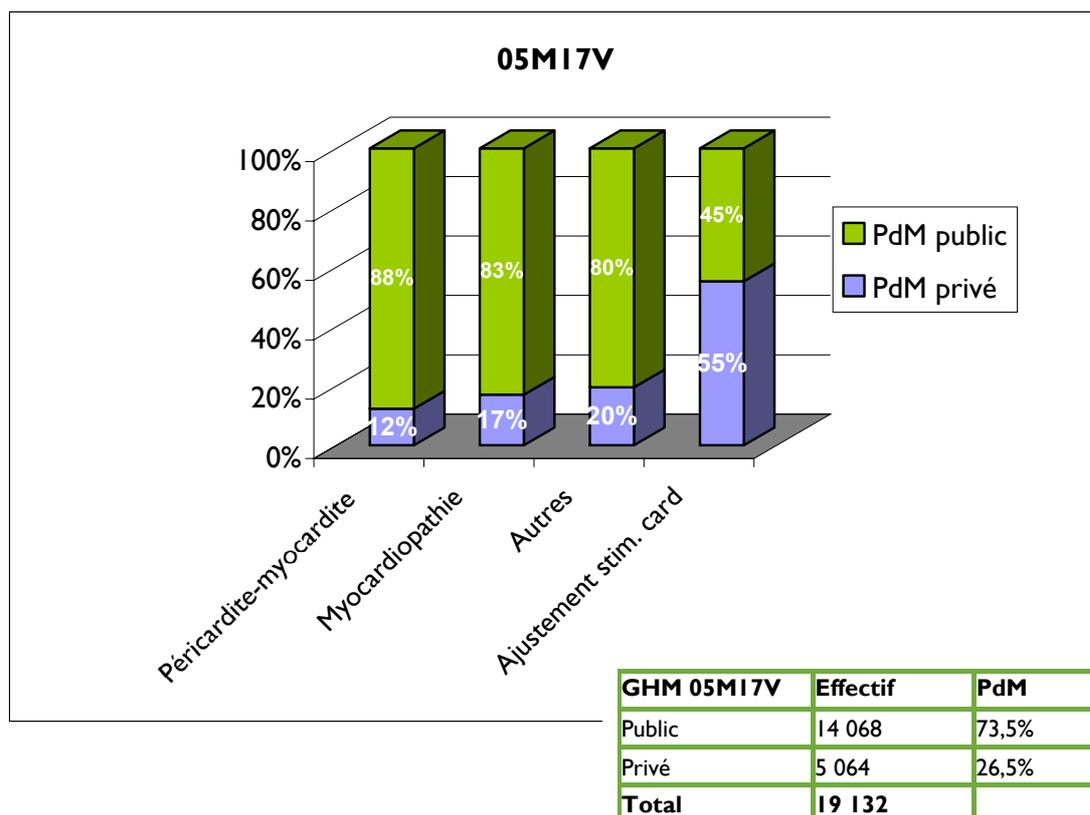


GHM 03C16V	Effectif	PdM
Public	7 771	59,9%
Privé	5 213	40,1%
Total	12 984	



Exemple 3 : Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA

Dans ce groupe, on retrouve des ajustements d'appareillages (réglage de Pace Maker) en privé, tandis que le public prend en charge des pathologies bien plus complexes : myocardites, péricardites, myocardiopathies...



Ce sont des exemples, et il y en a de nombreux autres (voire annexe 2). Il existe de très rares cas où cette situation n'est pas vérifiée, mais ce sont des exceptions.

Comme le montre le rapport de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) 2004, **plus on affine le niveau de comparaison, plus la différence de coût entre public et privé diminue.**

Ainsi, à groupement de séjour (GHS) identique, la réalité des pathologies prises en charge est différente.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de base d'études de coûts disponibles pour le secteur privé ou de méthodologie commune pour analyser les écarts.

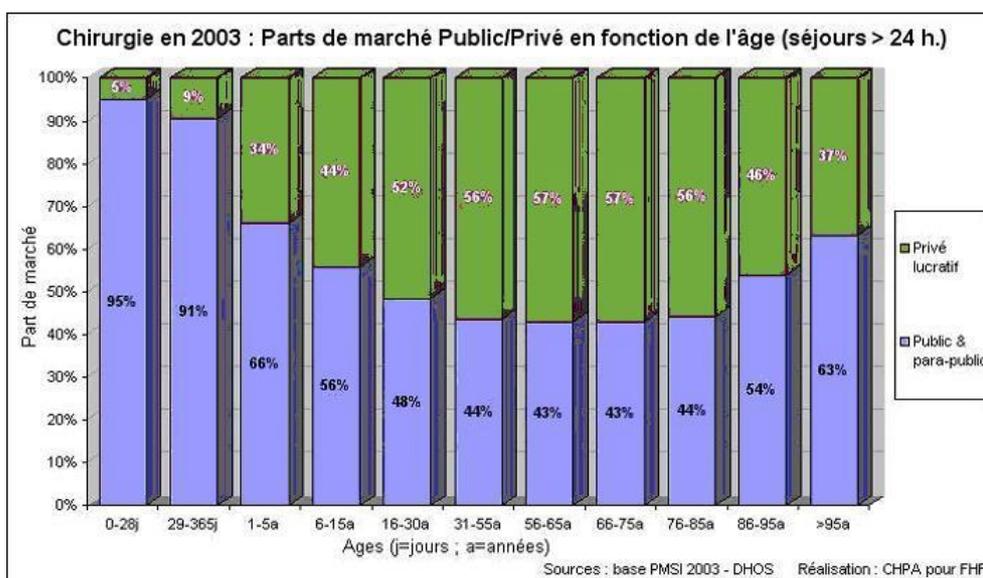


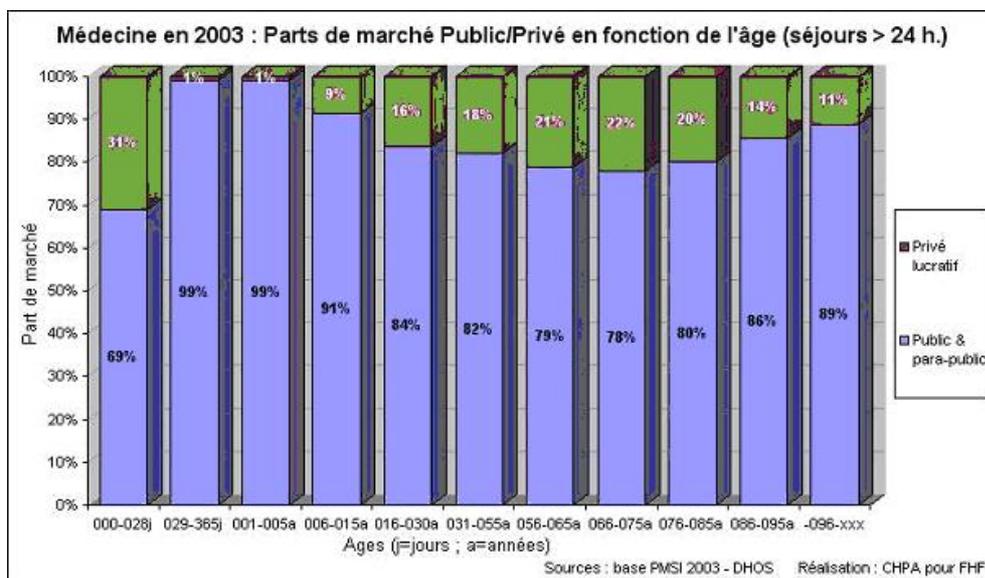
Pour une même pathologie, certaines différences expliquent également le coût supérieur d'une prise en charge dans un hôpital public :

■ ■ L'âge des patients :

A l'intérieur du faible champ d'activité comparable, les patients présentent des profils différents. Même si cette différence se vérifie pour une minorité de patients, elle mérite d'être relevée car elle explique une différence de coût.

Ainsi, le public prend davantage en charge les grands vieillards (plus de 85 ans) et les grands prématurés. Cette population demande des soins très coûteux, qui entraînent souvent une durée longue de séjour.





■ La situation sociale des patients : le coût relatif à la précarité

La précarité est un facteur important parfaitement décrit dans une étude sur la précarité des patients dans les établissements sous dotation globale de financement. Cette étude a été réalisée par la mission PMSI et a montré que dans un échantillon d'établissements, 10% des séjours inscrits étaient 30% plus coûteux, pour des raisons uniquement sociales et non médicales.

Au sein d'un même champ d'activité, il existe de fortes différences de précarité entre les patients accueillis à l'hôpital et ceux accueillis en cliniques privées. Cela explique le surcoût rencontré par l'hôpital, et rend une comparaison entre les établissements public/privé encore plus hasardeuses et injustifiée

Conséquences :

L'hôpital public et le privé ne se positionnent pas sur les mêmes activités. Une convergence tarifaire n'a donc pas de sens, puisque la production du public et celle du privé sont différentes.

L'identification d'un échantillon d'établissements comparables est techniquement irréalisable

On constate facilement que la variabilité des pathologies traitées que l'on doit prendre en compte pour calculer les tarifs d'un établissement est beaucoup plus large que celle du secteur privé.



Ainsi, la moitié des centres hospitaliers (CH) ont besoin de 117 GHS pour expliquer 80% de leurs séjours (de plus de 24 heures), alors que pour les établissements privés, la moitié des établissements a besoin de seulement 56 GHS pour expliquer 80% des séjours.

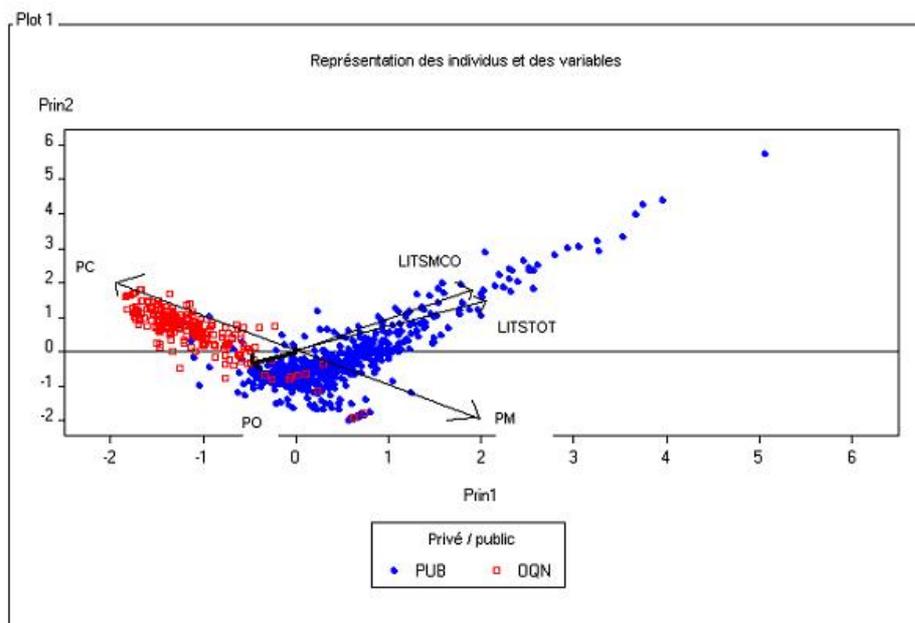
Le surcoût lié au plus large éventail de l'offre, s'il est certainement important, n'est pas chiffré (seule une étude économique très complexe pourrait déterminer les économies liées au resserrement de l'offre dans le privé).

Les différences de taille et d'activité rendent irréalisables l'identification d'un échantillon d'établissements comparables

Techniquement, pour mettre au point la convergence tarifaire, il est nécessaire d'identifier un échantillon d'établissements du privé et du public. Les établissements choisis doivent être à la fois représentatifs des établissements de santé dans leur ensemble, et semblables entre eux.

La BDHF (Banque de Données Hospitalières de France) a tenté de déterminer un échantillon de structures semblables, en prenant comme éléments de comparaisons le nombre de lits MCO (Médical–Chirurgie–Obstétrique) afin de voir comment ceux-ci sont répartis entre le public et le privé, puisque la convergence vise les activités de MCO.

On obtient le graphique ci-dessous :



La représentation des établissements nous montre **une nette différence entre les établissements privés et les hôpitaux publics**. Les deux types d'établissements ne se trouvent pas au même endroit sur le graphique. Seulement une dizaine d'établissements



privés ont la même structure que des établissements publics (points rouge vers le bas et sur la droite). **Seul cinq établissements publics ont des structures comparables aux privés.**

Les méthodes statistiques utilisées (l'analyse en composantes principales et la classification hiérarchique ascendante) nous montrent que **la taille et la répartition des lits** par activité MCO sont **très significativement différentes** entre les établissements publics (de plus de 50 lits MCO) et les établissements privés.

Il est impossible de créer un échantillon d'établissements comparables entre le public et le privé sur les critères étudiés (le nombre de lits et la répartition des lits entre la médecine, la chirurgie et l'obstétrique).



Des missions d'intérêt général mal évaluées

Le financement des établissements de santé est divisé en deux enveloppes : une enveloppe tarifaire, qui concerne à la fois le public et le privé, pour laquelle à chaque séjour est affecté un tarif. Cela permet de financer l'établissement en fonction de son activité réelle. C'est sur cette partie tarifaire qu'une convergence est envisagée.

La seconde enveloppe est appelée MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation), et regroupe les missions d'intérêt général qui bénéficient à toute la population et dont l'existence ne doit pas dépendre de l'activité ou de la rentabilité de l'hôpital. Cette enveloppe MIGAC est donc exclue de la convergence tarifaire.

Les activités d'intérêt général sont essentiellement assurées par les hôpitaux publics (SAMU, SMUR, Plans sécuritaires, innovation, recours, enseignement...)

Aujourd'hui, toutes les missions d'intérêt général ne sont pas financées par les MIGAC, malgré les demandes de la FHF. Certaines activités en sont exclues, complètement ou partiellement.

Le coût de ces activités se retrouve donc dans la partie tarifaire du financement, ce qui a pour effet d'augmenter artificiellement les coûts des hôpitaux par rapport à ceux des cliniques privées n'assurant pas ces missions d'intérêt général.

C'est un élément qui permet de comprendre que la différence de coûts que l'on peut observer entre privé et public n'est pas due à une moindre productivité du secteur public, mais bien à un problème dans le mode de financement des établissements de santé et dans la construction des tarifs.

Ci-dessous sont mises en évidence les activités d'intérêt général qui ne sont pas ou insuffisamment prises en compte dans l'enveloppe MIGAC.



Missions d'intérêt général non prises en compte dans les MIGAC

Accessibilité des soins

L'hôpital accueille et prend en charge tous les usagers quelle que soit leur situation sociale. Cette obligation essentielle du service public hospitalier a une incidence directe sur ses coûts, en terme de durée de séjour, de poly-pathologies et de créances irrécouvrables par exemple. Ces créances irrécouvrables s'élèvent à plus de 80 millions d'euros pour la seule région Ile-de-France.

Par ailleurs, l'hôpital finance les services sociaux (les assistantes sociales, par exemple) sur son propre budget, ce qui est l'une de ses spécificités. Si certains services sociaux sont financés par les MIGAC, comme la « pass mobile », ce n'est pas le cas de tous, et cette particularité du secteur public engendre un coût non négligeable pour les structures publiques hospitalières.

Permanence des soins

L'activité de garde sur place que l'on ne retrouve quasiment pas dans les établissements privés peut représenter une charge très importante pour les hôpitaux (d'une vingtaine de gardes ou astreintes dans un gros centre hospitalier à plusieurs dizaines de gardes et astreintes chaque nuit dans un CHU). Cela représente un coût considérable pour l'hôpital, car l'activité ne peut pas, bien sûr, être optimisée. Une présence médicale ou non médicale 24 heures/24 et 365 jours/365 coûte 5 fois plus cher par rapport à une activité diurne les jours ouvrables.

Soulignons que sous le vocable unique « urgences » se trouvent des réalités variées. Les services d'urgence les plus complets sont les SAU (Service d'Accueil et d'Urgence), et sont assurés par 280 hôpitaux publics, et 3 cliniques privées. Les autres services, tels que les UPATOU, ne permettent pas l'accueil de tous les patients 24h/24. Ils permettent en revanche une première prise en charge, qui se traduit souvent par une réorientation en cas de difficultés vers un des SAU publics. Si ces différents services d'urgences sont complémentaires, il est cependant évident que les SAU, qui sont indispensables à la collectivité, sont à la charge des hôpitaux.

L'hôpital est une structure qui accueille tous les patients, et qui représente 99.6% des Services d'Urgence et d'Accueil (SAU) : l'accessibilité et la permanence des soins pour tous à un coût pour l'hôpital qui est sous-évalué



Les missions d'intérêt général partiellement comprises dans les MIGAC

Il existe certaines activités propres à l'hôpital qui, parce qu'elles sont difficilement quantifiables ou identifiables, sont mal prises en compte dans le calcul des MIGAC. De ce fait, le coût supplémentaire est supporté par les hôpitaux dans la partie tarifaire du financement sans que les tarifs n'augmentent.

- **La participation des hôpitaux à de multiples actions de santé publique** est fortement consommatrice de temps et sous-estimée ou oubliée dans les budgets relatifs aux missions d'intérêt général (centres de planning familial, soins dentaires pour les plus démunis, formation diabétologie...).
- **L'activité non programmée**, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge permanente de tous les usagers 24 heures sur 24 a une incidence directe sur les dépenses de l'hôpital. Or l'hôpital prend en charge un grand nombre d'activités non-programmées. (Voire annexe I)

Conséquences :

Tant que des activités d'intérêt général ne seront pas reconnues, évaluées et prises en compte, les coûts des hôpitaux seront surévalués par rapport à leurs coûts réels, et par rapport aux tarifs prévalant pour le secteur commercial. Cela ne permet pas d'établir une comparaison équitable public/privé. Dans cette situation la construction de tarifs comparables et convergents est impossible.



Des contraintes de qualification et de sécurité plus exigeantes

L'hôpital public applique des normes de repos de sécurité contraignantes

Les directives européennes sur le temps de travail des médecins et sur le repos de sécurité obligatoire ne s'appliquent pas aux médecins non salariés des établissements privés. Si elle permet assurément une meilleure sécurité ainsi qu'une meilleure qualité des soins, la nouvelle réglementation issue de ces directives a un impact très lourd sur les structures publiques et fausse donc la comparaison entre ces deux secteurs ; **il est d'ailleurs assez incompréhensible que ces normes sécuritaires ne soient pas appliquées aussi dans les établissements privés.**

Du personnel plus qualifié

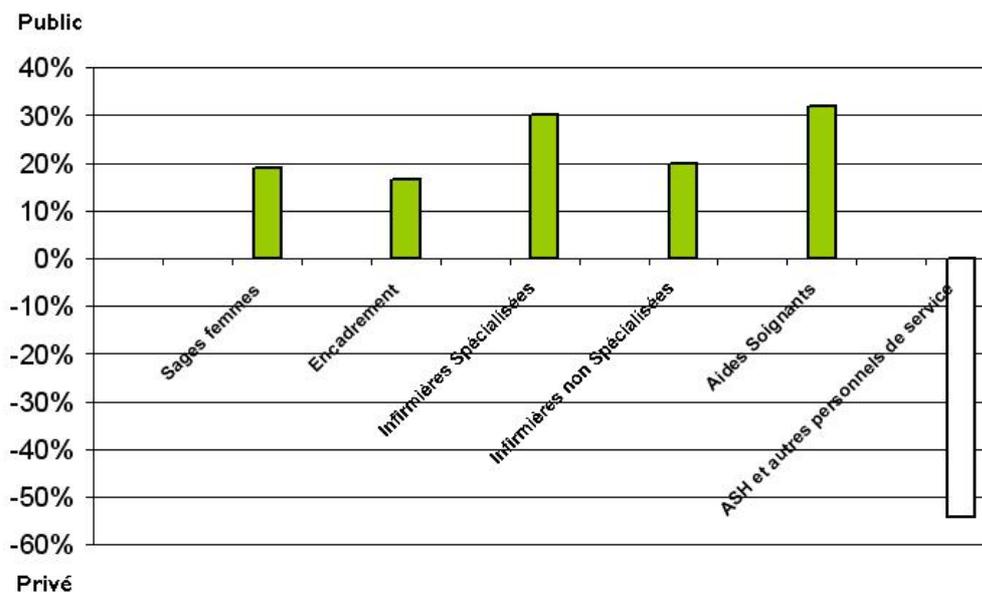
L'analyse des ratios de personnel montre que si les ratios de personnel sont supérieurs dans le public pour les personnels qualifiés, ils sont très nettement supérieurs dans le privé pour les personnels non qualifiés (ASH) qui représentent un coût moindre. **La qualification des personnels, gage de qualité et de sécurité, est donc bien plus grande dans les hôpitaux publics.**

Equivalent Temps Plein / 100 lits	Hôpitaux Publics Section MCO	Hôpitaux privés sous OQN Section MCO	Différence Privé/Public en %
Sages femmes	4,53	3,67	18,98%
Encadrement	4,29	3,58	16,55%
Infirmières Spécialisées	5,54	3,87	30,14%
Infirmières non Spécialisées	51,90	41,64	19,77%
Aides Soignants	49,90	33,89	32,08%
ASH et autres personnels de service	12,02	18,55	-54,33%

Sources : Ministère de la Santé, DREES, SAE



Comparaison ETP pour 100 lits en MCO entre les établissements publics et les établissements privés sous OQN (Source SAE 2003)



Note : Une des illustrations récentes des différences de qualification qui existent entre les secteurs hospitaliers public et privé est la question des aides dans les blocs opératoires : alors que l'on trouve des infirmières de bloc opératoire (IBODE) qualifiées dans le public, on trouve encore dans le privé des personnes dépourvues de qualification.

Sécurité et qualification du personnel : établissements publics et privés ne sont pas soumis aux mêmes critères. L'encadrement et l'accompagnement des activités médicales sont différents dans les deux types d'établissements, et n'engendrent pas le même coût



Des coûts salariaux plus élevés pour le secteur public

Les salariés non médicaux en clinique ont un salaire inférieur à leurs homologues du public.

Dans une étude sur les rémunérations dans les établissements de santé publiée en mars 2005, la DRESS¹ souligne que le secteur public offre, à caractéristiques identiques des salariés, des salaires horaires en moyenne plus élevés que le privé.

En 2002, un salarié du secteur public percevait, « toutes choses égales par ailleurs », un salaire horaire net supérieur d'environ 12% à un salarié du secteur commercial, et d'environ 9% à un salarié du privé participant au service public. Les coûts salariaux sont donc supérieurs dans les établissements publics, car le personnel est mieux rémunéré.

Par ailleurs, les promotions professionnelles sont beaucoup plus pratiquées dans le secteur public que dans le secteur privé. Or, pour chaque promotion professionnelle l'établissement finance à la fois les frais de scolarité (et ce sur plusieurs années parfois) et les frais de remplacement, ce qui représente un coût très élevé.

¹ Les rémunérations dans les établissements de santé, Evolutions et comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier entre 1999 et 2002, Marc Collet, n°45 – mars 2005, Série Etudes, DRESS



ANNEXES

Annexe 1 : Les différences de coûts de prise en charge pour les activités programmées / non programmées:

Résumé de l'étude du professeur Gabriel NISAND (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) sur les différences de coûts de prise en charge pour les activités programmées / non programmées

L'étude souligne l'intérêt de procéder à une **généralisation de la programmation des séjours**. En effet, cela permet d'optimiser les process, de planifier les examens complémentaires et de les réaliser sans délais. Le patient sera hospitalisé lorsque des disponibilités croisées convergeront pour une prise en charge optimisée. La programmation permet d'envisager également l'externalisation médico-technique partielle et la réalisation d'examen à l'extérieur de l'hôpital dans les jours qui précèdent l'hospitalisation (explorations fonctionnelles, biologie, ...).

La **non programmation** quant à elle oblige à sur-dimensionner statistiquement les moyens pour faire face à la majorité des configurations de recrutement journalier. Elle génère des dysfonctionnements avec des engorgements dans certains points critiques de la prise en charge de l'ensemble des patients. Cela peut venir perturber l'organisation et les activités correctement programmées, ce qui engendre des surcoûts difficiles à évaluer.

Démarches et méthodologie de l'étude :

A partir des données de l'année 2003 transmises au titre de l'Etude Nationale de Coût par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, les coûts de prises en charge des patients ont été comparés entre les séjours ayant pu faire l'objet d'un pré-admission (activité programmée), et les autres (activité non-programmée : passage par le SAU + séjours non programmés).

Les résultats ont montré que, pour des séjours d'hospitalisation complète, les **hospitalisations non programmées** par rapport à celles qui avaient pu faire l'objet d'un pré-admission, représentent un **surcoût de 63%** .

	répartition	effectif	somme €	moyenne €
Préadmissions	28,6%	16 736	70 740 118	4 227
Urgences	30,5%	17 866	123 100 143	6 890
Autres	41,0%	23 999	125 036 452	5 210



CMD	effectif	% préad	% SAU	coût moyen/séjour (€)		autres	(urgence-préad)/préad
				préad	Urgence		
1 Neurologie	4 980	7%	42%	3 512	7 362	6 205	110%
2 Ophtalmologie	1 119	65%	3%	2 639	4 273	3 502	62%
3 ORL	2 003	54%	16%	3 030	2 978	4 126	-2%
4 Pneumologie	4 630	17%	41%	4 369	7 471	8 188	71%
5 Cardio-vasculaire	5 478	20%	29%	8 682	7 808	8 125	-10%
6 Aff, du tube digestif	4 910	29%	44%	4 934	5 265	6 863	7%
7 Hépto-gastro-entérologie	2 502	33%	33%	5 224	7 020	6 547	34%
8 Traumatologie et aff, du tissu conjonctif	6 366	42%	27%	4 472	5 689	4 709	27%
9 Dermatologie et Sénologie	2 269	57%	17%	3 447	5 541	5 695	61%
10 Endocrinologie	1 888	35%	23%	3 291	5 176	5 477	57%
11 Néphrologie-urologie	2 418	34%	32%	4 203	5 152	4 819	23%
12 Appareil génital masculin	547	61%	14%	3 367	3 432	4 217	2%
13 Gynécologie	1 123	72%	10%	3 492	4 048	3 683	16%
14 Obstétrique	4 425	3%	-	3 101	-	3 075	-
15 Néonatalogie	3 775	0%	1%	4 867	3 543	3 220	-
16 Hématologie	783	15%	37%	3 580	7 220	6 281	102%
17 Onco-hématologie	2 831	61%	4%	2 860	14 421	6 652	404%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	804	6%	50%	6 408	12 790	12 349	100%
19 Maladies et troubles mentaux	735	4%	38%				-
20 Toxicologie	167	20%	31%	3 174	5 580	5 467	76%
21 Allergologie et intoxication	541	15%	40%				-
22 Brûlures	79	30%	41%	5 681	7 399	2 827	30%
23 Autres motifs de recours	3 688	41%	8%	2 978	5 194	3 300	74%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	92	9%	32%	11 333	15 456	9 397	36%
27 Transplantations d'organes	287	42%	1%	18 576	58 089	33 398	213%

Ces résultats mettent clairement en évidence que , dans le cadre de l'étude de coût public/privé, **il est nécessaire d'intégrer la dimension « programmé / non-programmé ».**

En effet, les établissements publics de santé prennent en charge plus d'activités non-programmées que les établissements privés (ne serait-ce qu'en raison de la présence des SAU dans les établissements publics).

Or cette information, actuellement, n'est pas prise en compte.

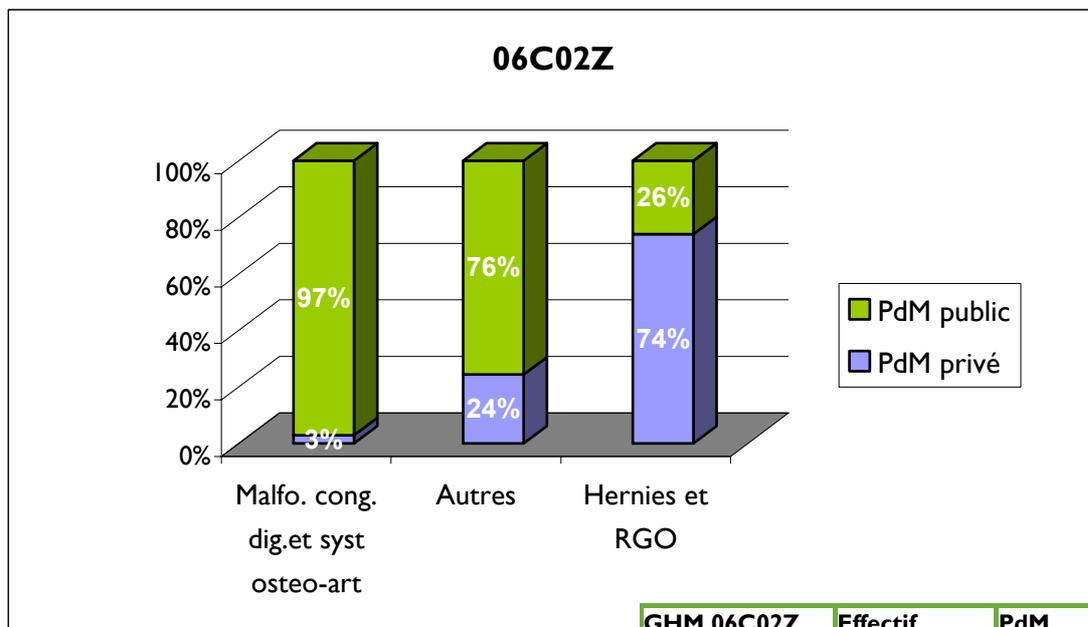


Annexe 2 : Le positionnement public/privé sur les différentes pathologies à l'intérieur d'un même GHS:

Quelques exemples supplémentaires montrant que les pathologies prises en charge, à l'intérieur d'un même GHS, ne sont pas les mêmes en fonction du secteur. Le secteur public prend en charge la plupart des pathologies lourdes et coûteuses. Notons qu'il existe encore de nombreux autres exemples.

GHS 06C02Z : Chirurgie majeure des malformations digestives

Dans ce groupe, les reflux gastro-oesophagiens sont majoritairement pris en charge en public, les malformations en public, ce qui est évidemment plus complexe.

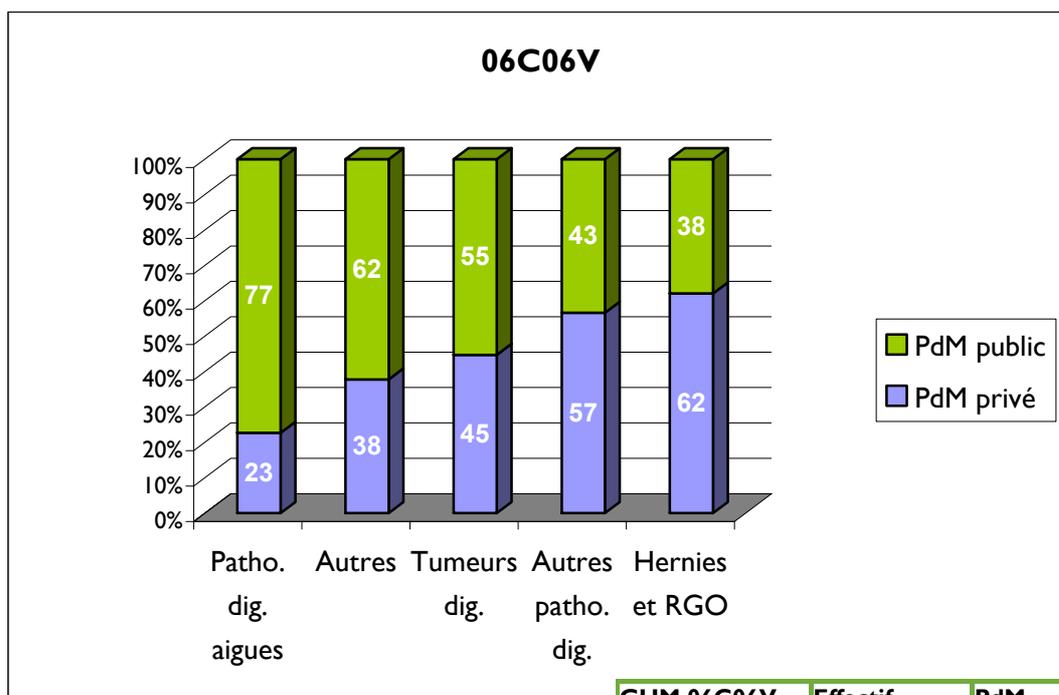


GHM 06C02Z	Effectif	PdM
Public	478	86,0%
Privé	78	14,0%
Total	556	



GHS 06C06V : Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge >17 ans sans CMA

Dans ce groupe, la situation est analogue au précédent : reflux gastro-oesophagien en privé, tumeurs et pathologies aiguës en public.

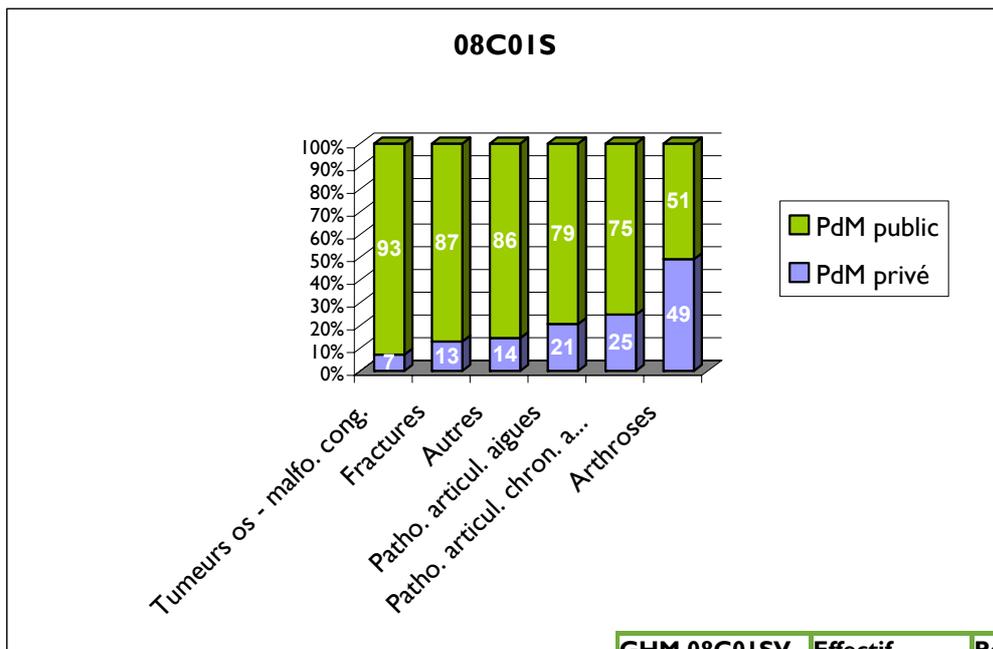


GHM 06C06V	Effectif	PdM
Public	5 363	41,6%
Privé	6 277	14,0%
Total	11 640	



GHS 08C01S : Intervention pour affection de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS

Les seules pathologies où le privé possède une part importante concerne les arthroses. Sur toutes les autres pathologies (dont la traumatologie) le privé réalise une part de marché minime.

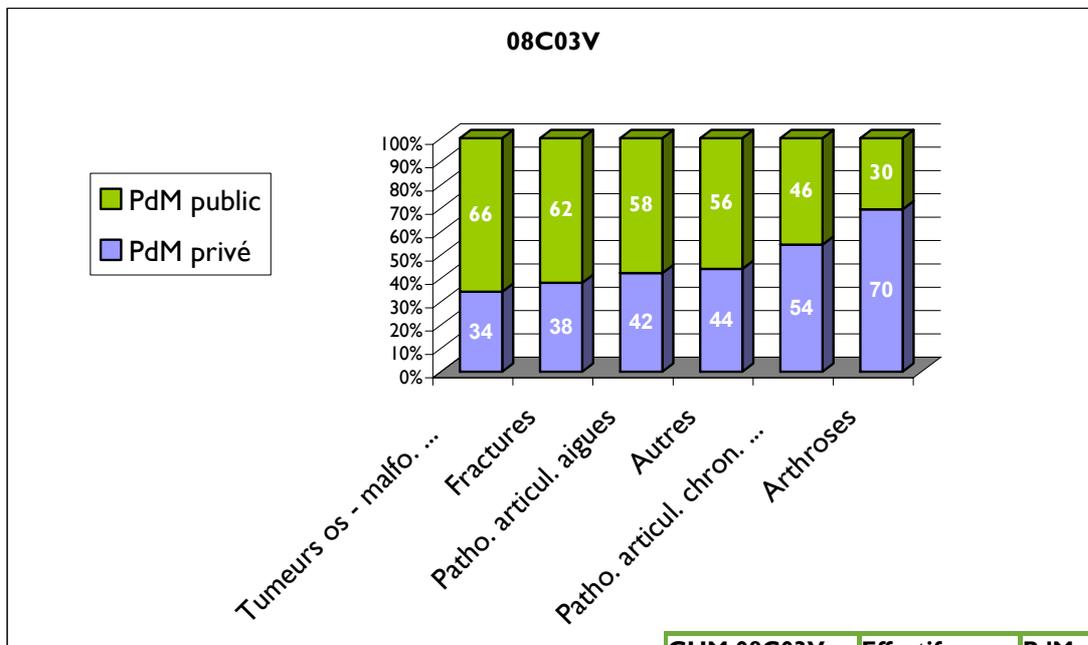


GHM 08C01SV	Effectif	PdM
Public	7 741	78,8%
Privé	2 082	21,2%
Total	11 640	



GHS 08C03V : Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA

La traumatologie, les tumeurs et les pathologies aiguës sont majoritairement prises en charge par le public, les arthroses par le privé.

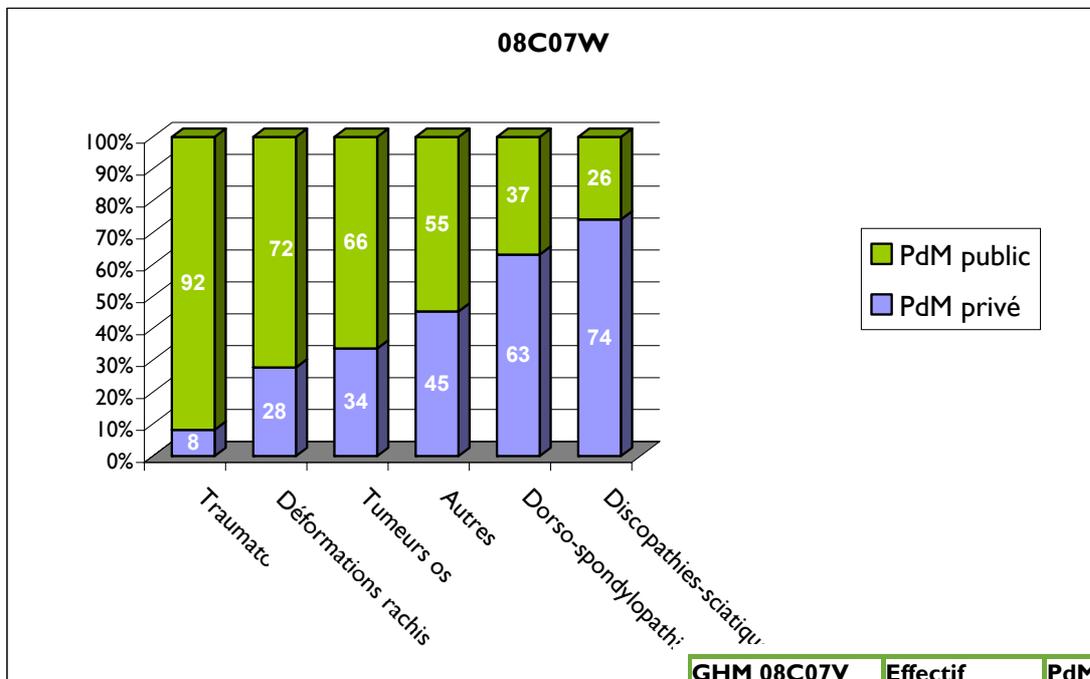


GHM 08C03V	Effectif	PdM
Public	54 866	37,7%
Privé	90 841	62,3%
Total	145 707	



GHS 08C07W : Interventions sur le rachis avec CMA

La traumatologie et les tumeurs sont majoritaires en public, les arthroses en privé.

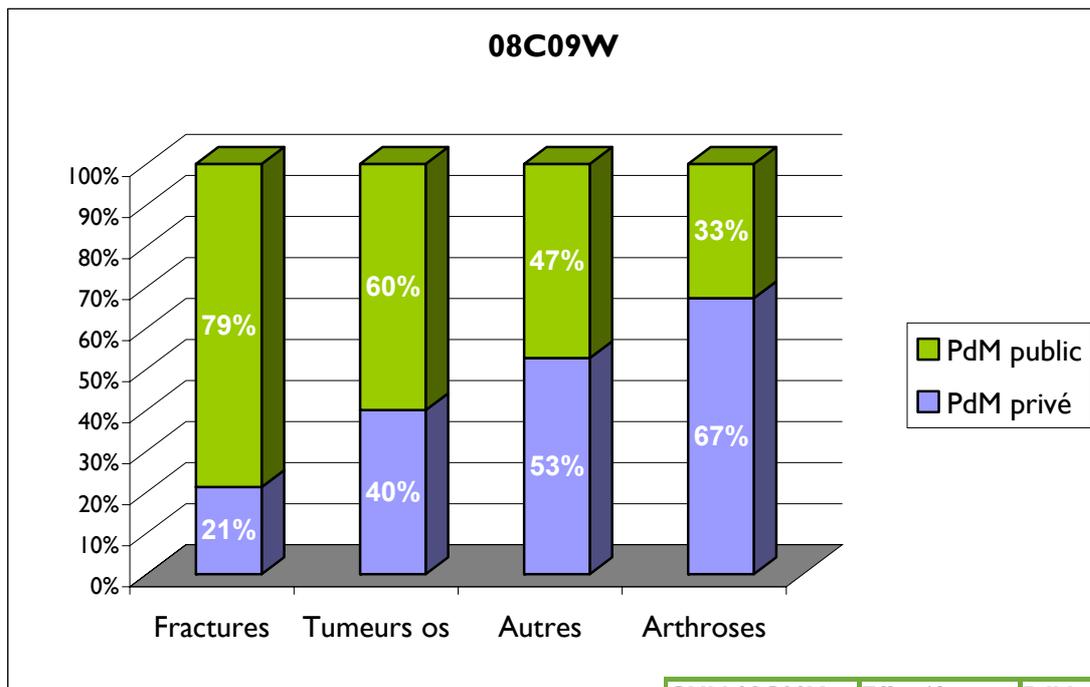


GHM 08C07V	Effectif	PdM
Public	3 120	44,2%
Privé	3 944	55,8%
Total	7 064	



GHS 08C09W : Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge > 17 ans avec CMA

La traumatologie et les tumeurs sont majoritaires en public, les arthroses en privé.

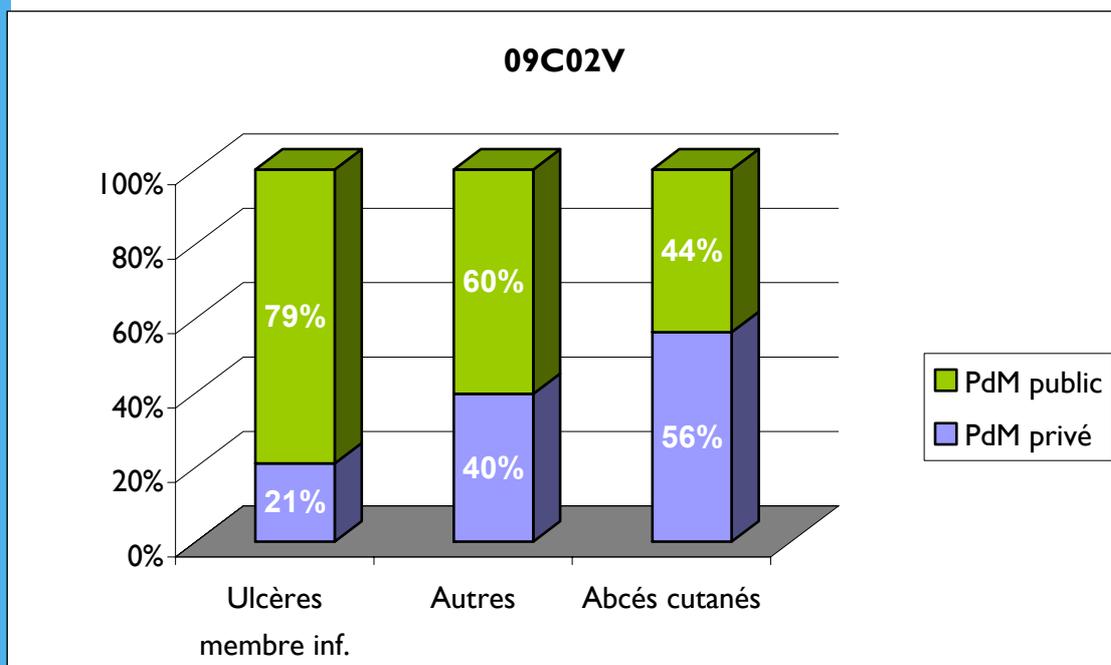


GHM 08C09V	Effectif	PdM
Public	5 669	68,2%
Privé	2 644	31,8%
Total	8 313	



GHS 09C02V : Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA

Les ulcères et donc les greffes de peau sont réalisées majoritairement en public, les simples incisions d'abcès en privé. Les durées et les coûts de prise en charge ne sont pas du tout les mêmes.



GHM 09C02V	Effectif	PdM
Public	971	71,5%
Privé	387	28,5%
Total	1 358	



Annexe 3 : les conséquences financières de l'externalisation

Les conséquences de l'externalisation : résumé de l'étude de Jean-Claude MOISDON (CGS Ecole des Mines de Paris)

L'étude réalisée en Ile-de-France par Jean-Claude Moisson (CGS Ecole des Mines de Paris) met en évidence certains effets de l'externalisation.

Elle concerne l'analyse des coûts de trajectoires des soins en 2001/2002. Les coûts sont calculés sur un même patient pour une même pathologie (ici pathologies cardio-vasculaires ischémiques) en chaînant les prises en charge en péri-hospitalisation sur une période donnée (hospitalisation + coûts ambulatoires).

Cette étude ne concerne que la région « Ile de France », mais il est frappant de constater que les résultats sont constants quelque soit le département de cette région.

Parmi les résultats obtenus, certains peuvent éclairer le problème de l'externalisation. Cette étude fait apparaître un coût de prises en charge médico-techniques de ville (biologie, radiologie, ...). Ce coût de prise en charge est alors loin d'être négligeable puisque, du fait de cette différence organisationnelle d'externalisation, ces coûts de prime abord « inexistantes » apparaissent pour les malades ayant recours aux structures privées comme supérieurs de 70% en biologie et de 125% en imagerie par rapport à ce qui est constaté pour les malades ayant recours aux structures publiques. Même s'il n'est pas possible de conclure ici sur l'importance réelle de l'écart (puisqu'il faudrait y rajouter la part réalisée en externe en secteur public ; celle-ci semble cependant ne pas pouvoir représenter un tel écart), il est évident que la part de la biologie et de l'imagerie est plus importante que ce qu'elle apparaît en n'intégrant pas l'externe et est peut-être très supérieure à celle constatée en secteur public, alors qu'actuellement, elle n'apparaît qu'à un niveau extrêmement sous-estimé.

On en conclut que la définition du périmètre des études de coûts est déterminante pour ne pas obtenir des résultats biaisés et inutilisables.

